

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : RÉFLEXION CRITIQUE SUR LES
TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES ET ÉVALUATION D'UNE THÉRAPIE BASÉE
SUR LES INFÉRENCES

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE TAILLON

NOVEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). 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

Tant de gens ont contribué au succès de la présente thèse doctorale qu'il devient difficile de savoir par où commencer ces remerciements, mais surtout de savoir quand s'arrêter !

Je souhaiterais d'abord adresser mes plus sincères remerciements à Dr Kieron O'Connor, qui en 2005 m'a accueillie dans son laboratoire de recherche en me laissant carte blanche sur le choix de mon sujet de thèse. Tout au long du déroulement du projet, il a su me guider et me conseiller de façon experte, toujours avec grande disponibilité et confiance. Merci également à Dr Gilles Dupuis grâce à qui j'ai pu débiter mes études doctorales à l'UQAM et qui fut d'une aide précieuse dans les différentes étapes du projet, particulièrement lors de l'analyse des données.

Merci aux Fonds de Recherche en Santé du Québec de même qu'aux Instituts de Recherche en Santé du Canada qui m'ont soutenue financièrement pendant le doctorat et qui m'ont aidé à développer mes connaissances et mon intérêt pour la recherche en me permettant d'assister à des conférences partout à travers le monde. Je crois que c'est ce que l'on peut appeler « joindre l'utile à l'agréable » !

Un gros merci à toute l'équipe du Centre de Recherche Fernand-Seguin, plus particulièrement à Frederick Aardema, Marie-Claude Pélissier et Natalia Koszegi, pour leurs commentaires et collaboration. Merci à Catherine Dion du Service des Communications de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, pour son aide et ses judicieux conseils dans nos campagnes de recrutement et de diffusion du projet. Un merci à tout le reste de l'équipe également, qui ont participé de près ou de loin au déroulement du projet et qui ont été des collègues fantastiques tout au long des années : Anick, Annette, Ariane, Audrey, Geneviève, Julie, Karine, Magali, Marie-Ève, Monique et Sarah.

Puisque ce doctorat fut axé non seulement sur la recherche, mais aussi sur la clinique, je souhaite remercier ceux qui m'ont accompagnée dans mes apprentissages en tant que clinicienne, soit mes superviseuses Joane Labrecque, Ruta Westreich et Elizabeth Foley. Merci aussi à Marc-André qui fut le meilleur co-stagiaire qui soit !

La réalisation d'une thèse doctorale est un travail de longue haleine qui se vit au jour le jour. Je souhaite prendre le temps de remercier ceux qui m'ont permis de traverser cette étape avec sourire et détermination. D'abord mon père, qui a toujours été le premier à m'aider, à m'encourager et à me féliciter lorsque j'en ai eu besoin. Merci aussi à ma mère, qui j'en suis convaincue, aurait été la plus fière des mamans du monde. Un merci tout spécial à Noémi pour son amitié, son écoute et soutien. Merci à Ludovic, grâce à qui ces derniers mois de rédaction furent si agréables, alors que je les envisageais comme l'étape la plus difficile de mon parcours. Enfin, je tiens à remercier les membres de ma famille et mes amis qui ont, chacun à leur façon, su m'aider et m'encourager tout au long de ces années d'études.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES	viii
RÉSUMÉ	ix
CHAPITRE I : INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Mise en contexte	2
1.1.1 Définition et classification de la PDC	2
1.1.2 Prévalence, développement et conséquences de la PDC.....	3
1.2 Modèles théoriques de la PDC	4
1.2.1 Modèle cognitif et comportemental de Veale pour la PDC	4
1.2.2 Modèle cognitif et comportemental de Wilhelm pour la PDC ..	10
1.2.3 Modèle basé sur les inférences pour la PDC	13
1.3 Objectifs de la recherche	17
CHAPITRE II : PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : PRÉSENTATION ET RÉFLEXION CRITIQUE SUR LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES ...	18
Résumé	20
Introduction	21
Diagnostic et classification	22
Présentation et variantes	22
Épidémiologie	23
Fonctionnement psychosocial, qualité de vie et détresse	23
Prévalence, apparition des symptômes et évolution	24
Comorbidités	25

La PDC et le TOC : Similarités et différences	25
Obsessions, compulsions et évitement	26
Traitements	27
Caractéristiques distinctes	28
Évaluation de la PDC	29
Efficacité des traitements psychologiques : État actuel des connaissances	30
Thérapie cognitive et comportementale : Réflexion critique	31
Abandon et refus de traitement	32
Variables affectant la réponse à la TCC	32
Mesures d'efficacité des interventions	33
Conclusion et recommandations	34
Références	36
CHAPITRE III : INFERENCE-BASED THERAPY FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER	43
Résumé	45
Abstract	46
Introduction	47
IBT in BDD	48
Objectives	49
Method	49
Participants	49
Measures	50
Procedure	51
Treatment protocol	51
Clinical Vignette: Jim's case	52

Design and data analyses	57
Results	57
Discussion	59
References	63
CHAPITRE IV : DISCUSSION GÉNÉRALE	69
4.1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de la thèse	70
4.2 Proposition d'un modèle conceptuel de la PDC selon l'ABI	72
4.3 Résultats exploratoires sur la qualité de vie	75
4.4 Considérations méthodologiques	78
4.4.1 Limites de l'étude	78
4.4.2 Forces de l'étude et implication clinique des résultats	80
4.5 Pistes de recherches futures et conclusion	80
APPENDICE A : MANUEL DE THÉRAPIE BASÉE SUR LES INFÉRENCES POUR LA PDC	82
APPENDICE B : ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES	103
APPENDICE C : APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE	106
APPENDICE D : FORMULAIRES DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE	108
APPENDICE E : ENTREVUES ET QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE	113
BIBIOGRAPHIE GÉNÉRALE	161

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

CHAPITRE I

Figure 1.1	Modèle cognitif et comportemental de Veale pour la PDC	5
Figure 1.2	Modèle cognitif et comportemental de Wilhelm pour la PDC ...	12
Figure 1.3	Conceptualisation des obsessions selon l'ABI	14

CHAPITRE II

Tableau 1	Résumé des 5 études TCC prises en compte dans la méta-analyse de Williams et al.	42
-----------	--	----

CHAPITRE III

Tableau 1	Overview of Reasoning Errors in BDD	66
Tableau 2	Differences Pre- and Post-Treatment on Measures	67
Figure 1a et b	Individual results: BDD obsessions and compulsions	68

CHAPITRE IV

Figure 4.1	Modèle conceptuel ABI de la PDC	74
Tableau 4.1	Moyennes et écarts-types aux sous-échelles et au score global d'écart de l'ISQV ©	77

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ABI	Approche basée sur les inférences
APA	American Psychiatric Association
BAI	Beck Anxiety Inventory
BDD	Body dysmorphic disorder
BDDE	Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module
BDD-YBOCS	Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD
BDI-II	Beck Depression Inventory II
CBT	Cognitive-behavioral therapy
EPR	Exposition avec prévention de la réponse
IBT	Inference-based therapy
ICQ-EV	Inferential Confusion Questionnaire – Expanded Version
ISQV©	Inventaire Systémique de Qualité de Vie
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
OVI	Overvalued ideation
OVIS	Overvalued Ideas Scale
PDC	Peur d'une dysmorphie corporelle
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV
TBI	Thérapie basée sur les inférences
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif

RÉSUMÉ

Bien que connue depuis plus d'une centaine d'années, la peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) demeure un trouble de santé mentale peu étudié. Considérant la gravité des conséquences associées à ce trouble, par exemple l'altération majeure du fonctionnement social et professionnel, la piètre qualité de vie ainsi que les taux élevés d'idéations suicidaires associées, il appert essentiel d'approfondir les recherches et d'optimiser les options d'intervention pour les individus atteints. La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est actuellement considérée comme le traitement de choix pour la PDC. Malgré des résultats positifs, elle comporte néanmoins un certain nombre de faiblesses. Notamment, elle serait négativement affectée par un phénomène connu sous le nom d'idées surévaluées et faisant référence à la force de la conviction d'un individu envers ses obsessions. Au cours des dernières années, une équipe de chercheurs québécoise a développé et démontré l'efficacité d'un nouveau type d'intervention spécifiquement développé pour les individus atteints de trouble obsessionnel-compulsif (TOC) présentant de hauts niveaux de conviction envers leurs obsessions. En bref, la thérapie basée sur les inférences (TBI) conceptualise l'obsession comme un doute qui s'élabore à partir d'un narratif largement basé sur des sources indirectes, des associations arbitraires et une importance démesurée accordée à l'imagination. L'objectif de la thérapie consiste à corriger les erreurs de raisonnement de l'individu et d'amener ce dernier à faire confiance à l'information provenant de ses sens dans l'ici et maintenant. Puisque la PDC est souvent caractérisée par des niveaux élevés de conviction (idées surévaluées) et qu'elle partage de nombreuses similarités avec le TOC, notamment au niveau de la présence d'obsessions et de compulsions, la TBI semble être un traitement particulièrement prometteur pour ce trouble.

Cette thèse se divise en quatre chapitres. Le chapitre I consiste en une introduction générale à l'ensemble de l'ouvrage et présente une synthèse des modèles théoriques de la PDC. Les chapitres II et III sont présentés sous forme d'articles. Le premier article se veut une revue critique des traitements psychologiques de la PDC. L'importance de développer de nouvelles approches d'intervention palliant les faiblesses des traitements actuels, notamment en se penchant davantage sur les processus cognitifs en jeu dans la PDC, y est soulignée. Directement en lien avec les conclusions et les recommandations exposées dans le premier article, le second article expose les résultats d'une étude clinique ayant évalué l'efficacité de la TBI pour la PDC. Les résultats montrent non seulement une diminution importante et durable de la symptomatologie PDC, mais aussi une réduction des symptômes dépressifs associés. Enfin, le chapitre IV consiste en une discussion générale et une analyse critique sur les chapitres précédents ainsi qu'une présentation de données préliminaires complémentaires sur la qualité de vie des individus atteints de PDC. Les retombées cliniques de la thèse de même que les pistes de recherches futures y sont également soulignées.

Mots clés : Peur d'une dysmorphie corporelle, thérapie basée sur les inférences, thérapie cognitive, étude clinique, qualité de vie.

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

Bien qu'elle ait toujours existé, l'insatisfaction de l'apparence physique constitue aujourd'hui un phénomène particulièrement répandu. Dans une étude québécoise chez les étudiants de niveau collégial, 25 % ont rapporté être insatisfaits de leur apparence physique, à des niveaux de sévérité variés (Bibeau et Dupuis, 2005). De 1992 à 2004, le nombre de procédures de chirurgie esthétique aux États-Unis a augmenté de plus de 700 % (Wilhelm, 2006). Mais lorsqu'une simple préoccupation se transforme en véritable obsession, on parle d'un trouble de l'image corporelle connu sous le nom de « peur d'une dysmorphie corporelle » (PDC). Entraînant une détresse et des difficultés fonctionnelles importantes, la PDC toucherait plus de 500 000 Canadiens (Faravelli *et al.*, 1997 ; Koran *et al.*, 2008).

1.1.1 Définition et classification de la PDC

La PDC se caractérise par une préoccupation excessive concernant un défaut imaginaire ou très léger de l'apparence physique qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans des domaines de vie importants. La préoccupation peut toucher n'importe quelle partie du corps et toucher une ou plusieurs zones à la fois. Bien que la préoccupation puisse porter sur le poids ou la forme du corps, elle ne doit pas pouvoir être mieux expliquée par un autre trouble de santé mentale. D'autres troubles de l'image corporelle comme l'anorexie nerveuse ou la boulimie doivent être considérés dans l'établissement d'un diagnostic différentiel (American Psychiatric Association, 2000).

La PDC est actuellement classée dans la catégorie des troubles somatoformes du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV-TR). Il existe également une forme délirante du trouble, celle-ci étant classifiée dans la catégorie des troubles

psychotiques, trouble délirant, type somatique (American Psychiatric Association, 2000). Les experts dans le domaine estiment toutefois que les deux variantes (non délirante et délirante) reflètent en réalité un seul et même trouble, sur un continuum de sévérité et d'insight (Phillips *et al.*, 1994).

Par ailleurs, les chercheurs réfèrent bien souvent à la PDC comme étant un « trouble du spectre obsessionnel-compulsif », une catégorie regroupant des problématiques dont la présentation clinique (symptômes manifestes, évolution, ratio homme-femme, historique familial et réponse au traitement) se rapproche de celle du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). D'ailleurs, le consortium d'experts chargé d'étudier les troubles anxieux, post-traumatiques, dissociatifs et de nature obsessionnelle-compulsive en prévision de la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-V), recommande actuellement la création d'une nouvelle catégorie intitulée « troubles anxieux et de nature obsessionnelle-compulsive ». En plus des troubles actuellement inclus dans la catégorie des troubles anxieux, cette nouvelles catégorie regrouperait les différents troubles considérés comme faisant partie du spectre obsessionnel-compulsif (p. ex., la PDC, la trichotillomanie, l'hypochondrie, etc.). Cette recommandation s'appuie sur une revue approfondie des connaissances à propos des problématiques concernées en termes de similarité des symptômes, de stabilité diagnostique, d'évolution du trouble à travers le temps, de comorbidité, de facteurs de risque environnementaux et génétiques, d'historique familiale, de tempérament et de personnalité, de gestion émotionnelle, de réponse au traitement et d'utilité clinique (Stein *et al.*, 2010).

1.1.2 Prévalence, développement et conséquences de la PDC

La prévalence de la PDC dans la population générale est estimée entre 0.7 % et 2.4 % (Faravelli *et al.*, 1997 ; Koran *et al.*, 2008). Le trouble affecterait autant les hommes que les femmes (Phillips et Diaz, 1997) et se développerait habituellement au cours de l'adolescence ou du début de l'âge adulte (Phillips, 1991). Sans traitement approprié, son évolution est généralement chronique (Phillips *et al.*, 2005). La PDC est un trouble sévère, caractérisé par

un piètre fonctionnement psychosocial et une faible qualité de vie. Le taux d'idéation suicidaire (57.8 %) et de tentatives de suicide (2.6 %) chez les gens diagnostiqués de PDC est très élevé et considérablement supérieur à ce que l'on observe dans la population générale.

1.2 Modèles théoriques de la PDC

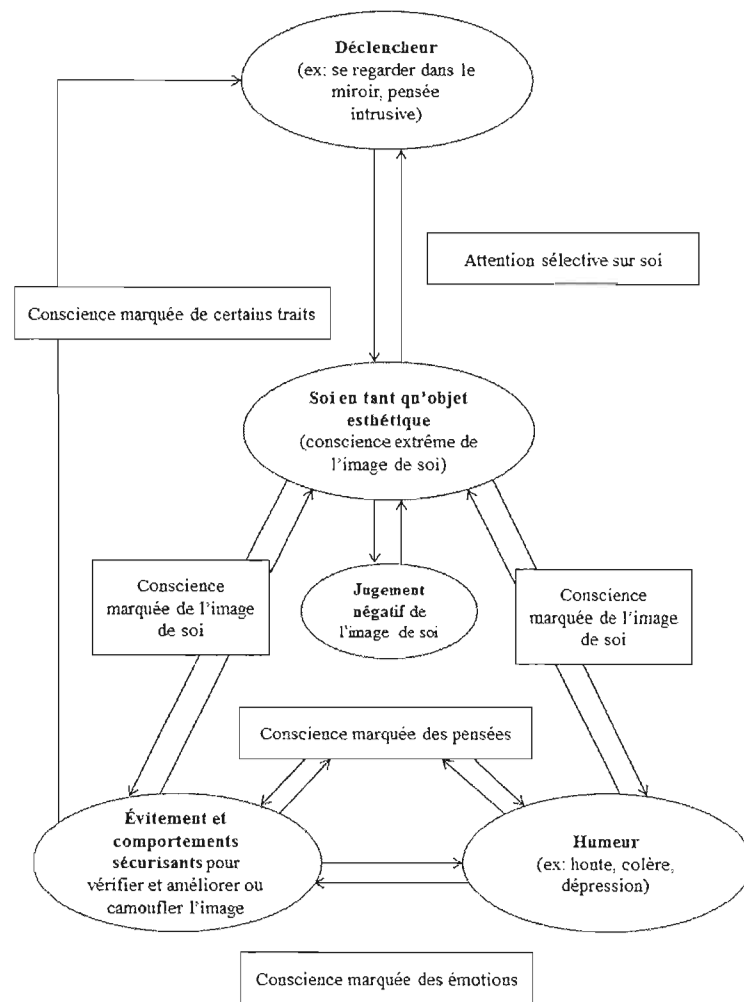
Bien qu'un certain nombre de théories expliquant le développement et le maintien des troubles de l'image corporelle - ou plus précisément des symptômes de PDC - ont été avancées au cours des années, le modèle cognitif et comportemental de la PDC développé par David Veale est certainement l'un des plus approfondis. La théorie de Veale met l'accent sur le traitement de l'information et place l'expérience de soi en tant qu'objet esthétique au centre de son modèle (Veale, 2004 ; Veale *et al.*, 1996 ; Veale et Neziroglu, 2010). Un programme d'interventions cognitives et comportementales est associé au modèle, mais ce dernier n'a pas encore été testé dans sa forme actuelle dans le cadre d'études cliniques. Moins approfondi que celui de Veale, un modèle cognitif et comportemental plus « classique » développé par Sabine Wilhelm explique le développement des symptômes par un modèle de vulnérabilité-stress et le maintien de ces derniers par les principes du conditionnement opérant (Wilhelm, 2006). Le programme d'interventions lui étant associé bénéficie d'un bon soutien empirique. Finalement, nous proposons un modèle conceptuel alternatif de la PDC qui se base sur une théorie initialement développée pour le TOC, l'Approche Basée sur les Inférences (ABI). Les trois modèles de même que les techniques d'intervention leur étant associées seront présentés dans la prochaine section. Les distinctions entre les deux modèles cognitifs et comportementaux et l'ABI seront soulignées.

1.2.1 Modèle cognitif et comportemental de Veale pour la PDC

Tel qu'illustré dans le schéma à la figure 1.1, le modèle postule que le cycle de préoccupation débute par un facteur interne ou externe qui déclenche chez l'individu une représentation mentale de son apparence physique. Les pensées intrusives et les sensations

somatiques (p. ex., sentir que l'on a la peau irritée) constituent des facteurs précipitants internes alors que le fait de voir sa réflexion dans un miroir ou encore de voir une photo de soi, sont des exemples de facteurs externes.

Figure 1.1: Modèle cognitif et comportemental de Veale pour la PDC



Ces facteurs déclencheraient chez l'individu atteint de PDC un processus d'attention sélective par lequel ce dernier deviendrait particulièrement conscient des détails de ses traits aux dépens d'une image corporelle globale, résultant en ce que Veale appelle un « soi en tant

qu'objet esthétique », ou en d'autres mots à une conscience marquée d'une image corporelle interne biaisée et déformée. Cette image serait fusionnée avec des expériences aversives passées (p. ex., des moqueries ou des critiques par rapport à l'apparence, des changements physiques associés à la puberté, des procédures médicales, ou encore un abus sexuel), de sorte que les émotions vécues lors de ces événements sont désormais associées à l'image de soi. Parallèlement, l'information sensorielle réelle provenant de l'extérieur est ignorée par l'individu, qui en vient à juger son apparence physique presque exclusivement à partir de son image mentale déformée.

Par ailleurs, le modèle met l'accent sur les croyances et les valeurs des individus aux prises avec une PDC, chez qui l'apparence physique et l'esthétique constitueraient souvent l'élément principal dans la définition de soi et le jugement vis-à-vis sa valeur personnelle. Une grande importance serait souvent aussi accordée à des éléments tels que l'acceptation sociale, la symétrie et la jeunesse, ou encore le perfectionnisme. Des croyances du type « Ce que je suis en tant que personne est en grande partie basé sur mon apparence physique » ou encore « Ma vie serait tellement plus belle si seulement mes yeux n'étaient pas si affreux » donneraient lieu à une à une série d'émotions négatives ayant pour conséquence d'amplifier le jugement négatif de l'image corporelle interne, et vice-versa. La rumination, les inquiétudes et les comparaisons à des modèles inaccessibles ou à une image mentale de soi idéalisée seraient également fréquentes chez ceux souffrant de PDC. En plus de contribuer à l'expérience d'émotions négatives, la quantité non négligeable d'énergie allouée à ces processus cognitifs aurait pour conséquence de limiter l'attention pouvant être accordée aux informations sensorielles provenant de l'extérieur, consolidant ainsi davantage l'image mentale déformée et biaisée.

Les émotions associées à la PDC prennent une place importante dans le modèle de Veale. Complexes et variées, ces dernières seraient déterminées par la façon dont l'individu interprète les situations et les événements auxquels il fait face. Des émotions de honte internalisée et de dégoût par rapport à soi peuvent être engendrées lorsque l'individu se compare à autrui et juge son apparence comme étant inférieure. Des sentiments de honte externalisée et d'anxiété sociale anticipatoire peuvent quant à eux être vécus en lien avec la

crainte d'être humilié, ridiculisé, ou rejeté par les autres. La dépression et le désespoir peuvent s'installer lorsque l'individu se trouve incapable d'atteindre les standards esthétiques qu'il s'est fixés, surtout lorsque les solutions précédemment envisagées (p. ex., une chirurgie esthétique) n'ont pas mené aux résultats escomptés. L'incapacité à atteindre les standards fixés dans d'autres sphères de la vie en raison de la PDC, notamment au niveau social et professionnel, peuvent également donner lieu à des sentiments de dépression et de désespoir. La colère, la frustration et la culpabilité prendraient également une place importante dans l'expérience émotionnelle des individus souffrant de PDC : colère envers les autres, qui ne comprennent pas les préoccupations; culpabilité et colère envers soi-même, pour avoir abîmé son apparence (après avoir trop gratté sa peau ou tenté une autochirurgie, par exemple); colère en raison de l'incapacité à se payer une chirurgie esthétique... En plus d'être déplaisantes en soi, ces émotions auraient pour effet d'augmenter la fréquence et l'intensité de l'attention sélective envers les défauts physiques présumés ainsi que le jugement négatif de l'image mentale de soi.

Associée aux valeurs, croyances et processus cognitifs décrits précédemment, l'attention sélective mènerait non seulement à une série d'émotions négatives, mais également à une variété d'actes mentaux ou de comportements sécurisants et d'évitement, exécutés par l'individu dans l'espoir de diminuer sa détresse ou son incertitude. En termes de comportements sécurisants, l'individu peut avoir recours à une panoplie de stratégies visant à corriger, camoufler ou vérifier son apparence (p. ex., gratter sa peau, avoir recours à des chirurgies esthétiques, se maquiller ou se faire bronzer excessivement, se regarder sans cesse dans le miroir ou dans autres surfaces réfléchissantes, etc.). L'évitement peut lui aussi prendre différentes formes, notamment l'évitement de situations ou de conditions anxigènes (p. ex., des situations sociales ou des endroits dotés d'un éclairage pouvant faire ressortir les défauts présumés), la tentative d'évitement d'émotions déplaisantes par la consommation d'alcool ou de drogues, ou encore l'évitement cognitif par des stratégies telles que l'arrêt de pensées. Ces stratégies seraient efficaces à court terme pour diminuer la détresse et l'incertitude, mais deviendraient contre-productives à moyen et à long-terme en favorisant le doute, l'attention sélective, les préoccupations et les ruminations sur l'apparence physique, ainsi que les jugements négatifs sur soi.

Se basant sur cette théorie, Veale propose l'utilisation d'une variété de techniques pour travailler sur les symptômes de PDC. Ces dernières sont décrites de façon détaillée et exhaustive dans Veale et Neziroglu (2010), mais un résumé des éléments principaux en est ici présenté.

1.2.1.1 Stratégies d'intervention associées au modèle de Veale

Puisque la PDC est souvent caractérisée par un niveau élevé de conviction envers la réalité objective du défaut physique, il peut être difficile d'engager l'individu qui en souffre dans un processus de changement qui n'inclut pas une correction du défaut, mais bien un changement de perspective et d'attitude par rapport à ce dernier. Dans cette optique, il est suggéré de débiter l'intervention par l'utilisation de techniques visant à solidifier l'alliance thérapeutique et augmenter la motivation au changement. Il peut notamment être judicieux lors de l'identification des objectifs de s'entendre sur l'importance de diminuer la détresse et d'augmenter la qualité de vie, plutôt que sur la modification des croyances par rapport au défaut. Dans un même ordre d'idées, des principes de l'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 2002) visant à résoudre l'ambivalence à changer peuvent aussi être utilisés.

Considérant l'importance de l'attention sélective portée sur soi dans le maintien des symptômes, Veale propose un certain nombre d'exercices visant à diminuer cette dernière et à augmenter parallèlement l'attention portée aux informations provenant de l'extérieur. Par exemple, un exercice d'entraînement à la concentration (*task concentration training*) (Bögels, 2006) dans lequel l'individu doit s'exercer à se concentrer sur une tâche (plutôt que sur lui-même) dans des situations de plus en plus anxiogènes, est suggéré. Une technique appelée « entraînement de l'attention » (*attentional training*) peut aussi être utilisée (Wells, 1990). À l'aide d'une variété d'exercices attentionnels, cette dernière vise à augmenter la *flexibilité* du focus attentionnel de l'individu, soit l'habileté à passer d'une attention portée sur soi à une attention portée sur l'environnement.

Dans l'objectif de « défusionner » l'expérience de l'image corporelle interne de celle des émotions liées aux expériences aversives passées, il est conseillé de procéder à des exercices de « rescriptage » de l'imagerie (*imagery rescripting*). Initialement proposée par Arntz et Weertman (1999) et Smucker et Dancu (1999) pour le traitement des expériences traumatiques, cette procédure serait particulièrement appropriée lorsque l'apparition des symptômes de PDC ou l'expérience de l'image interne est étroitement associée au souvenir d'événements difficiles. L'idée est ici d'aider l'individu à développer une relation différente avec son image interne et à voir les expériences passées telles qu'elles le sont vraiment, soit de mauvais souvenirs (et non un événement qui se répète sans fin ou qui devrait avoir une importance significative dans les expériences vécues présentement). En contexte de PDC et selon les caractéristiques particulières de chaque cas, la procédure peut prendre différentes formes : exposition en imagination visant l'habituation à l'anxiété générée par le souvenir, approches basées sur la pleine conscience afin de développer une relation différente et plus détachée d'avec le souvenir, restructuration cognitive afin de modifier la signification accordée aux événements passés, etc. Une autre forme de « rescriptage » de l'imagerie consiste en l'insertion d'un adulte bienveillant et compréhensif dans le souvenir d'un événement aversif passé. Le souvenir se voit modifié grâce à l'intervention de l'adulte qui vient secourir l'enfant ridiculisé ou critiqué.

Afin de travailler sur les processus cognitifs de rumination et d'inquiétudes ainsi que sur le contenu des pensées, des éléments basés sur la pleine conscience (*mindfulness*) (Wells, 2005), sur la thérapie méta-cognitive (Wells, 1995), ainsi que sur la thérapie axée sur la compassion (Gilbert, 2009), sont proposés. L'idée centrale de la pleine conscience est de favoriser la construction d'une attitude de détachement et de non-jugement à l'égard de ses pensées et de ses émotions. Le but de la thérapie méta-cognitive est d'amener l'individu à reconsidérer les croyances qu'il entretient par rapport à ses inquiétudes et ses ruminations, l'hypothèse étant que les premières constituent des facteurs de maintien des secondes. Les pensées négatives et positives par rapport à ses inquiétudes, par exemple qu'elles sont incontrôlables ou qu'elles sont efficaces pour apaiser la détresse, peuvent notamment être réexaminées. La thérapie axée sur la compassion vise quant à elle à diminuer l'autocritique et les sentiments de honte en encourageant le développement d'une attitude de compassion

envers soi-même, comme l'individu se permettrait d'en avoir pour un proche. À noter que Veale s'oriente ici davantage vers des techniques cognitives dites de « troisième vague » axées sur le détachement, l'acceptation et le non-jugement, plutôt que sur la plus « classique » thérapie cognitive dans laquelle le contenu des pensées est remis en question.

Finalement, des stratégies comportementales d'exposition avec prévention de la réponse et d'expériences comportementales sont proposées afin de réduire les comportements sécurisants, l'évitement et les compulsions. L'exposition avec prévention de la réponse consiste à affronter de façon graduelle des situations anxiogènes tout en prévenant les comportements compulsifs généralement utilisés pour diminuer l'anxiété de même que les comportements sécurisants visant quant à eux à prévenir/éviter les conséquences négatives appréhendées. Les expériences comportementales consistent quant à elles à tester empiriquement, en milieu naturel, la véracité des croyances inadéquates et dysfonctionnelles de l'individu.

1.2.2 Modèle cognitif et comportemental de Wilhelm pour la PDC

Dans son livre *Feeling Good About the Way You Look: A Program for Overcoming Body Image Problems* (2006), Wilhelm propose un modèle conceptuel de la PDC de même qu'un programme d'autointervention destiné aux individus aux prises avec ce trouble. Essentiellement, le programme y étant décrit est constitué des mêmes éléments dont l'efficacité a préalablement été démontrée dans le cadre d'une intervention de groupe (Wilhelm *et al.*, 1999). Les principaux éléments du modèle conceptuel seront d'abord résumés, puis les techniques d'intervention en découlant seront décrites.

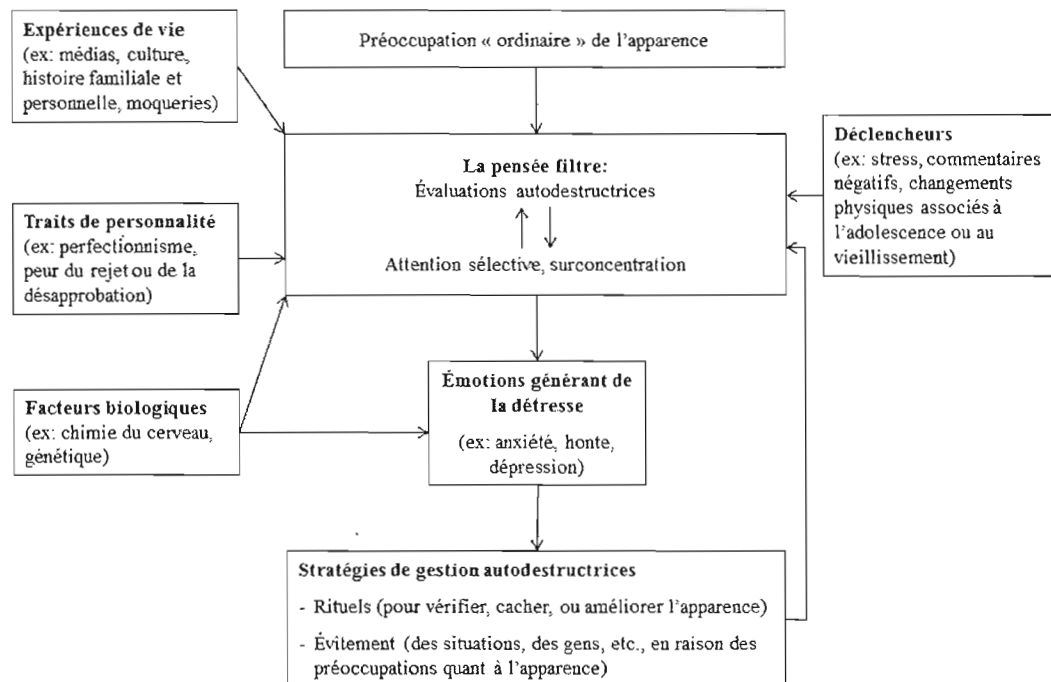
Tel qu'illustré dans le schéma à la figure 1.2, le modèle de Wilhelm postule qu'une variété de facteurs environnementaux, biologiques et génétiques, de même que certains traits de personnalité comme le perfectionnisme ou la sensibilité au rejet, s'unissent pour rendre compte de la prédisposition d'un individu à développer des symptômes de PDC. Chez un individu vulnérable, des événements stressants pourraient par la suite précipiter des

préoccupations excessives par rapport à l'apparence physique de même qu'une évaluation dysfonctionnelle de ces dernières. Le modèle postule que les préoccupations par rapport à l'apparence physique sont présentes chez tout le monde, mais ne deviendraient problématiques que lorsqu'elles sont *interprétées* par l'individu comme étant hautement révélatrices de sa personne et comme ayant des conséquences négatives importantes pour lui-même (p. ex., se faire ridiculiser ou se retrouver seul). Ce dernier point s'apparente fortement à la conceptualisation cognitive des pensées intrusives et de leur transformation en obsessions dans le TOC (Salkovskis, 1985). Cette appréhension de conséquences négatives aurait pour impact une augmentation de l'anxiété qui pousserait l'individu qui souffre de PDC à exécuter des compulsions et/ou des comportements d'évitement afin d'alléger son anxiété et éviter les conséquences négatives appréhendées. Ces stratégies étant efficaces à court terme mais pas à long terme pour apaiser l'anxiété, elles contribueraient au maintien du problème via les principes du conditionnement opérant. Finalement, tout comme dans le modèle de Veale, l'attention sélective sur soi joue ici un rôle important dans la conceptualisation du problème, étant associée à des pensées dysfonctionnelles et autodéfaitistes et à une détresse émotionnelle.

1.2.2.1 Stratégies d'intervention associées au modèle de Wilhelm

Le programme d'intervention proposé par Wilhelm s'apparente beaucoup à ce qui est conseillé en TCC pour le TOC. La composante cognitive de la thérapie consiste en des exercices de restructuration cognitive visant à remettre en question les obsessions de l'individu et éventuellement ses croyances plus profondes. Différentes techniques visant à réduire ces obsessions et modifier ces croyances peuvent être utilisées, notamment le questionnement socratique qui vise à aider l'individu à identifier des preuves appuyant et infirmant ses pensées dysfonctionnelles. La technique de la flèche descendante consiste quant à elle à suivre une pensée et ses implications jusqu'à la conséquence ultime qu'elle sous-tend. Cette stratégie permet non seulement d'identifier et de remettre en questions les distorsions cognitives et les erreurs de logique qui auraient pu se glisser dans le discours, mais également d'identifier les pensées, les croyances et schémas qui sous-tendent les préoccupations.

Figure 1.2 : Modèle cognitif et comportemental de Wilhelm pour la PDC



Au niveau comportemental, Wilhelm propose comme Veale l'utilisation d'exercices d'exposition avec prévention de la réponse qui amèneront graduellement l'individu à affronter les situations qui le rendent anxieux tout en s'abstenant d'avoir recours aux rituels habituels pour diminuer l'anxiété. L'exercice vise un processus d'habituation à l'anxiété, mais constitue aussi l'occasion pour l'individu de reconsidérer et de corriger ses pensées et suppositions erronées (en réalisant par exemple qu'il n'est pas pointé du doigt par les gens lorsqu'il sort de chez lui sans porter de casquette).

1.2.3 Modèle basé sur les inférences pour la PDC

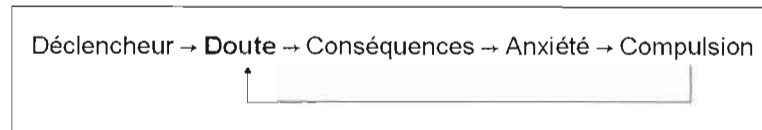
Considérant les nombreuses caractéristiques partagées par la PDC et le TOC, notamment au niveau de la présence d'obsessions et de compulsions, nous nous sommes penchés sur l'adaptation d'un modèle théorique du TOC pour la PDC. La conceptualisation de la PDC selon l'approche basée sur les inférences sera ici décrite en mettant l'accent sur les éléments qui la distinguent des modèles cognitifs et comportementaux décrits précédemment. Les éléments majeurs de la thérapie lui étant associée (la thérapie basée sur les inférences ou TBI) seront ensuite résumés.

Le modèle conceptuel de Veale et l'ABI diffèrent de façon assez importante. Alors que Veale met l'accent sur le traitement de l'information pour expliquer le développement et le maintien des symptômes de PDC, l'ABI s'intéresse au processus de raisonnement qui mène l'individu à avoir des obsessions ou des « doutes obsessionnels ». Veale ne se penche pas sur le raisonnement menant aux obsessions, conseillant plutôt en thérapie des approches inspirées de la pleine conscience afin d'amener l'individu à prendre de la distance par rapport à ses préoccupations et ses émotions. Les deux modèles se rejoignent toutefois sur un point : l'individu atteint de PDC est centré sur ses processus cognitifs internes et n'est pas réceptif aux informations objectives provenant de l'extérieur. Ceci est considéré comme un facteur de maintien majeur des difficultés dans les deux théories et constitue un élément à être travaillé dans les deux approches thérapeutiques.

La distinction la plus importante entre les postulats sous-jacents à l'ABI et ceux qui sous-tendent la théorie cognitive et comportementale de Wilhelm réside dans l'explication du développement des obsessions. Tel que mentionné précédemment, le modèle de Wilhelm postule que les préoccupations par rapport à l'apparence deviendraient problématiques lorsque l'individu les interprète comme étant révélatrices de sa personne et comme pouvant mener à des conséquences négatives majeures. Par exemple, l'individu atteint de PDC qui croit que ses oreilles sont difformes (obsession) pourrait croire que s'il se rend à une soirée entre amis, tout le monde sera dégoûté par ses oreilles (interprétation). C'est sur cette

interprétation de la préoccupation que la thérapie de Wilhem se centre pour diminuer les symptômes obsessifs-compulsifs.

Figure 1.3: Conceptualisation des obsessions selon l'ABI



De son côté, l'ABI ne conceptualise pas l'obsession comme une pensée qui serait mal interprétée, mais plutôt comme un doute qui s'élabore à partir d'un narratif purement idiosyncratique. L'ABI considère en effet qu'il existe un narratif subjectif qui précède et appuie le doute obsessionnel, avant même qu'il y ait interprétation de la pensée (voir figure 1.3). Selon l'ABI, le processus de raisonnement sous-jacent à la PDC serait la « confusion inférentielle », par laquelle un enchaînement narratif inductif, basé largement sur des sources indirectes et des associations arbitraires, remplace la perception immédiate de la réalité. L'individu dont le processus de raisonnement est caractérisé par la confusion inférentielle a tendance à ne pas avoir confiance en ses sens et à accorder une importance démesurée aux possibilités et à l'imagination, d'où la présence et l'importance du doute obsessionnel (Aardema *et al.*, 2009). Dans une étude récente portant sur un échantillon d'étudiants universitaires, la confusion inférentielle s'est révélée positivement corrélée avec les symptômes obsessifs-compulsifs, même en contrôlant pour l'humeur, l'anxiété et la détresse générale (Wu, Aardema et O'Connor, 2009). Une autre étude portant sur le TOC révèle par ailleurs une corrélation positive entre la diminution de la confusion inférentielle et la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs au cours d'une TBI, même en contrôlant pour les changements relatifs à l'humeur au cours de cette même période (Aardema, Emmelkamp et O'Connor, 2005). Il n'existe actuellement pas d'étude ayant exploré le concept de confusion inférentielle dans une population PDC. Nous posons toutefois l'hypothèse que les processus cognitifs en jeu dans la PDC et le TOC sont similaires et que la confusion inférentielle constitue donc un concept-clé dans la PDC. Nous procédons actuellement à la cueillette de données qui nous permettra de pousser plus loin les analyses à cet effet dans le futur.

Selon l'ABI, une obsession est un processus en deux étapes. Premièrement, l'individu arrive à une ou plusieurs inférences primaires via un narratif subjectif (confusion inférentielle) qui le convainc qu'un état de fait peu probable constitue une réalité (première étape). Dans le cas de la PDC, la force de l'inférence primaire est souvent très marquée, donnant lieu à une quasi-conviction (idée surévaluée). Une inférence primaire pourrait par exemple prendre l'aspect suivant: « Mon nez me semble épouvantablement asymétrique ». Généralement, mais pas exclusivement, l'inférence primaire est suivie d'une ou de plusieurs inférences secondaires (deuxième étape). Les inférences secondaires font référence aux conséquences anticipées des inférences primaires qui, en lien avec l'exemple précédent, pourraient être: « Mon nez affreux m'empêchera de trouver l'amour et d'être heureuse » (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005).

Contrairement aux approches cognitives et comportementales de Veale et de Wilhelm présentées précédemment, l'ABI se centre donc sur le contenu initial de l'obsession (l'inférence primaire) via le processus de confusion inférentielle y ayant donné lieu, plutôt que sur les conséquences négatives résultant de son interprétation (les inférences secondaires). Le rationnel sous-jacent à l'ABI est que même si le fait d'aborder le doute initial et les erreurs de raisonnement n'est pas nécessaire pour diminuer la détresse, cela devrait néanmoins être suffisant pour la diminuer puisque le doute initial constitue en définitive le déclencheur des interprétations (conséquences négatives anticipées ou inférences secondaires) (O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005).

1.2.3.1 La thérapie basée sur les inférences (TBI)

Un programme d'interventions basé sur l'ABI a initialement été développé pour les individus atteints de TOC et a par la suite été appliqué aux préoccupations de nature PDC. La TBI est un programme d'interventions individuel d'une durée de 20 semaines constitué de 10 étapes. Le manuel de traitement complet se trouve à l'Appendice A mais un aperçu des étapes du programme est présenté ici.

La première étape consiste à définir la nature du doute obsessionnel et de quelle façon ce dernier se distingue d'un doute réel (soit un doute supporté par l'information provenant des sens dans l'ici et maintenant). La seconde étape vise à familiariser l'individu avec le processus de raisonnement qui mène au doute et à souligner que ce raisonnement n'est pas incorrect en soi, mais qu'il est utilisé hors contexte. L'étape 3 a pour objectif d'illustrer comment le doute va à l'encontre de la perception dans l'ici et maintenant et nuit au sens commun. À l'étape 4, l'histoire subjective (le narratif de raisonnement) menant à l'inférence primaire est précisée et une histoire réaliste alternative, basée sur l'information provenant des sens, est développée. La cinquième étape vise à amener l'individu à identifier le moment précis où il franchit la frontière entre le réel et l'imaginaire. Dans les étapes 6 et 7, les « stratagèmes de raisonnement » de la PDC sont identifiés et la façon dont ces derniers mènent au doute obsessionnel en allant au-delà des sens et de l'information directe, est soulignée. L'étape 8 introduit l'individu à la nature sélective du doute imaginaire en explorant les situations dans lesquelles il ne se présente pas. L'étape 9 consiste à identifier le thème de vulnérabilité de l'individu et à explorer pourquoi ce dernier a développé des obsessions dans une sphère de sa vie plutôt que dans une autre. Enfin, l'étape 10 s'apparente à la prévention de la rechute et vise à aider l'individu à tolérer le vide laissé par les obsessions et les compulsions et à se familiariser avec sa nouvelle confiance en ses sens et en la réalité.

Comme mentionné plus tôt, la TBI a au départ été développée pour les individus aux prises avec un TOC. Dans cette population, une étude clinique a démontré une efficacité comparable de la TBI comparativement à la TCC. Quant à ceux qui présentaient de hauts niveaux de conviction envers leurs obsessions (idées surévaluées), la TBI s'est révélée plus efficace que la thérapie cognitive basée sur le modèle des évaluations cognitives (*cognitive appraisal model*) (O'Connor *et al.*, 2005).

1.3 Objectifs de la recherche

L'objectif général de la présente étude est de dresser un portrait des traitements psychologiques de la PDC et d'évaluer l'efficacité d'une nouvelle forme d'intervention pour ce trouble. Plus spécifiquement, le premier article de la thèse résume l'état actuel des connaissances sur les interventions psychologiques pour la PDC et propose une réflexion critique à cet égard. L'importance de développer de nouvelles approches d'intervention palliant les faiblesses des traitements actuels, en mettant notamment l'accent sur les processus cognitifs en jeu dans la problématique, y est soulignée. En réponse aux recommandations du premier article, le second article vise à évaluer l'efficacité d'une approche novatrice dans le traitement de la PDC. Les données d'efficacité de la TBI chez un échantillon de 10 individus atteints de PDC y sont présentées.

CHAPITRE II
PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : PRÉSENTATION ET RÉFLEXION
CRITIQUE SUR LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

Une version antérieure de cet article a été soumise à la Revue Québécoise de Psychologie

**PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : PRÉSENTATION ET RÉFLEXION
CRITIQUE SUR LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES**

**BODY DYSMORPHIC DISORDER: PRESENTATION AND CRITICAL
REVIEW OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS**

Annie TAILLON

Université du Québec à Montréal

Téléphone : 514-987-3000, poste 5648

Télécopieur : 514-251-2617

Courriel : taillon.annie.2@courrier.uqam.ca

Gilles DUPUIS

Université du Québec à Montréal

Téléphone : 514-987-3000, poste 7794

Télécopieur : 514-987-7953

Courriel : dupuis.gilles@uqam.ca

Kieron O'CONNOR

Université de Montréal

Téléphone : 514-251-4015, poste 2343

Télécopieur : 514-251-2617

Courriel : kieron.oconnor@umontreal.ca

Adresse de correspondance : Annie Taillon, B.Sc., Étudiante au doctorat, Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888 Succ. Centre-Ville, Montréal, QC, H3C 3P8. Téléphone : 514-987-3000, poste 5648. Télécopieur : 514-251-2617. Courriel : taillon.annie.2@courrier.uqam.ca

**PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : PRÉSENTATION ET RÉFLEXION
CRITIQUE SUR LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES**

**BODY DYSMORPHIC DISORDER: PRESENTATION AND CRITICAL
REVIEW OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS**

Résumé

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) fait référence à une préoccupation excessive concernant un défaut imaginaire ou très léger de l'apparence physique. La pharmacothérapie et la thérapie cognitive et comportementale (TCC) sont actuellement considérés comme les traitements de choix pour la PDC. Néanmoins, le trouble demeure particulièrement résistant au traitement. Cet article dresse un portrait de la problématique de la PDC, résume l'état actuel des connaissances sur ses interventions psychologiques et propose une réflexion critique à cet égard. L'importance de développer de nouvelles approches d'intervention palliant les faiblesses des traitements actuels, en mettant notamment l'accent sur les processus cognitifs en jeu dans la problématique, est soulignée.

Mots clés : peur d'une dysmorphie corporelle, trouble du spectre obsessionnel-compulsif, données probantes, thérapie cognitive et comportementale.

Abstract

Body dysmorphic disorder (BDD) refers to an excessive preoccupation with an imagined or very slight defect in physical appearance. Pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) are currently considered the treatments of choice for BDD. However, the disorder remains quite resistant to treatment. This article presents an overview of BDD, summarizes the current state of knowledge on its psychological treatments and offers a critical review. Novel elements which could improve treatment options include addressing cognitive processes underlying BDD.

Key words: body dysmorphic disorder, obsessive-compulsive spectrum disorder, evidence-based treatment, cognitive-behavioral therapy.

PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE : PRÉSENTATION ET RÉFLEXION CRITIQUE SUR LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) fait référence à une préoccupation concernant un défaut de l'apparence physique. Le défaut peut être imaginaire et si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée (APA, 2000). Bien que les obsessions relatives à l'image corporelle soient connues et décrites depuis très longtemps, ce n'est qu'en 1891 que le psychiatre italien Enrico Morselli a introduit le terme « dysmorphophobie » en s'inspirant du terme grec *dysmorfia*, qui signifie « mauvais corps » ou « repoussant ». Morselli décrivait à l'époque plusieurs des symptômes qui sont encore aujourd'hui considérés comme des éléments importants du trouble, comme les idées obsessionnelles surévaluées et les comportements compulsifs (Morselli & Jerome, 2001). Le cas le plus célèbre de dysmorphophobie est probablement celui de l'« Homme aux loups », analysé par Sigmund Freud puis par Ruth Brunswick (1971). Profondément préoccupé par l'apparence de son nez, la vie de l'Homme aux loups tournait autour de rituels de vérification et de comportements sécurisants, aux dépens de sa vie personnelle et professionnelle. Tel que décrit par Veale & Neziroglu (2010), l'Homme aux loups raconta plus tard comment il développa lui-même son propre programme comportemental qui lui permit de surmonter son obsession : « J'ai rassemblé toutes mes forces, arrêté de me regarder dans le miroir, et inexplicablement réussi à vaincre ces idées » (Obholzer, 1982).

Cet article vise à dresser un portrait de ce trouble méconnu qu'est la PDC, en explorant des notions diagnostiques et épidémiologiques, les similarités de la PDC avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), ainsi que les méthodes actuelles d'évaluation du trouble. L'article se penche ensuite sur l'état actuel des connaissances en termes de traitements psychologiques de la PDC. Bien qu'une méta-analyse publiée en 2006 par Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe soutient l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale dans le traitement du trouble, plusieurs aspects importants comme le nombre d'abandons et de refus de traitement dans les différentes études n'y sont pas abordés. Le présent article tente donc de poursuivre l'analyse critique de ces travaux en se penchant davantage sur ces aspects.

Diagnostic et classification

C'est avec la publication du DSM-III en 1980 que la dysmorphophobie fut citée pour la première fois dans le système de classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, 1980). Ce n'est toutefois qu'avec la publication du DSM-III-R en 1987 que l'appellation « peur d'une dysmorphie corporelle » a été adoptée et que le trouble fut associé à des critères diagnostiques spécifiques (APA, 1987). Bien qu'à l'époque le terme fut modifié en raison de l'absence d'une composante phobique dans le trouble, il est à noter que la plupart des individus qui en souffrent ont tendance à éviter les situations qui les rendent anxieux (Veale & Neziroglu, 2010).

Aujourd'hui, la PDC est classée dans la catégorie des troubles somatoformes du DSM-IV-TR. Il existe également une forme délirante du trouble, celle-ci étant classifiée dans la catégorie des troubles psychotiques (trouble délirant, type somatique) (APA, 2000). Les experts dans le domaine postulent cependant que les deux variantes (non délirante et délirante) reflètent en réalité un seul et même trouble, sur un continuum de sévérité et d'insight (Phillips, McElroy, Keck, Hudson & Pope, 1994). La possibilité de diagnostiquer simultanément les deux troubles concorde avec cette proposition (Phillips, Menard, Pagano, Fay & Stout, 2006). Dans le système de Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes (CIM-10) (Organisation Mondiale de la Santé, 1993), le terme « dysmorphophobie » a été conservé et y est présenté comme un exemple de trouble hypochondriaque.

Présentation et variantes

Les individus qui présentent une PDC ont une préoccupation excessive concernant un défaut imaginaire ou très léger de leur apparence physique qui est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans des domaines de vie importants (APA, 2000). Par exemple, l'individu peut avoir l'impression que sa peau a une couleur anormale, ou encore que ses oreilles sont croches et absolument hideuses. N'importe quelle partie du corps peut être l'objet de la préoccupation, mais les plus fréquentes sont la peau (73%), les cheveux (56%), le nez (37%), le ventre et le poids (ex aequo à 22%), la poitrine (21%), les yeux, les fesses et les dents (ex aequo à 20%) (Phillips, 2005). Il arrive qu'il y ait fluctuation des zones d'insatisfaction et que plusieurs

parties du corps soient concernées de façon simultanée (Andreasen, Endicott, Spitzer & Winokur, 1977). L'insatisfaction peut aussi porter sur le corps en entier, l'individu se considérant trop petit ou insuffisamment musclé. Cette forme particulière du trouble porte le nom de « dysmorphie musculaire » et a été décrite pour la première fois par Pope, Gruber, Choi, Olivardia & Phillips (1997). Bien que la préoccupation puisse porter sur le poids ou la forme du corps, elle ne doit pas pouvoir être mieux expliquée par un autre trouble de santé mentale. Notamment, d'autres troubles de l'image corporelle comme l'anorexie nerveuse ou la boulimie doivent être considérés dans l'établissement d'un diagnostic différentiel (APA, 2000).

ÉPIDÉMIOLOGIE

Fonctionnement psychosocial, qualité de vie et détresse

La PDC est caractérisée par un piètre fonctionnement psychosocial et une faible qualité de vie. Dans une étude de Phillips, Menard, Fay & Pagano (2005), les individus atteints de PDC ont obtenu des scores significativement plus faibles à des mesures de fonctionnement psychosocial et de qualité de vie que des patients atteints de dépression majeure ou de conditions médicales chroniques comme le diabète de type II ou un infarctus du myocarde (Ware, 1993). La symptomatologie s'est révélée négativement corrélée avec le niveau de fonctionnement et de qualité de vie, c'est-à-dire que plus les symptômes de PDC étaient sévères, plus le fonctionnement et la qualité de vie s'en trouvaient affectés. Par ailleurs, un grand nombre des participants à cette étude ne se trouvaient pas sur le marché du travail (36%) ni aux études (32%) en raison de leur psychopathologie. Plus de 75% d'entre eux considéraient la PDC comme leur problématique principale.

À noter que le taux d'idéation suicidaire (57.8%) et de tentatives de suicide (2.6%) chez les gens diagnostiqués de PDC est très élevé et considérablement supérieur à ce que l'on observe dans la population générale. Quant au taux de mortalité par suicide, ce dernier était 45 fois plus élevé que celui observé dans la population générale dans une étude prospective effectuée sur une période de 4 ans et comportant 185 participants (Phillips & Menard, 2006). La détresse psychologique serait donc très répandue chez les gens qui ont une PDC.

Une étude québécoise s'est intéressée au rôle de l'insatisfaction de l'image corporelle sur différentes variables de la santé mentale. Dans un échantillon de 366 étudiants de niveau collégial ou de 1^{er} cycle universitaire, 25% se sont révélés présenter une insatisfaction de l'apparence physique à des niveaux d'intensité variables. Il a été observé que ce groupe présentait significativement plus de détresse psychologique et d'idées / comportements suicidaires, même lorsque l'insatisfaction était d'intensité légère et que les critères diagnostics de la PDC n'étaient pas rencontrés (Bibeau & Dupuis, 2005).

Prévalence, apparition des symptômes et évolution

La prévalence de la PDC dans la population générale est estimée entre 0.7% et 2.4% (Faravelli, Salvatori, Galassi & Aiazzi, 1997; Koran, Abujaoude, Large & Serpe, 2008), ce qui représente environ 500 000 Canadiens. Il est à noter que ce taux est probablement sous-estimé en raison de la honte et la stigmatisation qui poussent plusieurs à ne pas dévoiler leurs préoccupations, à moins d'être spécifiquement questionnés à ce sujet par leur médecin (Grant, Kim & Crow, 2001). Le taux serait plus élevé dans certaines populations, comme par exemple chez les étudiants (2% à 13.1%) (Grant et al., 2001; Mayville, Katz, Gipson & Cabral, 1999) ainsi que chez ceux qui consultent en clinique de chirurgie esthétique (2.9% à 16.6%) (Bellino et al., 2006; Castle, Molton, Hoffman, Preston & Phillips, 2004), de dermatologie (8.5% à 21.1%) (Bowe, Leyden, Crerand, Sarwer & Margolis, 2007; Vulink et al., 2006) et de dentisterie (4.2%) (De Jongh, Aartman, Parvaneh & Ilik, 2009). La PDC affecterait autant les hommes que les femmes et les zones de préoccupation seraient plutôt semblables chez les deux sexes (Phillips & Diaz, 1997).

La PDC est un trouble universel dans lequel la culture vient insérer des nuances et des accents particuliers. Par exemple, les préoccupations concernant les paupières semblent plus fréquentes chez les personnes asiatiques, reflétant possiblement un désir généralisé d'atteindre une image ou un standard de beauté caucasien ou américain. Il n'existe pas d'étude ayant spécifiquement comparé la prévalence de la PDC entre différents pays, mais les taux observés de même que certaines variables phénoménologiques telles que l'âge d'apparition et les taux élevés de symptômes dépressifs et anxieux associés seraient comparables à travers les cultures (Wilhelm, 2006).

Le trouble apparaît généralement de façon graduelle au cours de l'adolescence (Phillips, 1991). Les symptômes sont caractérisés par une évolution particulièrement chronique (Phillips, Pagano, Menard, Fay & Stout, 2005), dépassant les taux observés dans les troubles de l'humeur, le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée et même les troubles de la personnalité (Grilo et al., 2004; Keller, Lavori, Coryell, Endicott & Meuller, 1993; Keller et al., 1992; Shea & Yen, 2003; Yonkers, Bruce, Dyck & Keller, 2003). Les chances de rémission seraient négativement corrélées avec la sévérité des symptômes, la durée du trouble et la présence de troubles de la personnalité en comorbidité (Phillips, Pagano et al., 2005).

Comorbidités

Comme c'est le cas pour la plupart des pathologies psychiatriques, la PDC se présente rarement seule. La grande majorité des individus diagnostiqués de PDC souffrent en effet d'au moins un autre trouble de l'axe 1 de façon simultanée, les plus fréquents étant la dépression majeure (61%), la phobie sociale (31%), le TOC (25%) et l'abus de substance (13%). De façon générale, la dépression majeure et l'abus de substances ont tendance à apparaître après le début des symptômes de PDC alors que la phobie sociale a plutôt tendance à apparaître avant. Aucune tendance particulière quant à l'ordre d'apparition des symptômes n'a pour le moment été dégagée pour ce qui est de la cooccurrence de la PDC et du TOC (Gunstad & Phillips, 2003). En ce qui a trait aux troubles de la personnalité, ces derniers seraient présents chez 57% à 100% des individus souffrant de PDC, le plus fréquent étant le trouble de la personnalité évitante, suivi des troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive et paranoïaque (Neziroglu, McKay, Todaro & Yaryura-Tobias, 1996; Phillips & McElroy, 2000).

LA PDC ET LE TOC : SIMILARITÉS ET DIFFÉRENCES

La PDC partage de nombreuses caractéristiques avec le TOC, ce qui a d'ailleurs mené plusieurs chercheurs à considérer la PDC comme étant un trouble du « spectre obsessionnel-compulsif », catégorie regroupant des problématiques dont la présentation clinique (symptômes manifestes, évolution, ratio homme-femme, historique familial et réponse au traitement) se rapproche de celle du TOC (Hollander, 2005).

Obsessions, compulsions et évitement

La présence d'obsessions et de compulsions dans la PDC et le TOC constitue sans doute l'une des similarités les plus apparentes, mais aussi l'une des plus importantes entre les deux problématiques. Les obsessions sont des idées, des pensées ou des images persistantes qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante alors que les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance suscitée par les obsessions. À noter toutefois que la nature des obsessions et des compulsions diffère entre les deux troubles, celles retrouvées dans le cas de la PDC ayant trait à l'apparence physique et celles retrouvées dans le TOC ayant plutôt trait à des thèmes comme la contamination, la vérification, la symétrie, le doute et les phobies d'impulsion.

Contrairement aux critères diagnostics du DSM-IV-TR pour le TOC, les critères diagnostics de la PDC n'incluent pas de seuil minimal en ce qui a trait au temps occupé par les obsessions ou les compulsions (APA, 2000). De façon générale, les individus atteints de PDC passent néanmoins plusieurs heures par jour à penser à leur défaut présumé. Il semblerait en effet que près de 40% d'entre eux auraient des obsessions pendant 3 à 8 heures par jour alors que les obsessions d'environ 25% d'entre eux dureraient plus 8 heures par jour (Phillips, 2005). Des exemples d'obsessions que l'on peut retrouver chez les individus qui ont une PDC sont: « Mes cheveux ne sont pas symétriques, c'est inacceptable »; « Je suis totalement défiguré. Je rends tout le monde autour de moi mal à l'aise » ou « Mes joues sont si creuses, je n'ai pas l'air en santé, tout le monde me dévisage », etc.

Les différentes compulsions retrouvées dans le cas de la PDC sont essentiellement exécutées par l'individu dans le but de vérifier, de camoufler ou de corriger ses défauts présumés, l'objectif ultime étant de diminuer l'occurrence et l'intensité des obsessions de même que l'anxiété ressentie. Des compulsions fréquemment observées sont: le maquillage excessif, les séances de bronzage à répétition, se regarder constamment dans le miroir, demander aux autres si son apparence est correcte, gratter sa peau (*skin picking*), traitements dermatologiques, chirurgie esthétique, etc.

Une autre similarité entre la PDC et le TOC réside dans l'évitement des situations et des stimuli anxigènes. Les individus atteints de PDC, tout comme ceux qui sont atteints de

TOC, ont en effet tendance à éviter les situations et les stimuli susceptibles de provoquer leurs obsessions afin d'échapper à la détresse et à l'anxiété qu'elles provoquent. Des exemples de situations / stimuli fréquemment évités par les individus qui ont une PDC sont les situations sociales, les miroirs, les pièces très éclairées et les rencontres amoureuses. À noter que les compulsions et les comportements d'évitement constituent des facteurs de maintien du trouble: ils ont pour effet de maintenir la préoccupation envers l'obsession via les principes du conditionnement opérant.

Traitements

Finalement, en raison des nombreuses similarités entre les deux conditions, les traitements utilisés pour la PDC sont en général basés sur les approches de traitement du TOC (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003). Les interventions aujourd'hui considérées comme étant efficaces pour la PDC sont la pharmacothérapie et la TCC (Williams et al., 2006).

Les médicaments utilisés pour traiter la PDC sont des antidépresseurs appelés ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) (Phillips, 2004). Les ISRS sont utilisés pour traiter une variété de troubles anxieux et de l'humeur comme le TOC, le trouble panique et la dépression (Shirley, 2005). Des études cliniques ont démontré que l'utilisation des ISRS pour la PDC nécessitait toutefois des doses plus élevées que pour le traitement de la dépression (Phillips, 2004) et qu'un délai allant jusqu'à 16 semaines pouvait être nécessaire avant d'observer une diminution des symptômes (Albertini & Phillips, 1999).

Le traitement psychologique de choix pour la PDC est la TCC (Williams et al., 2006). La TCC débute généralement par une période de psychoéducation pendant laquelle le modèle explicatif de la PDC est passé en revue, puis des techniques comportementales et cognitives sont utilisées. La composante comportementale de la thérapie est généralement constituée d'exposition avec prévention de la réponse (EPR) et d'expériences comportementales. L'EPR consiste à affronter de façon graduelle des situations anxiogènes tout en prévenant les comportements compulsifs généralement utilisés pour diminuer l'anxiété. Lorsque la sévérité des symptômes est diminuée, les expériences comportementales peuvent être utilisées. Ces dernières consistent à tester empiriquement en milieu naturel la véracité des croyances inadéquates et dysfonctionnelles. Enfin, la composante cognitive de la thérapie consiste en des exercices de restructuration cognitive, c'est-à-dire la modification de croyances

inadéquates ou erronées afin de les rendre plus appropriées, vraisemblables et aidantes. Ainsi, les croyances de fond de même que les pensées automatiques et les distorsions cognitives en lien avec l'apparence physique et l'importance lui étant accordée sont explorées et travaillées. La TCC peut être utilisée seule ou en combinaison avec un traitement pharmacologique. À noter également que des thérapies strictement comportementales ou cognitives peuvent aussi être utilisées dans le traitement de la PDC.

Caractéristiques distinctes

Malgré les nombreuses similarités entre la PDC et le TOC, un certain nombre d'éléments distingue les deux troubles. Notamment, la fréquence ainsi que l'intensité d'un phénomène cognitif connu sous le nom d'idées surévaluées. Une idée surévaluée est une croyance surestimée et fixe qui, bien qu'elle comporte certains éléments de doute, ne répond habituellement pas aux tentatives de rationalisation (Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997). On parle d'idée surévaluée lorsque l'individu est fortement convaincu de la réalité objective de sa croyance, la conviction n'atteignant toutefois pas un niveau délirant (c'est-à-dire qu'il persiste quand même un certain doute). Bien que les idées surévaluées soient un phénomène observé chez certains individus atteints de TOC (Catapano, Sperandeo, Perris, Lanzaro & Maj, 2001), leur présence est beaucoup plus fréquente et intense chez ceux qui souffrent de PDC (McKay, Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997).

La PDC se distingue également du TOC par sa nature plus égo-syntone. Les croyances PDC, contrairement aux obsessions que l'on retrouve dans le TOC, sont en effet rarement perçues comme insensées ou en contradiction avec les valeurs de l'individu. Au contraire, elles sont bien souvent en accord avec l'importance majeure qu'accorde l'individu à l'apparence physique de même qu'avec la position centrale que prend l'apparence dans son jugement vis-à-vis sa valeur personnelle. En somme, les études indiquent que malgré les multiples similarités entre la PDC et le TOC et le fait que les deux troubles s'avèrent vraisemblablement reliés à plusieurs niveaux, ces derniers possèdent aussi des caractéristiques distinctes laissant entendre qu'ils constituent en définitive des troubles uniques et distincts (Chosak et al., 2008).

ÉVALUATION DE LA PDC

Différents outils de mesure peuvent aider le clinicien à évaluer la présence de PDC chez un client et à déterminer la sévérité des symptômes. Afin de poser un diagnostic de PDC, l'*Entrevue d'évaluation clinique semi-structurée pour les troubles de l'axe I du DSM-IV* (version française du *Structured Clinical Interview for DSM-IV* ou SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996) peut être utilisée. Le SCID-I est un instrument diagnostique standard pour les différents troubles de l'axe I du DSM-IV.

Afin d'évaluer la sévérité des symptômes, l'outil le plus utilisé est probablement le *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for BDD* ou BDD-YBOCS (Phillips, Hollander, Rasmussen & Aronowitz, 1997). Le BDD-YBOCS est une entrevue semi-structurée de 12 items visant à évaluer la sévérité des symptômes de PDC (obsessions et compulsions, 5 items chacun) ainsi que le niveau d'insight (1 item) et le niveau d'évitement (1 item) durant la dernière semaine. Le BDD-YBOCS est une adaptation du *Yale Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado et al., 1989a; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischman et al., 1989b), une entrevue semi-structurée évaluant la sévérité des symptômes de TOC. Le BDD-YBOCS possède de bonnes propriétés psychométriques.¹ L'entrevue semi-structurée *Body Dysmorphic Disorder Diagnostic Module* (BDDE) (Rosen & Reiter, 1996) est parfois aussi employée. La formulation de plusieurs questions occasionne toutefois un effet de plafond, rendant l'instrument insensible au changement dans une population présentant des symptômes sévères (Veale & Neziroglu, 2010).

Étant donné l'importance des symptômes dépressifs et anxieux communément associés à la PDC, l'utilisation de questionnaires mesurant ces variables peut s'avérer pertinente. Par ailleurs, un questionnaire mesurant les idées surévaluées peut aussi éclairer le clinicien quant au niveau de conviction de l'individu envers ses obsessions et lui permettre de mieux développer son plan d'intervention. Le *Overvalued Ideas Scale* (OVIS) (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens & Todaro, 1999; Neziroglu, Stevens, McKay & Yaryura-Tobias, 2001) est généralement utilisé à cet effet. Considérant l'impact majeur de la PDC sur le bien-être et le fonctionnement, il peut aussi être judicieux de se pencher sur la qualité de vie des individus qui en souffrent. Bien que plusieurs questionnaires puissent être utilisés,

¹ Version française traduite par Taillon, Laverdure, Pélissier & O'Connor (2007), non validée.

l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie ou ISQV © (Dupuis, Perrault, Lambany, Kennedy & David, 1989) est particulièrement intéressant puisqu'il permet de mesurer le niveau de qualité de vie selon l'écart qui existe entre la condition d'un individu et ses buts et de le pondérer par l'importance de 28 domaines de vie et la situation dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts. De plus, il permet d'avoir une indication quant au niveau des buts que se fixe une personne dans les différents domaines de sa vie et aussi de l'importance relative de chacun.

EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES : ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

Williams et al. ont publié en 2006 une méta-analyse répertoriant les résultats d'essais cliniques randomisés et d'études de cas des traitements pharmacologiques et psychologiques pour la PDC publiés entre 1994 et 2003. Leurs résultats soutiennent l'efficacité des deux types de traitements, mais suggèrent une supériorité des approches psychologiques. La moyenne des tailles d'effet obtenue pour les études pharmacologiques est de $d = 0.92$ alors qu'elle est de $d = 1.63$ pour les approches psychologiques, reflétant de grandes tailles d'effet pour les deux modalités d'intervention. Par ailleurs, lorsque les approches spécifiques de traitements psychologiques ont été départagées (thérapie strictement comportementale versus thérapie cognitive et comportementale), les auteurs ont observé une taille d'effet significativement plus élevée pour la TCC que pour la pharmacothérapie. Les différences ne se sont toutefois pas révélées statistiquement significatives lorsque la pharmacothérapie a été comparée à la thérapie comportementale, ni lorsque la thérapie comportementale a été comparée à la TCC. La thérapie comportementale consistait exclusivement en des exercices d'EPR, la thérapie cognitive en des exercices de restructuration cognitive, et la TCC en une combinaison des deux. La thérapie exclusivement cognitive n'a pas été prise en compte dans cette dernière analyse puisqu'il n'y en avait qu'une seule. Dans leurs conclusions et recommandations, Williams et al. citent notamment l'importance d'évaluer les effets des interventions à plus long-terme de même que de mesurer l'impact des interventions psychologiques indépendamment des traitements pharmacologiques utilisés de façon concurrente.

Il est à noter que l'hétérogénéité importante des modalités de thérapie des études TCC invite à interpréter avec prudence les conclusions de la méta-analyse sur la supériorité de l'approche. Les études de Wilhelm, Otto, Lohr & Deckersbach (1999) et de Rosen, Reiter & Orosan (1995) rapportent en effet les résultats d'une thérapie de groupe, celle de Neziroglu et al. (1996) d'une thérapie individuelle quotidienne intensive, celle de Khemlani-Patel (2001) d'une thérapie individuelle à raison de trois rencontres par semaine, et celle de Veale et al. (1996) d'une thérapie individuelle hebdomadaire. Ainsi, bien que la méta-analyse mette en lumière l'efficacité des techniques d'approche cognitive et comportementale, elle ne permet pas de se prononcer sur les modalités spécifiques de traitement à privilégier (thérapie individuelle ou de groupe, thérapie intensive ou hebdomadaire).

Un seul article rapportant les résultats d'une intervention psychologique pour la PDC a été publié depuis 2003. Ce dernier décrit l'étude de cas d'un traitement TCC individualisé et intensif (plus de 20 heures de traitement par semaine pendant 5 semaines) pour lequel des résultats intéressants ont été obtenus au niveau de la diminution des symptômes de PDC, des symptômes anxieux et dépressifs associés et de la qualité de vie (Rabinowitz, Neziroglu & Roberts, 2007). À notre connaissance, aucune étude d'efficacité n'a été publiée sur des approches psychologiques autres que d'orientation cognitive et comportementale.

THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE : RÉFLEXION CRITIQUE

Malgré l'efficacité reconnue de la TCC dans le traitement de la PDC, celle-ci comporte un certain nombre de faiblesses qu'il est judicieux de souligner. Ainsi, les enjeux relatifs à l'abandon et au refus de traitement de même que les variables pouvant avoir un impact négatif sur la réponse au traitement seront abordés. Des éléments reliés au type de protocole de recherche des études et à la mesure de l'efficacité des thérapies seront par la suite explorés. Ces dernières réflexions seront principalement basées sur les cinq études TCC prises en compte dans la méta-analyse de Williams et ses collègues (Khemlani-Patel, 2001; Neziroglu et al., 1996; Rosen et al., 1995; Veale et al., 1996; Wilhelm et al., 1999). Un résumé de ces études est présenté au Tableau 1.

- Insérer le Tableau 1 ici -

Abandon et refus de traitement

L'une des limites non négligeables de la TCC consiste en l'abandon de la thérapie par un nombre considérable de patients. Dans les cinq études TCC de la méta-analyse, les taux d'abandon de la thérapie s'élèvent en effet jusqu'à plus de 30% (moyenne de 13%). En plus de constituer une limite des études par la non-représentativité des résultats à l'ensemble de ceux qui s'engagent dans une TCC, on peut supposer que ces taux élevés d'abandon sont révélateurs de limites de la thérapie en tant que telle. Évoquant la TCC pour le TOC, O'Connor (2005) note en effet que plusieurs patients sont incapables de tolérer le niveau élevé d'anxiété inhérent et nécessaire au succès des exercices d'EPR, ce qui peut les pousser à abandonner le suivi. À noter que même lorsqu'il n'y a pas abandon, l'aspect fortement anxiogène de l'EPR peut parfois mener à l'utilisation de stratégies subtiles de neutralisation ou d'évitement, invalidant l'efficacité de la technique.

On peut poser l'hypothèse que l'aspect hautement anxiogène des exercices d'EPR constitue également une part de ce qui pousse certains patients à refuser dès le départ de s'engager dans une TCC. Malheureusement, cet élément n'est abordé que dans la minorité des études et lorsque des informations sont fournies à ce sujet, elles demeurent imprécises. Par exemple, Rosen et al. (1995) indiquent que huit participants ont refusé de participer à leur étude *ou* n'étaient pas disponibles pour le faire, alors que les quatre autres études restent muettes sur ce point. De telles données ne sont pas disponibles pour la PDC mais on estime à 25% le taux de refus de la TCC dans les études sur le TOC (Franklin & Foa, 2007). Considérant les nombreuses similarités non seulement entre la PDC et le TOC mais aussi entre les traitements utilisés pour les deux problématiques, on peut supposer que le taux de refus de la TCC s'avère assez important en PDC également. Cet élément est d'importance majeure et aura grand intérêt à être mieux documenté dans les études futures.

Variables affectant la réponse à la TCC

La recherche sur les variables prédictrices de la réponse à la thérapie chez les individus souffrant de PDC n'en est qu'à ses débuts et encore très peu de données empiriques sont disponibles. Plusieurs hypothèses et impressions cliniques à ce propos ont cependant été posées et méritent d'être soulignées. Buhlmann, Reese, Renaud & Wilhelm (2008) mentionnent notamment l'impact négatif apparent des symptômes dépressifs associés, de

l'abus de substance et de la problématique suicidaire, des troubles de la personnalité et plus particulièrement du trouble de la personnalité limite, des expériences traumatiques ainsi que de la faible motivation au traitement, sur la réponse à la TCC pour la PDC. À cet égard, il pourrait être pertinent d'adjoindre aux plans d'interventions des principes de l'entrevue motivationnelle (Miller & Rollnick, 2002) afin de résoudre l'ambivalence à changer et d'optimiser les chances d'adhérence et de succès du traitement. Cette recommandation a d'ailleurs été soulignée par Veale dans son plus récent programme d'interventions (Veale & Neziroglu, 2010). Un dernier élément a été identifié, celui-ci bénéficiant d'un soutien empirique : la présence d'idées surévaluées. Tel que mentionné plus tôt, la PDC se caractérise par un niveau marqué d'idées surévaluées, c'est-à-dire que le niveau de conviction envers la réalité objective des obsessions est généralement assez élevé. Cette particularité prend toute son importance lorsque l'on sait que les idées surévaluées ont un impact négatif sur la réponse à la TCC (Neziroglu et al., 2001). On peut effectivement imaginer qu'un individu fortement convaincu de l'existence de son défaut s'impliquera plus difficilement dans des exercices d'exposition et répondra moins aisément ou efficacement à des tentatives de remise en question de ses croyances dysfonctionnelles ou erronées en contexte de restructuration cognitive. L'utilité d'approches d'intervention spécifiquement conçues pour aborder les idées surévaluées aurait ainsi grand intérêt à être explorée. Notamment, l'Approche Basée sur les Inférences (ABI) développée par O'Connor, Aardema & Pélissier (2005) pour le TOC avec idées surévaluées, possède un modèle théorique et des techniques d'intervention qui semblent correspondre au portrait et aux besoins d'une clientèle PDC.

Mesures d'efficacité des interventions

Indépendamment de la nature de la thérapie et des taux de refus et d'abandon, les éléments choisis pour juger de l'efficacité des interventions ont également intérêt à être explorés. La sévérité de la symptomatologie PDC telle que mesurée par le BDD-YBOCS est l'élément principal sur lequel se basent les études afin de déterminer l'efficacité des interventions. À cet égard, la moyenne de 46% de diminution des symptômes au BDD-YBOCS obtenue dans les études TCC peut être jugée cliniquement significative selon les recommandations de Phillips et al. (1997). Il est cependant à noter qu'aucune des études n'a obtenu un score final moyen au BDD-YBOCS qui corresponde au niveau sous-clinique des

symptômes de PDC (score inférieur à 7). La moyenne du score final moyen au BDD-YBOCS dans ces études est en effet de 14.5, tout près de la limite du niveau de sévérité « modéré », établie à 15. Malgré une diminution non négligeable de leurs symptômes, la grande majorité des participants à ces études ne sont donc pas asymptotiques suite à l'intervention.

En plus d'évaluer l'impact de la thérapie sur les symptômes PDC comme tels, la majorité des études mesurent également les changements au niveau de variables associées comme par exemple les symptômes anxieux et dépressifs ou encore l'estime de soi. Toutefois, d'autres éléments pertinents sont laissés de côté, comme l'analyse de l'impact de la thérapie sur la qualité de vie. Puisqu'une diminution de la symptomatologie ne s'accompagne pas forcément d'un impact équivalent sur le bien-être des individus, il serait judicieux d'évaluer spécifiquement cette variable afin de déterminer la valeur des interventions. Aussi, il serait intéressant de vérifier si les fluctuations au niveau de la symptomatologie s'accompagnent de changements correspondants au niveau des variables cognitives considérées comme étant impliquées dans le développement ou le maintien du trouble. Par exemple, Wilhelm (2006) place au centre de son modèle conceptuel des variables comme le perfectionnisme, la sensibilité au rejet et à la critique ainsi que l'attention sélective aux détails négatifs de l'apparence au détriment d'une image globale plus représentative et saine. La mesure de ces variables en cours de thérapie serait non seulement intéressante mais permettrait également de perfectionner les modèles conceptuels et d'approfondir notre compréhension des variables en jeu dans la problématique. À noter que Wilhelm travaille à des études cliniques basées sur son modèle (communication personnelle, octobre 2009).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'objectif du présent article était de dresser un portrait de la PDC et de présenter une revue et une réflexion critique de l'état actuel des connaissances quant aux interventions psychologiques. Bien qu'elle affecte plus de 500 000 Canadiens et qu'elle soit associée à un niveau de détresse particulièrement élevé, la PDC demeure une problématique très peu connue et peu étudiée. En raison des nombreuses similarités entre les deux troubles, les quelques études cliniques sur la PDC se sont concentrées sur des interventions d'abord développées pour le TOC, soit des techniques d'approche cognitive et comportementale comme l'exposition avec prévention de la réponse, les expériences comportementales et la

restructuration cognitive. Une méta-analyse a récemment non seulement mis en lumière l'efficacité de la TCC pour la PDC, mais également sa supériorité sur les traitements de nature pharmacologique.

Or, malgré des résultats intéressants, la TCC comporte également un certain nombre de lacunes qu'il est pertinent de souligner. Des taux non négligeables d'abandon et possiblement de refus de traitement viennent en effet nuancer les données d'efficacité, tout comme la présence d'idées obsessionnelles surinvesties vient limiter l'efficacité des techniques TCC traditionnelles. Certaines recommandations ont été posées à cet égard, notamment l'utilisation de techniques basées sur les principes de l'entrevue motivationnelle afin de maximiser l'adhérence des clients au traitement, ou encore l'utilisation d'approches thérapeutiques basées sur les processus de raisonnement en jeu dans le développement et le maintien des idées surinvesties. Finalement, l'observation de l'efficacité des interventions sur une gamme plus large de variables serait également souhaitable afin de mesurer l'impact des techniques sur les processus cognitifs considérés comme étant impliqués dans le développement et le maintien des symptômes, mais aussi afin de mesurer l'efficacité des interventions non seulement sur la symptomatologie, mais également sur la qualité de vie et le fonctionnement. Par ailleurs, certaines lacunes méthodologiques des études publiées ont été soulevées et l'importance de rapporter clairement les taux de refus et d'abandon de traitement a été soulignée. Un suivi des progrès thérapeutiques à plus long terme suite aux interventions serait également souhaitable afin de mieux comprendre comment l'impact des interventions se maintient à travers le temps. En somme, malgré les résultats prometteurs des interventions d'approche cognitive et comportementale dans le traitement de la PDC, des études futures s'avèrent nécessaires afin de mieux comprendre les processus cognitifs en jeu dans la problématique et de développer des interventions et qui pourront pallier les faiblesses des traitements actuels.

RÉFÉRENCES

- Albertini, R. S. & Phillips, K. A. (1999). Thirty-three cases of body dysmorphic disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(4), 453-459.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd Revised ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revised ed.). Washington: APA.
- Andreasen, N. C., Endicott, J., Spitzer, R. & Winokur, G. (1977). The family history method using diagnostic criteria. Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 34(10), 1229-1295.
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144(1), 73-78.
- Bibeau, L. & Dupuis, G. (2005). L'insatisfaction de l'image corporelle et les problèmes psychologiques associés. *Revue québécoise de psychologie*, 26(3), 273-293.
- Bowe, W. P., Leyden, J. J., Crerand, C. E., Sarwer, D. B. & Margolis, D. J. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 57(2), 222-230.
- Brunswick, R. M. (1971). Pertaining to the Wolf Man: A supplement to Freud's The history of an infantile neurosis. *Revista de Psicoanalysis*, 35, 5-46.
- Buhlmann, U., Reese, H. E., Renaud, S. & Wilhelm, S. (2008). Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image*, 5, 39-49.
- Castle, D. J., Molton, M., Hoffman, K., Preston, N. J. & Phillips, K. A. (2004). Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 439-444.
- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M. & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 62-68.

- Chosak, A., Marques, L., Greenberg, J. L., Jenike, E., Dougherty, D. D. & Wilhelm, S. (2008). Body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder: similarities, differences and the classification debate. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 8(8), 1209-1218.
- De Jongh, A., Aartman, I. H. A., Parvaneh, H. & Ilik, M. (2009). Symptoms of body dysmorphic disorder among people presenting for cosmetic dental treatment: a comparative study of cosmetic dental patients and a general population sample. *Community dentistry and oral epidemiology*, 37, 350-356.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.-C., Kennedy, E. & David, P. (1989). A New Tool to Assess Quality of Life: The Quality of Life Systemic Inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 5, 36-45.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F. & Aiazzi, L. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24-29.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – Patient edition (SCID-I/P) (2nd version)*. New-York, NY: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Franklin, M. & Foa, E. (2007). Cognitive behavioral treatments for obsessive compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New-York: Oxford University Press.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L. & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grant, J. E., Kim, S. W. & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry Vol 62(7) Jul 2001*, 517-522.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Gunderson, J. G., Pagano, M. E., Yen, S., Zanarini, M. C. & McGlashan, T. H. (2004). Two-Year Stability and Change of Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 767-775.
- Gunstad, J. & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270-276.

- Hollander, E. (2005). Obsessive-compulsive disorder and spectrum across the life span. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9(2), 79-86.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J. & Mueller, T. I. (1993). Bipolar I: A five-year prospective follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 238-245.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Mueller, T. I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R. M. A. & Shea, M. T. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 809-816.
- Khemlani-Patel, S. (2001). Cognitive and behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A comparative investigation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The sciences and engineering*, 62, 1087.
- Koran, L., Abujaoude, E., Large, M. & Serpe, R. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322.
- Mayville, S., Katz, R. C., Gipson, M. T. & Cabral, K. (1999). Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 357-362.
- McKay, D., Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 447-454.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Morselli, E. & Jerome, L. (2001). Dysmorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*, 12(45), 103-107.
- Neziroglu, F. & Khemlani-Patel, S. (2003). Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(3), 307-322.
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J. & Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnosis. *Behavior Therapy*, 27(1), 67-77.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P. & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 881-902.

- Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D. & Yaryura-Tobias, J. A. (2001). Predictive validity of the Overvalued Ideals Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 745-756.
- Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior Modification*, 21(3), 324-340.
- O'Connor, K. (2005). Overcoming treatment resistance in obsessive-compulsive disorder. *Acta psychiatrica scandinavica*, 111, 257-260.
- O'Connor, K., Aardema, F. & Pélissier, M.-C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Obholzer, K. (1982). *The wolf-man: sixty years later*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - Dixième révision*. Genève: OMS.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138-1149.
- Phillips, K. A. (2004). Treating Body Dysmorphic Disorder Using Medication. *Psychiatric Annals*, 34(12) 945-953.
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. New-York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570-577.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. & Aronowitz, B. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Phillips, K. A. & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 41(4), 229-236.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Hudson, J. I. & Pope, H. G. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30(2), 179-186.
- Phillips, K. A. & Menard, W. (2006). Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280-1282.

- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254-260.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M., Fay, C. & Stout, R. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *Journal of Psychiatric Research*, 40(2), 95-104.
- Phillips, K. A., Pagano, M. E., Menard, W., Fay, C. & Stout, R. L. (2005). Predictors of Remission From Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(8), 564-567.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Choi, P., Olivardia, R. & Phillips, K. A. (1997). Muscle dysmorphia. An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38, 548-557.
- Rabinowitz, D., Neziroglu, F. & Roberts, M. (2007). Clinical application of a behavioral model for the treatment of body dysmorphic disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 231-237.
- Rosen, J. C. & Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755-766.
- Rosen, J. C., Reiter, J. & Orosan, P. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 263-269.
- Shea, M. T. & Yen, S. (2003). Stability as a distinction between Axis I and Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 373-386.
- Shirley, A. C. (2005). *Trends in serotonin uptake inhibitor research*. Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R. & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 717-729.
- Veale, D. & Neziroglu, F. (2010). *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Vulink, N. C. C., Sigurdsson, V., Kon, M., Bruijnzeel-Koomen, C. A. F. M., Westenberg, H. G. M. & Denys, D. (2006). Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics [English abstract]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(2), 97-100.
- Ware, J. E. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute New England Medical Center.

- Wilhelm, S. (2006). *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. New York: The Guilford Press.
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Lohr, B. & Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 71-75.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 99-111.
- Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R. & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness--Course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173-179.

Tableau I

Résumé des 5 études TCC prises en compte dans la méta-analyse de Williams et al.

Étude	Protocole de recherche	N	Traitement	Principaux résultats
Khemlani-Patel (2001)	Étude de cas	5	12 séances de restructuration cognitive et 12 séances d'exposition avec prévention de la réponse	Détails non disponibles
Neziroglu et al. (1996)	Étude de cas	17	20 séances individuelles de 90 minutes, 5 fois par semaine Exposition avec prévention de la réponse et restructuration cognitive	Aucun abandon Moyenne au BDD-YBOCS pré = 25.7; post = 12.0. $p < .001$
Rosen et al. (1995)	Essai clinique randomisé	54 au total	8 séances hebdomadaires de 2 heures, en groupe Exposition avec prévention de la réponse et restructuration cognitive (N = 27) Groupe contrôle liste d'attente (N = 27)	8 refus de traitement, aucun abandon Groupe TCC, moyenne au BDDE pré = 83.9; post = 41.1 Groupe contrôle, moyenne au BDDE pré = 89.9; post = 83.2 Différence significative TCC VS groupe contrôle sur diminution au BDDE, $p = .000$
Veale et al. (1996)	Essai clinique randomisé	19 au total	12 séances individuelles suivant un manuel TCC (exposition avec prévention de la réponse, entraînement de l'attention et restructuration cognitive) (N = 9) Groupe contrôle liste d'attente (N = 10)	Aucun abandon Groupe TCC, moyenne au BDD-YBOCS pré = 22.0; post = 10.8 Groupe contrôle, moyenne au BDD-YBOCS pré = 21.2; post = 24.3 Différence significative TCC VS groupe contrôle sur diminution au BDD-YBOCS, $p < .001$
Wilhelm et al. (1999)	Étude de cas	10	12 séances hebdomadaires de 90 minutes, en groupe Exposition avec prévention de la réponse et restructuration cognitive	2 abandons, exclus des analyses Moyenne au BDD-YBOCS pré = 29.9; post = 20.3. $p < .01$

CHAPITRE III

INFERENCE-BASED THERAPY FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Cet article est sous presse à la revue Clinical Psychology & Psychotherapy

Running head: Inference-Based Therapy for BDD

Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder

Annie Taillon^{1,2}, Kieron O'Connor^{1,3}, Gilles Dupuis², Marc Lavoie^{1,3}

¹ Centre de Recherche Fernand-Seguin

² Université du Québec à Montréal

³ Université de Montréal

Author for Correspondence:

Annie Taillon or Kieron O'Connor
Centre de Recherche Fernand-Seguin
7331 rue Hochelaga, Montréal, Québec
H1N 3V2
Canada

Tel: 514-987-3000, extension 5648

Fax: 514-251-2617

Email: taillon.annie@gmail.com

Résumé

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) est un trouble sévère, caractérisé par une préoccupation excessive concernant un défaut imaginaire ou très léger de l'apparence physique. Malgré le succès de la thérapie cognitive et comportementale dans le traitement de la PDC, un certain nombre de gens semblent ne pas bénéficier autant de cette approche. Ceux qui présentent des idées surévaluées (IS), par exemple, ne répondraient pas bien à la TCC. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une thérapie basée sur les inférences (TBI) pour traiter la PDC. La TBI est une thérapie cognitive initialement développée pour le trouble obsessionnel-compulsif avec idées surévaluées, mais dont l'accent sur les pensées peut aussi s'appliquer à une population PDC. La TBI conceptualise les obsessions (p. ex., « J'ai l'impression que ma tête est déformée ») comme des inférences idiosyncratiques découlant de processus de raisonnement inductifs. Ces inférences primaires représentent le point de départ du doute obsessionnel et le traitement vise à modifier les inférences erronées qui maintiennent le doute. Treize participants atteints de PDC ont débuté une TBI pour la PDC, dont 10 ont complété les 20 semaines du programme. Les participants se sont améliorés significativement au cours de la thérapie, avec d'importantes diminutions de leurs symptômes PDC et dépressifs. Les IS ont aussi diminué en cours de thérapie et ne se sont pas révélées liées à la réduction des symptômes de PDC. Bien qu'une étude contrôlée comparant la TCC avec la TBI soit nécessaire, il est proposé que la TBI constitue une alternative de traitement prometteuse pour la PDC, surtout dans les cas où les IS sont élevées.

Messages cliniques importants:

- Une approche basée sur les inférences (ABI) serait efficace pour traiter la PDC.
- Contrairement à ce qui a été trouvé pour la TCC, avec la TBI les idées surévaluées ne semblent pas avoir un impact négatif sur la diminution de la symptomatologie PDC.

Mots clés: Peur d'une dysmorphie corporelle, Approche basée sur les inférences, Thérapie basée sur les inférences, Idées surévaluées, Thérapie cognitive

Abstract

Body dysmorphic disorder (BDD) is a debilitating disorder characterized by an excessive pre-occupation with an imagined or very slight defect in one's physical appearance. Despite the overall success of cognitive behavioural therapy (CBT) in treating BDD, some people do not seem to benefit as much from this approach. Those with high overvalued ideation (OVI), for instance, have been shown to not respond well with CBT. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of an inference-based therapy (IBT) in treating BDD. IBT is a cognitive intervention that was first developed for obsessive-compulsive disorder with high OVI, but whose focus on beliefs can also apply to a BDD population. IBT conceptualizes BDD obsessions (e.g., 'I feel like my head is deformed') as idiosyncratic inferences arrived at through inductive reasoning processes. Such primary inferences represent the starting point of obsessional doubt and the treatment focuses on addressing the faulty inferences that maintain the doubt. Thirteen BDD participants, of whom 10 completed, underwent a 20-week IBT for BDD. The participants improved significantly over the course of therapy, with large diminutions in BDD and depressive symptoms. OVI also decreased throughout therapy and was not found to be related to reduction in BDD symptoms. Although a controlled-trial comparing CBT with IBT is needed, it is proposed that IBT constitutes a promising treatment alternative for BDD especially in cases where OVI is high.

Key Practitioner Message:

- An Inference-Based Therapy (IBT) may be effective in treating BDD.
- Unlike CBT, in IBT, overvalued ideation does not appear to negatively impact decrease in BDD symptomatology.

Key words: Body Dysmorphic Disorder, Inference-Based Approach, Inference-Based Therapy, Overvalued Ideation, Cognitive Therapy

Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder

Body dysmorphic disorder (BDD) is characterized by an excessive pre-occupation with an imagined or very slight defect in physical appearance. Although concerns can relate to body weight or shape, they should not be better accounted for by another mental disorder such as anorexia nervosa or bulimia (American Psychiatric Association, 2000). Any body part can become the focus of concern but the most common parts are the skin, hair, nose, weight and stomach (Phillips, 2005). BDD is associated with markedly poor psychosocial functioning and low quality of life (Phillips, Menard, Fay & Pagano, 2005) and with high levels of suicidal ideation (57.8%) and suicide attempts (2.6%) (Phillips & Menard, 2006). The prevalence of the disorder in the general population appears to range between 0.7% and 2.4% (Faravelli, Salvatori, Galassi & Aiazzi, 1997; Koran, Abujaoude, Large & Serpe, 2008) but rates are much higher in certain groups such as students (2–13.1%) (Grant, Kim & Crow, 2001; Mayville, Katz, Gipson & Cabral, 1999) as well as in those presenting in dermatology (8.5–21.1%) and cosmetic surgery settings (2.9–16.6%) (Bellino et al., 2006; Bowe, Leyden, Crerand, Sarwer & Margolis, 2007; Castle, Molton, Hoffman, Preston & Phillips, 2004; Vulink et al., 2006).

BDD is currently classified under somatoform disorders in DSM-IV-TR, but many experts conceptualize it as an obsessive–compulsive spectrum disorder given its similarities with obsessive–compulsive disorder (OCD) in phenomenology, epidemiology, comorbidity, familial aggregation and response to treatment (Hollander, 1993). Cognitive behavioural therapy (CBT) is currently considered the psychological treatment of choice for both OCD (March, Frances, Carpenter & Kahn, 1997) and BDD (Williams, Hadjistavropoulos & Sharpe, 2006). The meta-analysis of Williams et al. on treatments for BDD reveals large effect sizes for CBT and supports its superiority over pharmacological treatment with selective serotonin reuptake inhibitors.

Although encouraging, these results must be interpreted with caution as over 30% of the participants abandon treatment, and asymptomatic criteria are very rarely reached following CBT. One variable linked with poorer response to CBT in patients with BDD is overvalued ideation (OVI) (Neziroglu, Stevens, McKay & Yaryura-Tobias, 2001). OVI refers to the strength of a particular belief along a continuum from rational thought to delusional

belief and occurs in a variety of disorders. An idea is considered overvalued when the person strongly invests in the objective reality of their belief, without it reaching the level of certainty typical of a delusional belief. BDD patients have been found to show particularly high levels of OVI (McKay, Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997), which makes it a pertinent variable to address in trying to improve treatment options.

Inference-based therapy (IBT) is a form of cognitive intervention originally developed for OCD with high OVI. In a recent study, IBT was shown to be as effective as behavioural or cognitive therapy as usual in treating OCD patients. Moreover, it was found to be more effective than cognitive therapy in people with OCD with high obsessional investment (O'Connor et al., 2005a). As BDD shares many similarities with OCD and as it is characterized by high levels of OVI, IBT appears a viable treatment for clients with BDD. The next section briefly presents how IBT applies to BDD obsessions.

IBT in BDD

Traditional cognitive behavioural models propose that unwanted intrusive thoughts are a universal experience, but that if they are appraised as holding negative implications for the person (e.g., 'People will reject me because I look hideous'), the person will become preoccupied and try to 'neutralize' or otherwise suppress the thought, consequently maintaining the preoccupation. On the other hand, IBT conceptualizes obsessions as doubts that are supported by an inductively generated and purely idiosyncratic narrative. In fact, IBT considers that there is a subjective narrative that precedes and supports the obsessional doubt before the intrusion is even appraised. The reasoning process hypothesized to be common to OCD and BDD and to lead to obsessions is termed inferential confusion (O'Connor, Aardema & Pélissier, 2005b). Those whose reasoning processes are characterized by inferential confusion have a tendency to distrust their senses and common sense and to invest in remote and often imaginary possibilities at the expense of reality. See Table 1 for a list of inferential reasoning errors with examples applied to BDD. The aim of IBT is to modify the reasoning narrative producing the doubt, and to return the person to the world of common sense perception.

- Insert Table 1 Here -

In IBT, obsessions are conceptualized as a two-step process. The person first arrives at one or more primary inferences through a subjective narrative (inferential confusion) that leads them to confuse reality in the here and now with remote possibilities. In BDD, primary inferences are often held with great conviction, that is, the beliefs are overvalued. The primary inference is generally followed by one or more secondary inferences. Secondary inferences refer to negative anticipated consequences of primary inferences, such as 'Nobody will ever love me because of my hideous nose'. Contrary to cognitive behavioural approaches, IBT therefore addresses the initial content of the obsession through the process of inferential confusion that led to it, rather than the negative consequences arising from its appraisal. The rationale behind IBT is that even though addressing the initial doubt or primary inferences may not be necessary to dispel distress, it should be sufficient to dispel distress because it is ultimately the trigger for the secondary distressing appraisals (Aardema & O'Connor, 2003).

Objectives

The main objective of this study was to evaluate the application and effectiveness of IBT in treating BDD. Predictions were: (1) IBT would lead to a statistically significant improvement in BDD symptoms, anxiety and depressive symptoms, inferential confusion and OVI; and (2) IBT would be equally or more effective than CBT in reducing BDD symptoms (as reflected by a larger effect size than in a recent meta-analytic study). An additional research question was: Is the strength of conviction in obsessional beliefs (that is, more OVI) related to treatment outcome?

Method

Participants

Participants were recruited through a mixture of self-referrals and referrals from other professionals to our research clinic between 2006 and 2010. Entry criteria were: (1) a diagnosis of BDD; (2) age between 18 and 65 years; and (3) all medications were stabilized 3 months prior to participation. The study excluded patients with current substance abuse,

current or past schizophrenia, bipolar disorder or organic mental disorder, or those with suicidal intent. Patients with other comorbid diagnoses were included in the study as long as their primary diagnosis was BDD. Written informed consent approved by the local ethics committee was obtained from all participants.

Measures

The *Yale-Brown Obsessive–Compulsive Scale Modified for BDD (BDD-YBOCS)* (Phillips, Hollander, Rasmussen & Aronowitz, 1997). The BDD-YBOCS is the clinician-administered instrument of choice for assessing the severity of BDD obsessions and compulsions (frequency, interference, distress, resistance and control). The total score ranges from 0 to 48 with higher scores indicating greater symptom severity. Scores ranging from 32 to 40 on the obsessions and compulsions subscales are considered ‘extreme’, whereas scores from 24 to 32 are considered ‘severe’; 16 to 23 ‘moderate’; 8 to 15 ‘mild’; and 0 to 7 ‘subclinical’. The scale is a modified version of the Y-BOCS (Goodman et al., 1989a; Goodman et al., 1989b), a scale assessing the severity of OCD symptoms.

The *Overvalued Ideas Scale* (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens & Todaro, 1999; Neziroglu et al., 2001) is an 11-item clinician-administered scale assessing overvalued ideas; that is, the extent to which a person hold their obsessional belief to be true. Score ranges from 0 to 10 with higher total scores indicating greater OVI.

The *Beck Depression Inventory II (BDI-II)* (Beck, Steer & Brown, 1996) is a 21-item measure of cognitive and vegetative symptoms of depression for the past 2 weeks. Total score ranges from 0 to 63 with higher scores indicating greater severity of depression.

The *Beck Anxiety Inventory (BAI)* (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) is a 21-item anxiety rating anxiety symptom intensity for the past 2 weeks. Total score ranges from 0 to 63 with higher scores indicating greater severity of anxiety.

The *Inferential Confusion Questionnaire – Expanded Version (ICQ-EV)* (Aardema et al., 2010) is a 30-item questionnaire measuring inferential confusion. Scores range from 30 to 180 with higher scores signifying greater inferential confusion.

Procedure

Assessment included a two-stage process involving telephone screening interviews followed by initial questionnaires returned by mail and a face-to-face diagnostic interview with a trained independent psychologist. Baseline diagnosis used three structured interviews to provide adequate description of clinical features. In order to confirm the diagnosis of BDD and to screen for Axis I comorbid conditions, the participants were first assessed with the *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996). Severity of BDD symptoms was then assessed using the BDD-YBOCS (Phillips et al., 1997), as was the strength of OVI which was measured with the *Overvalued Ideas Scale* (OVIS) (Neziroglu et al., 1999; Neziroglu et al., 2001).

Treatment Protocol

Treatment consisted of 20 weekly 1 hour sessions delivered by a licensed psychologist at the Fernand-Seguin Research Centre. IBT is organized in a series of 10 cumulative stages: (1) establish the nature of imaginary doubt and how it differs from real doubt (that is, a doubt being supported by sense information in the here and now); (2) familiarize the person with the reasoning process behind the doubt and emphasize that this reasoning is not incorrect in itself but rather used in out-of-context situations; (3) illustrate how the doubt goes against perception in the here and now and detracts from common sense; (4) highlight the power of imagination, unravel the subjective 'story' (reasoning narrative) behind the primary inference and construct an alternative realistic narrative in order to ground the person in reality sensing; (5) help the person identify a cross-over point when reality and sense information are left behind and imagination takes over; (6-7) reveal how reasoning devices (see Table 1) lead to, and renders unfounded, an arbitrary doubting inference; (8) introduce the person to the selectivity of the imaginary doubt by exploring situations where they do not experience doubts; (9) explore why the person with BDD experiences doubts in one area but not in others by targeting the vulnerable self-theme; and (10) help the person to tolerate the void that comes with the proper trust of their senses in BDD situations.

Clinical Vignette: Jim's case¹

Jim is a 31 year old single man who works full time as a fireman. He presented to our clinic complaining of disabling pre-occupations concerning his muscle mass and bone structure that have been present for the past 18 years. Jim stated that he was deeply marked by experiences of being mocked as a child, when he recalled being called ugly and scrawny. Jim's main obsession was that if he was not 'bigger', he would not be attractive and as a consequence would be unable to attract women and find a girlfriend. In response to his obsession, Jim engaged in a series of compulsive and re-assuring behaviours such as working out excessively (2 hours a day, 5 days a week), eating large amounts of food, checking his appearance in the mirror (approx. 20 minutes, 4–5 times a day) and comparing his appearance to people around him and people on the internet (approx. 2–3 hours a day). His social network and daily functioning was however not so impaired: he had a few friends and was functional in most areas of his life. Jim avoided going to bars and gyms (he worked out at home) and had refrained from weighing himself for over 8 years. Apart from a primary diagnosis of BDD (in this case what is known as 'muscle dysmorphia'), Jim also met criteria for social anxiety disorder and presented borderline and avoidant personality traits. He was not taking any medication. Prior to commencing therapy, Jim's total BDD-YBOCS score was 28, which falls within the severe range of symptoms. Severity of obsessions and compulsions was equivalent and insight was fair. Associated depressive and anxiety symptoms were mild.

Jim's first four sessions with his therapist were used for assessment purposes. Obsessions and compulsions were listed and clarified (see above). Obsessions were then explored further and dismantled in terms of IBA's primary and secondary inferences. The question 'What do you fear would happen if you were prevented from engaging in your compulsive and reassuring behaviours?' will often permit to specify the person's secondary inference. In Jim's case, he feared that if he did not perform his rituals (e.g., working out), then he 'Would not find a girlfriend' and 'Would be less attractive and popular'. Jim was 90% convinced that these consequences would come true if he did not perform his compulsions. Starting from the identified feared consequences or secondary inferences, the therapist can then work back to the initial obsessional doubt by asking 'Which doubt would have to be eliminated for you to be able to resist the compulsions?'. In Jim's case, the

¹ Certain details of the client are disguised to maintain confidentiality.

primary inference or initial doubt was 'Perhaps I am not big enough to get noticed / respected / loved'. Jim rated this doubt as 100% probable. Having carefully specified the person's primary and secondary inferences, the therapist can then start the IBT *per se*.

As mentioned earlier, the first part of the treatment aims at clarifying the distinction between imaginary and real doubt. Real doubt is justified by new sense-based information (e.g., wondering if it is cold outside after seeing people wearing jackets and scarves), whereas imaginary doubt is not based on any new information that signals problems in the here and now (e.g., Jim worrying whether he is attractive enough to be loved when waking up in the morning). There may be an external trigger (e.g., seeing one's reflection in the mirror) but the content of the doubt is still not justified by new sense-based information in the present (e.g., someone telling Jim that he is ugly). In this sense, Jim's reaction to the doubt (e.g., mirror gazing) does not elicit further information allowing to resolve the doubt but rather pushes him to go beyond his senses and deeper into the imagination.

The next stage of therapy familiarizes the person with the reasoning behind their imaginary doubts. The justification can appear quite logical and the main reason for this apparent 'logicity' is that the arguments supporting the doubt are not necessarily incorrect by themselves (e.g., 'People sometimes get rejected because of their looks'). In other words, it is often not the content of the justification which renders the doubt 'illogical' but rather the context in which it occurs. For instance, Jim came up with the following arguments to justify his doubt: 'In movies, it's always the attractive guy that ends up with the pretty girl' and 'There are always women lining up at male strip clubs, therefore this is the kind of men (attractive and muscular) that women are attracted to'. These arguments were not based on realistic information in the present but rather on previous experiences and biased logical calculation that had nothing to do with Jim's own situation in the here and now. Jim was able to recognize this although he still found it difficult not to give credit to these justifications.

The objective of the IBT's third stage is for the person to recognize that their imaginary doubt originates from them rather than from their senses. Here, it is important that the person understands that the term 'imagined' does not refer to *impossibility*, but rather highlights the 100% lack of sense data in the here and now that could possibly justify the obsessional inference. IBT therefore does not rely on convincing the person of the unlikelihood of the doubt, but proposes its irrelevancy to the context in which it arises. This

was illustrated by Jim's therapist using an OCD example which was neutral for him: someone doubting that their hands might be dirty without any sense-based information justifying such a doubt (e.g., seeing dirt on their hands or smelling a bad odour from their hands).

The next stage of IBT aims at highlighting the power of the imagination and explaining how the imaginary doubt gets its strength from a convincing story which leads the person logically to the doubt. The person's subjective story behind the doubt is unravelled, and an alternative story exclusively based on information present in the here and now is also created. This exercise should be introduced to the person as an attempt to come up with an alternative story rather than an attempt to 'disproof' the BDD story. Although Jim was able to recognize that both stories were equally possible, he still continued to invest more in the BDD story:

Jim's BDD story: *Maybe I am not big enough to get noticed / respected / loved. In the past, I have elicited positive reactions from women because I was in good shape. This proves that I must continue working out. The bigger I will be, the more I will get noticed, just as dancers in the clubs. These men look good and there are always women lining up at clubs to see them. This is therefore the kind of men that attracts women. [. . .] Also, in movies, it is always the guy with the good looks that ends up with the pretty girl. It is not surprising that men who are in shape feel better, have more confidence and are more popular.*

Jim's alternative story: *I don't need to be big to get noticed / respected / loved. I can very well be loved, noticed and respected no matter my appearance or physical condition. I am a good listener, I have good communication skills and I am respectful of others. I enjoy helping people; in fact that's what I chose to do as a job. I have a good sense of humour and I don't take myself too seriously. I am easy to approach and I enjoy being with people, talk to them and reassure them. I am more than a weight or a body. All these qualities contribute much more to the love and respect that people can have for me.*

The aim of the IBT's step 5 is to help the person create distance from their obsession by learning to identify a cross-over point when they leave reality behind and get caught up in a 'BDD bubble', where imagination takes over. A metaphor of a bridge can be useful here: the therapist asked Jim to picture himself crossing a bridge. On one side was reality, his senses and his normal everyday reactions. On the other side was the BDD doubt. The

therapist asked Jim to move across the bridge towards the doubt and identify the specific moment when imagination started to jump in. Although Jim understood the principle, he found it difficult to identify a precise moment when his BDD took over. This exercise had to be practiced repeatedly at home and in sessions before Jim was able to identify the cross-over point.

The next two steps of IBT are used to cover the reasoning devices (see Table 1) in the person's narrative which invalidly convince them to believe in the doubt. In Jim's case, the principal devices were category errors and selective use of out-of-context facts. Jim had a good understanding of this stage and participated well.

In step 8, the therapist introduces the person to the selectivity of the obsessional doubt by exploring situations where they do not experience such doubts. The idea here is that if the person can become aware of other situations where they adopt a 'normal' type of reasoning, it will highlight the irrelevance of obsessional doubts in BDD situations. The example of crossing the street was used by Jim's therapist to illustrate this point. Jim agreed that in this situation, he did trust his senses to decide whether it is ok to cross the street (e.g., looking left and right to see if there are any cars, waiting for the green light, etc.). He did not resort to arguments based on far-fetched possibilities such as 'A car may cross the corner suddenly' or 'I could be blinded by the sunlight' that would prevent him from ever crossing the street. Jim was able to see that his reasoning differed in BDD and 'neutral' situations and that there was no valid reason not to trust his senses when it came to BDD situations.

The next stage of IBT is probably the one that led to the most change in Jim. The objective of step 9 is to target the person's vulnerable self-theme by exploring why the person experiences doubts in one area, but not in others. Jim was quite able to realize that in his eyes, muscularity was directly linked with the idea of being strong and a 'real man' and that not being big enough made him feel weak and without character. With the help of his therapist, he was gradually able to develop a more balanced view of himself by exploring and challenging his definition of being 'strong' and by taking into account his other personal attributes that illustrated strength of character.

The objective of IBT's last step is to train the person in the proper use of their senses in obsessional situations. Jim spent a lot of time each day gazing and scrupulously analyzing his reflection in the mirror. Rather than illustrating a proper use of the senses, these

behaviours in fact reflect a complete distrust of the information given by the senses. In order to help Jim understand what a 'proper use of the senses' meant, his therapist used the neutral example of combing his hair in the morning. However, as Jim gradually learned to look at his body and trust his senses in the same fashion as he did when placing his hair, he reported feeling that he was 'not doing enough' or that he was 'missing something'. People with BDD often report this feeling but as Jim's therapist told him, it is temporary and should disappear over time as they learn to trust their senses again.

Overall, Jim collaborated well in therapy and was compliant with homework and sessions attendance. Although his symptoms improved consistently through the weeks, working on his vulnerable self-theme (IBT's step 9) appeared to have the most impact in reducing the strength of conviction in his obsession. In fact Jim's score on the OVIS went from 6 at pre-treatment to 2 at post-treatment. At the end of the therapy, a 79% diminution was observed in Jim's total BDD-BOCS score, with obsessions slightly more severe than compulsions. This score (6) falls within the sub-clinical range of symptoms for BDD. Although already low at the beginning of treatment, depressive and anxiety symptoms also decreased considerably (from 14 to 3 on the BDI-II and from 12 to 3 on the BAI).

Treatment of other cases followed this pattern although there were differences in reaction to each step. For instance in another case, Julie was excessively pre-occupied with the shape of her head which she thought was hideous and deformed. She did not report a lot of compulsive behaviours, but her conviction in the reality of her defect was quite high and avoidance extremely severe. Therapy was more of a challenge with Julie. Her theoretical understanding of the model was particularly good and in therapy sessions she was able to identify errors in her reasoning. However, once she left the therapist's office, her anxiety levels climbed up so high that she was often unable to avoid being caught up in the 'BDD bubble'. Julie's symptoms did decrease throughout the course of therapy but it remained a struggle for her to apply what she had learned into her daily life. Another participant, Caroline, was concerned with the look of her skin and engaged in skin picking behaviour and mirror checking in response to her obsession. For Caroline, it was realizing that she did not use the same logic in and out of BDD situations that was the most helpful: Why should she think differently when it comes to her skin than when it comes to her eyes or her hair?

Design and Data Analyses

The study design is an open-label, uncontrolled clinical trial. Treatment outcome was established with a series of paired samples *t*-tests for statistical significance, whereas clinical significance was defined as a 30% or greater decrease on the BDD-YBOCS total score, an empirically derived cut-point established by Phillips et al. (1997). Furthermore, an effect size statistic, *d* (Hedges & Olkin, 1985), was calculated for each pertinent outcome by subtracting the mean score for the pre-test from the mean score for the post-test and dividing the result by the pooled standard deviation. To assess whether IBT was equal to or more effective than CBT in treating BDD, the effect size found in the present study for BDD symptoms was compared with the standardized mean effect size reported for the five CBT interventions in the latest meta-analysis on BDD treatments. This was achieved by converting *d* to *r* ($r = d / \sqrt{d^2 + 4}$), converting *r* to Fisher's *z*, and then comparing *z* values using $z_1 - z_2 / \sqrt{((1/(N_1 - 3)) + (1/(N_2 - 3)))}$ as indicated by Rosenthal & Rosnow (1991). The resulting value is a *Z* value for which a *p* level is obtained in a *Z* table of probabilities. The sample size for the meta-analysis was obtained by adding up samples from the five CBT studies (*n*=105). Finally, a Pearson's correlation was used to calculate the link between strength of OVI at pre-test and decrease in symptomatology over the course of therapy. For all analyses, an alpha level of 0.05 was considered statistically significant.

Results

Eighteen participants were initially recruited and assessed for the study. One was excluded after initial assessment on the basis of comorbid substance abuse and another four never showed up again after assessment and did not return our calls. In total, 13 participants were seen by a therapist from our team and 10 of them completed the treatment. Two participants dropped out because of difficulties adhering to the protocol, whereas the other one abandoned because of a scheduling conflict. One other participant had to discontinue therapy after the 11th session because she moved to another city. We decided to carry forward her mid-treatment scores in our analyses (as post-treatment scores). The client mentioned that she felt a lot better and that she was ready to terminate the therapy.

For those 17 participants who met the criteria for participating in the study, mean score on the BDD-YBOCS prior to therapy was 27.9 (standard deviation [SD=2.2]), which

falls within the severe range of symptoms. Current comorbid disorders were: major depression ($n=6$), panic disorder with agoraphobia ($n=1$), generalized anxiety disorder ($n=2$) and social anxiety disorder ($n=1$). Locations of perceived defects were: hair ($n=5$), stomach ($n=1$), skin ($n=8$), ears ($n=1$), eyes ($n=2$), smell ($n=1$), teeth ($n=1$), breasts ($n=1$), head ($n=1$) and muscle mass ($n=1$). Multiple concerns were seen in 24% ($n=4$) of the sample. The participants' age ranged from 20 to 54 years ($M=34.1$; $SD=9.1$). Fourteen were single (never married), one was married and two were separated / divorced. Two had attended high school, six had a college-level education and nine attended university. Four were on a stabilized dose of medication while participating in the study: Fluoxetine (Eli Lilly Company, IN, USA) ($n=2$), Quetiapine (AstraZeneca Pharmaceuticals, LP) ($n=1$) and Clonazepam (Roche, Basel, Switzerland) ($n=1$). Number of years suffering from BDD ranged from 5 to 44 ($M=20.4$; $SD=12.4$). The participants who abandoned therapy were more depressed (BDI-II $M=27.7$; $SD=12.7$) compared with treatment completers (BDI-II $M=17.0$; $SD=3.3$), but no other noteworthy differences in demographic or clinical characteristics was found.

For the 10 participants who completed the treatment, paired samples *t*-tests were conducted on symptom and cognitive measures. Means and standard deviations before and after treatment are shown in Table 2. In line with our first hypothesis, there was a significant decrease in BDD obsessive and compulsive symptomatology from pre- to post-treatment. This decrease in scores on both the BDD-YBOCS Obsessions ($M=44.7\%$; $SD=23.9$) and Compulsions ($M=51.1\%$; $SD=21.6$) subscales is also clinically significant according to the recommendations of Phillips et al. (1997). While at pre-test, 9 participants fell into the 'severe' range of symptoms and one in the 'moderate' range, at post-test none were in the 'severe' range of symptoms, five fell into the 'moderate' range, three in the 'mild' range and two had scores that can be considered subclinical. We also found a significant reduction in scores on the BDI-II and the OVIS (respectively measuring depressive symptoms and OVI). All changes yielded large effect sizes. However, no significant improvement was observed on the BAI and the ICQ-EV (respectively measuring anxiety and inferential confusion). The mean pretest score on the ICQ-EV ($M=58.3$; $SD=19.6$) is quite low and in fact resembles scores found in community ($M=66.5$) and student ($M=75.74$) samples (Aardema et al., 2010).

Figures 1a and b present individual results at pre- and post-treatment on the BDD-YBOCS Obsessions and Compulsions subscales and shows that although severity and degree

of improvement varied between participants, all benefited from IBT. Follow-up data also suggest that therapeutic gains were sustained 6 months following the intervention, although such data is missing for four participants who failed to show up for follow-up assessments. Participant #10 terminated therapy only 2 months ago but follow-up telephone screenings with his psychologist indicate that therapeutic improvements are stable.

- Insert Table 2 Here -

- Insert Figures 1a and b Here -

Consistent with our second hypothesis, IBT yielded a $d=2.9$ effect size on the BDD-YBOCS total score, whereas the mean effect size for CBT interventions in the meta-analysis of Williams et al. was $M_d=1.78$. However, this difference was not statistically significant, $d=2.9$ ($r=0.82$; $z=1.16$; $n=10$) vs $M_d=1.78$ ($r=0.66$; $z=0.79$; $n=105$): $Z=0.95$, $p=0.349$, NS.

Finally, we were interested in exploring the link between initial strength of OVI and treatment outcome. A Pearson product-moment correlation coefficient was computed to assess the relationship between pre-test score on the OVIS and change score on the BDD-YBOCS total score from pre- to post-treatment. There was no significant correlation between the two variables ($r=-0.17$, $p=0.630$), suggesting that OVI does not negatively impact treatment outcome with IBT. However, when one particular participant's atypical scores were withdrawn from analyses, the correlation and alpha level increased considerably ($r=-0.52$, $p=0.151$). Also, analyses revealed a link between initial score on the OVIS and decrease in scores on the BDI-II. That is, more OVI was associated with less improvement in depressive symptoms through the course of therapy ($r=-0.82$, $p=0.007$). There was a tendency for initial score on the OVIS to be associated with decrease in scores on the anxiety measure ($r=-0.65$, $p=0.057$, NS).

Discussion

The purpose of this study was to evaluate the efficacy of IBT in treating BDD. Although a recent meta-analysis reveals fair results with CBT, the current study is the first to test a psychological intervention that was specifically designed for people with high obsessional investment, a factor that has been linked with poorer response to CBT in BDD

samples. Our findings indicate that IBT is not only effective in reducing BDD symptoms but also aids in reducing depressed mood that often accompanies BDD. Comparison of our effect sizes with those obtained with CBT in previously published studies failed to confirm the superiority of IBT, but the absence of a significant difference here might be attributable to our small sample size. Interestingly, no significant pre-post change was observed on anxiety or the inferential confusion questionnaire. This is contrary to our predictions. However, in BDD anxiety may not always be the dominant emotion. As for inferential confusion, in IBT it is hypothesized to be the reasoning process leading to obsessions and maintaining the preoccupation and distress. Therefore, it would be expected to decrease as obsessions subside or at least show a certain diminution at the end of therapy. Our results did not support this and it will be crucial to further investigate if inferential confusion, a concept initially developed in the context of OCD, might be manifested - and measured - in a slightly different way in BDD. For instance, the fact that our participants scored so low on the ICQ-EV might suggest that they are so confused between reality and imagination that they fail to realize it and consequently do not endorse items illustrating inferential confusion. Then, it could be that therapy *does* reduce inferential confusion, but in such a way that it increases the participants' awareness of it, which makes them endorse more items than they otherwise would, thus cancelling out the pre-post improvement. If this is true, then the ICQ-EV score before and after treatment reflects two different phenomena. It is also possible that in BDD, inferential confusion is mostly characterized by a distrust of the senses and less so by an overreliance on possibility and imagination, which might be more characteristic of OCD. If so, it would be essential to modify questionnaires of inferential confusion so that they accurately target and measure the particular reasoning processes at play in BDD.

The focus of IBT on faulty inferences and overinvestment in obsessional doubts is in line with the recommendation of Labuschagne, Castle, Dunai, Kyrios and Rossell (2010) to include techniques from models of delusional thinking in the treatment of BDD. This particular focus on reasoning processes occurring before - and leading to - overinvested primary inferences fundamentally differentiates IBT from traditional CBT interventions which typically target the feared consequences of the initial doubts (that is, secondary appraisals). We believe that this quality of IBT plays a part in accounting for the absence of a significant link between OVI and decrease in BDD symptomatology in the current study. On

the other hand, we did find a link between OVI and decrease in depressive symptoms during treatment. This might be due to IBT's exclusive focus on reasoning processes underlying BDD beliefs and the absence of techniques specifically aimed at modifying cognitive processes associated with depression. It would be interesting with larger samples to identify specific factors predicting poorer response to IBT (including both BDD symptoms *per se* but also depressive symptomatology). For instance, there may be value in adding a module addressing depression. Overall, our findings suggest that IBT may offer a certain advantage over traditional CBT in cases where obsessional conviction is high, but more research with larger samples is needed to better understand the specificity of IBT and how it impacts OVI, BDD symptomatology and depression.

Given the chronic nature of BDD, Sarwer, Gibbons and Crerand (2004) underlined the importance of studies investigating the maintenance of treatment gains at long-term follow up. It is noteworthy that with IBT, therapeutic gains appear to be maintained - or in some cases even improved - 6 months following treatment, suggesting that changes in reasoning processes and inferences are enduring throughout time. It will be interesting to see if improvements are sustained at 1 year follow-up when our participants will be re-assessed.

The major limitation of this study was the small sample size. However, given the exploratory nature of the study and the large effects sizes that were found, the data and conclusions presented here still provide coherent and solid empirical support for the use of IBT in BDD and are of relevance to the field of psychological interventions for obsessive-compulsive spectrum disorders. Finally, the lack of a control group prevents attributing improvements exclusively to the IBT intervention. Notwithstanding these limitations, the findings of this study have several clinical implications. They highlight the relevance of assessing and addressing reasoning processes and obsessional doubts in BDD. They also suggest that IBT be considered a promising alternative to traditional CBT especially when OVI is high. Finally, they underline the importance of examining the long-term outcome of interventions.

In conclusion, results from the current study are promising but clearly a randomized-controlled trial is needed to confirm IBT's efficacy and effectiveness. It will also be crucial to explore even more how inferential confusion manifests itself in BDD and how the IBT protocol can consequently be further adapted to BDD pre-occupations.

Acknowledgements

The authors wish to thank treating psychologists Geneviève Goulet and Natalia Koszegi; Ariane Fontaine, Dominic Julien and Monique Lahoud for assessing the participants for the study; and Frederick Aardema for his feedback. This study was supported by a doctoral research scholarship awarded to the first author and by an operating grant to the second author, by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

References

- Aardema, F. & O'Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*, 23-37.
- Aardema, F., Wu, K., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D. & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(3), 448-462. doi: 10.1007/s10862-009-9157-x
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revised ed.). Washington: APA.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Riva Rossa, A., Fulcheri, M. & Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: a clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research, 144*(1), 73-78.
- Bowe, W. P., Leyden, J. J., Crerand, C. E., Sarwer, D. B. & Margolis, D. J. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology, 57*(2), 222-230.
- Castle, D. J., Molton, M., Hoffman, K., Preston, N. J. & Phillips, K. A. (2004). Correlates of dysmorphic concern in people seeking cosmetic enhancement. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*(6), 439-444.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F. & Aiazzi, L. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*(1), 24-29.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – Patient edition (SCID-I/P) (2nd version)*. New-York, NY: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L. & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grant, J. E., Kim, S. W. & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 517-522.
- Hedges, L. V. & Olkin, I. (Eds.). (1985). *Statistical methods for Meta-Analysis*. New-York: Academic Press.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: an Overview. *Psychiatric Annals*, 23(7), 355-358.
- Koran, L., Abujaoude, E., Large, M. & Serpe, R. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316-322.
- Labuschagne, I., Castle, D. J., Dunai, J., Kyrios, M. & Rossell, S. (2010). An examination of delusional thinking and cognitive styles in body dysmorphic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 706-712.
- March, J. S., Frances, A., Carpenter, L. L. & Kahn, D. (1997). Expert consensus treatment guidelines for obsessive-compulsive disorder: a guide for patients and families. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(4), 65-72.
- Mayville, S., Katz, R. C., Gipson, M. T. & Cabral, K. (1999). Assessing the prevalence of body dysmorphic disorder in an ethnically diverse group of adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 8(3), 357-362.
- McKay, D., Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(4), 447-454.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P. & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 881-902.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D. & Yaryura-Tobias J. A. (2001). Predictive validity of the Overvalued Ideals Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39(6), 745-756.
- O'Connor, K., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S. & Pitre, D. (2005a). Evaluation of an Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.

- O'Connor, K., Aardema, F. & Péliissier, M.-C. (2005b). *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Phillips, K. A. (2005). *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*. New-York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. & Aronowitz, B. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 17-22.
- Phillips, K. A. & Menard, W. (2006). Suicidality in Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280-1282.
- Phillips, K. A. Menard, W., Fay, C. & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254-260.
- Rosenthal, R. & Rosnow, R. L. (1991). *Essentials of Behavioral Research: Methods and data analyses* (Second ed.): McGraw-Hill Publishing Company.
- Sarwer, D. B., Gibbons, L. M. & Crerand, C. E. (2004). Treating Body Dysmorphic Disorder With Cognitive-behavior Therapy. *Psychiatric Annals*, 34(12), 934-941.
- Vulink, N. C. C., Sigurdsson, V., Kon, M., Bruijnzeel-Koomen, C. A. F. M., Westenberg, H. G. M. & Denys, D. (2006). Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics [English abstract]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(2), 97-100.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 99-111.

Table 1

Overview of reasoning errors in BDD

Reasoning error	Definition	Example
Category errors	Confusing two logical distinct properties or objects.	<i>My sister had a nose job and got a lot of compliments. This procedure is therefore also justified for me.</i>
Apparently comparable events	Confusing two distinct events separated by time or place.	<i>Teenagers with acne get mocked, which means that I can also be laughed at if my skin is imperfect.</i>
Selective use of out-of-context facts	Inappropriately applying abstract facts to specific personal contexts.	<i>Actors with physical flaws don't get as many contracts.</i>
Purely imaginary sequences	Making up convincing stories and living them.	<i>When people look at me I feel my nose grow even bigger and I become even uglier.</i>
Distrust of normal perception	Disregarding the senses in favor of going deeper into reality.	<i>People say I look ok but it doesn't mean that I actually do.</i>
Inverse inference	Inferences about reality precedes it rather than follows from observation.	<i>People in the room have laughed, which might mean I look ugly.</i>

Table 2
Differences pre- and post-treatment on measures

	M Pre	SD	M Post	SD	<i>t</i>	<i>d</i>
BDD-YBOCS						
Obsessions	14.0	1.9	7.8	3.5	6.36**	2.2
Compulsions	13.9	1.5	6.7	2.8	6.91**	3.2
Total	27.9	2.2	14.5	6.1	6.97**	2.9
Depression (BDI-II)	16.7	3.4	10.9	4.4	2.82*	1.5
Anxiety (BAI)	12.2	5.9	10.1	6.4	1.13	0.3
Inferential confusion (ICQ-EV)	58.3	19.6	61.7	24.1	-0.56	0.2
Overvalued ideation (OVIS)	6.5	0.9	3.7	1.6	8.21**	2.2

Note. BDD-YBOCS= *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for BDD*;
 BDI=*Beck Depression Inventory II*; BAI= *Beck Anxiety Inventory*; ICQ-EV= *Inferential
 Confusion Questionnaire – Expanded Version*; OVIS= *Overvalued Ideas Scale*.

** $p < 0.001$.

* $p < 0.05$.

Figure 1

Individual results: BDD obsessions and compulsions

Figure 1a.
Individual results: BDD obsessions

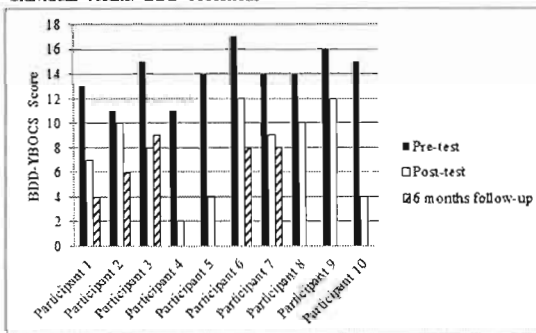
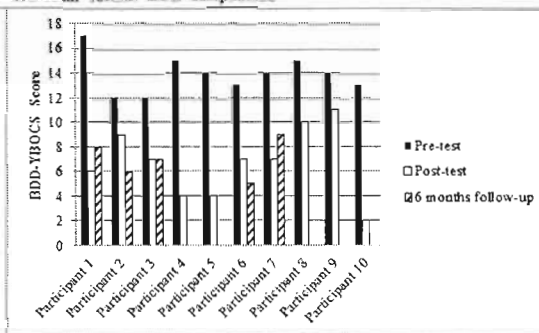


Figure 1b.
Individual results: BDD compulsions



CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce dernier chapitre consiste en une discussion générale de la présente thèse doctorale. Une synthèse de son contenu et de ses principaux résultats sera d'abord exposée. Un modèle conceptuel spécifique à la PDC selon l'ABI, développé au cours du déroulement de la recherche grâce au retour d'information provenant des différents professionnels impliqués, sera ensuite proposé. Des résultats exploratoires quant à la qualité de vie des individus souffrant de PDC seront par la suite décrits et comparés à ceux d'autres groupes cliniques de même qu'à un échantillon normatif. Un rappel des différentes considérations méthodologiques associées à l'article empirique (article 2) en termes de limites et de forces sera exposé. Enfin, des suggestions de recherche futures ainsi qu'une conclusion générale viendront clore le chapitre.

4.1 Synthèse du contenu et des principaux résultats de la thèse

Tel qu'exposé dans le premier article, la TCC constitue actuellement le traitement psychologique de choix pour la PDC. Malgré des résultats positifs, cette forme d'intervention est toutefois associée à certaines difficultés, tout comme le sont les études en ayant étudié l'efficacité. Au niveau méthodologique, les études s'étant penchées sur la TCC pour la PDC omettent en effet bien souvent de rapporter leur taux de refus de traitement, variable pourtant essentielle pour juger convenablement de l'applicabilité et de l'utilité des interventions. D'autre part, les progrès thérapeutiques ne sont bien souvent pas mesurés à long terme, limitant ainsi les conclusions pouvant être tirées sur l'efficacité de l'approche. Quant à la TCC en soi, celle-ci présente notamment des taux d'abandon non négligeables et son efficacité serait amoindrie par une variété de facteurs, entre autres la présence d'idées surévaluées. Considérant que les individus souffrant de PDC sont souvent fortement convaincus de la réalité objective de leur défaut physique présumé, ce dernier élément s'avère d'une importance majeure.

L'étude décrite dans le second article de la thèse est directement en lien avec les conclusions et les recommandations exposées dans le premier article. Dans l'objectif de pallier certaines des faiblesses associées à la TCC, cette étude clinique a évalué l'efficacité d'une thérapie cognitive initialement développée pour le TOC avec de hauts niveaux de conviction, la TBI. Les résultats reflètent une diminution importante et durable de la symptomatologie PDC et dépressive au cours du traitement. Le niveau d'idées surévaluées s'est également vu diminuer et ne s'est pas révélé corrélé avec la diminution des symptômes de PDC. Nous croyons que c'est à cet égard que la TBI se démarque le plus de la TCC. Alors que la recherche montre une efficacité moindre de la TCC lorsque le niveau de conviction envers les obsessions est élevé (Neziroglu *et al.*, 2001), les résultats quant à la TBI suggèrent que son efficacité ne serait pas amoindrie par cet élément. Nous croyons que cette différence est attribuable à l'accent mis par la TBI, tant en théorie qu'en pratique, sur les processus de raisonnement menant aux inférences primaires surinvesties. Alors que le travail cognitif de la TCC s'axe généralement davantage sur les conséquences négatives des doutes initiaux, la TBI vient cibler les erreurs de logique à même le raisonnement menant aux obsessions, la force de la conviction quant au doute initial se voyant ainsi ébranlée à sa source.

En ce qui a trait à l'efficacité relative de la TBI et de la TCC sur la diminution de la symptomatologie PDC, le devis de recherche de notre étude ne permettait pas de comparer directement l'efficacité des deux modalités de traitement. La comparaison de tailles d'effet inter-études a néanmoins permis de juger de l'ampleur respective des changements pour la TBI et la TCC. Bien que la différence de tailles d'effet pour les deux modalités de traitement ne se soit pas révélée statistiquement significative, la taille d'effet obtenue pour la TBI s'est montrée numériquement supérieure à la moyenne de celle des études TCC ($d = 2.9$ vs $M_d = 1.78$). Tel qu'il sera exposé en détails dans la section sur les limites de la thèse, une taille d'échantillon plus grande aurait été nécessaire afin de pouvoir détecter des différences statistiquement significatives à ce niveau. En somme, bien qu'il soit essentiel de procéder à des études contrôlées de la TBI pour la PDC, les résultats du second article suggèrent que la TBI constitue une option de traitement prometteuse pour la PDC, particulièrement dans les cas où le niveau de conviction envers les obsessions est élevé.

4.2 Proposition d'un modèle conceptuel de la PDC selon l'ABI

Dans le cadre du projet de recherche, nous avons développé un modèle conceptuel expliquant le développement et le maintien des symptômes PDC selon une perspective basée sur les inférences. Le schéma du modèle proposé est présenté à la Figure 4.1.

Le modèle ABI postule qu'un environnement encourageant l'apparence physique comme valeur fondamentale constitue la base sur laquelle des préoccupations excessives par rapport à l'apparence peuvent se développer. Grandir dans un environnement où l'apparence et l'acceptation sociale forment la base des messages envoyés à l'enfant (p. ex., « Je suis fier de toi : tu es le plus beau sur ta photo de classe » ou « Ne place pas tes cheveux comme ça, les gens vont rire de toi ») constituerait un facteur prédisposant au développement de préoccupations de nature esthétique. L'apparence prendrait graduellement la place centrale du concept de soi de l'enfant, aux dépens d'autres caractéristiques et valeurs personnelles positives. C'est ainsi qu'il en viendrait à développer une image et une estime de lui-même basée sur une dimension unique : l'apparence physique. Ce surinvestissement de l'image de soi dans une seule sphère serait associé à un narratif ou à un discours interne dans lequel l'individu se mettrait à douter de son identité réelle ou craindre ce qu'il pourrait devenir (p. ex., « Il est impossible que quelqu'un m'aime » ou encore « Je suis une personne imparfaite / mauvaise »).

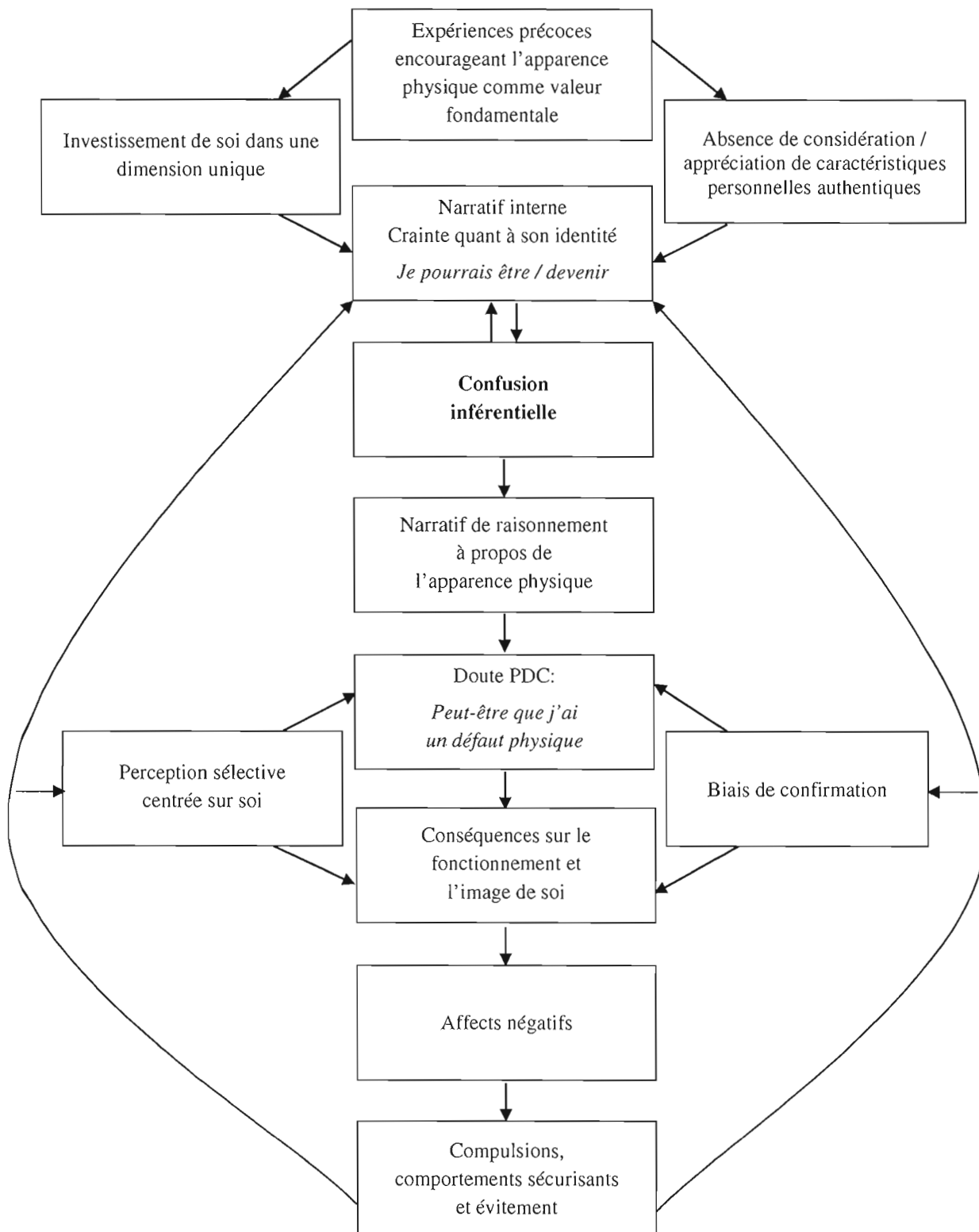
C'est ce « thème de vulnérabilité » dans une seule sphère de la vie de l'individu qui expliquerait pourquoi ce dernier va progressivement développer un style de raisonnement différent – et biaisé – dans cette sphère spécifique de sa vie. Comme exposé à quelques reprises plus tôt dans la thèse, il est postulé que l'individu n'utilise pas la même logique dans les « situations PDC » et les autres domaines de la vie. Son raisonnement dans les situations où l'apparence physique entre en jeu serait en effet caractérisé par un processus appelé « confusion inférentielle » et faisant référence à une méfiance envers les sens, associée à une importance exagérée et à une confiance démesurée envers les possibilités et l'imagination. Il est à noter que l'absence de diminution significative du niveau de confusion inférentielle au

cours de la TBI à l'article 2 indique que la manifestation particulière de ce phénomène en contexte de PDC n'est pas encore parfaitement claire. Des études permettant d'éclairer cet aspect seront cruciales, mais notre impression clinique soutient néanmoins l'importance de ce facteur dans le développement et le maintien des symptômes.

Le modèle postule que la confusion inférentielle mènerait à un narratif de raisonnement à propos de l'apparence physique et au doute obsessionnel PDC dans lequel l'individu devient quasi-convaincu de sa difformité ou de son défaut physique. Il est important de souligner que malgré la conviction souvent très importante de l'individu envers la réalité objective de son défaut, le modèle ABI soutient la présence d'un certain élément de doute dans tous les cas de PDC. Cette position se voit notamment appuyée par la présence de compulsions de vérification où l'individu se sent contraint de vérifier encore et encore dans le miroir pour voir si son défaut est toujours là. L'impression que le défaut se modifie ou qu'il n'est parfois « pas aussi pire que d'habitude » suggère aussi une absence de conviction totale et solide quant à la réalité du défaut.

Le modèle soutient que le doute PDC se voit maintenu non seulement par le processus de confusion inférentielle et le narratif de raisonnement y ayant donné lieu, mais également par une perception sélective centrée sur soi et par des biais de confirmation. Les biais de confirmation font référence à la tendance d'un individu à privilégier les informations qui confirment ses idées préconçues ou ses hypothèses sans les remettre en question, de même qu'à la tendance à accorder moins de poids aux hypothèses jouant en défaveur de ses conceptions. Par exemple, un individu aux prises avec une PDC aura tendance à faire abstraction des compliments et des tentatives de réassurance de ses proches ou encore à les invalider complètement en croyant qu'ils ne sont offerts que par « devoir de parent », par exemple.

Figure 4.1 : Modèle conceptuel ABI de la PDC (O'Connor et Taillon, 2011)



Le doute PDC occasionnerait une série d'émotions négatives (p. ex., la honte, la frustration, la jalousie et la rancœur), mais également une incapacité ou une difficulté importante de fonctionnement dans des sphères importantes de la vie, comme le travail, les relations sociales, la vie académique, etc. Dans une tentative d'apaiser ces émotions négatives et de minimiser les difficultés de fonctionnement, l'individu serait tenté de s'engager dans des comportements compulsifs et sécurisants ou dans des stratégies d'évitement des situations anxiogènes. Comme l'explique Wilhelm dans son modèle, bien que ces stratégies ont l'effet escompté à très court terme, elles se révéleraient autodestructives à moyen et à long terme en ne permettant pas à l'individu de mettre adéquatement au défi ses obsessions. Elles auraient ainsi pour conséquence d'augmenter la perception sélective centrée sur soi et les biais de confirmation, et de maintenir le narratif interne de raisonnement sur l'apparence et les difficultés qui s'ensuivent.

4.3 Résultats exploratoires sur la qualité de vie

Comme mentionné précédemment, la PDC est caractérisée par un piètre fonctionnement psychosocial et une faible qualité de vie. Selon Phillips et ses collègues (2005), le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie des individus ayant reçu un diagnostic de PDC seraient même inférieurs à ceux des individus atteints de dépression majeure ou de conditions médicales chroniques comme le diabète de type II ou un infarctus du myocarde (Ware, 1993). Considérant l'importance et la pertinence de ces variables en contexte de PDC et dans l'optique de mesurer l'impact de nos interventions non seulement sur les symptômes, mais également sur la qualité de vie, nous avons tenu à explorer cette dernière variable chez les participants à notre étude. En raison de l'inclusion de la variable plus tard dans le déroulement du projet de même qu'à cause de certaines difficultés techniques d'implantation de l'instrument de mesure sur le site (le questionnaire est rempli sur internet), nous devons pour le moment nous limiter à la présentation de résultats préliminaires sur la qualité de vie des individus atteints de PDC, aucun d'entre eux n'ayant encore rempli le questionnaire après avoir suivi la TBI.

Le questionnaire choisi pour mesurer la qualité de vie est l'*Inventaire Systémique de Qualité de Vie* ou ISQV © (Dupuis *et al.*, 1989). Ce dernier permet de mesurer la qualité de vie par l'écart qui existe entre la condition d'un individu et ses buts, pondéré par l'importance de chaque domaine de vie et la situation dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts. Les neuf sphères de vie mesurées par l'ISQV © sont : (1) Santé; (2) Loisirs; (3) Social; (4) Travail; (5) Entretien ménager; (6) Cognition; (7) Affectivité; (8) Couple; et (9) Spiritualité. Pour chaque item ou domaine de vie, l'individu doit indiquer son état actuel et son but personnel en se référant à une situation idéale. Les scores s'étendent de 0 à 100, un score plus élevé reflétant une moins bonne qualité de vie. L'instrument présente un coefficient de fidélité test-retest satisfaisant ($r = 0.84$) (Duquette, Dupuis et Perrault, 1994). Les participants ont complété la version informatisée de l'instrument, mais la version papier est fournie en Appendice E.

Le tableau 4.1 présente le score global et les scores aux neuf domaines de vie mesurés par l'ISQV © pour un échantillon de 4 participants diagnostiqués de PDC ainsi que pour sept échantillons cliniques (cancer, fibrose kystique, maladie pulmonaire obstructive chronique, problèmes musculo-squelettiques, problèmes de valve cardiaque, sclérose en plaques et troubles des conduites alimentaires) et un échantillon normatif. Si on observe le score global de qualité de vie, on remarque que les participants PDC obtiennent un score moyen considérablement élevé. En effet, ce dernier se révèle plus de quatre fois supérieur au score moyen obtenu par les sujets sains, reflétant une très mauvaise qualité de vie. En fait, seuls les participants souffrant de troubles des conduites alimentaires obtiennent des scores comparables aux participants PDC. Même les participants souffrant de conditions médicales chroniques et sévères, comme la fibrose kystique ou encore la maladie pulmonaire obstructive chronique, obtiennent des scores moyens reflétant une qualité de vie considérablement supérieure aux participants PDC. Ces résultats concordent avec ceux de Phillips *et al.* (2005) cités précédemment. Tout comme les participants souffrant de troubles des conduites alimentaires, la qualité de vie des participants PDC se trouve affectée de façon assez généralisée dans les différentes sphères de vie mesurées par l'ISQV (mis à part pour la santé et les tâches ménagères). Il est à noter que l'on n'observe pas cette généralisation de l'impact de la problématique dans les groupes aux prises avec des conditions médicales, où il

semble que le problème affecte certaines sphères spécifiques de la vie en épargnant d'autres. À cet effet, Dupuis et Marois (2010) avancent l'hypothèse selon laquelle les troubles de nature psychologique refléteraient en soi un déficit de la capacité d'adaptation de l'individu, expliquant pourquoi il devient très difficile pour ce dernier de s'ajuster à sa situation, et ce dans tous les domaines. Ceux atteints de maladies physiques auraient quant à eux une capacité d'adaptation intacte, leur permettant de préserver une bonne qualité de vie dans certaines sphères, malgré des problématiques sévères.

Tableau 4.1

Moyennes et écarts-types aux sous-échelles et au score global d'écart de l'ISQV ©

	Santé	Loisirs	Social	Travail	Entretien ménager	Cognition	Affectivité	Couple	Spiritualité	Global
PDC (n=4)	5.60 (3.33)	10.80 (7.60)	12.00 (3.87)	8.79 (5.89)	0.24 (1.89)	13.30 (18.96)	36.02 (19.81)	21.26 (1.81)	2.22 (4.34)	12.49 (5.29)
Cancer (n=180)	4.95 (4.96)	3.21 (6.04)	1.78 (4.12)	4.85 (8.17)	3.32 (5.74)	5.53 (8.36)	5.26 (8.08)	4.81 (6.60)	1.95 (5.50)	4.24 (4.48)
Fibrose kystique (n=31)	4.15 (5.18)	2.81 (4.99)	2.66 (4.50)	2.12 (2.38)	1.73 (3.94)	1.92 (3.54)	5.09 (8.72)	4.81 (8.89)	.05 (.40)	3.11 (3.50)
MPOC (n=60)	10.32 (6.87)	6.18 (5.56)	2.03 (4.12)	6.27 (7.50)	12.66 (13.84)	4.06 (8.07)	5.76 (6.23)	4.55 (7.40)	2.91 (5.56)	6.64 (4.51)
Problèmes musculo- squelettiques (n=39)	10.58 (7.24)	9.07 (7.06)	5.30 (7.04)	6.67 (7.16)	8.44 (5.90)	5.10 (7.38)	12.16 (11.30)	8.71 (10.88)	1.07 (2.59)	8.05 (5.17)
Problèmes de valve cardiaque (n=82)	10.24 (7.19)	11.48 (11.56)	3.79 (6.29)	7.58 (12.96)	13.41 (18.95)	7.90 (10.27)	13.18 (14.65)	9.03 (13.12)	2.96 (8.47)	9.18 (7.68)
Sclérose en plaques (n=39)	8.58 (4.90)	7.46 (8.60)	3.85 (5.31)	6.28 (7.06)	7.55 (8.87)	10.58 (9.76)	8.59 (9.27)	5.66 (9.55)	1.36 (4.19)	7.08 (4.60)
TCA (n=44)	12.24 (11.25)	13.94 (16.55)	12.85 (15.35)	11.65 (12.77)	8.70 (16.64)	14.82 (16.49)	23.26 (16.91)	14.20 (13.87)	5.24 (11.29)	13.47 (11.43)
Sujets sains (n=580)	4.74 (6.75)	5.22 (7.01)	2.53 (4.16)	3.35 (4.92)	2.20 (5.25)	3.89 (6.34)	5.06 (7.70)	3.96 (7.26)	.85 (3.91)	3.83 (3.97)

Note. MPOC = Maladie pulmonaire obstructive chronique. TCA = Trouble des conduites alimentaires. PDC = Peur d'une dysmorphie corporelle.

4.4 Considérations méthodologiques

Cette section se veut un résumé des limites et des forces de la présente recherche. Le premier article de la thèse en étant un de réflexion critique sur la littérature traitant des traitements psychologiques de la PDC, l'analyse ici présentée se concentrera plutôt sur l'étude clinique décrite dans le second article.

4.4.1 Limites de l'étude

La principale limite de l'étude clinique décrite à l'article 2 s'avère sans doute la petite taille de l'échantillon. La puissance statistique de l'étude est en effet limitée en raison du nombre de participants ayant pu être recruté ($n = 10$), particulièrement lors de la comparaison de la taille d'effet de notre échantillon à la moyenne de celles obtenues dans les études TCC déjà publiées. Avec un tel échantillon, seule une différence ayant une taille d'effet supérieure à 0.83 (équivalent à une grande taille d'effet) pouvait s'avérer statistiquement significative ($\alpha = .05$, puissance statistique = 80%). Un échantillon de $n = 35$ aurait été nécessaire afin de pouvoir détecter la taille d'effet obtenue pour la comparaison entre la taille d'effet de notre échantillon et de la moyenne de celles des études TCC ($d = 0.5$), avec une puissance statistique de 80% et à un seuil alpha de $p = .05$.

Une autre limite de l'étude consiste en l'absence d'un groupe de comparaison recevant un autre type de traitement jugé efficace pour la PDC, comme la TCC ou la pharmacothérapie. En raison de l'absence de tels groupes, il s'avère impossible de comparer directement l'efficacité de la TBI à celle des interventions actuellement considérées comme les traitements de choix pour la PDC, et par le fait même de tirer des conclusions claires quant à leur efficacité relative, et plus précisément quant à la supériorité de la TBI. La comparaison de la taille d'effet obtenue pour la TBI à la moyenne de celles obtenues dans les études sur la TCC constitue une alternative intéressante, bien que comme mentionné précédemment la puissance statistique limitée de notre étude n'a pas permis d'observer des différences atteignant un niveau de signification statistique satisfaisant. En plus des limites

associées à la mesure de l'efficacité thérapeutique relative de différentes modalités d'intervention, l'utilisation d'un seul groupe affecte également la validité interne de l'étude, l'effet du simple passage du temps ne pouvant pas être contrôlé. À cet effet, Veale et al. (1996) indiquent cependant qu'une amélioration spontanée des symptômes de PDC en absence de traitement adéquat s'avère improbable. De plus, il est à noter que l'étude était de nature exploratoire et qu'elle visait avant tout à déterminer si la TBI constituait une alternative de traitement valable pour la PDC, ce que l'utilisation d'un seul groupe a permis d'évaluer.

Par ailleurs, bien qu'un suivi à long terme du maintien des bénéfices thérapeutiques fût prévu dans cette recherche (six mois et un an suite à la thérapie), les données incluses à cet effet dans l'étude clinique demeurent partielles. Un certain nombre de participants ne se sont en effet pas présentés aux évaluations de suivi et les données à plus long terme (un an suite à la thérapie) des autres participants n'étaient pas encore disponibles au moment d'écrire l'article. Afin de mieux juger de l'efficacité à long terme de la TBI sur la PDC, il sera essentiel de se pencher sur ces résultats lorsque davantage de données seront recueillies.

Un dernier élément pouvant affecter la qualité de l'étude réside dans l'absence de validation des versions françaises de certaines des entrevues semi-structurées utilisées, soit l'*Échelle d'Obsession-Compulsion de Yale-Brown adaptée pour la PDC* (BDD-YBOCS), et l'*Échelle des Idées Surévaluées* (OVIS). Bien que les versions originales de ces instruments possèdent de bonnes qualités psychométriques, il sera pertinent de procéder à la validation de leur version française puisque la majorité des participants à nos études sont francophones. Il est à noter que la traduction du BDD-YBOCS s'est faite selon une procédure de traduction / rétro-traduction, maximisant ainsi la correspondance de la version traduite avec la version originale.

4.4.2 Forces de l'étude et implication clinique des résultats

Malgré les limites mentionnées ci-haut, l'étude comporte des forces importantes. Premièrement, elle est la première à tester l'efficacité d'une intervention psychologique spécifiquement destinée à ceux qui présentent de hauts niveaux de conviction envers leurs obsessions, un facteur ayant été identifié comme menant à une moins bonne réponse à la TCC pour la PDC.

Au niveau des retombées cliniques, l'étude souligne la pertinence d'évaluer et de travailler les processus de raisonnement et les doutes obsessionnels en jeu dans la PDC. La TCC traditionnelle ne s'attarde habituellement pas à ces éléments, se centrant davantage sur l'interprétation des conséquences appréhendées des obsessions et sur les stratégies comportementales d'exposition. Les deux approches n'étant pas incompatibles, elles pourraient avoir intérêt à être combinées selon les caractéristiques particulières de chaque cas. Par exemple, des éléments de la TBI pourraient être introduits dans les cas où l'individu présente des idées surévaluées.

4.5 Pistes de recherches futures et conclusion

Les différents éléments à explorer plus en profondeur de même que des pistes de recherches futures ont été proposés tout au long du texte qui précède. En lien avec la réflexion critique sur les traitements psychologiques de la PDC présentée dans l'article 1, il a notamment été suggéré d'explorer l'efficacité de différentes variantes de la thérapie cognitive et comportementale (p. ex., en incluant des éléments de l'entrevue motivationnelle dans l'objectif d'augmenter la motivation à changer, ou encore en explorant et en travaillant davantage sur les processus de raisonnement associés aux obsessions corporelles). En lien avec l'article 2 et dans l'objectif d'améliorer l'application de la TBI à la PDC, l'importance de procéder à des études permettant de préciser la présentation particulière du phénomène de confusion inférentielle dans un contexte PDC a été soulignée. L'importance de procéder à des études randomisées et contrôlées, avec de plus grands échantillons, a aussi été mentionnée.

Enfin, l'identification de facteurs prédictifs d'une meilleure ou d'une moins bonne réponse à la TBI, tant en termes de symptomatologie PDC que de symptômes dépressifs associés, constitue une autre avenue de recherche valable.

En conclusion, la présente thèse doctorale vient non seulement enrichir les connaissances déjà acquises dans le domaine de la PDC en proposant une analyse critique de ses interventions psychologiques et en évaluant l'impact d'une thérapie cognitive novatrice, mais constitue également l'une des premières à étudier spécifiquement la PDC au Québec et à être rédigée en français. Nous espérons qu'elle pourra de ce fait contribuer à l'éducation et à la sensibilisation des chercheurs et des différents professionnels francophones concernés par cette problématique.

APPENDICE A
MANUEL DE THÉRAPIE BASÉE SUR LES INFÉRENCES POUR LA PDC

Feuille de travail 1
Doute imaginaire et doute réel

La peur d'une dysmorphie corporelle (PDC) débute toujours par un doute. Vous doutez lorsque vous n'êtes pas certain de quelque chose ou que vous avez l'impression que « les choses ne sont pas correctes ». Sans la présence d'un doute initial, vous ne ressentiriez pas le besoin de faire vos compulsions (vérifier, replacer, etc...). Par exemple, la personne qui vérifie son apparence dans le miroir de façon répétitive le fait parce qu'elle doute que son apparence soit correcte. La personne qui replace constamment ses cheveux le fait parce qu'elle doute que ses cheveux soient bien coiffés/placés. Sans le doute, il n'y a pas de compulsions. De plus, si vous ne doutez pas, vous n'allez pas vous préoccuper des conséquences possibles comme de faire rire de vous ou d'être jugé négativement. Autrement dit, non seulement le doute est la cause de la compulsions, mais il est aussi responsable de l'inconfort et de l'anxiété que vous ressentez et qui n'existeraient pas sans le doute.

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

- ✓ Le doute réel est déclenché par des preuves directes ou de l'information qui provient de vos sens.
- ✓ Le doute réel disparaît rapidement suite à l'obtention de l'information, de la réponse.
- ✓ Le doute imaginaire se produit même lorsque votre bon sens vous dit que tout est correct.
- ✓ Le doute imaginaire ne tient pas compte des preuves puisqu'il tente d'aller au-delà des sens.
- ✓ Le doute imaginaire augmente au fur et à mesure que vous y pensez.

Les doutes prennent généralement la forme d'un « j'ai l'impression que » ou d'un « il me semble que ». En voici quelques exemples: « J'ai l'impression que mes cheveux sont asymétriques » ; « il me semble que ma peau est terne » ; « j'ai l'impression que mon nez est croché » ; « il me semble que mes yeux louchent » etc.

Exemples de doutes réels:

- 1) Peut-être que j'ai perdu ma forme physique?
Il se peut que vous vous sentiez essoufflée en montant les escaliers et que vous questionniez votre forme physique à cause de cela.
- 2) Peut-être que j'ai mauvaise haleine?
Il se peut que vous ayez mangé un met épicé et que vous vous questionniez sur l'odeur de votre haleine.

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

Exemples de doutes imaginaires:

- 1) J'ai l'impression que mes mains sont difformes, bizarres.
- 2) Il me semble que mes deux oreilles ne sont pas à la même hauteur.

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

Exercice 1
Doute imaginaire et doute réel

Le but du présent exercice est de vous aider à mieux distinguer vos doutes imaginaires de vos doutes réels. Rappelez-vous, les doutes imaginaires s'expriment par des « j'ai l'impression que » ou « il me semble que ».

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

Doutes imaginaires

1. Il me semble que

.....

2. Il me semble que

.....

3. Il me semble que

.....

4. Il me semble que

.....

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

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

Doutes réels

1. Peut-être que

.....

2. Peut-être que

.....

3. Peut-être que

.....

4. Peut-être que

.....

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

- ✓ Y a-t-il de l'information provenant de preuves directes qui justifient mon doute?
- ✓ Est-ce que le doute disparaîtrait avec de l'information?
- ✓ Est-ce que le doute est basé sur le bon sens?
- ✓ Est-ce que le doute va au-delà des sens?
- ✓ Est-ce que le doute augmente lorsque j'y pense?

Le présent exercice devrait vous aider à faire la différence entre un doute imaginaire et un doute réel.

En vous servant régulièrement de la carte d'entraînement que vous devez garder près de vous en tout temps, essayez de consolider ce que vous avez appris.

Feuille de travail 2
La logique de la PDC

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

Les doutes imaginaires sont des énoncés concernant les choses qui « pourraient arriver ». Ils vous semblent donc probables. Ces doutes n'apparaissent pas par magie. Même si vos doutes vous semblent parfois déraisonnables, ils s'appuient sur des conclusions que vous tirez à partir d'un certain raisonnement. La PDC n'est donc pas qu'une simple sensation. Voilà de bonnes nouvelles, car si les doutes imaginaires surgissaient de nul part, on n'y pourrait rien. Examinons donc d'où proviennent vos doutes? Les catégories suivantes vont vous aider à identifier le raisonnement qui se cache derrière vos doutes:

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

Prenons un exemple pour illustrer comment une personne peut en arriver à douter que la peau de son visage est terne et remplie d'imperfections et qui, en conséquence, nettoie son visage de façon excessive et répétitive. Quel type de raisonnement pourrait justifier un tel doute?

- 1) L'apparence est importante dans notre société. (*Bon sens*)
- 2) Cover Girl vante la beauté naturelle : « Simplement vous, simplement belle, Cover Girl ». (*Autorité*)
- 3) J'ai entendu dire que Brad Pitt a déjà perdu des rôles au cinéma car il avait des cicatrices d'acné. (*Oui-dire*)
- 4) À l'adolescence, j'ai fait rire de moi à cause de mon apparence. (*Expérience antérieure*)
- 5) Une personne qui néglige la santé de sa peau signifie qu'elle est de nature négligente et insouciante. (*Calcul logique*)

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

Exercice 2
La logique de la PDC

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

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

- 1) Il me semble que les doigts de ma main gauche sont plus longs que ceux de ma main droite.
- 2) J'ai l'impression d'avoir toujours un regard « inapproprié ».
- 3) Il me semble que je dégage constamment une odeur désagréable.
- 4) J'ai l'impression que j'ai d'énormes cernes autour des yeux.
- 5) Il me semble que ma peau est pleine d'imperfections.
- 6) J'ai l'impression que mes dents sont anormalement longues.

En vous servant également de l'exercice 1, choisissez le (ou les) doute(s) imaginaires(s) qui vous inquiète(nt) le plus et inscrivez-le(s) dans les espaces ci-dessous:

- 1).....
.....
- 2).....
.....

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

A) Bon sens

- 1).....
2).....

B) Autorité

- 1).....
2).....

C) Ouï-dire

- 1).....
2).....

D) Expérience antérieure

- 1).....
2).....

E) Calcul logique

- 1).....
2).....

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

Feuille de travail 3
Le doute PDC est 100% imaginaire

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

Imaginez les doutes qui suivent: « Il me semble que j'ai mauvaise haleine » ou « J'ai l'impression d'avoir un bouton au visage ». Y a-t-il de l'information sensorielle **ici** et **maintenant** pour expliquer votre doute? Y a-t-il de l'information provenant de vos sens pour appuyer votre doute dans **cette** situation? Dans le cas d'un doute imaginaire, la réponse est toujours non.

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

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

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

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

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

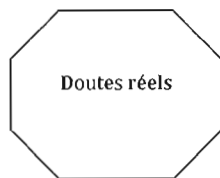


Figure 1 : Monde de la réalité.

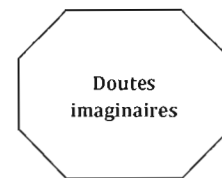


Figure 2 : Monde de l'imagination.

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

Exercice 3

Le doute PDC est 100% imaginaire

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

Voici quelques exemples de pensées faisant partie du processus de raisonnement de la PDC qui peuvent vous persuader que votre doute est justifié: « Il m'arrive d'être inattentif; c'est pourquoi je dois très souvent m'assurer que mon apparence est correcte » ; « Mon meilleur ami vient de se faire larguer par sa copine pour un garçon plus beau que lui » ; « Ma mère m'a toujours dit qu'il était crucial de prendre soin de son apparence car on n'a jamais une deuxième chance de faire une première bonne impression » ; « Puisque j'ai une peau à tendance grasse, je dois absolument en prendre soin car sinon je serai couverte de boutons » ; « Les gens jugent ou rient des personnes qui ne sont pas attirantes physiquement ». À première vue, il n'est peut-être pas évident que ces notions n'ont rien à voir avec la réalité, puisqu'elles parlent de choses réelles. Cependant, si ces informations ne se rapportent pas à *ici* et *maintenant*, elles ne sont pas du tout pertinentes à votre situation.

Au fil des exercices que vous utiliserez pour vous aider à faire face à la PDC, vous vous rendrez compte que la PDC est un trouble très créatif qui trouve facilement une quantité importante d'information pour alimenter vos doutes. La bonne nouvelle, c'est que la PDC a toujours tort! Aucun des doutes des nombreuses personnes souffrant de PDC que nous avons connues ne s'est jamais avéré juste. Cependant, la PDC annonce « Mais peut-être que cette fois-ci cela pourrait arriver ». Mais puisque le doute imaginaire ne provient pas de la réalité, il est toujours faux.

Pour vous rendre compte de l'incohérence de la PDC, appliquons votre raisonnement PDC à des situations sans PDC. Supposons que vous vouliez traverser la rue. Vous regardez à gauche puis à droite et si vous ne voyez pas de voiture, alors vous traversez. Si vous appliquez la logique PDC, vous vous méfieriez de vos sens en vous disant des choses comme « si la voiture que je vois au loin s'approche plus vite qu'elle ne le semble, je pourrais me faire frapper » et vous ne traverseriez jamais!

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

Feuille de travail 4
Comment la PDC devient une expérience vécue

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

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

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

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

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

Exercice 4

Comment la PDC devient une expérience vécue

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

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

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

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

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

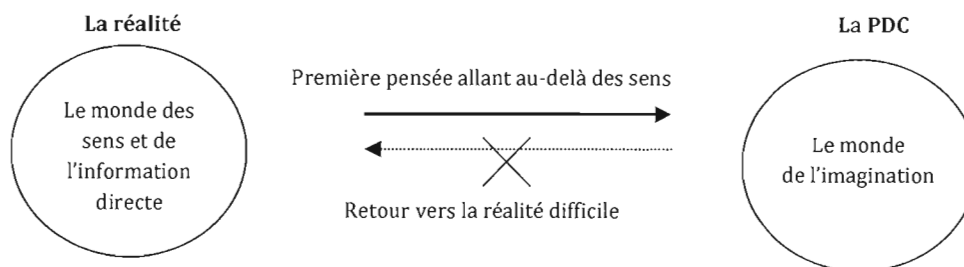
N'oubliez pas que votre thérapeute n'essaiera pas de vous convaincre en apportant constamment de nouveaux éléments pour vous faire « voir la lumière ». Il peut vous aider à trouver de nouveaux éléments s'il vous arrive d'éprouver des difficultés et vous aider à arranger l'histoire pour qu'elle vous semble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

Feuille de travail 5
Françir la frontière du réel

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

Prenons un exemple, disons que vous vous inquiétez d'avoir les yeux qui louchent. Il n'y a toutefois aucune évidence que vos yeux louchent effectivement. Les gens à qui vous parlez ne semblent pas incommodés par votre regard, votre optométriste ne vous a jamais mentionné quoi que ce soit à ce sujet. La seule façon de conférer de la réalité au doute est de faire appel à de l'information allant au-delà des sens : « J'ai été blessé à l'œil lorsque j'étais enfant et cela a certainement dû laisser des traces » ; « Mes proches ne disent rien pour éviter de me blesser », etc. Il se peut que toute cette argumentation ne soit pas nécessairement erronée, pourtant si elle n'a pas son origine dans la réalité immédiate autour de vous, le doute PDC est 100% imaginaire et n'a pas de pertinence.

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



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

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

Exercice 5

Franchir la frontière du réel

L'exercice qui suit présente une description détaillée de l'exercice que vous trouverez à la carte d'entraînement hebdomadaire. Utilisez cette feuille afin de devenir familier avec l'exercice et pour que vous n'ayez plus besoin de vous en servir sauf à titre de rappel. Rassurez-vous, le but de cet exercice n'est pas de vous arrêter de faire quoi que ce soit! Ainsi, cet exercice ne représente pas une expérience effrayante. Il vise plutôt l'acquisition d'une nouvelle prise de conscience.

Étape 1

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

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

Étape 2

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

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

Étape 3

Maintenant, choisissez ce que vous allez faire. Vous pouvez avancer dans le monde de la PDC, vous tracasser davantage au sujet du doute, essayer de le résoudre d'une façon quelconque et en toute probabilité, vous inquiéter davantage encore. Ou alors, vous pouvez revenir vers le monde des sens et de l'information directe où le doute était à 100% arbitraire et avait peu de pertinence.

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

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

Étape 4

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

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

Feuille de travail 6
Les stratagèmes de raisonnement de la PDC – partie 1

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

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

Ci-dessous, vous trouverez six stratagèmes utilisés par la PDC.

Des catégories erronées

Confondre deux catégories d'information ou deux catégories d'objets de telle façon qu'une semble être reliée à l'autre mais qu'effectivement, elle ne l'est pas. Si *a* est vrai, alors *b* l'est aussi.

Exemple :

« *Ma sœur s'est fait refaire le nez et a reçu beaucoup de compliments par la suite, cette procédure serait donc aussi justifiée dans mon cas* ».

Des événements apparemment comparables

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

Exemple : « *Les adolescents qui ont de l'acné font rire d'eux, il se peut donc qu'on se moque aussi de moi si ma peau est imparfaite* ».

Usage sélectif des faits hors-contexte

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

Exemple : « *Les acteurs qui ont des défauts physiques ont plus de difficulté à obtenir des contrats* ».

Des enchaînements totalement imaginaires

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

Exemple : « *Quand je suis en situation sociale et que les gens me regardent, je sens mon nez grossir et devenir encore plus repoussant* »

Inférence inverse

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

Exemple : « *Des personnes dans la pièce ont ri, cela prouve qu'ils ont vu et jugé mon défaut* ».

« *Il y a beaucoup de gens qui ont les yeux fermés dans le métro-; je dois avoir l'air d'un monstre* ».

Méfiance de la perception normale

Faire abstraction des sens, voire rejeter les informations sensorielles.

Exemple : « *J'ai besoin d'analyser mon défaut pour être certain qu'il ne parait pas trop* ».

« *À première vue, j'ai l'air présentable mais je dois analyser mes défauts pour en être sûr* ».

« *Personne ne m'a critiqué sur mon apparence mais cela ne veut pas dire que je suis correct* ».

Exercice 6
Les stratagèmes de raisonnement de la PDC – partie 1

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

Identifier les stratagèmes de la PDC n'est pas facile. Lorsque vous êtes en plein tourbillon émotif, ceux-ci peuvent vous paraître très réels. Par exemple, vous écoutez les nouvelles et vous entendez parler de quelqu'un qui souffre de cancer. Si vos inquiétudes concernent les maladies, après avoir écouté les nouvelles, il se peut que vous commenciez à douter d'avoir un cancer. Il se peut, à ce moment, que vous trouviez cela difficile de vous arrêter pour examiner la situation de plus près afin de dépister le stratagème de raisonnement qui vous a amené à douter de votre santé.

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

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

Catégories erronées :

.....

Événements apparemment comparables :

.....

Usage sélectif des faits hors-contexte :

.....

Enchaînement totalement imaginaire :

.....

Inférence inverse :

.....

Méfiance de la perception normale :

.....

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

Feuille de travail 7
Les stratagèmes de raisonnement de la PDC – partie 2

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

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

Voici ce qu'il faut retenir au sujet des stratagèmes employés par la PDC :

- 1) Vivre un doute comme s'il était réel ne le rend pas réel (**enchaînement purement imaginaire**).
- 2) Le fait que quelqu'un ait subi une chirurgie esthétique ou se soit fait critiquer sur son apparence a peu de pertinence pour vous si vos sens, dans la réalité qui vous entoure, vous donnent d'autres informations (**événements apparemment comparables**).
- 3) Le fait que les personnes qui dégagent une forte odeur désagréable soient généralement isolées n'a aucun lien avec l'odeur que vous pourriez vous-même dégager (**usage sélectif des faits hors-contexte**).
- 4) Commencer par un doute obsessionnel et essayer de trouver des preuves à son appui est possible, mais cela vous éloignera de la réalité puisque le doute va au-delà des sens dès le début. Cela n'a rien à voir avec ce qui se trouve autour de vous et vous pourriez tout aussi bien vous inquiéter des météorites pouvant vous tomber sur la tête (**inférence inversée**).
- 5) Aller au-delà des sens vous amènera très rapidement dans le monde de la PDC et tout ce que vous pourrez ressentir dans ce monde DÉPOURVU DE SENS ET D'INFORMATION DIRECTE sera déterminé simplement par votre imagination (**méfiance de la perception normale**).
- 6) Ce n'est pas parce que deux catégories d'information se ressemblent qu'elles sont identiques. En ce qui concerne le doute imaginaire, il faut se rappeler qu'il ne s'appuie pas sur la réalité. Par exemple, « *J'ai vu quelqu'un en bikini qui était grosse, si je porte un bikini, je paraîtrai grosse* » (**erreur de catégorie**).

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

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

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

Exercice 7
Les stratagèmes de raisonnement de la PDC – partie 2

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

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

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

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

L'exemple suivant parle de quelqu'un qui s'inquiète au sujet d'avoir un ventre gras :

Je me dis qu'il est possible que j'ai plus de gras en ce moment parce que je sais que mon poids a toujours fluctué dans le passé (.....). De plus, un ami a fait, il y a quelques mois, une remarque selon laquelle j'avais pris du poids, il se pourrait donc qu'il ait raison (.....). Je me dis aussi que les hommes qui ont plus de 35 ans prennent du poids plus facilement et puisque j'ai 39 ans, il est bien possible que ce soit le cas pour moi (.....). De plus, je sais que ça fait assez longtemps que je ne mange pas selon le guide alimentaire et que mon corps commence à subir les conséquences (.....). Puis finalement, je sais qu'en ce moment je ressens un mal-être et cela est sûrement attribuable au fait que mon ventre a grossi (.....). Cela me semble vrai puisque j'ai déjà remarqué une fois que mon ventre avait ballonné à un moment où je me sentais mal intérieurement. Je crois donc que lorsque je ressens un mal intérieur, mon ventre ballonne et par la suite je me sens encore plus mal parce que je sens que mon ventre a grossi (.....).

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

Les exercices décrits à la carte d'entraînement pour cette semaine visent à supprimer quelques-uns de vos doutes dans les situations où, quelques fois par jour, vous croyez être capable d'écarter vos doutes. Ces exercices vous demanderont de : **1)** identifier les erreurs de raisonnement derrière le doute, **2)** vous rendre compte pourquoi les erreurs de raisonnement sont à la base de votre doute et le rendent donc injustifié, **3)** vous rappeler votre histoire alternative afin de remplacer l'histoire PDC et **4)** écarter le doute.

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

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

Feuille de travail 8
La nature sélective du doute imaginaire

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

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

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

Cela démontre quelque chose de très important :

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

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

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

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

Maintenant, comparons la situation ci-dessus à une situation dans laquelle le doute imaginaire est assez fréquent. Vous vous apprêtez à quitter la maison. Bien qu'aucune information directe ne vous indique que votre apparence n'est pas correcte, vous doutez et vous éprouvez le besoin de vérifier dans le miroir. Dans cette situation PDC, votre raisonnement est différent : vous êtes dans un monde imaginaire et vous ne faites pas confiance à l'information directe! Pourtant, si vous vous serviez du même raisonnement que celui pour décider de la plupart des choses dans votre vie, vous vous comporteriez de la même manière que lors de votre décision de traverser la rue. Autrement dit, vous diriez : « *aucune information directe ne m'indique que mon apparence n'est pas correcte* ». Cet événement n'est pas différent de celui qui consiste à traverser la rue.

Si avant de quitter vous réalisez que le doute ne s'appuie pas sur l'information directe, en principe, vous devriez être capable de confronter la situation PDC avec la même confiance que pour traverser une rue. Le problème est de vous rendre compte jusqu'à quel point les situations PDC ressemblent à toutes les autres situations que vous rencontrez dans votre vie de tous les jours et donc qu'il n'y a pas de raison d'agir d'une façon différente dans les situations PDC.

Exercice 8
La nature sélective du doute imaginaire

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

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

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

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

Avec votre thérapeute, choisissez à présent une situation qui ne déclenche pas la PDC et, comme dans l'exemple précédent, nous voulons que vous rendiez obsessionnelle cette situation banale. Autrement dit, pensez à toutes les raisons pour lesquelles cette situation pourrait être problématique. Envisagez aussi toutes les raisons pour lesquelles cette situation qui vous est neutre lorsque vous la percevez de façon non-obsessionnelle, pourrait s'avérer être un problème. Écrivez tout cela en développant une histoire d'à peu près 5-10 phrases. Quand vous aurez rédigé cette histoire obsessionnelle en allant au-delà de l'information directe, mettez-la côte à côte avec votre histoire PDC. Examinez la ressemblance entre les deux.

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

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

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

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

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

Votre vulnérabilité à la PDC est une histoire dans laquelle vous tenez le rôle principal et vous devenez la personne que vous croyez être (votre identité). Par exemple, si vous avez fréquemment des obsessions concernant le fait « de dégager une odeur désagréable », alors, d'une façon ou de l'autre, vous vous percevez comme le « type » de personne susceptible de négliger son hygiène. Examinons une histoire dans ce style:

« Je me suis toujours sentie différente des autres. Depuis mon enfance, j'ai dû cacher que mes parents et ma demeure étaient différents de ceux des autres car mes collègues de classe m'auraient peut-être ridiculisée. J'ai donc toujours réussi à leur faire croire que j'étais comme eux et cacher ce qui était différent. Aujourd'hui, ce qui est différent des autres c'est la peau de mon visage. Mon teint est inégal et j'ai plusieurs boutons et points noirs. Je sens que je dois camoufler ces imperfections car sinon les gens risquent de les remarquer et me ridiculiser, voire même me rejeter complètement. »

Il se peut que vous vous identifiiez à cette histoire ou non. Cependant, il est évident que cette personne se considère comme quelqu'un qui se distingue des autres. Selon elle, sa différence est susceptible de lui occasionner une variété de conséquences négatives. Puisqu'elle se perçoit ainsi, il est relativement facile de concevoir qu'elle sera vulnérable à certains types d'obsessions et de compulsions.

Quelle est votre vulnérabilité? Ci-dessous, vous trouverez quelques exemples vous démontrant comment relier vos obsessions et vos compulsions principales à votre vulnérabilité.

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

Si vous avez besoin que vos cheveux soient parfaitement coiffés, il se peut alors que votre vulnérabilité se présente de la manière suivante: « Je suis le type de personne qui pourrait ne pas être suffisamment soignée »

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

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

Exercice 9

Le thème de vulnérabilité dans les histoires PDC

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

Alors, comment allez-vous modifier cette image négative que vous avez de vous-même? Il faut d'abord être conscient de la personne que la PDC dit que vous êtes et de la personne que la PDC dit que vous n'êtes pas. Commencez par rédiger une histoire décrivant ce que la PDC dit que vous êtes. Servez-vous de votre obsession principale telle que décrite à la feuille de travail. Par exemple : « Il se peut que je sois le type de personne qui pourrait tomber malade si je ne fais pas attention » ou « Je suis le type de personne qui peut faire beaucoup d'erreurs ». Essayez de développer cette histoire autant que possible en écrivant toutes les raisons pour lesquelles il se peut que vous soyez la sorte de personne telle que dictée par votre PDC.

Après avoir rédigé l'histoire telle qu'imposée par la PDC, rédigez une deuxième histoire dont le contenu soutient le contraire. Par exemple, si la première histoire dit : « Je suis le type de personne qui pourrait avoir une mauvaise hygiène corporelle » alors la deuxième histoire devrait soutenir : « Je suis le type de personne qui prends soin de son hygiène ». De même, si dans la première histoire vous avez donné des raisons expliquant pourquoi vous croyez être ce type de personne, dans la deuxième histoire, donnez des raisons justifiant le contraire ; autrement dit, un type de personne complètement différent de celui imposé par la PDC.

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

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

Par exemple :

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

à remplacer par :

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

« Je suis différent, je sors de la norme »

à remplacer par :

« Je suis différent et cela est rafraichissant et intéressant »

« Je n'ai pas de tête, j'oublie tout! »

à remplacer par :

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

Feuille de travail 10
Conscience de la réalité – tolérer le vide

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

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

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

Il se peut aussi que vous ayez déjà commencé à observer qu'un changement dans vos compulsions s'est produit au cours de la thérapie. Peut-être vos doutes ont-ils diminué d'intensité et que d'une manière tout à fait naturelle et sans trop d'efforts, à tout le moins pour certaines situations, vous avez commencé à vous impliquer dans des comportements moins compulsifs. Alors, maintenant, comment faut-il faire pour progresser? Pour surmonter la PDC, l'objectif à atteindre est d'avoir pleinement conscience de la réalité qui vous entoure dans les situations PDC et de tolérer le vide et l'inconfort que l'abandon de la PDC implique.

Avoir conscience de la réalité nécessite de faire appel à l'information « ici et maintenant ». Cela signifie que vous devez percevoir vraiment ce qui existe autour de vous au lieu de vous adonner à des suppositions qui se basent sur une histoire PDC imaginaire. En effet, au lieu d'éviter une situation ou d'y ajouter un doute découlant de votre imagination, vous devez vous fier à une réalité qui fait appel à de l'information directe. Tel que vous l'avez appris dans votre thérapie jusqu'à maintenant, si vous vous fiez à l'information directe, il n'y aura aucune place pour le doute imaginaire. Par exemple, attendez-vous d'avoir de l'information provenant de l'extérieur avant de vérifier? Il arrive souvent que les personnes souffrant de PDC ne portent aucune attention à cette sorte d'information puisque l'histoire PDC a trouvé une façon de s'en passer. Pourtant, c'est la seule réalité qui peut résoudre votre doute imaginaire. Autrement dit, il faut que vous appreniez à avoir confiance à nouveau dans l'information directe et il faut réaliser que cela est suffisant.

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

Rassurez-vous, ce sentiment de vide et d'inconfort n'est que temporaire et finit par disparaître. Courage, il est temps de recommencer à avoir confiance en l'information directe!

Exercice 10
Conscience de la réalité – tolérer le vide

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

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

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

- 1) Fixer des yeux - si vous regardez fixement cela implique que vous vous efforcez trop de surmonter votre PDC. En effet, dès l'instant où vous fixez votre regard, vous plongez dans le monde PDC.
- 2) Jeter un coup d'œil rapide - lorsque vous jetez rapidement un coup d'œil, vous créez de l'ambiguïté, ce qui renforce votre imagination.
- 3) Se servir de l'imagination pour démêler des perceptions ambiguës - lorsque vous ne pouvez percevoir quelque chose clairement, soyez conscient alors que cette manière de vous y prendre ne représente pas la façon correcte de vraiment regarder.

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

Ainsi donc, n'hésitez pas : plongez dans le vrai monde et apprenez à bien vous connaître

APPENDICE B
ACCUSÉS DE RÉCEPTION ET DÉCISIONS DE PUBLICATION DES ÉDITEURS DES
REVUES SCIENTIFIQUES

Revue québécoise de psychologie
www.rqpsy.qc.ca



Le 22 février 2011

Madame Annie Taillon
Département de psychologie
Université du Québec à Montréal
C.P.8888, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3P8

Madame,

Au nom du Comité de rédaction de la *Revue québécoise de psychologie*, nous accusons réception de votre article intitulé *Peur d'une dysmorphie corporelle : présentation et réflexion critique sur les interventions psychologiques*.

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Colette Jourdan-Ionescu,
directrice

CJI/ch

Soumission/évaluation d'article :

Direction de la Revue québécoise de psychologie, Département de psychologie, UQTR, C.P. 500, Trois-Rivières (Québec) G9A 5H7

Abonnement :

Revue québécoise de psychologie, 1100, av. Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Clinical Psychology & Psychotherapy - Decision on Manuscript ID CPP-0359.R1

P.M.G.Emmelkamp@uva.nl <P.M.G.Emmelkamp@uva.nl>

Sat, Jun 11, 2011 at
3:16 AM

To: taillon.annie@gmail.com

Dear Ms. Taillon,

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Inference-Based Therapy for Body Dysmorphic Disorder" in its current form for publication in Clinical Psychology & Psychotherapy.

A signed copyright transfer agreement is needed for publication. If you have not already provided us with one you can access the copyright transfer agreement at:

<http://www.wiley.com/go/ctabglobal>

If you have not yet uploaded a CTA, please ensure that you have identified the form with the manuscript ID number; scan your signed CTA and e-mail to cppproofs@wiley.com stating the manuscript ID number in the subject line of the e-mail.

Please note that this does not take away your rights to reuse your own article after publication, and that if the copyright belongs to your employing institution, they should sign the form instead of you.

If you have already provided us with the signed form, you do not need to do anything at this stage. You will be contacted by our typesetters/copyeditors shortly.

Thank you for your fine contribution.

Sincerely,

Prof. Paul Emmelkamp
Editor, Clinical Psychology & Psychotherapy
P.M.G.Emmelkamp@uva.nl

PS: Remember to cite your research from Clinical Psychology and Psychotherapy in your next article.

Once published, your article will be available at:
www.interscience.wiley.com/journal/cpp

APPENDICE C
APPROBATION ÉTHIQUE DU PROJET DE RECHERCHE

CENTRE DE RECHERCHE
FERNAND SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 15 mars 2004

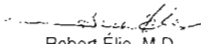
Docteur Kieron O'Connor
 Centre de recherche Fernand - Seguin

OBJET: Projet de recherche: « Reasoning processes in obsessive compulsive disorder ». Kieron O'Connor, Ph. D., Marc Lavoie, Ph. D., Christo Todorov, M.D

Docteur O'Connor,

La présente est pour vous confirmer que le Comité d'éthique de la recherche a approuvé votre projet de recherche ci-haut mentionné ainsi que le formulaire de consentement modifié en date du 15 mars 2004.

Veuillez agréer, Docteur O'Connor, l'expression de nos sentiments les meilleurs.


 Robert Élie, M.D.
 Président Comité d'éthique de la recherche

c.c. D' Pierre-Paul Rompré, Ph. D. psychologie - Directeur scientifique Centre de recherche Fernand-Seguin
 Marc Lavoie, Ph. D., Christo Todorov, M.D

7331, rue Hochelaga
 Montréal (Québec) H1N 3V2
 CANADA
 Téléphone: (514) 251-4015
 Télécopieur: (514) 251-2617

44000101 (2000-04-04)

APPENDICE D
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT POUR LES PARTICIPANTS À L'ÉTUDE

**Centre de recherche Fernand-Seguin
Unité thématique d'intervention psychologique**

Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, H1N 3V2
(514) 251-4015, poste 3585

**Formulaire de consentement pour une évaluation psychologique
des obsessions ou des compulsions**

Chercheurs:

Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue, Centre de recherche Fernand-Seguin

Description du processus d'évaluation:

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

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

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

Consentement

Nom et prénom: _____ Date de naissance: _____

Adresse actuelle: _____

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

Signature du participant: _____

Date: _____

Thérapeute/responsable: _____

Date: _____

Centre de recherche Fernand-Seguin
Unité d'intervention psychologique

Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, H1N 3V2
(514) 251-415

Formulaire de consentement pour un traitement cognitif-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif.

Titre du projet de recherche : Traitement cognitif-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif.

Chercheurs :

Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue : chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin

Description du projet :

Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble obsessionnel-compulsif. Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure, qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines. Le traitement est offert par un(e) psychologue de l'équipe du chercheur nommé ci-dessus. Le traitement consiste à apprendre de nouvelles stratégies pour mieux composer avec les obsessions, les compulsions et les symptômes d'anxiété. À certains moments, vous aurez des tâches à accomplir à la maison (p.ex., noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.).

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

Votre participation comprend d'abord une évaluation psychologique. L'évaluation implique des rencontres où vous aurez à répondre aux questionnaires et aux entrevues administrés par les membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin. Par la suite, la thérapie se déroulera tel que décrit ci-haut. Pendant les six mois suivants la fin du traitement, vous recevrez un appel téléphonique par mois de votre thérapeute, d'une durée approximative de 15 minutes. À la fin de cette période de six mois, il y aura une rencontre au centre de recherche. Il y aura une autre rencontre 1 an après la fin du traitement.

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

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

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

Consentement

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

1. Je, soussigné(e), ai pris connaissance des objectifs et du contenu du projet de recherche ci-haut mentionnés et j'accepte d'y participer. Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble obsessionnel-compulsif.
2. Je sais que ma participation au projet de recherche implique ce qui suit :
 - 2.1. Il y aura une évaluation psychologique qui comprend des questionnaires et des entrevues administrés par un des membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au centre de recherche Fernand-Seguin.
 - 2.2. Je recevrai un traitement cognitif-comportemental avec un(e) psychologue de l'équipe de recherche. Les traitement consiste à apprendre de nouvelles stratégies afin de mieux composer avec les obsessions, les compulsions et les symptômes d'anxiété. À certains moments, j'aurai des tâches à accomplir à la maison (p.ex., noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies etc.). Ce traitement n'implique aucun médicament.
 - 2.3. Durant les six mois qui suivront la fin du traitement, je recevrai un appel téléphonique par mois de mon thérapeute d'une durée approximative de 15 minutes.
 - 2.4. Il y aura une rencontre de suivi, 6 mois et 1 an après la fin du traitement.
 - 2.5. Si je reçois des médicaments de mon médecin ou psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant le traitement. Cependant, je m'engage à ne pas augmenter la dose, ni modifier le type de médicament, sans l'accord de mon médecin ou psychiatre et sans avertir mon thérapeute (_____) dans les plus brefs délais.
 - 2.6. Pour les besoins de l'étude et avec mon accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.
3. J'autorise le chercheur responsable ou les thérapeutes à contacter mon médecin ou psychiatre traitant (_____) afin de discuter de mon traitement et de la prise de médicaments.

APPENDICE E
ENTREVUES ET QUESTIONNAIRES UTILISÉS DANS LE CADRE DE L'ÉTUDE

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND • SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Hôpital Louis-H. Lafontaine

 Bonjour _____ :

M.



Mme _____ est intéressé(e) à participer au projet de recherche sur la **PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE**. La première étape est l'évaluation téléphonique avec toi.



Je te remets l'entrevue aujourd'hui le _____ et Monsieur/Madame s'attend à être contacté(e) avant le _____.

Merci de ta collaboration!

Appel fait le	Résultat	Commentaires

Présentation : Je travaille dans l'équipe de Kieron O'Connor.
 Êtes-vous dans un endroit où vous pouvez parler facilement ?
 Je vous appelle pour déterminer si les problèmes auxquels vous faites face
 correspondent à ceux
 traités dans le cadre de notre programme.
 Je vais vous poser une série de questions qui vont m'aider à déterminer cela.

A] Détails

Adresse:

1. **Nom:** _____
 2. **Téléphone:** (____) _____ - _____ (m) message OK
 (____) _____ - _____ (b)
 3. **Personne à contacter en cas d'urgence :** _____
Tél: (____) _____ - _____
 4. **Nom du père:** _____
 5. **Nom de la mère:** _____
 6. **No d'assurance maladie** _____ **expiration:** _____
 7. **Sexe:**
 F M
 8. **Âge:** _____ **Date de naissance:** __/__/__
 9. **Disponibilité pour participer au projet**
-

10. Référé par:

- Journal, lequel? _____
 Médecin, si oui, qui? _____
 Tiers, qui? _____
 Autre, spécifiez: _____

11. Buts de l'appel:

- renseignements
 curiosité
 demande d'aide

B] Description du problème – BDD Compulsions

➤ Est-ce qu'il vous arrive de faire des gestes/comportements que vous croyez que vous ne devriez pas faire ou ne pas faire autant? Par exemple: vous regarder dans le miroir, comparer votre apparence à celle des autres, vérifier certaines parties de votre corps, gratter votre peau, questionner les autres à propos de votre apparence, etc...

Compulsions	Fois/jour	Temps/jour (heures/ mins)

1. Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?

2. Jusqu'à quel point ces compulsions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

- pas du tout
 un peu
 moyen
 beaucoup
 énormément

3. Est-ce que vos compulsions dérangent d'autres personnes, à part vous?

- non
 oui → qui ? _____

C] Description du problème – BDD Obsessions

➤ Est-ce que vous avez des pensées répétitives qui vous dérangent, qui surviennent malgré vous et que vous avez du mal à chasser? Exemples: penser à votre apparence ou aux parties de votre corps qui vous déplaisent, croire que les autres remarquent ou se moquent de votre apparence, penser que vous n'êtes pas assez beau/belle, penser à des moyens de corriger ou de camoufler votre apparence physique, etc.

Pensées	Nombre de fois	Durée

1. Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?

2. Jusqu'à quel point ces obsessions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

- pas du tout
- un peu
- moyen
- beaucoup
- énormément

3. Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les compulsions et les obsessions?

- compulsions
- obsessions

➤ Sur un total de 100%, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) aux compulsions ? _____%

b) aux obsessions ? _____%

BDD possible? (Obsession ou compulsion au degré de dérangement "un peu" ou plus)

non

oui → de quel type?

Obsessions dominantes

Compulsions dominantes

Obsessions et compulsions équivalentes

D] Description du problème – Tics moteurs

Maintenant, je vais vous poser des questions qui touchent d'autres difficultés que vous éprouvez peut-être ou non. Je pose ces questions à tous les participants afin d'avoir un portrait complet de votre situation. Donc:

1. Vous arrive-t-il pendant la journée et ce, à plusieurs reprises d'avoir des tics musculaires? Par exemple, des mouvements involontaires dans les muscles ou groupes de muscles (ex: visage, épaules, jambes) non-volontaires (sans que vous ne le vouliez) ou des mouvements répétitifs que vous pourriez exécuter tels que : tirer ou enlever des cheveux, vous gratter, grincer des dents, **sans que ces gestes n'aient de lien avec votre insatisfaction relative à votre apparence physique?**

2. Si oui, précisez de quel tic il s'agit: _____

3. Combien de fois environ expérimentez-vous ce tic (par jour, par semaine ou par mois)?

E] Description du problème – Pensées irrationnelles

4. Percevez-vous certaines choses qui sortent de l'ordinaire et que d'autres personnes de votre entourage ne perçoivent pas, mises à part les obsessions dont on a parlé?

Non (Allez à la section E)

Oui (Allez à la question #5)

5. Si oui, qu'elles sont-elles?

6. De 0% à 100%, dans quelle mesure êtes-vous convaincu de cette croyance?

1. _____	_____ %
2. _____	_____ %
3. _____	_____ %
4. _____	_____ %
5. _____	_____ %

7. Depuis quand avez-vous ces croyances?

F] Description du problème – TOC *Compulsions*

➤ Est-ce qu'il vous arrive de faire des gestes/comportements que vous croyez que vous ne devriez pas faire ou ne pas faire autant? Par exemple: vérifier les appareils électroménagers, vérifier les serrures ou les lumières, laver vos mains, ordonner ou nettoyer des choses, accumuler des choses, etc.

Compulsions	Fois/jour	Temps/ jour (heures/min)

4. Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?

5. Jusqu'à quel point ces compulsions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

- pas du tout
 un peu
 moyen
 beaucoup
 énormément

6. Est-ce que vos compulsions dérangent d'autres personnes, à part vous?

- non
 oui → qui _____

G] Description du problème - TOC Obsessions

➤ Est-ce que vous avez des pensées répétitives qui vous dérangent, qui surviennent malgré vous et que vous avez du mal à chasser? Exemples: pensées portant sur la contamination, le doute, les erreurs, l'agressivité, la sexualité, les blasphèmes, le lavage, etc.

Pensées	Nombre de fois	Durée

2. Depuis combien de temps êtes-vous aux prises avec ces difficultés (âge)?

4. Jusqu'à quel point ces obsessions nuisent-elles à votre fonctionnement dans les différentes sphères de votre vie?

- pas du tout
 un peu
 moyen
 beaucoup
 énormément

5. Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les compulsions et les obsessions?

- compulsions
 obsessions

➤ Sur un total de 100%, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) aux compulsions _____%

b) aux obsessions _____%

TOC possible? (Obsession ou compulsion au degré de dérangement "un peu" ou plus)

- non
 oui → de quel type? _____
 Obsessions dominantes
 Compulsions dominantes
 Obsessions et compulsions équivalentes

H] Description du problème – autres difficultés

1. Mis à part les symptômes dont on vient de parler, avez-vous d'autres difficultés psychologiques ou émotionnelles pour lesquelles vous aimeriez consulter?

non → # 3.

oui → lesquelles? _____

2. Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre les compulsions/obsessions relatives à votre apparence et cette(ces) difficulté(s)?

compulsions BDD

obsessions BDD

autre(s) difficulté(s)

➤ Sur un total de 100%, quel pourcentage attribuez-vous respectivement :

a) aux compulsions (BDD) _____%

b) aux obsessions (BDD) _____%

c) à cette(ces) difficulté(s) _____%

3. Avez-vous présentement un problème de santé physique?

non

oui → Dans quelle mesure ce problème peut-il vous empêcher de participer à l'étude?

→ Croyez-vous que ce problème ait un lien avec vos compulsions/obsessions?

non

oui

I) Histoire :

1. **Scolarité:** indiquer le niveau de scolarité le plus élevé

Niveau	Nombre d'années	Diplôme (oui/non)
Primaire		
Secondaire		
Autres cours		
CEGEP		
Collège		
Collège		
Université		
Université		
Université		

➤ Équivalent à secondaire V ?

oui non

2. Occupation:

a) OCCUPATION PRINCIPALE

"Quelle est votre occupation principale ?" _____

- Étudiant
- Employé (temps plein)
- Employé (temps partiel)
- À la maison
- En chômage / Recherche du travail
- Retraité
- Invalide
- Sans emploi / Autre

b) OCCUPATION HABITUELLE : occupation depuis 3 ans

"Est-ce que votre occupation habituelle pendant les trois dernières années, a été celle que vous venez de mentionner ?"

non → "Est-ce que votre changement d'occupation a été dû en partie à vos symptômes d'obsessions et de compulsions?"

- non
- oui
- oui

c) OCCUPATION ANTÉRIEURE: occupation précédente arrêtée à cause des symptômes d'obsessions et de compulsions

"Avez-vous eu d'autres occupations que vous avez laissées à cause de vos symptômes d'obsessions et de compulsions?"

3. État civil:

actuellement?"

- célibataire
 marié(e)*
 cohabitation*
 veuf(ve)
 divorcé(e)

4. Cohabitation: "Avec qui habitez-vous

- seul (e)
 avec parent(s)
 colocataire (s)
 avec enfant(s)
 avec conjoint(e)
 autre

* Demander si mariage antérieur

oui non

5. Enfants:

âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge

6. Autres Enfants

âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge
 âge _____ à charge

7. Groupe ethnique :

"À quel groupe ethnique vous identifiez-vous le plus ?"

- Blanc / Caucasien
 Autochtone
 Asiatique
 Africain
 Autre _____

8. Langue maternelle :

- Français
 Anglais
 Autre

« Si vous étiez accepté dans notre programme de recherche, préféreriez-vous être vu en thérapie en anglais ou en français ? » : _____

9. *Motifs de consultation:*

En plus d'avoir pris connaissance de l'existence de notre programme de traitement, nous aimerions connaître les autres motifs qui ont pu vous amener à nous contacter. Par exemple:

a) "Est-ce que vous avez appelé parce qu'une personne dans votre entourage vous a suggéré de consulter?"

non

oui → qui _____

b) "Est-ce que votre médecin ou une personne ressource vous a suggéré de consulter?"

non

oui → qui _____

c) "Est-ce qu'il y a eu un changement dans votre vie qui vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

d) "Est-ce qu'un changement dans votre humeur vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

e) "Est-ce qu'il y a autre chose qui vous a amené à consulter?"

non

oui → quoi _____

f) Avant de voir notre annonce ou d'être au courant de notre programme, est-ce que vous aviez

déjà pensé à chercher de l'aide?"

non

oui → "Est-ce que vous avez déjà fait des démarches pour trouver de l'aide"

non

oui → donner un exemple _____

10. *Histoire de consultation:*

*Il est important ici d'identifier le type de professionnel/para-professionnel consulté et non pas seulement son nom.

a) "Pour les symptômes d'obsessions et de compulsions, est-ce que vous avez déjà consulté:"

Professionnel/ para-professionnel	Non	Oui
Un médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un chirurgien plastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un travailleur social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un dermatologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un orthodontiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un groupe d'entraide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) "Qui avez-vous consulté pour la première fois pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

c) "Qui était la dernière personne que vous avez consultée pour ces symptômes?"

Qui _____

Quand _____

d) "Est-ce que vous avez déjà consulté pour d'autres difficultés émotionnelles ou psychologiques?"

non

oui → Quoi _____

Qui _____

Quand _____

e) "Est-ce que vous êtes actuellement en thérapie (psychologue, prêtre, etc.) "

non

oui → Avec qui _____

Quelle approche _____

Depuis quand _____

Combien de rencontres/ fréquence _____

f) "Avez-vous déjà eu un dossier à l'hôpital Louis-H. Lafontaine?"

non

oui

11. Histoire d'hospitalisation:

a) "Avez-vous passé du temps à l'hôpital à cause de difficultés psychologiques ou émotionnelles?"

non

oui → "Cette hospitalisation était-elle due spécifiquement à vos symptômes d'obsessions et de compulsions (BDD)?"

préciser: _____

	Age	Quand	Durée	Symptômes principaux
Première hospitalisation				
Dernière hospitalisation				
Hospitalisations totales				

12. Médicaments actuels:

"Actuellement, prenez-vous des médicaments?"

Nom	Prescrit par?	Depuis quand?	Dosage	Fréquence

Poser les questions relatives à L'Évaluation du Fonctionnement Actuel

B) Commentaires supplémentaires suite à l'entrevue téléphonique

1. Attitude du client envers l'intervieweuse ou envers l'entrevue :

- agréable
 neutre
 désagréable

2. Attentes envers l'étude :

- réalistes
 aucune
 irréalistes ou démesurées

3. Y a-t-il un empêchement d'assister régulièrement aux rencontres pour l'étude?

- non
 oui
 géographique
 travail
 absence prévue (voyage, hospitalisation)
 famille
 autres : _____

4. Soupçonnez-vous la présence de d'autres problèmes de vie ?

- non
 oui → lequel(s) : _____

5. Soupçonnez-vous la présence d'un trouble de la personnalité ?

- non
 oui → lequel(s) : _____

6. Soupçonnez-vous la présence d'un trouble d'adaptation ?

- non
 oui → lequel(s) : _____

7. Avez-vous d'autres commentaires non spécifiques qui pourraient aider l'évaluation ?

Pré

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

Numéro de sujet : _____

Groupe : _____

1. Sexe : féminin 1
 masculin 2
2. Date de naissance : _____ Âge : _____
3. Langue maternelle : _____
4. Statut civil : marié-e ou en union de fait 1
 célibataire 2
 séparé-e ou divorcé-e 3
 veuf-veuve 4
5. Nombre d'enfants : 0
 1
 2
 3 et plus
6. Occupation principale : travail à temps plein 1
 travail à temps partiel 2
 chômage 3
 études 4
 entretien de la maison et/ou soin des enfants 5
 autre (précisez): _____ 6
7. Si vous travaillez, quel est votre titre d'emploi? _____
8. Dernier diplôme obtenu : primaire 1
 secondaire 2
 collégial 3
 universitaire (baccalauréat) 4
9. Revenu individuel brut (avant impôts) Revenu de votre ménage brut
au cours de la dernière année : au cours de la dernière année
- | | |
|--|--|
| moins de 10 000\$ <input type="checkbox"/> 1 | moins de 10 000\$ <input type="checkbox"/> 1 |
| 10 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> 2 | 10 000\$ à 19 999\$ <input type="checkbox"/> 2 |
| 20 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> 3 | 20 000\$ à 29 999\$ <input type="checkbox"/> 3 |
| 30 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> 4 | 30 000\$ à 39 999\$ <input type="checkbox"/> 4 |
| 40 000\$ à 59 999\$ <input type="checkbox"/> 5 | 40 000\$ à 59 999\$ <input type="checkbox"/> 5 |
| 50 000\$ et plus <input type="checkbox"/> 6 | 50 000\$ et plus <input type="checkbox"/> 6 |

**PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE:
MODIFICATION DU Y-BOCS
(PDC-YBOCS, version adulte) ©**

Pour chaque item, encerclez le chiffre de la réponse qui caractérise le mieux le patient durant la **dernière semaine**.

**1. TEMPS OCCUPÉ PAR LES PENSÉES
PORTANT SUR LE DÉFAUT PHYSIQUE**

Combien de votre temps est occupé par des PENSÉES portant sur un/des défaut(s) ou une/des imperfection(s) dans votre apparence [lister les parties du corps faisant l'objet d'une préoccupation]?

- 0: Aucun
- 1: Léger (moins d'1h/jour)
- 2: Modéré (1-3h/jour)
- 3: Sévère (plus de 3 et jusqu'à 8h/jour)
- 4: Extrême (plus de 8h/jour)

**2. INTERFÉRENCE CAUSÉE PAR LES
PENSÉES PORTANT SUR LE DÉFAUT
PHYSIQUE**

Dans quelle mesure vos PENSÉES portant sur votre/vos défaut(s) physique(s) interfèrent avec votre fonctionnement social ou au travail? (Y-a-il des choses que vous ne faites pas ou ne pouvez pas faire à cause d'elles?)

- 0: Aucune
- 1: Légère. Interférence minime dans les activités sociales ou au travail, mais la performance générale n'est pas affectée
- 2: Modérée. Interférence marquée avec la performance sociale ou au travail, mais encore gérable
- 3: Sévère, cause un tort considérable dans la performance sociale ou au travail
- 4: Extrême, incapacitante

Exemples:

- O/N Passer du temps avec des amis*
- O/N Rendez-vous amoureux*
- O/N Assister à des événements sociaux*
- O/N Faire des activités avec la famille à la maison et à l'extérieur*
- O/N Aller à l'école / au travail chaque jour*
- O/N Être à l'heure à l'école / au travail*
- O/N Se concentrer à l'école / au travail*
- O/N Productivité à l'école / au travail*
- O/N Faire ses devoirs ou maintenir ses résultats scolaires*
- O/N Activités quotidiennes*

3. DÉTRESSE ASSOCIÉE AUX PENSÉES PORTANT SUR LE DÉFAUT PHYSIQUE

Dans quelle mesure vos PENSÉES portant sur votre/vos défaut(s) physique(s) vous causent-elles de la détresse?

Évaluer les sentiments «dérangeants» ou l'anxiété qui semblent être déclenchés par ces pensées, et non l'anxiété générale ou l'anxiété associée à d'autres symptômes.

- 0: Nul
- 1: Légère, pas trop dérangeante
- 2: Modérée, dérangeante
- 3: Sévère, très dérangeante
- 4: Extrême, détresse handicapante

4. RÉSISTANCE FACE AUX PENSÉES PORTANT SUR LE DÉFAUT PHYSIQUE

Dans quelle mesure faites-vous un effort pour résister à ces PENSÉES?

À quelle fréquence tentez-vous de les ignorer ou de détourner votre attention de ces pensées lorsqu'elles vous viennent à l'esprit?

N'évaluer que l'effort fait à résister et NON le succès ou l'échec à réellement contrôler les pensées. La mesure dans laquelle le patient résiste aux pensées peut être corrélée ou non avec son habileté à les contrôler.

- 0: S'efforce de toujours résister, ou les symptômes sont si minimes qu'il n'a pas besoin de résister activement
- 1: Tente de résister la plupart du temps
- 2: Fait un certain effort pour résister
- 3: Cède à toutes ces pensées sans tenter de les contrôler, mais cède avec une certaine réticence
- 4: Cède complètement et volontairement à toutes ces pensées

5. DEGRÉ DE CONTRÔLE SUR LES PENSÉES PORTANT SUR LE DÉFAUT PHYSIQUE

Dans quelle mesure avez-vous le contrôle sur vos PENSÉES à propos de votre/vos défaut(s) physique(s)?

À quel point réussissez-vous à arrêter ou à détourner ces pensées?

- 0: Contrôle complet, ou aucun besoin de contrôle car les pensées sont si minimes
- 1: Bon contrôle, habituellement en mesure d'arrêter ou de détourner ces pensées avec un certain effort et de la concentration
- 2: Contrôle modéré, parfois en mesure d'arrêter ou de détourner ces pensées
- 3: Peu de contrôle, réussit rarement à arrêter les pensées, peut seulement en détourner l'attention avec difficulté
- 4: Aucun contrôle, vécu comme complètement involontaire, rarement en mesure de détourner son attention, même momentanément

6. **TEMPS PASSÉ AUX ACTIVITÉS RELIÉES AU DÉFAUT PHYSIQUE**

Les prochaines questions se rapportent aux activités/comportements que vous faites en lien avec votre/vos défaut(s) physique(s).

Combien de temps passez-vous à faire des ACTIVITÉS reliées à votre préoccupation envers votre apparence?

- 0: Aucun
 1: Léger (consacre moins d'1h/jour)
 2: Modéré (1-3h/jour)
 3: Sévère (consacre plus de 3 et jusqu'à 8 heures/jour)
 4: Extrême (consacre plus de 8h/jour)

*Parcourir la liste des activités avec le patient
 (poser les questions 6-10 à propos de tout ce qui s'applique)*

- Vérifier les miroirs/autres surfaces
 Faire sa toilette
 Se maquiller
 Exercices physiques excessifs (plus d'1h par jour)
 Choisir/changer de vêtements ou d'accessoires camouflants (évaluer le temps passé à choisir/changer les vêtements, et non les temps passé à les porter)
 Scruter l'apparence des autres (comparer)
 Questionner les autres à propos ou discuter de votre apparence
 Gratter sa peau
 Toucher les parties du corps
 Autre(s) _____
-

7. **INTERFÉRENCE CAUSÉE PAR LES ACTIVITÉS RELIÉES AU DÉFAUT PHYSIQUE**

Dans quelle mesure ces ACTIVITÉS interfèrent-elles avec votre fonctionnement social ou au travail?

(Y-a-il quoi des choses que vous ne faites pas à cause d'elles?)

- 0: Aucune
 1: Légère. Interférence minimale dans les activités sociales ou au travail, mais la performance générale n'est pas affectée
 2: Modérée. Interférence marquée avec la performance sociale ou au travail, mais encore gérable
 3: Sévère, cause un tort considérable dans la performance sociale ou au travail
 4: Extrême, incapacitante

**8. DÉTRESSE ASSOCIÉE AUX
ACTIVITÉS RELIÉES AU DÉFAUT
PHYSIQUE**

Comment vous sentiriez-vous si vous étiez empêché d'accomplir ces ACTIVITÉS?

Dans quelle mesure cela vous rendrait-il anxieux?

Évaluer le degré de détresse/frustration que le patient ressentirait si l'accomplissement des activités était soudainement interrompu.

- 0: Aucune
- 1: Légère, minimalement anxieux si le comportement est empêché
- 2: Modérée, rapporte que l'anxiété augmenterait mais demeurerait gérable si le comportement était empêché
- 3: Sévère, hausse d'anxiété importante et très dérangeante si le comportement est interrompu
- 4: Extrême, anxiété incapacitante découlant de toute intervention visant à modifier l'activité

**9. RÉSISTANCE FACE AUX
COMPULSIONS**

Dans quelle mesure faites-vous un effort pour résister à ces ACTIVITÉS?

N'évaluer que l'effort fait à résister et NON le succès ou l'échec à réellement contrôler les activités. La mesure dans laquelle le patient résiste à ses compulsions peut être corrélée ou non à son habileté à les contrôler.

- 0: S'efforce de toujours résister, ou les symptômes sont si minimes qu'il n'a pas besoin de résister
- 1: Tente de résister la plupart du temps
- 2: Fait un certain effort pour résister
- 3: Cède à presque tous ces comportements sans tenter de les contrôler, mais le fait avec une certaine réticence
- 4: Cède complètement et volontairement à tous les comportements reliés au défaut physique

**10. DEGRÉ DE CONTRÔLE FACE AU
COMPORTEMENT COMPULSIF**

Avec quelle intensité ressentez-vous le besoin d'accomplir ces compulsions?

Dans quelle mesure avez-vous le contrôle sur elles?

- 0: Contrôle complet, ou aucun contrôle nécessaire car les symptômes sont légers
- 1: Bon contrôle, ressent de la pression pour accomplir le comportement, mais habituellement capable d'exercer un contrôle volontaire sur ce dernier
- 2: Contrôle modéré, forte pression pour accomplir le comportement, peut seulement le contrôler avec difficulté
- 3: Peu de contrôle, besoin très fort d'accomplir le comportement, doit être mené à terme, peut seulement retarder avec difficulté
- 4: Aucun contrôle, le besoin d'accomplir le comportement est vécu comme complètement involontaire et irrépressible, rarement capable de retarder l'activité, même momentanément

11. INSIGHT

Est-il possible que votre défaut soit moins apparent ou moins repoussant que vous le pensez?

À quel point êtes-vous convaincu que [inscrire la partie du corps] est aussi repoussante que vous le pensez?

Est-ce que quelqu'un pourrait vous convaincre que ce n'est pas aussi pire que vous le croyez?

- 0: Excellent insight, complètement rationnel
 - 1: Bon insight. Reconnaît volontiers l'absurdité des pensées (mais ne semble pas complètement convaincu qu'il n'y a pas autre chose, à part l'anxiété, dont il faut se préoccuper)
 - 2: Insight modéré. Admet avec réticence que les pensées semblent déraisonnables, mais hésite
 - 3: Insight faible. Maintient que les pensées ne sont pas déraisonnables
 - 4: Absence d'insight, délirant. Définitivement convaincu que les préoccupations sont raisonnables, insensible aux preuves du contraire
-

12. ÉVITEMENT

Avez-vous évité de faire des choses, d'aller à un endroit ou d'être avec quelqu'un à cause de vos pensées ou comportements reliés à votre/vos défaut(s) physique(s)?

Si OUI, alors demander:
Qu'est-ce que vous évitez?

Évaluer dans quelle mesure le patient essaie délibérément d'éviter des choses telles que les interactions sociales ou les activités au travail. Ne pas inclure l'évitement de miroirs ou l'évitement de comportements compulsifs.

- 0: Aucun évitement délibéré
- 1: Léger, évitement minimal
- 2: Modéré, un certain évitement est clairement présent
- 3: Sévère, beaucoup d'évitement; évitement proéminent
- 4: Extrême, évitement très dominant; le patient évite presque toutes activités

Les **crochets** [] indiquent le matériel qui devrait être lu, en y inscrivant les parties du corps faisant l'objet d'une préoccupation.

- Les **parenthèses** () dans les questions proposées indiquent du matériel optionnel qui peut être lu.
- Les **items en italique** sont des instructions et des rappels destinés à l'évaluateur.

Traduction canadienne-française (Taillon, A., Laverdure, A., Péliissier, M.-C. & O'Connor, K., 2007) de:

Phillips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:17-22.

L'Échelle d'idées surévaluées

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

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

Énumérez la croyance principale que le patient a eue dans la dernière semaine. Elle devrait être celle qui est associée avec la plus grande détresse ou détérioration dans le fonctionnement social et professionnel du patient tel qu'observé par l'évaluateur (e.g., Je vais contracter le SIDA si je ne me lave pas comme il faut après être allé l'hôpital; ma maison peut brûler complètement si je ne vérifie pas le four avant de quitter la maison; je peux perdre de l'information importante si je jette des items que j'accumule; je ne suis pas attirant(e), mon nez est laid, ma peau est plein de boutons, etc.). Les cotes devraient refléter les croyances du patient (e.g., jusqu'à quel point le patient perçoit-il que sa croyance est raisonnable, jusqu'à quel point le patient croit-il que les compulsions sont efficaces pour prévenir les conséquences craintes, etc.). Énumérez seulement une croyance qui est reliée à la peur d'une dysmorphie corporelle. Cotez tous les items selon votre évaluation de la croyance du patient. Vous pouvez utiliser les trois questions fournies sous chaque catégorie pour évaluer des aspects variés de la croyance, e.g. la force, le caractère raisonnable.

Décrivez la croyance principale ci-dessous:

À mesure que vous cotez le patient sur chacun des items, incorporez la croyance spécifique du patient, e.g. Jusqu'à quel point votre croyance concernant le fait que vous aller contracter le SIDA si vous visitez l'hôpital est forte?

1) Force de la croyance

Durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

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

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

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

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

Cotez l'item 1: _____

2) L'aspect raisonnable de la croyance

Dans la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

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

Est-ce que votre croyance est justifiée ou rationnelle?

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

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

Cotez l'item 2: _____

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

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

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

Y a-t-il eu des moments durant la dernière semaine où vous avez douté de votre croyance, même pour un bref moment, que ___ était vrai? Si oui, dites moi en plus à ce sujet?

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

Cotez l'item 3: _____

4) Le degré le plus fort de la croyance dans la dernière semaine

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

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

Jusqu'à quel point avez-vous été certain(e)/convaincu(e) de votre croyance dans la dernière semaine?

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

Cotez l'item 4: _____

5) Justesse de la croyance

Durant la dernière semaine, incluant aujourd'hui:

Jusqu'à quel point croyez-vous que votre croyance est juste?

Jusqu'à quel point croyez-vous que votre croyance est exacte?

Jusqu'à quel point votre croyance est-elle erronée?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait inexacte		Plutôt inexacte		Plus inexacte qu'exacte		Plus exacte qu'inexacte		Plutôt exacte	Tout à fait exacte

Cotez l'item 5: _____

6) Degré d'adhérence par les autres

Jusqu'à quel point est-il vraisemblable selon vous que les gens dans la population en général (dans la communauté, la province, le pays, etc.) aient les mêmes croyances?

Jusqu'à quel point ces autres personnes sont-elles d'accord avec votre croyance?

Jusqu'à quel point les autres partagent-ils votre croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait en désaccord		Plutôt en désaccord		Plus en désaccord qu'en accord		Plus en accord qu'en désaccord		Plutôt d'accord	Tout à fait en accord

Cotez l'item 6: _____

7) Attribution des visions différentes des autres

Est-ce que les autres partagent la même croyance que vous? Oui _____ Non _____

Si le patient répond Oui passez à la question 7a, si le patient répond Non, passez à la question 7b.

7a) Considère que les autres possèdent la même croyance

Depuis que vous pensez que les autres sont d'accord avec votre croyance, est-ce que vous pensez qu'ils sont aussi bien informés que vous à propos de cette croyance?

Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres sont aussi bien informés à propos de la croyance que vous l'êtes?

Est-ce que vous croyez que les autres ont autant d'information que vous à propos de cette croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait mal informés		Plutôt mal informés informés		Moins bien informés que mieux informés		Mieux informés que moins bien informés		Plutôt bien informés	Tout à fait bien informés

Coter l'item 7a: _____

7b) Considère que les autres entretiennent une croyance différente

Depuis que vous pensez que les autres sont en désaccord avec vous, pensez-vous qu'ils sont moins bien informés que vous à propos de cette croyance?

Jusqu'à quel point croyez-vous que les autres sont moins bien informés à propos de la croyance que vous l'êtes?

Croyez-vous que les autres ont moins d'information que vous à propos de cette croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait mal informés		Plutôt mal informés	Moins bien informés que mieux informés		Mieux informés que moins bien informés		Plutôt bien informés		Tout à fait bien informés

Coter l'item 7b: _____

8) Efficacité des compulsions

Dans la dernière semaine, incluant aujourd'hui;

Jusqu'à quel point les compulsions/comportements ritualisés sont-ils efficaces pour prévenir des conséquences négatives autres que l'anxiété?

Vos compulsions sont-elles d'une utilité quelconque pour arrêter la conséquence anticipée?

Est-ce possible que vos compulsions ne puissent pas aider à prévenir les conséquences négatives?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait inefficace		Plutôt inefficace		Plus inefficace qu'efficace		Plus efficace qu'inefficace		Plutôt efficace	Tout à fait efficace

Coter l'item 8: _____

9) Prise de conscience

Jusqu'à quel point pensez-vous qu'un trouble vous a occasionné cette croyance?

Qu'elle est la probabilité que vos croyances soient dues à des raisons psychologiques ou psychiatriques?

Est-ce que vous pensez que votre croyance est due à un trouble?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tout à fait probable		Plutôt probable		Plus probable qu'improbable		Plus improbable que probable		Plutôt improbable	Tout à fait improbable

Coter l'item 9: _____

10) Force de résistance

Combien d'énergie mettez-vous à rejeter votre croyance?

Jusqu'à quel fort essayez-vous de changer votre croyance?

Est-ce que vous tentez de résister à votre croyance?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Résistance totale		Beaucoup de résistance que moins		Plus de résistance que plus		Moins de résistance		Peu de résistance	Aucune résistance

Coter l'item 10: _____

11) Durée de la croyance

a) Depuis que vous avez cette croyance, a-t-elle jamais fluctué?

Si oui, durant quelle période de temps?

Cochez un des items suivants :

1. Jour
2. Semaine
3. Mois
4. Année

b) En rétrospective, depuis combien de temps avez-vous entretenu cette croyance particulière?

Cochez un des items suivants :

1. Jour
2. Semaine
3. Mois
4. Année

Inventaire de Beck (BDI II)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1a Je dors un peu plus que d'habitude.
1b Je dors un peu moins que d'habitude.
2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17. 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.
18. 0 Mon appétit n'a pas changé.
1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.
19. 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
20. 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21. 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Inventaire d'anxiété de Beck

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

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

Questionnaire sur les processus inférenciels (QPI-EV)

Veillez noter votre accord ou désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en fortement désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	en accord

	Réponse (1 à 6)
1. Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment.	
2. J'invente parfois des histoires à propos de certains problèmes qui pourraient être là, sans faire attention à ce que je vois vraiment.	
3. Parfois, certaines idées invraisemblables semblent si réelles qu'on dirait qu'elles se réalisent vraiment.	
4. Parfois, mon cerveau devient très actif et un tas d'idées invraisemblables se présentent à mon esprit.	
5. Je peux être facilement absorbé par des choses peu probables que je ressens comme si elles étaient vraies.	
6. Je confonds souvent des événements différents comme étant semblables.	
7. J'ai souvent tendance à faire des liens entre des idées ou des événements alors que cela peut sembler invraisemblable aux yeux des autres ou même à mes propres yeux.	
8. Parfois, certaines de mes pensées dérangeantes changent ma façon de percevoir tout ce qui est autour de moi.	
9. Lorsque je suis absorbé par certaines pensées ou histoires, j'oublie parfois qui je suis ou où je suis.	
10. Mon imagination est parfois tellement puissante que je me sens pris au piège et incapable de voir les choses différemment.	
11. J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre.	
12. Souvent, je ne peux discerner si quelque chose est sécuritaire car on ne peut pas se fier aux apparences.	
13. Parfois, toutes les possibilités invraisemblables qui traversent mon esprit me semblent réelles.	
14. Lorsque je me questionne sur la présence d'un problème, j'ai tendance à porter davantage attention à ce que je ne vois pas, qu'à ce que je vois.	

15. Même si je n'ai pas de preuves évidentes d'un problème, mon imagination peut me convaincre du contraire.	
16. Seulement le fait de penser qu'il pourrait y avoir un problème est une preuve suffisante pour moi qu'il y en a un.	
17. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie complètement ce qui m'entoure.	
18. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.	
19. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.	
20. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.	
22. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois.	
23. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.	
24. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire.	
25. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.	
26. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.	
27. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir.	
28. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.	
29. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment.	
30. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.	

Merci de votre collaboration!

No. d'identification : _____

Visite : T- _____

Date : _____

**Inventaire Systémique de
Qualité de Vie
(ISQV)**

Gilles Dupuis, Ph.D.
Jean-Pierre Martel, Ph.D.
Adresse électronique : lepsyq@er.uqam.ca

INVENTAIRE SYSTEMIQUE DE QUALITE DE VIE (ISQV)

Le principal objectif de ce questionnaire est d'évaluer dans quelle mesure vous parvenez à atteindre les buts que vous vous fixez dans divers domaines de votre vie. Ces buts sont parfois clairement identifiés, alors que dans d'autres cas, nous les poursuivons sans les définir précisément.

Ce questionnaire touche 28 domaines de votre vie (ex : alimentation, sommeil, loisirs). Pour chacun de ces domaines, vous aurez à évaluer votre **SITUATION ACTUELLE**, la **SITUATION** que vous considérez **DÉSIRÉE** et la vitesse à laquelle vous vous approchez ou éloignez de la **SITUATION IDÉALE**. Voici quelques définitions qui devraient faciliter votre compréhension.

SITUATION IDÉALE : Une situation idéale vous est suggérée pour chacun des domaines couverts par ce questionnaire. Vous les trouverez juste au-dessus des encadrés accompagnant chaque question. La situation idéale constitue ce à quoi toute personne aspire sans que ce ne soit nécessairement atteignable. Dans une relation conjugale, par exemple, la situation idéale s'atteint lorsque vous êtes parfaitement heureux avec votre partenaire et qu'absolument rien ne pourrait être amélioré. Cet état est illustré par un petit cercle blanc sur le cadran de l'encadré de gauche (voir l'exemple au bas de la page).

SITUATION ACTUELLE : La situation actuelle est votre évaluation de la qualité de votre relation de couple, par exemple, au cours des 3 dernières semaines. Plus cette situation est bonne, plus elle est près de la situation idéale. Plus elle est mauvaise, plus elle en est éloignée.

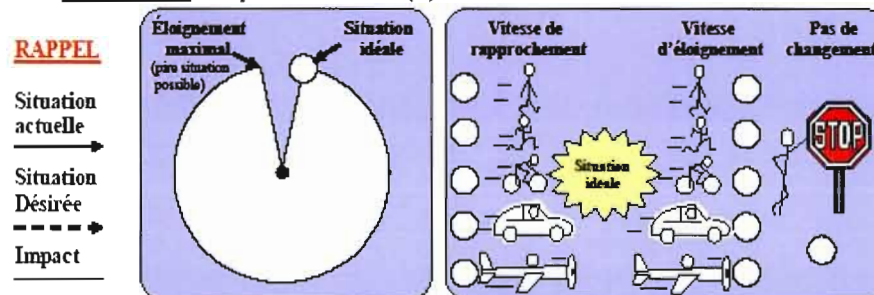
SITUATION DÉSIRÉE : Étant donné que la situation idéale est difficilement atteignable, la situation désirée représente une situation que vous jugeriez acceptable ou désirée s'il vous était possible de l'atteindre.

IMPACT : L'impact représente la situation où, à votre avis, vous vous trouveriez sans la condition étudiée (ex : traitement ou maladie).

Les exemples suivants devraient vous aider à répondre au questionnaire.

25. Relation de couple (marque d'affection, entente, communication)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



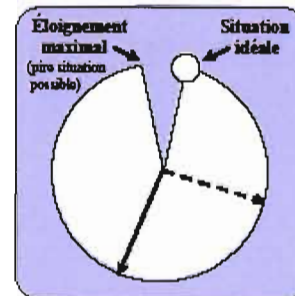
Vous devez indiquer vos réponses en utilisant ces deux encadrés. Premièrement, sur l'encadré de gauche, vous devez indiquer à l'aide d'une flèche pleine votre situation actuelle en vous référant à la situation idéale suggérée dans la question. Deuxièmement, sur le même encadré, vous devez indiquer la position de votre situation désirée à l'aide d'une flèche pointillée. À la page suivante, les 4 types de situations possibles vous sont présentés (en utilisant toujours l'exemple de la relation de couple) avec la position des flèches correspondant à chacune de ces situations.

Exemple 1 : « C'est moins bien que ce que je souhaite »

Situation actuelle : Cette personne considère que sa relation de couple pourrait s'améliorer. Elle place donc la flèche pleine de sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.

Situation désirée : Sachant que la situation idéale est difficilement atteignable, cette personne indique, à l'aide d'une flèche pointillée, à quelle distance de l'idéal se trouve sa situation désirée.

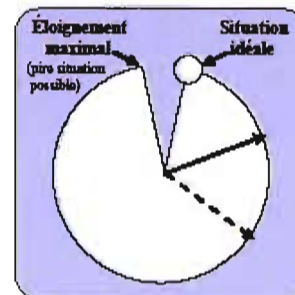
Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle moins bonne que sa situation désirée.

**Exemple 2 : « Ça va au-delà de mes espérances »**

Situation actuelle : Cette personne considère que sa relation couple n'est pas à l'idéal. Elle place donc la flèche pleine représentant sa situation actuelle à une certaine distance du cercle blanc de la situation idéale.

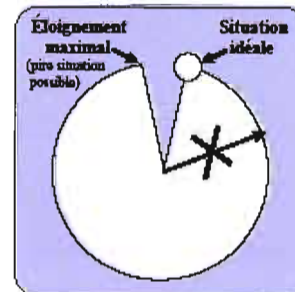
Situation désirée : Malgré cela, elle considère sa situation actuelle au-delà de ses espérances. Elle place donc la flèche pointillée représentant sa situation désirée plus loin de la situation idéale que ne l'est la flèche pleine représentant sa situation actuelle.

Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle meilleure que sa situation désirée.

**Exemple 3 : « C'est bien comme ça »**

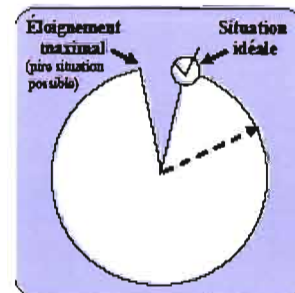
Situation actuelle et désirée : Sans être idéale, cette personne considère que sa situation actuelle est identique à sa situation désirée. Elle place donc sa flèche pleine à une certaine distance de l'idéal. Pour éviter toute confusion, elle fait un X sur la flèche pleine signifiant que les deux flèches sont superposées.

Autrement dit, elle perçoit sa situation actuelle au niveau de sa situation désirée.

**Exemple 4 : « Ça ne peut pas aller mieux »**

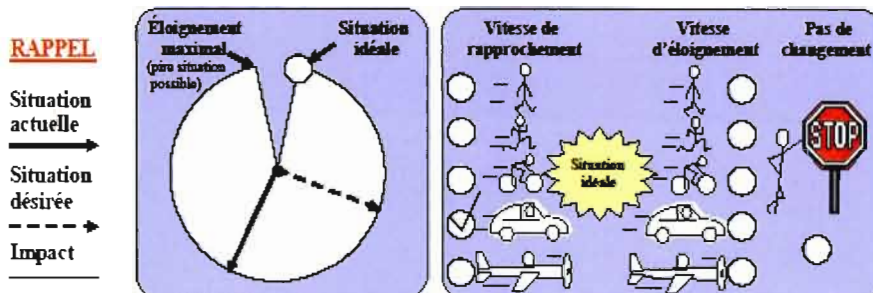
Situation actuelle : Bien que cette situation soit difficilement atteignable, cette personne considère que sa relation de couple est idéale, qu'il n'y a pas de place pour de l'amélioration. Elle fait donc un crochet dans le cercle blanc représentant la situation idéale.

Situation désirée : Si cette personne se contentait de moins que la situation idéale, elle placerait la flèche pointillée représentant sa situation désirée à une certaine distance du cercle blanc représentant la situation idéale.



L'encadré de droite permet d'indiquer si votre situation actuelle s'approche, s'éloigne ou demeure inchangée par rapport à la situation idéale. Si vous considérez qu'actuellement votre situation s'améliore, cochez, sous "Vitesse de rapprochement", le cercle près du dessin représentant le mieux la vitesse d'amélioration. S'il y a détérioration de votre situation, choisissez plutôt un dessin sous "Vitesse d'éloignement". Si vous pensez qu'il n'y a pas de changement, cochez le cercle sous le dessin au-dessus duquel est indiqué "Pas de changement".

Pour illustrer ce qui précède, reprenons l'exemple 1 de la page précédente. Sur l'encadré de gauche, cette personne indique que sa relation de couple doit s'améliorer pour atteindre un niveau qu'elle considère satisfaisant. Sur l'encadré de droite, cette personne indique que, malgré tout, sa situation s'améliore et que les changements sont assez rapides.

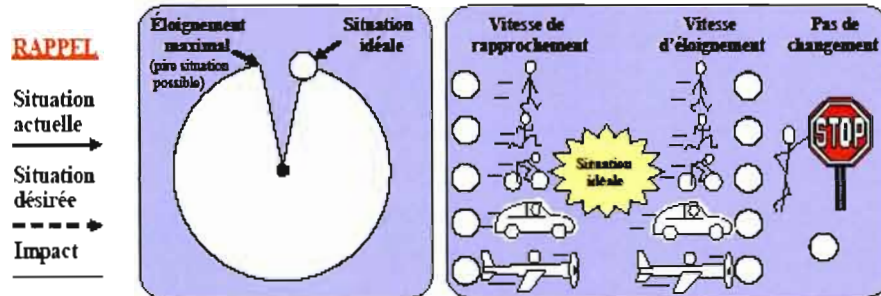


***IMPORTANT :**

Si une question ne vous concerne pas directement (par exemple "Interaction avec vos enfants" alors que vous n'avez pas d'enfants) et que cette situation (le fait de ne pas avoir d'enfants) influence votre vie, indiquez, toujours à l'aide des flèches, à quelle distance vous êtes de la situation idéale qui est d'être parfaitement heureux(se). Par contre, si ce domaine ne vous préoccupe pas, ne répondez pas à la question et indiquez-le en faisant un Σ sur les cadrans.

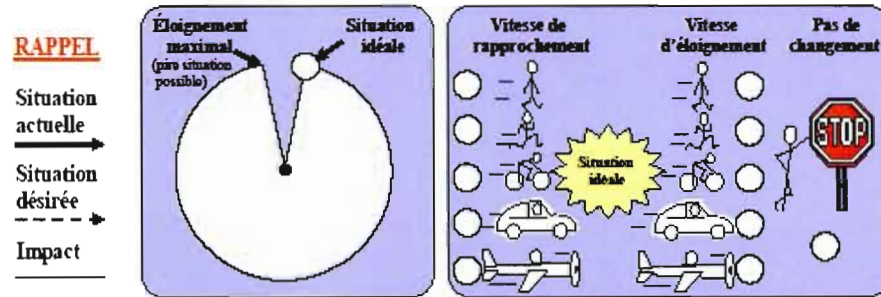
1. Sommeil (capacité de bien dormir)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la qualité de mon sommeil



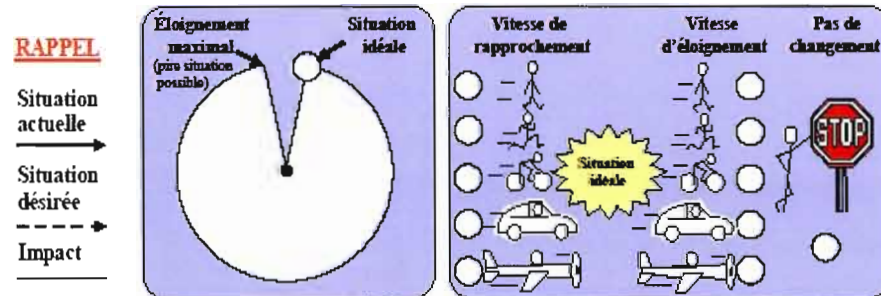
2. Capacité physique : capacité d'accomplir les activités journalières (marcher, monter des escaliers, se laver, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité dans ces activités



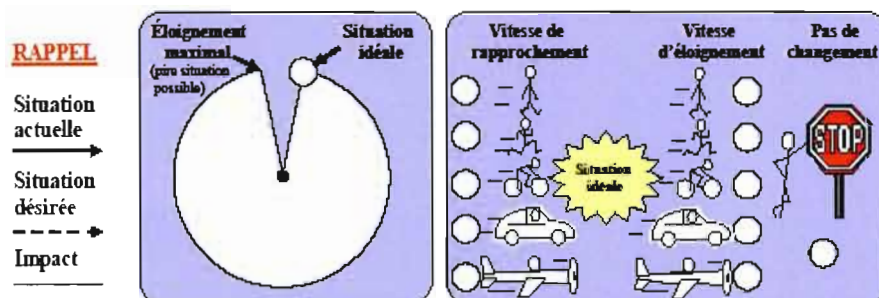
3. Alimentation (type d'aliments, de diète, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ce que je mange (quantité et qualité)



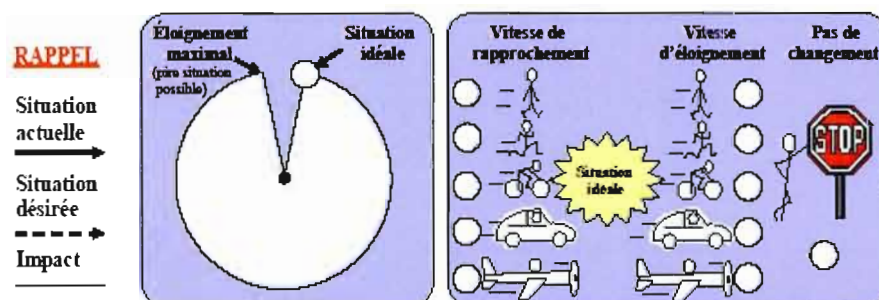
4. Douleur physique

Situation idéale : n'avoir aucune douleur physique



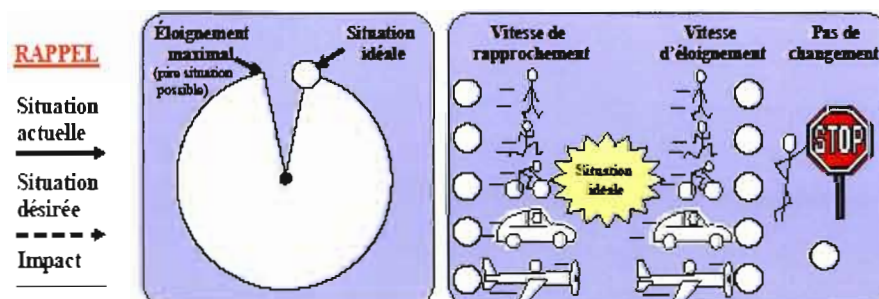
5. Santé physique globale

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ma santé physique

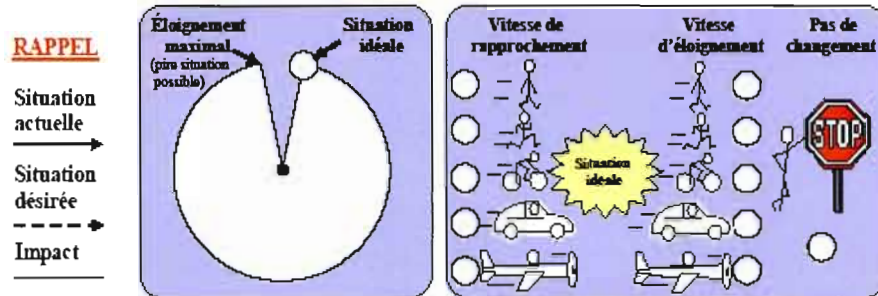


6. Loisirs de détente (lecture, télévision, musique, etc.) permettant de relaxer, d'oublier ses soucis et ses préoccupations

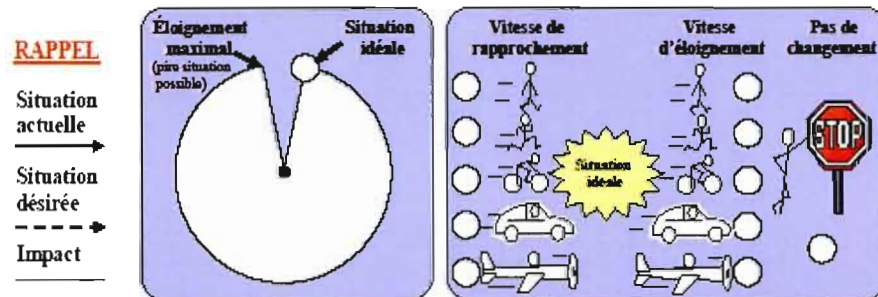
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de la fréquence et de la qualité de mes moments de détente



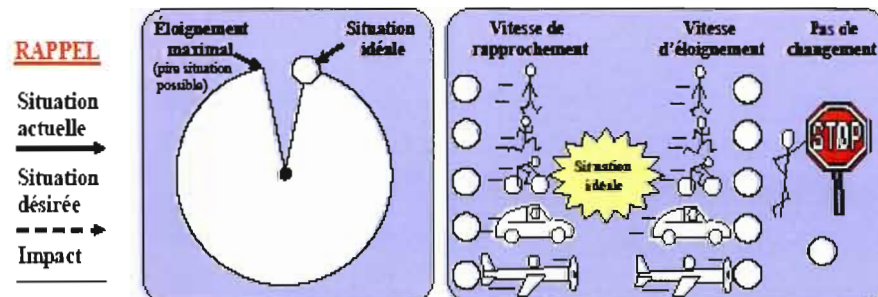
7. Loisirs actifs exigeant une dépense d'énergie (sport, bricolage, jardinage, etc.)
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ce que je fais



8. Sorties (cinéma, restaurant, visiter des amis, etc.)
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ce que je fais

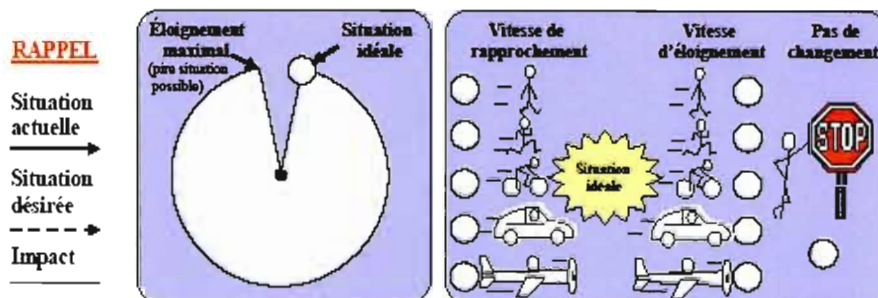


9. Interactions avec mes enfants
Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



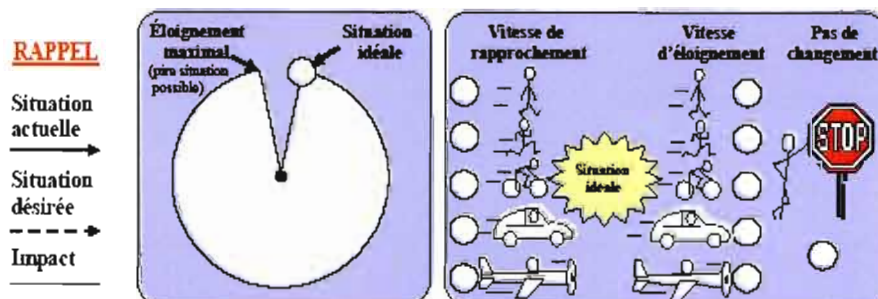
10. Interactions avec la famille (frères, sœurs, belle-famille, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



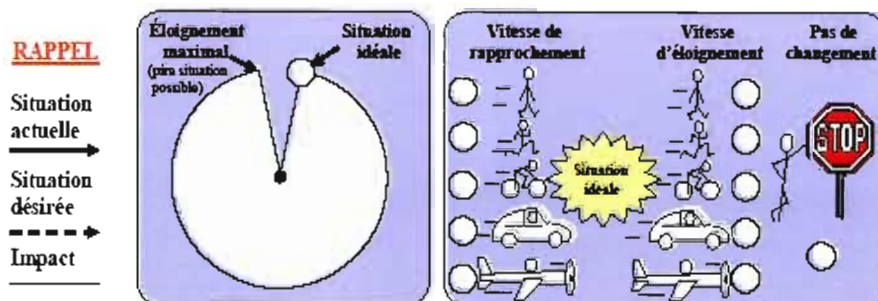
11. Interactions avec mes amis(es)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



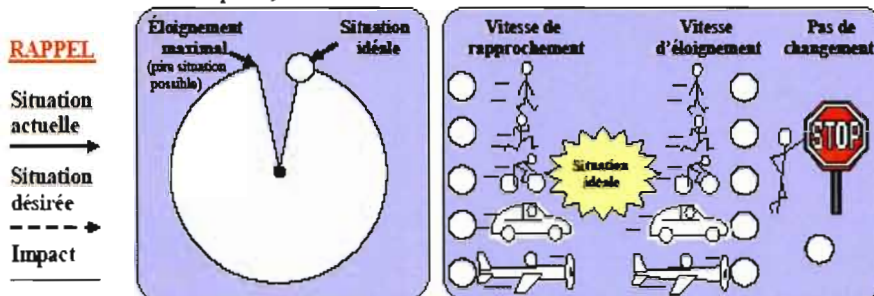
12. Type de travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ce que je fais



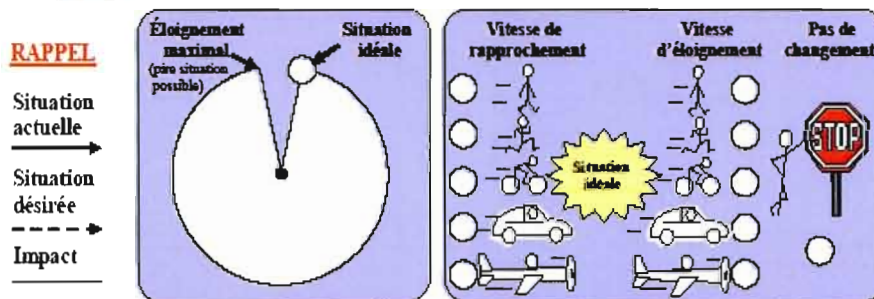
13. Efficacité au travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité au travail (quantité et qualité)



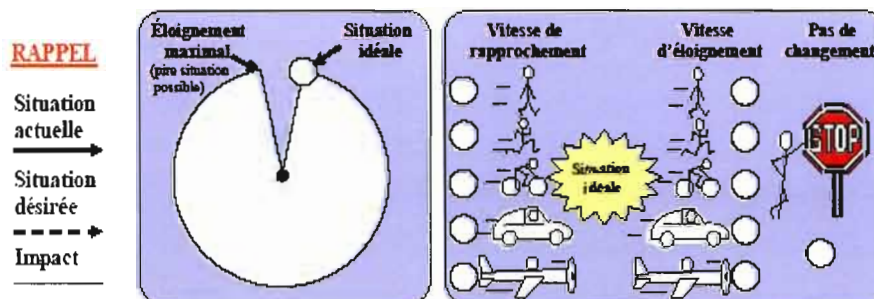
14. Interactions avec les collègues durant les heures de travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mes interactions avec eux (elles)



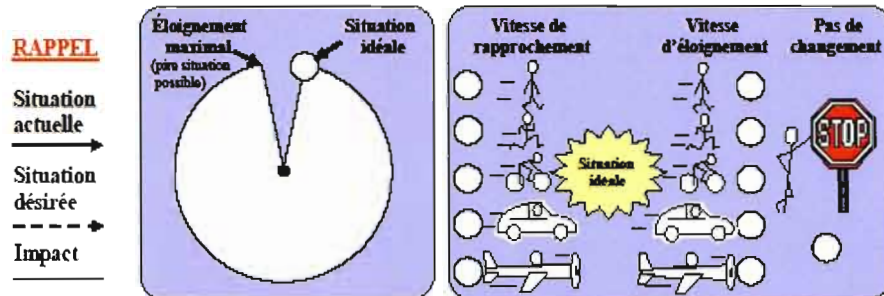
15. Interactions avec les employeurs(es) ou supérieurs(es) immédiats durant le travail

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mes interactions avec eux elles



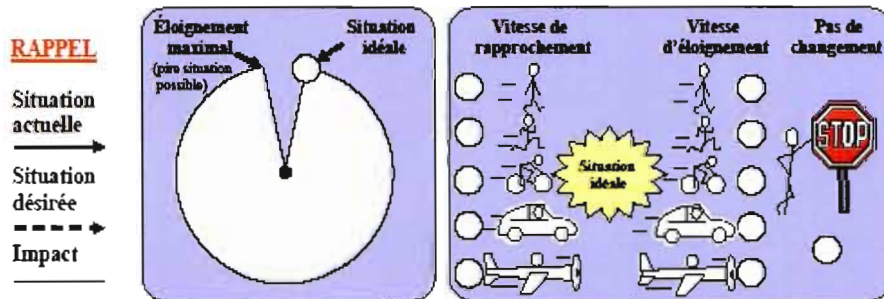
16. Finances (revenu, budget, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon niveau de vie



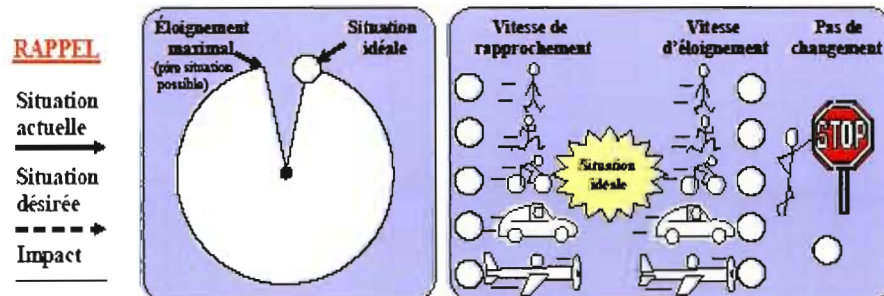
17. Activités non-rémunérées (bénévolat, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



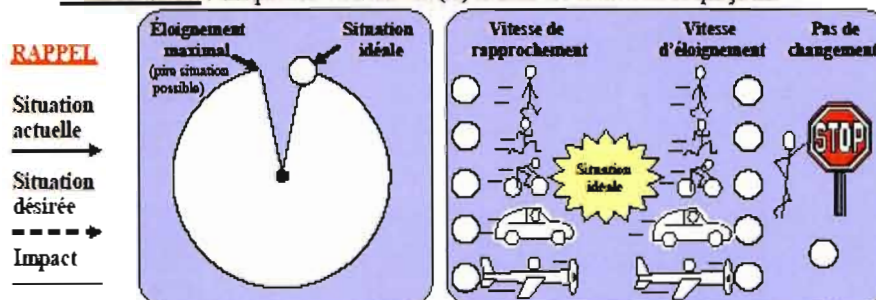
18. Travail domestique (travaux légers : vaisselle, époussetage, préparation des repas, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité dans ce que je fais



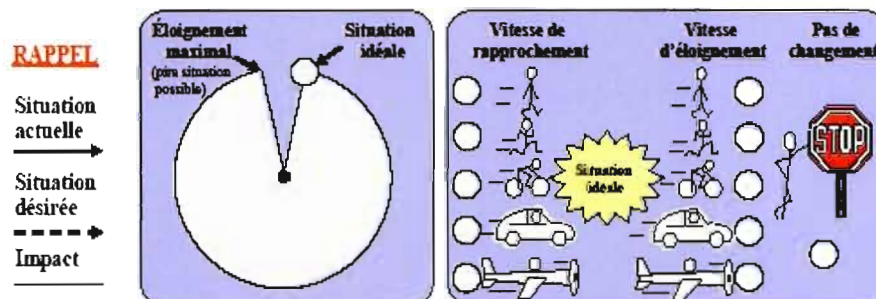
19. Entretien de la maison (appartement) et de la cour (s'il y a lieu) (travaux lourds : peinture, réparation, laver les planchers, les fenêtres, entretien de la pelouse, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité dans ce que je fais



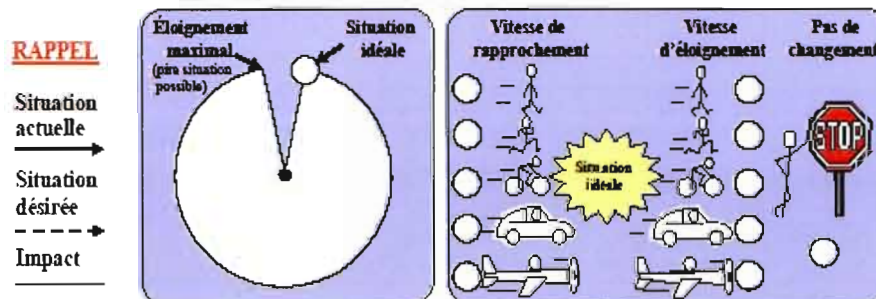
20. Mémoire (capacité de se rappeler des choses à faire, des noms, des mots, des événements, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité dans ce domaine



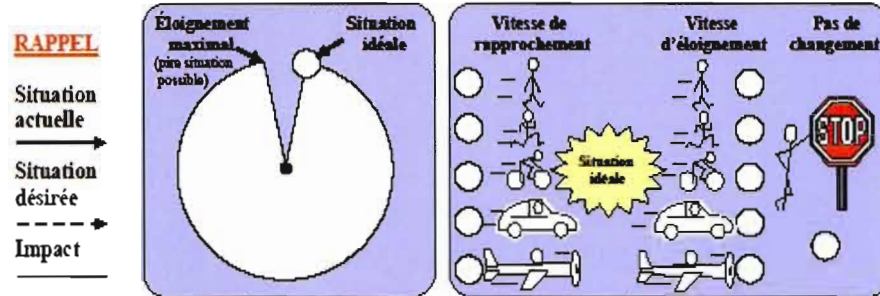
21. Concentration et attention (pouvoir me concentrer sur une tâche comme lire, être attentif(ve) à une discussion, à une émission de télévision, etc.)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de mon efficacité dans ce domaine



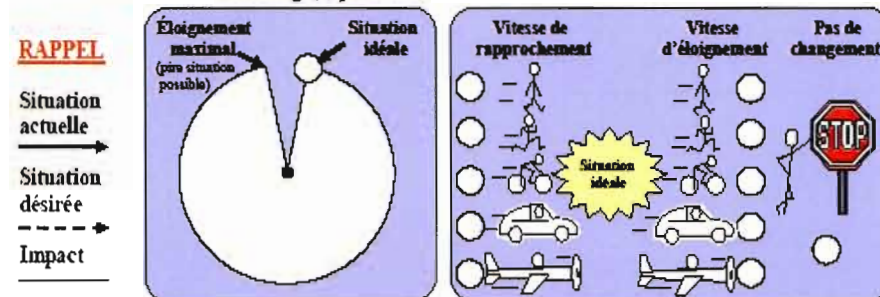
22. Estime de soi (opinion globale de soi)

Situation idéale : avoir une excellente estime de soi (avoir parfaitement confiance en soi, en ses capacités)



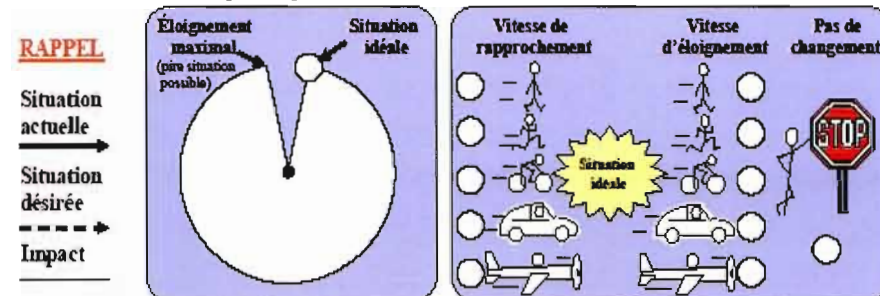
23. Moral

Situation idéale : avoir un excellent moral, (être très heureux(se), pas déprimé(e) ni découragé(e) par le futur)



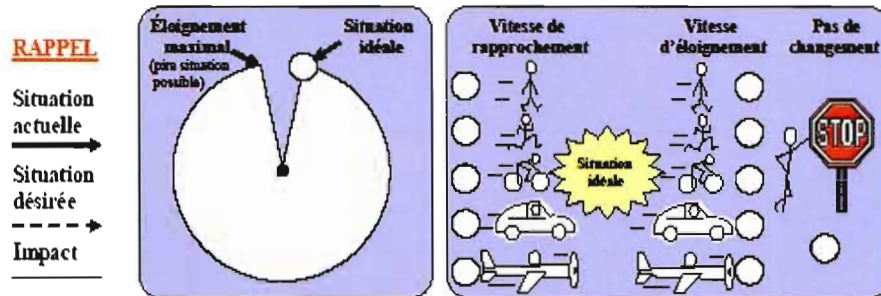
24. Tranquillité d'esprit

Situation idéale : être parfaitement calme et serein(e) (ne pas être inquiet(te), anxieux(se) ni préoccupé(e) ni énervé(e))



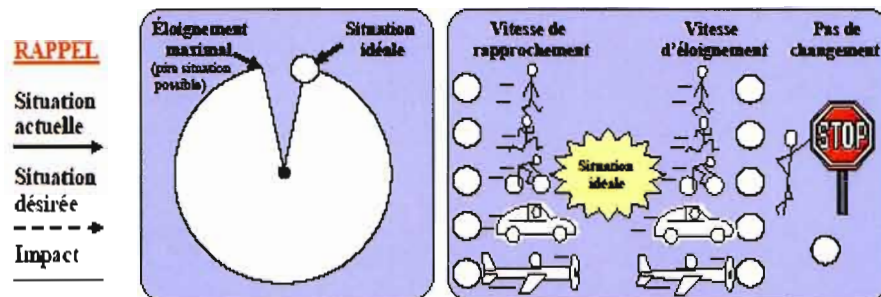
25. Relation de couple (marque d'affection, entente, communication)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



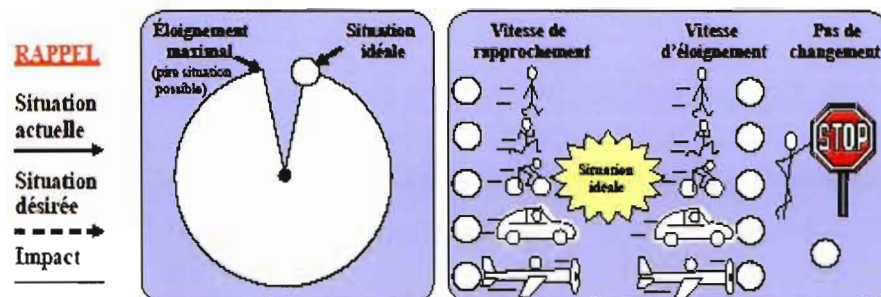
26. Relations sexuelles

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) dans ce domaine



27. Vie spirituelle ou religieuse

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ce que m'apporte ma vie spirituelle ou religieuse

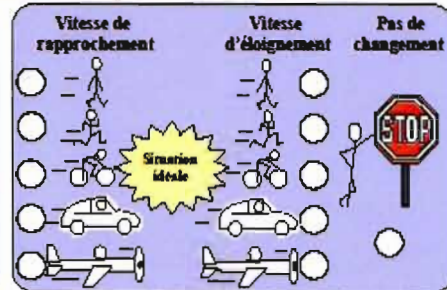
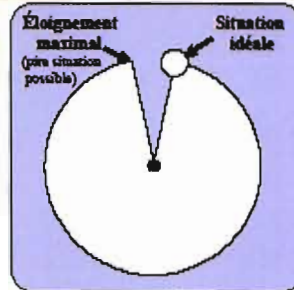


28. Activités spirituelles ou religieuses (devoirs et obligations demandés par ma religion ou mes croyances)

Situation idéale : être parfaitement heureux(se) de ma capacité à faire ces activités

RAPPEL

Situation actuelle
 → Situation désirée
 - - - - - Impact



BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

BIBLIOGRAPHIE

- Aardema, F., P. M. G. Emmelkamp et K. O'Connor. 2005. «Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder». *Clinical psychology and psychotherapy*. vol. 12, p. 337-345.
- Aardema, F., K. O'Connor, M-C. Pélissier et M. Lavoie. 2009. «The quantification of doubt in obsessive-compulsive disorder». *International Journal of Cognitive Therapy*. vol. 2, no 2, p. 188-205.
- American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th Text Revised. Washington: APA.
- Arntz, A., et A. Weertman. 1999. «Treatment of childhood memories: theory and practice». *Behaviour research and therapy*. vol. 37, no 8, p. 715-740.
- Bibeau, L., et G. Dupuis. 2005. «L'insatisfaction de l'image corporelle et les problèmes psychologiques associés». *Revue québécoise de psychologie*. vol. 26, no 3, p. 273-293.
- Bögels, S. M. 2006. «Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating». *Behaviour research and therapy*. vol. 44, p. 1199-1210.
- Dupuis, G., et D. Marois. 2010. «La qualité de vie et l'adaptation à la maladie». In *La qualité de vie à travers les générations: le bonheur n'a pas d'âge*. Montréal: Congrès de l'ACFAS.
- Dupuis, G., J. Perrault, M.-C. Lambany, E. Kennedy et P. David. 1989. «A New Tool to Assess Quality of Life: The Quality of Life Systemic Inventory». *Quality of Life and Cardiovascular Care*. vol. 5, p. 36-45.
- Duquette, R. L., G. Dupuis et J. Perrault. 1994. «A new approach for quality of life assessment in cardiac patients: rationale and validation of the Quality of Life Systemic Inventory». *Cardiovascular Medicine*. vol. 10, no 1, p. 106-112.
- Faravelli, C., S. Salvatori, F. Galassi et L. Aiazzi. 1997. «Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. vol. 32, no 1, p. 24-29.
- Gilbert, P. 2009. *The Compassionate Mind*. London: Constable & Robinson.
- Koran, L., E. Abujaoude, M. Large et R. Serpe. 2008. «The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population». *CNS Spectrums*. vol. 13, no 4, p. 316-322.

- Miller, W. R., et S. Rollnick. 2002. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Neziroglu, F., K. P. Stevens, D. McKay et J. A. Yaryura-Tobias. 2001. «Predictive validity of the Overvalued Ideals Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders». *Behaviour research and therapy*. vol. 39, no 6, p. 745-756.
- O'Connor, K., F. Aardema, D. Bouthillier, S. Fournier, S. Guay, S. Robillard, M.-C. Pélissier, P. Landry, C. Todorov, M. Tremblay et D. Pitre. 2005. «Evaluation of an Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorder». *Cognitive Behaviour Therapy*. vol. 34, no 3, p. 148-163.
- O'Connor, K., F. Aardema et M.-C. Pélissier. 2005. *Beyond Reasonable Doubt: Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive Disorder and Related Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Phillips, K. A. 1991. «Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness». *American Journal of Psychiatry*. vol. 148, no 9, p. 1138-1149.
- Phillips, K. A., et S. F. Diaz. 1997. «Gender differences in body dysmorphic disorder». *Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 185, no 9, p. 570-577.
- Phillips, K. A., S. L. McElroy, P. E. Keck, J. I. Hudson et H. G. Pope. 1994. «A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases». *Psychopharmacology Bulletin*. vol. 30, no 2, p. 179-186.
- Phillips, K. A., M. E. Pagano, W. Menard, C. Fay et R. L. Stout. 2005. «Predictors of Remission From Body Dysmorphic Disorder: A Prospective Study». *Journal of Nervous and Mental Disease*. vol. 193, no 8, p. 564-567.
- Salkovskis, P. M. 1985. «Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis». *Behaviour research and therapy*. vol. 23, p. 571-583.
- Smucker, M. R., et C. V. Dancu. 1999. *Cognitive behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma: Rescripting and reprocessing*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Stein, D. J., N. A. Fineberg, O. J. Bienvenu, D. Denys, C. Lochner, G. Nestadt, J. F. Leckman, S. L. Rauch et K. A. Phillips. 2010. «Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?». *Depression and anxiety*. vol. 27, p. 495-506.
- Veale, D. 2004. «Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder». *Body Image*. vol. 1, no 1, p. 113-125.

- Veale, D., K. Gournay, W. Dryden, A. Boocock, F. Shah, R. Willson et J. Walburn. 1996. «Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial». *Behaviour research and therapy*. vol. 34, no 9, p. 717-279.
- Veale, D., et F. Neziroglu. 2010. *Body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ware, J. E. 1993. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute New England Medical Center.
- Wells, A. 1990. «Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach to treatment». *Behavior Therapy*. vol. 21, p. 273-280.
- Wells, A. 2005. «Detached mindfulness in cognitive therapy: A meta-cognitive analysis and ten techniques». *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. vol. 23, no 4, p. 337-355.
- Wilhelm, S. 2006. *Feeling good about the way you look: A program for overcoming body image problems*. New York: The Guilford Press.
- Wilhelm, S., M. W. Otto, B. Lohr et T. Deckersbach. 1999. «Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series». *Behaviour research and therapy*. vol. 37, p. 71-75.
- Wu, K., F. Aardema et K. O'Connor. 2009. «Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension». *Journal of Anxiety Disorders*. vol. 23, p. 746-752.