

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉVALUATION DES DIMENSIONS COGNITIVES DE L'INSIGHT AUPRÈS
D'INDIVIDUS SOUFFRANT D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
SÉBASTIEN GRENIER

JUIN 2007

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

Plusieurs personnes ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette thèse doctorale. Je tiens d'abord à remercier mes directeurs, Kieron O'Connor et Claude Bélanger qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de mon périple au doctorat. Plus précisément, je remercie Kieron O'Connor pour ses qualités humaines et sa grande disponibilité. Je garde un souvenir intarissable de nos discussions philosophiques qui m'ont poussé à réfléchir et à remettre en question le contenu de cette thèse. Il m'a aussi encouragé à me surpasser et à toujours donner le meilleur de moi-même. Je remercie également Claude Bélanger, qui a été un modèle de rigueur scientifique pour moi et qui s'est toujours impliqué malgré son séjour en Europe. De plus, la confiance qu'il m'a témoignée, avant le début de mon doctorat, soit durant mon premier stage clinique à l'Hôpital Douglas fut pour moi une source d'inspiration et de motivation. Merci mille fois d'avoir cru en moi.

Je tiens aussi à remercier tous les cliniciens, étudiants et employés du Centre de recherche Fernand-Seguin qui ont contribué, au fil des années, à compiler suffisamment de données pour réaliser ma thèse doctorale. Sans eux, il aurait été impossible d'obtenir autant de participants souffrant d'un TOC. Merci également à Marie-Claude Pélissier qui était toujours là pour répondre à mes questions concernant l'Approche Basée sur les Inférences (ABI), le modèle cognitif du TOC utilisé dans cette thèse. J'aimerais en outre souligner la contribution de Dominic Julien avec qui j'ai réalisé des affiches scientifiques et participé à des congrès. La compétence et le dévouement de toutes ces personnes ont grandement contribué au succès de cette thèse.

Finalement, je remercie tout particulièrement Dominique, l'amour de ma vie, pour son soutien moral et sa présence tout au long de ce parcours doctoral. Son esprit critique et ses commentaires constructifs m'ont grandement aidé à améliorer le contenu de cette thèse. Dès les premières années au baccalauréat en psychologie, elle a été une source d'inspiration et de motivation pour moi. Sans elle, il aurait été plus difficile, voire impossible, d'être admis aux études supérieures; elle a su m'encourager en ayant confiance en moi. Merci également à mes parents Danièle et Robert qui ont toujours valorisé la poursuite de mes études en m'appuyant moralement et financièrement. Merci de m'avoir donné les moyens d'atteindre les études supérieures. Un dernier remerciement à mes amis du baccalauréat en psychologie, que je continue de fréquenter aujourd'hui, pour leur précieux support et leur intérêt tout au long de la rédaction de cette thèse.

Cette thèse a été réalisée en partie grâce à une bourse de formation doctorale du Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	VIII
LISTE DES FIGURES.....	X
SOMMAIRE (description du contenu de la thèse).....	XI
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
Description du trouble obsessionnel-compulsif, prévalence et répercussions sur le fonctionnement.....	2
L'étude du concept d'insight en psychiatrie.....	4
Le TOC avec faible insight selon le DSM.....	5
Les pensées obsessionnelles, surévaluées et délirantes en lien avec l'insight.....	6
L'évaluation du degré d'insight chez les individus qui souffrent d'un TOC..	7
L'Approche Basée sur les Inférences (ABI) : une distinction entre le doute obsessionnel et la conséquence anticipée.....	11
Objectifs et questions de recherche.....	16
Sélection des participants et procédures d'évaluation.....	18
CHAPITRE II (ARTICLE I)	
LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET L'INSIGHT : UNE REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE.....	21
Résumé.....	23
Abstract.....	24
Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature...	25
Les obsessions, les idées surévaluées et les idées délirantes : définitions et distinctions.....	28
Transition d'une obsession vers un délire et fluctuation du degré d'insight : le modèle du continuum.....	30
Évaluation des croyances et du degré d'insight : présentation des échelles cliniques et des questionnaires.....	31
L'Approche Basée sur les Inférences : une distinction entre les doutes obsessionnels (inférences primaires) et les conséquences anticipées (inférences secondaires).....	35
Portrait clinique et sociodémographique des individus qui souffrent d'un TOC avec un faible insight.....	39
Le degré d'insight et l'efficacité des traitements pour le TOC.....	42
Autres facteurs qui peuvent influencer l'insight des patients TOC.....	43
Troubles de la personnalité et schizophrénie.....	43

Les sous-types de TOC.....	44	
La culture d'origine.....	45	
Recommandations pour évaluer l'insight des patients TOC et conclusions générales.....	47	
Références.....	50	
Note des auteurs.....	57	
CHAPITRE III (ARTICLE II)		
L'ÉVALUATION CLINIQUE DES CROYANCES OBSESSIONNELLES ET SA RELATION À L'INSIGHT, AUX INTERPRÉTATIONS ET AUX COMPORTEMENTS COMPULSIFS		63
Résumé.....	65	
Abstract.....	66	
Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours.....	67	
Method.....	73	
Participants.....	73	
Instruments.....	73	
Procedure.....	75	
Overview of the statistical analyses.....	76	
Results.....	76	
Distribution of scores obtained on the obsessional doubt (OD) scale.	77	
Fluctuations of scores obtained on the obsessional doubt (OD) scale based on self-monitoring diaries.....	77	
Inter-scale correlations.....	78	
Discussion and Recommendations.....	82	
References.....	87	
Author Note.....	94	
CHAPITRE IV (ARTICLE III)		
SURINVESTISSEMENT DES DOUTES OBSESSIONNELS ET DE LEURS CONSÉQUENCES ANTICIPÉES CHEZ LES PATIENTS QUI SOUFFRENT D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC) : UN PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE.....		101
Résumé.....	103	
Abstract.....	104	
Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique.....	105	
Méthodologie.....	109	
Participants.....	109	
Instruments.....	110	
Procédure.....	112	
Résultats.....	113	
Discussion.....	117	
Références.....	122	
Note de l'auteur.....	127	

CHAPITRE V (ARTICLE IV)	
DEGRÉ D'INVESTISSEMENT DES CROYANCES OBSESSIONNELLES, DURÉE DES COMPULSIONS ET SÉVÉRITÉ DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF : UNE ANALYSE DE SÉRIES TEMPORELLES DE LEURS INTERRELATIONS.....	136
Résumé.....	138
Degré d'investissement des croyances obsessionnelles, durée des compulsions et sévérité du trouble obsessionnel-compulsif : une analyse de séries temporelles de leurs interrelations.....	139
Méthodologie.....	143
Participants.....	143
Recrutement.....	143
Échantillon.....	144
Instruments d'évaluation.....	147
Procédure.....	149
Résultats.....	150
Design et survol des analyses statistiques.....	150
Inspection visuelle des données longitudinales à partir des calepins d'auto-observations.....	152
Analyses statistiques des données longitudinales à partir des calepins d'auto-observations et du Y-BOCS.....	152
Interrelations entre le degré de probabilité des doutes et le degré de réalisme des conséquences.....	153
Interrelations entre les degrés de conviction et la durée des rituels compulsifs.....	154
Interrelations entre les degrés de conviction et la sévérité du TOC (Y-BOCS).....	154
Discussion et conclusions.....	155
Références.....	163
Note des auteurs.....	167
 CHAPITRE VI (RÉSULTATS INÉDITS)	
LES TROIS DIMENSIONS COGNITIVES DE L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES (ABI) : UNE COMPARAISON AVEC DES MESURES D'INSIGHT	179
Méthodologie.....	182
Participants.....	182
Instruments.....	183
Résultats.....	185
Discussion.....	187
Références.....	189
 CHAPITRE VII	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	191
Intégration des résultats.....	192
Implications cliniques.....	206

Considérations méthodologiques.....	214
Validité interne.....	214
Les échelles cliniques du modèle ABI : un survol des avantages.....	220
Les échelles cliniques du modèle ABI : un survol des limites.....	220
Validité externe.....	225
Directions futures.....	226
 RÉRÉFERENCES GÉNÉRALES.....	 236
 APPENDICE A DESCRIPTION DES TROIS ÉTUDES OÙ LES PARTICIPANTS ONT ÉTÉ SÉLECTIONNÉS.....	 250
 APPENDICE B QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION.....	 253
 APPENDICE C ÉCHELLES CLINIQUES ET PROCÉDURE D'IDENTIFICATION DES DOUTES OBSESSIONNELS.....	 301
 APPENDICE D CALEPINS D'AUTO-OBSERVATIONS.....	 309
 APPENDICE E COMPARAISON SCHÉMATIQUE ENTRE LE MODÈLE ABI, LES MODÈLES COGNITIFS DU TOC ET LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE (EX/PR).....	 311
 APPENDICE F PREMIÈRE PAGE DES ARTICLES PUBLIÉS	 313

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux

CHAPITRE II

1	Critères de sélection, critères d'exclusion et mesures d'insight utilisées dans les études sur le TOC citées au moins deux fois (ordre chronologique).....	58
---	--	----

CHAPITRE III

1	Sociodemographic characteristics of the participants ($N = 115$).....	95
2	Means and standard deviations for scores obtained on the clinical scales....	96
3	Inter-scale correlations.....	97
4	Differences between participants who score low on obsessional doubts and those who score high in terms of the AC, DC and AR scales.....	98

CHAPITRE IV

1	Moyennes, écarts-types et corrélations entre le degré d'investissement des doutes obsessionnels, le degré d'investissement des conséquences anticipées et différentes variables continues ($N = 108$).....	128
2	Moyennes, écarts-types et tests-t pour le degré d'investissement des doutes obsessionnels selon différentes variables catégorielles.....	130
3	Moyennes, écarts-types et tests-t pour le degré d'investissement des conséquences anticipées selon différentes variables catégorielles.....	132
4	Régression hiérarchique pour le degré d'investissement des doutes obsessionnels selon les variables sociodémographiques et cliniques.....	134
5	Régression hiérarchique pour le degré d'investissement des conséquences anticipées selon les variables sociodémographiques et cliniques.....	135

CHAPITRE V

1	Statistiques descriptives, fidélité (ACF[1]) et différences critiques absolues (DC) pour les mesures d'auto-observations et le Y-BOCS selon les participants ($N = 8$).....	168
2	Comparaisons entre les trois phases du traitement sur les mesures d'auto-observations et le Y-BOCS.....	172

CHAPITRE VI

1	Moyennes et écarts-types pour les différentes mesures.....	182
2	Intercorrélations entre les mesures d'insight, les degrés d'investissement et la capacité de résister aux rituels compulsifs.....	186

LISTE DES FIGURES

Figures

CHAPITRE I

1	Le continuum obsessions – idées délirantes.....	7
---	---	---

CHAPITRE III

1	Distribution of scores recorded on the obsessional doubt scale.....	99
---	---	----

CHAPITRE V

1	Auto-observations quotidiennes (scores Z ipsatifs) pour les quatre contaminateurs (participants 1 à 4) et les quatre vérificateurs (participants 5 à 8).....	174
---	--	-----

Évaluation des dimensions cognitives de l'insight auprès d'individus souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

SOMMAIRE

Il est convenu que l'individu souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) avec faible insight lorsqu'il ne reconnaît pas, à un moment durant l'évolution de son trouble, le caractère irrationnel de ses obsessions ou compulsions (*American Psychiatric Association* [APA], 2000). Malgré cette définition proposée par l'APA, plusieurs auteurs ne s'entendent pas sur celle-ci et affirment qu'il serait avantageux de clairement définir l'insight afin qu'on puisse l'étudier de façon plus cohérente (Abramowitz, 1997; Kozak & Foa, 1994; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002). À ce jour, l'insight des individus souffrant d'un TOC est principalement évalué sur la base d'un modèle médical s'inspirant des études sur la psychose et la schizophrénie. Plus précisément, le modèle médical de l'insight s'intéresse à la capacité du patient à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale (Marková & Berrios, 1995). Par exemple, l'item no 11 de l'échelle de Yale-Brown sur le TOC (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* [Y-BOCS]; Goodman et al., 1989a, 1989b) demande au thérapeute d'évaluer jusqu'à quel point le patient est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non. Puisque cet item s'inspire du modèle médical de l'insight, il n'est pas assez spécifique au TOC. En effet, il ne permet pas d'évaluer les croyances au sujet des obsessions ou compulsions. D'autres instruments, plus spécifiques au TOC (par ex., *Overvalued Ideas Scale* [OVIS]; Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999; Neziroglu, Stevens, & Tobias, 2001) ou destinés aux patients souffrant de troubles psychiatriques (par ex., *Brown Assessment of Beliefs Scale* [BABS]; Eisen et al., 1998), mesurent l'insight à partir des croyances en centrant l'évaluation sur les conséquences anticipées lorsqu'il n'y a pas de rituels compulsifs. Pourtant un modèle cognitif du TOC, à savoir l'Approche Basée sur les Inférences (ABI), suggère que les croyances obsessionnelles ne devraient pas uniquement s'évaluer à partir des conséquences anticipées, mais aussi en considérant, de façon distincte, les doutes initiaux (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Selon l'approche ABI, les conséquences anticipées découlent des doutes obsessionnels, point de départ du TOC. En fait, pour bien séparer les doutes des conséquences qui s'ensuivent, il suffit d'utiliser une séquence logique prenant la forme suivante : « Si..., alors... ». Par exemple, « Si mes mains sont contaminées, alors je vais contaminer les autres ». En toute logique, la première partie après le « Si » représente l'inférence primaire (ou la prémisse) prenant la forme d'un doute; la deuxième partie qui fait suite au « alors » représente, quant à elle, l'inférence secondaire (ou le corollaire). Dans la présente thèse, le degré de probabilité des doutes obsessionnels (par ex., jusqu'à quel point considérez-vous qu'il est probable que vos mains puissent être contaminées?) est séparé du degré de réalisme des conséquences anticipées (par ex., si vos mains sont effectivement contaminées, jusqu'à quel point est-il réaliste de penser que vous pourriez contaminer les autres?) durant l'évaluation des croyances obsessionnelles. De plus, une troisième dimension est considérée, soit celle du degré de conviction quant à l'utilité des rituels compulsifs pour prévenir les conséquences anticipées (par ex., jusqu'à quel point

êtes-vous convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter votre rituel de lavage pour éviter de contaminer les autres?). Ces trois dimensions cognitives de l'insight sont donc ici étudiées en relation avec d'autres variables sociodémographiques ou cliniques dans un échantillon de 115 patients souffrant d'un TOC. Plus précisément, le contenu de la thèse se divise comme suit :

Contenu de la thèse

Le chapitre I comprend une introduction générale sur le concept d'insight en psychiatrie et sur les procédures d'évaluation auprès d'individus souffrant d'un TOC. Les objectifs ainsi que les questions de recherche y sont également présentés. Les chapitres II, III, IV et V contiennent les quatre articles de la thèse, dont un théorique et trois empiriques utilisant des données transversales ou longitudinales. En particulier, le chapitre II comprend le premier article de nature théorique qui s'intitule *Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature scientifique*. Ce manuscrit est publié dans la revue *Psychologie canadienne*, édition de mai 2006 (volume 47, pages 96-109, voir Appendice F). Il présente une recension critique des écrits sur le TOC et l'insight. Ce premier article vise donc à offrir une synthèse des études réalisées à ce jour sur l'insight des individus qui souffrent d'un TOC. La première partie de l'article offre un aperçu de l'état actuel des recherches qui se sont intéressées aux concepts d'insight, d'obsessions, d'idées surévaluées et d'idées délirantes en établissant des comparaisons entre ceux-ci. La deuxième partie présente et critique les principaux instruments utilisés pour évaluer l'insight d'individus aux prises avec des symptômes obsessionnels. En réaction aux critiques, un modèle cognitif et multidimensionnel de l'insight est aussi présenté, soit l'Approche Basée sur les Inférences (ABI). La troisième partie trace un portrait sociodémographique et clinique des patients qui souffrent d'un TOC avec faible insight. Cette partie met également en relief les études sur l'efficacité des thérapies en lien avec la présence d'un faible insight. La dernière partie examine les autres facteurs qui peuvent influencer le degré d'insight d'individus souffrant d'un TOC.

Le chapitre III renferme le deuxième article de la thèse qui s'intitule *Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours*. Il sera soumis pour publication dans la revue *British Journal of Clinical Psychology*. Sachant que la plupart des instruments évaluent l'insight sur la base des conséquences anticipées, cette étude s'intéresse à une autre dimension cognitive, peu explorée jusqu'à maintenant, soit celle du degré de probabilité des doutes obsessionnels. Dans l'ensemble, les résultats démontrent qu'un individu peut attribuer une forte probabilité à ses doutes obsessionnels et, en même temps, peu de réalisme aux conséquences qui s'ensuivent. Les résultats démontrent aussi que plus la probabilité des doutes est élevée, moins l'individu est en mesure de résister aux rituels compulsifs. L'ensemble de ces résultats suggère qu'il est pertinent, d'un point de vue théorique et clinique, de séparer les doutes obsessionnels des conséquences anticipées, durant l'évaluation des croyances obsessionnelles.

Le chapitre IV présente le troisième article de la thèse qui a pour titre *Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique*. Cet article empirique est publié (2006) dans la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* (RFCCC) (Appendice F). En continuité avec le deuxième article, cette recherche examine si les degrés d'investissement, au sujet des doutes et des conséquences, diffèrent selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. De façon générale, les résultats démontrent que plus l'individu évalue ses doutes obsessionnels probables, moins il souffre de symptômes de vérification. Par contre, plus il juge réalistes les conséquences anticipées, plus il présente des symptômes de contamination.

Le chapitre V contient le dernier article empirique de la thèse et le seul rédigé à partir de données longitudinales. Il s'intitule *Degré d'investissement des croyances obsessionnelles, durée des compulsions et sévérité du trouble obsessionnel-compulsif : une analyse de séries temporelles de leurs interrelations*. Ce manuscrit, qui sera soumis prochainement en version anglaise au périodique *Clinical Psychology and Psychotherapy*, fait une recension des études portant sur les changements cognitifs et comportementaux observés durant une thérapie pour le TOC. Sachant que le troisième article établit des liens entre les degrés d'investissement et la présence d'obsessions de vérification ou de contamination, cette recherche examine les processus de changements cognitifs et comportementaux, s'opérant durant une thérapie pour le TOC, selon les symptômes prédominants. Dans l'ensemble, les résultats démontrent que les processus de changements se distinguent peu entre les « vérificateurs » et les « contamineurs » et qu'une diminution du degré de probabilité des doutes obsessionnels s'accompagne toujours d'une diminution du degré de réalisme des conséquences anticipées (l'inverse n'est cependant pas vrai).

Le chapitre VI décrit des résultats inédits n'ayant pas fait l'objet de publications scientifiques. Il permet d'étudier plus à fond les dimensions cognitives du modèle ABI en établissant des liens avec d'autres mesures d'insight. Globalement, les résultats démontrent que les croyances obsessionnelles du modèle ABI ne sont pas corrélées significativement avec l'item no 11 du Y-BOCS et le BABS. Ces deux tests sont par ailleurs associés. Les implications cliniques qui ressortent de ces résultats sont abordées dans le prochain chapitre.

Finalement, le chapitre VII présente une discussion générale des résultats obtenus dans les quatre articles qui composent cette thèse en prenant soin d'inclure les résultats inédits. La première partie de ce chapitre offre une intégration des résultats en lien avec les questions de recherche. La deuxième partie aborde les implications cliniques qui ressortent de la thèse. La troisième partie traite des considérations méthodologiques inhérentes aux études menées dans le cadre de cette thèse. Enfin, la dernière partie propose des pistes de recherche futures sur l'insight des individus souffrant d'un TOC et sur l'évaluation des croyances obsessionnelles.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le TOC, par la nature atypique de ses symptômes, fascine depuis longtemps les cliniciens et les chercheurs. Considéré à la fin du 19^{ième} siècle comme une manifestation de mélancolie et au début du 20^{ième}, avec l'arrivée de la psychanalyse, comme une névrose marquée par des conflits inconscients, il est aujourd'hui surtout expliqué à partir de modèles cognitifs et comportementaux (Jenike, 2001). Le TOC caractérisé par une prise de conscience peu élevée (faible insight) est sans contredit un des sous-types des plus captivants pour les chercheurs. Au fil des années, plusieurs termes ont été utilisés pour désigner ce sous-groupe de sujets, dont psychose obsessionnelle (Solyom et al., 1985), trouble schizo-obsessif (Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz, & Carey, 1986; cité dans Catapano, Sperandio, Perris, Lanzaro, & Maj, 2001) et TOC avec éléments psychotiques (Insel & Akistal, 1986). Avant d'aborder plus en profondeur l'insight des individus souffrant d'un TOC, nous allons en premier lieu définir ce construit.

Description du trouble obsessionnel-compulsif, prévalence et répercussions sur le fonctionnement

Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions (*American Psychiatric Association [APA], 2000*). Les obsessions sont caractérisées par des pensées intrusives et dérangeantes, très difficiles à chasser et qui reviennent constamment à l'esprit. Il existe plusieurs types d'obsessions qui, toujours, contiennent un élément de doute. Parmi les plus fréquentes, se retrouvent les obsessions de contamination, les obsessions à thèmes d'erreur ou d'agressivité. Les compulsions sont

par ailleurs des comportements répétitifs ou parfois des actes mentaux utilisés pour réduire l'inconfort et l'anxiété causés par les obsessions. Elles ont également comme fonction secondaire d'empêcher qu'un événement redouté ne se produise. Parmi les compulsions les plus souvent rapportées, sont présents les rituels de lavage, les vérifications, l'arrangement d'objets et l'accumulation. La prévalence à vie du TOC dans la population générale se situe entre 1 et 3 % (Bebbington, 1998; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Kessler et al., 2005). Ce trouble d'anxiété est donc plus prévalent que la schizophrénie et le trouble bipolaire combinés (APA, 1994). En effet, il est considéré comme étant le quatrième trouble mental d'importance après le trouble dépressif majeur, l'abus de substances et le trouble panique (APA, 1994). De plus, le TOC nuit au fonctionnement de la personne qui en souffre en ayant des répercussions significatives sur son travail et ses relations interpersonnelles (Moritz et al., 2005).

Puisqu'il s'agit d'un trouble mental prévalent et contraignant, plusieurs chercheurs ont étudié le TOC pour mieux comprendre son développement et ses effets nuisibles au fonctionnement. Un concept souvent rapporté dans les études qui portent sur le TOC est celui d'insight. L'étude du degré d'insight est de plus en plus populaire auprès des chercheurs qui s'intéressent au TOC et à l'efficacité des traitements (Fisher & Wells, 2006). En effet, quelques recherches démontrent que la présence d'un faible insight diminue l'efficacité des traitements psychologiques ou pharmacologiques pour le TOC, justifiant ainsi l'importance de l'évaluer dans les études qui s'intéressent à cette clientèle (Catapano et al., 2001; Erzegovesi et al., 2001; Neziroglu, Stevens et al., 1999).

Qu'entendons-nous par « insight »? Pour répondre à cette question, nous allons tout d'abord considérer l'étude de ce concept en psychiatrie.

L'étude du concept d'insight en psychiatrie

Le concept d'insight fut préalablement étudié auprès d'individus souffrant de psychose et de schizophrénie avant de l'appliquer au TOC. En effet, depuis les années 80, plusieurs modèles dimensionnels ont été élaborés pour définir l'insight chez les patients psychotiques (voir Marková & Berrios, 1995). Le modèle dimensionnel le plus fréquemment utilisé propose trois dimensions de l'insight (David, 1990) : a) la capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale; b) sa capacité à interpréter les expériences psychotiques (par ex., les hallucinations) comme étant anormales et c) l'assiduité au traitement. Un patient est assidu au traitement lorsqu'il accepte d'être aidé et lorsqu'il accepte de prendre ses médicaments. Il est important de préciser que ces trois dimensions ne font pas l'unanimité auprès des chercheurs qui étudient les troubles psychotiques parce qu'elles ne sont pas validées empiriquement (Marková & Berrios, 1995). Des observations cliniques suggèrent aussi que ces dimensions ne s'appliquent pas intégralement aux patients souffrant d'un TOC. En effet, l'individu aux prises avec des obsessions peut reconnaître qu'il souffre d'un trouble psychiatrique lorsqu'il n'est pas confronté à la situation qui déclenche ses obsessions, par comparaison à l'individu psychotique qui a perdu contact avec la réalité. Pour cette raison, et parce que le TOC est caractérisé par des pensées intrusives qui ne sont pas de nature psychotique, l'insight des patients obsessionnels devrait être conceptualisé de façon plus cognitive (par ex., comment l'individu interprète ses obsessions?) que médicale (par ex., présence ou absence d'une maladie mentale?). Nous allons maintenant examiner comment l'insight se définit chez les individus qui souffrent d'un TOC.

Le TOC avec faible insight selon le DSM

Jusqu'à récemment, pour souffrir d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'individu devait reconnaître, en tout temps, le caractère irrationnel de ses obsessions ou de ses compulsions (DSM-III-R : APA, 1987, voir Kozak & Foa, 1994; Ito, Araujo, Hemsley, & Marks, 1995; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988) et devait tenter d'y résister (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1992, voir Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Par contre, plusieurs chercheurs ont noté que les individus aux prises avec des idées obsessionnelles ou avec des compulsions n'en reconnaissaient pas toujours le caractère irrationnel (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994). De plus, même si la personne demeurait convaincue que ses obsessions étaient complètement insensées, elle pouvait continuer à avoir peur des conséquences éventuelles si elle n'exécutait pas son rituel (Insel & Akistal, 1986; Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). À la lumière de ces faits, quelques modifications ont été apportées aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). L'individu doit maintenant reconnaître, à un moment durant l'évolution de son trouble, que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées. Selon les critères diagnostiques d'abord établis dans le DSM-IV (APA, 1994), puis dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), il est possible de spécifier que l'individu souffre d'un TOC avec faible insight si, la plupart du temps, durant l'épisode actuel, il ne reconnaît pas le caractère irrationnel de ses obsessions et/ou de ses compulsions. Malgré cette spécification, aucune procédure d'évaluation de l'insight n'est proposée dans le DSM. Une question se pose donc ici : comment évaluer l'irrationalité des obsessions et des compulsions? Avant de répondre à

cette question et pour mieux comprendre le concept d'insight, il est important de différencier trois catégories de pensées.

Les pensées obsessionnelles, surévaluées et délirantes en lien avec l'insight

La plupart des études différencient les pensées obsessionnelles des idées surévaluées, les obsessions des pensées délirantes et les idées surévaluées de celles qui sont plutôt délirantes; cette distinction s'effectue en faisant référence aux critères d'étrangeté et de résistance (Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; McKenna, 1984). L'individu souffre d'obsessions avec un bon insight lorsqu'il reconnaît l'absurdité de ses croyances et lorsqu'il tente d'y résister. Par contre, les pensées de l'individu sont surévaluées ou délirantes lorsqu'il ne reconnaît pas leur caractère irrationnel et lorsqu'il s'y conforme sans résister. Dans de telles circonstances, on dit plutôt que la personne présente un faible insight. Toujours en considérant les critères d'étrangeté et de résistance, le modèle du continuum permet également de bien comprendre comment l'insight est relié aux trois catégories de pensées (Insel & Akistal, 1986). Selon ce modèle, l'insight varie sur un continuum où se retrouvent à une extrémité les obsessions (bon insight et bonne résistance) et à l'autre extrémité, les idées délirantes (absence d'insight et absence de résistance) (Eisen & Rasmussen, 1993; Eisen et al., 1999; Foa et al., 1995; Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; Marazziti et al., 2002; O'Dwyer & Marks, 2000; Türksoy et al., 2002). Il est énoncé comme hypothèse que les idées surévaluées représentent une condition intermédiaire (faible insight et résistance modérée) située à mi-chemin entre les obsessions et les idées délirantes. Une illustration de ce continuum est présentée à la figure 1. Il est important

de mentionner que les chercheurs ne sont pas unanimes quant à son existence. Ces derniers remettent effectivement en question le postulat selon lequel l'idée surévaluée découle de l'obsession, processus de développement peu appuyé empiriquement (Kozak & Foa, 1994). Malgré la définition proposée par la dernière version du DSM d'un TOC avec faible insight et des comparaisons effectuées entre les obsessions, les idées surévaluées et délirantes, le concept d'insight et sa définition suscitent toujours, malgré tout, des controverses dans les écrits scientifiques. Puisque les chercheurs ne s'entendent pas sur les définitions proposées, l'insight des individus souffrant d'un TOC est par conséquent évalué de différentes façons d'une étude à une autre.

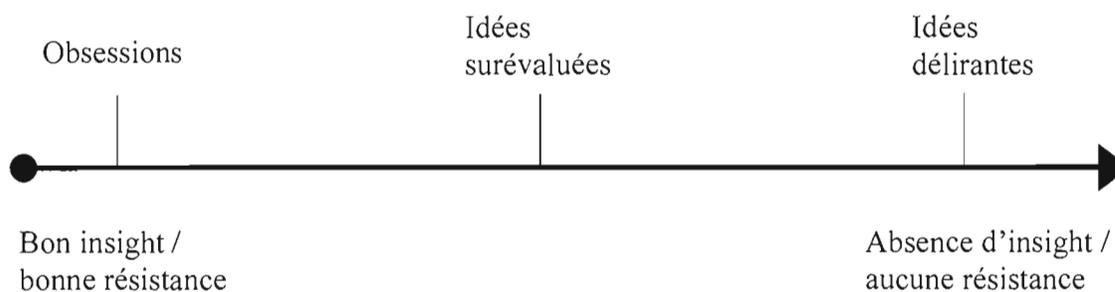


Figure 1. Le continuum obsessions – idées délirantes

L'évaluation du degré d'insight chez les individus qui souffrent d'un TOC

Une recension des écrits scientifiques a démontré que l'insight des individus qui souffrent d'un TOC s'évalue principalement de deux façons par les chercheurs, soit à partir d'une approche catégorielle qui s'appuie principalement sur le modèle médical, soit à partir d'une approche plus dimensionnelle (Grenier, O'Connor, & Bélanger,

2006a). En ce qui concerne l'approche catégorielle, les participants sont habituellement répartis dans deux catégories distinctes (par ex., TOC avec faible insight et TOC avec bon insight) à partir de critères prédéfinis comme, par exemple, l'item no 11 (insight) de l'entrevue semi structurée pour le TOC de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* [Y-BOCS] : Goodman et al., 1989a, 1989b, voir Catapano et al., 2001; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002). Cet item permet d'évaluer jusqu'à quel point le client est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non. Une telle mesure est plus pertinente pour évaluer les croyances d'individus psychotiques parce qu'elle s'appuie sur le modèle médical de l'insight. Aussi, une seule question ne permet pas d'évaluer en profondeur l'insight des personnes souffrant d'un TOC puisqu'elle fait abstraction des dimensions cognitives qui pourraient en faire partie.

Pour ce qui est de l'approche multidimensionnelle, comme son nom l'indique, les croyances obsessionnelles de l'individu sont évaluées sur plusieurs dimensions en utilisant les questionnaires suivants : a) l'échelle d'évaluation des croyances de Brown (*Brown Assessment of Beliefs Scale* [BABS] : Eisen et al., 1998); et b) l'échelle des idées surévaluées (*Overvalued Ideas Scale* [OVIS] : Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999; Neziroglu, Stevens, McKay, & Tobias, 2001). Le BABS permet d'évaluer l'insight sur sept dimensions auprès d'une clientèle qui souffre de troubles psychiatriques (Eisen et al., 1998). Il n'est pas uniquement destiné aux patients souffrant d'un TOC, le rendant ainsi moins spécifique aux obsessions et compulsions. Il est aussi important de souligner que la plupart des sept dimensions, utilisées par le BABS, évaluent l'insight sur la base d'un modèle médical axé sur la reconnaissance d'une maladie mentale. Les auteurs se sont effectivement inspirés des études sur le

délire pour élaborer leur questionnaire (Eisen et al., 1998). L'item no 1, qui a pour nom « conviction » (par ex., jusqu'à quel point êtes-vous convaincu de ces idées/croyances?), nous apparaît comme étant celui qui se rapproche le plus d'une vision cognitive de l'insight. En effet, cet item permet d'évaluer le degré de conviction rattaché à une croyance obsessionnelle donnée. Nous pensons qu'il est plus approprié d'évaluer l'insight des patients souffrant d'un TOC sur la base d'un modèle cognitif faisant justement référence aux convictions. Par ailleurs, les consignes du BABS stipulent que le thérapeute doit identifier la croyance dominante qui dérange le plus son client au cours de la dernière semaine (Eisen et al., 1998). Pour l'aider à identifier cette croyance, il est suggéré d'utiliser la question suivante : « jusqu'à quel point êtes-vous certain que cette croyance, toucher les poignées de porte, va vous rendre malade »? Pour évaluer l'insight, cet instrument met de ce fait l'accent sur la conséquence anticipée (par ex., se rendre malade) et non sur le doute obsessionnel (par ex., peut-être que les poignées de porte sont contaminées?) qui précède pourtant cette conséquence (par ex., si les poignées de porte sont effectivement contaminées, je pourrais me rendre malade). En effet, il est impossible d'utiliser le BABS lorsque l'individu n'anticipe aucune conséquence précise autre qu'une augmentation de son niveau d'anxiété en l'absence des rituels compulsifs (Eisen et al., 2001).

Quant à lui, l'OVIS (Neziroglu, McKay et al., 1999) est un questionnaire plus spécifique au TOC qui évalue neuf dimensions de l'insight. Au même titre que le BABS, l'insight est mesuré à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. En effet, les consignes stipulent que le thérapeute doit identifier la croyance principale qui a affecté le plus son client au cours de la dernière semaine (Neziroglu,

McKay et al., 1999; Neziroglu et al., 2001). Les exemples suivants sont fournis afin d'aider le thérapeute à identifier cette croyance : « je vais attraper le sida si je ne me lave pas les mains convenablement après avoir visité l'hôpital; ma maison va passer au feu si je ne vérifie pas la cuisinière avant de quitter mon domicile, etc. ». La croyance de l'individu est donc évaluée à partir des conséquences anticipées, sans établir aucune distinction avec les doutes obsessionnels. Pourtant dans ces exemples, il est possible d'identifier les doutes obsessionnels et les conséquences anticipées ci-après : a) peut-être que mes mains sont contaminées (doute obsessionnel) et que je vais attraper le sida (conséquence anticipée)?; b) peut-être que le rond de ma cuisinière est allumé (doute obsessionnel) et que je serai tenu responsable d'un feu (conséquence anticipée)? Par ailleurs, plusieurs dimensions incluses dans l'OVIS proviennent du modèle médical de l'insight utilisé auprès d'individus psychotiques, comme les items no 6 (degré d'adhérence par les autres) et 7 (attribution des visions différentes des autres) où l'individu doit se comparer aux gens dans la population générale (par ex., est-ce que les autres partagent les mêmes croyances que vous?). L'item no 9, qui a pour appellation « insight », vient aussi appuyer l'idée que l'OVIS est construit à partir du modèle médical centré sur la reconnaissance d'une maladie mentale (par ex., quelle est la probabilité que vos croyances soient dues à des raisons psychologiques ou psychiatriques?). Encore une fois, nous considérons que le modèle médical de l'insight ne s'applique pas intégralement aux individus souffrant d'un TOC.

En bref, lorsque l'insight des individus souffrant d'un TOC n'est pas évalué de façon catégorielle, les dimensions considérées n'établissent aucune distinction entre les doutes obsessionnels et leurs conséquences anticipées. L'Approche Basée sur les

Inférences (ABI) permet justement de séparer ces deux composantes cognitives du TOC durant l'évaluation des croyances obsessionnelles (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). De plus, comparativement aux deux instruments décrits ci-dessus (le BABS et l'OVIS) où le modèle médical de l'insight est adapté aux symptômes obsessionnels-compulsifs, l'ABI est un modèle exclusivement cognitif plus spécifique au TOC.

L'Approche Basée sur les Inférences (ABI) : une distinction entre le doute obsessionnel et la conséquence anticipée

Le fait d'évaluer uniquement l'insight à partir des conséquences anticipées découle principalement du système de classification qui définit le TOC comme un trouble d'anxiété (DSM-IV-R : APA, 2000). En effet, les troubles anxieux se caractérisent principalement par l'anticipation de conséquences désastreuses. Par exemple, l'individu qui souffre d'obsessions de contamination peut anticiper qu'il tombera malade s'il ne fait pas ses rituels de lavage. Les modèles cognitifs du TOC (*appraisal models of OCD*), popularisés depuis une vingtaine d'années, ont aussi accordé beaucoup d'importance aux conséquences anticipées, ce qui incite les chercheurs à évaluer l'insight sur cette dimension. Par exemple, pour expliquer les obsessions, les modèles cognitifs du TOC accordent énormément d'importance aux interprétations formulées par l'individu et aux conséquences qu'il anticipe. Plus précisément, ces modèles incluent différents domaines cognitifs, comme facteurs explicatifs des obsessions (par ex., hyper responsabilité, surestimation d'un danger, perfectionnisme, le besoin de contrôler les pensées, etc.). Ces domaines cognitifs sont regroupés dans le Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (*Obsessional Beliefs*

Questionnaire : OBQ-44; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* [OCCWG], 2005). Selon les modèles cognitifs du TOC, l'individu souffre de ce trouble d'anxiété lorsqu'il interprète incorrectement ou lorsqu'il dramatise les intrusions cognitives, phénomène jugé normal et répandu dans la population générale (voir Salkovskis & Harisson, 1984; Salkovskis, 1999). En accordant beaucoup d'importance aux intrusions cognitives et en dramatisant les conséquences anticipées, l'individu vit beaucoup d'anxiété. Il se sent alors obligé d'exécuter des rituels compulsifs pour prévenir le pire ou pour diminuer son anxiété. Cependant, une controverse existe actuellement à savoir si l'anxiété est centrale ou secondaire au TOC (Nelson & Chouinard, 1995; O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005; O'Connor & Grenier, 2004). En effet, l'anxiété n'est pas toujours ressentie en l'absence de rituels compulsifs. Par exemple, il est habituellement reconnu que les patients qui font de l'accumulation ne ressentent pas nécessairement de l'anxiété, mais plutôt de l'irritation ou de la frustration lorsqu'ils doivent se départir d'objets accumulés (O'Connor & Grenier, 2004). D'autres études appuient l'hypothèse que l'anxiété n'est pas toujours centrale au TOC. En effet, certains travaux récents démontrent que le TOC partage plus de similarités avec la schizotypie qu'avec les autres troubles d'anxiété (Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor, & Emmelkamp, in press; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005; Enright & Beech, 1990; O'Connor, 2002). Par exemple, la pensée magique qu'on retrouve fréquemment chez les individus souffrant d'un TOC (par ex., j'ai le sentiment que si je ne fais pas mon rituel, il pourrait m'arriver des conséquences négatives...), peut aussi faire partie des symptômes d'un trouble délirant ou d'un trouble de la personnalité schizotypique (Aardema et al., in press).

L'Approche Basée sur les Inférences (ABI) considère dans cette perspective le TOC comme un trouble du raisonnement qui se rapproche plus de la schizotypie que des autres troubles anxieux définis dans le DSM (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005; O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). En comparaison avec les modèles cognitifs du TOC, popularisés par Salkovskis, l'ABI prétend que l'intrusion cognitive n'est pas un phénomène normal, mais plutôt une inférence¹ qui prend la forme d'un doute et qui s'appuie sur un narratif purement idiosyncrasique. En effet, l'ABI considère que le doute initial (par ex., peut-être que ma porte est déverrouillée?) est maintenu par un narratif propre à l'individu qui alimente cette première pensée (inférence primaire) et qui, subséquemment, évolue jusqu'aux conséquences secondaires négatives (inférences secondaires). Aussi selon l'ABI, cette inférence apparaît dans un contexte qui ne correspond pas avec la réalité objective. En d'autres mots, l'individu qui souffre d'un TOC n'utilise pas adéquatement ses cinq sens, seule façon d'entrer en contact avec la réalité. Puisque le doute obsessionnel ne repose pas sur les cinq sens ou qu'il n'est pas inféré à partir de ceux-ci, l'individu sélectionne des faits non pertinents dans le « ici et maintenant » pour justifier cette première pensée (inférence primaire). Par exemple, après plusieurs vérifications et même s'il voit et entend la porte se verrouiller, l'individu peut toujours penser qu'elle est déverrouillée (inférence primaire) en justifiant son doute par des faits non pertinents dans le contexte actuel (par ex., ma voisine a été victime d'un vol, les policiers disent qu'il faut faire attention, mieux vaut

¹ Une inférence est par définition un processus de raisonnement par lequel l'individu passe d'un fait à un autre en établissant des liens (le deuxième fait est interprété en relation avec le premier, le troisième en relation avec le deuxième, etc.).

prévenir que guérir, etc.). Ce narratif mental précède et appuie l'inférence primaire qui se présente sous la forme d'un doute obsessionnel. Plus précisément, l'ABI affirme qu'un narratif subjectif rempli de faits non pertinents précède et alimente le doute obsessionnel, point de départ du TOC; l'ABI se différencie donc des modèles cognitifs du TOC qui prétendent que les interprétations suivent ou sont le résultat d'une intrusion cognitive jugée normale (un schéma comparatif de ces deux modèles est présenté à l'Appendice E). Selon la conception mise de l'avant par l'ABI, même si la personne qui souffre d'un TOC rapporte des images, des scènes ou des mots intrusifs qui génèrent beaucoup de détresse ou d'anxiété, le doute obsessionnel est la principale source du malaise ressenti. En effet, sans doutes obsessionnels, le TOC ne prend pas naissance. Par contre, lorsque le doute obsessionnel est présent, il évolue jusqu'aux conséquences anticipées. Par conséquent, puisque le modèle ABI considère que le doute obsessionnel est une inférence primaire qui précède les conséquences anticipées ou les inférences secondaires, il devient alors possible d'évaluer l'importance que l'individu accorde (c.-à-d. le degré de conviction ou d'investissement) à ces deux inférences sur une dimension allant de 0 à 100 (voir ci-bas pour une description complète des dimensions cognitives évaluées).

Selon l'ABI, les convictions ou les croyances obsessionnelles peuvent s'évaluer à partir de trois dimensions cognitives (O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999) : a) le degré de probabilité des doutes obsessionnels (question posée : jusqu'à quel point l'individu considère-t-il que son doute est probable? [0 = aucunement probable à 100 = extrêmement probable]); b) le réalisme des conséquences anticipées (question posée : si le doute s'avère fondé, jusqu'à quel point l'individu considère-t-il

que les conséquences anticipées sont réalistes? [0 = aucunement réaliste à 100 = extrêmement réaliste]) et c) le degré de conviction à propos de l'utilité des rituels compulsifs pour prévenir les conséquences (question posée : jusqu'à quel point l'individu est-il convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter ses rituels pour prévenir les conséquences anticipées? [0 = aucunement convaincu à 100 = extrêmement convaincu]). Comme il a été mentionné, les croyances obsessionnelles sont principalement évaluées dans les écrits scientifiques à partir des conséquences anticipées, ce qui représente les deux dernières dimensions (points b et c). L'ABI permet, contrairement au modèle cognitif de TOC et aux différentes mesures sur l'insight, d'isoler une composante cognitive du TOC très peu étudiée jusqu'à maintenant, soit le degré d'investissement des doutes obsessionnels (point a). Par ailleurs, dans la présente thèse, le terme « surinvestissement » est utilisé pour définir une personne qui obtient un score se rapprochant de 100 sur une dimension cognitive donnée.

En résumé, l'étude du concept d'insight en psychiatrie, notamment auprès d'individus souffrant d'un TOC suscite toujours de nombreux débats; les chercheurs ne s'entendent pas sur les définitions proposées et sur les méthodes d'évaluation à considérer. L'item no 11 du Y-BOCS, manque de spécificité en évaluant l'insight sur la base d'un modèle médical et catégoriel (c.-à-d. la capacité de reconnaître la présence d'une maladie mentale comme le TOC; oui ou non), sans tenir compte des croyances obsessionnelles. Les autres mesures d'insight, comme le BABS ou l'OVIS ne font aucune distinction entre les doutes initiaux et les conséquences qui s'ensuivent pour évaluer les croyances obsessionnelles. L'approche ABI permet une telle distinction.

Objectifs et questions de recherche

Puisque le degré de probabilité des doutes obsessionnels est une dimension très peu étudiée dans les écrits scientifiques qui s'intéressent à l'insight, les études de cette thèse ont comme objectif général la vérification des principes théoriques soutenus par le modèle ABI au sujet des doutes obsessionnels et leur confirmation dans un échantillon de participants souffrant d'un TOC. La présente thèse a aussi comme objectif de pallier les lacunes qu'on retrouve dans les mesures d'insight, qui négligent habituellement la dimension des doutes obsessionnels, et de regarder la pertinence d'inclure cette dimension cognitive dans de telles mesures. De façon plus spécifique, les questions de recherche ainsi que les hypothèses rattachées sont les suivantes :

- 1) Est-il possible d'identifier une inférence, prenant la forme d'un doute, comme point de départ des obsessions? Il est prévu que ce principe du modèle ABI soit appuyé.
- 2) Est-ce que le degré d'investissement des doutes obsessionnels, chez le patient souffrant d'un TOC, peut être quantifié sur une dimension allant, pour lui, d'une faible probabilité vers une certitude quasi absolue? Il est prévu que ce principe du modèle ABI soit aussi confirmé.
- 3) Est-ce que le degré de probabilité des doutes obsessionnels est associé au degré de réalisme des conséquences anticipées? Étant donné que le doute obsessionnel représente la source de détresse ou le point de départ du TOC selon le modèle ABI, une relation positive entre ces deux degrés d'investissement est prévue; plus l'individu juge la probabilité de son doute élevée, plus la conséquence, qui découle de ce doute, devient réaliste pour lui. Cette relation est prédite autant

dans un contexte transversal (par ex., à un moment donné durant l'évaluation clinique) que dans un contexte longitudinal (par ex., durant une thérapie pour le TOC).

- 4) Est-ce que le degré d'investissement des doutes obsessionnels est relié à des symptômes obsessifs-compulsifs particuliers (par ex., l'incapacité de résister au besoin d'effectuer des rituels compulsifs)? Puisque le doute obsessionnel représente la source de détresse ou le point de départ du TOC, il est prévu que son degré d'investissement soit relié à des symptômes obsessifs-compulsifs, comme la capacité de résister aux compulsions.
- 5) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées sur les caractéristiques sociodémographiques suivantes : le sexe, l'âge, le type d'occupation et le statut matrimonial? Aucune hypothèse précise n'est ici formulée.
- 6) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées sur les caractéristiques cliniques suivantes : la sévérité des obsessions, la sévérité des compulsions, la sévérité globale du TOC, le niveau de dépression, le niveau d'anxiété, les troubles comorbides au TOC à l'axe I et la nature des symptômes obsessionnels? Aucune hypothèse précise n'est énoncée pour cette question.
- 7) Est-ce que les degrés d'investissement (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) changent en relation avec la durée des rituels compulsifs et avec la sévérité des symptômes obsessionnels durant une thérapie cognitive-

comportementale (TCC) pour le TOC? Des comparaisons sont effectuées selon les symptômes prédominants (« vérificateurs » versus « contamineurs »). De façon générale, il est prévu que ces différentes composantes cognitives et comportementales diminuent en tandem durant la TCC pour le TOC. Aucune hypothèse spécifique n'est formulée quant aux symptômes prédominants.

Sélection des participants et procédures d'évaluation

Afin de répondre à l'ensemble de ces questions, 115 participants ont été sélectionnés à partir d'une base de données compilée au Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS). Il s'agissait donc d'un échantillon de commodité (*convenience sample*); les données déjà recueillies provenaient de trois études différentes qui s'étaient déroulées entre 1997 et 2002 (Appendice A). Ces études ont été acceptées par le comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Pour être admis dans ces études, les participants devaient se soumettre à une évaluation clinique en plusieurs étapes. Plus précisément, les procédures de recrutement étaient les suivantes : les participants étaient tout d'abord évalués par un psychiatre de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Les individus étaient acceptés dans un projet de recherche lorsqu'ils répondaient aux critères diagnostiques du TOC selon le DSM-IV (APA, 1994). Ceux-ci devaient souffrir d'un TOC (diagnostic primaire) avec obsessions ou compulsions dominantes. Les participants avec ou sans médicaments étaient acceptés. Par contre, la dose de la molécule devait être stabilisée depuis au moins trois mois et durant la thérapie. Les critères d'exclusion étaient les suivants : présenter en comorbidité un trouble de personnalité sévère, nécessitant des interventions supplémentaires non spécifiques au protocole de recherche

(par ex., le trouble de la personnalité limite), ou souffrir d'un trouble dépressif majeur d'intensité sévère avec idées suicidaires. Il est à noter que la présence de troubles comorbides à l'axe I ne représentait pas un critère d'exclusion, à l'exception des troubles qui nécessitaient un traitement particulier non considéré dans le protocole de recherche. Ensuite, les participants devaient se soumettre à une évaluation clinique répartie en deux volets : dans un premier temps, l'entrevue semi structurée de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* [Y-BOCS] : Goodman et al., 1989a, 1989b) et l'entrevue structurée sur les troubles anxieux (*Anxiety Disorders Interview Schedule* [ADIS-IV] : Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994) étaient administrées par des évaluateurs indépendants, psychologues ou étudiants gradués en psychologie. Les évaluateurs devaient suivre une formation clinique pour administrer l'ADIS-IV et le Y-BOCS. En plus d'être réalisée au pré-traitement, la passation de ces instruments s'effectuait aussi au mi et au post-traitement. Dans un deuxième temps, les participants devaient remplir une batterie de questionnaires comprenant les questionnaires utilisés pour réaliser cette thèse (Appendice B). Les entrevues et questionnaires utilisés, dans le cadre de cette thèse, présentaient de bonnes propriétés psychométriques (voir la section « instruments » dans les quatre études empiriques). Durant les rencontres d'évaluation, le thérapeute devait aussi administrer quatre échelles cliniques (Appendice C) à partir des symptômes obsessionnels propres aux participants (voir O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). Les trois premières échelles cliniques correspondaient aux trois dimensions cognitives proposées par le modèle ABI pour évaluer les croyances obsessionnelles, tandis que la quatrième échelle clinique était une mesure plus comportementale qui faisait référence à la capacité de résister aux rituels

compulsifs. De plus, les participants étaient invités à remplir des calepins d'auto-observations de façon quotidienne durant la thérapie (Appendice D). Ces calepins évaluaient le degré d'investissement pour deux doutes obsessionnels (les plus significatifs) et pour les conséquences anticipées qui en découlaient. Une procédure détaillée pour identifier les doutes obsessionnels à partir des conséquences anticipées est décrite à l'Appendice C (suite à la présentation des échelles cliniques). Aussi, les participants devaient estimer chaque jour le temps consacré aux rituels compulsifs. Après avoir complété les étapes d'évaluation, tous les participants suivaient une thérapie d'orientation cognitive-comportementale pour le TOC d'environ 24 semaines (incluant les quatre semaines consacrées à l'évaluation clinique). Les trois études, à partir desquelles cette thèse fut réalisée, ont offert des traitements qui adressaient autant les composantes cognitives que comportementales du TOC. Les principales stratégies d'intervention étaient la restructuration cognitive et l'exposition avec prévention de la réponse (EX/PR).

CHAPITRE II

LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET L'INSIGHT : UNE REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

Article publié en 2006 dans la revue *Psychologie Canadienne*, 47(2), 96-109.

En-tête : TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET INSIGHT

Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature

Sébastien Grenier*

Kieron P. O'Connor**

Claude Bélanger***

* M.Ps., candidat au doctorat en psychologie à l'UQAM, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

** M. Phil., Ph.D., Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

*** Ph.D., Département de psychologie, UQAM et département de psychiatrie,

Université McGill

Résumé

Il est convenu que l'individu souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) avec faible insight lorsqu'il ne reconnaît pas, à un moment durant l'évolution de son trouble, le caractère irrationnel de ses obsessions/compulsions (*American Psychiatric Association*, 2000). Cette recension critique des principales recherches qui ont porté sur l'insight des patients TOC cible différents facteurs pertinents qui devraient être considérés durant son évaluation. Les instruments fréquemment utilisés pour évaluer l'insight des patients TOC sont présentés et critiqués. Ceux-ci évaluent principalement l'insight en termes médicaux (ex : la capacité de reconnaître qu'on souffre ou non d'une maladie mentale) sans toujours considérer les dimensions cognitives. D'autres instruments spécifiques au TOC évaluent l'insight à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels sans établir de distinction avec les doutes obsessionnels. Il est possible que les mesures d'insight aient à considérer que le TOC présente plusieurs composantes indépendantes et que le degré de conviction varie non seulement à partir des conséquences anticipées, mais également à partir des doutes initiaux. Un modèle multidimensionnel qui permet d'évaluer trois dimensions cognitives de l'insight des patients TOC est présenté : L'Approche Basée sur les Inférences. Ce modèle permet de différencier les doutes obsessionnels des conséquences anticipées et du degré de conviction quant au besoin d'exécuter le rituel. En terminant, des recommandations sont formulées pour évaluer l'insight des patients TOC.

Abstract

It is assumed that an individual suffers from obsessive-compulsive disorder (OCD) with poor insight when (s)he does not recognize for most of the time that the obsessions/compulsions are unreasonable (*American Psychiatric Association, 2000*). This critical review of major research concerning insight in obsessions, overvalued ideas and delusions proposes different factors that should be considered when evaluating insight. The instruments frequently used to evaluate insight in OCD patients are critically discussed. Often they evaluate insight principally in medical terms (ex: the capacity to recognize suffering or not from a mental illness) without considering the cognitive dimensions. Other instruments designed specifically for OCD evaluate insight on the basis of the anticipated consequences of not executing the ritual without establishing a distinction with obsessional doubts. Measures of insight for OCD may need to consider that OCD has several independent components and conviction may vary according to initial doubt as well to consequence. A multidimensional model that evaluates three cognitive dimensions of insight in OCD patients is presented : the Inference Based Approach. This cognitive model establishes a clear distinction between the obsessional doubts, the anticipated consequences and the degree of conviction in the need to perform the ritual. Further recommendations are formulated to evaluate insight in OCD patients.

Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature

Jusqu'à récemment, pour souffrir d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'individu devait reconnaître, en tout temps, le caractère irrationnel de ses obsessions ou de ses compulsions (DSM-III-R; *American Psychiatric Association*, 1987, voir Kozak & Foa, 1994; Ito, Araujo, Hemsley, & Marks, 1995; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988) et devait tenter d'y résister (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1992, voir Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Par contre, plusieurs chercheurs ont noté que les individus aux prises avec des idées obsessionnelles ou avec des compulsions n'en reconnaissaient pas toujours le caractère irrationnel (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994). De plus, même si la personne demeurait convaincue que ses obsessions étaient complètement insensées, elle pouvait continuer à avoir peur des conséquences éventuelles si elle n'exécutait pas son rituel (Insel & Akistal, 1986; Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). À la lumière de ces faits, quelques modifications ont été apportées aux critères diagnostiques du DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994). L'individu doit maintenant reconnaître, à un moment durant l'évolution de son trouble, que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées. Selon les critères diagnostiques d'abord établis dans le DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), puis dans le DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association*, 2000), il est possible de spécifier que l'individu souffre d'un TOC avec un faible insight si, la plupart du temps, durant l'épisode actuel, il ne reconnaît pas le caractère irrationnel de ses obsessions et de ses compulsions.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques des individus qui souffrent d'un TOC avec un faible insight et/ou de l'impact d'un faible insight sur

l'efficacité thérapeutique (Abramowitz, 1997; Basoglu, Lax, Kasvikis, & Marks, 1988; Catapano, Sperandeo, Perris, Lanzaro, & Maj, 2001; Dunne, 2000; Eisen, Phillips, Coles, & Rasmussen, 2004; Eisen, Phillips, & Rasmussen, 1999; Eisen et al., 2001; Foa, 1979; Insel & Akistal, 1986; Ito et al., 1995; Kishore, Samar, Janardhan Reddy, Chandrasekhar, & Thennarasu, 2004; Kozak & Foa, 1994; Lelliott et al., 1988; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002; Neziroglu, Stevens, & Tobias, 1999; Özdemir, Tükel, Türksoy, & Üçok, 2003; Türksoy, Tükel, Özdemir, & Karali, 2002).

Par contre, il est important de souligner que le concept d'insight a tout d'abord été étudié auprès d'individus qui souffrent de psychose et de schizophrénie, et ce, bien avant de l'étudier auprès des patients TOC. À ce sujet, plusieurs recherches indiquent que la vaste majorité des patients psychotiques ont peu d'insight (Amador & Strauss, 1993; Marková & Berrios, 1995). En effet, il arrive fréquemment que ces patients nient être atteints d'une maladie mentale. Au fil des années, plusieurs modèles dimensionnels ont été élaborés pour définir l'insight chez les patients psychotiques (pour une revue de littérature complète, voir Marková & Berrios, 1995). Le modèle dimensionnel le plus fréquemment utilisé propose trois dimensions de l'insight (David, 1990) : a) la capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale; b) la capacité de l'individu à interpréter les expériences psychotiques (ex : hallucinations) comme étant anormales et c) l'assiduité au traitement. Un patient est assidu au traitement lorsqu'il accepte d'être aidé et lorsqu'il accepte de prendre ses médicaments. Il est important de préciser que ces trois dimensions ne font pas l'unanimité auprès des chercheurs qui étudient les troubles psychotiques (Marková & Berrios, 1995). Des observations cliniques suggèrent également que ces dimensions ne s'appliquent pas intégralement à

ceux qui souffrent d'un TOC. En effet, l'individu aux prises avec des obsessions peut reconnaître qu'il souffre d'un trouble psychiatrique lorsqu'il n'est pas confronté à la situation qui déclenche ses obsessions, et ce, contrairement à l'individu qui souffre de schizophrénie. Aussi, le TOC étant caractérisé par des pensées intrusives, l'insight est de ce fait plus cognitif (ex : comment l'individu interprète ses obsessions) que médical (ex : présence ou absence d'une maladie mentale). Le modèle médical, souvent utilisé dans les études qui portent sur la schizophrénie, propose un concept d'insight qui fluctue très peu dans le temps. Le présent article remet en question cette conception de l'insight pour les patients qui souffrent d'un TOC et présente une définition de l'insight plus adaptée à cette clientèle.

Différents facteurs qui devraient être considérés durant l'évaluation de l'insight des patients TOC seront justement abordés ici. Premièrement, les concepts d'obsessions, d'idées surévaluées et d'idées délirantes seront clairement définis et distingués. Deuxièmement, pour bien comprendre comment l'insight est relié à ces trois concepts, un modèle qui explique la transition d'une obsession vers un délire sera présenté et critiqué. Troisièmement, les principaux questionnaires qui évaluent l'insight des patients TOC seront présentés et critiqués. En réaction aux limites de ces questionnaires, un modèle cognitif et multidimensionnel de l'insight des patients TOC sera ensuite proposé : l'Approche Basée sur les Inférences. Quatrièmement, les principales recherches qui se sont intéressées au degré d'insight des patients TOC seront exposées et divisées en deux sections : celles qui se sont intéressées aux caractéristiques cliniques et ou sociodémographiques des patients TOC avec un faible insight et celles qui se sont penchées sur les liens entre l'efficacité des thérapies et la présence d'un faible insight.

Des critiques seront formulées à l'endroit de ces études. Cinquièmement, d'autres facteurs qui peuvent influencer le degré d'insight des patients TOC seront présentés. En terminant, nous formulerons des recommandations pour évaluer l'insight des individus qui souffrent d'un TOC.

Les obsessions, les idées surévaluées et les idées délirantes : définitions et distinctions

Le concept d'idées surévaluées a été introduit pour la première fois au début du vingtième siècle (Wernicke, 1900, cité dans Kozak & Foa, 1994; McKenna, 1984). À cette époque, les idées surévaluées étaient définies comme suit : une croyance que l'individu considère justifiée et qui détermine, par la suite, ses actions. Wernicke (1900) a été le premier à distinguer l'obsession de l'idée surévaluée : l'individu qui est aux prises avec des obsessions reconnaît le caractère irrationnel de celles-ci, tandis que celui qui présente des idées surévaluées n'est pas en mesure de reconnaître qu'elles sont insensées ou irrationnelles (McKenna, 1984). C'est le fait d'observer que certaines croyances obsessionnelles étaient maintenues par des degrés de conviction élevés, qui a donné naissance au concept d'idées surévaluées. Jaspers (1949) s'est également intéressé de façon précoce au concept d'idées surévaluées. À titre pédagogique, il a établi une similitude entre les idées surévaluées et les convictions religieuses ou politiques. En effet, dans un cas comme dans l'autre, l'individu croit fermement à ses idées et peut être prêt à tout pour les défendre (Jaspers, 1949, cité dans Kozak & Foa, 1994; et McKenna, 1984). De plus, Jaspers a été un des premiers à distinguer les idées surévaluées des idées délirantes (voir Kozak & Foa, 1994; McKenna, 1984). Pour lui, les idées surévaluées ne différaient pas qualitativement des pensées dites normales et ce, comparativement aux idées délirantes qui apparaissaient comme non seulement fausses,

mais aussi complètement irrationnelles. Les idées surévaluées pouvaient en contrepartie paraître fausses sans être pour autant, à première vue, complètement irrationnelles. On pourrait également dire que l'idée délirante est habituellement une croyance plus rigide, systématique et bizarre que l'idée surévaluée. Plusieurs recherches ont donné suite aux travaux de Wernicke (1900) et Jaspers (1949) en tentant de différencier les obsessions des idées surévaluées et des idées délirantes. La majorité de celles-ci différencient les pensées obsessionnelles des idées surévaluées, les obsessions des pensées délirantes et les idées surévaluées de celles qui sont plutôt délirantes; ces distinctions s'effectuent en faisant référence aux critères d'absurdité et de résistance (Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; McKenna, 1984). L'individu souffre d'obsessions avec un bon insight lorsqu'il reconnaît l'absurdité de ses croyances et lorsqu'il tente d'y résister. Par contre, les pensées de l'individu sont surévaluées ou délirantes lorsqu'il ne reconnaît pas leur caractère irrationnel et lorsqu'il s'y conforme sans résister. Dans de telles circonstances, on dit plutôt que la personne présente un faible insight. En d'autres mots, les idées sont surévaluées lorsque l'individu est convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter ses compulsions afin de réduire son anxiété et de prévenir la survenue de conséquences désastreuses (Dunne, 2000). En dépit de ces tentatives de classification, plusieurs auteurs ne s'entendent pas sur les définitions proposées et affirment qu'il serait avantageux de clairement définir l'insight afin qu'on puisse l'étudier de façon plus cohérente (Abramowitz, 1997; Kozak & Foa, 1994; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002). En effet, il est parfois difficile de comparer les études entre elles pour deux raisons : a) la sélection des participants ne s'effectue pas toujours à partir des mêmes

critères et b) l'insight n'est pas défini de la même façon d'une étude à une autre (Marazziti et al., 2002).

Transition d'une obsession vers un délire et fluctuation du degré d'insight : le modèle du continuum

Pour mieux comprendre comment l'insight est relié aux obsessions, aux idées surévaluées et aux idées délirantes, faisons référence au modèle du continuum. Une équipe de chercheurs a tenté d'expliquer comment les obsessions pouvaient se transformer en délires (Insel & Akistal, 1986). Pour eux, l'obsession se transforme ainsi lorsque l'individu ne résiste plus à sa pensée et lorsqu'il n'est plus conscient de son caractère irrationnel. La transition d'une obsession vers un délire est souvent déclenchée par un événement stressant et ponctuel (Insel & Akistal, 1986). À l'extérieur de la situation stressante, l'individu est habituellement capable de reconnaître le caractère irrationnel de ses obsessions. Par contre, une fois confrontée à la situation, cette personne peut éprouver de la difficulté à reconnaître que ses pensées sont insensées. Selon le fait que l'individu soit confronté ou non à une situation stressante, l'insight varie donc le long d'un continuum où se retrouvent à une extrémité les obsessions (bon insight et bonne résistance) et à l'autre extrémité, les idées délirantes (absence d'insight et absence de résistance) (Eisen & Rasmussen, 1993; Eisen et al., 1999; Foa et al., 1995; Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; Marazziti et al., 2002; O'Dwyer & Marks, 2000; Türksoy et al., 2002). Il est énoncé comme hypothèse que les idées surévaluées représentent une condition intermédiaire (faible insight et résistance modérée) située à mi-chemin entre les obsessions et les idées délirantes. Il est important de mentionner que le modèle du continuum ne fait pas l'unanimité auprès des

chercheurs. En effet, ce modèle présuppose que l'idée surévaluée se développe à partir d'une obsession. Malgré le fait qu'il soit possible que tout se déroule ainsi, il existe actuellement un nombre limité de données qui démontrent clairement que les idées surévaluées et les idées délirantes se développent effectivement à partir des obsessions (Kozak & Foa, 1994). Le modèle du continuum représente, avant tout, une tentative pour résoudre le problème de diagnostics différentiels entre les troubles délirants et les troubles obsessionnels. Il n'explique pas en termes cognitifs l'insight des patients TOC et ne propose aucune dimension cognitive qui pourrait faire partie de l'insight.

Évaluation des croyances et du degré d'insight : présentation des échelles cliniques et des questionnaires

Une recension des écrits a démontré que l'insight des patients TOC est fréquemment défini à partir de la capacité de reconnaître qu'on souffre d'une maladie mentale ou à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. Plus précisément, il existe deux façons d'évaluer l'insight des patients TOC (Kozak & Foa, 1994) : a) l'approche catégorielle, où les participants sont répartis dans deux catégories distinctes (ex : TOC avec faible insight et TOC avec bon insight) et ce, à partir de critères prédéfinis comme, par exemple, l'item # 11 (insight) du *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b, voir Catapano et al., 2001; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002) et b) l'approche multidimensionnelle, où les croyances de l'individu sont évaluées sur plusieurs dimensions (ex : la rigidité, l'étrangeté, la résistance, le niveau de contrôle, etc., voir Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Concernant l'approche catégorielle, l'item # 11 du Y-BOCS permet d'évaluer jusqu'à quel point le client est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non. Une telle

mesure serait plus pertinente pour évaluer l'insight des individus psychotiques parce qu'elle s'adresse davantage à la capacité de reconnaître la présence d'une maladie mentale. En effet, cette question s'apparente à la première dimension proposée par David en 1990 qui correspond à la capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale (les autres dimensions sont les suivantes : la capacité de l'individu à interpréter les expériences psychotiques comme étant anormales et l'assiduité au traitement). Cette question n'apparaît donc pas assez spécifique pour évaluer l'insight des patients TOC parce qu'elle ne permet pas de mesurer en termes cognitifs les croyances à propos des doutes obsessionnels et à propos des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. Aussi, elle est trop subjective parce qu'elle s'appuie principalement sur le jugement clinique du thérapeute. Enfin, une seule question ne permet pas d'évaluer en profondeur l'insight des patients TOC parce qu'elle ne tient pas compte de toutes les dimensions cognitives qui devraient en faire partie.

Pour ce qui est de l'approche multidimensionnelle, il existe seulement deux questionnaires validés conçus pour évaluer les convictions obsessionnelles sur plusieurs dimensions : a) le *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS; Eisen et al., 1998); et b) l'*Overvalued Ideas Scale* (OVIS; Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999; Neziroglu, Stevens, McKay, & Tobias, 2001). Le BABS (Eisen et al., 1998) est une entrevue semi-structurée de sept items spécifiquement conçue afin d'évaluer l'insight auprès d'une population souffrant de troubles psychiatriques. Durant la passation de cette entrevue, l'évaluateur doit coter les croyances de l'individu sur plusieurs dimensions : le degré de conviction, la perception du point de vue des autres, l'explication des différents points de vue, la rigidité des croyances, les tentatives que le

sujet fait pour réfuter ses croyances, l'insight et les idées de référence. Une étude a démontré que le BABS présentait d'excellentes propriétés psychométriques avec des coefficients de fidélité test-retest et de cohérence interne satisfaisants (Eisen et al., 1998). Par contre, la version canadienne-française de ce questionnaire n'a pas été validée. Aussi, le BABS n'a pas été conçu pour être spécifique aux patients qui souffrent d'un TOC, ce qui représente une limite importante. De plus, les consignes à la première page du BABS stipulent que le thérapeute doit identifier la principale croyance de son client durant la dernière semaine (Eisen et al., 1998). Pour l'aider à identifier cette croyance, il est suggéré d'utiliser la question suivante : «jusqu'à quel point êtes-vous certain que cette croyance, toucher les poignées de porte, va vous rendre malade»? L'accent est donc mis sur les conséquences anticipées (ex : se rendre malade) et non sur le doute obsessionnel (ex : peut-être que les poignées de porte sont contaminées?). En effet, il est impossible d'utiliser le BABS lorsque l'individu n'anticipe aucune conséquence précise autre qu'une augmentation de son niveau d'anxiété en l'absence des rituels compulsifs (Eisen et al., 2001). Les concepteurs du BABS (Eisen et al., 2004) affirment également que l'ensemble du questionnaire permet d'évaluer l'insight sans toutefois expliquer pourquoi la sixième question porte le nom «insight» (ex : votre croyance a-t-elle une origine psychiatrique ou est-elle vraiment vraie/fondée?). Aussi, la plupart des chercheurs administrent le BABS seulement deux fois (avant le début et à la fin du traitement), ce qui limite la validité des mesures d'insight recueillies. En effet, il est possible que l'insight fluctue plusieurs fois tout au long du traitement.

Quant à lui, l'*Overvalued Ideas Scale* (OVIS) est un questionnaire plus spécifique au TOC qui évalue les dimensions suivantes (Neziroglu, McKay et al., 1999;

Neziroglu, McKay, & Tobias, 2000; Neziroglu et al., 2001) : a) la force de la croyance, b) l'aspect raisonnable de la croyance, c) le degré de conviction, d) la justesse de la croyance, e) le degré d'adhérence par les autres, f) les raisons qui expliquent pourquoi les autres ne partagent pas les mêmes croyances, g) l'efficacité des compulsions, h) la prise de conscience (insight), et i) la force de la croyance. Une étude a démontré qu'il présentait de bonnes propriétés psychométriques avec des coefficients de cohérence interne satisfaisants (Neziroglu, McKay, et al., 1999). De plus, l'OVIS présente une bonne validité convergente avec différentes mesures de symptômes obsessionnels (ex : Y-BOCS) et une bonne validité discriminante avec des mesures de dépression et d'anxiété (Neziroglu, McKay, et al., 1999). Par contre, la version canadienne-française n'a pas été validée. Au même titre que le BABS, malgré qu'il soit plus spécifique au TOC, l'OVIS évalue l'insight à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. En effet, les consignes à la première page stipulent que le thérapeute doit identifier la croyance principale qui affecte le plus son client au cours de la dernière semaine (Neziroglu, McKay et al., 1999; Neziroglu et al., 2001). Les exemples suivants sont fournis afin d'aider le thérapeute à identifier la croyance : je vais attraper le sida si je ne me lave pas les mains convenablement après avoir visité l'hôpital; ma maison va passer au feu si je ne vérifie pas la cuisinière avant de quitter mon domicile. La croyance de l'individu est donc évaluée à partir des conséquences anticipées sans les distinguer des doutes obsessionnels. Pourtant dans ces exemples, il est possible d'identifier les doutes obsessionnels et les conséquences anticipées suivants: a) peut-être que mes mains sont contaminées? (doute obsessionnel) et je vais attraper le sida (conséquence anticipée); b) peut-être que le rond de ma cuisinière est allumé? (doute obsessionnel) et

je vais mettre le feu à la maison (conséquence anticipée). En bref, les limites et les critiques du BABS s'appliquent à l'OVIS.

L'Approche Basée sur les Inférences : une distinction entre les doutes obsessionnels (inférences primaires) et les conséquences anticipées (inférences secondaires)

La plupart des chercheurs évaluent l'insight des patients TOC à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs, et ce, sans établir aucune distinction avec les doutes obsessionnels. Cette façon d'évaluer l'insight des patients TOC découle principalement du système de classification qui définit le TOC comme un trouble d'anxiété (DSM-IV-R : *American Psychiatric Association*, 2000). En effet, les troubles anxieux se caractérisent par l'anticipation de conséquences désastreuses. Par exemple, l'individu qui souffre d'obsessions de contamination anticipe habituellement de contaminer les autres s'il ne fait pas ses rituels. La présence d'un faible insight indiquerait qu'il ne reconnaît pas, la plupart du temps, qu'il est logiquement impossible de contaminer les autres selon le scénario appréhendé. Les modèles de compréhension du TOC ont également contribué à évaluer l'insight à partir des conséquences anticipées. Par exemple, le modèle d'évaluation cognitive pour le TOC (*appraisal model of OCD*) accorde énormément d'importance aux interprétations formulées par l'individu. Selon ce modèle, les intrusions cognitives représentent un phénomène normal largement répandu dans la population générale (Salkovskis & Harisson, 1984; Salkovskis, 1999). Ce qui différencie les sujets normaux de ceux qui souffrent d'un TOC, est comment la personne interprète ses pensées intrusives. Les patients TOC auraient tendance à accorder énormément d'importance à leurs pensées obsessionnelles.

En accordant beaucoup d'importance à leurs pensées et en dramatisant les conséquences anticipées, l'individu vit beaucoup d'anxiété. Cependant, une controverse existe actuellement à savoir si l'anxiété est centrale ou secondaire au TOC (O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Dans les faits, l'individu ressent de l'anxiété parce qu'il anticipe la survenue de conséquences désastreuses. Par contre, l'anxiété n'est pas toujours présente lorsque les rituels ne sont pas exécutés. En effet, certains patients TOC ressentent plutôt un inconfort ou d'autres émotions négatives (ex : colère, tristesse, etc.). Une façon alternative de concevoir le TOC serait de considérer qu'il s'agit d'un trouble du raisonnement qui provoque de l'anxiété, et ce, plutôt qu'un trouble d'anxiété à proprement dit (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al., 2005). Des travaux récents démontrent à cet effet que le TOC pourrait par certains aspects se rapprocher davantage de la schizotypie que des autres troubles anxieux (Aardema et al., 2005; Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor, & Emmelkamp, soumis pour publication; Enright, & Beech, 1990; O'Connor, 2002). L'Approche Basée sur les Inférences considère dans cette perspective le TOC comme un trouble du raisonnement (O'Connor et al., 2005; O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). Ce modèle conceptuel découle en partie des recherches de Johnson-Laird (1983,1994,1999,2001) sur le raisonnement. L'individu qui souffre d'un TOC se construit un modèle mental ou un narratif qui s'appuie principalement sur un raisonnement inductif (Pélissier & O'Connor, 2002). Un raisonnement inductif, par opposition à un raisonnement déductif, est une opération mentale où l'individu généralise à partir d'expériences. Son modèle mental lui permet d'interpréter ce qu'il vit en tirant des conclusions à partir de faits

souvent non pertinents ou non fondés qui viennent appuyer le doute obsessionnel. Par exemple, après plusieurs vérifications, le patient TOC peut toujours penser que sa porte est déverrouillée (inférence primaire) en se basant sur l'expérience que la voisine s'est déjà fait voler (fait non pertinent qui ne s'applique pas au contexte actuel). Ce narratif mental précède et appuie l'inférence primaire qui se présente sous la forme d'un doute obsessionnel. En effet, l'Approche Basée sur les Inférences considère que le doute initial (ex : peut-être que ma porte est déverrouillée?) est maintenu par un narratif idiosyncrasique qui justifie cette première pensée (inférence primaire) et qui, subséquemment, évolue jusqu'aux conséquences secondaires négatives (inférences secondaires). Étant donné que le doute initial est une inférence, il devient possible de mesurer le niveau de conviction à propos de ce doute en termes cognitifs. Concevoir le TOC comme un trouble du raisonnement permet de jeter un regard nouveau sur l'évaluation de l'insight et sur les dimensions cognitives qui devraient en faire partie. La conceptualisation de l'Approche Basée sur les Inférences utilise à cet égard trois dimensions cognitives pour évaluer les convictions obsessionnelles : a) jusqu'à quel point l'individu considère que son doute est probable dans le « ici et maintenant » (la probabilité des inférences primaires), b) si le doute s'avère fondé, jusqu'à quel point l'individu considère que les conséquences anticipées sont réalistes (le réalisme des inférences secondaires) et c) jusqu'à quel point l'individu est convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter ses rituels afin de prévenir les conséquences appréhendées lorsqu'il est confronté ou non à la situation qui déclenche son obsession (le degré de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels pour prévenir les conséquences) (O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). Le degré de conviction

quant au besoin d'exécuter les rituels compulsifs ainsi que le réalisme des conséquences anticipées sont habituellement reconnus comme étant des dimensions de l'insight des patients TOC. Il est important de préciser que l'Approche Basée sur les Inférences ne remet pas en question l'importance d'évaluer les conséquences anticipées et le besoin d'exécuter les compulsions. Il agit plutôt comme un complément aux modèles cognitifs du TOC en suggérant d'évaluer une dimension supplémentaire (c.-à-d. les doutes obsessionnels). Les trois dimensions sont évaluées pour chacune des obsessions/compulsions étant donné qu'au même instant, l'individu peut avoir un degré de conviction faible par rapport à certains symptômes et présenter un degré de conviction élevé pour d'autres. De plus, pour une obsession donnée, le degré de conviction peut fluctuer à travers le temps. Par conséquent, il est préférable d'évaluer ces dimensions à des intervalles réguliers. Aussi, les degrés de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels compulsifs sont évalués à l'intérieur et à l'extérieur de la situation qui déclenche l'obsession, car il a été démontré que l'insight fluctuait selon les contextes (voir Insel & Akistal, 1986). Sachant que l'insight des patients TOC est surtout évalué à partir des conséquences anticipées (inférences secondaires), l'évaluation des doutes obsessionnels (inférences primaires) a été très peu étudiée. Pourtant, les différents travaux de recherche sur le TOC et la schizotypie (Aardema et al., soumis pour publication; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al., 2005) et les résultats de recherche qui soutiennent que le TOC est un trouble du raisonnement plutôt qu'un trouble d'anxiété (Aardema et al., 2005; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al., 2005) soulignent l'importance de développer des modèles d'évaluation de l'insight qui prennent en compte la dimension des inférences primaires. En effet, une étude a

démontré qu'environ 25 % des individus qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels présentent en même temps un niveau de conviction faible à propos des conséquences appréhendées (Grenier, O'Connor, & Bélanger, soumis pour publication). Par exemple, l'individu peut considérer que sa peur de contaminer les autres (conséquence anticipée) est plutôt irréaliste tout en croyant qu'il est fortement possible que ses mains soient présentement contaminées (doute obsessionnel).

Insérer tableau 1

Portrait clinique et sociodémographique des individus qui souffrent d'un TOC avec un
faible insight

Après avoir exposé et critiqué les principaux instruments qui évaluent l'insight des patients TOC et en considérant les limites des définitions d'insight proposées, il est maintenant plus facile de comprendre pourquoi les études sur l'insight des patients TOC, qui seront présentées ici, rapportent des résultats inconsistants. En effet, les données disponibles sur le niveau d'insight dans le TOC sont très variables : de 6 à 47 % des individus qui en souffrent auraient un faible insight (Catapano et al., 2001). Cette variabilité s'explique en partie par la façon dont l'insight est conceptualisé dans les différentes études et par les moyens qui sont utilisés pour l'évaluer. À ce sujet, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les mesures utilisées dans 14 études qui ont évalué l'insight des patients souffrant d'un TOC sont présentés au tableau 1. Ces études ont été sélectionnées sur la base du critère suivant : être citées au moins deux fois par les chercheurs dans le domaine. Elles sont présentées en ordre chronologique. Un survol de

ces études a démontré que plusieurs chercheurs se sont intéressés à l'impact de différentes variables sociodémographiques (ex : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, etc.) et ou de différentes variables cliniques (ex : troubles comorbides à l'axe I et à l'axe II, sévérité du TOC, etc.) sur l'insight des patients TOC. Par exemple, Catapano et ses collègues (2001) avaient comme objectif d'examiner les caractéristiques cliniques et familiales d'un groupe de patients avec un faible insight et de les comparer avec celles qu'on retrouve dans un groupe de participants avec un bon insight. L'insight était évalué à partir de l'item # 11 du Y-BOCS. Comme il a été mentionné, cette façon d'évaluer l'insight manque de spécificité (la mesure ne tient pas compte de toutes les dimensions) et de validité (la mesure est trop subjective). En tenant compte de ces différentes limites, les résultats de cette étude ont démontré que les individus avec un faible insight (c.-à-d. ceux qui ne reconnaissaient pas être atteints d'une maladie mentale) étaient moins scolarisés et plus fréquemment sans emploi que ceux qui présentaient un bon insight. De plus, les sujets avec peu d'insight étaient plus déprimés que les individus avec un bon insight. Deux études ont également démontré que les individus avec un faible insight étaient significativement plus déprimés comparativement à ceux qui affichaient un bon insight (Matsunaga et al., 2002; Türksoy et al., 2002). Par contre, il est à noter que la direction des liens reste à confirmer. Est-ce que la dépression est la cause ou la conséquence d'un faible insight? De plus, l'insight des patients TOC a été évalué à partir d'instruments qui comportent certaines limites. En effet, Matsunaga et ses collègues (2002) ont utilisé l'item # 11 du Y-BOCS. Quant à eux, Türksoy et ses collègues (2002) ne précisent pas l'instrument employé. Les participants semblaient être répartis sur la base de critères subjectifs et non sur la base de critères objectifs et

standardisés. De plus, aucune distinction n'était effectuée entre l'interprétation des doutes obsessionnels et l'interprétation des conséquences anticipées en lien avec le degré d'insight. Dans un autre ordre d'idées, des études ont démontré que la présence d'un faible insight était associée à un TOC plus sévère (Eisen et al., 2001; Matsunaga et al., 2002; Solyom, DiNicola, Sookman, & Luchins, 1985; Türksoy et al., 2002). Encore une fois, la direction des liens entre la sévérité du TOC et l'insight reste à confirmer.

Même si plusieurs recherches laissent entrevoir des différences significatives au niveau de la dépression et de la sévérité du TOC entre les individus avec un faible insight et ceux avec un bon insight, quelques résultats ne vont pas dans ce sens. En effet, une étude a démontré que les individus répartis dans le groupe TOC atypique (présence de symptômes psychotiques) n'étaient pas plus déprimés que ceux du groupe TOC typique (absence de symptômes psychotiques) (Solyom et al., 1985). Il est important de mentionner que les critères de répartition utilisés dans cette étude ne sont pas clairement définis. Les auteurs ne précisent pas comment ils ont évalué l'insight des patients TOC qui semblent être répartis sur la base de critères subjectifs et non standardisés. Aussi, Türksoy et ses collègues (2002) ont comparé plusieurs variables sociodémographiques sans trouver de différences significatives entre les individus qui affichaient un faible insight et ceux qui présentaient un bon insight. De plus, ils n'ont trouvé aucune différence significative entre les individus qui affichaient peu d'insight et ceux qui présentaient un bon insight au niveau des troubles comorbides à l'axe I (troubles d'anxiété et troubles dépressifs). Par contre, comme il a été mentionné ces auteurs ne précisent pas quel instrument ils ont utilisé pour évaluer l'insight des patients TOC (Türksoy et al., 2002). Marazziti et ses collègues (2002) ont mené une étude

corrélacionnelle où ils ont comparé le degré d'insight et plusieurs variables sociodémographiques et cliniques; leur recherche n'a pas non plus fait ressortir de liens entre ces variables. De plus, leurs résultats n'ont pas fait ressortir de corrélation entre l'insight et la sévérité du TOC. Encore une fois, l'item # 11 du Y-BOCS a été utilisé par ces chercheurs (Marazziti et al., 2002) pour évaluer l'insight des patients TOC, ce qui représente une limite importante de la recherche.

Le degré d'insight et l'efficacité des traitements pour le TOC

Plusieurs études se sont intéressées à l'impact du degré d'insight sur l'efficacité des thérapies. Actuellement, les résultats à ce chapitre sont contradictoires (Basoglu et al., 1988; Eisen et al., 2001; Ito et al., 1995; Kozak & Foa, 1994; Lelliott et al., 1988; Matsunaga et al., 2002). Pour certains auteurs, la présence d'un faible insight affecte négativement l'efficacité des traitements psychologiques (Foa, 1979; Neziroglu, Stevens et al., 1999; Solyom et al., 1985) et pharmacologiques (Catapano et al., 2001; Erzegovesi et al., 2001; Fenton & McGlashan, 1990). À l'inverse, pour d'autres, il n'existe pas de lien évident entre la présence d'un faible insight et l'efficacité des traitements psychologiques (Basoglu et al., 1988; Lelliott et al., 1988; O'Dwyer & Marks, 2000) et pharmacologiques (Eisen et al., 2001). Cette disparité des résultats pourrait s'expliquer par le fait que les participants dans le groupe « TOC avec un faible insight » ne sont pas toujours sélectionnés à partir des mêmes critères d'une étude à l'autre. En effet, il est tout à fait possible que certains auteurs aient inclus dans la catégorie « TOC avec un faible insight » ceux qui souffraient d'un trouble sévère en comorbidité (schizophrénie, trouble délirant ou trouble de la personnalité schizotypique). L'étude de Eisen et Rasmussen (1993) démontre qu'il est important de

considérer le diagnostic secondaire avant de confirmer qu'il existe un lien direct entre l'insight et l'efficacité du traitement. En effet, les résultats de cette recherche ont démontré que l'inefficacité des thérapies ne s'explique pas directement par la présence d'un faible insight, mais plutôt par la présence d'un trouble sévère en comorbidité. Il est important de noter que la plupart de ces recherches comportent des limites au niveau de la mesure d'insight utilisée. Premièrement, Basoglu et ses collègues (1988) ne précisent pas comment ils ont évalué l'insight des participants. Deuxièmement, deux équipes de chercheurs utilisent des échelles non validées et spécifiquement conçues pour leurs études (Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Encore une fois, l'insight des patients TOC est surtout évalué à partir des conséquences anticipées en omettant la dimension des doutes obsessionnels.

Autres facteurs qui peuvent influencer l'insight des patients TOC

Troubles de la personnalité et schizophrénie. Pour ce qui est de l'impact des troubles de la personnalité sur l'insight des patients TOC, une étude suggère que la présence d'un faible insight est associée au trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (Kishore et al., 2004). Une autre étude suggère que le trouble de la personnalité schizotypique est également associé à la présence d'un faible insight (Matsugana et al., 2002). Une limite importante de ces deux études est qu'elles ne permettent pas de clairement établir si l'apparition du trouble de la personnalité précède ou suit la dégradation du degré d'insight. Souffrir d'une dépression ou d'un trouble de la personnalité en comorbidité semble être associé à la présence d'un faible insight. Qu'en est-il de la schizophrénie? Les recherches estiment que de 0,7 % à 12,3 % des individus qui souffrent d'un TOC souffrent également de schizophrénie (voir Eisen & Rasmussen,

1993). Une équipe de chercheurs s'est intéressée aux liens possibles entre la schizophrénie et le degré d'insight en comparant deux groupes d'individus : le premier groupe était constitué de patients qui souffraient à la fois d'un TOC et de schizophrénie et un second groupe de patients qui souffraient uniquement d'un TOC (Özdemir et al., 2003). L'insight des participants a été évalué à partir de l'OVIS, instrument qui comporte plusieurs limites. En tenant compte de ces limites, les résultats ont démontré que les individus qui souffraient à la fois d'un TOC et de schizophrénie présentaient un meilleur insight et moins d'idées surévaluées comparativement à ceux qui souffraient uniquement d'un TOC. Par contre, aucune différence significative n'était observable au niveau des variables sociodémographiques, des types d'obsessions ou de compulsions, de la sévérité du TOC et de la présence d'un autre trouble comorbide à l'axe I (Özdemir et al., 2003). Les auteurs concluent en postulant que la présence d'une schizophrénie, en comorbidité, n'exerce aucune influence sur l'insight des gens qui souffrent d'un TOC (Özdemir et al., 2003). Les résultats de cette recherche vont à l'encontre de ce qui est logiquement prévu. L'insight devrait être plus atteint chez ceux qui souffrent à la fois d'une schizophrénie et d'un TOC. Malheureusement, les auteurs n'expliquent pas pourquoi ceux qui souffrent de schizophrénie présentent un meilleur insight et moins d'idées surévaluées comparativement à ceux qui souffrent uniquement d'un TOC.

Les sous-types de TOC. Plusieurs recherches ont aussi suggéré que les sous-types de TOC étaient répartis différemment selon la présence d'un bon ou d'un faible insight. Dans l'étude de Matsunaga et ses collègues (2002), les individus qui présentaient un faible insight (selon l'item # 11 du Y-BOCS) souffraient plus fréquemment d'obsessions de symétrie et d'accumulation comparativement à ceux avec un bon insight. À l'inverse,

ces derniers étaient davantage obsédés par la contamination que les individus avec un faible insight. Aussi, Tolin, Abramowitz, Kozak et Foa (2001) ont démontré qu'on retrouvait plus fréquemment des phobies d'impulsion, des obsessions à thème d'erreur et des obsessions religieuses chez les individus avec un faible insight qui souffraient à la fois d'un TOC et de symptômes qui s'apparentaient à la psychose. À l'inverse, les obsessions de contamination et de symétrie se retrouvaient plus fréquemment à l'intérieur du groupe avec un bon insight. Il est important de noter que les sous-types de TOC ne sont pas toujours définis à partir du type d'obsessions ou de compulsions. En effet une équipe de chercheurs divise le TOC en deux sous-types à partir de certaines caractéristiques cliniques, et ce, peu importe le type d'obsessions ou de compulsions (Matsunaga et al., 2002, voir le tableau 1.). Le premier sous-type serait constitué de patients chez qui l'insight se détériore sous l'influence de variables cliniques spécifiques au TOC (ex : sa sévérité, son intensité, etc.). Le second groupe serait plutôt formé de patients où l'insight se dégrade suite à la présence de symptômes qui s'apparentent à la schizophrénie ou suite à la présence d'un trouble de la personnalité sévère. La classification de Matsunaga et ses collègues (2002) mérite qu'on s'y attarde davantage. Elle apparaît à première vue valide d'un point de vue clinique. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour valider empiriquement cette classification et pour étudier les caractéristiques cliniques de ces deux groupes de patients TOC.

La culture d'origine. Il est habituellement recommandé que le thérapeute considère la culture d'origine du patient TOC pour bien évaluer son degré d'insight. En effet, on retrouve dans la plupart des cultures des rites de passage (Dulaney & Fiske, 1994; Fiske & Haslam, 1997). Ces rituels sont acceptés et même encouragés par les membres de la

culture. Par exemple, les rituels de lavage sont encouragés dans certaines cultures africaines. L'individu doit prendre fréquemment des douches pour purifier son corps (Dulaney & Fiske, 1994). Lorsque le rituel a une signification pour la culture, il n'est pas considéré inapproprié. L'individu qui l'exécute ne se sent pas différent des autres. Au contraire, ce rituel lui permet d'être accepté par la communauté. Par contre, lorsque les membres d'une communauté n'attribuent aucune signification particulière au rituel, l'individu qui l'exécute se sent différent des autres et les autres le trouvent différent. L'individu souffre donc d'un TOC uniquement lorsque ses rituels ne sont pas reconnus ou acceptés par la culture (Dulaney & Fiske, 1994; Fiske & Haslam, 1997). Il est dérangé par ses comportements parce que la culture les considère inappropriés. Il convient de noter qu'un rituel peut être considéré inapproprié dans une culture et, à l'inverse, approprié dans une autre communauté. Par exemple, un Africain pour qui les rituels de lavage étaient encouragés dans sa culture d'origine, et qui décide d'immigrer au Canada peut se buter à différents problèmes. Cet individu peut penser qu'il est tout à fait acceptable d'agir ainsi parce qu'il a appris à se comporter de cette façon dans son pays d'origine. Le fait de se sentir différent des autres, pourrait l'amener à développer une certaine souffrance. Un thérapeute qui ne tiendrait pas compte de cette diversité culturelle pourrait alors penser qu'il souffre d'un TOC avec un faible insight parce qu'il ne reconnaît pas le caractère irrationnel de son rituel. Il est de ce fait important de considérer la fonction du rituel au sein de la culture d'origine du client lorsque son degré d'insight est évalué.

Recommandations pour évaluer l'insight des patients TOC et conclusions
générales

Cette recension critique des écrits suggère que les mesures d'insight des patients TOC sont parfois associées aux variables cliniques, aux variables sociodémographiques et à l'efficacité des thérapies, et ce, malgré le fait que ces mesures n'évaluent pas toujours l'insight à partir de plusieurs dimensions cognitives. L'insight des patients TOC est un concept multidimensionnel. Une seule question (ex : item # 11 du Y-BOCS) ne permet pas d'évaluer sous toutes ses facettes l'insight d'un patient aux prises avec des obsessions. Cet article identifie plusieurs limites inhérentes aux mesures d'insight utilisées, dont ce manque de spécificité. Afin de surpasser ces différentes limites et à la lumière de cette recension des écrits scientifiques, nous proposons quelques recommandations qui pourraient s'appliquer aux mesures d'insight des patients TOC : tout d'abord, la capacité d'un individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale n'est pas une mesure d'insight qui s'applique à ceux qui souffrent d'un TOC. En effet, les patients TOC reconnaissent souvent qu'ils souffrent d'un trouble psychiatrique lorsqu'ils ne sont pas confrontés à la situation qui déclenche les obsessions. L'évaluation de l'insight doit également tenir compte de la culture d'origine du patient TOC. Un comportement considéré excessif ou hors-norme dans notre culture, n'est pas nécessairement interprété ainsi dans une autre culture. Pour bien évaluer l'insight d'un patient TOC, le professionnel de la santé mentale qui pratique dans un milieu pluriethnique pourrait être familiarisé avec les principales pratiques religieuses et les principales croyances qu'on retrouve dans les autres cultures que la sienne. Aussi, lorsqu'un chercheur désire étudier l'insight des patients TOC, il est préférable qu'il

définisse les dimensions cognitives qui en feront partie. En effet, l'insight des patients TOC se mesure davantage en termes cognitifs qu'en termes médicaux, et ce, pour trois raisons : premièrement, l'insight des patients TOC est un concept continu qui fluctue dans le temps. Il n'est pas un concept fixe comme le propose le modèle médical. Il doit être évalué pour chacun des symptômes obsessionnels identifiés à des intervalles réguliers. Chez un même individu, à un moment précis, le degré de conviction peut différer d'une obsession à une autre. Par exemple, le patient TOC peut considérer qu'il est 100 % improbable que sa porte soit débarrée et complètement irréaliste qu'il se fasse voler tout en étant convaincu à 60 % qu'il a oublié de fermer sa porte de congélateur et qu'il pourrait perdre ses aliments. Pour une obsession donnée, il est également possible que le degré de conviction fluctue lorsque les mesures sont recueillies à des moments différents. À ce sujet, dans la plupart des recherches, les instruments qui évaluent l'insight ne sont qu'administrés à deux reprises (c.-à-d. avant le début et après la thérapie), ce qui diminue la validité des mesures recueillies. Si le chercheur désire administrer des questionnaires pour évaluer l'insight, il serait préférable de le faire à des intervalles réguliers durant la thérapie ou durant l'expérimentation. Deuxièmement, l'insight des patients TOC, au même titre que d'autres variables cognitives, peut interagir avec des variables émotionnelles, comme l'humeur dépressive. Il est important de préciser que la direction des liens reste à confirmer entre les différentes variables cognitives et l'insight des patients TOC. Puisqu'il est possible que certaines variables cognitives influencent l'insight des patients TOC, il est recommandé de spécifier les caractéristiques cliniques des patients TOC qui participent à une étude sur l'insight, mais surtout de préciser si ces derniers souffrent ou non de troubles comorbides au TOC

à l'axe I et à l'axe II (ex : trouble dépressif, schizophrénie, trouble de la personnalité schizotypique, etc.). Troisièmement, si l'insight des patients TOC est davantage un concept cognitif qu'un concept médical, il devrait être plus accessible durant une thérapie cognitive-comportementale que l'insight d'un individu qui souffre de schizophrénie. En effet, il a été démontré que l'utilisation de techniques cognitives permet d'améliorer l'insight des patients TOC, changement plus difficile à atteindre avec les patients psychotiques où l'insight est davantage fixe dans le temps (modèle médical de l'insight). Si l'insight des patients TOC s'évalue davantage en termes cognitifs, la question suivante se pose : quelles sont les dimensions cognitives qui devraient en faire partie? Le présent article propose d'évaluer les trois dimensions cognitives suivantes : a) jusqu'à quel point l'individu considère que son doute est probable dans le « ici et maintenant » (la probabilité des inférences primaires), b) si le doute s'avère fondé, jusqu'à quel point l'individu considère que les conséquences anticipées sont réalistes (le réalisme des inférences secondaires) et c) jusqu'à quel point l'individu est convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter ses rituels afin de prévenir les conséquences appréhendées lorsqu'il est confronté ou non à la situation qui déclenche son obsession (le degré de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels compulsifs). Ces questions ont l'avantage de ne pas seulement évaluer les convictions à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels, mais également de tenir compte des doutes obsessionnels, dimension souvent négligée par les chercheurs. Ces recommandations ne sont pas exhaustives, mais leurs suivis permettraient possiblement d'approfondir nos connaissances au sujet de l'insight des patients TOC et ainsi peut-être d'améliorer nos interventions auprès de ce type de clientèle.

Références

- Aardema, F., Kleijer, T. M. R., Trihey, M., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. Submitted for publication.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 293-308.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for OCD: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(1), 44-52.
- Amador, X. F., Strauss, D. H. (1993). Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *64*(4), 305-318.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev.). Washington, DC: APA.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *2*, 299-317.
- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, *34*, 62-68.

- David, A. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Dulaney, S., Fiske, A., P. (1994). Cultural rituals and obsessive-compulsive disorder: Is there a common psychological mechanism ? *Ethos*, 22(3), 243-283.
- Dunne, P. (2000). Overvalued ideas and obsessions: some clinical considerations. *Behaviour Change*, 17(4), 265-274.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155, 102-108.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10-15.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., & Rasmussen, S. A. (1999). Obsessions and delusions: the relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. *Psychiatric Annals*, 29(9), 515-522.
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(10), 373-379.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 494-497.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, 20, 621-627.
- Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., & Bellodi, L.

- (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(5), 488-492.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1990). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(12), 760-761.
- Fiske, A. P., & Haslam, N. (1997). Is obsessive-compulsive disorder a pathology of the human disposition to perform socially meaningful rituals ? Evidence of similar content. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 211-222.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 169-176.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(1), 90-96.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Grenier, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (soumis pour publication). Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours.

- Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 143(12), 1527-1533.
- Ito, L. M., De Araujo, L. A., Hemsley, D. R., & Marks, I. M. (1995). Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from a controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, 9(4), 269-281.
- Jaspers, K. (1949). *General psychopathology* (Translated in 1963 by Hoenig, J. & Hamilton, M. W.). Manchester: Manchester University Press.
- Johnson-Laird, P. N. (1983). *Mental models : Towards a cognitive science of language, inference and consciousness*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Johnson-Laird, P. N. (1994). A model theory of induction. *International Studies in the Philosophy of Science*, 8(1), 5-29.
- Johnson-Laird, P. N. (1999). Deductive reasoning. *Annual Review of Psychology*, 50, 109-135.
- Johnson-Laird, P. N. (2001). Mental models and deduction. Unpublished document.
- Kishore, V. R., Samar, R., Janardhan Reddy, Y. C. Chandrasekhar, C. R., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19, 202-208.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 343-353.
- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988).

Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine*, *18*, 697-702.

Marazziti, D., Dell' Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an italian sample. *European Psychiatry*, *17*, 407-410.

Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*, *36*(5), 367-376.

Matsunaga, H., Kiriike, N., & Matsui, K. O., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Miyata, A., & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 150-157.

McKenna, P. J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry*, *145*, 579-585.

Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*(6), 603-614.

Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 881-902.

Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobias, J. A. (2001). Predictive validity of overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 745-756.

Neziroglu, F. A., Stevens, K. P., & Tobias, J. A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, *21*(4), 209-216.

- O'Connor, K. P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pelissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt :Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders. John Wiley and Sons Inc. West Sussex.
- O'Connor, K. P., & Grenier, S. (2004). Les troubles obsessionnels-compulsifs: appartiennent-ils aux troubles anxieux ou à une autre famille de troubles mentaux? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 33-51.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 887-896.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13(4), 359-375.
- O'Dwyer, A.-M., & Marks, I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *British Journal of Psychiatry*, 176, 281-284.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). ICD-10. *Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Özdemir, Ö., Tükel, R., Türksoy, N., & Üçok, A. (2003). Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 311-316.
- Pélissier, M-C., & O'Connor (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive

compulsive-disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41,15-27.

Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder.

Behaviour Research and Therapy, 37, S29-S52.

Salkovskis, P. M., & Harisson, J. (1984). Abnormal and normal obsessions : A

replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.

Solyom, L., DiNicola, V. F., Sookman, D., & Luchins, D. (1985). Is there an obsessive

psychosis ? Aetiological and prognostic factors of atypical form of obsessive-

compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30(5), 372-380.

Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2001). Fixity of belief,

perceptual aberration, and magical ideation in OCD. *Journal of Anxiety*

Disorders, 15, 501-510.

Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparaison of clinical

characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal*

of Anxiety Disorders, 16, 413-423.

Wernicke, C. (1900). *Grundriss der Psychiatrie*. Leipzig: Verlag von Georg Thieme.

Note des auteurs

Auteur pour la correspondance: Sébastien Grenier, Centre de recherche Fernand-Seguin,
7331, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3V2; Tél. : (514) 251-4015, poste 3532;

Courriel : grenierseb@hotmail.com

Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche doctorale octroyée au premier
auteur par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

Tableau 1. *Critères de sélection, critères d'exclusion et mesures d'insight utilisées dans les études sur le TOC citées au moins deux fois (ordre chronologique)*

Auteurs de l'étude	Critères de sélection	Critères d'exclusion	Mesures d'insight
1. Solyom et al., 1985	Pour les participants du groupe «TOC atypique»: les obsessions devaient se situer «à la limite du délire» et interférer avec les activités quotidiennes.	La présence d'une schizophrénie.	Aucune mesure d'insight n'est spécifiée. La mesure semble subjective et non standardisée.
2. Basoglu et al., 1988	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-III; Rituels handicapants présents depuis au moins un an.	Plusieurs, dont la présence d'épisodes psychotiques.	Les auteurs parlent d'obsessions bizarres et fixes sans toutefois les définir; Aucune mesure d'insight n'est spécifiée.
3. Lelliott et al., 1988	Les critères de sélection ne sont pas clairement définis; Les symptômes doivent être présents depuis au moins un an.	La présence de symptômes psychotiques.	Les croyances TOC sont évaluées à partir d'échelles spécifiquement conçues pour l'étude (ex : degré de fixité, degré d'étrangeté, etc.).

Le tableau 1 continue

Auteurs de l'étude	Critères de sélection	Critères d'exclusion	Mesures d'insight
4. Ito et al., 1995	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-III-R; Maladie présente depuis au moins un an.	La présence d'un trouble dépressif majeur, d'idées suicidaires et de symptômes psychotiques.	Les croyances TOC sont évaluées à partir d'échelles spécifiquement conçues pour l'étude (ex : le degré de fixité, le degré d'étrangeté, etc.).
5. Neziroglu et al., 1999	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-IV et le SCID*.	Aucun critère d'exclusion n'est spécifié.	L'OVIS*. Pour avoir des idées surévaluées, l'individu doit obtenir un score total égal ou supérieur à six.
6. Dunne, 2000	Étude de deux patients qui souffrent d'un TOC.	Aucun critère d'exclusion n'est spécifié.	Le questionnement socratique est utilisé pour identifier la présence d'idées surévaluées.
7. Catapano et al., 2001	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-IV; Maladie présente depuis au moins un an.	La présence d'un trouble dépressif majeur selon le DSM-IV.	L'item # 11 du Y-BOCS*. Un score égal ou supérieur à trois équivaut à la présence d'un faible insight.

Le tableau 1 continue

Auteurs de l'étude	Critères de sélection	Critères d'exclusion	Mesures d'insight
8. Eisen et al., 2001	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-III-R.	Lorsqu'il est impossible d'évaluer les symptômes à partir du BABS*.	Le BABS*. Pour avoir un faible insight, l'individu doit obtenir un score total supérieur ou égal à 12 ainsi qu'un score supérieur ou égal à 3 à l'item de conviction.
9. Marazziti et al., 2002	Les critères diagnostiques du TOC selon le DSM-IV; Un total d'au moins 16 au Y-BOCS* pour les 10 premiers items.	Il est spécifié que les participants peuvent avoir d'autres troubles en comorbidité à l'axe I sauf une schizophrénie.	L'item # 11 du Y-BOCS*. Un score égal ou supérieur à trois équivaut à la présence d'un faible insight.
10. Matsunaga et al., 2002	Les critères diagnostiques du TOC et/ou de la schizophrénie selon le DSM-III-R et le DSM-IV.	Pour le groupe «TOC»: la présence de symptômes psychotiques et l'absence de troubles comorbides à l'axe I qui précèdent l'apparition du TOC.	L'item # 11 du Y-BOCS*. Un score égal ou supérieur à trois équivaut à la présence d'un faible insight.

Le tableau 1 continue

Auteurs de l'étude	Critères de sélection	Critères d'exclusion	Mesures d'insight
11. Türksoy et al., 2002	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-III-R et le SCID*.	Présence de symptômes psychotiques (ex : schizophrénie et trouble délirant) autre qu'un TOC avec un faible insight.	Les patients qui ne reconnaissent pas, la plupart du temps, le caractère irrationnel des symptômes obsessionnels sont répartis dans le groupe «TOC avec faible insight».
12. Özdemir et al., 2003	Critères diagnostiques du TOC et/ou de la schizophrénie selon le DSM-III-R.	Présence de symptômes psychotiques autre que la schizophrénie et trouble de la personnalité schizotypique.	L'OVIS*. Pour avoir des idées surévaluées, l'individu doit obtenir un score total égal ou supérieur à six.
13. Eisen et al., 2004	Critères diagnostiques du TOC ou du trouble de dysmorphie corporelle selon le DSM-III-R et le DSM-IV; Les participants avec des idées délirantes ont été inclus.	Aucun critère d'exclusion n'est spécifié.	Le BABS*. Pour avoir un faible insight, l'individu doit obtenir un score total supérieur ou égal à 12 ainsi qu'un score supérieur ou égal à 3 à l'item de conviction.

Le tableau 1 continue

Auteurs de l'étude	Critères de sélection	Critères d'exclusion	Mesures d'insight
14. Kishore et al., 2004	Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-IV et le SCID*.	Présence de symptômes psychotiques ou d'un trouble affectif primaire (ex : dépression unipolaire ou bipolaire).	Le BABS*. Pour avoir un faible insight, l'individu doit obtenir un score total supérieur ou égal à 12 ainsi qu'un score supérieur ou égal à 3 à l'item de conviction.

Note. * BABS = Brown Assessment of Beliefs Scale; OVIS = Overvalued Ideas Scale; SCID = Structured Clinical Interview; Y-

BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

CHAPITRE III

L'ÉVALUATION CLINIQUE DES CROYANCES OBSESSIONNELLES ET SA RELATION À L'INSIGHT, AUX INTERPRÉTATIONS ET AUX COMPORTEMENTS COMPULSIFS

Article qui sera soumis pour publication à la revue *British Journal of Clinical Psychology*.

Running head: OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER AND STRENGTH OF
OBSESSIONAL DOUBT

Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and
compulsive behaviours

Sébastien Grenier ^{a*}

Kieron P. O'Connor ^b

Claude Bélanger ^c

^a M.Ps., Psychology doctoral candidate, Université du Québec à Montréal (UQAM),
Centre de recherche Fernand-Seguin, Montreal (Quebec), Canada.

^b M.Phil., Ph.D., Centre de recherche Fernand-Seguin, Montreal (Quebec), Canada.

^c Ph.D., Department of Psychology, Université du Québec à Montréal (UQAM),
Department of Psychiatry, McGill University, Montreal (Quebec), Canada.

* Correspondence regarding this paper should be adressed to Sébastien Grenier, Centre
de recherche Fernand-Seguin, 7331 Hochelaga St., Montreal (Quebec), Canada, H1N
3V2; Tel.: 1-514-251-4015, extension 3532; e-mail:
grenier.sebastien.3@courrier.uqam.ca

Résumé

L'individu qui souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) a un bon insight lorsqu'il reconnaît, à un moment durant l'évolution de son trouble, le caractère irrationnel de ses obsessions et des ses compulsions (APA, 2000). L'insight des patients souffrant d'un TOC est habituellement évalué à partir de deux dimensions cognitives : le réalisme des conséquences anticipées et le degré de conviction à propos de l'utilité des rituels dans la prévention des conséquences appréhendées. La présente étude évalue une troisième dimension, soit la probabilité des doutes obsessionnels initiaux comme une mesure additionnelle de l'insight des patients souffrant d'un TOC. Cent quinze participants atteints d'un TOC ont complété les quatre échelles cliniques suivantes: a) le degré de probabilité des doutes obsessionnels; b) le degré de réalisme des conséquences anticipées; c) le degré de conviction à propos du besoin d'exécuter les rituels et d) la capacité de résister aux compulsions. Les données descriptives pour la nouvelle dimension des doutes obsessionnels ainsi que les corrélations entre les échelles cliniques sont rapportées. Les résultats suggèrent que la force des doutes initiaux est reliée à la capacité de résister aux rituels compulsifs, et ce, davantage que le réalisme des conséquences anticipées. Le degré d'investissement des doutes obsessionnels pourrait s'avérer une dimension importante à considérer durant l'évaluation de l'insight lorsque le traitement du TOC est moins efficace, particulièrement chez les patients éprouvant des difficultés à résister aux rituels compulsifs.

Mots-clés : trouble obsessionnel-compulsif, insight, croyances obsessionnelles, évaluation clinique

Abstract

The presence of good insight in OCD requires that the person recognize at some point the irrational nature of his or her obsessions and compulsions (APA, 2000). Insight in OCD is typically evaluated by two cognitive dimensions: realism of anticipated consequences and degree of conviction in the need to perform neutralizing behaviours to prevent the anticipated consequences. The current study evaluates a third dimension, namely, the strength of obsessional doubt as an additional measure of insight in OCD. One hundred and fifteen participants with OCD completed four clinical scales measuring: a) degree of probability of obsessional doubt; b) realism of anticipated consequences; c) degree of conviction in the need to perform rituals and d) ability to resist rituals. Descriptive data for the new dimension of strength of obsessional doubt and intercorrelations between other clinical scales are reported. The results suggest that strength of obsessional doubt is more strongly associated with belief in ability to resist rituals than realism of anticipated consequences. Strength of obsessional doubt may be an important dimension to consider when evaluating insight in treatment resistance OCD, particularly in people who have difficulty resisting compulsive behaviours.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, insight, obsessional beliefs, clinical assessment

Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours

Obsessive-compulsive disorder (OCD) affects approximately 1-3% of the adult population (Bebbington, 1998; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Kessler et al., 2005). It is considered the fourth most common mental disorder, after major depressive disorder, substance abuse and panic disorder, with significant repercussions on sufferers, their family and their work (American Psychiatric Association [APA], 1994; Moritz et al., 2005). The compulsions most frequently encountered are washing, checking and ordering. Obsessions and compulsions may also take the form of impulsion phobias, scruples, hoarding and health concerns. Obsessional doubt is displayed in the form of excessive slowness, difficulty making decisions or brooding without overt compulsions. In reaction to obsessional thoughts, a covert or overt action is usually executed in order to neutralize, curb, prevent or avoid any disastrous consequences. Until recently, for individuals to be diagnosed as suffering from OCD they had to recognize, at all times, the irrational nature of their obsessions or compulsions (DSM-III-R; APA, 1987, see Ito, De Araujo, Hemsley, & Marks, 1995; Kozak & Foa, 1994; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988) and had to try to resist them (World Health Organization [WHO], 1992, see Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Many researchers, however, noticed that individuals grappling with obsessive ideas or compulsions did not always acknowledge that they were irrational (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994; for a recent review of the literature on insight and OCD, see Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2006a). Furthermore, even if individuals were convinced that their obsessions were senseless, they could still continue to fear the

anticipated consequences if they did not perform their ritual (Insel & Akiskal, 1986; Lelliott et al., 1988). In light of these facts, several modifications were made to the diagnostic criteria of the DSM-IV (APA, 1994). A specification was added that the individual had to recognize, at some point over the course of his or her disorder, that the obsessions and compulsions were excessive or irrational. To be diagnosed with OCD, it is therefore no longer necessary that the individual recognize the irrational nature of his or her compulsions at all times. According to diagnostic criteria initially laid out in the DSM-IV (APA 1994) and later in the DSM-IV-TR (APA, 2000), an OCD diagnosis can be made with the specification “poor insight” (PI) if the majority of the time during the current episode the individual does not recognize the senselessness of his or her obsessions and compulsions.

The study of the degree of insight in people with OCD has a number of theoretical and clinical implications. A proper understanding of the mechanisms underlying insight and the cognitive dimensions involved will enhance our understanding of OCD and thus increase the effectiveness of treatment interventions. Many researchers have therefore focused on the characteristics of individuals who suffer from OCD with PI and/or the impact of PI on the efficacy of OCD treatment (Abramowitz, 1997; Basoglu, Lax, Kasvikis, & Marks, 1988; Catapano, Sperandeo, Perris, Lanzaro, & Maj, 2001; Dunne, 2000; Eisen, Phillips, Coles, & Rasmussen, 2004; Eisen, Phillips, & Rasmussen, 1999; Eisen et al., 2001; Foa, 1979; Insel & Akiskal, 1986; Ito et al., 1995; Kishore, Samar, Janardhan Reddy, Chandrasekhar, & Thennarasu, 2004; Kozak & Foa, 1994; Lelliott et al., 1988; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002; Neziroglu, Stevens, & Tobias, 1999; Özdemir, Tükel, Türksoy, & Üçok, 2003;

Türksoy, Tükel, Özdemir, & Karali, 2002). Most of these researchers acknowledge that the poorer the insight, the less the person with OCD will resist compulsive rituals (see Catapano et al., 2001; Insel & Akiskal, 1986; Marazziti et al., 2002). The majority of the researchers above assess the insight of people with OCD primarily on the basis of anticipated consequences (Grenier et al., 2006a). For example, an individual who has a fear of contamination will usually anticipate becoming contaminated or contaminating others if s/he does not perform neutralizing behaviours. The presence of PI would indicate that most of the time s/he does not recognize the irrational nature of the consequences. This method of assessing insight in OCD stems mainly from the current classification system which defines OCD as an anxiety disorder where anticipation of consequences is a central feature (DSM-IV-R: APA, 2000). However, recent studies have shown that some subtypes of OCD could be closer to schizotypal disorder than to other anxiety disorders (Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor, & Emmelkamp, in press; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005; Enright & Beech, 1990; O'Connor, 2002). For example, the magical thinking often seen in OCD (e.g. I have the feeling that if I don't perform my ritual, bad things could happen to me...) can also be found in individuals who suffer from delusional disorder or schizotypal personality disorder (Aardema et al., in press). Furthermore, although behaviour therapy is often highly effective for treating anxiety disorders, treatment resistance is generally higher with people suffering from OCD. Effectiveness rates for exposure and response prevention therapy (ERP) range from 25-60%, depending on the criteria or statistical methods used (Fisher & Wells, 2006).

One way of explaining the resistance in OCD to behavioural therapies for anxiety is to consider OCD as a belief disorder, involving a reasoning process, which brings on anxiety rather than an anxiety disorder in the strict sense (Aardema et al., 2005; O'Connor & Grenier, 2004). O'Connor and colleagues view the obsession as an inference² arrived at by a reasoning process (O'Connor, 2002; O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999; O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). In particular, most obsessions especially those with overt compulsions involve doubting inferences (i.e. maybe my hands are dirty). The element of doubt noted by earlier clinicians (e.g. Pierre Janet) has largely been ignored in current cognitive models, except in the context of intolerance of uncertainty. However, difficulty in tolerating uncertainty about a state of affairs is distinct from doubting, since doubting implies some knowledge which precedes the doubt. In the OCD context, it appears people doubt is preceded by an inductive narrative that may play a role in the production of obsessions before appraisals or beliefs come into play (Clark & O'Connor, 2004). This subjective narrative, elaborated from a reasoning process, convinces the person that they must distrust their senses by generating doubting inferences about the actual state of affairs. For example, even if the person with OCD sees soap suds forming on the hands and sees no dirt, s/he continues to have doubts about the cleanliness of the hands by relying on a narrative that is remote from the current context (i.e. invisible germs exist, surgeons wash their hands, s/he heard of someone getting ill after visiting a bathroom, etc., see O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). By inferring that their hands may be dirty (initial inference), s/he then act as if this initial inference was true, by washing their

² An inference is essentially a plausible proposition about a possible state of affairs, itself arrived at by reasoning but which forms the premise for further deductive/inductive reasoning (O'Connor, 2002)

hands, despite the absence of visible proof, in order to prevent disastrous consequences (secondary inferences of anticipated consequences, such as contaminating others). This initial inference itself then carries a degree of conviction which is measurable and in for example a case of contamination would take the form of a “maybe my hands are dirty” doubt (O’Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). A conceptualization of obsessions or initial doubts as inferences leads to a different set of questions to those posed by an appraisal model, which locates the genesis of obsessions in appraisal of intrusive thought (see Clark & O’Connor, 2004; O’Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Indeed, if obsessions develop from the appraisal of intrusive cognitions then the measure of insight in OCD should be based on the evaluation of anticipated consequences following the intrusions. In contrast, a conceptualization of obsessions as problematic inferences would raise questions as to how these inferences may explain insight in OCD.

Insert Figure 1 here

According to this Inference Based Approach (IBA), obsessional beliefs can be assessed according to three dimensions (O’Connor & Robillard, 1995; O’Connor & Robillard, 1999): a) the degree of probability of obsessional doubt; b) the realism of anticipated consequences and c) the degree of conviction in the need to perform compulsive rituals to prevent the consequences he or she fears. As mentioned previously, insight in obsessional beliefs is usually based on anticipated consequences, which corresponds to the last two points (b and c). The IBA model separates obsessional doubt from the anticipated consequences resulting from that doubt. This distinction is

not made in the current instruments used to assess insight in OCD (see Grenier et al., 2006a). The proposition that strength of obsessional doubt may be an additional cognitive dimension of insight in people with OCD is based on two arguments: a) a previous study has shown that this dimension is positively associated with other cognitive dimensions generally recognized as measures of insight in patients suffering from OCD (O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005); b) clinical observations have suggested that strength of obsessional doubt is negatively associated with the ability to resist neutralizing behaviours, a relation often observed with other insight measures (see Catapano et al., 2001; Insel & Akiskal, 1986; Marazziti et al., 2002).

The aim of the present study was to investigate obsessional doubt in people with OCD and its relation to other cognitive dimensions of insight. The hypothesis, deriving from claims of the IBA model, is that all obsessions will show an initial inference of doubt expressed as a “maybe”, “perhaps”, or a questioning about a state of affairs. Even though, for example, a person with OCD may report experiencing a distressing image, scene, word, the source of this distress can be traced to an initial doubting inference. Secondly, that the strength of the obsessional doubt can be quantified along a dimension graded from a small probability to a near or complete certainty; in other words, it is quantifiable as a variable. Thirdly, if the obsessional doubt is the source of obsessional anxiety, that strength of initial doubt would relate positively to strength of anticipated consequences. Where the doubt is considered highly probable, the consequence of not acting on the doubt should be considered more realistic. Finally, a clinical implication of the IBA model is that the strength of initial obsessional doubt should relate significantly to symptomatic OCD behaviour such as the need to perform compulsive rituals.

Method

Participants

Participants ($N = 115$) were recruited at the Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFC), a research facility affiliated with the Hôpital Louis-H. Lafontaine in Montreal, Canada. Their sociodemographic characteristics appear in Table 1. The final sample was made up of 70 women and 45 men. Mean age of the participants was 38.8 years, with a mean of 14 years of education. Approximately half were single (51%) and working full-time (51%). Results obtained on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) showed that, on average, the participants suffered from moderate to severe OCD ($M = 24.15$; $SD = 5.55$).

Insert Table 1 here

Instruments

Probability of obsessional doubt, realism of anticipated consequences, degree of conviction in the need to perform neutralizing behaviours to prevent consequences and ability to resist the need to perform rituals were assessed using clinical scales (see O'Connor & Robillard, 1999) that ranged from 0 (not at all) to 100 (extremely). For example, in the case of a contamination obsession the following questions were asked: a) *Probability of obsessional doubt (OD)*: to what extent is it probable that your hands may be dirty? b) *Realism of anticipated consequences (AC)*: if your hands are, in fact, dirty, to what extent is it realistic to think that you could contaminate others? c) *Degree of conviction in the need to perform rituals (DC)*: to what extent are you convinced that you must perform your washing ritual to avoid contaminating others? and d) *Ability to*

resist rituals (AR): to what extent do you believe that you are capable of resisting your washing ritual? The four questions were asked for each of the principal obsessions/compulsions identified for each participant (up to a maximum of 10 obsessions/compulsions). Means were then calculated over all principal obsessions/compulsions for each scale. As in other beliefs scales (e.g. BABS and OVIS), strength of doubt was thus measured by a single score. It might be justifiably claimed that calculating the mean loses idiopathic information on each separate obsession and compulsion. In clinical practice, obsession can be assessed and addressed individually but IBA consider the process of obsessional doubt to be similar across all obsessions. Hence degree of doubt across obsessions is comparable and the mean more representative of the overall process of doubting for any one person. Clinical validity of the scales has been established since they are sensitive to change post treatment and change is associated with successful outcome (O'Connor et al., 2006).

It is important to note that the consequence anticipated is a result of obsessional doubt. In fact, a convenient format to separate obsessional doubts (e.g. primary or initial inferences) and anticipated consequences (e.g. secondary inferences) is to use a logical template of the form, "If..., then..." (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). For example, "If the hands are dirty, then I will contaminate others". Here, in logic, the first clause after "If" is the primary inference (or premise); the clause after "Then" is the secondary inference (or corollary). If the primary inference is not clear, it is possible to work back from the consequences and ask, "...and that will happen if what state of affairs (is true), or (happens)...?" So, in the following example, the client (C) spontaneously volunteers a consequence to the therapist (T).

C: If I don't wash my hands, I will contaminate others.

T: And others will be contaminated if what state of affairs is true?

C: Well, if my hands are dirty.

Obsessional doubt (e.g. primary inference): my hands may be dirty. Anticipated consequence (e.g. secondary inference): (then) others will be contaminated.

In addition to the clinical scales, participants used a *self-monitoring diary* to record daily ratings in the probability of two important obsessional doubts using the same scale (0-100) and responding to the same question as the clinical scales (see the question above for evaluating obsessional doubt). This procedure enabled us to gather both transversal and longitudinal data.

Procedure

The data came from three separate studies that had been conducted at the Centre de recherche Fernand-Seguin (Montreal) in the period 1998-2002. Data was gathered during pre-treatment, with the exception of the self-monitoring diary kept by participants throughout the therapy. The recruitment procedure was as follows: participants were initially assessed by a psychiatrist at the Hôpital Louis-H. Lafontaine. Individuals were accepted as part of a research project when they met OCD diagnostic criteria contained in the DSM-IV-R (APA, 2000). They were diagnosed with primary OCD. Participants currently taking psychotropic drugs were accepted into the study, but with the dose of the molecule stable over the previous three months and during treatment. Individuals presenting with a severe comorbid personality disorder (for example, a borderline or schizoaffective personality disorder) or a major depressive disorder of severe intensity with suicidal thoughts were excluded from the study. During

the assessment interviews, the therapist administered the following four clinical scales: obsessional doubt (OD), anticipated consequences (AC), degree of conviction in the need to perform neutralizing behaviours (DC) and ability to resist neutralizing behaviours (AR). The participants were also instructed by the therapist in use of keeping the self-report diary according to a manual (Freeston & O'Connor, 1997).

Overview of the statistical analyses

Parametric tests were the principal analyses since the main study variables were normally distributed. Correlational analyses were performed to determine if inter-scale associations existed and to observe how obsessional doubt scores fluctuated over time (self-monitoring diary). Confidence intervals (95%) for the rho (ρ) parameter were then calculated by converting Pearson's r values into Fisher's Z scores (see Kline, 2004, p. 34). The rho parameter is an estimation of the correlation hypothesized to exist within the general population of bivariate values from which the sample was drawn. Independent t -tests were also performed to compare participants who rated the probability of their obsessional doubt high or low. Here the independent variable was split into groups (high and low levels of obsessional doubt). Scores obtained on the AC, DC and AR scales served as dependent variables. In all cases, variances were homogeneous. Effect size for the t -tests was estimated by the point-biserial correlation (r_{pb}) which indicates the strength of the association between a dichotomous variable and a continuous variable (see Kline, 2004, p. 114).

Results

Preliminary analyses showed that the participants, who had been recruited from different studies, did not differ significantly on the scores obtained on the OD, AC, DC

and AR scales. Furthermore, no significant difference was found between men and women on these scales.

Distribution of scores obtained on the obsessional doubt (OD) scale

Clinical assessment of obsessional beliefs demonstrated that all obsessions could be characterized by an initial inference of doubt about a state of affairs, supporting the first hypothesis of the IBA model. Distribution of scores recorded on the OD scale appears in Figure 2. It shows that obsessional doubt scores were normally distributed with degrees of skewness and kurtosis of -0.04 and -0.81 , respectively (the closer the values are to zero, the more the distribution is considered normal), suggesting that the strength of the doubt may be quantified along a dimension graded from a small probability to a near or complete certainty (second hypothesis of the IBA model). This observation was confirmed by the Kolmogorov-Smirnov test ($K-S [109] = 0.74; p = 0.64$). Furthermore, analyses showed that scores recorded on the AC scale were also distributed normally with degree of skewness and kurtosis of -0.16 and -0.55 , respectively ($K-S [108] = 0.50; p = 0.96$).

Insert Figure 2 here

Fluctuations of scores obtained on the obsessional doubt (OD) scale based on self-monitoring diaries

The self-monitoring diaries were analyzed to determine to what extent the scores obtained on the OD scale fluctuated at the beginning of therapy. The following procedure was used: the means of the obsessional doubt scores obtained during the

second week of therapy were compared to the means of scores recorded during the fourth week. The second and fourth weeks were selected for practical reasons. It enabled the participants to become familiar with recording their self-monitoring diary. Results showed that the mean level of obsessional doubts recorded during the second week strongly correlated with respective scores obtained during the fourth week (obsessional doubt #1, $r[107] = 0.85$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.78 < \rho < 0.89$ and obsessional doubt #2, $r[104] = 0.85$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.78 < \rho < 0.89$). Overall, the level of doubt recorded for the two obsessional doubts during the same week was significant, $r[105] = 0.39$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.21 < \rho < 0.54$, but approximately 38% ($n = 40$ out of 105) of participants who scored high on a given obsessional doubt also scored low on a different obsessional doubt at the same time. In other words, a participant could deem one of his obsessional doubts as being probable and at the same time consider another doubt as improbable. Hence within any one participant there could be a range of doubt over distinct obsessions.

Inter-scale correlations

Concerning the three cognitive dimensions proposed by the IBA model to evaluate obsessional beliefs, results showed that there were significant positive correlations between the probability of obsessional doubt and the realism of anticipated consequences ($r[108] = 0.63$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.49 < \rho < 0.73$), between the probability of obsessional doubt and the degree of conviction in the need to perform neutralizing behaviours ($r[103] = 0.47$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.29 < \rho < 0.60$) and between the realism of anticipated consequences and the degree of conviction ($r[102] = 0.52$; $p = 0.00$; CI of 95% = $0.37 < \rho < 0.65$). As hypothesized, where the doubt was

considered highly probable, the consequence of not acting on the doubt was considered more realistic.

Participants who obtained a mean score on the OD scale below the median ($Mdn = 57.5$) were then assigned to the “low scoring obsessional doubt” group and those who obtained a mean score above the median were assigned to the “high scoring obsessional doubt” group. Results obtained on the four scales appear in Table 2. Pearson’s bivariate correlations obtained between these scales are shown in Table 3. By dividing the probability of obsessional doubt into two groups, the correlation obtained between obsessional doubts with high conviction and their anticipated consequences ($r[53] = 0.47$; $p=0.00$; CI of 95% = $0.23 < \rho < 0.66$) was slightly higher than the correlation recorded between obsessional doubts with low conviction and their anticipated consequences ($r[55] = 0.38$; $p=0.00$; CI of 95% = $0.13 < \rho < 0.58$). Of the 53 participants in the high scoring obsessional doubt group, 39 of them (74%) also scored high on their anticipated consequences, whereas 14 participants (26%) scored low on their anticipated consequences.

Insert Table 2 and 3 here

Regarding the relationship between obsessional beliefs and the degree of resistance to neutralizing behaviours, there were significant negative correlations between the ability to resist neutralizing and obsessional doubt ($r[106] = -0.42$; $p = 0.00$; CI of 95% = $-0.56 < \rho < -0.25$), between the ability to resist neutralizing and anticipated consequences ($r[105] = -0.31$; $p = 0.00$; CI of 95% = $-0.48 < \rho < -0.13$) and between the

ability to resist neutralizing and degree of conviction in the need to neutralize ($r[100] = -0.52$; $p = 0.00$; CI of 95% = $-0.65 < \rho < -0.36$). However, in dividing the obsessional doubt into two groups (low and high), only the negative correlation within the high scoring obsessional doubt group between OD and AR scales proved to be significant, ($r[52] = -0.51$; $p = 0.00$; CI of 95% = $-0.68 < \rho < -0.27$). The higher an individual with OCD rated their obsessional doubts, the less s/he was able to resist neutralizing behaviours.

In order to determine more precisely if participants who scored high on obsessional doubts differed from those who scored low in terms of the AC, DC and AR scales, three t-tests were performed. The results are shown in Table 4. By applying a Bonferroni correction ($0.05/3 = 0.02$), the results show that participants who attached importance to their obsessional doubts scored significantly higher on the AC scale ($M = 66.67$; $SD = 22.94$) in comparison to participants who rated the probability of their obsessional doubts low ($M = 41.97$; $SD = 19.17$), $t(106) = -6.08$; $p = 0.00$; $r_{pb} = 0.50$. Results on the OD scale explain approximately 25% ($r_{pb}^2 = 0.25$) of the variance in scores recorded on the AC scale. Participants in the "high scoring obsessional doubt" group also obtained significantly higher scores on the DC scale ($M = 65.43$; $SD = 26.34$) compared to participants in the "low scoring obsessional doubt" group ($M = 51.69$; $SD = 22.94$), $t(101) = -2.83$; $p = 0.01$; $r_{pb} = 0.27$. Furthermore, the results obtained on the OD scale explain only 7% ($r_{pb}^2 = 0.07$) of the variance in scores recorded on the DC scale. Lastly, participants who rated the probability of their obsessional doubts high obtained significantly lower scores on the AR scale ($M = 31.29$; $SD = 17.48$) in comparison with those who rated the probability of their obsessional doubts low ($M = 41.86$; $SD = 15.24$),

$t(105) = 3.34; p = 0.00; r_{pb} = 0.31$. The results recorded on the OD scale explain approximately 10% ($r_{pb}^2 = 0.10$) of the variance of the AR scale. Partial correlations (pr) also showed that scores obtained on the OD scale better explain the ability to resist neutralizing, contrary to the scores recorded on the AC scale. By controlling for the effect of anticipated consequences, the relation between obsessional doubt and ability to resist neutralizing remained significant, ($pr[103] = -0.31; p = 0.00$ versus $r[106] = -0.42; p = 0.00$). However, the relation between anticipated consequences and ability to resist neutralizing was no longer significant when the variance associated with obsessional doubt scores was removed from the equation, ($pr[103] = -0.07; p = 0.49$ versus $r[105] = -0.31; p = 0.00$). Similar results were obtained when the effect of conviction in the need to neutralize was controlled; the relation between obsessional doubt and ability to resist neutralizing remained significant, ($pr[98] = -0.24; p = 0.02$ versus $r[99] = -0.42; p = 0.00$). However, unlike the anticipated consequences, the degree of conviction in the need to perform rituals remained significantly related to the ability to resist neutralizing when the variance due to obsessional doubt scores was partial out, ($pr[98] = -0.41; p = 0.00$). Hierarchical regression was then employed to determine if addition of information regarding obsessional doubt improved prediction of resistance to neutralizing beyond that afforded by AC and DC scores. After step 1, with AC and DC scores in the equation, $R^2 = 0.28, F(2, 97) = 18.57; p = 0.00$. After step 2, with OD scores added to prediction of resistance to neutralizing by AC and DC scores, $R^2 = 0.32, F(1, 96) = 5.32; p = 0.02$. Addition of OD scores to the equation with AC and DC scores resulted in a significant increment in R^2 . On the whole, results suggested, in accordance with the fourth hypothesis of the IBA model, that the strength of obsessional doubt was

significantly and independently related to symptomatic OCD behaviour such as the degree of resistance to neutralizing.

Insert Table 4 here

Discussion and Recommendations

A principal claim of the IBA model is that all obsessions are associated with an inference of doubt about a state of affairs starting with a “maybe”, “perhaps” or a questioning. The present study supports this assertion. Each participant in the sample identified an obsessional doubt as the starting point of the obsession sequence. In our analysis, the doubt preceded the anticipated consequences of the obsession, which might be viewed as a separated source of distress.

Another claim of the IBA model is that the strength of the obsessional doubt can be represented along a dimension graded from a small probability to a near or complete certainty. Our findings support this claim. In fact, like anticipated consequences, the degree to which an individual considers obsessional doubts probable is normally distributed in a representative sample of 108 participants suffering from OCD and remains stable (high test-retest reliability) over a two-week interval. These results suggest that probability of obsessional doubt is a valid dimension that presents roughly the same sampling characteristics (reliability and distribution) as realism of anticipated consequences, a dimension generally recognized as a measure of insight in OCD (Foa, 1979). Furthermore, the assessment of probability may fluctuate from one obsessional doubt to another. For example, an individual with OCD may deem that is not at all probable that his door is unlocked and at the same time think that it is 60% probable that

he has forgotten to close his bedroom window. It is therefore important, clinically speaking, to assess the extent to which people with OCD rate each of all obsessional doubts as probable (see Grenier et al., 2006a). The calculation of the mean across principal obsessions yielded a stable estimate representative of overall degree of doubt but without considering variability.

A further claim of the IBA model is that the strength of obsessional doubt should relate significantly to other cognitive dimensions of beliefs, especially to the strength of anticipated consequences. Overall, the results suggest that the more a person suffering from OCD considers their obsessional doubts probable, the more the resulting anticipated consequences are considered realistic, and the more s/he believes that compulsive rituals can prevent those consequences. Indeed, most of the participants who rated their obsessional doubts as probable also rated their anticipated consequences as realistic, confirming previous findings (O'Connor, Aardema, Bouthillier et al., 2005). However, approximately a quarter (26 %) of the individuals who experience a high degree of obsessional doubt take their anticipated consequences as unrealistic.

A final clinical implication of the IBA model is that the strength of obsessional doubt should relate significantly to symptomatic OCD behaviour such as the degree of resistance to neutralizing behaviours. The current study confirms this assumption. In fact, the more probable a person with OCD rates her/his doubts, the less s/he is able to resist neutralizing, even controlling for the realism of anticipated consequences and the degree of conviction in the need to neutralize. The strength of obsessional doubt seems to be more strongly associated with belief in the ability to resist neutralizing than with realism of anticipated consequences. Even if an individual considers the consequences

s/he anticipates as completely unrealistic, s/he may be incapable of resisting compulsions if s/he continues to rate their obsessional doubts as highly probable. Previous studies have shown that OCD patients with poor insight are less able to resist performing rituals than patients who show good insight (Catapano et al., 2001; Marazziti et al., 2002). These findings and the results of the current study imply that the strength of the obsessional doubt might be considered as an additional cognitive dimension of insight independently related to symptomatic OCD behaviour such as the degree of resistance in performing rituals.

In sum, a questionnaire designed to assess insight in OCD based exclusively on an assessment of anticipated consequences would run the risk of concluding that an individual displays good insight even if s/he rates the obsessional doubts as highly probable. The results of the current study suggest that degree of obsessional doubt is an important aspect for clinicians and researchers to consider when assessing the insight of people with OCD and that in 26% of cases it is independent of anticipated consequences. It would therefore appear to be important to separate doubt from anticipated consequences when assessing obsessional beliefs, especially since the individual assessment of doubt appears to be more closely related to ability to resist neutralizing behaviours than to assessment of anticipated consequences. The results of the present study are also consistent with a previous research demonstrating that appraisals about anticipated consequences or dysfunctional beliefs (e.g., inflated responsibility, tendency to overestimate threat, etc.) are not always identified in cases of OCD (Taylor et al., 2006). Individuals with high conviction in their obsessional doubts and low conviction in their anticipated consequences may correspond to a subtype of

OCD with no appraisal. In previous studies, this subtype of OCD seem to be associated with specific symptoms. Indeed, some patients state that they feel compelled to perform their compulsions not because of any dysfunctional beliefs, but because of the need to attain a sensory-affective “feeling” that things are “just right” or complete (Summerfeldt, 2004; Taylor et al., 2006). In the present study, no specific symptoms of OCD seem to characterize participants with high conviction in their obsessional doubts and low conviction in their anticipated consequences. Because only fourteen participants were included in this subgroup, further studies with a larger sample should be undertaken to verify if this subgroup is related to specific symptoms. In line with this recommendation, a study using a larger sample has shown that the degree of overinvestment in obsessional doubts was negatively and independently associated to checking symptoms whereas the degree of overinvestment in anticipated consequences was positively and independently related to the fear of contamination symptoms (Grenier, O’Connor, & Bélanger, 2006b). Further studies should help to better understand the association between strength of the obsessional doubt and other clinical variables (see Grenier et al., 2006b).

Despite the robust results obtained, the present study presents several limitations. The findings do not indicate the direction of the relationships. Covariate relationships were found, but causal relationships were not. Consequently, it is impossible to know if an increase in the probability of obsessional doubt precedes or follows an increase in the realism of anticipated consequences or in the degree of conviction in the need to neutralize. On the other hand, in certain cases the strength of obsessional doubt is clearly independent of the strength of anticipated consequences and vice-versa. It is also

impossible to know if an increase in the level of resistance to compulsive behaviours precedes or follows a decrease in the probability of obsessional doubt, the realism of anticipated consequences or the degree of conviction in the need to neutralize. Further longitudinal studies could determine if any causal relationships between the different clinical scales (obsessional doubt, anticipated consequences, degree of conviction in the need to perform compulsive behaviours and ability to resist neutralizing). In spite of these methodological limitations, the results of the current study suggest that when clinicians and researchers assess obsessional beliefs, it is important to separate degree of doubt from degree of anticipated consequences because the former is more strongly associated with belief in ability to resist compulsions than the latter. Strength of obsessional doubt may be an important dimension to consider when evaluating insight in treatment resistance OCD, particularly with people incapable to resist compulsive behaviours.

References

- Aardema, F., Kleijer, T. M. R., Trihey, M., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. (in press). Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports*.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for OCD: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-R). Washington, DC: APA.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 2-6.
- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34, 62-68.

- Clark, D. A., & O'Connor, K. (2004). Thinking is believing: ego-dystonic intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder. In D.A. Clark (ed.), *Unwanted intrusive thoughts in clinical disorders*. New York: The Guilford Press.
- Dunne, P. (2000). Overvalued ideas and obsessions: some clinical considerations. *Behaviour Change, 17*(4), 265-274.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry, 45*(1), 10-15.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., & Rasmussen, S. A. (1999). Obsessions and delusions: the relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. *Psychiatric Annals, 29*(9), 515-522.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 494-497.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine, 20*, 621-627.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2006). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*(12), 1543-1558.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 169-176.

- Freeston, M. H., & O'Connor, K. P. (1997). Self-monitoring diary for OCD studies: an instruction manual for therapists. Fernand-Seguin research centre. Unpublished manual.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1012-1016.
- Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006a). Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight: une revue critique de la littérature [Obsessive-compulsive disorder and insight: A critical review of the literature]. *Canadian Psychology*, *47*(2), 96-109.
- Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006b). Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'une trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique [Overinvestment in obsessional doubts and anticipated consequences in obsessive-compulsive disorder (OCD) : sociodemographic and clinical profiles]. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive (RFCCC)*, *XI*(4), 17-25.

- Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, *143*(12), 1527-1533.
- Ito, L. M., De Araujo, L. A., Hemsley, D. R., & Marks, I. M. (1995). Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from a controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*(4), 269-281.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 593-602.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*(3), 343-353.
- Kishore, V. R., Samar, R., Janardhan Reddy, Y. C., Chandrasekhar, C. R., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, *19*, 202-208.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research*. American Psychological Association (APA), USA.

- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine, 18*, 697-702.
- Marazziti, D., Dell' Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry, 17*, 407-410.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., & Matsui, K. O., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Miyata, A., & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 150-157.
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 453-459.
- Neziroglu, F. A., Stevens, K. P., & Tobias, J. A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 21*(4), 209-216.
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 38-46.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., Pélissier, M. C., Landry, P., Todorov, C., & Tremblay, M. (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 34*(3), 148-163.
- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. John Wiley and Sons Inc. West Sussex.

- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., Robillard, S., Guay, S., Péliissier, M. C., Todorov, C., Borgeat, F., Leblanc, V., Grenier, S., & Doucet, P. (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1-12.
- O'Connor, K. P., & Grenier, S. (2004). Les troubles obsessionnels-compulsifs: appartiennent-ils aux troubles anxieux ou à une autre famille de troubles mentaux? [Obsessive-compulsive disorders: part of anxiety disorders or another family of mental disorders?]. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 33-51.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 887-896.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13(4), 359-375.
- Özdemir, Ö., Tükel, R., Türksoy, N., & Üçok, A. (2003). Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 311-316.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155-1168.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M., Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 85-97.

Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, O., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 413-423.

World Health Organization [WHO]. (1992). ICD-10. *Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva.

Author Note

This study was conducted thanks to a doctoral research scholarship received by the first author from the Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ), a Quebec health research fund. This project was also funded by grant (# 67059) to the second author from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Table 1

Sociodemographic characteristics of the participants (N = 115)

Characteristics	<i>n</i>	%
Sex		
Women	70	61
Men	45	39
Age (years)		
15-25	17	15
26-35	34	30
36-45	30	26
46-55	28	24
over 55	6	5
Level of education completed		
Elementary school	4	3
High school	31	27
College	46	40
University	34	30
Marital status		
Single	59	51
Married/common-law	39	34
Separated/divorced	16	14
Widow/widower	1	1
Occupation		
Student	11	10
Full-time job	59	51
Part-time job	8	7
Stay-at-home wife/husband	3	3
Retired	8	7
Invalid	5	4
Unemployed/other	21	18

Table 2

Means and standard deviations for scores obtained on the clinical scales

Clinical scales	<i>M</i>	<i>SD</i>
Obsessional doubt (OD) (<i>n</i> = 109)	56.59	22.68
Low scoring OD group (<i>n</i> = 55)	37.88	12.72
High scoring OD group (<i>n</i> = 54)	75.64	12.25
Anticipated consequences (AC) (<i>n</i> = 108)	54.09	24.39
Degree of conviction in the need to perform rituals (DC) (<i>n</i> = 103)	58.49	25.51
Ability to resist rituals (AR) (<i>n</i> = 108)	36.45	17.19

Note. OD, AC, DC and AR were assessed based on a scale of 0 (not at all) to 100 (extremely).

Table 3

Inter-scale correlations

Clinical scales	OD	AC	DC	AR
OD	-----			
AC	0.63*; CI = 0.49; 0.73	-----		
DC	0.47*; CI = 0.29; 0.60	0.52*; CI = 0.37; 0.65	-----	
AR	-0.41*; CI = -0.56; -0.25	-0.31*; CI = -0.48; -0.13	-0.52*; CI = -0.65; -0.36	-----
Low scoring OD group	-----	0.38*; CI = 0.13; 0.58	0.48*; CI = 0.24; 0.67	-0.10; CI = -0.36; 0.17
High scoring OD group	-----	0.47*; CI = 0.23; 0.66	0.43*; CI = 0.18; 0.63	-0.51*; CI = -0.68; -0.27

Note. * $p < 0.01$. It is important to note that Pearson's r values of 0.10, 0.30 and 0.50 correspond, respectively, to small, medium and large effects (See Kline, 2004, p.133). CI = Confidence interval (95%). Estimation of the rho parameter (ρ) between the values indicated.

OD = Probability of obsessional doubt; AC = Realism of anticipated consequences; DC = Degree of conviction in the need to perform rituals for preventing consequences; AR = ability to resist compulsive rituals.

Table 4

Differences between participants who score low on obsessional doubts and those who score high in terms of the AC, DC and AR scales

Clinical scales	Low scoring OD group		High scoring OD group		<i>df</i>	<i>t</i>	<i>r_{pb}</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
AC	41.97	19.17	66.67	22.94	106	-6.08*	0.50
DC	51.69	22.94	65.43	26.34	101	-2.83*	0.27
AR	41.86	15.24	31.29	17.48	105	3.34*	0.31

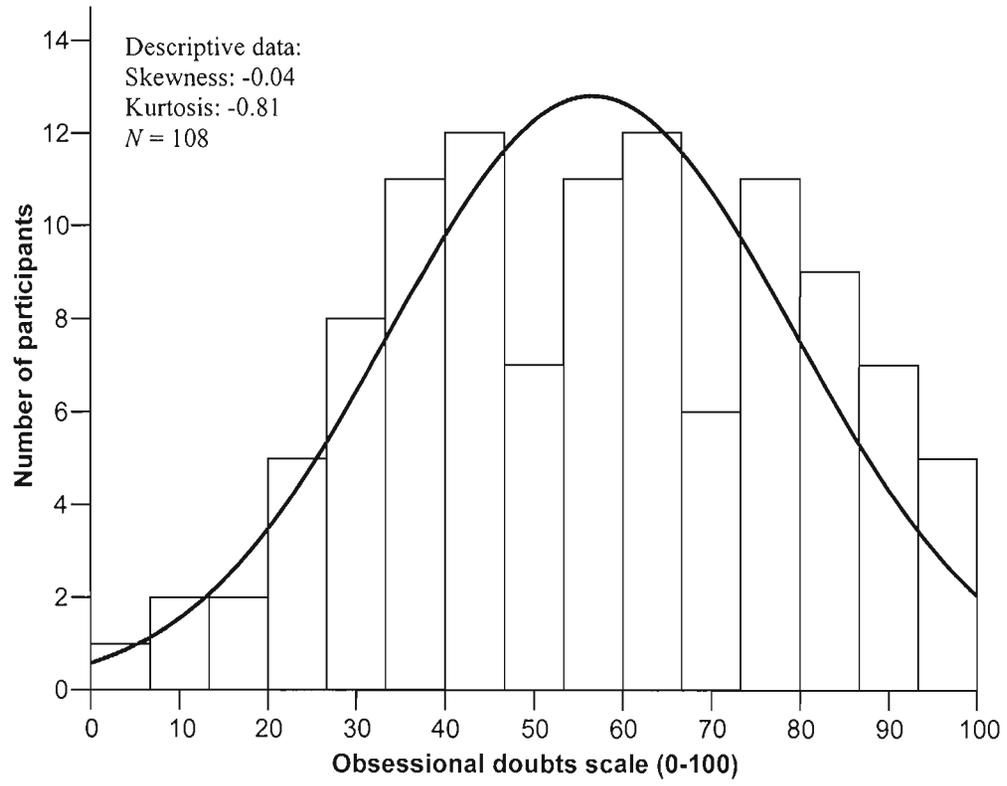
Note. * $p < 0.01$.

r_{pb} = effect size. It is important to note that according to Cohen's standards, r_{pb} values of 0.10, 0.25 and 0.40 correspond, respectively, to small, medium and large effects (see Kline, 2004, p. 133).

AC = realism of anticipated consequences; DC = Degree of conviction in the need to perform rituals to prevent consequences; AR = ability to resist compulsive rituals.

Figure Caption

Figure 1. Distribution of scores recorded on the obsessional doubt scale



CHAPITRE IV

SURINVESTISSEMENT DES DOUTES OBSESSIONNELS ET DE LEURS CONSÉQUENCES ANTICIPÉES CHEZ LES PATIENTS QUI SOUFFRENT D'UN TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC) : UN PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE

Article publié en 2006 dans la *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive* (RFCCC), *XI*(4), 17-25.

En-tête : TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET SURINVESTISSEMENT
DES DOUTES OBSESSIONNELS

Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les
patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait
sociodémographique et clinique

Sébastien Grenier*

Kieron P. O'Connor**

Claude Bélanger***

* M.Ps., Candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal
(UQAM) et Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine,
Montréal (Qc), Canada.

** M.Phil., Ph.D., Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine,
Montréal (Qc), Canada.

*** Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM),
Département de psychiatrie, Université McGill et Centre de recherche de l'Hôpital
Douglas, Montréal (Qc), Canada.

Résumé

Un certain nombre d'individus souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) peuvent surinvestir leurs doutes obsessionnels tout en accordant peu d'importance aux conséquences anticipées. L'objectif de cette recherche est de vérifier si les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient de celles des patients TOC qui surinvestissent leurs conséquences anticipées. Les doutes obsessionnels et les conséquences anticipées ont été évalués auprès de 108 participants inscrits dans un programme de traitement cognitivo-comportemental. Les analyses ont démontré que le degré de surinvestissement des doutes obsessionnels était négativement et indépendamment associé aux symptômes de vérification tandis que le degré de surinvestissement des conséquences anticipées était positivement et indépendamment relié aux symptômes de crainte de la contamination. Ces résultats suggèrent qu'il est important de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des convictions obsessionnelles, car ils s'avèrent dans certains cas associés à des variables cliniques et sociodémographiques différentes.

Mots clés : trouble obsessionnel-compulsif (TOC), croyances obsessionnelles, insight, caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques cliniques

Abstract

Some individuals suffering from obsessive-compulsive disorder (OCD) may over invest in their obsessional doubts while according little importance to anticipated consequences. The aim of the present study is to investigate whether sociodemographic and clinical characteristics of patients who over invest in their obsessional doubts differ from OCD patients who over invest in the anticipated consequences. Obsessional doubts and anticipated consequences were evaluated on 108 participants presenting for a CBT treatment program. Analyses demonstrated that the degree of overinvestment in obsessional doubts was negatively and independently associated to checking symptoms whereas the degree of overinvestment in anticipated consequences was positively and independently tied with the fear of contamination symptoms. These results suggest that belief in obsessional doubts and in anticipated consequences should be separated during the evaluation of obsessional convictions because they are in some case associated with distinct clinical and sociodemographic variables.

Keywords: obsessive-compulsive disorder (OCD), obsessional beliefs, insight, sociodemographic characteristics, clinical characteristics

Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions qui affectent significativement le fonctionnement de l'individu (APA, 2000). La prévalence à vie du TOC dans la population générale se situerait entre 1 et 3 % (Bebbington, 1998; Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Kessler et al., 2005). Les obsessions sont caractérisées par des pensées intrusives et dérangeantes, très difficiles à chasser, et qui reviennent constamment à l'esprit. Il existe plusieurs types d'obsessions qui, toujours, contiennent un élément de doute. Parmi les plus fréquentes, se retrouvent les obsessions de contamination, les obsessions à thèmes d'erreur ou d'agressivité. Les compulsions sont par ailleurs des comportements répétitifs ou parfois des actes mentaux utilisés pour réduire l'inconfort et l'anxiété causés par les obsessions. Elles ont également comme fonction secondaire d'empêcher qu'un événement redouté ne se produise. Parmi les compulsions les plus souvent rapportées, nous retrouvons les rituels de lavage, les vérifications, l'arrangement d'objets et l'accumulation. L'individu reconnaît en général le caractère irrationnel de ses obsessions/compulsions et est capable d'autocritique en reconnaissant qu'elles sont insensées. Par contre, plusieurs chercheurs se sont aperçus que les individus aux prises avec des idées obsessionnelles ou des compulsions n'en reconnaissaient pas toujours le caractère irrationnel (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994). Il est de ce fait désormais possible de spécifier que l'individu souffre d'un TOC avec « un faible insight » si, la

plupart du temps, durant l'épisode actuel, il ne reconnaît pas l'absurdité de ses obsessions et de ses compulsions (APA, 2000).

Une recension critique des écrits effectuée par les présents auteurs a mis en lumière le fait que l'insight des patients souffrant d'un TOC était surtout évalué à partir de deux dimensions cognitives : a) le réalisme ou le degré d'investissement des conséquences anticipées et b) le degré de conviction et d'investissement quant au besoin d'exécuter les rituels pour prévenir les conséquences anticipées (Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2006a). Ces deux dimensions évaluent l'insight à partir des conséquences anticipées sans établir de distinction avec les doutes obsessionnels. Pourtant, l'Approche Basée sur les Inférences (ABI) considère qu'il est important de séparer les conséquences anticipées des doutes initiaux, point de départ du TOC, durant l'évaluation des croyances obsessionnelles (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Puisque le début du TOC se caractérise par des doutes obsessionnels, les conséquences anticipées découlent de ceux-ci et ne peuvent exister sans ceux-ci (O'Connor et al., 2005). L'ABI considère justement que le doute initial (par ex., peut-être que mes mains sont contaminées?) est maintenu par un narratif idiosyncrasique qui justifie cette première pensée (inférence primaire) et qui, subséquemment, évolue jusqu'aux conséquences secondaires négatives (inférences secondaires; par ex., la peur de contaminer les autres). Selon l'ABI, l'inférence primaire qui prend la forme d'un doute apparaît dans un contexte qui ne correspond pas avec la réalité objective. En d'autres mots, l'individu qui souffre d'un TOC n'utilise pas adéquatement ses cinq sens, seule façon d'entrer en contact avec la réalité. Puisque le doute obsessionnel ne repose pas sur les cinq sens ou qu'il n'est pas inféré à partir de ceux-ci, l'individu sélectionne des faits non pertinents dans le « ici et

maintenant » pour justifier cette première pensée (inférence primaire). Par exemple, après plusieurs nettoyages et même s'il voit le savon mousser sur ses mains et qu'il est en mesure de sentir son parfum, l'individu peut toujours considérer qu'il est fortement probable que ses mains puissent être contaminées (inférence primaire) en justifiant son doute par des faits non pertinents dans le présent (par ex., les médecins se lavent les mains plusieurs fois par jour, le voisin a contracté une maladie incurable, etc.). Le doute obsessionnel est donc appuyé par un narratif idiosyncrasique rempli de faits non pertinents dans le contexte actuel. Étant donné que pour l'ABI, les obsessions débutent par une inférence qui prend la forme d'un doute, il est de ce fait possible d'évaluer l'importance que l'individu accorde à cette inférence en quantifiant le degré d'investissement du doute obsessionnel sur une dimension allant d'une faible probabilité vers une certitude quasi absolue. Un individu surinvestit donc son doute obsessionnel lorsqu'il lui accorde beaucoup d'importance et de crédibilité (par ex., je considère qu'il est fortement probable que mes mains puissent être contaminées). Son doute se rapproche alors d'une certitude absolue sans cependant l'atteindre³. Il surinvestit plutôt la conséquence anticipée lorsque cette dernière devient très importante pour lui ou fortement réaliste (par ex., si mes mains sont effectivement contaminées, je crois que ma peur de contaminer les autres est très réaliste). Puisque les conséquences anticipées découlent des doutes obsessionnels, une relation positive entre ces deux degrés d'investissement est habituellement prévue par le modèle ABI; plus le degré d'investissement des doutes est élevé, plus celui des conséquences l'est aussi. Par contre, une étude a démontré que cette relation n'était pas toujours positive (Grenier,

³ Ici par définition, un doute qui atteint une certitude absolue, n'est plus un doute. Le doute contient toujours un questionnement qui demeure incertain.

O'Connor, & Bélanger, soumis pour publication). En effet, environ 26 % des individus qui surinvestissaient leurs doutes obsessionnels pouvaient sous-investir en même temps leurs conséquences anticipées. Cette recherche a aussi démontré que les individus qui surinvestissaient leurs doutes obsessionnels résistaient moins à l'envie d'exécuter leurs rituels compulsifs, et ce, indépendamment du degré d'investissement des conséquences anticipées. À la lumière de ces résultats, il apparaît important de considérer le degré d'investissement des doutes obsessionnels durant l'évaluation de l'insight des individus qui souffrent d'un TOC et surtout de l'évaluer séparément du degré d'investissement des conséquences anticipées.

En dépit de la pertinence d'étudier le fait pour la personne d'investir ses doutes obsessionnels, il existe actuellement très peu de données sur ce type de patients, puisque la plupart des recherches recensées portent sur les patients qui surinvestissent leurs conséquences anticipées. En effet, la plupart des études qui ont porté sur l'insight des patients souffrant d'un TOC attribuent au groupe avec faible insight les individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées, sans établir de distinction précise avec le degré de conviction des doutes initiaux. La vaste majorité de ces études ont en outre trouvé que les patients TOC avec faible insight étaient significativement plus déprimés que ceux qui présentaient un bon insight (Türksoy, Tükel, Özdemir, & Karali, 2002) et qu'ils souffraient d'un TOC plus sévère (Eisen et al., 2001; Solyom, DiNicola, Sookman, & Luchins, 1985; Türksoy et al. 2002). Par contre, la plupart des recherches n'ont fait ressortir aucun lien entre les variables sociodémographiques et le degré d'insight des individus aux prises avec des symptômes obsessionnels (Marazziti et al., 2002; Türksoy et al., 2002). Il est important de préciser que ces résultats demeurent

contradictaires puisqu'ils dépendent de la mesure d'insight utilisée, ainsi que des critères de sélection et de répartition entre les groupes employés (Grenier et al., 2006a). L'objectif de cette recherche est donc, d'examiner la relation entre deux dimensions cognitives de l'insight soit le degré d'investissement des doutes obsessionnels et des conséquences anticipées, et plusieurs variables sociodémographiques ou cliniques. Cette recherche tentera plus précisément de répondre aux questions suivantes :

a) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées sur les caractéristiques sociodémographiques suivantes : le sexe, l'âge, le type d'occupation et le statut marital?

b) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées au sujet des caractéristiques cliniques suivantes : la sévérité des obsessions, la sévérité des compulsions, la sévérité globale du TOC, le niveau de dépression, le niveau d'anxiété, les troubles comorbides au TOC à l'axe I et la nature des symptômes obsessionnels?

Méthodologie

Participants

L'échantillon comprend 66 femmes et 42 hommes ($N = 108$) ayant reçu un diagnostic primaire de TOC et inscrits dans un programme de traitement cognitivo-comportemental. L'âge moyen des participants est de 39 ans. De plus, ceux-ci sont, pour la plupart, célibataires (64 %) et travailleurs à temps plein ou à temps partiel (66 %). Les résultats obtenus à l'*entrevue pour le TOC de Yale-Brown* (Y-BOCS : Goodman et al., 1989a, 1989b) démontrent aussi que les participants souffrent, en moyenne, d'un TOC

d'intensité modérée à sévère ($M= 24,17$; $ET= 5,47$). Sur un total de 107 participants, 44,9 % ($n = 48$) n'ont aucun trouble en comorbidité (les données sont manquantes pour un seul participant). Parmi ceux qui présentent des troubles en comorbidité ($n = 59$), 55,9 % ($n = 33$) en présentent un seul, 37,3 % ($n = 22$) en présentent deux et seulement 6,8 % ($n = 4$) des participants en présentent trois. Les troubles comorbides à l'axe I les plus fréquemment associés au TOC sont : le trouble d'anxiété généralisée (TAG; $n = 22$), la phobie sociale ($n = 20$), le trouble dépressif majeur ($n = 15$) et la phobie spécifique ($n = 12$).

Instruments

L'entrevue sociodémographique permet d'identifier le sexe, l'âge, le type d'occupation et le statut marital des participants (voir le tableau 1).

L'entrevue pour le TOC de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale [Y-BOCS] : Goodman et al., 1989a, 1989b) permet d'évaluer la sévérité du TOC en séparant les obsessions des compulsions. Elle mesure l'importance des manifestations du TOC en termes de stabilité, de validité et de sensibilité aux effets du traitement. (Taylor, 1995).

L'Inventaire de Padova (Padua Inventory [PI] : Sanavio, 1988) est un questionnaire qui comprend 60 items mesurant les symptômes obsessifs-compulsifs, dont certains ne sont pas inclus dans d'autres instruments de mesure. Contrairement à plusieurs autres questionnaires, cet instrument possède l'avantage de distinguer la composante obsessionnelle des éléments compulsifs. Les cinq sous-échelles de la version révisée du Padova sont utilisées ici (Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996) : a) pensées obsessionnelles concernant le fait de se blesser ou de blesser les

autres; b) comportements impulsifs de se blesser ou de blesser les autres; c) obsessions et compulsions de contamination; d) obsessions et compulsions de vérification et e) obsessions et compulsions par rapport à l'habillement ou à l'ordre.

L'entrevue sur les troubles anxieux (Anxiety Disorders Interview Schedule [ADIS-IV] : Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994) permet de différencier les troubles anxieux à partir des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). Cet instrument d'évaluation est utilisé pour diagnostiquer le TOC et pour déceler la présence de troubles en comorbidité à l'axe I.

Le degré de conviction des doutes obsessionnels est évalué à partir d'une échelle qui s'étale de 0 (aucunement) à 100 (extrêmement) (voir O'Connor & Robillard, 1999). À titre d'exemple, pour une obsession de contamination, la question suivante est posée : jusqu'à quel point considérez-vous qu'il est probable que vos mains soient réellement contaminées? Cette question est posée pour chacun des doutes obsessionnels. Une moyenne des réponses est ensuite calculée. Les doutes obsessionnels sont identifiés à partir des compulsions, habituellement plus faciles à identifier par le patient qui souffre d'un TOC.

Le degré de conviction des conséquences anticipées est évalué à partir d'une échelle identique à celle du degré d'investissement des doutes obsessionnels. Par exemple, pour une obsession de la contamination, la question suivante est posée : si vos mains sont effectivement contaminées, jusqu'à quel point est-il réaliste de penser que vous pourriez contaminer les autres? Cette question est également posée pour chacune des conséquences anticipées en lien avec les doutes obsessionnels. Une moyenne des réponses est ensuite calculée.

L'Inventaire de Dépression de Beck (Beck Depression Inventory [BDI] : Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) est un questionnaire qui permet d'estimer l'intensité des différents symptômes dépressifs à partir de normes prédéfinies et ce, au cours des deux dernières semaines. Plusieurs études ont démontré que ce questionnaire présentait d'excellentes propriétés psychométriques (Beck, Steer, & Garbin, 1988). La version canadienne-française de ce questionnaire est utilisée (Bourque & Beaudette, 1982).

L'Inventaire d'Anxiété de Beck (Beck Anxiety Inventory [BAI] : Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) est un questionnaire qui permet d'évaluer l'intensité des manifestations physiologiques de l'anxiété. Plusieurs études ont démontré qu'il présentait d'excellentes propriétés psychométriques (voir Beck, Epstein et al., 1988; Steer, Ranieri, Beck, & Clark, 1993). La version canadienne-française de ce questionnaire est aussi utilisée (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1992).

Procédure

Sur 115 participants potentiels (Grenier et al., soumis pour publication), 108 ont été sélectionnés sur la base du critère suivant : avoir rempli tous les questionnaires d'évaluation pré-traitement qui seront utilisés dans l'étude. Les procédures d'évaluation étaient les suivantes : premièrement, les participants étaient évalués par un psychiatre de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Pour être inclus dans la recherche, l'individu devait souffrir d'un TOC avec obsessions ou compulsions dominantes selon les critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). Les individus qui présentaient une personnalité limite, paranoïaque ou schizotypique n'ont pas été acceptés dans le projet de recherche. Les individus qui présentaient des idées suicidaires ainsi que ceux qui souffraient d'un

trouble psychotique (par ex., une schizophrénie ou un trouble délirant) ont aussi été exclus. Il est à noter que la présence de troubles associés au TOC à l'axe I ne représentait pas un critère d'exclusion. Le TOC devait cependant être le diagnostic principal. Deuxièmement, lorsque l'individu ne présentait aucun critère d'exclusion, *l'entrevue pour le TOC de Yale-Brown (Y-BOCS)*, *l'entrevue sur les troubles anxieux (ADIS-IV)*, ainsi que *l'entrevue sociodémographique* étaient administrées par des évaluatrices indépendantes formées par un psychologue d'expérience. En terminant, les participants retenus par l'évaluatrice étaient ensuite évalués par le thérapeute responsable de leur traitement. Durant ces rencontres d'évaluation en pré-traitement, le thérapeute évaluait le degré de conviction des doutes obsessionnels ainsi que le degré d'investissement des conséquences anticipées. De plus, les questionnaires d'évaluation auto-rapportés étaient administrés (voir la section sur les instruments).

Résultats

Des analyses corrélationnelles ont été effectuées pour vérifier la présence de relations entre les deux degrés d'investissement (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) et les différentes variables continues suivantes : l'âge, la sévérité des obsessions, la sévérité des compulsions, la sévérité globale du TOC (Y-BOCS), le niveau de dépression (IDB), le niveau d'anxiété (IAB) et les 5 sous-échelles du Padova. Les corrélations bivariées de Pearson ainsi que les données descriptives peuvent être consultées au tableau 1. Les résultats ont démontré que le degré d'investissement des doutes obsessionnels était négativement associé à la sous-échelle « vérification » ($r[108] = -0,25; p = 0,01$) tandis que le degré d'investissement des conséquences anticipées était positivement relié à la sous-échelle « contamination » du Padova

($r[108]= 0,20; p= 0,04$). Il existait également une tendance significative entre le degré d'investissement des conséquences anticipées et la sévérité des compulsions ($r[108]= 0,16; p= 0,10$).

Insérez ici le Tableau 1

Des tests-t ont ensuite été exécutés pour vérifier la présence de relations entre les deux degrés d'investissement (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) et les variables catégorielles ci-après : le sexe, le statut marital, le type d'occupation et les troubles comorbides au TOC à l'axe I. Les tests-t ainsi que les données descriptives sont présentés aux tableaux 2 et 3. Deux tendances ont été observées; les femmes surinvestissaient plus leurs doutes obsessionnels, $t(106)= -1,76; p= 0,08$, et leurs conséquences anticipées, $t(106)= -1,79; p= 0,08$, par comparaison aux hommes. De plus, les individus sans emploi surinvestissaient significativement plus leurs conséquences anticipées comparativement à ceux qui travaillaient, $t(106)= -2,12; p= 0,04$. Les résultats ont également démontré que les participants qui souffraient d'un TAG en comorbidité avaient tendance à surinvestir davantage leurs conséquences anticipées par comparaison avec ceux qui ne présentaient pas cette problématique, $t(105)= -1,58; p= 0,10$. Les résultats ont aussi établi que les participants qui souffraient d'une phobie sociale en comorbidité surinvestissaient significativement plus leurs doutes obsessionnels comparativement à ceux qui ne présentaient aucune phobie sociale, $t(105)= -2,28; p= 0,03$.

En terminant, les participants qui présentaient plus d'un trouble comorbide au TOC à l'axe I ont été comparés à ceux qui n'en présentaient aucun ou un seul. Les résultats ont démontré que les participants qui souffraient de plusieurs troubles comorbides surinvestissaient significativement plus leurs doutes obsessionnels, $t(105) = -2,48$; $p = 0,02$, et leurs conséquences anticipées, $t(105) = -3,25$; $p = 0,00$.

Insérez ici les Tableaux 2 et 3

Deux régressions hiérarchiques ont par la suite été réalisées afin d'identifier les variables qui contribuaient de façon indépendante au degré d'investissement des doutes obsessionnels et à celui des conséquences anticipées. Seules les variables qui étaient associées aux degrés d'investissement ($p \leq 0,10$ pour la corrélation ou le test-t) ont été incluses dans les régressions. Plus précisément, pour le degré d'investissement des doutes obsessionnels, les variables suivantes ont été introduites dans la régression après le degré de conviction des conséquences anticipées qui agissait à titre de variable contrôle : la sous-échelle « vérification » du Padova, le sexe des participants, la présence d'une phobie sociale en comorbidité et la présence de plusieurs troubles comorbides au TOC à l'axe I. En ce qui concerne le degré d'investissement des conséquences anticipées, les variables ci-après ont été insérées dans la régression à la suite de la variable mesurant le degré d'investissement des doutes obsessionnels qui agissait à titre de variable contrôle : la sous-échelle « contamination » du Padova, la sévérité des compulsions, le sexe des participants, le type d'occupation, la présence d'un TAG en

comorbidité et la présence de plusieurs troubles comorbides au TOC à l'axe I. Les coefficients de régression standardisés (β), les corrélations semi-partielles (sr^2) ainsi que les R^2 obtenus après l'entrée de toutes les variables dans l'équation peuvent être consultés aux tableaux 4 et 5. Les résultats de la première régression (degré d'investissement des doutes obsessionnels) ont démontré que le R était significativement différent de zéro après la première étape et lorsque toutes les variables indépendantes étaient insérées dans l'équation à la deuxième étape, $F(5, 101) = 16,73, p < 0,01$. À la première étape, avec seulement le degré d'investissement des conséquences anticipées dans l'équation, la variance expliquée était de 40 % ($R^2 = 0,40$), $F(1, 105) = 69,28, p < 0,01$. À la deuxième étape, avec l'ajout des autres variables dans l'équation, la variance expliquée est passée à 45 % ($R^2 = 0,45$), $F(4, 101) = 2,56, p < 0,05$. Un changement significatif du R^2 a alors été noté indiquant que les quatre variables (sexe, phobie sociale en comorbidité, plus d'un trouble comorbide à l'axe I et symptômes obsessionnels de vérification) expliquaient un 5 % supplémentaire de la variance partagée. Plus précisément, seulement les symptômes obsessionnels de vérification contribuaient significativement et indépendamment au degré d'investissement des doutes obsessionnels ($sr^2 = 0,04$), et ce, en maintenant le degré d'investissement des conséquences anticipées stable. Les résultats de la deuxième régression (degré d'investissement des conséquences anticipées) ont aussi démontré que le R était significativement différent de zéro après la première étape et lorsque toutes les variables indépendantes étaient incluses dans l'équation à la deuxième étape, $F(7, 99) = 12,63, p < 0,01$. À la première étape, avec seulement le degré d'investissement des doutes obsessionnels dans l'équation, la variance expliquée était de 40 % ($R^2 = 0,40$), $F(1, 105)$

= 69,28, $p < 0,01$. À la deuxième étape, avec l'ajout des autres variables dans l'équation, la variance expliquée est passée à 47 % ($R^2 = 0,47$), $F(6, 99) = 2,31$, $p < 0,05$. Un changement significatif du R^2 a alors été constaté indiquant que les six variables (sexe, occupation, TAG en comorbidité, plus d'un trouble comorbide à l'axe I, sévérité des compulsions, et symptômes obsessionnels de contamination) expliquaient un 7 % additionnel de la variance partagée. Plus précisément, seulement les symptômes obsessionnels de contamination contribuaient significativement et indépendamment au degré d'investissement des conséquences anticipées ($sr^2 = 0,02$), et ce, en contrôlant le degré de conviction des doutes obsessionnels.

Insérez ici les tableaux 4 et 5

Discussion

L'objectif de cette recherche était d'examiner les relations entre le degré d'investissement des doutes obsessionnels et celui des conséquences anticipées, et plusieurs variables sociodémographiques et cliniques. Plus précisément, la présente étude tentait de vérifier si ces caractéristiques chez les patients qui surinvestissaient leurs doutes obsessionnels se différenciaient de celles des patients qui surinvestissaient leurs conséquences anticipées. Ceux qui accordent plus d'importance aux doutes obsessionnels semblent effectivement se distinguer de ceux qui concèdent plus d'importance aux conséquences anticipées, et ce, principalement en ce qui a trait à la nature des symptômes obsessionnels présents. En effet, même si plusieurs facteurs sont associés au degré d'investissement des doutes obsessionnels, un seul de ces facteurs

apporte une contribution significative et indépendante; soit les symptômes obsessionnels de vérification. Plus l'individu surinvestit ses doutes obsessionnels, moins il souffre de symptômes de vérification compulsive. Ce résultat peut s'expliquer ainsi : le doute obsessionnel résulte d'un processus de raisonnement subjectif qui ne s'applique pas au contexte actuel (O'Connor et al., 2005). Il devient donc surinvesti lorsqu'il est maintenu par des faits non pertinents dans le contexte actuel malgré des évidences qui confirment le contraire. Ce processus de raisonnement semble être moins fréquent chez l'individu qui vérifie de façon excessive (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005). Par exemple, il est plus difficile pour l'individu qui fait des vérifications excessives de nier que sa porte est verrouillée en appuyant son raisonnement sur des faits non pertinents dans le « ici et maintenant » (par ex., le voisin s'est fait voler). En effet, son doute obsessionnel repose sur des faits concrets facilement vérifiables à partir des cinq sens; il suffit de regarder le loquet de la porte. Puisqu'il accorde moins d'importance aux faits non pertinents et qu'il utilise plus adéquatement ses cinq sens, l'individu aux prises avec des obsessions de vérification surinvestit de ce fait moins ses doutes obsessionnels. Cette hypothèse devra cependant être vérifiée dans des études à venir.

Le degré d'investissement des conséquences anticipées est significativement et indépendamment relié aux symptômes obsessionnels de contamination. Plus l'individu surinvestit ses conséquences anticipées, plus il présente des symptômes de contamination. Ce résultat appuie les études qui ont suggéré que les individus souffrant d'un TOC avec des symptômes de contamination présentaient plus de peurs phobiques que ceux avec des symptômes de vérification (Rachman & Hodgson, 1980; Steketee,

Grayson, & Foa, 1984). De toutes les manifestations du TOC, la crainte d'être contaminée représente celle qui se rapproche le plus des phobies spécifiques (Rachman, 2004). Les peurs phobiques se caractérisent par l'appréhension de conséquences dramatiques. Par exemple, l'individu qui craint les chiens a surtout peur d'être mordu. Il anticipe donc cette conséquence, ce qui l'amène à éviter certaines situations (par ex., être dans des lieux où il pourrait être en présence d'un chien). Les stratégies d'évitement qu'on retrouve souvent dans les phobies, caractérisent également la peur d'être contaminé (par ex., éviter de toucher à des objets pour ne pas contracter une maladie incurable). Les individus avec des symptômes de contamination seraient aussi plus sujets à présenter des peurs phobiques parce qu'ils seraient plus sensibles au dégoût, particularité partagée avec les phobies du sang (Tsao & McKay, 2004).

Les résultats de la présente étude suggèrent aussi que les individus qui surinvestissent à la fois leurs doutes obsessionnels et leurs conséquences anticipées souffrent d'un TOC accompagné de différents troubles psychiatriques à l'axe I (par ex., surtout la phobie sociale pour ceux qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels et le TAG pour ceux qui surinvestissent leurs conséquences anticipées). Ce résultat implique qu'un surinvestissement des deux degrés de conviction augmente indirectement la sévérité du TOC en complexifiant le tableau clinique. Pourtant, il n'existe aucun lien significatif entre la sévérité du TOC et le degré de conviction des doutes obsessionnels. Seul le degré d'investissement des conséquences anticipées semble être positivement associé à la sévérité des compulsions. Par contre, cette relation demeure marginale. Il semblerait aussi que les individus qui accordent une plus grande importance à leurs conséquences anticipées se retrouvent plus fréquemment sans emploi, ce qui suggère

que cette particularité chez les TOC puisse être plus handicapante ou contraignante au niveau du fonctionnement. Enfin, des études subséquentes sont cependant nécessaires pour vérifier ces hypothèses.

Les limites de cette étude sont les suivantes : la présence de traits ou de troubles de la personnalité à l'axe II n'a pas été contrôlée, ni étudiée. Aucun instrument standardisé qui évalue la présence d'idées surévaluées n'a en outre été administré. *L'échelle des idées surévaluées (Overvalued Ideas Scale [OVIS] : Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999)* n'était pas disponible au moment de la récolte des données. Malgré ces limites, les résultats de la présente étude suggèrent qu'il est important de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des convictions obsessionnelles. En effet, les variables sociodémographiques/cliniques qui sont significativement corrélées au degré d'investissement des doutes obsessionnels ne sont pas nécessairement associées au degré d'investissement des conséquences anticipées et vice-versa. Ceci suggère une certaine indépendance entre ces deux degrés de conviction. Plus précisément, les résultats de la présente étude appuient l'hypothèse d'indépendance comme suit : la nature des symptômes obsessionnels se différencie selon les degrés de conviction; plus l'individu surinvestit ses doutes obsessionnels, moins il présente des symptômes de vérification. Cependant, plus il surinvestit ses conséquences anticipées, plus il est aux prises avec des symptômes de contamination. Ces résultats abondent dans le même sens qu'une étude antérieure qui soutient l'hypothèse d'indépendance ainsi : la capacité de résister aux rituels compulsifs est uniquement associée au degré de conviction des doutes obsessionnels sans être associée au degré d'investissement des conséquences anticipées; plus l'individu surinvestit ses

doutes obsessionnels, moins il résiste à l'envie d'exécuter ses rituels compulsifs (Grenier et al., soumis pour publication). Les résultats obtenus ont également des implications cliniques. En effet, le traitement traditionnel du TOC par exposition et prévention de la réponse (EX/PR) devrait plus facilement s'appliquer, dans certains cas, aux individus souffrant d'un TOC avec des symptômes de vérification parce que ceux-ci ont généralement moins tendance à surinvestir leurs croyances obsessionnelles par comparaison aux individus aux prises avec des symptômes de contamination. Lorsque le patient suit une thérapie par EX/PR, il doit s'exposer aux conséquences anticipées en éliminant graduellement ses rituels compulsifs. Un individu aux prises avec des symptômes de contamination qui, dès le début de la thérapie, surinvestit ses conséquences anticipées (par ex., considérer qu'il est fortement réaliste de penser qu'il pourrait contaminer les autres) pourrait se montrer plus réticent à réduire ses rituels de lavage pour ne pas subir les conséquences et ainsi compromettre l'efficacité de la thérapie. Il serait alors plus avantageux d'amorcer l'intervention par une approche cognitive qui l'aiderait à diminuer l'importance accordée aux conséquences anticipées. D'autres études cliniques sont cependant nécessaires pour mieux cibler les interventions efficaces selon les degrés d'investissement. Il serait aussi intéressant de mener des études supplémentaires pour vérifier si les deux degrés de conviction (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) se différencient sur d'autres variables cliniques ou sociodémographiques. Il serait également pertinent d'étudier ces deux degrés d'investissement dans d'autres populations cliniques qui appartiennent au spectre TOC, comme le trouble de dysmorphie corporelle par exemple.

Références

- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev.). Washington, DC : APA.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 2-6.
- 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., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York : Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology review*, 8(1), 77-100.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, Albany (NY) : Graywind Publications.

- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms : distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 163-173.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 494-497.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 169-176.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1992). L'Inventaire d'Anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, XX, 47-55.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) : Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) : Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006a). Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature. *Psychologie Canadienne*, 47(2), 96-109.

- Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (soumis pour publication). Clinical assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 343-353.
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder : a study of an Italian sample. *European Psychiatry*, 17, 407-410.
- Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.
- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt : *Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. John Wiley and Sons Inc. West Sussex.

- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 13(4), 359-375.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1227-1255.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). Obsessions and compulsions. New York : Prentice Hall.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions : The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Solyom, L., DiNicola, V. F., Sookman, D., & Luchins, D. (1985). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30(5), 372-380.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T., Clark, D. A. (1988). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 195-205.
- Steketee, G. S., Grayson, J. B., & Foa, E. B. (1984). Obsessive-compulsive disorder : differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 197-201.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions : reliability, validity and sensibility to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.
- Tsao, S. D., & McKay, D. (2004). Behavioural avoidance tests and disgust in contamination fear : distinctions from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 207-216.

Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, O., & Karali, A. (2002). Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 413-423.

Note de l'auteur

Auteur pour la correspondance : Sébastien Grenier, Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal (Québec), Canada, H1N 3V2; Tél. : (514) 251-4015, poste 3532; Courriel : grenier.sebastien.3@courrier.uqam.ca

Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche doctorale octroyée au premier auteur par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

Cette étude a été présentée en partie au 36^{ième} congrès annuel de l'*European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT) qui s'est déroulé à Paris du 20 au 23 septembre 2006.

Tableau 1

Moyennes, écarts-types et corrélations entre le degré d'investissement des doutes obsessionnels, le degré d'investissement des conséquences anticipées et différentes variables continues (N = 108)

Variables continues	Doutes	Conséquences anticipées	M	ET
Doutes obsessionnels	-----	0,63** ^a	56,42	22,71
Conséquences anticipées	-----	-----	54,09	24,39
Âge	0,00	0,13	39,02	10,66
IDB	0,10	0,11	16,98	10,62
IAB	0,09	0,09	14,56	9,68
Sévérité obsessions	0,08	-0,02	11,45	3,57
Sévérité compulsions	0,12	0,16*	12,71	2,71
Sévérité globale du TOC	0,11	0,07	24,17	5,47
Sous-échelles (Padova) :				
Pensées obsessionnelles : se blesser ou blesser les autres	-0,10	-0,01	8,79	5,57
Comportements impulsifs : se blesser ou blesser les autres	-0,05	0,03	3,23	5,00

(Le tableau 1 continu)

Variables continues	Doutes	Conséquences anticipées	<i>M</i>	<i>ET</i>
Contamination	0,02	0,20**	16,93	11,48
Vérification	-0,25**	-0,10	20,38	10,22
Ordre et rangement	-0,10	-0,12	5,29	4,07

Note. * $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$.

IDB = Inventaire de Dépression de Beck ; IAB = Inventaire d'Anxiété de Beck.

La sévérité du TOC a été évaluée à partir des scores obtenus au Y-BOCS.

^a Cette corrélation a été rapportée dans une étude précédente (voir Grenier et al., soumis pour publication).

Tableau 2

Moyennes, écarts-types et tests-t pour le degré d'investissement des doutes obsessionnels selon différentes variables catégorielles

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>dl</i>	<i>t</i>
<i>Sexe</i>				106	-1,76*
Hommes	42	51,93	18,67		
Femmes	66	59,27	24,65		
<i>Statut marital</i>				106	0,14
Célibataire	69	56,64	21,89		
Couple	39	56,01	24,37		
<i>Occupation</i>				106	-1,37
Avec un emploi	71	54,27	21,26		
Sans emploi	37	60,53	25,04		
<i>TAG</i>				105	-0,16
Oui	22	57,28	27,36		
Non	85	56,27	21,65		
<i>Phobie sociale</i>				105	-2,28**
Oui	20	66,75	22,43		
Non	87	54,11	22,35		
<i>Dépression majeure</i>				105	-1,54
Oui	15	64,84	22,69		
Non	92	55,11	22,65		

(Le tableau 2 continu)

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>dl</i>	<i>t</i>
<i>Phobie spécifique</i>				105	-0,31
Oui	12	58,42	26,34		
Non	95	56,22	22,47		
<i>Plus d'un trouble comorbide à l'axe I</i>				105	-2,48**
Oui	26	65,90	24,27		
Non	81	53,44	21,61		

Note. * $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$.

TAG = trouble d'anxiété généralisée.

Degré d'investissement des doutes obsessionnels : 0 = aucunement probable; 100 = extrêmement probable.

Tableau 3

Moyennes, écarts-types et tests-t pour le degré d'investissement des conséquences anticipées selon différentes variables catégorielles

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>dl</i>	<i>t</i>
<i>Sexe</i>				106	-1,79*
Hommes	42	48,88	21,86		
Femmes	66	57,41	25,49		
<i>Statut marital</i>				106	0,00
Célibataire	69	54,10	23,89		
Couple	39	54,09	25,58		
<i>Occupation</i>				106	-2,12**
Avec un emploi	71	50,57	24,03		
Sans emploi	37	60,86	23,96		
<i>TAG</i>				105	-1,58*
Oui	22	61,25	22,70		
Non	85	52,05	24,67		
<i>Phobie sociale</i>				105	-1,40
Oui	20	60,82	20,70		
Non	87	52,36	25,09		
<i>Dépression majeure</i>				105	-0,01
Oui	15	53,98	23,75		
Non	92	53,94	24,70		

(Le tableau 3 continu)

Variables	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>dl</i>	<i>t</i>
<i>Phobie spécifique</i>				105	-0,31
Oui	12	56,03	22,61		
Non	95	53,68	24,78		
<i>Plus d'un trouble comorbide à l'axe I</i>				105	-3,25**
Oui	26	66,95	18,44		
Non	81	49,77	24,78		

Note. * $p \leq 0,10$; ** $p \leq 0,05$.

TAG = trouble d'anxiété généralisée.

Degré d'investissement des conséquences anticipées: 0 = aucunement réaliste; 100 = extrêmement réaliste.

Tableau 4

Régression hiérarchique pour le degré d'investissement des doutes obsessionnels selon les variables sociodémographiques et cliniques

Étapes et variables de prédiction	R^2	ΔR^2	sr^2	β
Étape 1	0,40**			
Degré d'investissement des conséquences anticipées			0,28	0,58**
Étape 2	0,45**	0,05*		
Sexe			0,00	0,03
Phobie sociale en comorbidité			0,01	0,11
Plus d'un trouble comorbide à l'axe I			0,00	0,51
Vérification			0,04	-0,20**

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

sr^2 = corrélation semi-partielle : correspond au pourcentage de réduction du R^2 si la variable est retirée de l'équation.

Tableau 5

Régression hiérarchique pour le degré d'investissement des conséquences anticipées selon les variables sociodémographiques et cliniques

Étapes et variables de prédiction	R^2	ΔR^2	sr^2	β
Étape 1	0,40**			
Degré d'investissement des doutes obsessionnels			0,31	0,59**
Étape 2	0,47**	0,07*		
Sexe			0,00	0,04
Occupation			0,01	0,13
TAG en comorbidité			0,01	0,09
Plus d'un trouble comorbide à l'axe I			0,01	0,10
Sévérité des compulsions			0,00	-0,04
Contamination			0,02	0,17*

Note. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

TAG = trouble d'anxiété généralisée.

sr^2 = corrélation semi-partielle : correspond au pourcentage de réduction du R^2 si la variable est retirée de l'équation.

CHAPITRE V

DEGRÉ D'INVESTISSEMENT DES CROYANCES OBSESSIONNELLES, DURÉE DES COMPULSIONS ET SÉVÉRITÉ DU TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF : UNE ANALYSE DE SÉRIES TEMPORELLES DE LEURS INTERRELATIONS

Une version anglaise de ce manuscrit sera prochainement soumise à la revue *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

En-tête : Interrelations des croyances obsessionnelles avec d'autres facteurs durant un suivi

Degré d'investissement des croyances obsessionnelles, durée des compulsions et sévérité du trouble obsessionnel-compulsif : une analyse de séries temporelles de leurs interrelations

Sébastien Grenier*

Kieron P. O'Connor**

Claude Bélanger***

* M.Ps., candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

** M.Phil., Ph.D., Centre de recherche Fernand-Seguin de l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

*** Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM); Département de psychiatrie, Université McGill et Centre de recherche de l'hôpital Douglas.

Résumé

Cette recherche a comme objectif de vérifier : 1) comment le degré d'investissement des doutes obsessionnels interagit avec celui des conséquences anticipées et 2) comment ces deux composantes cognitives changent en relation avec la durée des rituels compulsifs et avec la sévérité des symptômes obsessionnels durant une thérapie pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Quatre patients « contaminateurs » et quatre « vérificateurs » ont suivi une thérapie cognitive-comportementale de 24 semaines. Les degrés d'investissement et la durée des rituels compulsifs ont été évalués quotidiennement à l'aide de calepins d'auto-observations. La sévérité du TOC a été évaluée par le Y-BOCS. Trois phases thérapeutiques (début du suivi, mi et fin du traitement) ont ensuite été comparées sur ces différentes mesures. Les résultats ont démontré que les composantes cognitives et comportementales du TOC diminuaient principalement en tandem durant les thérapies jugées efficaces. Les résultats ont aussi démontré que le degré d'investissement des conséquences anticipées pouvait diminuer durant la thérapie sans être accompagné d'une réduction significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels, mais que l'inverse n'était pas vrai. Les retombées cliniques sont discutées.

Degré d'investissement des croyances obsessionnelles, durée des compulsions et sévérité du trouble obsessionnel-compulsif : une analyse de séries temporelles de leurs interrelations

Jusqu'à tout récemment, les recherches et les traitements se sont surtout intéressés aux composantes comportementales du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) (Storchheim & O'Mahony, 2006). Pourtant, il a été démontré que le TOC avait aussi une composante cognitive tout aussi importante que la composante comportementale (Rachman, 1996). Le manque d'études sur les composantes cognitives du TOC pourrait s'expliquer par une difficulté d'opérationnaliser l'aspect plus cognitif de ce trouble. Les changements comportementaux qui s'opèrent durant une thérapie sont effectivement plus faciles à mesurer que les changements cognitifs (Rachman, 1996). Malgré cette difficulté d'évaluation, quelques études cliniques ont démontré que les changements cognitifs étaient parfois associés aux changements comportementaux durant une thérapie pour le TOC. En effet, il a été démontré que les individus qui répondaient au volet comportemental du traitement par exposition et prévention de la réponse (EX/PR), marqué par une réduction significative des rituels compulsifs, présentaient plus de changements cognitifs, comparativement à ceux qui ne répondaient pas bien au traitement (Emmelkamp, van Oppen, & van Balkom, 2002, cité dans Storchheim & O'Mahony, 2006). Des études ont en outre suggéré que les rituels compulsifs, la sévérité du TOC ainsi que l'intensité des croyances obsessionnelles diminuaient concurremment durant une thérapie par EX/PR (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988). Une autre étude a également démontré que les changements observés durant une thérapie pour le TOC ne s'opéraient pas

Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 140

uniquement entre une seule catégorie de croyances obsessionnelles et les comportements ritualisés, mais également entre plusieurs niveaux de croyances obsessionnelles (Storchheim & O'Mahony, 2006). En effet, dans cette étude les croyances obsessionnelles ont été divisées en deux catégories : les croyances spécifiques ou manifestes de premier niveau (par ex., l'importance des croyances obsessionnelles, la nécessité de faire ses rituels compulsifs, etc.) et les croyances générales de deuxième niveau (par ex., la surestimation des dangers, l'hyper responsabilité, etc.). Les croyances de premier niveau ont été évaluées à partir de l'Échelle des idées surévaluées (*Overvalued Ideas Scale* [OVIS] : Neziroglu, McKay, Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) tandis que le Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (*Obsessional Beliefs Questionnaire* [OBQ] : Obsessive Compulsive Cognitions Working Group [OCCWG], 2002) a été utilisé pour mesurer les croyances de deuxième niveau. Les résultats de cette étude ont démontré que l'investissement (c.-à-d. l'intensité ou la force) des croyances obsessionnelles spécifiques et générales ainsi que la durée des rituels compulsifs fluctuaient conjointement durant les interventions jugées efficaces (Storchheim & O'Mahony, 2006). Finalement, une autre étude s'est plutôt intéressée à la direction des liens entre les composantes cognitives et comportementales du TOC en utilisant des analyses de séries temporelles multivariées (Rhéaume & Ladouceur, 2000). Dans cette étude, six participants ont suivi une thérapie pour le TOC de 16 semaines (exposition avec prévention de la réponse ou cognitive) jugée efficace. Les résultats ont suggéré qu'une diminution du caractère dérangeant des rituels compulsifs (c.-à-d. jusqu'à quel point les rituels interfèrent dans le fonctionnement quotidien), durant une thérapie efficace pour le TOC, pouvait précéder ou suivre (relation bidirectionnelle) une

modification des croyances obsessionnelles telles que la surestimation des dangers, l'hyper responsabilité et le perfectionnisme. En bref, les quelques études qui se sont intéressées aux processus de changements durant une thérapie pour le TOC ont obtenu des résultats inconsistants; dans certains cas, les composantes cognitives et comportementales diminuent en tandem, dans d'autres cas, certains changements en précèdent d'autres. Il est donc pertinent de mener des études longitudinales supplémentaires pour mieux comprendre les processus de changements qui s'opèrent durant une thérapie pour le TOC.

Faisant suite aux études énumérées ci-dessus sur les processus de changements, deux composantes cognitives du TOC seront étudiées ici de façon longitudinale : le degré d'investissement des doutes obsessionnels et le degré d'investissement des conséquences anticipées (voir Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2006a). Un individu surinvestit son doute obsessionnel lorsqu'il lui accorde beaucoup d'importance et de crédibilité (par ex., je considère qu'il est fortement probable que mes mains puissent être contaminées). Il surinvestit la conséquence anticipée, qui découle de ce doute, lorsqu'elle devient très importante pour lui ou fortement réaliste (par ex., si mes mains sont effectivement contaminées, je crois qu'il est très réaliste de penser que je pourrais contaminer les autres). Cette façon d'évaluer les croyances obsessionnelles découle d'un modèle cognitif du TOC, à savoir l'Approche Basée sur les Inférences (ABI : O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). En effet, le modèle ABI suggère d'évaluer des croyances obsessionnelles en séparant le doute initial, point de départ du TOC, des conséquences qui s'ensuivent. Malgré l'importance de séparer ces deux composantes cognitives durant l'évaluation des croyances obsessionnelles, une recension des écrits scientifiques a

démontré que cette procédure n'était pas suivie et que la plupart des chercheurs évaluaient l'insight des individus souffrant d'un TOC sans les distinguer (Grenier et al., 2006a). Pourtant, une étude transversale effectuée dans notre laboratoire a démontré que l'intensité des doutes obsessionnels, avant le début d'une thérapie, n'était pas toujours équivalente à celle des conséquences anticipées par le sujet; environ le quart des individus qui surinvestissaient leurs doutes obsessionnels sous investissaient en même temps leurs conséquences anticipées (Grenier, O'Connor, & Bélanger, soumis pour publication). Ce résultat appuyait le modèle ABI en suggérant d'évaluer les degrés d'investissement, qui se rapportaient aux doutes et aux conséquences, de façon distincte. Une autre étude effectuée par notre laboratoire a démontré que ces degrés d'investissement étaient associés à des symptômes obsessionnels spécifiques; plus l'individu présentait des symptômes de vérification, moins il surinvestissait ses doutes obsessionnels. Cependant, plus il était aux prises avec des symptômes de contamination, plus il surinvestissait les conséquences anticipées (Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2006b). Le type de symptômes obsessionnels était donc sur la base d'analyses transversales associé à différents degrés de conviction. Encore une fois, cette étude soutenait le modèle ABI en soulignant l'importance de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des croyances obsessionnelles. Malgré l'obtention de résultats robustes, il était cependant impossible, sur la base d'études transversales, d'examiner comment les degrés d'investissement fluctuaient durant une thérapie et comment ceux-ci influençaient le processus thérapeutique.

L'objectif de la présente étude longitudinale est donc de vérifier comment les deux degrés d'investissement sous observation (doutes obsessionnels et conséquences

anticipées) interagissent entre eux et comment ceux-ci se modifient en relation avec la durée des rituels compulsifs et avec la sévérité des symptômes obsessionnels durant une thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour le TOC. Puisqu'une étude transversale effectuée par notre laboratoire (Grenier et al., 2006b) a démontré, tel que rapporté, que les degrés d'investissement étaient associés, avant le début d'une thérapie, aux symptômes de vérification ou de contamination, la présente étude a aussi comme objectif de vérifier si ces degrés de conviction interagissent différemment selon le type de symptômes prédominants. En fait, les changements thérapeutiques seront étudiés, mais cette fois-ci en prenant soin de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des croyances obsessionnelles. En raison de l'absence de résultats fermes sur la direction des changements, il est prévu que les différentes composantes diminuent en tandem durant la TCC pour le TOC.

Méthodologie

Participants

Recrutement. Les participants ont été sélectionnés à partir d'une base de données compilée au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Pour être inclus dans la recherche, l'individu devait souffrir d'un TOC avec obsessions de contamination ou de vérification prédominantes selon le DSM-IV (APA : 1994) et selon les scores obtenus à la version révisée de l'Inventaire de Padova (Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995). Il devait aussi avoir rempli tous les calepins d'auto-observations et s'être amélioré de façon significative durant une thérapie cognitive-comportementale pour le TOC. Les participants ont été considérés « répondants » à la thérapie lorsqu'une réduction d'au moins 35 % des scores obtenus au Y-BOCS était

Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 144

enregistrée entre le pré et le post-traitement (voir Catapano, Sperandeo, Perris, Lanzaro, & Maj, 2001; Eisen et al., 2001; Kishore, Samar, Janardhan Reddy, Chandrasekhar, & Thennarasu, 2004) et lorsque les scores étaient inférieurs à 16 à la fin de la thérapie, scores habituellement considérés comme étant plus près de la moyenne enregistrée dans une population non clinique que dans une population clinique (Steketee, Frost, & Bogart, 1996). Cette façon de procéder a permis de s'assurer que les changements observés à la fin de la thérapie (Y-BOCS) étaient significatifs. Les individus qui présentaient une personnalité limite, paranoïaque ou schizotypique n'ont pas été acceptés dans le projet de recherche. Les individus qui présentaient des idées suicidaires ainsi que ceux qui souffraient d'un trouble psychotique (par ex., une schizophrénie ou un trouble délirant) ont aussi été exclus. Il est à noter que la présence d'un trouble comorbide au TOC à l'axe I ne représentait pas un critère d'exclusion.

Échantillon. Sur 32 participants potentiels identifiés comme étant des « contamineurs » ($n = 18$) ou des « vérificateurs » ($n = 14$) dans une base de données (voir Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006)⁴, seulement huit participants répondaient aux critères d'inclusion décrits ci-dessus. L'échantillon final comprenait donc quatre « contamineurs » (participants 1 à 4) et quatre « vérificateurs » (participants 5 à 8). Les résultats obtenus à l'*entrevue de Yale-Brown* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) ont démontré que les participants souffraient, en

⁴ Nous avons utilisé les mêmes critères de répartition en sous-types prédominants que Julien et ses collègues (2006). Ils se résumaient ainsi : obtenir une moyenne de scores égale ou supérieure à 2,0 pour une sous-échelle donnée. Cette moyenne de scores devait aussi être, au minimum, 0,5 supérieure à n'importe quelles moyennes de scores obtenues aux autres sous-échelles. Le critère de 2,0 assurait d'inclure seulement les participants qui obtenaient une moyenne de scores pour un sous-type donné qui se situait entre « beaucoup » et « énormément » sur la sous-échelle du Padova (indiquant des symptômes obsessionnels plus sévères).

Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 145

moyenne, d'un TOC d'intensité sévère au début du traitement ($M = 25,37$; $ET = 5,29$) et de symptômes obsessionnels légers à la fin du traitement ($M = 9,63$; $ET = 3,20$).

L'échantillon de patients, caractérisé par des craintes excessives de contamination ($N = 4$), se présentait comme suit : la première participante était une femme de 45 ans, célibataire et sans emploi. Elle se lavait les mains plusieurs fois par jour et prenait des douches excessives pour éviter de contracter une maladie incurable. Cette femme souffrait aussi d'une phobie sociale en comorbidité. Il est à noter qu'au moment de suivre la thérapie, elle ne prenait aucun médicament pour contrer l'anxiété.

La deuxième participante était une femme de 47 ans, mariée et travailleuse à temps plein dans une garderie. Elle pouvait se laver les mains jusqu'à 40 fois par jour pour éviter de contracter une maladie ou de mourir empoisonnée. Cette femme souffrait aussi d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) en comorbidité. Au moment de débiter la thérapie, elle prenait un antidépresseur prescrit pour le TOC.

La troisième participante était une femme de 43 ans, célibataire et sans emploi. Les peurs obsessionnelles se caractérisaient par un dégoût des sécrétions corporelles et par des préoccupations excessives concernant les saletés microscopiques. Elle se lavait les mains et nettoyait quelques objets plusieurs fois par jour pour ainsi éviter la contamination. Cette femme souffrait aussi d'un trouble dépressif majeur secondaire au TOC et prenait un antidépresseur avant de débiter la thérapie.

Le quatrième participant était un homme de 41 ans, marié et travailleur à temps plein dans le domaine de la sécurité. Pour éviter d'être contaminé, il pouvait se laver les mains de façon excessive ou essuyer soigneusement les objets avant de les manipuler.

Ce participant ne souffrait d'aucun trouble comorbide au TOC. Par contre, il prenait un antidépresseur avant de débiter la thérapie.

L'échantillon de patients avec compulsions de vérification ($N = 4$) se présentait de la façon suivante : le cinquième participant était un homme de 31 ans, séparé et travailleur à temps partiel comme journalier. Pour éviter de commettre des erreurs ou d'être tenu responsable d'un feu, il pouvait vérifier plusieurs fois les fenêtres, la cuisinière, les robinets et les portes avant de quitter son domicile. Ce participant ne souffrait d'aucun trouble comorbide au TOC et ne prenait aucun médicament psychotrope avant de débiter la thérapie.

La sixième participante était une femme âgée de 21 ans, célibataire et étudiante à temps plein. Elle vérifiait de façon excessive, avant de se coucher, la porte d'entrée, les appareils électriques et la cuisinière pour ainsi prévenir le vole ou le feu. Cette femme ne présentait aucun trouble comorbide au TOC. Elle prenait un antidépresseur avant de débiter la thérapie.

La septième participante était une femme âgée de 35 ans, mariée et sans emploi. Elle se décrivait comme une personne très méticuleuse, organisée, perfectionniste et dévouée à son travail. Elle perdait un temps fou au travail en faisant des vérifications excessives de ses documents. Aucun trouble comorbide au TOC à l'axe I n'a été diagnostiqué. Cependant, des traits de personnalité obsessionnelle-compulsive semblaient être présents à l'axe II. Un antidépresseur lui avait été prescrit pour le TOC.

La dernière participante était une femme âgée de 56 ans, célibataire et retraitée depuis peu. Elle occupait un emploi manuel dans un atelier. Cette femme voulait à tout prix prévenir les erreurs, ce qui l'amenait à faire des vérifications excessives (par ex.,

portes, fenêtres, cuisinière, calorifères, etc.) avant de quitter son domicile. Elle souffrait aussi d'une phobie spécifique (peur des hauteurs) comorbide au TOC. Il est à noter qu'elle prenait trois médicaments psychotropes différents (un antidépresseur, un anxiolytique et un neuroleptique) avant de débiter la thérapie.

Instruments d'évaluation

L'entrevue de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* [Y-BOCS] : Goodman et al., 1989a, 1989b) est une entrevue structurée qui permet d'évaluer la présence et la sévérité du TOC. Elle mesure l'importance des manifestations du TOC en termes de stabilité, de validité et de sensibilité aux effets du traitement (Taylor, 1995).

L'Inventaire de Padova (*Padua Inventory* [PI] : Sanavio, 1988) est un questionnaire autoadministré qui comprend 60 items mesurant les symptômes obsessifs-compulsifs, dont certains ne sont pas inclus dans d'autres instruments de mesure. Contrairement à plusieurs autres questionnaires, cet instrument possède l'avantage de distinguer la composante obsessionnelle des éléments compulsifs. La version de Van Oppen et ses collègues (1995) a été utilisée pour identifier les sous-types prédominants (voir Julien et al., 2006). Cette version du Padova présente d'excellentes propriétés psychométriques avec un indice de consistance interne satisfaisant (Alpha de Cronbach = 0,89). De plus, il discrimine les patients souffrant d'un TOC des autres sans trouble psychiatrique. Il différencie aussi les individus souffrant d'un TOC de ceux aux prises avec une phobie sociale ou un trouble panique (Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995).

Les calepins d'auto-observations quotidiennes pour le TOC permettent d'observer les processus de changements durant une thérapie, en recueillant différentes données longitudinales au sujet des degrés d'investissement et de la durée des rituels compulsifs. Plus précisément, le degré de conviction des doutes obsessionnels est évalué à partir d'une échelle qui s'étale de 0 (aucunement) à 100 (extrêmement) (voir O'Connor & Robillard, 1999). Un doute de vérification est identifié pour les participants répartis dans le groupe des « vérificateurs » et un doute de contamination est identifié pour ceux répartis dans le groupe des « contamineurs ». La sélection des doutes obsessionnels s'effectue par le thérapeute, en collaboration avec le participant, en suivant la directive ci-après : choisir le doute le plus significatif qui représente le mieux son problème de contamination ou de vérification. Le doute prédominant ainsi identifié est ensuite évalué quotidiennement tout au long de la thérapie. À titre d'exemple, pour une obsession de contamination, la question suivante est posée : jusqu'à quel point considérez-vous qu'il est probable que vos mains puissent être contaminées?

Le degré de conviction des conséquences anticipées est aussi évalué en utilisant une échelle identique à celle du degré d'investissement des doutes obsessionnels et toujours en se servant des calepins. La conséquence anticipée qui découle du doute obsessionnel préalablement identifié est ici évaluée, invariablement une fois par jour. Par exemple, pour l'obsession de contamination qui concerne les mains, la question suivante est posée : si vos mains sont effectivement contaminées, jusqu'à quel point est-il réaliste de penser que vous pourriez contaminer les autres?

Enfin, la durée des rituels compulsifs est également estimée, en minutes, une fois par jour en utilisant les mêmes calepins. Le participant doit évaluer le temps global

consacré à ses rituels compulsifs en répondant à l'énoncé suivant : veuillez évaluer la durée de vos rituels compulsifs aujourd'hui. Il convient de souligner que la procédure de cotation des calepins est décrite dans un manuel d'instructions détaillées, présenté par le psychologue au participant (Freeston & O'Connor, 1997).

Procédure

Les participants devaient tous suivre une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) spécialisée pour le TOC d'une durée de 20 semaines. Les huit participants, sélectionnés dans la base de données, ont débuté leur thérapie entre 1997 et 2002 au Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS) de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Même si les participants n'avaient pas tous suivi leur thérapie durant la même période, des précautions ont été prises pour s'assurer que les traitements étaient comparables. Plus précisément, ces thérapies adressaient autant les croyances obsessionnelles que les rituels compulsifs, sans prioriser une composante plus qu'une autre. Les principales stratégies d'intervention étaient les suivantes : restructuration cognitive et exposition avec prévention de la réponse (EX/PR). Avant les 20 semaines de thérapie, environ quatre semaines étaient consacrées à l'évaluation détaillée des symptômes obsessionnels par le psychologue responsable du traitement. Dès ces rencontres d'évaluation, les participants devaient évaluer quotidiennement, à partir des calepins, leurs degrés de conviction (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) ainsi que la durée de leurs rituels compulsifs. L'entrevue de *Yale-Brown* (Y-BOCS) était administrée à trois reprises (pré, mi et post-traitement) par des thérapeutes indépendants formés par un psychologue d'expérience. Pour les six participants qui prenaient des médicaments, la

dose devait être stabilisée depuis trois mois avant le début de la thérapie. Aucune modification de la posologie n'était permise durant la thérapie.

Résultats

Design et survol des analyses statistiques

Un design à cas uniques ($N = 8$) avec mesures répétées fut utilisé. Plus précisément, les données longitudinales ont été analysées par inspection visuelle et en utilisant la procédure statistique décrite par Mueser, Yarnold et Foy (1991, voir aussi Storchheim & O'Mahony, 2006), procédure similaire à celle détaillée par Jacobson et Truax (1991). L'utilisation de cette procédure permet de tester si les changements observés entre le début, le mi et la fin d'un traitement sont significatifs. Cette méthode permet donc de comparer trois phases de traitement ou trois points dans le temps, contrairement à l'analyse de séries temporelles (AST) qui ne permet pas de telles comparaisons (voir Mueser et al., 1991, p. 135). L'avantage de cette procédure, contrairement à l'AST, est de pouvoir comparer des mesures qui comportent plusieurs points d'observation (par ex., les calepins d'auto-observations quotidiennes) avec des mesures qui en comportent seulement trois (par ex., le Y-BOCS seulement administré au pré, au mi et à fin du traitement). De plus, l'AST est une technique moins appropriée pour étudier l'évolution des composantes cognitives et comportementales du TOC étant donné que la condition de stationnarité⁵ pour ces éléments n'est pas respectée (O'Connor, 1992). La méthode statistique utilisée dans cette recherche, pouvant être utilisée dans l'analyse des processus non stationnaires, comprend le calcul d'une différence critique (DC) qui évalue si l'écart entre n'importe quelles paires de scores Z

⁵ Un processus est stationnaire lorsque ses caractéristiques (par ex., la moyenne, la variance, etc.) demeurent inchangées au fil du temps.

ipsatifs, à un point donné durant la thérapie, rencontre minimalement un critère de différence significative. Autrement dit, la DC correspond à la différence absolue entre n'importe quelles paires de scores Z ipsatifs qui atteignent, par exemple, le critère minimal de 0,05 pour une hypothèse donnée (Mueser et al., 1991, p. 141). Pour calculer la DC et contrôler les fluctuations aléatoires dans le temps, il est nécessaire de connaître la fidélité test-retest des mesures utilisées. Mueser et al. (1991) suggèrent d'utiliser la fonction d'autocorrélation avec un délai (*one-lag autocorrelation function* : $ACF[1]$) si la fidélité test-retest enregistrée dans la population est inconnue. L' $ACF(1)$ est l'équivalent d'un coefficient de fidélité test-retest évalué à partir de toutes les paires d'observations dans le temps (Mueser et al., 1991, p. 140). Pour le Y-BOCS, les coefficients de fidélité test-retest (sept jours) habituellement rapportés dans les études se situent entre 0,81 et 0,97 (Storchheim & O'Mahony, 2006); dans la présente étude, la valeur conservatrice de 0,81 a été utilisée pour estimer la fidélité test-retest du Y-BOCS dans l'échantillon (voir Storchheim & O'Mahony, 2006). À partir des DC, trois phases de traitement ont été comparées en utilisant la méthode des scores Z composés décrite par Mueser et al. (1991). Tout d'abord, un niveau de base pour chacune des mesures d'auto-observations était estimé à partir de la moyenne obtenue durant le premier mois d'évaluation ou le début du suivi thérapeutique (phase 1). Les deux autres temps de mesure étaient le mi-traitement (phase 2), soit la moyenne enregistrée durant le troisième mois de suivi, et la fin du traitement (phase 3), soit la moyenne du sixième et dernier mois de suivi. De plus, puisqu'une diminution des mesures était prévue entre le début et la fin du traitement, des tests unidirectionnels (*one-tailed*) ont été utilisés.

Inspection visuelle des données longitudinales à partir des calepins d'auto-observations

Les fluctuations enregistrées entre le début du suivi et la fin du traitement pour les différentes mesures d'auto-observations présentées sous la forme de scores Z ipsatifs peuvent être consultées à la figure 1. L'inspection visuelle des calepins a démontré que la durée des rituels compulsifs ainsi que les degrés de conviction diminuaient surtout en tandem durant la thérapie, sauf pour les participants 3 et 8 où la réduction était moins marquée.

Analyses statistiques des données longitudinales à partir des calepins d'auto-observations et du Y-BOCS

Les statistiques descriptives, les scores Z ipsatifs pour les trois phases de traitement, la fidélité et les différences critiques (DC) pour chacune des mesures d'auto-observations et pour le Y-BOCS sont présentés au tableau 1. Il est à noter que plus la fidélité est faible pour une mesure donnée, plus la DC requise pour atteindre le seuil de signification statistique est élevée.

Les résultats des tests statistiques (basés sur l'utilisation des DC présentées au tableau 1) pour les différentes comparaisons possibles entre les trois phases du traitement sont résumés au tableau 2. La moyenne de la phase 1 (début du suivi) est comparée à la moyenne de la phase 2 (mi-traitement) (comparaison 1), la moyenne de la phase 2 (mi-traitement) est comparée à la moyenne de la phase 3 (fin du traitement) (comparaison 2) et, enfin, la moyenne de la phase 1 (début du suivi) est comparée à la moyenne de la phase 3 (fin du traitement) (comparaison 3).

De façon générale et comme prévu, les résultats ont démontré que cinq participants (1, 2, 4, 5 et 6) avaient bénéficié en totalité du traitement, succès

Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 153

thérapeutique qui s'expliquait par une diminution significative des quatre mesures entre le début du suivi et la fin du traitement. Les trois autres participants (3, 7 et 8) avaient tous enregistré une diminution significative de la sévérité du TOC entre le début et la fin du traitement, sans toutefois obtenir une réduction significative sur toutes les mesures. Il est à noter que pour les participants 3 et 7, les degrés de conviction (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) tendaient vers une réduction significative. Les résultats ont aussi démontré que les changements durant la thérapie s'étaient principalement produits durant la première moitié du traitement (entre le début et le mi-traitement) autant chez les « contamineurs » que chez les « vérificateurs ».

Interrelations entre le degré de probabilité des doutes et le degré de réalisme des conséquences. Les résultats ont démontré que les deux degrés de conviction diminuaient principalement en tandem durant la thérapie. En effet, une diminution du degré d'investissement des doutes obsessionnels accompagnait habituellement une réduction du degré d'investissement des conséquences anticipées. Par contre, chez deux « vérificateurs » (participants 6 et 8), une réduction significative du degré d'investissement des conséquences anticipées n'était pas toujours accompagnée par une diminution significative du degré de conviction des doutes obsessionnels. Un résultat similaire a été obtenu chez un « contamineur » (participant 3); le degré d'investissement des conséquences anticipées tendait vers une réduction significative entre le mi et la fin du traitement, sans être accompagné d'une diminution du degré d'investissement des doutes obsessionnels durant la même période.

Ces résultats suggéraient que le degré d'investissement des conséquences anticipées pouvait diminuer entre deux phases thérapeutiques sans qu'il y ait de

réduction significative du degré de conviction des doutes obsessionnels durant ce même laps de temps. Le contraire n'était cependant pas vrai; une réduction significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels s'accompagnait toujours d'une diminution significative du degré de conviction des conséquences anticipées, autant chez les « vérificateurs » que chez les « contamineurs ».

Interrelations entre les degrés de conviction et la durée des rituels compulsifs.

Pour la majorité des participants, les degrés de conviction et la durée des rituels compulsifs diminuaient conjointement durant la thérapie. Par contre, une diminution significative de la durée des rituels compulsifs entre deux phases thérapeutiques ne s'accompagnait pas toujours d'une réduction significative des degrés de conviction durant ce même laps de temps (surtout pour les participants 5 et 7, deux « vérificateurs »). Ces résultats sous-entendaient que la durée des rituels compulsifs pouvait diminuer en l'absence d'une réduction significative des degrés de conviction. L'inverse semblait aussi vrai; une réduction significative des degrés de convictions entre deux phases thérapeutiques ne s'accompagnait pas systématiquement d'une diminution significative du temps consacré aux rituels compulsifs (voir les résultats pour les participants 1, 6 et 8). Ce dernier résultat s'appliquait autant aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ». Il est à noter que seulement deux participants (3 et 8) n'avaient enregistré aucune diminution significative de la durée des rituels compulsifs entre le début du suivi et la fin du traitement.

Interrelations entre les degrés de conviction et la sévérité du TOC (Y-BOCS).

Les résultats ont démontré que dans l'ensemble les degrés de conviction et la sévérité du TOC diminuaient conjointement entre le début du suivi et la fin du traitement. Par

contre, entre le début et le mi-traitement, une diminution significative de la sévérité du TOC ne s'accompagnait pas en tout temps d'une réduction significative des degrés de conviction chez la plupart des participants (sauf pour les participants 4 et 6). Ce résultat suggérait qu'une réduction significative de la sévérité du TOC durant la première moitié du traitement pouvait s'effectuer en l'absence de changements significatifs des degrés de conviction. Il est à noter que le phénomène inverse s'observait chez deux participants. En effet, respectivement pour le participant 1 et 8, une diminution significative des deux degrés d'investissement ou seulement du degré d'investissement des conséquences anticipées était observée en l'absence d'une réduction significative de la sévérité du TOC durant la première ou la deuxième moitié du traitement. Tous ces résultats s'appliquaient autant aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ».

Discussion et conclusions

Dans l'ensemble, la durée des rituels compulsifs, la sévérité du TOC ainsi que les degrés d'investissement, considérés dans cette étude, diminuent principalement en tandem durant une thérapie pour le TOC qui cible à la fois les cognitions (restructuration cognitive) et les comportements (exposition et prévention de la réponse). Ce résultat s'applique autant aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ». En particulier, la diminution en tandem de ces différentes variables entre le début et la fin du traitement se résume ainsi : a) une diminution significative de la durée des rituels compulsifs est observée pour tous les participants sauf deux; b) une réduction significative des degrés d'investissement est observée pour tous les participants sauf deux; et c) une diminution significative de la sévérité du TOC est obtenue pour tous les participants. Le changement en tandem des composantes cognitives et comportementales du TOC s'est

donc ici produit à l'intérieur d'un processus thérapeutique efficace. Ces résultats corroborent ceux obtenus dans d'autres études suggérant que les changements comportementaux, lorsque le traitement est efficace, deviennent plus probants en présence de changements cognitifs, et vice-versa (Foa et al., 1999; Lelliott et al., 1988; Storchheim & O'Mahony, 2006).

Entre deux phases thérapeutiques, lorsque les degrés de conviction à l'étude ne diminuent pas conjointement, le degré d'investissement des conséquences anticipées peut diminuer seul, sans qu'il y ait de changements significatifs sur le degré d'investissement des doutes. Par exemple, un « vérificateur » qui suit une thérapie pour le TOC peut évaluer que la conséquence anticipée est moins réaliste, au mi-traitement, par comparaison à ce qu'elle était au début du suivi (par ex., je pourrais me faire voler), sans pour autant réduire de façon significative la probabilité qu'il alloue à son doute (par ex., peut-être que ma porte est déverrouillée?). Cependant, une réduction du degré d'investissement des doutes obsessionnels s'accompagne toujours d'une diminution du degré d'investissement des conséquences anticipées, suggérant dès lors l'avantage pour le clinicien de cibler rapidement les doutes obsessionnels durant une thérapie pour le TOC. En effet, puisque la conséquence anticipée (par ex., je vais contaminer les autres) découle du premier questionnaire (par ex., peut-être que mes mains sont contaminées?), il pourrait être avantageux, durant une thérapie cognitive comme l'approche ABI (O'Connor et al., 2005), d'adresser directement les doutes initiaux, ce qui en retour pourrait réduire simultanément l'importance que le client accorde aux conséquences qui s'ensuivent. En fait, en ciblant uniquement les conséquences anticipées en début de thérapie et en faisant de celles-ci une priorité d'intervention, le

client peut continuer de surinvestir, pendant un certain laps de temps, ses doutes obsessionnels. En tel cas, les interventions comportementales par EX/PR pourraient s'avérer moins efficaces. Il est effectivement possible que l'individu refuse de réduire la fréquence des vérifications ou des lavages ritualisés, même s'il juge les conséquences anticipées peu réalistes (par ex., se faire voler ou contaminer les autres), en prétextant que ses doutes demeurent fortement probables (par ex., peut-être que la porte est déverrouillée ou peut-être que mes mains sont contaminées?). Les résultats ici obtenus corroborent ceux d'une étude transversale, effectuée dans notre laboratoire, démontrant qu'un individu peut surinvestir, avant le début du traitement, ses doutes obsessionnels tout en jugeant peu réalistes les conséquences anticipées (Grenier et al., soumis pour publication).

L'analyse des liens entre les composantes cognitives et comportementales du TOC et de leurs fluctuations durant une thérapie permet d'inférer certaines conclusions : lorsque la durée des rituels compulsifs (composante comportementale) et les degrés de conviction (composante cognitive) ne diminuent pas conjointement durant une thérapie, des changements cognitifs significatifs sont possibles en l'absence de changements comportementaux marquants, et vice-versa. Dans certains cas, aucun changement cognitif d'importance n'accompagne les changements comportementaux significatifs. Par exemple, un « vérificateur » qui suit une thérapie pour le TOC peut réduire la fréquence de ses vérifications excessives entre deux phases de traitement, sans juger de façon significative son doute moins probable (par ex., peut-être que ma porte est déverrouillée?) ou sa conséquence moins réaliste (par ex., je pourrais me faire voler). L'absence de changements cognitifs d'importance en présence de changements

Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 158

comportementaux significatifs se manifeste surtout chez les « vérificateurs ». Une étude, effectuée dans notre laboratoire, suggère que plus l'individu présente des symptômes de vérification, moins il surinvestit ses doutes obsessionnels (Grenier et al., 2006b). Au début du suivi thérapeutique, les « vérificateurs » de l'échantillon avaient effectivement moins tendance à surinvestir leurs doutes obsessionnels par comparaison aux « contamineurs ». De façon générale, ils surinvestissaient aussi moins leurs conséquences anticipées. Il est avancé comme hypothèse que des changements comportementaux peuvent se produire durant une thérapie en l'absence de changements cognitifs significatifs, lorsque les degrés de conviction sont moins élevés au départ. Dans d'autres cas, aucun changement comportemental d'importance n'accompagne les changements cognitifs atteignant le seuil de signification. Par exemple, un « contamineur » peut à la fin du traitement allouer moins d'importance à son doute (par ex., peut-être que ma porte est déverrouillée?) et à la conséquence qui s'ensuit (par ex., me faire voler), mais continuer à se laver les mains aussi fréquemment. Cette fois-ci, l'absence de changements comportementaux significatifs en présence de changements cognitifs s'applique autant aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ». La procédure d'évaluation qui demandait à l'individu d'estimer la durée globale des rituels compulsifs, associés ou pas à l'obsession prédominante, pourrait expliquer la présence de changements cognitifs en l'absence d'une réduction significative du temps consacré aux rituels compulsifs. L'individu peut effectivement consacrer toujours le même laps de temps aux compulsions qui ne découlent pas de l'obsession prédominante, malgré la présence de changements cognitifs pour cette obsession. Cette hypothèse devra être testée ultérieurement avant d'être confirmée, mais cette fois-ci en prenant soin d'évaluer

uniquement le temps consacré aux rituels compulsifs qui découlent des obsessions prédominantes étudiées. Une autre hypothèse est avancée pour expliquer l'absence de changements comportementaux significatifs en présence de changements cognitifs; la présence d'émotions intenses (par ex., anxiété, colère, frustration, etc.) non mesurées par les calepins. Cliniquement, l'individu peut remettre en question ses convictions et comprendre de façon rationnelle qu'elles ne font aucun sens, sans que cette nouvelle perception ne soit intégrée émotionnellement. Par exemple, malgré une réduction significative des degrés de conviction, un individu qui vit toujours autant d'anxiété peut se montrer réticent à diminuer la durée des rituels compulsifs.

La sévérité du TOC, lorsqu'elle ne diminue pas concurremment avec les degrés de conviction durant la thérapie, peut diminuer seule, sans qu'il y ait de changements significatifs sur ces composantes cognitives, et vice-versa. Plus précisément, ce résultat se divise en deux volets temporels : les changements qui se produisent durant la première moitié du traitement et ceux qui se manifestent durant la deuxième moitié. Pour ce qui est des changements qui s'opèrent entre le début du suivi et la moitié du traitement, la sévérité du TOC peut diminuer significativement en l'absence d'une réduction marquée des degrés de conviction. Par exemple, un « vérificateur » peut souffrir d'un TOC moins sévère au mi-traitement, sans que les degrés de conviction diminuent de façon significative. Le phénomène inverse, présent chez deux participants se manifeste principalement en deuxième moitié de traitement. En effet, entre la mi et la fin du traitement, les degrés de conviction peuvent diminuer significativement sans être accompagnés d'une réduction de la sévérité des symptômes obsessionnels durant le même laps de temps. Par exemple, un « contamineur » qui alloue moins d'importance

à ses doutes et aux conséquences qui en découlent au mi-traitement, peut souffrir de symptômes obsessifs-compulsifs aussi sévères. Le fait que la sévérité globale du TOC était évaluée, associée ou non à l'obsession prédominante sous étude, pourrait expliquer la présence de changements cognitifs en l'absence d'une diminution de la sévérité des symptômes obsessifs-compulsifs. La sévérité globale du TOC peut effectivement demeurer stable en présence de compulsions handicapantes ou contraignantes, qui ne découlent pas de l'obsession prédominante identifiée, malgré la présence de changements cognitifs pour cette obsession. Des études subséquentes sont donc nécessaires pour mieux comprendre les processus de changements qui s'opèrent durant une thérapie, mais cette fois-ci en prenant soin d'évaluer la sévérité des symptômes qui se rapportent de façon exclusive aux obsessions prédominantes analysées.

Malgré l'obtention de résultats robustes, cette recherche comporte certaines limites. En effet, les degrés de conviction ainsi que la durée des rituels compulsifs ont été évalués par les participants sur une base subjective. Les limites inhérentes à l'utilisation de calepins s'appliquent donc ici (par ex., la désirabilité sociale). Par contre, cette façon de procéder permettait de réduire le biais de l'expérimentateur. De plus, toujours par souci de réduire ce biais, la sévérité du TOC a été évaluée par un psychologue indépendant à partir d'une mesure plus objective (Y-BOCS). Aussi, la validité écologique a été priorisée aux dépens de la validité interne. Les huit participants souffraient d'un TOC, mais pouvaient aussi souffrir d'un trouble comorbide (à l'exception des critères d'exclusion) tout en ne prenant aucun, ou plusieurs médicaments. Une autre limite de l'étude est la procédure statistique utilisée. Malgré le fait qu'elle comportait certains avantages comparativement aux analyses de séries

temporelles plus conventionnelles, cette méthode permettait seulement de vérifier si les changements observés entre deux phases de traitement, sur différentes composantes cognitives ou comportementales du TOC, se produisaient conjointement ou indépendamment. Il était cependant impossible d'affirmer en utilisant cette méthode qu'un changement significatif survenu entre deux phases de traitement sur une composante donnée précédait ou entraînait des changements sur une autre composante plus tard durant la thérapie. Pour ce faire, la modélisation par équations structurales serait plus appropriée. Aussi, étant donné que les participants n'avaient pas tous débuté leur TCC pour le TOC exactement au même moment, il est possible que des facteurs historiques aient influencé les patrons de changements observés. Enfin, considérant que les analyses ont été effectuées auprès de huit participants présentant des symptômes de vérification ou de contamination, la généralisation des résultats doit se faire avec prudence.

Malgré ces limites, les résultats de la présente étude suggèrent que les degrés de conviction, la durée des rituels compulsifs ainsi que la sévérité du TOC diminuent principalement en tandem durant une TCC pour le TOC. Ce résultat semble s'appliquer autant aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ». Les retombées cliniques de la présente étude se résument ainsi : premièrement, les résultats sous-entendent que le degré d'investissement des conséquences anticipées peut diminuer durant une thérapie pour le TOC sans être accompagné d'une réduction significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels. Par contre, une diminution du degré d'investissement des doutes obsessionnels s'accompagne toujours d'une réduction significative du degré d'investissement des conséquences anticipées, suggérant qu'il est

préférable de cibler le plus rapidement possible cette première composante en thérapie.

En effet, en ciblant les doutes obsessionnels durant une thérapie cognitive (voir le modèle ABI; O'Connor et al., 2005), le thérapeute peut réduire simultanément l'importance que l'individu accorde à ceux-ci et aux conséquences qui en découlent.

Cependant, si la thérapie cognitive met plutôt l'accent sur les conséquences anticipées, le degré de conviction des doutes obsessionnels peut demeurer stable, rendant plus difficile l'exposition aux situations anxiogènes. Deuxièmement, les résultats suggèrent que les « contamineurs » et les « vérificateurs » se différencient peu quant aux processus de changements qui s'opèrent durant une thérapie. En effet, une seule différence est identifiée; l'absence de changements cognitifs significatifs en présence de changements comportementaux se manifeste surtout chez les « vérificateurs ». Il est avancé comme hypothèse que des changements comportementaux peuvent se produire durant une thérapie en l'absence de changements cognitifs lorsque l'individu surinvestit moins, au départ, ses croyances obsessionnelles. Il est aussi possible que la présence d'émotions intenses explique en partie ce résultat. Enfin, d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer tous ces résultats et pour mieux comprendre les processus de changements qui s'opèrent durant une TCC pour le TOC. Concrètement, ces études longitudinales pourraient analyser de façon plus précise les composantes (par ex., la durée et la sévérité des compulsions) qui sont directement reliées aux doutes obsessionnels identifiés, évitant ainsi les mesures trop générales. Il serait aussi particulièrement intéressant d'identifier les interventions cognitives ou comportementales les plus efficaces pour modifier les degrés de conviction.

Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, *34*, 62-68.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(6), 494-497.
- Emmelkamp, P.M.G., van Oppen, P., & van Balkom, A.J.L.M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. In: R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Oxford: Pergamon, pp. 391-401.
- Foa, E. ., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *30*, 717-724.
- Freeston, M. H., & O'Connor, K. P. (1997). *Calepins d'auto-observations pour les études sur le TOC : un manuel d'instructions pour le thérapeute*. Centre de recherche Fernand-Seguin. Document inédit.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-

1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al.

(1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II.

Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006a). Le trouble obsessionnel-

compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature. *Psychologie*

Canadienne, 47(2), 96-109.

Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (soumis pour publication). Clinical

assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and

compulsive behaviours.

Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006b). *Surinvestissement des doutes*

obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent

d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et

clinique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*

(RFCCC), XI(4), 17-25.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). *Clinical significance: a statistical approach to*

defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 59, 12-19.

Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of

belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and*

Individual Differences, 41, 1205-1216.

Kishore, V. R., Samar, R., Janardhan Reddy, Y. C. Chandrasekhar, C. R., &

Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor

and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 19, 202-208.

Lelliott, P., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988).

Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine*, 18, 697-702.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Foy, D. W. (1991). Statistical analysis for single-case

designs: evaluating outcome of imaginal exposure treatment of chronic PTSD. *Behavior Modification*, 15(2), 132-155.

Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The

overvalued ideas scale: development, reliability and validity in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.

Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG: 2002). Obsessional

Beliefs Questionnaire. In: R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Oxford: Pergamon, pp. 477-488.

O'Connor, K. P. (1992). Design and analysis in individual difference research. In A.

Gale & M. Eysenck (Ed.), *Handbook of Individual Differences: biological perspectives* (chapter 3, pp. 45-79). John Wiley & Sons Ltd.

O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt :

Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders.

John Wiley and Sons Inc. West Sussex.

O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive*

Psychotherapy: An International Quarterly, 13(4), 359-375.

Rachman, S. (1996). Trends in cognitive and behavioural therapies. In: P. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies*. New York: Wiley, pp. 1-24.

Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (2000). Cognitive and behavioural treatments of checking behaviours : an examination of individual cognitive change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 118-127.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions : The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.

Steketee, G., Frost, R. O., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.

Storchheim, L. F., & O'Mahony, J. F. (2006). Compulsive behaviours and levels of belief in obsessive-compulsive disorder: a case-series analysis of their interrelationships. *Clinical Psychology and psychotherapy*, 13, 64-79.

Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions : reliability, validity and sensibility to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.

Van Oppen, P., Hoekstra, R. J., Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 15-23.

Note des auteurs

Auteur pour la correspondance: Sébastien Grenier, Centre de recherche Fernand-Seguin,
7331, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3V2; Tél. : (514) 251-4015, poste 3532;

Courriel : grenier.sebastien.3@courrier.uqam.ca

Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche doctorale octroyée au premier auteur par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

Tableau 1.

Statistiques descriptives, fidélité (ACF[1]) et différences critiques absolues (DC) pour les mesures d'auto-observations et le Y-BOCS selon les participants (N = 8)

Mesures	Participants	Min	Max	X^a	ET	Z_1^b	Z_2	Z_3	Fidélité (ACF[1])	DC ^c pour $p < 0,1; 0,05;$ 0,025; 0,005
	<u>Contami.</u>									
Rituels compulsifs (en minutes)	1	2	240	41,10	51,02	1,54	-0,46	-0,74	0,78	1,04; 1,33; 1,59; 2,09
	2	0	210	42,32	41,10	1,09	-0,25	-0,85	0,72	1,17; 1,50; 1,80; 2,37
	3	105	540	219,55	61,71	0,32	-0,05	-0,52	0,16	2,03; 2,60; 3,11; 4,11
	4	10	70	32,14	10,46	1,11	-0,19	-1,00	0,80	0,99; 1,27; 1,52; 2,01
	<u>Vérifica.</u>									
	5	20	65	37,89	13,80	1,21	0,00	-1,19	0,92	0,63; 0,81; 0,97; 1,28
	6	0	90	19,07	22,39	1,47	-0,52	-0,85	0,90	0,70; 0,90; 1,07; 1,42
	7	30	480	173,04	97,83	1,10	-0,48	-1,02	0,65	1,31; 1,67; 2,00; 2,64
	8	60	300	112,86	46,80	0,56	0,06	-0,64	0,24	1,93; 2,47; 2,95; 3,90

Note. ^aLe nombre de données (points) à partir duquel les X , ET et $ACF(1)$ sont estimés = 168 données (Y-BOCS = 3 points).

^bLes scores Z ipsatifs aux trois phases du traitement sont représentés par Z_1 , Z_2 et Z_3 : Z_1 représente la moyenne des scores Z pour le début du suivi (phase 1) , Z_2 la moyenne des scores Z pour le mi-traitement (phase 2) et Z_3 la moyenne des scores Z pour la fin du traitement (phase 3).

^cLes seuils de signification pour les scores de DC sont unidirectionnels (*one-tailed tests*).

(Tableau 1. continu)

Mesures	Participants	Min	Max	X^a	ET	Z_1^b	Z_2	Z_3	Fidélité (ACF[1])	DC ^c pour $p < 0,1$; 0,05; 0,025; 0,005
	<u>Contami.</u>									
Degré de conviction des doutes obsessionnels ^d	1	0	100	34,06	26,95	1,18	-0,27	-1,26	0,89	0,75; 0,95; 1,14; 1,51
	2	0	90	27,41	19,87	0,94	0,03	-1,00	0,57	1,45; 1,86; 2,23; 2,94
	3	25	90	62,65	15,21	0,65	0,04	-0,57	0,71	1,19; 1,53; 1,83; 2,42
	4	30	75	48,04	7,91	1,09	-0,54	-0,64	0,73	1,14; 1,47; 1,75; 2,31
	<u>Vérifica.</u>									
	5	0	40	4,82	7,17	1,37	-0,10	-0,62	0,73	1,15; 1,48; 1,77; 2,34
	6	0	95	31,03	34,98	1,18	-0,56	-0,89	0,98	0,31; 0,40; 0,48; 0,63
	7	50	100	74,69	11,26	0,78	-0,19	-0,94	0,53	1,52; 1,94; 2,32; 3,07
	8	0	40	4,15	7,00	1,15	-0,05	-0,57	0,70	1,22; 1,56; 1,87; 2,47

Note. ^aLe nombre de données (points) à partir duquel les X , ET et $ACF(1)$ sont estimés = 168 données (Y-BOCS = 3 points).

^bLes scores Z ipsatifs aux trois phases du traitement sont représentés par Z_1 , Z_2 et Z_3 : Z_1 représente la moyenne des scores Z pour le début du suivi (phase 1), Z_2 la moyenne des scores Z pour le mi-traitement (phase 2) et Z_3 la moyenne des scores Z pour la fin du traitement (phase 3).

^cLes seuils de signification pour les scores de DC sont unidirectionnels (*one-tailed tests*).

^dÉchelle de 0 (aucunement probable) à 100 (extrêmement probable).

(Tableau 1. continu)

Mesures	Participants	Min	Max	X^a	ET	Z_1^b	Z_2	Z_3	Fidélité (ACF[1])	DC ^c pour $p < 0,1; 0,05;$ 0,025; 0,005
	<u>Contami.</u>									
Degré de	1	0	60	15,98	13,08	1,37	0,04	-1,22	0,90	0,71; 0,91; 1,08; 1,43
conviction des	2	0	80	26,82	19,66	1,09	0,17	-0,97	0,70	1,21; 1,56; 1,86; 2,46
conséquences	3	50	85	68,77	7,49	0,41	0,02	-0,87	0,67	1,27; 1,63; 1,95; 2,58
anticipées ^e	4	30	65	46,61	8,10	1,28	-0,35	-0,96	0,84	0,88; 1,13; 1,35; 1,78
	<u>Vérifica.</u>									
	5	0	40	4,32	6,63	1,31	-0,05	-0,60	0,76	1,09; 1,39; 1,67; 2,20
	6	0	95	33,79	38,04	1,38	-0,20	-0,89	0,98	0,31; 0,40; 0,48; 0,63
	7	50	100	73,01	11,18	0,85	-0,28	-1,01	0,52	1,54; 1,97; 2,36; 3,12
	8	0	30	3,74	5,97	1,65	-0,13	-0,63	0,84	0,90; 1,15; 1,38; 1,82

Note. ^aLe nombre de données (points) à partir duquel les X , ET et $ACF(1)$ sont estimés = 168 données (Y-BOCS = 3 points).

^bLes scores Z ipsatifs aux trois phases du traitement sont représentés par Z_1 , Z_2 et Z_3 : Z_1 représente la moyenne des scores Z pour le début du suivi (phase 1), Z_2 la moyenne des scores Z pour le mi-traitement (phase 2) et Z_3 la moyenne des scores Z pour la fin du traitement (phase 3).

^cLes seuils de signification pour les scores de DC sont unidirectionnels (*one-tailed tests*).

^eÉchelle de 0 (aucunement réaliste) à 100 (extrêmement réaliste).

(Tableau 1. continu)

Mesures	Participants	Min	Max	X^a	ET	Z_1^b	Z_2	Z_3	Fidélité (ACF[1])	DC ^c pour $p < 0,1; 0,05;$ 0,025; 0,005
	<u>Contami.</u>									
Y-BOCS (étendue des scores : 0-40)	1	7	34	20,33	13,50	1,01	-0,02	-0,99	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	2	9	24	14,67	8,14	1,15	-0,45	-0,70	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	3	15	33	23,00	9,17	1,09	-0,22	-0,87	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	4	10	19	14,00	4,58	1,09	-0,22	-0,87	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	<u>Vérifica.</u>									
	5	10	24	15,67	7,37	1,13	-0,36	-0,77	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	6	5	22	12,67	8,62	1,08	-0,19	-0,89	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	7	8	24	16,33	8,02	0,96	0,08	-1,04	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96
	8	13	23	17,67	5,03	1,06	-0,13	-0,93	0,81	0,97; 1,24; 1,48; 1,96

Note. ^aLe nombre de données (points) à partir duquel les X , ET et $ACF(1)$ sont estimés = 168 données (Y-BOCS = 3 points).

^bLes scores Z ipsatifs aux trois phases du traitement sont représentés par Z_1 , Z_2 et Z_3 : Z_1 représente la moyenne des scores Z pour le début du suivi (phase 1), Z_2 la moyenne des scores Z pour le mi-traitement (phase 2) et Z_3 la moyenne des scores Z pour la fin du traitement (phase 3).

^cLes seuils de signification pour les scores de DC sont unidirectionnels (*one-tailed tests*).

Tableau 2.

Comparaisons entre les trois phases du traitement sur les mesures d'auto-observations et le Y-BOCS

Mesures		Comparaison 1 ^a							
		Participants							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Rituels compulsifs		++ ^b	φ	0	+	++	+++	φ	0
Degré de conviction des doutes obsessionnels		++	0	0	+	φ	+++	0	0
Degré de conviction des conséquences anticipées		++	0	0	++	φ	+++	0	++
Y-BOCS		φ	++	+	+	++	+	0	φ
Mesures		Comparaison 2							
		Participants							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Rituels compulsifs		0	0	0	0	++	0	0	0
Degré de conviction des doutes obsessionnels		+	0	0	0	0	φ	0	0
Degré de conviction des conséquences anticipées		++	0	φ	0	0	+++	0	0
Y-BOCS		φ	0	0	0	0	0	φ	0
Mesures		Comparaison 3							
		Participants							
		1	2	3	4	5	6	7	8
Rituels compulsifs		+++	++	0	+++	+++	+++	++	0

(Tableau 2. continu)

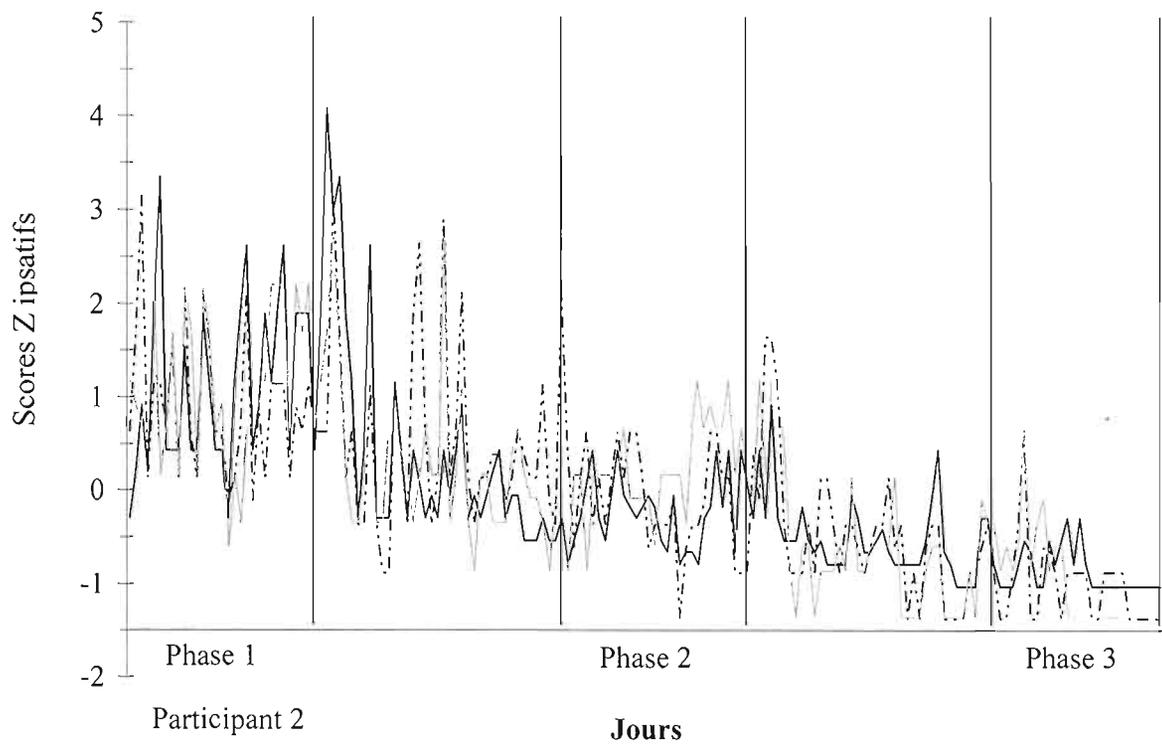
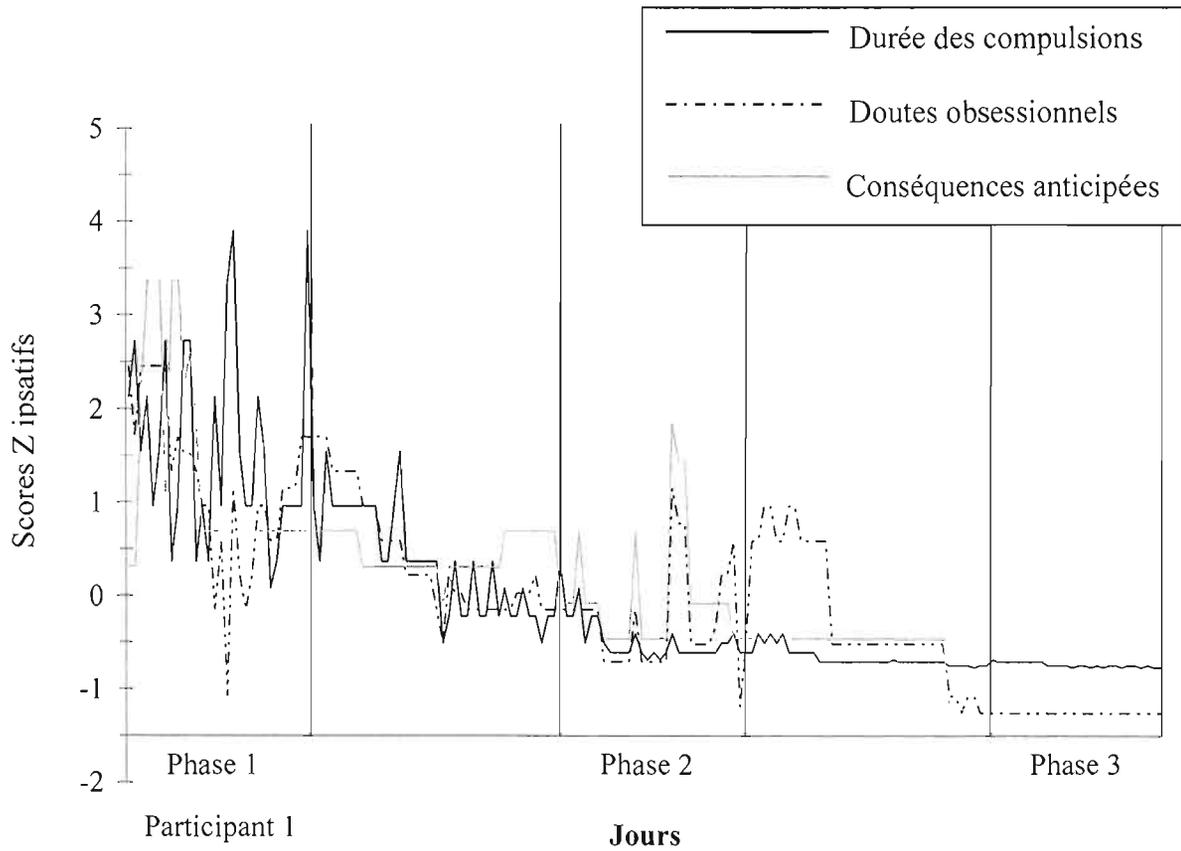
Mesures	Comparaison 3							
	Participants							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Degré de conviction des doutes obsessionnels	+++	+	φ	+	++	+++	φ	+
Degré de conviction des conséquences anticipées	+++	++	φ	+++	++	+++	φ	+++
Y-BOCS	+++	++	+++	+++	++	+++	+++	+++

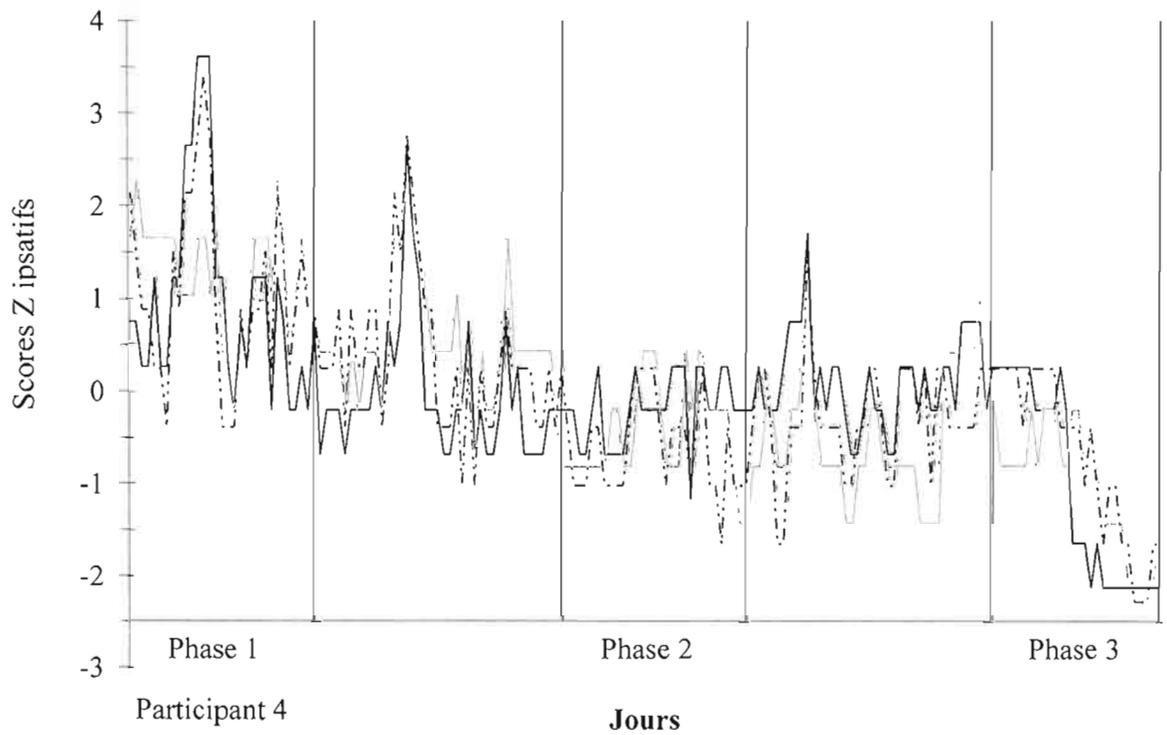
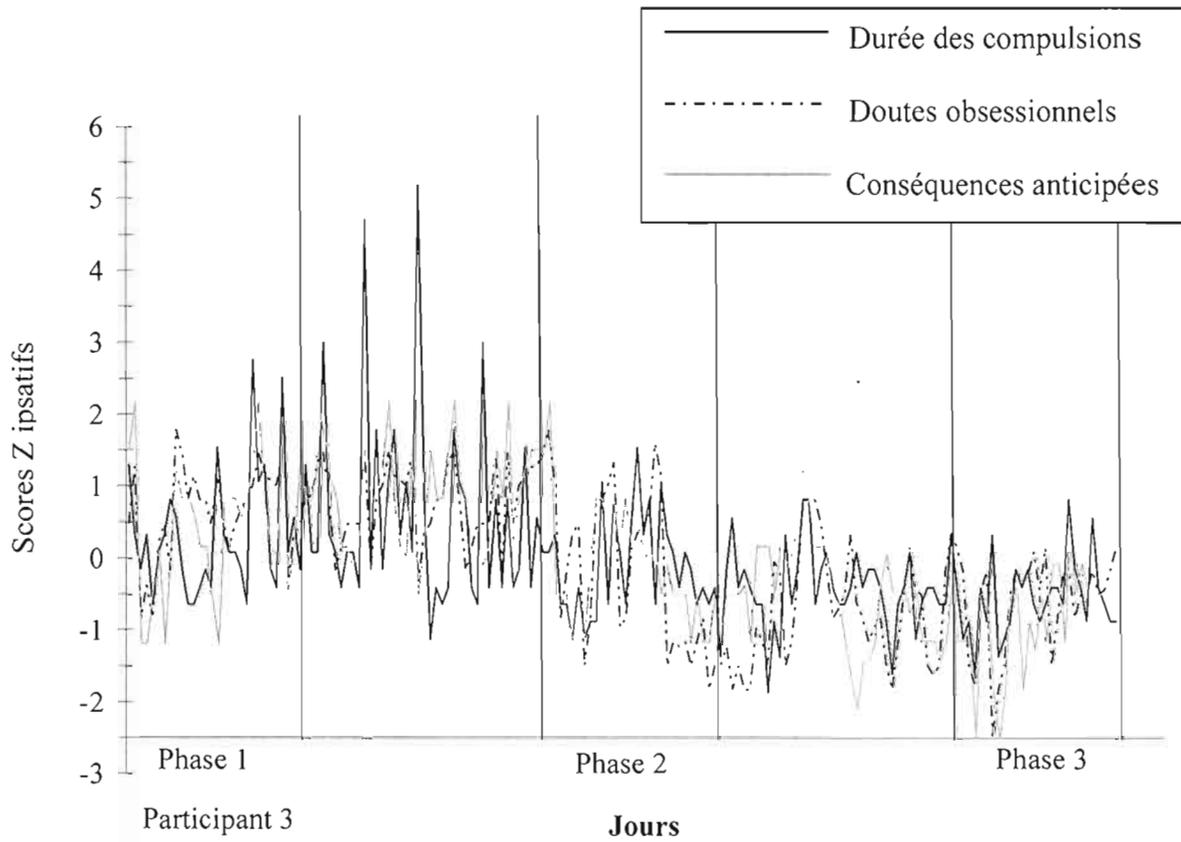
Note. ^aLa comparaison 1 correspond à la moyenne enregistrée au début du suivi (phase 1) versus la moyenne au mi-traitement (phase 2), la comparaison 2 correspond à la moyenne enregistrée au mi-traitement (phase 2) versus la moyenne à la fin du traitement (phase 3) et la comparaison 3 correspond à la moyenne enregistrée au début du suivi (phase 1) versus la moyenne à la fin du traitement (phase 3).

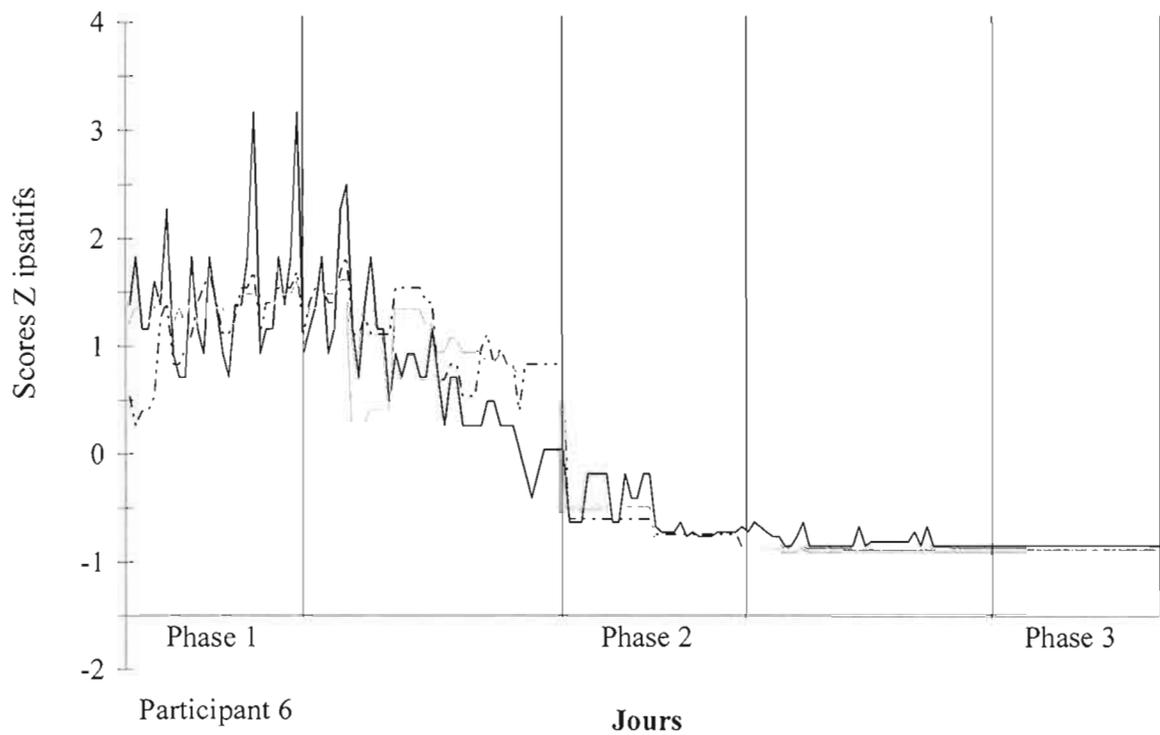
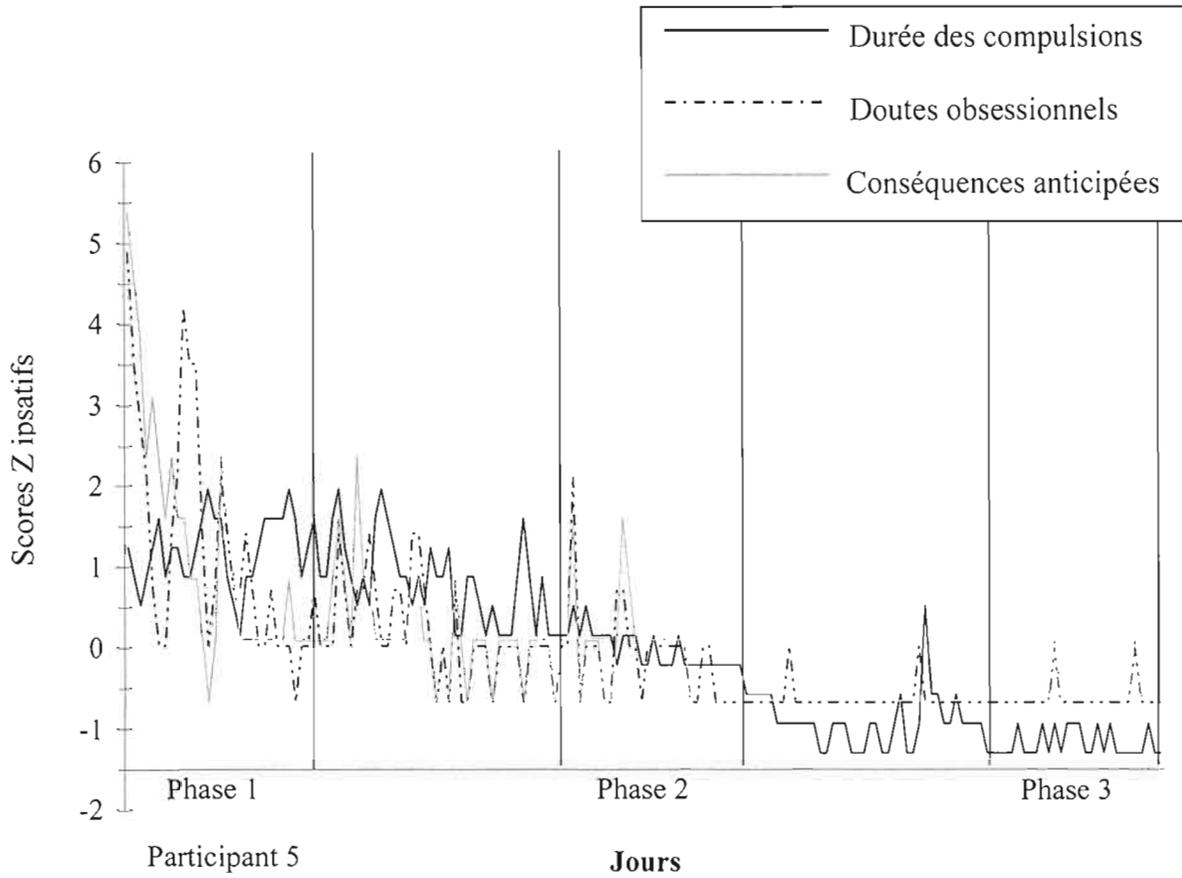
^b0 = non significatif; φ = une tendance vers un changement à $p < 0,1$; + = un changement significatif à $p < 0,05$; ++ = un changement significatif à $p < 0,025$; +++ = un changement significatif à $p < 0,005$ (seuls de signification unidirectionnels).

Légende des figures (Figure Caption)

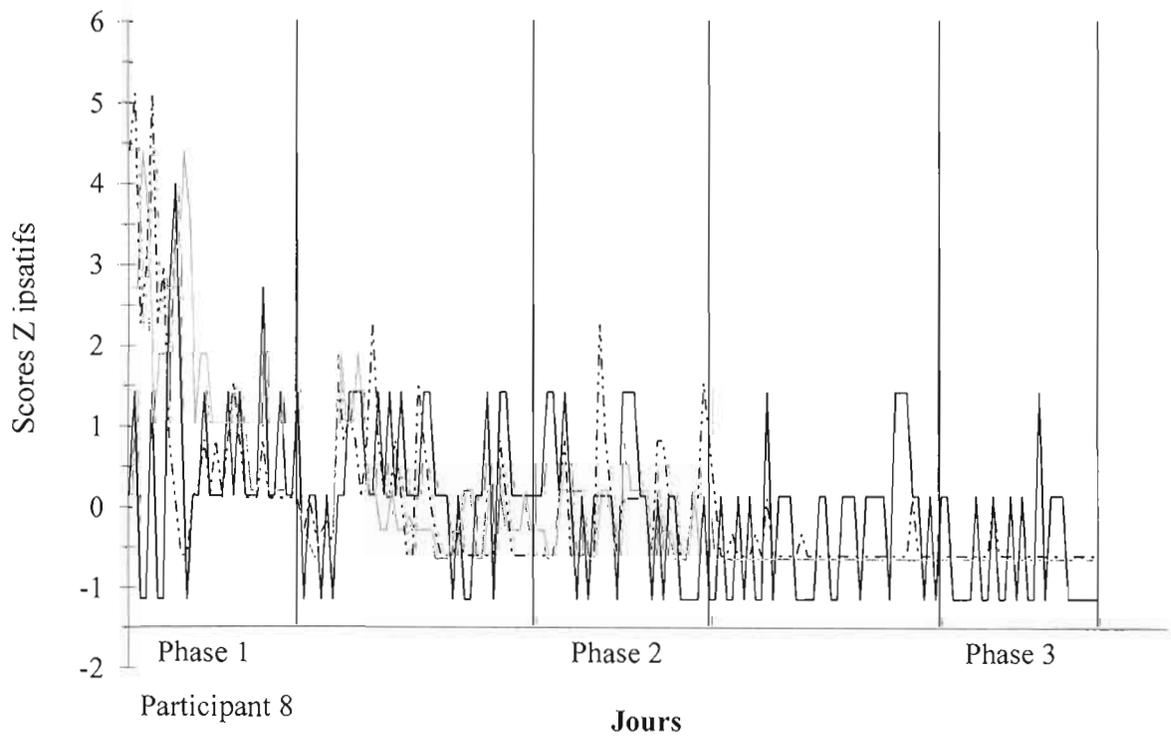
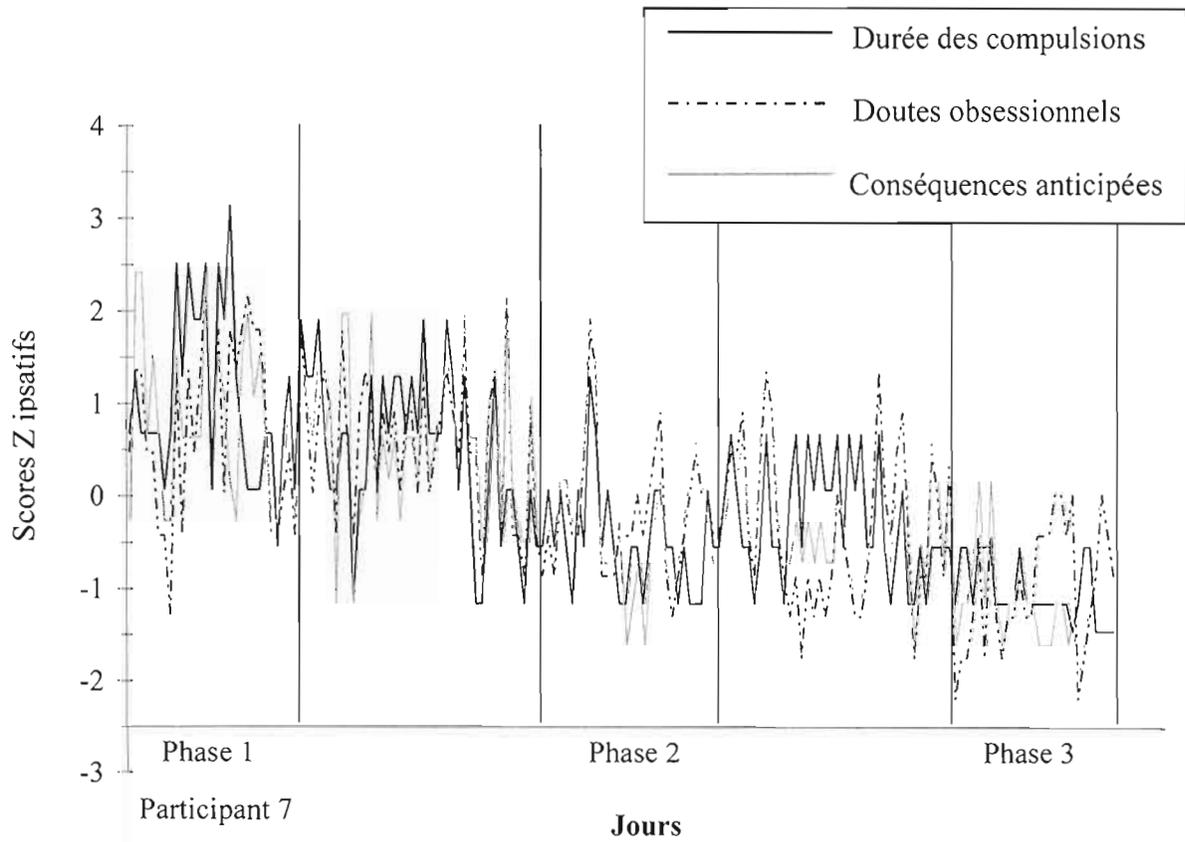
Figure 1. Auto-observations quotidiennes (scores Z ipsatifs) pour les quatre contamineurs (participants 1 à 4) et les quatre vérificateurs (participants 5 à 8)







Interrelations entre les croyances obsessionnelles et d'autres facteurs durant un suivi 178



CHAPITRE VI

LES TROIS DIMENSIONS COGNITIVES DE L'APPROCHE BASÉE SUR LES INFÉRENCES (ABI) : UNE COMPARAISON AVEC DES MESURES D'INSIGHT

Résultats inédits n'ayant pas fait l'objet de publication et n'ayant pas été présentés dans les chapitres précédents.

Les trois dimensions cognitives de l'Approche Basée sur les Inférences (ABI) : une comparaison avec des mesures d'insight

La recension des écrits scientifiques (chapitre II) a démontré que l'insight des patients souffrant d'un TOC était principalement évalué en utilisant une approche catégorielle ou dimensionnelle (Kozak & Foa, 1994). Pour ce qui est de l'approche catégorielle, les patients sont répartis dans des catégories précises en utilisant des critères prédéfinis, comme l'item no 11 du *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b, voir Catapano et al., 2001; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002). En effet, cet item permet normalement de séparer les patients en deux groupes distincts : les patients qui reconnaissent souffrir d'un TOC (un score inférieur à trois sur cet item signifie la présence d'un bon insight) et ceux qui n'ont pas cette prise de conscience (un score égal ou supérieur à trois sur cet item signifie la présence d'un faible insight). En plus d'utiliser l'approche catégorielle, cet item s'inspire du modèle médical de l'insight chez les patients psychotiques (présence ou absence d'une maladie mentale), limitant ainsi son utilisation avec le TOC qui nécessite, d'après nous, une mesure plus cognitive.

Contrairement à l'item no 11 du Y-BOCS, le *Brown Assessment of Beliefs Scale* (BABS; Eisen et al., 1998) évalue l'insight sur plusieurs dimensions. Il est cependant non spécifique au TOC étant donné que l'évaluateur peut l'utiliser avec tous les patients atteints d'un trouble psychiatrique, indépendamment du diagnostic reçu (troubles délirants, troubles psychotiques, etc.). Puisqu'il s'agit d'une mesure polyvalente, il est moins spécifique aux croyances obsessionnelles et plus près d'un modèle médical de l'insight (à l'exception de l'item no 1 sur la conviction). Notons aussi que cette entrevue

semi-structurée évalue l'insight sur la base des conséquences anticipées, sans établir de distinction claire avec les doutes obsessionnels, point de départ du TOC. En effet, il est impossible d'utiliser le BABS lorsque l'individu n'anticipe aucune conséquence précise autre qu'une augmentation de son niveau d'anxiété en l'absence des rituels compulsifs (Eisen et al., 2001). Pourtant, les résultats de cette thèse (chapitre III) démontrent qu'un individu peut surinvestir ses doutes tout en sous-investissant les conséquences qui s'ensuivent. Ces dernières deviennent alors peu importantes ou inexistantes. Par conséquent, en étant limité à ceux qui identifient ou investissent une conséquence précise, le BABS n'est pas en mesure d'évaluer les croyances qui se rapportent de façon particulière aux doutes.

Contrairement à l'item no 11 du Y-BOCS et au BABS, le modèle ABI permet d'évaluer les croyances obsessionnelles sur trois dimensions cognitives en prenant soin de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Ces trois dimensions cognitives se résument ainsi : le degré de probabilité des doutes obsessionnels, le degré de réalisme des conséquences anticipées et le degré de conviction concernant l'utilité des rituels compulsifs pour prévenir les conséquences redoutées. En dépit du fait que les chapitres précédents établissent des comparaisons entre ces dimensions cognitives et d'autres mesures d'insight, aucune analyse corrélacionnelle n'est présentée. Ce chapitre a donc comme objectif principal d'approfondir l'étude des croyances obsessionnelles, telles que mesurées par le modèle ABI, en les comparant avec l'item no 11 du Y-BOCS et le BABS.

Méthodologie

Participants

Sur 115 participants potentiels, 114 ont répondu à l'item no 11 du Y-BOCS et 45 au BABS. Cette mesure n'était pas disponible pour les 70 autres participants, étant donné qu'elle n'était pas administrée au moment où ces données furent collectées. Toutes les mesures ont été recueillies au pré-traitement, durant la période d'évaluation clinique. Les procédures complètes de sélection et d'évaluation sont décrites dans les chapitres précédents. Les données descriptives peuvent être consultées au tableau 1.

Tableau 1.

Moyennes et écarts-types pour les différentes mesures

Mesures	<i>M</i>	<i>ET</i>
Item no 11 du Y-BOCS (<i>n</i> = 114)	0,46	0,77
BABS (<i>n</i> = 45)	7,11	5,17
DO (<i>n</i> = 109)	56,59	22,68
CA (<i>n</i> = 108)	54,09	24,39
DC (<i>n</i> = 103)	58,49	25,51
CR (<i>n</i> = 108)	36,45	17,19

Note. Item no 11 du Y-BOCS = *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (0 [excellente prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs] à 4 [aucune prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs]); BABS = *Brown Assessment of Beliefs Scale* (0 à 24; faible insight si le score total ≥ 12 et score ≥ 3 à l'item de conviction); DO = Degré de probabilité des doutes obsessionnels (0 [aucunement probable] à 100

[extrêmement probable]); CA = Degré de réalisme des conséquences anticipées (0 [aucunement réaliste] à 100 [extrêmement réaliste]); DC = Degrés de conviction quant à l'utilité des rituels dans la prévention des conséquences anticipées (0 [aucunement convaincu] à 100 [extrêmement convaincu]); CR = Capacité de résister aux rituels compulsifs (0 [aucunement capable de résister] à 100 [extrêmement capable de résister]).

Instruments

L'item no 11 du Y-BOCS (Goodman et al., 1989a, 1989b) permet d'évaluer l'insight des patients souffrant d'un TOC. Plus précisément, l'évaluateur doit estimer, à partir de ce qu'il voit et entend durant la rencontre, jusqu'à quel point le client est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non. Pour ce faire, il doit utiliser une échelle qui s'échelonne de 0 (excellente prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs) à 4 (aucune prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs).

Le BABS (Eisen et al., 1998) est une entrevue semi-structurée de sept items spécifiquement conçue afin d'évaluer l'insight auprès d'une population souffrant de troubles psychiatriques. Durant la passation de cette entrevue, l'évaluateur doit coter les croyances de l'individu sur plusieurs dimensions : le degré de conviction, la perception du point de vue des autres, l'explication des différents points de vue, la rigidité des croyances, les tentatives que le sujet fait pour réfuter ses croyances, l'insight et les idées de référence. Chacune de ces dimensions est cotée de 0 (non délirant ou moins pathologique) à 4 (délirant ou très pathologique). Les scores totaux peuvent donc varier de 0 à 24 (le septième item n'est pas inclus). L'individu présente un faible insight lorsque son score total est égal ou supérieur à 12 et lorsqu'il obtient un score égal ou

supérieur à trois à l'item de conviction. Cet instrument présente d'excellentes propriétés psychométriques (voir le chapitre II).

Le degré de probabilité des doutes obsessionnels est évalué à partir d'une échelle qui s'étale de 0 (aucunement) à 100 (extrêmement) (voir O'Connor & Robillard, 1999). À titre d'exemple, pour une obsession de contamination, la question suivante est posée : jusqu'à quel point considérez-vous qu'il est probable que vos mains soient réellement contaminées? Cette question est posée pour chacun des doutes obsessionnels. Une moyenne des réponses est ensuite calculée.

Le degré de réalisme des conséquences anticipées est évalué à partir d'une échelle identique (0-100) à celle du degré d'investissement des doutes obsessionnels. Par exemple, pour une obsession de contamination, la question suivante est posée : si vos mains sont effectivement contaminées, jusqu'à quel point est-il réaliste de penser que vous pourriez contaminer les autres? Cette question est également posée pour chacune des conséquences anticipées en lien avec les doutes obsessionnels. Une moyenne des réponses est ensuite calculée.

Le degré de conviction à propos de l'utilité des rituels compulsifs pour prévenir les conséquences est évalué en utilisant la même échelle que les deux dimensions précédentes. Par exemple, pour une obsession de contamination, la question se résume ainsi : jusqu'à quel point êtes-vous convaincu qu'il est nécessaire de se laver les mains de façon ritualisée pour éviter de contaminer les autres? Cette question est aussi posée pour chacune des conséquences anticipées en relation avec les doutes obsessionnels. Une moyenne des réponses est ensuite calculée.

Le degré de résistance aux rituels compulsif est estimé sur une échelle qui varie toujours de 0 (aucunement capable de résister) à 100 (extrêmement capable de résister). Par exemple, pour une obsession de contamination, la question se dit comme suit : jusqu'à quel point pensez-vous être capable de résister aux lavages ritualisés? Cette question est posée pour chacun des rituels associés aux doutes et aux conséquences préalablement évalués. Une moyenne des réponses est ensuite calculée.

Résultats

Des analyses corrélationnelles bivariées de Pearson ont été effectuées pour comparer les quatre échelles cliniques du modèle ABI (incluant celle du degré de résistance) aux mesures d'insight ci-après : l'item no 11 du Y-BOCS et le BABS. Les résultats sont présentés au tableau 2. Les intervalles de confiance (95 %) pour le paramètre rho (ρ) ont été estimés, pour les corrélations significatives, en transformant les valeurs r de Pearson en scores Z de Fisher (Kline, 2004, p. 34). Le paramètre rho est une estimation de la corrélation qui existerait dans une population générale de valeurs bivariées où a été extrait l'échantillon.

Dans un premier temps, aucune dimension cognitive du modèle ABI n'était corrélée significativement à l'item no 11 du Y-BOCS. Dans un deuxième temps, au même titre que l'item no 11, les scores totaux enregistrés au BABS n'étaient pas reliés significativement aux trois dimensions cognitives du modèle ABI. Par contre, le BABS et l'item no 11 corrélaient significativement, $r(45) = 0,58; p = 0,00; IC(95\%) = 0,35 < \rho < 0,74$. Autrement dit, moins l'individu était en mesure de reconnaître la présence d'un TOC, plus ses idées devenaient délirantes. Pour ce qui est de la capacité de résister aux rituels compulsifs, abstraction faite des degrés d'investissement (voir les corrélations

présentées au chapitre III), uniquement la corrélation avec le BABS s'est avérée significative, $r(40) = -0,43$; $p = 0,01$; IC (95%) = $-0,78 < \rho < -0,14$. Plus les pensées se rapprochaient d'un délire, moins la capacité de résistance était élevée.

Tableau 2

Intercorrélations entre les mesures d'insight, les degrés d'investissement et la capacité de résister aux rituels compulsifs

Mesures	Item no 11 au Y-BOCS	Scores totaux au BABS
Item no 11 au Y-BOCS	-----	
Scores totaux au BABS	0,58**	-----
	IC = 0,35; 0,74	
DO [†]	0,06	-0,09
CA	-0,00	0,08
DC	0,00	0,09
CR	-0,12	-0,43*
		IC = -0,78; -0,14

Note. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. Il est à noter que des r de Pearson de 0,10, 0,30 et 0,50 correspondent, respectivement, à des effets petits, moyens et importants (Kline, 2004, p.133).

IC = Intervalle de confiance (95 %). Estimation du paramètre rho (ρ) qui se situe entre les valeurs indiquées.

DO = Degré de probabilité des doutes obsessionnels; CA = Degré de réalisme des conséquences anticipées; DC = Degrés de conviction quant à l'utilité des rituels dans la prévention des conséquences anticipées; CR = Capacité de résister aux rituels compulsifs.

† Les corrélations entre les quatre échelles cliniques (DO, CA, DC et CR) peuvent être consultées au chapitre II.

Discussion

De façon générale, les résultats indiquent qu'une mesure d'insight reposant sur un modèle médical, utilisé auprès d'individus psychotiques (par ex., est-il capable de reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale?), n'est pas nécessairement associée à d'autres mesures plus spécifiques aux croyances obsessionnelles. Un client peut reconnaître qu'il souffre d'un TOC, selon l'item no 11 du Y-BOCS, tout en surinvestissant certaines croyances obsessionnelles du modèle ABI. L'item no 11 du Y-BOCS n'apparaît donc pas assez spécifique pour estimer l'insight d'individus aux prises avec des symptômes obsessifs-compulsifs parce qu'il ne permet pas d'évaluer l'investissement des croyances obsessionnelles. De plus, cet item n'est pas associé significativement à la capacité de résister aux rituels compulsifs, par comparaison aux dimensions cognitives du modèle ABI (surtout celle des doutes, voir le chapitre III), ce qui limite son utilité clinique.

Au même titre que l'item no 11 du Y-BOCS, il n'existe aucune association significative entre le BABS (les scores totaux) et les dimensions cognitives du modèle ABI. Ce résultat pourrait s'expliquer comme suit : les auteurs du BABS se sont inspirés des recherches effectuées auprès d'individus psychotiques ou délirants (Eisen et al., 1998), rendant ainsi cet instrument non spécifique au TOC et plus près d'un modèle médical de l'insight. En effet, le BABS est significativement corrélé avec l'item no 11 du Y-BOCS, démontrant ainsi sa nature plus médicale que cognitive. La sixième

question du BABS qui a pour nom « insight » (par ex., votre croyance a-t-elle une origine psychiatrique ou est-elle vraiment vraie/fondée?) est une autre preuve à cet effet.

En terminant, les résultats sous-entendent qu'il est plus difficile de résister aux compulsions lorsque les idées deviennent délirantes selon le BABS. Sachant que la dimension des doutes obsessionnels est significativement et indépendamment associée à la capacité de résister, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les liens possibles entre l'insight, tel que mesuré par le BABS, et cette dimension cognitive. Un plus grand nombre de participants ayant complété le BABS serait un ajout à considérer dans les prochaines études. Aussi, sachant qu'une seule croyance, soit la plus importante, est évaluée par le BABS par comparaison aux échelles cliniques du modèle ABI qui analysent plusieurs croyances de façon simultanée (une moyenne des degrés d'investissement est ensuite calculée), les études subséquentes pourraient uniformiser la procédure d'évaluation. Enfin, les échelles cliniques utilisées dans cette thèse pourraient être comparées aux scores obtenus sur d'autres mesures d'insight non considérées ici (par ex., l'OVIS).

Références

- Catapano, F., Sperandio, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology, 34*, 62-68.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry, 155*, 102-108.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*(6), 494-497.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research*. American Psychological Association (APA), USA.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*(3), 343-353.
- Marazziti, D., Dell'Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., &

- Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry, 17*, 407-410.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., & Matsui, K. O., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K., Miyata, A., & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry, 43*(2), 150-157.
- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt : *Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. John Wiley and Sons Inc. West Sussex.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 13*(4), 359-375.

CHAPITRE VII

DISCUSSION GÉNÉRALE

DISCUSSION GÉNÉRALE

La première partie de ce chapitre porte sur l'intégration des résultats obtenus dans les trois articles empiriques en considérant les questions de recherche, et en établissant des liens avec l'état de la recherche tel qu'établi dans l'article de revue des écrits scientifiques (chapitre II). La seconde partie aborde les implications cliniques qui se dégagent de la thèse. Dans la troisième partie, certaines considérations générales d'ordre méthodologique sont exposées. Enfin, la dernière partie propose des pistes de recherche futures pour étudier l'insight des individus souffrant d'un TOC.

Intégration des résultats

Les études de cette thèse avaient comme objectif général la vérification des principes théoriques soutenus par le modèle ABI au sujet des doutes obsessionnels et leur confirmation dans un échantillon de participants souffrant d'un TOC. Il est pertinent d'un point de vue théorique et clinique d'étudier les doutes obsessionnels parce qu'ils représentent le commencement du TOC. Sans doutes obsessionnels, le TOC n'existe pas. Pourtant, peu d'études sur l'insight des patients souffrant d'un TOC se sont intéressées spécifiquement aux doutes obsessionnels et aux croyances qui y sont associées. La présente thèse avait donc comme objectif de pallier les lacunes qu'on retrouve dans les mesures d'insight, qui négligent habituellement la dimension des doutes obsessionnels, et de regarder la pertinence d'inclure cette dimension cognitive dans une telle mesure.

En particulier, la recension des écrits scientifiques portant sur l'insight des individus atteints d'un TOC a fait ressortir deux procédures d'évaluation : l'insight est en effet évalué à partir d'un modèle médical unidimensionnel (par ex., l'item no 11 du Y-BOCS), ou encore à partir d'instruments multidimensionnels mettant l'accent sur les conséquences anticipées (par ex., le BABS et l'OVIS). Une lecture critique de ces questionnaires permet de dégager certaines limites inhérentes à ces mesures.

Premièrement, l'item no 11 du Y-BOCS, qui s'inspire du modèle médical utilisé auprès d'individus psychotiques, permet d'évaluer jusqu'à quel point l'individu est conscient qu'il souffre d'un TOC ou non. Cette mesure unidimensionnelle n'est pas assez spécifique pour évaluer l'autocritique des individus souffrant d'un TOC. Aucune dimension cognitive de l'insight n'est en outre considérée dans cette question. Par ailleurs, la plupart des instruments qui évaluent l'insight des individus atteints d'un TOC sur plusieurs dimensions (par ex., le BABS et l'OVIS) le font principalement à partir des conséquences anticipées sans considérer les doutes obsessionnels ou sans séparer ces deux éléments. Il est à noter que les dimensions évaluées par ces questionnaires ne sont pas exclusivement cognitives, mais aussi empreintes du modèle médical de l'insight axé sur la reconnaissance d'une maladie mentale. Autrement dit, ces deux instruments sont en quelque sorte une adaptation du modèle médical de l'insight aux symptômes obsessifs-compulsifs.

L'Approche Basée sur les Inférences (ABI) permet, contrairement aux autres mesures d'autocritique, d'évaluer l'insight des individus souffrant d'un TOC de façon cognitive, sans inclure des dimensions centrées sur l'identification d'une maladie mentale. Le modèle ABI permet aussi de distinguer deux composantes cognitives du

TOC, à savoir les conséquences anticipées et les doutes obsessionnels. Pour ces différentes raisons, le modèle ABI a été utilisé dans la présente thèse pour évaluer les croyances obsessionnelles de participants souffrant d'un TOC. Plus précisément, les croyances étaient évaluées à partir des trois dimensions cognitives suivantes : 1) le degré de probabilité des doutes obsessionnels initiaux, point de départ du TOC, 2) le degré de réalisme des conséquences anticipées, et 3) le degré de conviction à propos de l'utilité des rituels compulsifs pour prévenir les conséquences anticipées. Les recherches sur l'insight des patients aux prises avec le TOC s'intéressent habituellement aux deux dernières dimensions. La première dimension, moins étudiée empiriquement, est la pierre angulaire du modèle ABI. En fait, d'après ce modèle cognitif, le TOC débute à partir d'inférences prenant la forme d'un doute ou d'un questionnement. Ce doute initial va au-delà des sens. Par exemple, l'individu aux prises avec des obsessions de vérification peut, en quittant son domicile, s'interroger sur le verrouillage de sa porte. Malgré les informations recueillies par ses sens lui indiquant que la porte est actuellement verrouillée (il suffit ici de regarder le loquet de la porte ou d'écouter le son qui caractérise la fermeture d'une porte), l'individu continue de douter du fait qu'elle soit vraiment verrouillée. Il appuie ici son raisonnement sur des faits non pertinents dans le contexte présent, ou alors il ressort les informations disponibles de leur contexte et il en fait une interprétation erronée (par ex., le voisin s'est fait voler, les policiers disent qu'il faut faire attention, on n'est jamais assez prudent, etc.). À partir du moment où cette inférence primaire apparaît sous la forme d'un doute, celle-ci, appuyée par un narratif subjectif qui n'est pas vérifié empiriquement dans les faits et qui par voie de conséquence va à l'encontre des sens, évolue jusqu'aux conséquences anticipées (c.-à-d.

les inférences secondaires; par ex., la peur de se faire agresser ou voler si la porte est débarrée). Une des particularités du modèle ABI est donc de différencier les doutes obsessionnels des conséquences qui s'ensuivent. Puisque ces deux composantes cognitives sont des inférences pour le modèle ABI, il est de ce fait possible d'évaluer leur degré d'investissement. En effet, une inférence est par définition un processus de raisonnement par lequel l'individu passe d'un fait à un autre en établissant des liens (le deuxième fait est interprété en relation avec le premier, le troisième en relation avec le deuxième, etc.). Autrement dit, c'est un processus de raisonnement pouvant varier en intensité d'un individu à un autre ou chez le même individu selon les contextes, ce qui se traduit par des degrés d'investissement.

Sachant que le modèle ABI permet de séparer les doutes obsessionnels des conséquences anticipées et sachant que, comparativement aux conséquences, les doutes initiaux sont peu analysés dans les études sur l'insight, les questions de recherche ainsi que les hypothèses associées se résumaient ainsi :

- 1) Est-il possible d'identifier une inférence, prenant la forme d'un doute, comme point de départ des obsessions? Il était avancé comme hypothèse que ce principe du modèle ABI se confirmerait dans l'échantillon.
- 2) Est-ce que le degré d'investissement des doutes obsessionnels, chez le patient souffrant d'un TOC, peut être quantifié sur une dimension allant, pour lui, d'une faible probabilité vers une certitude quasi absolue? Il était proposé comme hypothèse que ce principe du modèle ABI serait aussi soutenu par les résultats.
- 3) Est-ce que le degré de probabilité des doutes obsessionnels est associé au degré de réalisme des conséquences anticipées? Étant donné que le doute obsessionnel

représente la source de détresse ou le point de départ du TOC selon le modèle ABI, une relation positive entre ces deux degrés d'investissement était prévue; plus le doute serait jugé probable par l'individu souffrant d'un TOC, plus la conséquence, qui découle de ce doute, deviendrait réaliste pour lui. Cette relation devrait se manifester autant dans un contexte transversal (par ex., à un moment donné durant l'évaluation clinique) que dans un contexte longitudinal (par ex., durant une thérapie pour le TOC).

- 4) Est-ce que le degré d'investissements des doutes obsessionnels est relié à des symptômes obsessifs-compulsifs particuliers (par ex., l'incapacité de résister au besoin d'effectuer des rituels compulsifs)? Puisque le doute obsessionnel représente la source de détresse ou le point de départ du TOC, il était formulé comme hypothèse que son degré d'investissement serait relié à des symptômes obsessifs-compulsifs, comme la capacité de résister aux compulsions.
- 5) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées sur les caractéristiques sociodémographiques suivantes : le sexe, l'âge, le type d'occupation et le statut matrimonial? Aucune hypothèse précise n'était ici formulée.
- 6) Est-ce que les participants qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient des individus qui surinvestissent leurs conséquences anticipées sur les caractéristiques cliniques suivantes : la sévérité des obsessions, la sévérité des compulsions, la sévérité globale du TOC, le niveau de dépression, le niveau

d'anxiété, les troubles comorbides au TOC à l'axe I et la nature des symptômes obsessionnels? Aucune hypothèse précise n'était énoncée pour cette question.

- 7) Est-ce que les degrés d'investissement (doutes obsessionnels et conséquences anticipées) changent en relation avec la durée des rituels compulsifs et avec la sévérité des symptômes obsessionnels durant une thérapie cognitive-comportementale (TCC) pour le TOC? Des comparaisons ont été effectuées selon les symptômes prédominants (« vérificateurs » versus « contaminateurs »). De façon générale, il était prévu que ces différentes composantes cognitives et comportementales diminueraient en tandem durant la TCC pour le TOC. Aucune hypothèse spécifique n'était formulée quant aux symptômes prédominants.

Ces questions de recherche ont été étudiées dans les trois recherches empiriques présentées dans cette thèse et certaines questions plus périphériques ont fait l'objet d'analyses additionnelles dans le chapitre VI. De façon générale, les résultats de la présente thèse suggèrent qu'il est important de séparer le degré d'investissement des doutes initiaux du degré d'investissement des conséquences anticipées durant l'évaluation des croyances obsessionnelles. Il semble donc pertinent d'inclure la dimension des doutes obsessionnels dans les prochaines mesures d'insight.

Les résultats de la présente recherche doctorale appuient les principes théoriques avancés par le modèle ABI au sujet des doutes obsessionnels. La première hypothèse, qui propose que toutes les obsessions débutent par une inférence prenant la forme d'un doute, est confirmée par des observations cliniques. En effet, durant l'évaluation des croyances obsessionnelles, propres aux 115 participants de l'échantillon, il fut possible d'identifier des inférences primaires précédant chacune des conséquences anticipées.

Ces inférences primaires débutent par un « peut-être » ou un questionnement. Ce résultat suggère que l'inférence primaire (par ex., peut-être que mes mains sont contaminées?) et le narratif idiosyncrasique l'appuyant sont à l'origine des émotions négatives ressenties par l'individu souffrant d'un TOC (par ex., l'anxiété, la frustration, la colère, etc.). Ces émotions semblent effectivement découler de ce premier questionnement qui, subséquemment, évolue jusqu'aux conséquences anticipées. Contrairement à ce qui est suggéré par les modèles cognitifs du TOC (voir Salkovskis & Harisson, 1984; Salkovskis et al., 2000), l'anxiété ne semble pas a priori le résultat d'une mauvaise interprétation de l'intrusion cognitive ou d'une dramatisation des conséquences appréhendées, mais bien l'effet d'un narratif composé de faits non pertinents appuyant l'inférence primaire. Autrement dit, dans un premier temps, l'individu ressent de l'anxiété parce qu'il doute que ses mains puissent être contaminées en justifiant, par exemple, ce doute à partir d'énoncés utilisés de façon inappropriée dans le contexte actuel. Il pourrait par exemple se dire que son voisin est décédé d'une maladie incurable, que les médecins se lavent les mains plusieurs fois par jour, ou encore que les microbes existent réellement, etc. Dans un deuxième temps, le malaise ressenti peut découler des interprétations découlant de l'obsession, explication suggérée par les modèles cognitifs du TOC (par ex., je suis 100 % responsable de contaminer les autres, etc.). Il convient de souligner que les modèles cognitifs du TOC, popularisés par Salkovskis, intègrent depuis peu différents domaines cognitifs qui ne se limitent pas à l'hyper responsabilité (par ex., surestimation d'un danger, perfectionnisme, le besoin de contrôler les pensées, etc.). Ces domaines cognitifs font désormais partie intégrante du Questionnaire sur les

croyances obsessionnelles (*Obsessional Beliefs Questionnaire* : OBQ-44; *Obsessive Compulsive Cognitions Working Group* [OCCWG], 2005).

La deuxième hypothèse de recherche, qui suppose que le degré d'investissement des doutes obsessionnels se répartit sur une dimension, est aussi appuyée. En effet, le degré d'investissement des doutes obsessionnels se distribue normalement dans notre échantillon de participants souffrant d'un TOC. Il est donc possible de l'évaluer sur une dimension allant d'une faible probabilité vers une certitude quasi absolue. Cet aspect dimensionnel suggère que le degré d'investissement des doutes initiaux est fluctuant et non fixe en tout temps. Deux types de fluctuation semblent effectivement possibles; tout d'abord, le degré d'investissement peut différer d'une obsession à une autre durant la même période d'évaluation. Par exemple, l'individu peut considérer à un moment donné qu'il n'est aucunement probable que sa porte puisse être déverrouillée, tout en croyant qu'il est 60 % probable que ses fenêtres puissent être mal fermées. Par ailleurs, nos résultats démontrent qu'il est possible, pour un doute obsessionnel donné, que le degré d'investissement diminue durant une TCC pour le TOC. Cette diminution se fait en relation avec d'autres variables cognitives (par ex., le degré d'investissement des conséquences anticipées) ou cliniques (par ex., la sévérité du TOC et la durée des rituels compulsifs), confirmant ainsi l'hypothèse sur la réduction en tandem des différentes composantes durant une TCC pour le TOC (question de recherche no 7). Il est cependant important de préciser que malgré ces fluctuations enregistrées durant une thérapie, le degré d'investissement des doutes obsessionnels demeure relativement stable lorsqu'il est mesuré à deux semaines d'intervalle durant la période d'évaluation clinique. Ces résultats suggèrent que le degré d'investissement des doutes obsessionnels

n'est pas une variable cognitive qui fluctue aléatoirement, mais plutôt une variable qui interagit avec d'autres composantes du TOC. Ces résultats laissent entendre également que le degré d'investissement des doutes obsessionnels est une dimension valide des croyances obsessionnelles. Cette dimension présente en outre sensiblement les mêmes caractéristiques psychométriques (c.-à-d. la fidélité temporelle et la distribution d'échantillonnage) que celles du degré d'investissement des conséquences anticipées, une mesure d'insight reconnue.

La troisième hypothèse de recherche, qui suggère l'existence d'une relation positive entre le degré d'investissement des doutes obsessionnels et celui des conséquences anticipées, est partiellement fondée. Dans la plupart des cas, plus l'individu considère son doute obsessionnel probable, plus il juge réalistes les conséquences qui s'ensuivent. Par exemple, un individu estimant fortement probable le fait que ses mains puissent être contaminées considère habituellement la conséquence anticipée tout aussi réaliste (par ex., contaminer les autres). Ces deux composantes cognitives du TOC demeurent également associées lors d'une thérapie cognitivo-comportementale pour le TOC : moins l'individu surinvestit ses doutes obsessionnels durant ce type de thérapie, moins les conséquences qui en découlent deviennent importantes. Les résultats de cette thèse démontrent également que plus le patient juge son doute fortement probable, plus la conséquence devient réaliste et plus il considère que les rituels sont utiles pour la prévenir. Ces résultats suggèrent que, dans la majorité des cas, la dimension des doutes obsessionnels est associée positivement aux deux autres dimensions cognitives du modèle ABI; ces dimensions sont habituellement reconnues comme étant des mesures d'insight adaptées à la clientèle souffrant d'un

TOC. Néanmoins, un surinvestissement des doutes obsessionnels n'est pas toujours accompagné d'un surinvestissement des conséquences anticipées. En effet, environ 26 % des individus qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels vont sous-investir en même temps leurs conséquences anticipées, ce qui démontre une certaine indépendance entre ces deux degrés d'investissement. Il est possible que ce sous-groupe d'individus corresponde à un sous-type de TOC sans évaluations (*OCD with no appraisal*) incapable d'identifier des conséquences précises en l'absence des compulsions (Taylor et al., 2006). Plusieurs études démontrent effectivement que les croyances dysfonctionnelles ou l'anticipation de conséquences catastrophiques ne caractérisent pas toujours les individus souffrant d'un TOC (voir Taylor et al., 2006). Certains d'entre eux ont comme seule anticipation une augmentation d'anxiété ou d'inconfort s'ils ne font pas leurs rituels compulsifs. Aussi, certains patients souffrant d'un TOC ressentent le besoin d'atteindre un sentiment de complétude ou de perfection (*just right*) durant l'exécution de leurs rituels compulsifs sans qu'il y ait de pensées dysfonctionnelles spécifiques (Summerfeldt, 2004; Taylor et al., 2006). Dans notre échantillon, aucun symptôme obsessionnel particulier ne différenciait ceux répartis dans le groupe « surinvestissement des doutes et sous-investissement des conséquences » des autres. Sachant que 26 % des participants surinvestissent uniquement leurs doutes obsessionnels à un moment donné, nos résultats démontrent qu'il est en outre possible d'observer cette indépendance à partir de données longitudinales provenant d'une intervention thérapeutique. En effet, le degré d'investissement des conséquences anticipées peut diminuer durant une TCC pour le TOC sans être accompagné d'une réduction significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels. Par contre, l'inverse n'est pas fondé; une réduction

significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels s'accompagne en tout temps d'une diminution, elle aussi significative, de l'importance attribuée aux conséquences, respectant ainsi la séquence logique du raisonnement. En effet, l'inférence secondaire (la conséquence) découle de l'inférence primaire (le doute); une réduction du degré d'investissement des doutes initiaux fait diminuer tout ce qui suit dans la séquence logique. À l'inverse, si l'individu surinvestit ses doutes obsessionnels durant une thérapie, il y a de fortes chances qu'il surinvestisse également les conséquences qui s'ensuivent. Par contre, une réduction de l'importance attribuée aux conséquences anticipées n'entraîne pas automatiquement une diminution de l'importance allouée aux doutes obsessionnels. Il est possible que le cadre thérapeutique explique ce phénomène. En effet, les huit participants devaient suivre une TCC traditionnelle pour le TOC qui adressait principalement les conséquences anticipées selon les modèles cognitifs du TOC popularisés par Salkovskis (1999). Aucun de ces participants n'avait suivi une thérapie ABI. En ciblant les conséquences anticipées, le travail thérapeutique est, par conséquent, moins spécifique aux doutes, ce qui pourrait expliquer l'absence de changement sur cette composante. Il serait intéressant de reproduire cette étude en utilisant l'approche ABI comme intervention thérapeutique.

La quatrième hypothèse de recherche qui suppose que le degré d'investissement des doutes obsessionnels est relié à des symptômes du TOC, est également confirmée. En particulier, les résultats confirment que le degré d'investissement des doutes obsessionnels est significativement et indépendamment associé à la capacité de résister aux rituels compulsifs. Plus l'individu surinvestit ses doutes obsessionnels, moins il se croit capable de résister à l'envie d'exécuter les compulsions, et ce, même en tenant

compte de l'importance qu'il attribue aux conséquences anticipées. Il est à noter que la capacité de résister aux rituels compulsifs est habituellement associée de façon négative à l'insight des individus souffrant d'un TOC (Catapano et al., 2001; Insel & Akiskal, 1986; Marazziti et al., 2002). Le degré de probabilité des doutes obsessionnels semble être de ce fait une dimension cognitive additionnelle de l'insight, indépendamment reliée à des symptômes comportementaux du TOC, comme la capacité de résister aux rituels compulsifs. Logiquement, l'individu qui alloue moins d'importance à ses doutes obsessionnels devrait voir la durée de ses rituels diminuer étant capable de résister plus facilement à ceux-ci. D'un point de vue longitudinal, les résultats de la recherche portant sur l'intervention thérapeutique du TOC démontrent effectivement qu'au fur et à mesure que l'individu accorde moins d'importance aux doutes obsessionnels durant une TCC pour ce problème, la durée des compulsions diminue.

La capacité de résister aux rituels compulsifs n'est pas la seule composante comportementale du TOC qui suggère la présence d'une certaine indépendance entre les deux degrés d'investissement. En effet, les résultats qui découlent de la sixième question de recherche (nous reviendrons plus tard à la question no 5), démontrent que les symptômes de vérification sont significativement et indépendamment associés au degré d'investissement des doutes. Quant à eux, les symptômes de contamination sont significativement et indépendamment reliés au degré d'investissement des conséquences anticipées. Pour ce qui est des doutes obsessionnels, plus l'individu les surinvestit, moins il vérifie de façon compulsive. Autrement dit, les individus avec des symptômes de vérification n'accordent pas beaucoup d'importance aux doutes obsessionnels. Selon le modèle ABI, le doute obsessionnel devient surinvesti lorsqu'il est maintenu par des

faits non pertinents dans le contexte actuel (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Ces faits contredisent toujours les sens (par ex., l'individu voit que sa porte est verrouillée, mais continue de penser qu'elle pourrait être débarrée en se disant que le voisin s'est fait voler...). Le processus de raisonnement qui justifie le doute en utilisant des faits non pertinents au détriment des sens semble néanmoins être moins répandu chez les individus qui vérifient de façon excessive (Aardema et al., 2005). Ces derniers sont effectivement plus enclins à utiliser adéquatement leurs sens pour répondre au doute obsessionnel (par ex., peut-être que ma porte est déverrouillée?); il suffit ici de regarder le loquet de la porte ou d'écouter le son qui caractérise son verrouillage. En accordant moins d'importance aux faits non pertinents (par ex., le voisin s'est fait voler) et en utilisant de façon appropriée ses sens, il est avancé comme explication que le vérificateur investit moins ses doutes obsessionnels. Ce sous-investissement des doutes obsessionnels semble influencer les changements qui se produisent durant une TCC pour le TOC lorsque les symptômes de vérification sont prédominants. Les résultats présentés dans le chapitre V ont effectivement mis en relief une particularité qu'on retrouve surtout chez les « vérificateurs »; la présence de changements comportementaux significatifs sans changements cognitifs aussi importants entre deux phases de traitement. Il est proposé comme explication que les « vérificateurs », étant moins portés à surinvestir leurs doutes obsessionnels en début de thérapie, peuvent changer certains comportements plus rapidement (par ex., réduire le temps consacré aux rituels). Si l'individu accorde peu d'importance aux croyances obsessionnelles, il est alors plus facile d'obtenir des changements comportementaux significatifs.

Quant aux conséquences anticipées, plus l'individu les surinvestit, plus les symptômes de contamination sont prédominants. En d'autres mots, le « contamineur » accorde beaucoup d'importance aux conséquences tout comme l'individu souffrant d'une phobie spécifique. De toutes les manifestations du TOC, la crainte d'être contaminé est effectivement celle qui se rapproche le plus des phobies spécifiques (Rachman, 2004). En fait, quelques études démontrent que les « contamineurs » présentent plus de peurs phobiques que les « vérificateurs » (Rachman & Hodgson, 1980; Steketee et al., 1984). Cette observation est en partie confirmée par l'examen des caractéristiques de notre échantillon de recherche portant sur la TCC; deux « contamineurs » sur quatre souffraient d'une phobie en comorbidité par comparaison à un seul « vérificateur » sur quatre. En plus d'anticiper des conséquences tragiques, les phobiques et les « contamineurs » partagent une autre caractéristique; autant les individus souffrant de phobies spécifiques (par ex., éviter les chiens) que ceux souffrant d'un TOC de contamination (par ex., éviter de manipuler certains objets) utilisent l'évitement comme stratégie de *coping* par comparaison aux « vérificateurs » qui sont moins portés à agir ainsi. Pour ces différentes raisons, il est possible d'affirmer que les peurs phobiques et la crainte d'être contaminé partagent plusieurs similarités, dont l'appréhension de conséquences catastrophiques.

Enfin, exception faite des symptômes obsessionnels de vérification ou de contamination, aucune autre caractéristique clinique ne semble différencier significativement et indépendamment les individus qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels de ceux qui surinvestissent leurs conséquences anticipées (question de recherche no 6). Plus précisément, un surinvestissement des doutes ou des conséquences

qui s'ensuivent ne paraît pas associé à la présence de symptômes dépressifs plus sévères. Pourtant, des études suggèrent que la dépression caractérise les gens souffrant d'un TOC avec faible insight (Catapano et al., 2001; Matsunaga et al., 2002; Türksoy et al., 2002). Néanmoins, deux de ces études utilisent l'item no 11 du Y-BOCS comme mesure d'insight, rendant de ce fait difficile la comparaison avec les présents résultats. L'incapacité de reconnaître la présence d'un TOC mesurée par cet item du Y-BOCS pourrait laisser présager un trouble obsessionnel plus sévère se rapprochant du délire. En présence d'un tel trouble, la dépression pourrait être plus fréquente.

Pour ce qui est des résultats qui découlent de la cinquième question de recherche, aucune différence significative et indépendante n'est ressortie, sur les données sociodémographiques, entre les individus qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels et ceux qui allouent plutôt de l'importance aux conséquences qui s'ensuivent. Autrement dit, l'investissement des croyances ne semble pas être relié de façon significative à une caractéristique sociodémographique donnée⁶. Ces résultats corroborent d'autres études qui démontrent que, dans leurs caractéristiques sociodémographiques, les individus souffrant d'un TOC avec faible insight ne se différencient pas significativement de ceux qui présentent une bonne autocritique (Marazziti et al., 2002; Türksoy et al., 2002).

Implications cliniques des résultats

La thérapie comportementale par exposition et prévention de la réponse (EX/PR) peut devenir moins efficace lorsque le client surinvestit ses croyances obsessionnelles (Foa, 1979). Par exemple, un patient avec des obsessions de contamination, convaincu

⁶ Une tendance significative a été observée pour le statut d'emploi; les individus qui surinvestissent leurs doutes et leurs conséquences se retrouvent habituellement sans emploi. Ce point sera abordé plus loin.

du bien-fondé de ses peurs, peut être réticent à l'idée de réduire la fréquence des lavages ritualisés parce qu'il anticipe de contaminer les autres. En tel cas, le clinicien peut utiliser une stratégie cognitive (par ex., le questionnement socratique) qui aiderait le client à remettre en question la légitimité de ses croyances. L'évaluation des croyances obsessionnelles en début de thérapie permet donc au clinicien d'ajuster son intervention, ce qui pourrait avoir comme effet d'augmenter l'efficacité de la thérapie. Pour cette raison, il est important d'évaluer en profondeur les croyances obsessionnelles lorsque l'intervenant désire entreprendre une thérapie par EX/PR avec un client souffrant d'un TOC. Une question se pose ici : comment évaluer les croyances obsessionnelles? La présente thèse doctorale propose des pistes de réflexion intéressantes à ce sujet.

Premièrement, il est préférable d'évaluer les croyances obsessionnelles, des individus souffrant d'un TOC, de façon multidimensionnelle et sur une base cognitive. L'item no 11 du Y-BOCS fait tout le contraire; en plus d'être unidimensionnel, il repose sur un modèle médical de l'insight qui convient mieux aux patients psychotiques (absence ou présence d'une maladie mentale). En utilisant uniquement cette question, le thérapeute peut conclure que son client présente un bon insight, étant donné qu'il reconnaît souffrir d'un TOC. Un client peut cependant reconnaître la présence d'un TOC tout en surinvestissant ses croyances obsessionnelles. En effet, des analyses corrélationnelles (chapitre VI) ont démontré qu'il n'existait aucune relation significative entre l'item no 11 du Y-BOCS et les trois dimensions cognitives proposées par le modèle ABI. Cet item du Y-BOCS n'apparaît donc pas assez spécifique pour estimer l'insight d'individus aux prises avec des symptômes obsessifs-compulsifs, puisqu'il ne permet pas d'évaluer l'investissement des croyances obsessionnelles. De plus, l'item no

Il n'était pas associé significativement à la capacité de résister aux rituels compulsifs, comparativement aux dimensions cognitives du modèle ABI, notamment celle des doutes. Il est donc moins utile d'un point de vue clinique.

Deuxièmement, les résultats de la présente thèse démontrent qu'il est pertinent de séparer la dimension des doutes de celle des conséquences anticipées durant l'évaluation cognitive des croyances obsessionnelles. Un questionnaire qui évalue l'autocritique en se basant exclusivement sur les conséquences anticipées peut conclure que l'individu présente un bon insight même s'il surinvestit ses doutes obsessionnels. Comme il a été mentionné, les tests BABS et OVIS ne font aucune distinction entre les doutes obsessionnels et les conséquences qui s'ensuivent, ce qui représente une limite importante. Aussi, ces instruments ne peuvent être utilisés lorsque l'individu n'anticipe aucune conséquence précise, autre qu'une augmentation de son anxiété, en l'absence des rituels compulsifs. Pourtant, il n'est pas rare en clinique d'être confronté à ce type de scénario. Prenons par exemple le sous-type de TOC sans évaluations (*OCD with no appraisal*, voir Taylor et al., 2006) ou le sous-type qui se manifeste par une recherche de complétude (Summerfeldt, 2004), deux catégories de symptômes obsessionnels où les conséquences anticipées ne sont pas toujours identifiables. Lorsque les conséquences sont difficiles à identifier, voire inexistantes, ou lorsqu'elles concernent seulement une augmentation d'anxiété, la dimension des doutes initiaux devient alors très utile pour évaluer les croyances obsessionnelles. En fait, il est toujours possible d'identifier une première pensée (l'inférence primaire) qui pousse l'individu à exécuter ses rituels compulsifs, et ce, même en l'absence de conséquences spécifiques. Par exemple, lorsque le client recherche un état de complétude en exécutant ses rituels, il identifie souvent

comme conséquence une augmentation d'anxiété ou d'inconfort s'il ne procède pas ainsi. Sans conséquences précises, le thérapeute n'est plus en mesure d'évaluer l'insight du client souffrant d'un TOC en utilisant le BABS ou l'OVIS. L'identification d'un doute obsessionnel permet cependant de contourner cette difficulté. En effet, la première pensée qui incite le patient à agir ainsi peut se résumer de cette façon : peut-être que c'est incomplet? La procédure pour identifier cette première pensée s'illustre comme suit (C : client et T : thérapeute) :

C : Si je ne vais pas jusqu'au bout en faisant mon rituel, je me sentirais anxieux...

T : Anticipez-vous une autre conséquence que l'anxiété?

C : Non, pas vraiment.

T : OK, j'inverse ma question; qu'est-ce que je pourrais vous dire pour vous soyez certain de ne pas vivre autant d'anxiété?

C : Que tout est complet, je me sentirais beaucoup mieux...

Il suffit ensuite d'évaluer l'importance que l'individu accorde à cette première pensée (par ex., jusqu'à quel point est-il probable que la tâche puisse être incomplète?). En procédant ainsi, en plus de contourner les difficultés mentionnées ci-dessus, le clinicien obtient des informations quant à la capacité du client à résister aux rituels compulsifs. En effet, les résultats de cette thèse démontrent que le degré d'investissement des doutes obsessionnels est significativement et indépendamment associé à la capacité de résister aux rituels compulsifs; plus l'individu surinvestit ses doutes, moins il se croit capable de résister aux compulsions. Les implications cliniques de ces résultats sont multiples. À vrai dire, si durant une thérapie le clinicien s'aperçoit

que le client est incapable de résister aux rituels compulsifs, bien qu'il considère ses conséquences de moins en moins réalistes, il pourrait alors s'avérer utile d'évaluer l'importance qu'il accorde aux doutes initiaux. En d'autres mots, il est possible d'observer durant une TCC pour le TOC une diminution de l'importance allouée aux conséquences anticipées sans qu'il y ait de réduction significative du degré d'investissement des doutes obsessionnels. En présence d'un surinvestissement des doutes obsessionnels, les interventions comportementales peuvent devenir moins efficaces. Il est de ce fait important de cibler le plus rapidement possible la dimension des doutes obsessionnels durant une TCC pour le TOC. En allouant moins d'importance aux doutes, la capacité de résistance aux rituels devrait s'accroître graduellement et ainsi faciliter les interventions comportementales. Le modèle ABI permet justement de cibler les doutes, ce qui représente un avantage considérable lorsque le patient est incapable de résister aux compulsions.

Troisièmement, il est recommandé d'évaluer à intervalles réguliers les degrés de conviction, incluant celui des doutes obsessionnels et celui des conséquences anticipées, sachant qu'ils peuvent fluctuer en tandem avec d'autres variables cliniques durant une TCC pour le TOC (par ex., la durée des rituels et la sévérité du TOC). Par intervalles réguliers et constants, nous entendons au minimum une fois par semaine, mais préférablement une fois par jour. Il est important de mentionner que les changements en tandem des composantes cognitives et comportementales du TOC se sont réalisés à l'intérieur d'un processus thérapeutique efficace, ce qui corrobore d'autres études (Foa et al., 1999; Lelliott et al., 1988; Storchheim & O'Mahony, 2006). Reste à savoir comment les degrés de conviction fluctuent lorsque la thérapie est inefficace. Au sujet

de ce dernier point, certains résultats suggèrent que la thérapie pourrait devenir moins efficace lorsque l'individu surinvestit à la fois ses doutes et ses conséquences. Il y a effectivement en tel cas plus de chance que l'individu présente des troubles comorbides au TOC à l'axe I, ce qui peut complexifier le tableau clinique et du même coup rendre la thérapie moins efficace si le trouble comorbide n'est pas directement adressé. De plus, l'individu qui donne beaucoup de crédibilité à ses doutes et à ses conséquences se retrouve souvent sans emploi, ce qui suggère la présence d'un TOC plus contraignant ou plus sévère. En fait, d'autres recherches indiquent que l'individu souffrant d'un TOC avec faible insight est généralement sans emploi (Catapano et al., 2001) ou atteint de symptômes obsessionnels plus sévères (Eisen et al., 2001; Matsunaga et al., 2002; Türksoy et al., 2002). Concernant ce dernier point, cette thèse n'identifie qu'un seul lien significatif, mais marginal entre la sévérité des compulsions et le degré d'investissement des conséquences anticipées. Nous ne sommes donc pas en mesure de conclure sur une base solide qu'un surinvestissement des croyances obsessionnelles est associé à un TOC plus sévère. Enfin, en plus de fluctuer durant une TCC pour le TOC, les degrés de conviction peuvent différer d'une obsession à une autre lorsqu'ils sont évalués simultanément. Il apparaît de ce fait important d'évaluer les croyances obsessionnelles de façon rigoureuse en prenant soin de distinguer chacune des obsessions et compulsions du client.

Quatrièmement, les résultats confirment que les « vérificateurs » et les « contamineurs » se différencient peu quant aux processus de changements cognitifs et comportementaux qui s'opèrent pour eux durant une TCC pour le TOC. Par contre, la plupart des « vérificateurs » semblent allouer moins d'importance à leurs doutes

obsessionnels par comparaison aux « contamineurs » qui, eux, surinvestissent leurs conséquences anticipées. Il est logique de penser qu'en sous-investissant leurs doutes obsessionnels, les « vérificateurs » ont par conséquent moins tendance à surinvestir leurs conséquences. Pour cette raison, le traitement du TOC par EX/PR qui demande au client de s'exposer aux conséquences anticipées devrait s'appliquer plus facilement, dans certains cas, aux « vérificateurs » qu'aux « contamineurs ». Il est de toute évidence plus difficile, voire impossible, pour un « contamineur » de résister aux lavages de mains et ainsi courir le risque de contaminer les autres s'il considère cette conséquence fortement réaliste. Cliniquement, il pourrait être avantageux, en présence d'un « contamineur » qui surinvestit ses croyances obsessionnelles, d'amorcer la thérapie par une approche cognitive qui ciblerait les conséquences anticipées. Enfin, ces résultats sous-entendent qu'en surinvestissant leurs conséquences anticipées, certains « contamineurs » pourraient avoir un faible insight. Deux études viennent cependant remettre en question cette hypothèse; les « contamineurs » ont généralement une meilleure autocritique par comparaison à d'autres sous-types de TOC (Matsunaga et al., 2002; Tolin et al., 2001). Ces auteurs conceptualisent et évaluent l'insight en utilisant soit l'item no 11 du Y-BOCS (Matsunaga et al., 2002), soit la présence de symptômes s'apparentant à la psychose (Tolin et al., 2001). Nous croyons donc en définitive qu'il n'y a pas forcément contradiction entre ces résultats et ceux obtenus dans la présente thèse; un « contamineur » peut surinvestir ses conséquences anticipées tout en reconnaissant souffrir d'un TOC (faisant ici référence à l'item no 11 du Y-BOCS). De plus, l'individu aux prises avec des obsessions de contamination peut allouer beaucoup d'importance aux conséquences anticipées sans qu'il y ait de symptômes psychotiques,

critère utilisé dans l'étude de Tolin et ses collègues (2001) pour définir l'insight. Effectivement, les analyses corrélationnelles décrites dans le chapitre V ne démontrent aucun lien significatif entre le degré d'investissement des conséquences anticipées, l'item no 11 du Y-BOCS et les résultats à une entrevue identifiant la présence d'idées délirantes, à savoir le BABS. En plus de ce qui est décrit ci-haut, l'absence de lien significatif entre les échelles cliniques et le BABS peut s'expliquer comme suit : une seule croyance est évaluée par le BABS (la plus significative durant la dernière semaine) comparativement aux échelles cliniques du modèle ABI où une moyenne des croyances est calculée⁷.

En somme, nous considérons que les trois dimensions cognitives proposées par le modèle ABI sont suffisantes pour évaluer l'insight d'individus souffrant d'un TOC. Contrairement aux autres procédures d'évaluation sur l'insight, elles ne font pas référence au modèle médical axé sur la reconnaissance d'une maladie mentale. En effet, l'item no 11 du Y-BOCS s'inspire directement du modèle médical de l'insight tandis que le BABS et l'OVIS nous apparaissent comme étant des adaptations du modèle médical aux symptômes obsessionnels-compulsifs. Ces instruments ont effectivement fait l'ajout de dimensions cognitives (par ex., l'item no 1 du BABS sur la conviction ou l'item no 1 du L'OVIS intitulé « force de la croyance »), adaptées aux symptômes obsessionnels-compulsifs, tout en conservant plusieurs dimensions centrées sur la reconnaissance d'une maladie mentale ou utilisées auprès d'individus psychotiques (par ex., l'item no 2 sur la perception du point de vue des autres qu'on retrouve dans le BABS et l'item no 6 de l'OVIS ayant pour nom « degré d'adhérence par les autres »).

⁷ La moyenne était ce qui représentait le mieux l'ensemble des croyances défendues par l'individu. C'est pour cette raison que nous avons choisi cette procédure de cotation.

D'un point de vue clinique, nous pensons qu'il n'est pas pertinent de considérer ces dimensions médicales durant l'évaluation des croyances obsessionnelles; les dimensions cognitives du modèle ABI nous apparaissent suffisantes. Par ailleurs, en plus de représenter une adaptation du modèle médical, ces instruments ne séparent pas les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des croyances obsessionnelles, ce qui constitue une limite importante.

Considérations méthodologiques

Le cadre méthodologique de cette thèse a été planifié afin de répondre aux questions de recherche posées et dans le but de pallier à quelques limites identifiées dans les études qui ont porté sur l'insight d'individus souffrant d'un TOC. Cette thèse apporte ainsi une contribution originale en évaluant une dimension jusqu'à maintenant peu explorée des croyances obsessionnelles, à savoir celle des doutes initiaux. Bien que la méthodologie utilisée dans cette thèse comporte de nombreux avantages, elle présente aussi des lacunes. Les considérations d'ordre méthodologique sont présentées et discutées ici.

Validité interne

Tout d'abord, quelques particularités caractérisaient la sélection de l'échantillon clinique de cette thèse. Ils ont tous été sélectionnés à partir d'une base de données compilée au CRFS depuis 1997. Un total de 115 participants ont été utilisés pour répondre aux quatre premières questions de recherche sur les principes du modèle ABI (chapitre III), 108 de ces 115 pour répondre aux deux questions suivantes (chapitre IV)

et finalement 8 de ces 115 pour répondre à la dernière question (chapitre V).

L'utilisation de données déjà recueillies pour faire une étude comportait sans contredit des avantages. Cette procédure permettait manifestement d'accéder rapidement à un bassin important de sujets souffrant d'un TOC en diminuant les coûts et le temps associés à la récolte des données. En effet, tous les participants avaient complété une TCC pour le TOC de 24 semaines (incluant les quatre semaines d'évaluation), ce qui aurait été très difficile à obtenir dans le cadre d'une expérimentation mise en place pour ce projet. De plus, l'utilisation de données compilées permettait de sélectionner uniquement les participants qui avaient dûment complété une thérapie et ceux pour qui aucune donnée n'était manquante en lien avec les questions de recherche. Ceci a permis de réduire la perte de données, augmentant ainsi la validité interne de l'étude.

L'utilisation de données déjà recueillies comportait aussi des inconvénients, dont l'incapacité de contrôler toutes les variables à l'étude. En effet, les données de trois recherches cliniques différentes furent utilisées pour compléter cette thèse. Dans l'ensemble, ces études offraient des traitements qui adressaient autant les composantes cognitives que comportementales du TOC. Les principales stratégies d'intervention étaient la restructuration cognitive et l'exposition avec prévention de la réponse (EX/PR). Le thérapeute devait suivre un protocole de traitement standardisé et chacune des rencontres était enregistrée. Pour s'assurer que les sujets provenant d'études cliniques différentes étaient comparables entre eux, des analyses préliminaires ont été effectuées. Il a été démontré que les 115 participants sélectionnés, provenant d'études différentes, ne se distinguaient pas significativement sur les échelles cliniques avant le début du traitement, les rendant ainsi comparables. Aussi, il était possible de comparer

les sujets entre eux étant donné que la plupart des données utilisées, dans le cadre de cette thèse, furent récoltées durant la période d'évaluation, identique d'une étude clinique à une autre. Il faut aussi se rappeler que l'objectif de la présente thèse n'était pas de valider empiriquement un traitement pour le TOC, rendant ainsi moins important le respect d'une procédure de traitement identique pour tous les sujets à l'étude. En effet, le volet longitudinal de la thèse s'intéressait plutôt aux fluctuations de composantes cognitives et comportementales du TOC enregistrées durant une TCC efficace. Les huit participants faisant partie de ce volet ont été minutieusement sélectionnés en s'assurant qu'ils avaient tous suivi une thérapie utilisant des modalités comparables. Étant donné que les participants provenaient d'études cliniques s'étant déroulées à des moments différents, il est aussi possible que des facteurs historiques (par ex., les attentats du 11 septembre 2001) aient influencé les résultats aux instruments d'évaluation, ce qui aurait pu nuire aux comparaisons intersujets. Il serait donc intéressant de reproduire cette étude, mais cette fois-ci en s'assurant que tous les participants commencent leur thérapie en même temps et en standardisant la modalité de traitement. En bref, malgré ces biais méthodologiques, nous croyons que la rigueur des procédures d'évaluation a permis de minimiser leur impact en s'assurant justement que les participants étaient comparables entre eux (c.-à-d. qu'ils souffraient tous d'un TOC selon le DSM et l'ADIS, voir ci-bas).

L'aspect méthodique des procédures d'évaluation représentait effectivement une force de cette thèse. L'échantillon clinique était constitué de participants répondant aux critères diagnostiques du TOC (DSM-IV, APA, 1994). Les participants ont été soumis à une stratégie d'évaluation multimodale et standardisée répartie en plusieurs étapes : une

évaluation psychiatrique, une évaluation psychologique constituée d'une entrevue semi-structurée sur les troubles anxieux (ADIS-IV), d'une autre sur le TOC (Y-BOCS), d'échelles cliniques et de plusieurs questionnaires auto-administrés. Les participants devaient aussi compléter des calepins d'auto-enregistrement quotidiens. Le thérapeute devait utiliser un manuel d'instructions pour expliquer au participant la façon de remplir les calepins (Freeston & O'Connor, 1997). Les principales variables à l'étude, à savoir les degrés d'investissement et la capacité de résister aux rituels, étaient surtout évaluées à partir d'échelles cliniques administrées par le thérapeute, mais aussi en utilisant les calepins. Les attentes du thérapeute (par ex., le client devrait s'améliorer ou je ne pense pas que mon client s'est amélioré) et celles du sujet (par ex., je devrais m'améliorer ou je vais stagner) ont pu influencer positivement ou négativement l'évaluation des croyances obsessionnelles. Néanmoins, nous croyons que ces biais méthodologiques affectaient peu la validité interne compte tenu des raisons suivantes : a) les thérapeutes qui administraient les échelles cliniques ne connaissaient pas les hypothèses de la présente thèse et b) l'utilisation de calepins pour évaluer les croyances obsessionnelles, en plus de diversifier les méthodes d'évaluation, permettait de réduire le biais de l'expérimentateur. Les données colligées par ces calepins étaient cependant, au même titre que les échelles cliniques, influencées par les attentes positives ou négatives du sujet. Il convient également de souligner que pour réduire le biais de l'expérimentateur, les entrevues semi-structurées (ADIS-IV et Y-BOCS) ont été administrées par des évaluateurs indépendants qui ne participaient pas au traitement. Il est aussi important de mentionner que tous les questionnaires auto-administrés étaient valides empiriquement. Ceux-ci présentaient de bonnes propriétés psychométriques et étaient généralement

reconnus par les experts dans le domaine. En bref, en dépit des difficultés ci-haut mentionnées, nous pouvons affirmer que l'évaluation rigoureuse des participants ainsi que la diversité des mesures recueillies ont augmenté de façon considérable la validité interne de cette thèse. La diversité des mesures collectées fait aussi référence aux périodes d'évaluation; les croyances obsessionnelles ont été évaluées de façon transversale, avant le début d'une thérapie, et de façon longitudinale, durant une thérapie.

Pour ce qui est des plans de recherche, un devis corrélationnel a été utilisé pour les données transversales et un devis à cas uniques avec mesures répétées pour le volet longitudinal. Tout d'abord, l'utilisation d'un plan corrélationnel a eu comme avantage de nous permettre d'observer les relations entre plusieurs variables comportementales et cognitives du TOC à partir d'un échantillon de grande taille. Ce type de plan, habituellement recommandé lorsqu'une base de données est facilement accessible par le chercheur et qu'un bassin important de sujets est disponible, est de ce fait rapide et peu coûteux. Malgré ces avantages, le plan corrélationnel ne permettait pas d'établir des liens de causalité ni d'identifier la direction des liens, ce qui représente une limite. De plus, l'utilisation d'un tel plan rend parfois difficile l'interprétation des résultats dus à la présence de variables confondantes. La mesure statistique suivante a été prise pour réduire l'effet possible des variables confondantes : utiliser des régressions hiérarchiques et des corrélations partielles (voir Nunnally & Bernstein, 1994 pour l'utilisation des corrélations partielles dans de telles situations) afin de s'assurer que la relation observée entre le degré d'investissement des doutes obsessionnels et une variable donnée ne soit pas causée par la présence d'une autre variable (par ex., le degré

d'investissement des conséquences anticipées). De même, l'utilisation d'un plan à cas uniques avec mesures répétées avait comme avantage de pouvoir étudier avec précision les processus de changements durant une thérapie, ce qui augmentait du même coup la validité interne de cette thèse. En effet, en établissant un niveau de base à l'aide de calepins, le participant devenait son propre contrôle. Autrement dit, les différences observées entre deux phases de traitement étaient dues au traitement et non aux caractéristiques du sujet qui demeuraient stables.

Toujours en lien avec la validité interne, la section qui suit décrit l'utilité des échelles cliniques dans l'évaluation des croyances obsessionnelles. Il convient tout d'abord de préciser que la conception de ces échelles s'appuie principalement sur un modèle théorique du TOC, soit l'Approche Basée sur les Inférences (ABI : O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005), mais aussi sur d'autres recherches dans le domaine. Plus précisément, les deux dernières dimensions cognitives du modèle ABI, au sujet des conséquences anticipées, sont reconnues par d'autres chercheurs comme étant des mesures d'insight valides (Dunne, 2000; Ito et al., 1995 ; Lelliott et al., 1988). La dimension des doutes obsessionnels, étant innovatrice, est de ce fait moins étudiée ou validée empiriquement. D'un point de vue clinique, elle est cependant valide en étant associée à d'autres composantes cognitives (par ex., le degré d'investissement des conséquences anticipées) ou comportementales du TOC (par ex., la capacité de résister aux rituels compulsifs). Les résultats démontrent aussi qu'elle présente sensiblement les mêmes propriétés psychométriques (c.-à-d. la fidélité temporelle et la distribution d'échantillonnage) que la dimension des conséquences anticipées communément reconnue comme étant une mesure d'insight. En particulier, les échelles cliniques,

utilisées dans le cadre de cette thèse, présentent des forces et des limites qui seront discutées ici.

Les échelles cliniques du modèle ABI : un survol des avantages. Premièrement,

l'autocritique du patient souffrant d'un TOC est évaluée sur plusieurs dimensions cognitives, permettant ainsi de distinguer les étapes du processus de raisonnement (inférences primaires et secondaires) et de mieux comprendre les associations qu'il fait pour passer du point A (inférence primaire) au point B (inférence secondaire).

Deuxièmement, l'utilisation de ces échelles cliniques ne se limite pas à la présence de conséquences identifiées en l'absence de rituels compulsifs. L'autocritique du patient peut, dans les faits, s'évaluer sur la base du premier questionnement (c.-à-d. l'inférence primaire), sans qu'il y ait de conséquences précises autre qu'une augmentation d'anxiété, par comparaison aux mesures d'insight comme le BABS. En terminant, les croyances obsessionnelles sont évaluées de façon plus précise, en ciblant les doutes initiaux, habituellement confondus avec les conséquences anticipées dans les mesures d'insight (par ex., les tests BABS et OVIS).

Les échelles clinique du modèle ABI : un survol des limites. En plus des biais (attentes du chercheur et des sujets), mentionnés ci-dessus, qui peuvent fausser n'importe quelles mesures psychologiques, d'autres limites sont plus spécifiques aux échelles cliniques utilisées dans le cadre de cette thèse. Celles-ci seront présentées avec quelques recommandations pour les améliorer. Premièrement, il n'est pas toujours facile pour le thérapeute d'évaluer le degré d'investissement des doutes obsessionnels. Il doit tout

d'abord définir avec précisions chacun des doutes obsessionnels présents, tâche qui pose parfois problème. En effet, les questions formulées par le clinicien⁸ n'encouragent habituellement pas l'identification des doutes obsessionnels; elles sont plutôt centrées sur les conséquences anticipées, plus faciles à reconnaître par le client et par lui-même. Cliniquement, l'identification des conséquences anticipées est souvent une étape préliminaire permettant d'accéder aux doutes obsessionnels. En effet, le thérapeute peut identifier le premier questionnement ou le doute initial à partir des conséquences négatives évoquées par le client (par ex., je vais contracter une maladie incurable et mourir). En particulier, plusieurs questions peuvent aider le thérapeute à identifier les doutes obsessionnels (par ex., dans quelles circonstances pourriez-vous contracter une maladie incurable? Réponse possible du client : si mes mains touchent à un objet qui ramasse la poussière et les acariens). Dans cet exemple, le doute obsessionnel pourrait se définir ainsi : peut-être que mes mains ont touché à un objet poussiéreux et plein d'acariens? (voir l'Appendice C pour une description détaillée de la procédure d'évaluation des doutes obsessionnels). Il convient aussi de souligner que l'utilisation du modèle ABI dans le traitement du TOC et dans l'identification des doutes obsessionnels nécessite une formation clinique de quelques heures. Généralement, les thérapeutes formés à la TCC pour le TOC saisissent assez rapidement les concepts du modèle ABI. Fait intéressant; les clients souffrant d'un TOC se reconnaissent très rapidement dans le modèle ABI et ont souvent plus de facilité à l'expliquer que le thérapeute qui commence à l'utiliser.

⁸ Surtout celui d'approche cognitivo-comportementale habitué de travailler avec l'*Appraisal model of OCD* de Salkovskis.

Deuxièmement, les échelles cliniques du modèle ABI ne sont pas toujours spécifiques au contexte. La formulation « jusqu'à quel point... » ne permet pas d'évaluer les doutes et leurs conséquences dans un contexte particulier. L'individu aux prises avec des obsessions de contamination peut se laver les mains dans des contextes variés (par ex., lorsqu'il quitte son domicile, lorsqu'il touche ou manipule certains objets, etc.) et investir différemment ses croyances dépendamment de ceux-ci. En posant la question « jusqu'à quel point... », l'évaluation devient globale et non spécifique à un contexte donné. Il serait préférable de formuler la question en précisant le contexte au début : « lorsque vous quittez votre domicile, jusqu'à quel point... ou lorsque vous manipulez des vêtements, jusqu'à quel point... ». Mentionnons que les concepteurs du modèle ABI suggèrent de procéder ainsi sans cependant l'inscrire de façon explicite sur les échelles cliniques. Ces derniers recommandent aussi d'évaluer de façon générale le degré d'investissement, pour une obsession donnée, lorsqu'il n'y a pas de différence entre les contextes. Par exemple, lorsqu'un client souffre d'obsessions de contamination dans trois contextes différents (toucher des vêtements, sortir de chez lui et manipuler des produits corrosifs) et que le thérapeute s'aperçoit que le degré de probabilité des doutes ne diffère pas selon le contexte, un seul pourcentage (qui correspond au degré de probabilité du doute obsessionnel, peut importe le contexte) est alors retenu. Utile en recherche pour limiter le nombre de données, l'évaluation générale des degrés d'investissement n'est pas recommandée en clinique; il est toujours préférable d'évaluer les croyances obsessionnelles en faisant référence au contexte d'apparition. Enfin, la procédure d'évaluation contextuelle des croyances obsessionnelles ou advenant le cas, d'évaluation plus générale, pourrait être détaillée sur les échelles cliniques.

Troisièmement et en relation avec ce qui vient d'être dit, une autre limite des échelles cliniques est de savoir si les croyances sont évaluées en contexte (l'individu doit imaginer qu'il est confronté au déclencheur de son obsession) ou hors contexte (à l'extérieur de la situation qui déclenche l'obsession), ce qui n'est pas précisé dans les consignes de passation. Seulement l'échelle du degré de conviction (c.-à-d. l'utilité des rituels pour prévenir les conséquences) permet la distinction « en contexte versus hors contexte »⁹. Les deux premières échelles cliniques du modèle ABI (probabilité des doutes et réalisme des conséquences) ne font cependant pas cette distinction. Pour éviter la confusion et uniformiser les procédures d'évaluation, il est recommandé d'indiquer clairement sur les échelles cliniques si la mesure a été prise en contexte ou hors contexte. Pour les mesures en contexte, il serait important de préciser le déclencheur (par ex., lorsqu'il quitte son domicile ou lorsqu'il manipule ses vêtements).

Dernièrement, les échelles cliniques du modèle ABI, utilisées dans le cadre de cette thèse pour évaluer les croyances obsessionnelles, n'étaient pas des mesures d'insight validées empiriquement. Plusieurs résultats laissent cependant entrevoir qu'elles pourraient être incluses dans de telles mesures. Tout d'abord, la dimension des doutes obsessionnels semble présenter une bonne validité clinique. Il fut assurément possible d'identifier des inférences primaires, prenant la forme d'un doute, pour chacun des participants à l'étude; le degré d'investissement de ces doutes se distribuait normalement dans l'échantillon. De plus, la dimension des doutes, ainsi que celle des conséquences anticipées, étaient reliées à d'autres variables cognitives et/ou comportementales du TOC, démontrant ainsi une certaine pertinence clinique. Les

⁹ Dans le cadre de cette thèse, uniquement les mesures « en contexte » furent utilisées pour cette échelle. Raisons : plusieurs données « hors contexte » étaient manquantes ou inexistantes pour les autres échelles cliniques.

dimensions cognitives du modèle ABI ont aussi été comparées à l'item no 11 du Y-BOCS et au BABS, permettant ainsi de démontrer qu'elles n'étaient pas associées à ces mesures d'insight. Ces résultats ne nous apparaissent pas surprenants étant donné que ces deux mesures s'inspirent du modèle médical de l'insight, utilisé auprès individus psychotiques, par comparaison aux dimensions cognitives du modèle ABI. En effet, l'item no 11 du Y-BOCS demande à l'individu d'affirmer jusqu'à quel point il est conscient de souffrir d'un TOC. Il n'évalue aucunement les croyances obsessionnelles propres à l'individu. Il est donc possible que ce dernier reconnaisse la présence d'un TOC tout en continuant de surinvestir ses croyances obsessionnelles. Les auteurs du BABS se sont, quant à eux, inspirés des recherches effectuées auprès d'individus psychotiques ou délirants (Eisen et al., 1998), rendant ainsi cet instrument non spécifique au TOC et plus près d'un modèle médical de l'insight.

De plus, quelques résultats ont supposé que les échelles cliniques présentaient une bonne validité divergente avec d'autres mesures de symptômes psychiatriques. Il n'existait effectivement aucun lien significatif entre les degrés d'investissement et les symptômes de dépression (Inventaire de dépression de Beck) ou d'anxiété (Inventaire d'anxiété de Beck). À la lumière de tous ces résultats, l'idée de créer un nouvel instrument sur l'insight des individus souffrant d'un TOC qui intégrerait les dimensions cognitives du modèle ABI nous apparaît prometteuse. Néanmoins, d'autres études devront être réalisées afin de valider empiriquement ce questionnaire. Par exemple, ce nouvel instrument, incluant les échelles cliniques du modèle ABI, pourrait être comparé aux scores obtenus sur d'autres mesures d'insight non considérées ici, comme l'OVIS.

Validité externe

Dans un premier temps, nous croyons que les participants sélectionnés dans la base de données représentaient bien la population d'intérêt, soit les clients souffrant d'un TOC en thérapie. En effet, la présence d'un ou de plusieurs troubles comorbides au TOC à l'axe I ne constituait pas un critère d'exclusion. Les participants pouvaient aussi souffrir d'un trouble de la personnalité qui n'interférait pas avec le traitement mis en place ou même consommer des médicaments. L'absence de critères de recrutement trop restrictifs permettait ainsi de généraliser les résultats à la population cible. Néanmoins, la généralisation des résultats doit se faire avec prudence. En effet, les participants n'étaient pas sélectionnés de façon aléatoire; les individus qui décidaient de participer volontairement à un projet de recherche pouvaient se distinguer de ceux qui ne participaient pas, sur des caractéristiques sociodémographiques (par ex., l'âge, le niveau d'éducation, etc.). Aussi, puisque l'échantillon était constitué principalement de participants ayant mené à terme une TCC pour le TOC et ayant complété tous les instruments d'évaluation, il est, pour cette raison, impossible de généraliser les résultats obtenus à ceux qui abandonnent en cours de thérapie, à ceux qui ne répondent pas à tous les questionnaires, ou à ceux qui refusent de participer à un tel projet.

Dans un deuxième temps, l'utilisation d'un devis de recherche corrélationnel permettait, selon nous, de maximiser la généralisation des résultats obtenus. En effet, l'usage de ce type de plan avait comme avantage d'analyser tel quel, sans manipulation importante du chercheur, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon. En étudiant ainsi un large éventail d'individus souffrant d'un TOC, il était par conséquent plus facile de généraliser les résultats à la population cible. À l'inverse,

le devis à cas uniques rendait, quant à lui, plus difficile la généralisation des résultats.

Puisque l'échantillon était constitué de participants aux prises avec des symptômes prédominants de vérification ou de contamination, il est de ce fait plus compliqué, voire impossible, de généraliser les résultats aux autres sous-types de TOC. Aussi, puisque les fluctuations cognitives et comportementales ont été observées à l'intérieur d'un processus thérapeutique efficace, il est difficile de généraliser les résultats aux traitements inefficaces.

Directions futures

L'étude des croyances obsessionnelles intéresse de plus en plus les chercheurs dans le domaine de l'anxiété. Cet intérêt grandissant s'explique en partie par la popularité des modèles cognitifs du TOC qui ont vu le jour ces dernières années. L'Approche Basée sur les inférences (ABI) fait justement partie de ces modèles cognitifs qui innovent en jetant un nouveau regard sur les croyances obsessionnelles. En s'inspirant du modèle ABI, les résultats de cette thèse permettent de formuler quelques recommandations originales concernant l'étude de l'insight ou des croyances obsessionnelles auprès d'individus souffrant d'un TOC. De façon générale, puisque peu d'études se sont intéressées à la dimension des doutes obsessionnels dans l'évaluation de l'insight, la reproduction de ce type de recherche est encouragée. Comme il a été mentionné, il est aussi nécessaire de mener de nouvelles études pour valider empiriquement une mesure d'insight, spécifique au TOC, qui intégrerait les dimensions cognitives du modèle ABI. Plus précisément, les études à venir pourraient considérer les points suivants :

Premièrement, sachant qu'il est possible qu'un individu surinvestisse ses doutes obsessionnels tout en allouant peu d'importance aux conséquences qui s'ensuivent, il est impératif de mener des études supplémentaires pour mieux définir et comprendre ce sous-groupe d'individus. Puisque celui-ci n'était constitué que de 14 participants sur 53, soit 26 %, un échantillon de plus grande taille ou de nouveaux critères de répartition pourraient s'avérer utiles dans le futur. Dans cette thèse, les individus ont été répartis en deux groupes distincts à partir du score médian obtenu à l'échelle des doutes : surinvestissement ou sous-investissement des doutes obsessionnels. La transformation d'une variable continue en variable catégorielle comporte ses avantages, mais aussi ses limites. Il est par exemple plus difficile de clairement distinguer les individus se situant près de la médiane. Une autre façon de répartir les participants aurait été de sélectionner strictement les individus se situant aux extrémités (par ex., les 15 plus hauts et les 15 plus bas sur l'échelle des doutes), augmentant ainsi la possibilité qu'il y ait des différences significatives, mais réduisant du même coup les sous-groupes à l'étude. Une possibilité complémentaire s'offrait à nous, soit celle d'étudier les degrés d'investissement comme des variables continues, sans répartir les sujets en sous-groupes. Cette procédure a été suivie dans les chapitres IV et V et VI. Nous considérons que la diversité des procédures utilisées pour analyser les degrés d'investissement contribue à l'originalité de cette thèse.

Qu'importe la méthode de répartition de l'échantillonnage choisie, il serait intéressant de vérifier si les gens qui surinvestissent uniquement leurs doutes obsessionnels se différencient sur d'autres caractéristiques cliniques non considérées dans cette thèse, telle que la présence d'un trouble de la personnalité à l'axe II. Aucun

questionnaire sur la personnalité n'était administré lorsque les données ont été compilées, limitant ainsi ce type d'analyse. Quelques recherches suggèrent qu'il pourrait s'avérer pertinent de considérer les troubles de la personnalité durant l'étude des croyances obsessionnelles. Il semble effectivement exister des relations significatives entre la présence d'un faible insight et le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive (Kishore et al., 2004) ou le trouble de la personnalité schizoïde (Matsunaga et al., 2002). Il est de ce fait possible que la dimension des doutes obsessionnels puisse être associée à un trouble de la personnalité sur l'axe II.

En plus d'étudier les individus qui surinvestissent uniquement leurs doutes obsessionnels, les recherches subséquentes pourraient s'intéresser à ceux qui surinvestissent au contraire leurs conséquences anticipées. Nous savons d'ores et déjà que ces individus se caractérisent avant tout par la présence de symptômes de contamination. Qu'en est-il avec les troubles à l'axe II? Par ailleurs, la présence d'un trouble de la personnalité pourrait différencier les individus qui surinvestissent leurs doutes de ceux qui allouent de l'importance aux conséquences. Un autre sous-groupe mériterait qu'on s'y attarde davantage, soit celui où les individus surinvestissent à la fois leurs doutes obsessionnels et leurs conséquences anticipées. Ces derniers ont généralement tendance à présenter plusieurs troubles comorbides au TOC à l'axe I. D'autres études devront être réalisées en vue d'approfondir nos connaissances quant au rôle éventuel des troubles comorbides sur le surinvestissement des croyances obsessionnelles. En terminant, quoique le surinvestissement des croyances obsessionnelles représente un champ de recherche en pleine expansion, il apparaît nécessaire de ne pas négliger ceux qui allouent peu d'importance aux croyances. En

effet, les résultats ont démontré que la vérification excessive était un symptôme prédominant dans ce sous-groupe. Encore une fois, les troubles de la personnalité n'ont pas été examinés à ce chapitre, ce qui pourrait faire l'objet d'études supplémentaires.

Deuxièmement, sachant qu'il n'existe aucune procédure standardisée pour identifier les sous-types prédominants, l'utilisation de l'Inventaire de Padova s'est avérée un choix judicieux, mais limité. La version utilisée (Van Oppen et al., 1995) ne permettait pas de discerner la présence d'accumulation. Il serait intéressant dans des recherches futures d'étudier le degré d'investissement des doutes obsessionnels dans un groupe « d'accumulateurs ». En effet, une étude a démontré que les « accumulateurs » affichaient peu de croyances dysfonctionnelles par comparaison à d'autres sous-types de TOC comme les « contamineurs » (Calamari et al., 2006). Ces auteurs ont utilisé le *Obsessional Beliefs Questionnaire* (OBQ : OCCCWG, 2005) pour évaluer les croyances répandues dans un groupe de patients souffrant d'un TOC. Ce questionnaire, qui découle des modèles cognitifs du TOC (*appraisal models of OCD*), évalue les croyances obsessionnelles en ciblant principalement les conséquences anticipées (par ex., l'hyper responsabilité, la surestimation des dangers, etc.), ce qui pourrait expliquer la classification des « accumulateurs » dans le groupe « peu de croyances » (Calamari et al., 2006). En effet, plusieurs « accumulateurs » n'anticipent aucune conséquence précise, autre qu'une augmentation d'émotions négatives (par ex., la frustration, la colère, etc.), lorsqu'ils doivent se départir d'objets ramassés (Steketee & Frost, 2003). Sans conséquences anticipées, il est toujours possible d'identifier un premier questionnement (par ex., peut-être que je vais utiliser cet objet?). Ce premier questionnement pourrait faire l'objet d'études supplémentaires qui s'intéresseraient au

degré d'investissement des doutes. En plus des « accumulateurs », l'Inventaire de Padova n'était pas conçu pour identifier le sous-type de TOC sans évaluations (*OCD with no appraisal*) qui aurait pu correspondre aux individus allouant beaucoup d'importance à leurs doutes obsessionnels, mais peu à leurs conséquences anticipées. Par ailleurs, ce groupe d'individus pourrait se caractériser par la recherche d'un sentiment de complétude ou par le besoin d'aller jusqu'au bout (*just right*), une autre composante du TOC ne faisant pas partie de l'Inventaire de Padova. Il est donc envisageable que ces limites d'évaluation aient rendu impossible l'identification de symptômes obsessionnels particuliers à ce groupe d'individus. Il serait par conséquent intéressant d'utiliser d'autres procédures d'évaluation servant à identifier les sous-types de TOC négligés par l'Inventaire de Padova. Par exemple, le "*not just right experiences*" questionnaire (NJRE : Coles, Frost, Heimberg, & Rhéaume, 2003) et le *Saving Inventory-Revised* (SI-R : Frost, Steketee, Grisham, 2003; Richard, 2005 : l'Inventaire d'accumulation révisé) pourraient être utilisés pour évaluer respectivement la recherche de complétude et l'accumulation compulsive. Ces autres mesures permettraient sûrement d'approfondir nos connaissances quant aux symptômes obsessionnels-compulsifs caractérisant les gens qui surinvestissent uniquement leurs doutes obsessionnels.

Troisièmement, les degrés d'investissement considérés dans cette thèse pourraient devenir l'objet d'études longitudinales supplémentaires. Bien que les résultats aient démontré que ces composantes cognitives fluctuaient conjointement durant une TCC pour le TOC en relation avec d'autres variables comportementales, de nouvelles études longitudinales devront confirmer la direction des liens. Pour ce qui est des

calepins utilisés, ceux-ci n'évaluaient malheureusement pas la capacité de résister aux rituels compulsifs. Seule la durée quotidienne des compulsions était estimée par les participants. Il serait donc indiqué, dans d'autres recherches longitudinales, d'évaluer les fluctuations du degré de résistance aux rituels durant une TCC pour le TOC en lien avec les degrés de conviction. Ces études pourraient cibler les rituels compulsifs propres aux doutes obsessionnels évalués, ce qui permettrait d'obtenir une mesure plus précise des liens observés entre ces différentes composantes du TOC. D'un point de vue clinique, les études à venir pourraient également tenter de répondre aux questions suivantes : en présence d'un surinvestissement des doutes obsessionnels, des conséquences anticipées ou des deux, quelles sont les interventions les plus efficaces? Devons-nous utiliser une approche comportementale et/ou cognitive? Quelle(s) approche(s) ou technique(s) cognitive(s) pouvons-nous utiliser selon les degrés d'investissement?

Quatrièmement, sachant que parmi les trois dimensions du modèle ABI, celle des doutes obsessionnels était la seule qui prédisait significativement et indépendamment la capacité de résister aux rituels compulsifs¹⁰, il est nécessaire de mener des recherches additionnelles pour approfondir ces résultats. Ce lien serait-il mieux expliqué en incluant une autre composante du TOC non considérée dans cette thèse (par ex., un trouble de la personnalité)? Poussons un peu plus loin la réflexion sur le degré de résistance; quelques études ont suggéré que la résistance aux compulsions ne contribuait pas significativement à la sévérité des symptômes obsessifs-compulsifs (Rosario-Campos et al., 2006; Woody, Steketee, & Chambless, 1995). Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer ces résultats, dont la difficulté pour les patients à faire la

¹⁰ Les scores globaux enregistrés au BABS étaient aussi associés au degré de résistance; plus les croyances étaient délirantes, moins l'individu résistait aux compulsions.

différence entre l'effort qu'ils fournissent pour résister aux compulsions et leurs réussites concrètes, une distinction demandée par le Y-BOCS (Woody et al., 1995). Ces auteurs ont suggéré de retirer la dimension « résistance / contrôle » du Y-BOCS due à cette confusion. Une nouvelle version du Y-BOCS, qui évalue la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs sur plusieurs dimensions, n'inclut pas les items de résistance et de contrôle (voir Rosario-Campos et al., 2006 pour une description détaillée du Y-BOCS dimensionnel). Soulignons que le degré d'insight n'était pas considéré dans ces études. Il est donc possible que l'association entre la sévérité du TOC et la capacité de résister aux rituels soit modulée par le degré d'insight. En présence d'un faible insight, le TOC serait plus sévère et l'individu ne résisterait pas à ses compulsions (voir l'introduction générale et le continuum obsessions-idées délirantes, p. 7). Néanmoins, cette affirmation n'est pas toujours fondée; tout dépend de la façon dont les concepts sont définis. La sévérité du TOC est-elle définie à partir du Y-BOCS ou en fonction des symptômes psychotiques? Le degré d'insight fait-il référence à la reconnaissance d'une maladie mentale ou à des dimensions cognitives spécifiques? Le degré de résistance aux rituels fait-il allusion à la capacité de lutter réelle du client, testée in vivo, ou aux efforts qu'il fournit pour résister? Si le degré d'insight fait partie ou contribue à la sévérité du TOC, nous considérons que la dimension « résistance / contrôle » pourrait faire partie du Y-BOCS. Pour appuyer cette affirmation et en contradiction avec l'étude de Woody et ses collègues (1995), en plus d'être associée à l'échelle des doutes obsessionnels, la capacité de résister aux rituels compulsifs était significativement reliée à la sévérité du TOC (Y-BOCS) dans notre échantillon (r [106]

= -0,29; $p = 0,00$)¹¹. Enfin, il est suggéré de bien définir les concepts d'insight, de sévérité et de résistance avant de les comparer dans les études à venir.

Cinquièmement, il serait intéressant d'un point de vue conceptuel de regarder à partir de quel moment le doute obsessionnel devient une certitude absolue (ou quasi absolue) et comment ces deux concepts sont interreliés. Il est effectivement important de clarifier le lien entre ces concepts pour mieux comprendre le continuum obsessions-idées délirantes (p. 7). L'échelle des doutes obsessionnels permettrait sûrement d'approfondir l'étude de ce continuum en évaluant les fluctuations du premier questionnaire (par ex., est-ce que mes mains sont contaminées?) sur une dimension allant de 0 (aucunement probable) à 100 (extrêmement probable). Nous pouvons envisager qu'en répondant près de 100, le doute ne serait plus un doute; il deviendrait une certitude quasi absolue se rapprochant d'un délire. Malgré l'aspect logique de cette affirmation, des questions se posent : l'absence de doute, se traduisant par une probabilité se rapprochant de 100, est-elle l'équivalent d'une certitude absolue? S'il s'agit bien d'une certitude absolue, les idées du client sont-elles automatiquement délirantes? Autrement dit, est-ce la présence d'idées se situant à l'extrémité « extrêmement probables » de la dimension décrite ci-dessus est une condition qui, à elle seule, favorise le délire? Quelles sont les autres conditions à considérer pour expliquer le délire (par ex., un choc émotionnel comme la perte d'un être cher)? D'autres recherches sont indispensables pour valider le continuum obsessions-idées délirantes, mais cette fois-ci en considérant les échelles cliniques du modèle ABI, notamment celle des doutes. Par ailleurs, les inquiétudes du trouble d'anxiété

¹¹ Veuillez noter que l'échelle des doutes obsessionnels demeurait associée significativement à la capacité de résister aux compulsions en contrôlant la sévérité du TOC, ($pr [103] = -0,41; p = 0,00$).

généralisée (TAG) pourraient être incluses dans ce continuum. L'inquiétude pourrait, par exemple, précéder l'obsession au début du continuum complètement à l'opposé des idées délirantes.

Sixièmement, nous croyons qu'il serait grandement pertinent d'étudier les échelles cliniques, notamment celle des doutes obsessionnels, auprès de gens souffrant de troubles proches du TOC telles la dysmorphie corporelle ou l'hypocondrie. Sachant que ces troubles du spectre TOC se caractérisent habituellement par un degré de conviction plus élevé se rapprochant d'une certitude absolue ou même l'atteignant, il serait intéressant de regarder comment le premier questionnaire (par ex., est-ce que mon nez est déformé ou est-ce que je souffre d'un cancer?) fluctue sur une échelle de probabilité durant un traitement psychologique ou en lien avec d'autres variables cliniques. Ces études permettraient, en partie, de répondre aux questions sur les notions de doute et de certitude soulevées dans le paragraphe précédent.

En guise de conclusion, les résultats de la présente thèse démontrent qu'il est pertinent d'utiliser la dimension des doutes initiaux pour évaluer les croyances obsessionnelles d'individus souffrant d'un TOC. Sans être toutefois la seule dimension cognitive à considérer, elle permet au clinicien d'obtenir des informations supplémentaires qui pourront éventuellement l'aider à orienter son traitement. Par exemple, si le clinicien s'aperçoit que le client surinvestit ses doutes obsessionnels, il pourrait adapter son traitement en conséquence, sachant qu'il est possible que ce dernier ait de la difficulté à résister aux rituels compulsifs durant l'exposition. Une approche cognitive comme le modèle ABI serait ici sûrement indiquée pour cibler les doutes obsessionnels et ainsi réduire leur degré d'investissement. Notons que les trois

dimensions cognitives du modèle ABI, incluant celle des doutes, pourraient faire partie d'un nouvel instrument sur l'insight spécifique aux individus souffrant d'un TOC. Nous considérons que ces dimensions cognitives seraient suffisantes pour évaluer l'insight et qu'il ne serait pas nécessaire d'inclure des dimensions médicales axées sur la reconnaissance d'une maladie mentale. D'autres études devront cependant confirmer cette affirmation. C'est parce qu'il représente un défi pour le clinicien qui tente de le traiter ou pour le chercheur qui s'efforce de l'étudier que le TOC continuera pendant de nombreuses années à fasciner autant la communauté scientifique.

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

RÉFÉRENCES GÉNÉRALES

- Aardema, F., Kleijer, T. M. R., Trihey, M., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. (in press). Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports*.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M. G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for OCD: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 44-52.
- Amador, X. F., Strauss, D. H. (1993). Poor insight in schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 64(4), 305-318.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. rev.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev.). Washington, DC: APA.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 2-6.

- 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., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York : Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology review, 8*(1), 77-100.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement, 14*(3), 211-218.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*, Albany (NY) : Graywind Publications.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., & Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms : distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy, 34*(2), 163-173.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., iemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1347-1360.
- Catapano, F., Sperandeo, R., Perris, F., Lanzaro, M., & Maj, M. (2001). Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology, 34*, 62-68.

- David, A. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808.
- Dulaney, S., Fiske, A., P. (1994). Cultural rituals and obsessive-compulsive disorder: Is there a common psychological mechanism ? *Ethos*, 22(3), 243-283.
- Dunne, P. (2000). Overvalued ideas and obsessions: some clinical considerations. *Behaviour Change*, 17(4), 265-274.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity. *American Journal of Psychiatry*, 155, 102-108.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in Obsessive Compulsive Disorder and Body Dysmorphic Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10-15.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., & Rasmussen, S. A. (1999). Obsessions and delusions: the relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. *Psychiatric Annals*, 29(9), 515-522.
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(10), 373-379.
- Eisen, J. L., Rasmussen, S. A., & Phillips, K. A., Price, L. H., Davidson, J., Lydiard, R. B., Ninan, P., & Piggott, T. (2001). Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 494-497.
- Emmelkamp, P.M.G., van Oppen, P., & van Balkom, A.J.L.M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. In: R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*.

Oxford: Pergamon, pp. 391-401.

- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, *20*, 621-627.
- Erzegovesi, S., Cavallini, M. C., Cavedini, P., Diaferia, G., Locatelli, M., & Bellodi, L. (2001). Clinical predictors of drug response in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *21*(5), 488-492.
- Fenton, W. S., & McGlashan, T. H. (1990). Long-term outcome of obsessive-compulsive disorder with psychotic features. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *178*(12), 760-761.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2006). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*. *43*(12), 1543-1558.
- Fiske, A. P., & Haslam, N. (1997). Is obsessive-compulsive disorder a pathology of the human disposition to perform socially meaningful rituals ? Evidence of similar content. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*(4), 211-222.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, *17*, 169-176.
- Foa, E. ., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, *30*, 717-724.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder.

American Journal of Psychiatry, 152(1), 90-96.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1992).

L'Inventaire d'Anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, XX, 47-55.

Freeston, M. H., & O'Connor, K. P. (1997). Calepins d'auto-observations pour les études sur le TOC : un manuel d'instructions pour le thérapeute. Centre de recherche Fernand-Seguin. Document inédit.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Part II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006a). Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight: une revue critique de littérature *Psychologie Canadienne*, 47(2), 96-109.

Grenier, S., O'Connor, K. P., & Bélanger, C. (2006b). Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive (RFCCC)*, XI(4), 17-25.

Grenier, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (soumis pour publication). Clinical

assessment of obsessional doubt and its relation to insight, appraisals and compulsive behaviours.

Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, *143*(12), 1527-1533.

Ito, L. M., De Araujo, L. A., Hemsley, D. R., & Marks, I. M. (1995). Beliefs and resistance in obsessive-compulsive disorder: observations from a controlled study. *Journal of Anxiety Disorders*, *9*(4), 269-281.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.

Jaspers, K. (1949). *General psychopathology* (Translated in 1963 by Hoenig, J. & Hamilton, M. W.). Manchester: Manchester University Press.

Johnson-Laird, P. N. (1983). *Mental models : Towards a cognitive science of language, inference and consciousness*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Johnson-Laird, P. N. (1994). A model theory of induction. *International Studies in the Philosophy of Science*, *8*(1), 5-29.

Johnson-Laird, P. N. (1999). Deductive reasoning. *Annual Review of Psychology*, *50*, 109-135.

Johnson-Laird, P. N. (2001). Mental models and deduction. Unpublished document.

Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, *41*, 1205-1216.

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1094-1099.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 593-602.
- Kishore, V. R., Samar, R., Janardhan Reddy, Y. C. Chandrasekhar, C. R., & Thennarasu, K. (2004). Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 19*, 202-208.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond significance testing: reforming data analysis methods in behavioral research*. American Psychological Association (APA), USA.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*(3), 343-353.
- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Medicine, 18*, 697-702.
- Marazziti, D., Dell' Osso, L., Di Nasso, E., Pfanner, C., Presta, S., Mungai, F., & Cassano, G. B. (2002). Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *European Psychiatry, 17*, 407-410.
- Marková, I. S., & Berrios, G. E. (1995). Insight in clinical psychiatry revisited.

Comprehensive Psychiatry, 36(5), 367-376.

Matsunaga, H., Kiriike, N., & Matsui, K. O., Oya, K., Iwasaki, Y., Koshimune, K.,

Miyata, A., & Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 150-157.

McKenna, P. J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry*, 145, 579-585.

Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L., Jacobsen, D.

(2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459.

Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Foy, D. W. (1991). Statistical analysis for single-case designs: evaluating outcome of imaginal exposure treatment of chronic PTSD.

Behavior Modification, 15(2), 132-155.

Nelson, J., & Chouinard, G. (1995). Le trouble obsessionnel-compulsif n'est pas un trouble anxieux. *Confrontations psychiatriques*, 36, 139-173.

Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A. (2000). Overlapping and distinctive features of hypochondriasis and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(6), 603-614.

Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.

Neziroglu, F., Stevens, K. P., McKay, D., & Yaryura-Tobias, J. A. (2001). Predictive validity of overvalued ideas scale: outcome in obsessive-compulsive and body

dysmorphic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 745-756.

- Neziroglu, F. A., Stevens, K. P., & Tobias, J. A. (1999). Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 21(4), 209-216.
- Nunnally, J.C., & Bernstein, I. H (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG: 2002). Obsessional Beliefs Questionnaire. In: R.O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment*. Oxford: Pergamon, pp. 477-488.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG: 2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and interpretation of Intrusions Inventory. Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K. P. (1992). Design and analysis in individual difference research. In A. Gale & M. Eysenck (Ed.), *Handbook of Individual Differences: biological perspectives* (chapter 3, pp. 45-79). John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., Pélissier, M. C., Landry, P., Todorov, C., & Tremblay, M. (2005). Evaluation of an inference based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.
- O'Connor, K. P., Aardema, F. J., & Pélissier, M. C. (2005). Beyond reasonable doubt :Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related

disorders. John Wiley and Sons Inc. West Sussex.

- O'Connor, K. P., & Grenier, S. (2004). Les troubles obsessionnels-compulsifs: appartiennent-ils aux troubles anxieux ou à une autre famille de troubles mentaux? *Santé mentale au Québec*, 29(1), 33-51.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: some clinical observations. *Behaviour Research and Therapy*, 33(8), 887-896.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13(4), 359-375.
- O'Dwyer, A.-M., & Marks, I. (2000). Obsessive-compulsive disorder and delusions revisited. *British Journal of Psychiatry*, 176, 281-284.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1992). ICD-10. *Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- Özdemir, Ö., Tükel, R., Türksoy, N., & Üçok, A. (2003). Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (4), 311-316.
- Pélissier, M-C., & O'Connor, K. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive compulsive-disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 41,15-27.
- Rachman, S. (1996). Trends in cognitive and behavioural therapies. In: P. Salkovskis (Ed.), *Trends in cognitive and behavioural therapies*. New York: Wiley, pp. 1-24.

- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1227-1255.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). Obsessions and compulsions. New York : Prentice Hall.
- Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (2000). Cognitive and behavioural treatments of checking behaviours : an examination of individual cognitive change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 118-127.
- Richard, M-A. (2005). L'Inventaire d'accumulation révisé. Hôpital Louis-H. Lafontaine. Document inédit.
- Rosario-Campos, M. C., Miguel, E. C., Quatrano, S., Chacon, P., Ferrao, Y., Findley, D., Katsovich, L., Scahill, L., King, R. A., Woody, S. R., Tolin, D., Hollander, E., Kano, Y., & Leckman, J. F. (2006). The dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11, 495-504.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Harisson, J. (1984). Abnormal and normal obsessions : A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions : The Padua Inventory. *Behaviour*

Research and Therapy, 26, 169-177.

- Solyom, L., DiNicola, V. F., Sookman, D., & Luchins, D. (1985). Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30(5), 372-380.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T., Clark, D. A. (1988). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 195-205.
- Steketee, G., & Frost, R. (2003). Compulsive hoarding: current status of the research. *Clinical Psychology Review*, 23, 905-927.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.
- Steketee, G. S., Grayson, J. B., & Foa, E. B. (1984). Obsessive-compulsive disorder: differences between washers and checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 197-201.
- Storchheim, L. F., & O'Mahony, J. F. (2006). Compulsive behaviours and levels of belief in obsessive-compulsive disorder: a case-series analysis of their interrelationships. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 64-79.
- Summerfeldt, L. J. (2004). Understanding and treating incompleteness in obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60(11), 1155-1168.
- Taylor, S. (1995). Assessment of obsessions and compulsions: reliability, validity and sensibility to treatment effects. *Clinical Psychology Review*, 15, 261-296.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M.,

- Wilhelm, S., & Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 85-97.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2001). Fixity of belief, perceptual aberration, and magical ideation in OCD. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 501-510.
- Tsao, S. D., & McKay, D. (2004). Behavioural avoidance tests and disgust in contamination fear : distinctions from trait anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 207-216.
- Türksoy, N., Tükel, R., Özdemir, Ö., & Karali, A. (2002). Comparaison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 413-423.
- Van Oppen, P., Hoekstra, R. J., Emmelkamp, P. M. G. (1995). The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 33*(1), 15-23.
- Wernicke, C. (1900). *Grundriss der Psychiatrie. Leipzig: Verlag von Georg Thieme.* Ce livre est cité dans Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 32*(3), 343-353.
- Woody, S. R., Steketee, G., & Chambless, D. L. (1995). Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behaviour Research and Therapy, 33*(5), 597-605.

APPENTICE A
DESCRIPTION DES TROIS ÉTUDES OÙ LES PARTICIPANTS ONT ÉTÉ
SÉLECTIONNÉS

LES TROIS ÉTUDES (CRFS)

ÉTUDE # 1

NOM : Trois modalités

PUBLICATION : O'Connor et al., (2005). Evaluation of an Inference-Based Approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.

NOMBRE DE PARTICIPANTS DANS CETTE ÉTUDE : 44

NOMBRE DE PARTICIPANTS SÉLECTIONNÉS POUR LA THÈSE : 44

OBJECTIFS : Comparer l'efficacité de trois approches thérapeutiques (thérapie cognitive, Approche Basée sur les Inférences et thérapie comportementale par exposition et prévention de la réponse) dans le traitement du TOC.

RÉSULTATS : Tous les participants, répartis dans les trois groupes, ont bénéficié des traitements offerts (réductions significatives sur deux mesures : Y-BOCS et Inventaire de Padova). En présence d'un niveau de conviction élevé (inférences primaires élevées), l'ABI s'est montrée plus efficace que la thérapie cognitive pour le TOC.

ÉTUDE # 2

NOM : TCC vs pharmacothérapie

PUBLICATION : O'Connor et al., (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 113, 408-419.

NOMBRE DE PARTICIPANTS DANS CETTE ÉTUDE : 43

NOMBRE DE PARTICIPANTS SÉLECTIONNÉS POUR LA THÈSE : 20

OBJECTIFS : Comparer la thérapie cognitive et comportementale (TCC) sans médication à une TCC avec médication, à la médication seule (ou à la prise d'un placebo) dans le traitement du TOC.

RÉSULTATS : Tous les traitements actifs ont démontré une efficacité (sauf le placebo). Que le participant consomme un médicament ou un placebo, aucune différence significative n'a été observée pour l'efficacité de la TCC.

ÉTUDE # 3

NOM : Neutralisation

PUBLICATION : Étude non publiée

NOMBRE DE PARTICIPANTS DANS CETTE ÉTUDE : 51

NOMBRE DE PARTICIPANTS SÉLECTIONNÉS POUR LA THÈSE : 51

OBJECTIFS : Comparer l'efficacité de deux approches dans le traitement du TOC : une thérapie comportementale qui adresse exclusivement les neutralisations manifestes et une TCC qui adresse, à la fois, les neutralisations manifestes et mentales.

RÉSULTATS : À venir.

APPENDICE B

QUESTIONNAIRES D'ÉVALUATION

- 1) Entrevue sur les troubles anxieux
(*Anxiety Disorders Interview Schedule* : ADIS-IV)
- 2) Échelle d'évaluation des obsessions et des compulsions de Yale-Brown
(*Yale-Brown obsessive-compulsive scale* : Y-BOCS)
- 3) Inventaire de Padova (IP)
- 4) Inventaire d'anxiété de Beck (IAB)
- 5) Inventaire de dépression de Beck (IDB)
- 6) Échelle d'évaluation des croyances de Brown
(*Brown Assessment of Beliefs Scale* : BABS)
- 7) Échelle des idées surévaluées (*Overvalued Ideas Scale* : OVIS)

Nom: _____

Date: _____

No. Dossier: _____

Évaluateur: _____

ADIS-IV Résumé

Trouble panique

1) Présence de poussées d'anxiété soudaine très intense - impression qu'un désastre va se produire? Présent? Passé? Attaque la plus récente?

2) Quelles situations? Inattendues et spontanées?

3) Combien de temps avant que l'anxiété devienne intense (moins de 10 min.)?

4) Combien de temps dure l'anxiété à son niveau le plus élevé?

5) Symptômes ressentis: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8

Symptômes	Sévérité
a) souffle court ou sensation d'étouffement	
b) étranglement	
c) palpitations	
d) douleur thoracique	
e) transpiration abondante	
f) étourdissement / vertige/ perte d'équilibre	
g) nausée / maux de ventre	
h) dépersonnalisation / irréalité	
i) engourdissement / picotements	
j) bouffées de chaleur / frissons	
k) tremblements / tension musculaire	
l) peur de mourir	
m) peur de devenir fou / perdre le contrôle	
n) autres:	

• Ressentis à chaque attaque de panique ou non? Présence d'attaques à symptômes limités? Spécifier symptômes des attaques limitées (moins de 4 symptômes) et leur sévérité.

6) Nombre d'attaques au cours du dernier mois / des 6 derniers mois?

7) Anticipation à propos d'autres paniques au cours du dernier mois / dans le passé? Sévérité de l'anticipation 0-8?

8) Événements anticipés à la suite d'une attaque de panique (e.g., crise cardiaque, étouffement)?

9) Changements dans le comportement résultant des crises (éviter, sensibilité interoceptive, comportements sécurisants, distraction, changement style de vie)? Coter détresse et interférence de 0 à 8.

10) Histoire de la première attaque de panique: quand, où, comment, avec qui, stressseurs, substance psychoactive, comment a-t-elle réagi?

11) Début du problème à un niveau sévère?

12) Déclencheurs actuels des attaques de panique?

10) Stratégies utilisées pour faire face aux attaques de panique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Agoraphobie:

1) Présence d'évitement de certaines situations par crainte de paniquer / de ressentir des malaises? Présent? Passé? Occasion la plus récente? Anticipation de ces situations?

• Symptômes redoutés?

2) Situations problématiques: encercler situations pertinentes et coter appréhension et évitement de 0 à 8 (coter seulement situations relatives à l'agoraphobie)

Situations	Appréhension	Évitement	Commentaires
a) conduire ou aller en automobile			
b) épicerie			
c) centre d'achat			
d) foule			
e) transports en commun			
f) avion			
g) médecin / dentiste			
h) coiffeur			
i) attendre en ligne			
j) marcher à l'extérieur			
k) ponts			
l) être à la maison seul			
m) s'éloigner de chez soi			
n) cinéma / théâtre			
o) restaurants			
p) église			
q) espaces clos et petits			
r) espaces vastes			
s) travail			
t) autres:			

3) Comportements sécurisants: besoin d'être accompagné? transporter objets? rituels? heures de la journée? près des sorties?

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, vie sociale, activités routinières)? Coter détresse et interférence de l'évitement de 0 à 8.

5) Date d'apparition de l'évitement agoraphobique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie sociale:

- 1) Dans les situations sociales où vous pouvez être observé ou évalué par les autres, vous sentez-vous anxieux(se)? Présent? Passé? Incident le plus récent?
 - Êtes-vous préoccupé par le fait de pouvoir faire ou dire des chose embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé négativement?
- 2) **Situations problématiques:** encircler situations pertinentes reliées à l'anxiété sociale et coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situations	Crainte	Évitement	Commentaires
a) rencontres sociales b) réunions / cours c) parler formellement devant un groupe d) parler à des inconnus e) manger en public f) utiliser les toilettes publiques g) écrire en public h) R-V avec personne du sexe opposé i) parler à une personne en position d'autorité j) vous affirmer k) initier une conversation l) maintenir une conversation m) autres:			

3) Que craignez-vous dans ces situations?

4) Êtes-vous anxieux presque à chaque fois que vous y faites face?

5) Anxiété apparaît avant d'entrer? au moment d'entrer dans la situation? avec délai? inattendue?

6) Crainte d'y faire une attaque de panique? Présence d'attaques de panique actuelles ou antérieures? (Voir liste de symptômes de panique à la première page et relever symptômes pertinents et leur sévérité de 0 à 8.)

7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, routine, vie sociale)? Influence sur la vie professionnelle ou académique? Coter degré d'interférence de 0 à 8.

8) Début du problème à un niveau sévère?

9) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Trouble d'anxiété généralisée

- 1) Présence d'inquiétude excessive au cours des derniers mois à propos de plusieurs événements ou aspects de la vie quotidienne? Passé? Occasion la plus récente
- 2) Qu'est-ce qui vous inquiète?
- 3) **Sujets d'inquiétude:** encercler situations pertinentes et coter à quel point l'inquiétude est excessive (fréquence, inquiétude sans fondement, détresse ressentie) et difficile à contrôler (incapable d'arrêter, aspect intrusif) de 0 à 8.

Sujets d'inquiétude	Excessif	Diff. contrôle	Commentaires
a) affaires mineures b) travail / études c) famille d) finances e) social / interpersonnel f) santé (soi) g) santé (proches) h) communauté / affaires mondiales i) autres:			

- 4) Fréquence de l'inquiétude au cours des 6 derniers mois (presque à tous les jours / % de la journée)?
- 5) Conséquences négatives redoutées?
- 6) Symptômes d'anxiété: présence au cours des 6 derniers mois, fréquence, coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes ressentis	Sévérité	La plupart du temps (O / N)
a) agitation / se sentir sur les nerfs b) facilement fatigué c) difficulté à se concentrer d) irritabilité e) tension musculaire f) insomnie / sommeil difficile		

- 7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 8) Début du problème à un niveau sévère?
- 9) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?
- 10) Facteurs qui déclenchent l'inquiétude?
 - Fréquence d'inquiétude spontanée (0 à 8)?
- 11) Comportements sécurisants: vérifications, mesures de prévention, chercher à être rassuré, distraction? Fréquence des comportements les plus fréquents de 0 à 8.

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble obsessionnel-compulsif

1) Êtes-vous dérangé par des pensées/images/impulsions qui vous reviennent constamment à l'esprit, qui semblent insensées mais que vous ne pouvez pas empêcher (eg. penser de blesser quelqu'un)? Présent? Passé?

• Présence de comportements ou de pensées répétitives afin de soulager l'anxiété? Présent? Passé?

2) Cotation des obsessions et compulsions

Obsessions: encercler obsessions pertinentes et coter persistance / détresse et résistance de 0 à 8.

Types d'obsession	Persistance / Détresse	Résistance	Commentaires
a) doute b) contamination c) impulsions insensées d) impulsions agressives e) sexuel f) religieux / satanique g) blesser autrui h) images horribles i) pensées/images insensées (e.g., chiffres, lettres) j) autres:			

Compulsions: Encercler comportements pertinents et coter fréquence de 0 à 8.

Types de compulsion	Fréquence	Commentaires
a) compter b) vérifier c) laver d) accumuler e) répéter (physiquement, mentalement) f) séquence / ordre stéréotypé(e) g) autres:		

3) Pourcentage de la journée occupé par chaque obsession / par l'ensemble des obsessions (au moins 1 heure / jour)?

4) Pourcentage de croyance en chaque obsession au moment où elle occupe l'esprit? lorsqu'elle n'occupe pas l'esprit?

5) Facteurs déclenchants? Obsessions imposées de l'extérieur?

6) Signification accordée aux obsessions?

7) Pourcentage de la journée occupée par chaque compulsion / par l'ensemble des compulsions (au moins 1 heure/jour)?

- 8) Conscience de l'absurdité des compulsions / de leur caractère excessif? Présent? Passé?
- 9) Résistance aux compulsions: fréquence de la résistance? degré d'anxiété provoqué? conséquences redoutées?
- 10) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter détresse et interférence des obsessions et compulsions de 0 à 8.
- 11) Début du problème à un niveau sévère?
- 12) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie spécifique

- 1) Présence de crainte ou d'évitement face à une des situations suivantes? Présent? Passé? Coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situation anxiogène	Crainte	Évitement	Commentaires
a) animaux b) environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau) c) sang/injections/blessures-soi d) sang/inject./blessures-autrui e) avion f) espaces clos g) autres (interv. chirurg., dentiste, étouffement, vomiss., maladies):			

- 2) Conséquences redoutées dans chaque situation phobogène?
- 3) Anxiété ressentie à chaque exposition?
- 4) Anxiété au moment de l'exposition, retardée, anticipée?
- 5) Crainte de subir une attaque de panique? Présence d'attaques spontanées (voir trouble panique)? Situations où de telles crises se sont produites?
- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Début du problème à un niveau sévère?
- 8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de stress post-traumatique / Trouble de stress aigu

- 1) Présence d'un événement traumatisant dans le présent ou dans le passé? Événement arrivé à soi? A été témoin d'un tel événement? Préciser événement et date.
- 2) Réaction émotive au cours de l'événement (peur intense, impuissance, horreur)?
- 3) Présence de souvenirs / pensées intrusives / rêves / sentiment de détresse en se rappelant l'événement? Présent? Passé?
- 4) Combien de temps après l'événement les symptômes sont-ils apparus?
- 5) Cotation des symptômes de stress post-traumatique: encercler symptômes pertinents et coter fréquence et détresse / sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Fréquence	Détresse/Sévérité	Commentaires
a) souvenirs envahissants			
b) rêves			
c) impression de revivre l'événement			
d) détresse lorsqu'exposé à des stimuli associés à l'événement			
e) réaction physique lorsqu'exposé à des stimuli			
f) évite d'y penser ou d'en parler			
g) évite activités / situations associées			
h) trous de mémoire			
i) perte d'intérêt			
j) détachement émotionnel			
k) restriction des émotions			
l) désespoir face à l'avenir			
m) insomnie			
n) irritabilité / colère			
o) concentration difficile			
p) hypervigilance			
q) réaction de sursaut exagéré			
r) agitation			
s) dépersonnalisation / irréalité			
t) autres:			

- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Souvenir de la date précise de l'événement? Début et fin lorsque stressor chronique?
- 8) Début du problème à un niveau sévère?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Trouble dépressif majeur

- 1) Présence d'humeur dépressive, de tristesse, de perte d'intérêt pour les activités habituelles? Présent? Passé?
- 2) Fréquence de l'humeur dépressive et/ou de la perte d'intérêt au cours des 2 dernières semaines (presque tous les jours)?
- 3) Cotation des symptômes dépressifs: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) perte ou gain de poids imp.		
b) insomnie ou hypersomnie		
c) agitation ou ralentissement		
d) fatigue ou perte d'énergie		
e) sentiment d'être un vaurien		
f) culpabilité		
g) concentration difficile		
h) difficulté à prendre décisions		
i) penser à la mort ou au suicide		
j) autres:		

- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Trouble dysthymique

- 1) Présence d'humeur dépressive ou de tristesse au cours des 2 dernières années? Présent? Passé?
- 2) Pourcentage du temps où l'humeur est dépressive presque toute la journée?
- 3) Persistance: présence de périodes de 2 mois ou plus où l'humeur était normale? Quand?
- 4) Cotation des symptômes dépressifs: encercler les symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Persistance O / N
a) perte d'appétit ou hyperphagie b) insomnie ou hypersomnie c) baisse d'énergie ou fatigue d) faible estime de soi / sentiment d'échec e) difficulté concentration ou prise de décision f) désespoir / pessimisme g) autres:		

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Manie / Cyclothymie

- 1) Présence d'épisodes d'humeur excessivement exaltée ou irritable? Période la plus récente? Durée
- 2) Cotation des symptômes de manie: encercler symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes de manie	Sévérité	Presque tous les jours O/N
a) irritabilité b) humeur exaltée ou expansive c) estime de soi exagérée / idées de grandeur d) réduction du besoin de dormir e) fuite des idées / idées défilent rapidement f) distraction g) augmentation des activités h) activités agréables mais dommageables (e.g., achats, promiscuité sexuelle) i) volubilité j) idées délirantes / hallucinations k) autres:		

- 3) Durée du dernier épisode maniaque? Persistance au delà d'une semaine? Dates début et fin?
- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème?
- 7) Proximité d'un épisode dépressif (avant / après)?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Hypochondrie

- 1) **Présence de crainte ou conviction d'avoir une maladie grave? Préciser maladies redoutées? Présent? Passé? Épisode le plus récent?**
- 2) **Présence de symptômes réels associés à la maladie? Lesquels? Fréquence?**
- 3) **Consultations médicales? Fréquence? Résultats des examens?**
- 4) **Capacité de se rassurer si les examens sont négatifs? Durée du sentiment de rassurance? Réapparition de la crainte?**
- 5) **Pourcentage actuel de conviction d'avoir la maladie? Existence de preuves qui permettraient de rassurer la personne?**
- 6) **Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.**
- 7) **Début du problème à un niveau sévère? Présence au cours des 6 derniers mois?**
- 8) **Facteurs ayant pu entraîner le problème?**

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Trouble de somatisation

- 1) Présence de nombreux problèmes de santé différents au cours de la vie? Consultations médicales répétées? Interférence sur la vie quotidienne? Difficulté à déterminer l'origine de ces problèmes de santé?
- 2) Cotation des symptômes physiques: encrer symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8, spécifier si apparition avant 30 ans et si le symptôme est non organique ou excessif.

Symptômes physiques	Sévérité	Avant 30 ans O/N	Non organique - excessif O/N
a) <u>Douleurs</u> (au moins 4) maux de tête douleurs abdominales maux de dos douleurs articulaires douleurs aux extrémités douleurs thoraciques douleurs rectales douleurs durant relations sexuelles douleurs durant menstruations douleurs urinaires b) <u>Gastro-intestinaux</u> (au moins 2) nausées diarrhée ballonnements vomissements intolérances à des aliments c) <u>Pseudoneurologiques</u> (au moins 1) cécité vision double surdité perte de sensations tactiles hallucinations aphonie trouble de coordination / équilibre paralysie ou faiblesse musculaire difficulté à avaler difficultés respiratoires rétention urinaire crises ou convulsions amnésie perte de conscience d) <u>Symptômes sexuels</u> (au moins 1) indifférence sexuelle troubles érectiles ou de l'éjaculation cycles menstruels irréguliers saignement menstruel excessif vomissements durant grossesse			

- 3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 4) Début du problème à un niveau sévère?
- 5) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble mixte anxiété-dépression

N.B. Ne pas faire passer aux personnes recevant actuellement ou ayant déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur.

- 1) Ces temps-ci, la personne se sent-elle abattue ou déprimée, ou bien anxieuse ou tendue? Passé? Indiquer épisode le plus récent.
- 2) Pourcentage du temps occupé par ces sentiments au cours du dernier mois (majorité des jours)?
- 3) Cotation des symptômes: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Sévérité 0 à 8
a) difficultés de concentration ou impression d'avoir la tête vide b) insomnie ou sommeil interrompu, agité ou peu reposant c) fatigue ou faible niveau d'énergie d) irritabilité e) inquiétude à propos de sujets quotidiens f) tendance à pleurer facilement g) hypervigilance h) tendance à craindre le pire i) désespoir face à l'avenir j) faible estime de soi - sentiment d'être un vaurien	

- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Voter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus d'alcool / Dépendance à l'alcool

- 1) Consommation d'alcool habituelle?: préciser types et quantités. Passé? Épisode le plus récent?
- 2) Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études) b) problèmes légaux c) disputes avec la famille ou amis à propos de l'alcool d) consommation d'alcool dans des conditions dangereuses e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive f) besoin de boire davantage pour obtenir effet recherché g) diminution des effets de la même quantité d'alcool h) symptômes de sevrage i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage j) consommation excédant ce que la personne aimerait k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation l) accorder beaucoup de temps à l'alcool m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

- 3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 4) Début du problème à un niveau sévère?
- 5) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

Abus de substances psychoactives / Dépendance à des substances psychoactives

- 1) Consommation de caféine habituelle?: préciser type et quantités. Problèmes médicaux associés?
- 2) Consommation de substances illicites? Présent? Passé? Préciser type et quantités.
- 3) Consommation excessive de médicaments d'ordonnance ou en vente libre? Préciser type et quantités.
- 4) Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive	Fréquence / Sévérité
<ul style="list-style-type: none"> a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études) b) problèmes légaux c) disputes avec la famille ou amis à propos de la consommation d) consommation dans des conditions dangereuses e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive f) besoin de consommer davantage pour obtenir effet recherché g) diminution des effets de la même quantité de la substance h) symptômes de sevrage i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage j) consommation excédant ce que la personne aimerait k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation l) accorder beaucoup de temps à consommer ou à se procurer la substance m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne 	

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble?

OUI

NON

10) Présence des maladies suivantes:

Conditions physiques	Oui / Non	Date	Commentaires
a) diabète b) problèmes cardiaques c) hypertension/hypotension d) épilepsie e) cancer f) maladie de la thyroïde g) autre problème hormonal h) asthme i) autre problème respiratoire j) migraines / céphalées k) accident cérébrovasculaire l) troubles gastro-intestinaux m) maladies du sang n) VIH/SIDA o) allergies:			

11) Présence des conditions physiques précédentes dans la famille?

12) Fumez-vous?

13) Examens médicaux au cours des 5 dernières années?

Liste des obsessions et des compulsions

Date:.....

Évaluateur:.....

Veillez indiquer tous les symptômes, mais indiquer ceux qui sont les symptômes principaux avec "P", et ceux qui peuvent être reliés à d'autres troubles (p.ex. Phobie simple, Hypochondrie, etc. avec "?").

	OBSESSIONS À THÈME AGRESSIF	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
1.	Peur de se faire du mal		
2.	Peur de faire du mal aux autres		
3.	Images de violence ou d'horreur		
4.	Peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes		
5.	Peur de faire quelque chose d'impulsif qui met dans l'embarras* (non pas simplement une gaffe)		
6.	Peur d'agir sous des impulsions non voulues p.ex. poignarder un ami		
7.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS À THÈME D'HONNÊTETÉ OU D'ERREUR	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
8.	Peur de voler (une banque, à l'étalage, d'être malhonnête avec une caissière)		
9.	Peur de faire du mal aux autres à cause d'un manque d'attention ou de prudence (par exemple, la compagnie va faire faillite à cause du patient, frapper un piéton en conduisant)		
10.	Peur d'être responsable que quelque chose de terrible puisse arriver (par exemple, le feu, un cambriolage, la mort ou la maladie d'un patient ou d'un ami)		
11.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS DE CONTAMINATION	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
12.	Préoccupation ou dégoût lié aux déchets ou aux sécrétions corporelles (par exemple, l'urine, les selles, la salive)		
13.	Préoccupation liée à la saleté ou aux microbes		
14.	Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (par exemple, l'amiante, les radiations, les déchets toxiques)		
15.	Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (par exemple, les détergents, les solvants)		
16.	Préoccupation excessive avec les animaux (par exemple, les insectes)		
17.	Perturbé(e) par les substances collantes ou poisseuses		
18.	Préoccupation liée à l'idée d'être malade à cause de la contamination		

19.	Préoccupation pour la contamination uniquement pour la sensation physique désagréable et non pas pour un danger quelconque		
20.	Préoccupation liée à l'idée de provoquer une maladie chez les autres par la contamination		
21.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS SEXUELLES	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
22.	Impulsions, images ou pensées perverses ou interdites à propos de la sexualité		
23.	Le contenu a trait à des enfants ou à l'inceste		
24.	Le contenu a trait à des animaux		
25.	Le contenu a trait à l'homosexualité*		
26.	Comportement sexuel envers les autres (agressivité)*		
27.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS DE COLLECTION, D'ACCUMULATION	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
28.	(précisez)		

	OBSESSIONS RELIGIEUSES (Scrupulosité)	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
29.	Préoccupation avec le sacrilège et le blasphème		
30.	Préoccupation excessive avec la moralité		
31.	(précisez)		

	OBSESSIONS DE SYMÉTRIE, D'EXACTITUDE, D'ORDRE	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
32.	Obsession de symétrie, d'exactitude, d'ordre: Quelles sont les conséquences? (p.ex. un accident peut arriver si les choses ne sont pas bien placées) Si oui, Avec la pensée magique		
33.	Si non, Sans la pensée magique		
34.	(précisez)		

	OBSESSIONS DIVERSES	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
35.	Besoin de savoir ou de se souvenir		
36.	Peur de dire certaines choses		
37.	Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut (pensées obsessionnelles par rapport à...)*		
38.	Peur d'égarer les choses		
39.	Images parasites (neutres)		
40.	Dérangé(e) par certains bruits ou mots*		
41.	Sons, mots ou musiques parasites et dénués de sens		

42.	Nombres qui portent bonheur ou non		
43.	Attribution de significations spéciales aux couleurs		
44.	Peurs superstitieuses		
45.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS COMPULSIONS SOMATIQUES	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
46.	Préoccupation liée à la maladie		
47.	Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou l'apparence physique		
48.	(précisez)		

	COMPULSIONS DE LAVAGE / NETTOYAGE	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
49.	Lavage des mains ritualisé ou excessif		
50.	Toilette ritualisée ou excessive (douche, bain, brossage de dents, cheveux, ...)		
51.	Nettoyage d'objets appartenant à la maison ou non		
52.	Mesures supplémentaires pour supprimer le contact avec des éléments contaminants		
53.	Mesures supplémentaires pour supprimer les éléments contaminants		
54.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS DE VÉRIFICATION	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
55.	Vérifier les portes, les serrures, la cuisinière, les appareils ménagers, le frein à main dans la voiture, etc.		
56.	Vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres		
57.	Vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi-même		
58.	Vérifier que rien de terrible ne risque d'arriver		
59.	Vérifier qu'aucune erreur n'est commise		
60.	Vérification liée aux obsessions somatiques		
61.	Autres vérifications (précisez)		

	RITUELS DE RÉPÉTITION	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
62.	Relire ou réécrire		
63.	Besoin de répéter (Sortir/entrer, se lever/s'asseoir, etc.)		
64.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS AYANT POUR THÈME LE FAIT DE COMPTER	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
--	---	---------------	--------------

65.	(précisez)		
	COMPULSIONS D'ORDRE/DE RANGEMENT	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
66.	(précisez)		
	COMPULSIONS DE COLLECTION	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
67.	(précisez)		

	COMPULSIONS DIVERSES	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
68.	Listes excessives écrites		
69.	Besoin de dire, de demander, de confesser...		
70.	Besoin de toucher*		
71.	Rituels avec les yeux*		
72.	Mesures: pour s'empêcher de se faire du mal		
73.	pour s'empêcher de faire du mal aux autres		
74.	pour éviter qu'il y ait des conséquences catastrophiques		
75.	Comportements ritualisés liés à la nourriture *		
76.	Comportements superstitieux*		
77.	Trichotillomanie*		
78.	Autres comportements d'auto-mutilation		
79.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS MENTALES	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
80.	Mots, images, ou chiffres spéciaux qui sont utilisés pour neutraliser		
81.	Prières spéciales (courtes ou longues) qui sont répétées de manière fixe		
82.	Compter mentalement		
83.	Faire des listes mentales		
84.	Revoir mentalement (faire dérouler le film)		
85.	Autres (spécifiez)		

	LA NEUTRALISATION* (Face à vos pensées au sujet de, est-ce qu'il vous arrive de...)	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
86.	Vous rassurez en vous disant certaines choses? (par exemple, ce n'est pas si grave que ça, vire pas fou).		
87.	Chercher de l'assurance auprès d'autrui, de quelqu'un d'autre? (par exemple, des amis, famille, médecin, etc.).		
88.	Accomplir mentalement ou concrètement une action pour chasser ou enlever la pensée? Quoi?		
89.	Réfléchir attentivement à la pensée? (par exemple, trouver des solutions, comprendre, analyser).		

90.	Remplacer la pensée en pensant à quelque chose d'autre (par exemple, des choses plus positives, ou autres).		
91.	Vous distraire avec quelque chose autour de vous? (par exemple, fixer un cadre, des objets sur le bureau).		
92.	Vous lancer dans des activités? (par exemple, le ménage, la télévision, travailler, un sport).		
93.	Vous dire "arrête" ou quelque chose de semblable? (par exemple, ça suffit, stop).		
94.	Ne rien faire avec la pensée? (par exemple, la laisser aller, ne pas s'en occuper, elle part seule sans que vous utilisiez une stratégie).		
95.	Autres (spécifiez)		

	L'ÉVITEMENT* (À cause de <u>vos pensées ou de vos compulsions</u> , est-ce qu'il vous arrive d'éviter...)	Actuel	Passé
96.	Des endroits* (par exemple, les hôpitaux, les écoles).		
97.	Des objets* (par exemple, un couteau).		
98.	Des personnes* (par exemple, un ami, un professeur, une classe d'individus).		
99.	De poser des gestes* (par exemple, éviter d'éplucher les patates).		
100.	Certains types d'informations* (par exemple, un film, un reportage, les nouvelles)		
101.	Des situations interpersonnelles* (par exemple, si les gens autour de moi parlent du cancer, je m'en vais).		
102.	Autres (spécifiez).		

Symptômes cibles

Date:

Évaluateur:.....

Obsessions

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

Compulsions (Ne pas inclure les compulsions mentales)

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

Neutralisation (Inclure les compulsions mentales)

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

Évitement

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

ÉCHELLE D'OBSESSIONS-COMPULSIONS DE YALE-BROWN (Y-BOCS) -
VERSION RÉVISÉE

Date:.....

Évaluateur:.....

Obsessions

1.	Temps passé aux obsessions	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
		0	1	2	3	4
1.b)	Intervalle sans obsessions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
		0	1	2	3	4
2.	Interférence liée aux obsessions	0	1	2	3	4
3.	Détresse associé aux obsessions	0	1	2	3	4
4.	Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
		0	1	2	3	4
5.	Contrôle sur les obsessions	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
		0	1	2	3	4
Sous-total pour les obsessions (additionner les items 1 à 5): _____						

Compulsions

C6.	Temps passé aux compulsions	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
		0	1	2	3	4
C6.b)	Intervalle sans compulsions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
		0	1	2	3	4
C7.	Interférence liée aux compulsions	0	1	2	3	4
C8.	Détresse associé aux compulsions	0	1	2	3	4
C9.	Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
		0	1	2	3	4

C10. Contrôle sur les compulsions	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
	0	1	2	3	4

Sous-total pour les compulsions (additionner les items C6 à C10): _____

Neutralisation

N6. Temps passé à la neutralisation	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
	0	1	2	3	4

N6.b Intervalle sans neutralisation (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
	0	1	2	3	4

N7. Interférence liée à la neutralisation	0	1	2	3	4
---	---	---	---	---	---

N8. Détresse associé à la neutralisation	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

N9. Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
	0	1	2	3	4

N10. Contrôle sur a neutralisation	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
	0	1	2	3	4

Sous-total pour la neutralisation (additionner les items N6 à N10): _____

Évitement

E6. Degré d'évitement	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
	0	1	2	3	4

E6.b Intervalle sans l'évitement (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
	0	1	2	3	4

E7. Interférence liée à l'évitement	0	1	2	3	4
-------------------------------------	---	---	---	---	---

E8. Détresse associé à l'évitement	0	1	2	3	4
------------------------------------	---	---	---	---	---

E9. Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
	0	1	2	3	4

E10. Contrôle sur l'évitement	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
	0	1	2	3	4

Sous-total pour l'évitement (additionner les items E6 à E10): _____

11. Prise de conscience des problèmes obsessionnels-compulsifs			<i>Excellente</i>					<i>Absente</i>
			0	1	2	3	4	
12. Évitement			<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Très important</i>	
			0	1	2	3	4	
13. Indécision			0	1	2	3	4	
14. Responsabilité pathologique			0	1	2	3	4	
15. Lenteur			0	1	2	3	4	
16. Doute pathologique			0	1	2	3	4	
17. Sévérité globale du problème	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Léger</i>	<i>Modéré</i>	<i>Modéré-important</i>	<i>Important</i>	<i>Très important, incapacitant</i>	
	0	1	2	3	4	5	6	
18. Amélioration globale	<i>Très nettement aggravé</i>	<i>Nettement aggravé</i>	<i>Légèrement aggravé</i>	<i>Pas de changement</i>	<i>Légèrement amélioré</i>	<i>Nettement amélioré</i>	<i>Très nettement amélioré</i>	
	0	1	2	3	4	5	6	
19. Fiabilité			<i>Excellente</i>	<i>Bonne</i>	<i>Légère</i>	<i>Pauvre</i>		
			0	1	2	3		

Commentaires

Inventaire de Padova

Les énoncés suivants réfèrent à des pensées et des comportements qui peuvent survenir à tous les jours dans la vie de chacun. Pour chacun des énoncés, choisir la réponse qui semble le mieux vous décrire en tenant compte du degré de perturbation que ces pensées ou comportements peuvent vous causer. Cotez vos réponses comme suit :

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement

- _____ 1. Je sens que mes mains sont sales quand je touche de l'argent.
- _____ 2. Je pense qu'un contact, même léger, avec des sécrétions corporelles (transpiration, salive, urine etc.) peut contaminer mes vêtements ou me nuire de quelque façon.
- _____ 3. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais que des étrangers ou d'autres personnes lui ont touché.
- _____ 4. J'éprouve de la difficulté à toucher aux déchets ou aux choses sales.
- _____ 5. J'évite d'utiliser les toilettes publiques parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
- _____ 6. J'évite d'utiliser les téléphones publics parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
- _____ 7. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.
- _____ 8. Parfois, je dois me laver ou me nettoyer uniquement parce que je crois être possiblement sale ou contaminé(e).
- _____ 9. Si je touche à quelque chose que je crois contaminé(e), je dois immédiatement me laver ou me nettoyer.
- _____ 10. Si un animal me touche, je me sens sale et je dois immédiatement me laver ou changer mes vêtements.
- _____ 11. Quand des doutes et des inquiétudes me viennent à l'esprit, je ne peux pas me reposer avant d'en avoir discuté avec une personne rassurante.
- _____ 12. Quand je parle, j'ai tendance à répéter les mêmes choses et les mêmes phrases plusieurs fois.
- _____ 13. J'ai tendance à demander aux gens de répéter les mêmes choses plusieurs fois de suite, même si j'ai bien compris ce qu'ils disaient la première fois.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
_____	14.	Je me sens obligé(e) de suivre la même séquence lorsque je m'habille, me déshabille et me lave.		
_____	15.	Avant d'aller me coucher, je dois faire certaines choses dans une certaine séquence.		
_____	16.	Avant d'aller au lit, je dois suspendre ou plier mes vêtements d'une façon spéciale.		
_____	17.	Je sens que je dois répéter certains chiffres sans aucune raison.		
_____	18.	Je dois faire les choses plusieurs fois avant de penser qu'elles sont faites correctement.		
_____	19.	J'ai tendance à vérifier les choses plus souvent que nécessaire.		
_____	20.	Je vérifie et revérifie les robinets, le four, les ronds du poêle et les interrupteurs de lumière, même après les avoir fermés.		
_____	21.	Je retourne à la maison vérifier les portes, fenêtres, tiroirs, etc. pour m'assurer qu'ils sont correctement fermés.		
_____	22.	Je vérifie continuellement en détail les formulaires, documents, chèques, etc. pour être certain(e) de les avoir remplis correctement.		
_____	23.	Je reviens continuellement en arrière pour voir si les allumettes, les cigarettes, etc. sont bel et bien éteintes.		
_____	24.	Quand je manipule de l'argent, je le compte et le recompte plusieurs fois.		
_____	25.	Avant de mettre une lettre à la poste, je la vérifie avec soin à plusieurs reprises.		
_____	26.	J'éprouve de la difficulté à prendre des décisions, même pour des choses sans importance.		
_____	27.	Parfois, je doute d'avoir fait des choses, même si je sais les avoir faites.		
_____	28.	J'ai l'impression que je ne serai jamais capable d'expliquer clairement mes pensées, surtout quand je parle de choses importantes qui me touchent.		
_____	29.	Après avoir fait quelque chose avec soin, j'ai l'impression de l'avoir mal faite ou de ne pas l'avoir finie.		

- | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------|-----|-------------|----------|-------------|
| Pas du tout | Peu | Moyennement | Beaucoup | Extrêmement |
-
- _____ 30. Je suis quelquefois en retard parce que je m'attarde à faire certaines choses plus souvent que nécessaire.
- _____ 31. Je me crée des problèmes et des doutes avec de la plupart des choses que je fais.
- _____ 32. Quand je commence à penser à certaines choses, je deviens obsédé(e) par celles-ci.
- _____ 33. Des pensées déplaisantes me viennent à l'esprit, contre ma volonté, et je ne peux pas m'en débarrasser.
- _____ 34. Des blasphèmes ou des mots obscènes et grossiers me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.
- _____ 35. Mes pensées prennent leurs propres directions et j'éprouve de la difficulté à être attentif(ve) à ce qui se passe autour de moi.
- _____ 36. J'imagine des conséquences catastrophiques comme le résultat de mon inattention ou d'erreurs mineures que j'ai faites.
- _____ 37. Je pense ou me fait du souci longtemps à propos du mal que j'aurais pu faire à quelqu'un sans m'en apercevoir.
- _____ 38. Quand j'entends parler d'un désastre, je pense que, d'une manière ou d'une autre, c'est de ma faute.
- _____ 39. Sans raison, il m'arrive de m'inquiéter longuement à propos de l'éventualité d'avoir une blessure ou une maladie.
- _____ 40. Parfois je commence à compter des objets sans raison.
- _____ 41. J'ai l'impression que je dois me souvenir de numéros sans aucune importance.
- _____ 42. Quand je lis, j'ai l'impression d'avoir manqué des passages importants et de devoir les relire au moins deux à trois fois.
- _____ 43. Je me préoccupe de me souvenir de choses sans importance et je fais des efforts pour ne pas les oublier.
- _____ 44. Quand une pensée ou un doute me vient à l'esprit, je dois examiner tous les aspects et je ne peux m'arrêter tant que je ne l'ai pas fait.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
_____	45.	Dans certaines situations, j'ai peur de perdre le contrôle et de poser des gestes embarrassants.		
_____	46.	Quand je regarde en bas d'un pont ou d'une fenêtre très élevés, je ressens l'impulsion de me lancer dans le vide.		
_____	47.	Quand je vois un train s'approcher, je pense parfois que je pourrais me jeter sous ses roues.		
_____	48.	À certains moments, je suis tenté(e) d'enlever vivement mes vêtements en public.		
_____	49.	Quand je conduis un véhicule, je me sens parfois poussé(e) à frapper quelqu'un ou quelque chose.		
_____	50.	Voir des armes m'excite et m'amène à avoir des pensées violentes.		
_____	51.	Je deviens contrarié(e) et inquiet(ète) à la vue de couteaux, poignards et autres objets pointus.		
_____	52.	Je ressens parfois quelque chose en moi qui me pousse à poser des gestes vraiment insensés et contre ma volonté.		
_____	53.	Je ressens parfois le besoin de briser ou d'endommager des choses sans aucune raison.		
_____	54.	Je me sens parfois poussé(e) à voler quelque chose appartenant à quelqu'un d'autre, même s'il m'est complètement inutile.		
_____	55.	Je ressens parfois une irrésistible tentation de voler quelque chose à l'épicerie.		
_____	56.	Je me sens parfois poussé(e) à blesser des enfants ou des animaux sans défense.		
_____	57.	Je crois que je dois effectuer des gestes particuliers ou marcher d'une certaine manière		
_____	58.	Dans certaines situations, je me sens parfois poussé(e) à trop manger, même si j'en deviens malade.		
_____	59.	Quand j'apprends qu'il y a eu un suicide ou un crime, je me sens longtemps bouleversé(e) et j'éprouve de la difficulté à arrêter d'y penser.		
_____	60.	Je me fais du souci inutilement à propos des microbes et des maladies.		

Inventaire d'anxiété de Beck

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

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé.	Modérément C'était très déplaisant mais supportable.	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter.
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	batttements 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 abdomina				
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	rougissement du visage				
21.	transpiration (non associée à la chaleur)				

Inventaire de Beck (BDII)

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 vaudrais absolument rien.
15. 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit

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

Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS)

Nom: _____ Diagnostic: _____

Date: _____ Traitement : _____

Croyance (décrire la principale croyance durant la dernière semaine) :

Pour chacun des items, encerclez le nombre identifiant la réponse qui caractérise le mieux le patient durant la dernière semaine. La croyance spécifique du patient peut-être intégrée à la question. Par exemple: « Jusqu'à quel point êtes-vous certain que cette croyance -toucher les poignées de porte -va vous rendre malade ? »

1. Conviction

Jusqu'à quel point êtes-vous convaincu de ces idées/croyances ?

Êtes-vous certain que vos idées/croyances sont fondées ? (Sur quoi basez-vous votre certitude ?)

- 0.- Complètement convaincu que les croyances sont fausses (0 %).
- 1.- Les croyances ne sont probablement pas vraies, ou un doute considérable subsiste.
- 2.- Les croyances peuvent être vraies ou non, ou la personne est incapable de décider si les croyances sont vraies ou non.
- 3.- Passablement convaincu que les croyances sont vraies, mais un élément de doute subsiste.
- 4.- Complètement convaincu que les croyances sont réelles (100 %).

2. Perception du point de vue des autres au sujet des croyances

Que pensez-vous que les autres pensent (ou pourraient penser) au sujet de vos croyances ?

(PAUSE) Jusqu'à quel point êtes-vous certain que la plupart des gens pensent que vos croyances ont du sens ?

- 0.- Complètement certain que la plupart des gens pensent que ces croyances sont irréalistes.
- 1.- Passablement certain que la plupart des gens pensent que vos croyances sont irréalistes.
- 2.- Les autres peuvent ou non penser que ces croyances sont irréalistes, ou incertain du point de vue des autres au sujet de ces idées/croyances.
- 3.- Passablement certain que la plupart des gens pensent que ces croyances sont réalistes.
- 4.- Complètement certain que la plupart des gens pensent que ces croyances sont réalistes.

3. Explication des points de vue qui diffèrent

Vous avez dit que (reprendre la réponse à l'item 1) mais que (reprendre la réponse à l'item 2).

PAUSE

Comment expliquez-vous la différence entre ce que vous pensez et ce que les autres pensent de l'exactitude de vos croyances ?

(L'intervieweur ne doit pas poser cette question si les réponses aux items 1 et 2 sont en accord.

Dans ce cas, cotez cet item de la même manière que les items 1 et 2).

4. Fixité des idées

Si je remettais en question (ou confrontais) l'exactitude de vos croyances, quelle serait votre réaction ? Pourrais-je vous convaincre que vous avez tort ?

(Si nécessaire, donnez un exemple non confrontant)

(Cotez en fonction du fait que le patient puisse être convaincu et non en fonction de son désir de pouvoir être convaincu)

5. Tentatives pour réfuter les idées

Jusqu'à quel point essayez-vous activement de réfuter ou rejeter vos idées/croyances ?

Jusqu'à quel point faites-vous des efforts pour vous convaincre que vos croyances sont inexactes ?

0.- Complètement certain que les croyances sont irréalistes ou absurdes (ex. : « mon esprit me joue des tours »).

1.- Passablement certain que les croyances sont irréalistes.

2.- Incertain au sujet du désaccord des autres. Les croyances peuvent être irréalistes ou les autres peuvent se tromper.

3.- Passablement certain que les croyances sont vraies; le point de vue des autres est peu exact.

4.- Complètement certain que les croyances sont vraies; le point de vue des autres est inexact.

0.- Désireux de considérer la possibilité que les croyances peuvent être fausses : ne démontre pas d'hésitation à envisager cette possibilité.

1.- Facilement enclin à considérer que la croyance peut être fausse : l'hésitation à le faire est minime.

2.- Quelque peu enclin à considérer que la croyance peut être fausse : l'hésitation à le faire est modérée.

3.- Plutôt hésitant à considérer que la croyance peut être fausse : l'hésitation à le faire est importante.

4.- Refuse catégoriquement de considérer que cette croyance peut être fausse (les croyances sont encrées).

0.- Essaie toujours de réfuter les croyances, ou ne voit pas la nécessité de le faire parce qu'il considère les croyances comme fausses.

1.- Essaie habituellement de réfuter les croyances.

2.- Essaie parfois de réfuter les croyances.

3.- Essaie occasionnellement de réfuter les croyances.

4.- Ne tente jamais de réfuter les croyances.

6. Insight

Selon vous, qu'est-ce qui a engendré ces croyances ? (PAUSE)

Ont-elles une origine psychiatrique (ou psychologique), ou sont-elles vraiment vraies ?

(L'intervieweur devrait déterminer ce que le patient croit vraiment, non pas ce qu'il s'est fait dire ou espère qu'il soit vrai. De plus, une explication étiologique de nature psychologique devrait être considérée équivalente à une explication étiologique de nature psychiatrique)

- 0.- les croyances ont définitivement une origine psychiatrique/psychologique.
- 1.- Les croyances ont probablement une origine psychiatrique/psychologique.
- 2.- Les croyances ont possiblement une origine psychiatrique/psychologique.
- 3.- Les croyances n'ont probablement pas une origine psychiatrique/psychologique.
- 4.- Les croyances n'ont définitivement pas une origine psychiatrique/psychologique.

SCORE TOTAL DU BABS _____ = SOMME DES QUESTIONS 1 À 6

(Ne pas inclure dans le score total)

ITEM SUPPLÉMENTAIRE :**7. Idées/délires de référence**

Est-ce qu'il vous apparaît que les gens parlent de vous ou observent quelque chose de particulier en vous ? (PAUSE)

FACULTATIF : Recevez-vous des messages spéciaux de votre environnement en lien avec votre croyance au sujet de.... ?

(Cette question concerne uniquement les croyances évaluées par l'intervieweur du BABS – non pas si le patient a été observé pour une raison non reliée aux croyances évaluées. L'intervieweur ne doit pas baser sa cote sur des actions ou des compulsions observables; il devrait plutôt évaluer la croyance de base)

- 0.- Non; les autres ne me remarquent définitivement pas.
- 1.- Les autres ne me remarquent probablement pas.
- 2.- Les autres peuvent me remarquer ou non.
- 3.- Les autres me remarquent probablement.
- 4.- Définitivement, les autres me remarquent.

L'Échelle des idées surévaluées

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

Énumérez la croyance principale que le patient a eue dans la dernière semaine. Elle devrait être celle qui est associée avec la plus grande détresse ou détérioration dans le fonctionnement social et professionnel du patient tel qu'observé par l'évaluateur (e.g., 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 au Trouble Obsessionnel-Compulsif. 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		Peu		Moins		Plus		Plutôt	
convaincu		convaincu		convaincu		convaincu		convaincu	
de la croyance		de la croyance		que plus		que moins		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		Plutôt		Plus		Plus		Plutôt	
déraisonnable		déraisonnable		déraisonnable		raisonnable		raisonnable	
				que raisonnable		que déraisonnable			
									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		Peu		Moins		Plus		Plutôt	
convaincu		convaincu		convaincu		convaincu		convaincu	
de la croyance		de la croyance		que plus		que moins		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: _____

Traduction du *Overvalued Ideas Scale* (OVIS) par Frédéric Langlois, Ph.D. Neziroglu, F., McKay, D., Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in OCD. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.

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	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?

Quelle 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 | 3. _____ Mois |
| 2. _____ Semaine | 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

APPENDICE C
ÉCHELLES CLINIQUES ET
PROCÉDURE D'IDENTIFICATION DES DOUTES OBSESSIONNELS

LES ÉCHELLES CLINIQUES DU MODÈLE ABI

Échelle d'évaluation des inférences primaires

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

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

Échelle d'évaluation des inférences secondaires

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

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

Échelle d'évaluation du degré de conviction

À l'aide d'une échelle s'étalant de 0 à 100, veuillez évaluer jusqu'à quel point vous êtes convaincu qu'il est nécessaire de faire les compulsions suivantes (C : contexte versus H-C : hors-contexte) :

		Pré	Mi	Post
1. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
2. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
3. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
4. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
5. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
6. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
7. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
8. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
9. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___
10. _____	(C)	___	___	___
	(H-C)	___	___	___

Échelle d'efficacité personnelle

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

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

PROCÉDURE D'IDENTIFICATION DES DOUTES OBSESSIONNELS

(voir O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005)

Étape # 1 : identifier les conséquences anticipées

Il est généralement plus facile d'identifier les doutes obsessionnels à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. En effet, la plupart des clients souffrant d'un TOC ne rapportent pas spontanément leurs doutes obsessionnels par comparaison aux conséquences anticipées qui sont habituellement plus faciles à reconnaître. Si le client n'est pas en mesure d'identifier les conséquences, il suffit de poser les questions suivantes : que pourrait-il se produire si vous ne faites pas votre compulsion ? De quoi avez-vous peur exactement ?

Étape # 2 : séparer les doutes obsessionnels des conséquences qui s'ensuivent

Rendu à cette étape, le thérapeute a déjà identifié chacune des conséquences anticipées. Sachant que ces dernières découlent des doutes obsessionnels, point de départ du TOC, il est alors possible de les séparer en utilisant une séquence logique qui se résume ainsi : « Si..., alors... ». Par exemple, « Si mes mains sont contaminées, alors je vais contaminer les autres ». En toute logique, la première partie après le « Si » représente l'inférence primaire (ou la prémisse) prenant la forme d'un doute; la deuxième partie qui fait suite au « alors » représente, quant à elle, l'inférence secondaire (ou le corollaire).

Dans l'illustration suivante, le client (C) rapporte spontanément une conséquence qu'il anticipe au thérapeute (T). La conséquence est ensuite utilisée par le thérapeute pour identifier le doute :

C : Si je ne me lave pas les mains, je vais contaminer les autres.

T : Les autres seront contaminés pour quelle raison?

C : Euh, parce que mes mains sont encore sales.

Doute obsessionnel (ou inférence primaire) : peut-être que mes mains sont encore sales?

Conséquence anticipée (ou inférence secondaire) : [alors] les autres seront contaminés.

Voici une autre question qui permet normalement d'identifier les doutes obsessionnels à partir des conséquences anticipées : qu'est-ce que je pourrais vous dire pour que vous soyez 100 % certain que la conséquence anticipée (par ex., contaminer les autres) ne se produit pas? Réponse du client : j'aimerais être certain à 100 % que mes mains ne sont pas encore sales.

** Lorsque la conséquence anticipée est imprécise et qu'elle fait uniquement référence à un inconfort ou à une augmentation d'anxiété, la procédure d'identification des doutes demeure identique. Prenons par exemple, un client aux prises avec des rituels de symétrie qui n'anticipe aucune conséquence précise en l'absence des rituels, sauf une augmentation d'anxiété (sans qu'il y ait de pensées magiques). Le thérapeute peut en tel cas poser la question qui suit : qu'est-ce que je pourrais vous dire pour que vous soyez 100 % certain de ne pas vivre autant d'anxiété? Par exemple, le client peut ici répondre

qu'il aimerait être certain que tout est ordonné de façon à respecter les principes du *Feng Shui*¹².

Doute obsessionnel (ou inférence primaire) : peut-être que mes objets ne sont pas ordonnés selon les principes du *Feng Shui*? Conséquence anticipée (ou inférence secondaire) : [alors] je vais me sentir anxieux.

¹² Feng Shui : art chinois d'aménagement de l'habitat pour favoriser la santé, le bien-être, et la réussite. Cet art vise l'équilibre des énergies qui nous entourent.

APPENDICE D
CALEPINS D'AUTO-OBSERVATIONS

CALEPINS D'AUTO-OBSERVATIONS

Échelle de cotation présentée à la première page du calepin :

Code du participant : _____		
Semaine du _____ au _____ Mois _____		
Extrêmement	81-100	Maximum
Beaucoup	61-80	
Moyennement	41-60	
Un peu	21-40	
À peine	1-20	
Nul	0	Minimum

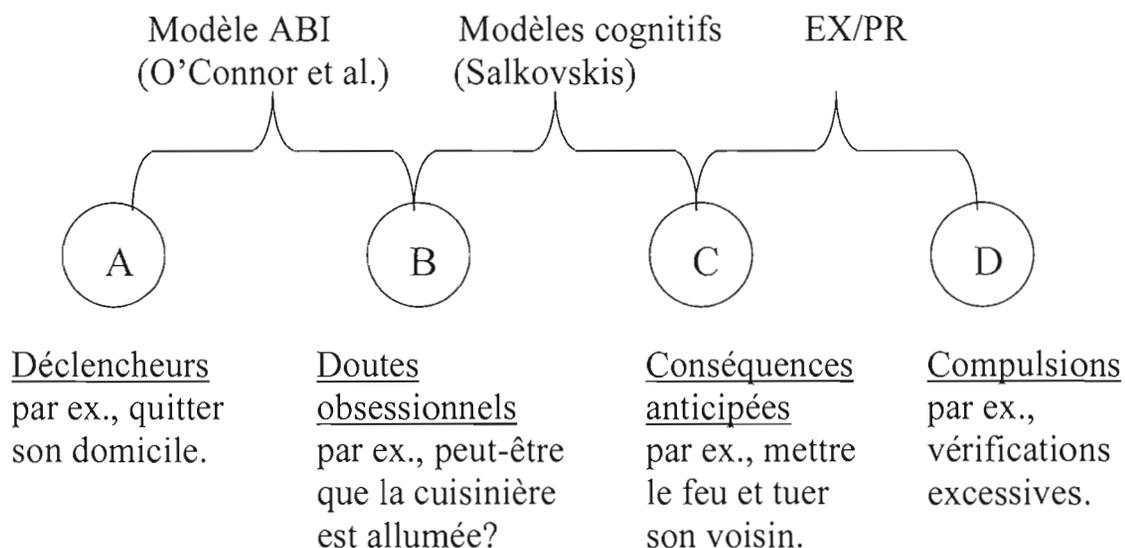
Pages suivantes du calepin utilisées dans le cadre de cette thèse :

Date : _____
1) Veuillez noter la durée de vos compulsions aujourd'hui _____
2) Veuillez évaluer dans quelle mesure l'inférence suivante est probable (inscrire un doute obsessionnel) _____
3) Veuillez noter dans quelle mesure c'est réaliste pour vous... (inscrire une conséquence anticipée) _____

APPENDICE E

COMPARAISON SCHÉMATIQUE ENTRE LE MODÈLE ABI, LES MODÈLES
COGNITIFS DU TOC ET LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE (EX/PR)

COMPARAISON SCHÉMATIQUE ENTRE LE MODÈLE ABI, LES MODÈLES
COGNITIFS DU TOC ET LA THÉRAPIE COMPORTEMENTALE (EX/PR)¹³



Ce schéma est une illustration des cibles thérapeutiques selon le modèle théorique utilisé par le clinicien. Le modèle ABI intervient principalement entre les points A et B. En particulier, il s'intéresse aux éléments du raisonnement justifiant ou appuyant le premier questionnement (point B). Ce raisonnement idiosyncrasique est utilisé hors contexte et fait abstraction des sens dans « le ici et maintenant ». Les modèles cognitifs du TOC (*appraisal models of OCD*) sont, quant à eux, centrés sur les interprétations qui suivent l'intrusion cognitive et sur les conséquences anticipées (point C). En terminant, la thérapie comportementale par EX/PR a comme objectif d'amener l'individu à résister aux compulsions (points D) et à tolérer l'anxiété qui en découle. Veuillez noter que ces approches ne sont pas en opposition; c'est les cibles thérapeutiques qui diffèrent.

¹³ Ce schéma a été présenté dans une formation sur le TOC au Congrès annuel de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) par S. Grenier, M.Ps.

APPENDICE F
PREMIÈRE PAGE DES ARTICLES PUBLIÉS

Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : une revue critique de la littérature

SÉBASTIEN GRENIER
KIERON P. O'CONNOR
Centre de recherche Fernand-Séguin,
Hôpital Louis-H. Lafontaine.

CLAUDE BÉLANGER
Département de psychologie, Université du Québec à
Montréal et département de psychiatrie, Université
McGill

Résumé

Il est convenu que l'individu souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) avec faible insight lorsqu'il ne reconnaît pas, à un moment durant l'évolution de son trouble, le caractère irrationnel de ses obsessions/compulsions (American Psychiatric Association, 2000). Cette revue critique des principales recherches qui ont porté sur l'insight des patients TOC cible différents facteurs pertinents qui devraient être considérés durant son évaluation. Les instruments fréquemment utilisés pour évaluer l'insight des patients TOC sont présentés et critiqués. Ceux-ci évaluent principalement l'insight en termes médicaux (par ex., la capacité de reconnaître qu'on souffre ou non d'une maladie mentale) sans toujours considérer les dimensions cognitives. D'autres instruments spécifiques au TOC évaluent l'insight à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels sans établir de distinction avec les doutes obsessionnels. Il est possible que les mesures d'insight aient à considérer que le TOC présente plusieurs composantes indépendantes et que le degré de conviction varie non seulement à partir des conséquences anticipées, mais également à partir des doutes initiaux. Un modèle multidimensionnel qui permet d'évaluer trois dimensions cognitives de l'insight des patients TOC est présenté : l'Approche Basée sur les Inférences. Ce modèle permet de différencier les doutes obsessionnels des conséquences anticipées et du degré de conviction quant au besoin d'exécuter le rituel. En terminant, des recommandations sont formulées pour évaluer l'insight des patients TOC.

Jusqu'à récemment, pour souffrir d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'individu devait reconnaître, en tout temps, le caractère irrationnel de ses obsessions ou de ses compulsions (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987, voir Kozak & Foa, 1994; Ito, De Araujo, Hemsley & Marks, 1995; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks & Monteiro, 1988) et devait tenter d'y résister (Organisation Mondiale de la Santé, 1992, voir Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Par contre, plusieurs chercheurs ont noté que les individus aux prises avec des idées obsessionnelles ou avec des compulsions n'en reconnaissaient pas toujours le caractère irrationnel (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994). De plus, même si la personne demeurerait convaincue que ses obsessions étaient complètement insensées, elle pouvait continuer à avoir peur de ses conséquences éventuelles si elle n'exécutait pas son rituel (Insel & Akiskal, 1986; Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). À la lumière de ces faits, quelques modifications ont été apportées aux critères diagnostiques du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). L'individu doit maintenant reconnaître, à un moment durant l'évolution de son trouble, que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées. Selon les critères diagnostiques d'abord établis dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), puis dans le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), il est possible de spécifier que l'individu souffre d'un TOC avec un faible insight si, la plupart du temps, durant l'épisode actuel, il ne reconnaît pas le caractère irrationnel de ses obsessions et de ses compulsions.

Plusieurs chercheurs se sont intéressés aux caractéristiques des individus qui souffrent d'un TOC avec un faible insight et/ou de l'impact d'un faible insight sur l'efficacité thérapeutique (Abramowitz, 1997; Basoglu, Lax, Kasvikis & Marks, 1988; Catapano, Sperandeo, Perris, Lanzaro & Maj, 2001; Dunne, 2000; Eisen, Phillips, Coles & Rasmussen, 2004; Eisen, Phillips & Rasmussen, 1999; Eisen et al., 2001; Foa, 1979; Insel & Akiskal, 1986; Ito et al., 1995; Kishore, Samar, Janardhan Reddy, Chandrasekhar & Thennarasu, 2004; Kozak & Foa, 1994; Lelliott et al., 1988; Marazziti et al., 2002; Matsunaga et al., 2002; Neziroglu, Stevens & Tobias, 1999; Özdemir, Tükel, Türksoy & Üçok, 2003; Türksoy, Tükel, Özdemir & Karali, 2002). Par contre, il est important de souligner

Surinvestissement des doutes obsessionnels et de leurs conséquences anticipées chez les patients qui souffrent d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) : un portrait sociodémographique et clinique

« Overinvestment in obsessional doubts and anticipated consequences in obsessive-compulsive disorder (OCD) : sociodemographic and clinical profiles »

Sébastien Grenier*, Kieron P. O'Connor**, Claude Bélanger***

Résumé

Un certain nombre d'individus souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) peuvent surinvestir leurs doutes obsessionnels tout en accordant peu d'importance aux conséquences anticipées. L'objectif de cette recherche est de vérifier si les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels se différencient de celles des patients TOC qui surinvestissent leurs conséquences anticipées. Les doutes obsessionnels et les conséquences anticipées ont été évalués auprès de 108 participants inscrits dans un programme de traitement cognitivo-comportemental. Les analyses ont démontré que le degré de surinvestissement des doutes obsessionnels était négativement et indépendamment associé aux symptômes de vérification tandis que le degré de surinvestissement des conséquences anticipées était positivement et indépendamment relié aux symptômes de crainte de la contamination. Ces résultats suggèrent qu'il est important de séparer les doutes initiaux des conséquences anticipées durant l'évaluation des convictions obsessionnelles, car ils s'avèrent dans certains cas associés à des variables cliniques et sociodémographiques différentes.

Mots clés : trouble obsessionnel-compulsif (TOC), croyances obsessionnelles, insight, caractéristiques sociodémographiques, caractéristiques cliniques

Abstract

Some individuals suffering from obsessive-compulsive disorder (OCD) may over invest in their obsessional doubts while according little importance to anticipated consequences. The aim of the present study is to investigate whether sociodemographic and clinical characteristics of patients who over invest in their obsessional doubts differ from OCD patients who over invest in the anticipated consequences. Obsessional doubts and anticipated consequences were evaluated on 108 participants presenting for a CBT treatment program. Analyses demonstrated that the degree of overinvestment in obsessional doubts was negatively and independently associated to checking symptoms whereas the degree of overinvestment in anticipated consequences was positively and independently tied with the fear of contamination symptoms. These results suggest that belief in obsessional doubts and in anticipated consequences should be separated during the evaluation of obsessional convictions because they are in some case associated with distinct clinical and sociodemographic variables.

Keywords : obsessive-compulsive disorder (OCD), obsessional beliefs, insight, sociodemographic characteristics, clinical characteristics

* M.Ps., Candidat au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal (Qc), Canada.

** M.Phil., Ph.D., Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal (Qc), Canada.

*** Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM), Département de psychiatrie, Université McGill et Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Montréal (Qc), Canada.

Note de l'auteur :

Auteurs pour la correspondance : Sébastien Grenier, Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal (Québec), Canada, H1N-3V2; Tél. : (514) 251-4025, poste 3532. Courriel : grenier.sebastien.3@courrier.uqam.ca

Cette étude a été réalisée grâce à une bourse de recherche doctorale octroyée au premier auteur par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ).

Cette étude a été présentée en partie au 36ième congrès annuel de l'European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) qui s'est déroulé à Paris du 20 au 25 septembre 2006.