

Université de Montréal

The Role of Obsessive Beliefs and Inferential Confusion in Predicting Treatment Outcomes
for Different Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder

Loide Del Borrello

Essai doctoral d'intégration
Présenté en vue de l'obtention du doctorat (D.Psy.)
sous la direction de Dr. Kieron O'Connor

31 août 2013
© Loide Del Borrello, 2013

Abstract

The current study sought to investigate the cognitive dimensions associated with subtypes of obsessive-compulsive disorder (OCD) and determine whether changes in symptoms following inference-based therapy (IBT) coincided with the modification of cognitive domains. Fifty-nine participants were classified into various OCD subtypes using the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) and completed the Y-BOCS, Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44), Inferential Confusion Questionnaire: The Expanded Version (ICQ-EV), Beck Depression Inventory, the second Edition (BDI-II) and Beck Anxiety Inventory (BAI) before and after therapy. It was found that the belief domain on the OBQ-44 importance/control of thoughts was associated with the impulse phobia subtype. No other associations were found between the belief domains of the OBQ-44 and the other subtypes. Inferential confusion levels were found to be similar across subtypes. Change in OCD symptoms was correlated with change in the level of inferential confusion and of the belief domain Responsibility/Threat Estimation. Percentage of change in levels of inferential confusion was found to be the most important predictor of OCD symptoms explaining 32 % of the variance. The order and arranging subtype reported variable changes in their levels of OCD symptoms, obsessive beliefs, inferential confusion, depressive symptoms and anxiety symptoms following treatment. Additional research assessing the efficacy of IBT with the ordering and arranging subtype and the other factors influencing the efficacy of treatment needs to be conducted.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; subtypes; inference-based therapy; obsessive beliefs; inferential confusion

Résumé

La présente étude visait à étudier les dimensions cognitives associées aux sous-types du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et déterminer si des changements au niveau des symptômes après une thérapie basée sur les inférences (TBI) coïncidaient avec la modification des domaines cognitifs. Cinquante-neuf participants ont été classés en différents sous-types du TOC à l'aide de l'Échelle d'Obsession -Compulsion de Yale Brown (Y-BOCS). Ils ont complété le Y-BOCS, le Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (QCO-44), le Questionnaire sur les processus inférentiels : la version étendue (QPI-EV), le Questionnaire de dépression de Beck, la deuxième édition (QDB-II) et l'Inventaire d'anxiété de Beck (IBA) avant et après le traitement. Les résultats démontrent que le domaine de croyance obsessionnelle importance excessive accordée aux pensées /besoin excessif de contrôler ses pensées du QCO-44 était associé au sous-type phobie d'impulsion. Aucune autre association n'a été trouvée entre les domaines de croyances obsessionnelles du QCO-44 et les autres sous-types du TOC. Les résultats indiquent que les niveaux de confusion inférentielle étaient similaires dans tous les sous-types. Les changements au niveau des symptômes du TOC étaient corrélés avec les changements au niveau de la confusion inférentielle et du domaine de croyance obsessionnelle Responsabilité excessive/ surestimation du danger. Les résultats suggèrent que le pourcentage de changement des niveaux de confusion inférentielle prédit les symptômes du TOC expliquant 32% de la variance. Les participants du sous-type ordre et symétrie ont rapporté des changements variables au niveau de leurs symptômes du TOC, croyances obsessionnelles, confusion inférentielle, symptômes dépressifs et symptômes d'anxiété après le traitement. Des études supplémentaires évaluant l'efficacité de la TBI avec le sous-type ordre et symétrie et les autres facteurs qui influencent l'efficacité du traitement doivent être menées.

Mots clés : trouble obsessionnel-compulsif ; sous-types ; thérapie basée sur les inférences ; croyances obsessionnelles ; confusion inférentielle

Acknowledgements

First, I would like to express my heartfelt thanks to my family for supporting me in my academic endeavours and putting me through school. Second, I would like to express my gratitude to my research supervisor, Dr. Kieron O'Connor, for his valuable insights as they allowed me to better shape my ideas for this project. Also, a big thank-you to all the other members of the Centre d'études sur les troubles obsessionnels compulsifs et les tics for their help in the data collection and entry. Furthermore, this study would not be possible without the funding of Canadian Institute of Health Research and the Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Finally, I would like to express my appreciation to our participants who allowed us to help them with their psychological difficulties, so we could advance our knowledge in effective treatments for obsessive-compulsive disorder.

Table of contents

Introduction	8
Current Research	21
Method	22
Analysis	28
Results	28
Discussion	48
References	54
Appendix A: Steps of IBT for OCD	62
Appendix B: Distinctions between IBT and CBT	63
Appendix C: ADIS-IV (French version)	64
Appendix D: SCID-I (French version)	81
Appendix E : Y-BOCS (French version)	195
Appendix F: OBQ-44 (French version)	206
Appendix G: ICQ-EV(French version)	209
Appendix H: BAI (French version).....	211
Appendix I: BDI-II (French version)	212
Appendix J: Informed consent form (French version)	215
Appendix I: Glossary of abbreviations used in text	218

List of Tables

Table 1: Significance values for Shapiro-Wilk test	29
Table 2: Change statistics of OCD subtypes after treatment.....	37
Table 3 : Correlations between change percentages on Y-BOCS and change percentages in cognitive variables.....	46
Table 4 : Summary of stepwise multiple regression for predictors of change of OCD symptoms	49

List of Figures

Figure 1. Mean ranks scores of belief domains on OBQ-44 for OCD subtypes before treatment.....	32
Figure 2. Means total scores of belief domains on OBQ-44 for OCD subtypes before treatment.....	33
Figure 3. Mean ranks total scores on ICQ-EV before treatment.....	34
Figure 4. Mean ranks total scores on ICQ-EV before treatment.....	35
Figure 5. Total scores on Y-BOCS before and after treatment for the OCD subtypes	39
Figure 6. Scores on BAI before and after treatment for the OCD subtypes	42
Figure 7. Scores on BDI-II before and after treatment for the OCD subtypes.....	43

Introduction

According to the DSM-IV-TR, obsessive-compulsive disorder (OCD) is an anxiety disorder that affects approximately 2.5% of the population worldwide. It is characterized by obsessions and/or compulsions. Obsessions are defined as recurrent and persistent thoughts, impulses or images that are regarded as intrusive, inappropriate and anxiety-provoking. Individuals recognize that they come from their own mental activity and make efforts to ignore them or to neutralize them through gestures or thoughts. Compulsions are defined as repetitive behaviours or mental acts that people feel compelled to accomplish in response to their obsessions to reduce their distress or to prevent anticipated negative consequences. These symptoms are associated with much distress, consume considerable amounts of time and can cause significant impairments in functioning (American Psychiatric Association, 2000). People suffering from OCD generally have several types of obsessions and compulsions with different ages of onset; diverse patterns of comorbid conditions as well vary in their response to treatment (Calamari et al., 2006). Nonetheless, according to Rachman and Tsuang (1986), the most commonly reported obsessions are related to fear of contamination, making mistakes, causing harm, becoming ill, the need for exactness or order, religious or sexual thoughts and superstition while the most common compulsions are checking and cleaning (as cited in O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). Typically, compulsions are associated with obsessions. For instance, individuals fear that their hands may be contaminated with bacteria, so they wash them recurrently (O'Connor et al., 2005). A recent study found that OCD can be categorized into four symptom dimensions: obsessions related to fear of contamination and cleaning rituals, obsessions regarding the fear of causing harm or making mistakes and checking rituals, obsessions concerning incompleteness, symmetry and ordering and arranging rituals and obsessions that involve religious, sexual or aggressive thoughts and mental or overt rituals aimed at neutralizing them (Abramowitz et al., 2010).

However, the notion of classifying OCD symptomatology into definitive symptom dimensions or subtypes is quite problematic for various reasons. Firstly, different studies have found diverse subtypes (Calamari et al., 2004). Secondly, people generally have more than one subtype (O'Connor et al., 2005). Finally, people can perform the same compulsion for various purposes. For instance, one study done by Calamari and his colleagues (1999) found that individuals who wanted to insure that they had not made mistakes reported mainly checking rituals but also secondary cleaning rituals. In addition, the same study found that individuals who feared contamination also reported secondary aggressive impulses and checking compulsions. Therefore, "there is no gold standard method to identify OCD symptom subtypes and criteria have remained ambiguous" (Julien, O'Connor, Aardema, & Todorov, 2006, p. 1206). Nevertheless, numerous questionnaires developed through empirical research still attempt to do so (Julien, et al., 2006). These various symptom presentations are often accompanied by a sense of pathological doubt. Indeed, people with OCD may fear that they have not accomplished actions adequately and/or that negative consequences will occur due to their actions (First, & Tasman, 2006).

Theory of Cognitive Appraisal Model

Research has also sought to investigate whether OCD symptom clusters are associated with different types of beliefs about thoughts and consequences. This idea was derived from Beck's (1976) theory of emotion and emotional disorders that states that individuals experience anxiety when they interpret stimuli or situations negatively (as cited in Salkovskis, 1999). Support for this theory comes partially from past studies such as those of Rachman and De Silva (1978) and Salkovskis and Harrison (1984) that have demonstrated that while 90% of the general population have intrusive thoughts, only a small minority of these individuals develop OCD. Salkovskis (1999) refined this hypothesis by stipulating that it is not the intrusive thoughts themselves that lead people to experience distress and perform compulsions

but the manner in which these unwanted thoughts are appraised. Indeed, the negative interpretations given to these intrusive thoughts lead people to experience increases in their levels of anxious and depressive affects. For instance, people may become very anxious as they consider that their thoughts could result in others being harmed. Consequently, they feel compelled to engage in actions to reduce their thoughts or discharge the responsibility that is associated with them. Although these actions reduce individuals' anxiety temporarily, they also serve to increase their anxiety in the long-term and maintain their negative beliefs. Their high anxiety levels lead them to focus more on their intrusive thoughts and increase their accessibility to these intrusive thoughts. Thus, negative appraisals are further promoted. This model is referred to as the cognitive appraisal model.

Development of Obsessive Beliefs Questionnaire

In 1997, the Obsessive-Compulsive Working Group (OCCWG) attempted to identify the main belief domains associated with obsessive-compulsive disorder. Their work resulted in the development of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) which evaluates the beliefs that may increase individuals' risk for OCD. The OBQ seeks to assess the following belief domains: overestimation of threat, intolerance of uncertainty, importance of thoughts, importance of controlling thoughts, inflated responsibility and perfectionism. Inflated responsibility, importance of thoughts and importance of controlling thoughts are specific to OCD while overestimation of threat, intolerance of uncertainty and perfectionism are relevant to OCD, but can also be found in other anxiety disorders. According to Salkovskis (1985), overestimation of threat is the tendency for people to overestimate the likelihood and the severity of aversive events. In other words, people with OCD view obsessive situations as dangerous until proven safe. Intolerance of uncertainty encompasses the need for certainty and the beliefs that individuals endorse regarding their incapacity to function in ambiguous situations and to cope with unpredictable change (OCCWG, 1997). Importance of thoughts

refers to individuals attributing meaning and importance to their thoughts. In addition, according to Salkovskis (1985), belief in the importance of controlling one's thoughts refers to the belief reported by people with OCD that it is necessary and possible to have complete control over one's thoughts. Furthermore, according to Salkovskis (1985), people with OCD have an inflated sense of responsibility because they believe that they are personally responsible for the content of their obsessions and the consequences that result from them. Finally, perfectionism refers to the inability to tolerate any mistakes or imperfection and the belief that it is possible and necessary to not make errors (OCCWG, 1997). Initially, the OBQ was comprised of 87 items (OCCWG, 1997). However, a later study conducted by the OCCWG (2005) found that statistically the six belief domains assessed by the OBQ could be grouped into three main factors: Responsibility / Threat estimation, Perfectionism/Certainty and Importance/Control of Thoughts. Consequently, a more condensed version of the OBQ that was comprised of 44 items (OBQ-44) was developed.

Obsessive Beliefs as Predictors of OCD Symptomatology

These belief domains have been found to partially predict obsessive-compulsive symptoms even after controlling for depression and general anxiety (OCCWG, 2005). Moreover, a study done by Abramowitz and colleagues (2006) found that the presence of dysfunctional beliefs associated with OCD as measured by the OBQ contributed to the prediction of OCD symptoms in parents during the postpartum period. Indeed, the results showed that the majority of first-time parents reported intrusive thoughts related to their infants and neutralizing behaviours such as reassuring themselves that were similar but less severe to those observed in OCD. However, those who developed obsessive-compulsive symptoms had more dysfunctional beliefs before childbirth. In fact, individuals' level of dysfunctional beliefs before childbirth predicted the severity of their washing, checking and obsessing symptoms during postpartum period even after controlling for depression, anxiety

and OCD symptom levels before childbirth. Therefore, the presence of OCD-related beliefs is a risk factor for the development of OCD symptoms. Nevertheless, this same study also found that parents' scores on the OBQ during the prenatal period did not predict their neutralizing, hoarding or ordering behaviours during postpartum. Considering this previous finding and the fact that the variance attributed to obsessive beliefs in the prediction of obsessive symptoms ranged from 36% to 54%, it can be assumed that there are other factors either biological or psychological that explain the development of OCD.

Furthermore, results from studies that attempted to identify the particular belief domains in the OBQ that are associated to symptom clusters have been contradictory. For instance, one study done by Tolin and colleagues (2008) with an OCD sample whose primary symptom clusters were identified with the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R) found that washing compulsions and fears of contamination were related to Responsibility/Threat estimation; mental neutralizing was also associated with Responsibility/Threat estimation; hoarding and ordering were predicted by Perfectionism/Certainty; obsessing was predicted by Importance/Control of thoughts and checking/doubting was not related to any belief domain. Nevertheless, in an earlier study conducted by Julien and colleagues (2006) with a sample of OCD patients whose subtypes were identified using the Padua Inventory-Revised (PI-R), the findings revealed that Responsibility/Threat estimation predicted rumination; Perfectionism/Certainty predicted checking and precision scores and Importance/Control of thoughts predicted impulse phobia scores. Thus, although there are certain links between belief domains and symptom clusters that are consistently supported by research such as Perfectionism/Certainty and ordering or precision, the results of studies appear to vary depending on the instruments used for the classification of subtypes whether the OCI-R, the PI-R, or the Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). The results also differ depending on the method of statistical

analysis used whether cluster analysis, correlational analysis or hierarchical regression. Moreover, importance/control of thoughts seems to be the only belief domain capable of distinguishing between subtypes (Julien, et al., 2006; Kaiser, Bouvard, & Millierey, 2010). Indeed, the study mentioned above by Julien and colleagues (2006) also found that individuals who were in the rumination subtype had higher scores on importance/control of thoughts even when anxiety was controlled. In addition, another study conducted by Kaiser and colleagues (2010) found that people in the rumination subtype had higher scores than those in the checking subtype on importance/control of thoughts. Finally, belief domains may play a role in only certain types of OCD. In one study done by Taylor and colleagues (2006), 51% of individuals with OCD were found to have low scores on all the belief domains. The group who reported more obsessive beliefs did not differ from the one who had low scores on the belief domains in their severity of contamination and grooming OCD symptoms. However, the group who scored higher on the belief domains reported more obsessions involving the causation of harm. In another study by Calamari and colleagues (2006), half of the patients with OCD also obtained low scores on the belief domains. The contamination subtype was overrepresented in this particular group. In summary, other cognitive variables besides the belief domains measured in the OBQ are probably involved in the maintenance of OCD symptoms.

Nonetheless, research attempting to find associations between symptom clusters and obsessive beliefs continues in an effort to improve treatment efficacy. Indeed, it is believed that if these beliefs can be targeted in therapy, the treatment will be more effective. For instance, people who have obsessions without overt compulsions usually have poorer treatment outcomes (Salkovskis, & Westbrook, 1989). Nonetheless, Freeston and colleagues (1997) implanted a specialized cognitive-behavioral treatment program for this population and obtained favourable results. In fact, 67% of sample who began treatment showed

clinically significant change and 53% maintained these gains at follow-up. Among those who completed treatment, 77% showed clinically significant change and 59% maintained these gains at follow-up. This program targeted the following belief domains: importance of thoughts, inflated responsibility, importance of controlling thoughts and overestimation of threat. These belief domains had been found in earlier pilot studies (Ladouceur, Freeston, Gagnon, Thibodeau & Dumont, 1993, 1995) to be frequently endorsed by those who have obsessions without overt compulsions.

Cognitive-Behavioral Therapy for OCD

Cognitive-behavioral therapy (CBT) is currently the treatment of choice for OCD. It encompasses two components: exposure and response prevention (ERP) and cognitive restructuring. In ERP, clients are first exposed to the thoughts or situations that are anxiety-provoking and generally compel them to engage in their rituals. They are then encouraged to not perform their rituals so they realize that their anticipated negative consequences will not occur. Recently, the precise behavioral processes at work during ERP have been debated. Clients' anxiety gradually decreases through the process of habituation. Nonetheless, response prevention also involves successful inhibition by which people gain a sense of mastery over their compulsions (O'Connor et al., 2012). In addition, clients' intrusive thoughts are normalized and their dysfunctional appraisals are targeted for change through cognitive restructuring. By modifying their interpretations of their obsessive thoughts, it is believed that their obsessions will be less anxiety-provoking. (O'Connor, & Robillard, 1996). Although the individual components of CBT have been shown to be equally effective in the treatment of OCD, research suggests that cognitive restructuring provides no added benefit to ERP (Vogel, Stiles, & Götestam, 2004).

Meta-analyses suggest that CBT is a very effective treatment for OCD since 75 to 85% of clients benefit (Abramowitz, 1998). Nevertheless, according to an earlier study by Steketee

(1993), 40% of patients do not adhere to treatment because they are too anxious to begin exposure (as cited in O'Connor, et al. 2005). Furthermore, according to Fisher and Wells (2005), only 25% of clients have a minimal level of OCD symptoms at the end of treatment. Furthermore, according to Foa and colleagues (1999), individuals with a high level of conviction in their obsessive ideas are resistant to treatment. Finally, since neutralisation strategies can be subtle, it can be challenging for therapists to identify them, thus limiting the potential gains of repeated exposure (Abramowitz, Deacon, & Whiteside, 2011). To address these limitations, the inference-based approach (IBA) which focuses on the content of the obsessive thoughts and reasoning process associated with them has been developed (O'Connor et al., 2005).

Conceptualization of OCD from an Inference-Based Approach

IBA views intrusive thoughts as inferences arrived through a process of inductive reasoning processes. People perceive events or objects in certain ways, and; then, make inferences about a related state of affairs. Consequently, they derive a conditional faulty premise which takes the form of if X, then.... that eventually leads them to conclude that they cannot risk not doing the rituals for fear of the consequences (O'Connor, 2002). This supposition is the basis of obsessional or pathological doubt. IBA targets the obsessional doubt that leads people to worry about the consequences of their obsessions. According to this approach, the obsessive chain begins with a trigger that can be internal like a sudden thought, emotion or physical sensation or external thus generated from stimuli in the environment such as the touch of an object (O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). These triggers may be linked to individuals' current circumstances. Then, people doubt that things are correct and think about all the hypothetical possibilities associated with this initial inference. For example, people think that perhaps they have not locked the door of the house and if this is the case, they will be robbed. Therefore, their anxiety level increases and they feel compelled

to engage in a ritual to reassure themselves. For example, they will repeatedly check if the door is locked. Doubt is characterized as obsessive when it is not derived from sensory information and persists despite the obtainment of contradictory sensory information (O'Connor et al., 2005). The reasoning process by which the obsessional doubt is generated is called inferential confusion. Inferential confusion is characterized by two key components: a distrust of the senses and the treatment of possibilities as if they were related to the reality in the here and now. A key element of inferential confusion is inverse inference. A normal inference results from a previous observation. For example, the floor is dirty, so many people must have walked on it. However, an inverse inference precedes observation of reality. For instance, many people must have walked on this floor, so it is certainly dirty. Inferential confusion is the underlying process that maintains OCD. Indeed, people make gestures in the here and now to reduce the probability of imaginary events but they cannot be certain of their effectiveness because they do not trust their senses to inform them about reality. Thus, they continue to rehearse the doubt (O'Connor, & Aardema, 2003).

Inferential Confusion: Its Relation to Obsessive Beliefs & OCD Symptomatology

Inferential confusion has been shown to be significantly related to OCD symptoms even after controlling for the belief domains in the OBQ and overall levels of anxiety and depression (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005). One study by Aardema and colleagues (2005) found that while inferential confusion was associated to all belief domains, it was most strongly associated to overestimation of threat. This result can be explained by the fact that both inferential confusion and overestimation of threat involve the tendency to perceive danger as more probable. Nonetheless, inferential confusion differs from overestimation of threat because it entails a distrust of the senses. The difference between these constructs was demonstrated in one recent study by Polman and colleagues (2011) that found that a group scoring low on the belief domains of the OBQ still had average levels of

inferential confusion. In addition, inferential confusion and overestimation of threat have been shown to be independently related to OCD symptoms. The argument can be made that the relationships between OCD symptoms and inferential confusion are due to the overlap between inferential confusion and overestimation of threat since this belief domain is considered a general vulnerability to all anxiety disorders (OCCWG, 1997). However, one study by Aardema and colleagues (2006) found inferential confusion was independently significantly related to overall levels of OCD symptoms as measured by the total score on the PI-R, obsessions about harm and washing compulsions. On the other hand, overestimation of threat was independently significantly related to the total score on the PI-R, obsessions about harm, obsessional impulses and checking compulsions. Aardema and colleagues (2006) repeated their analyses while controlling for anxious mood and found that all the relationships between inferential confusion and OCD symptoms remained significant and only the relationship between overestimation and threat and checking compulsions remained significant. Thus, the belief domains and inferential confusion are important independent predictors of OCD symptoms. Another study by Aardema and colleagues (2008) found inferential confusion /overestimation of threat to be global and strong predictor of OCD symptoms. In other words, inferential confusion /overestimation are related to OCD symptomatology independent of subtype. The OBQ belief domain Perfectionism/Certainty was the second most important predictor of OCD symptoms, but was most relevant for individuals who perform rituals in order to obtain a feeling that things are “just right”. The third most important predictor of OCD symptoms was the OBQ belief domain Importance/Control of thoughts which was most relevant for obsessions. Since inferential confusion is an important predictor of OCD symptoms, it would be expected to fluctuate according to symptom levels. Indeed, change in inferential confusion was associated to treatment success in CBT (Aardema, Emmelkamp, & O’Connor, 2005). Therefore, an

inference-based treatment aims to overcome this inferential confusion in order to reduce the intensity of the obsessional doubts and consequently the compulsions (O'Connor et al., 2005).

Inference-Based Treatment for OCD

An inference-based therapy (IBT) is generally comprised of 20 to 24 sessions. The first four sessions are devoted to the assessment of clients' symptoms. During the assessment, therapists attempt to identify with clients the initial doubt, which is also referred to as the primary inference, and rate on a scale from 0 to 100% the probability of this primary inference. In addition, therapists help clients identify the negative anticipated consequences if clients' primary inference is correct which are referred to as the secondary inferences. Clients need to rate on a scale from 0 to 100% the realism of these consequences. Finally, clients are asked to rate their perceived level of confidence in the ability to resist their rituals on a scale from 0 to 100% and to state the factor that they would need to be certain of in order to not engage in their compulsions (O'Connor, & Robillard, 1999).

The treatment involves ten steps that will be summarized in the following section (see Appendix A for listing of the steps of IBT). In the first step, clients are educated in the difference between an authentic doubt that comes from sensory information and an obsessional doubt that is not justified by sensory information in the present context and encompasses this idea of being able to discern situations through other means that surpass empirical observation. An example of an obsessional doubt is a client saying that his hands could be dirty although he does not see dirt on them because germs are invisible. Thus, when deciding whether he needs to wash his hands, he needs to rely on a deeper reality. Clients are also taught that the obsessional doubt leads to an obsessive chain and the execution of the compulsions. In the second step, clients are familiarized with the reasoning behind the obsessional doubt. They are invited to identify the sources of the arguments that maintain the doubt. The arguments are generally grouped by the client into five potential sources: authority

(the opinions of experts), common knowledge, hearsay, previous experience (not necessarily related and could have occurred several years ago) and logical calculation (conditional premise like if X, then Y). For instance, clients believe that their home could be robbed because they have heard many stories of break-ins in their neighborhood (hearsay). The third step focuses on the imaginary nature of the obsessional doubt as clients are incited to realize that their obsessional doubt is not relevant in the here and now. In the fourth step, clients are invited to elaborate their obsessional narrative. The obsessional doubt is anchored in a narrative that is composed of inductive arguments that are not relevant in the present context. In other terms, inferential confusion leads individuals to establish subjective links between elements that are not linked to the current context. After, clients are led to elaborate an alternative narrative that opposes the logic that formerly justified the doubt. In other words, this new story integrates elements of reality; thus, it does not incorporate inferential confusion. Clients are asked to practice this alternative narrative when their doubt emerges. The purpose of this intervention is to weaken clients' beliefs in OCD by demonstrating how their convictions can be determined by their narratives. The ultimate objective being not that they internalize these new narratives, but that their conviction in their obsessional doubts no longer persists and they do not feel compelled to engage in their compulsions. In the fifth step, clients are encouraged to stop and question themselves on the relevance of their doubts in obsessional situations before engaging in the compulsion. To illustrate this point, clients are given the analogy of crossing a bridge. It is explained to them that they start in reality but when they attach importance to doubts which are not relevant in here and now by imagining all the possibilities of things that could be, they cross the border between reality and the imaginary world. Therefore, questioning the validity of their doubts enables them to remain or return to the side of reality. In the sixth and seventh steps, clients are informed about the various reasoning devices that their obsessional story can contain and how these devices can

be used to generate inferential confusion and justify their doubt. These reasoning devices are related to the arguments given by clients in the second step of IBT. Afterwards, clients are asked to identify the reasoning devices. There are six types of reasoning devices. First instance, there are category errors by which people fuse two categories of information or objects as if they were related although they are not related. An example of a category error would be a client who believes that a certain white table needs to be washed since another white table is dirty. There are also apparently comparable events by which individuals confuse two distinct events that are separated by time or place. For example, a woman may believe that she could leave her garage door open because her friend often does so. In addition, the selective use of facts out-of context constitutes another reasoning device. For instance, individuals may believe that there are germs on their hands because germs have been shown to exist. Moreover, people can imagine sequences of events. An example of a purely imaginary sequence would be a client starting to experience nausea and fatigue at the thought of developing an illness. Another type of reasoning device is the distrust of normal perception by which individuals reject sensory information in favour of going deeper into reality. For example, people may believe that although they do not see germs on their hands, there may still be germs since germs are invisible. Finally, there is inverse inference by which people make inferences before the observation of facts. In the eighth step, clients are encouraged to realize that when it comes to situations that are not tied to their obsessions, they *do* rely on their senses. An intervention that is accomplished in order to highlight this difference is to take a neutral situation and to try to make it anxiety-provoking by integrating a logic of inferential confusion. An example would be maybe I should not go shopping on Thursday, because I could fall in the store and not be able to get back up. This intervention allows clients to grasp the nonsense of this logic. The ninth step focuses on the theme of vulnerability present in many individuals with OCD. At times, the obsessional doubts are centered on a

theme of vulnerability that involves the fear of becoming a certain type of person like a bad mother. It is most often the case when individuals have several different compulsions like washing, checking and ordering. In these cases, people also have a self-narrative that was generated through the dysfunctional reasoning devices described above that justifies their self-fear. Individuals must then construct alternative narratives that counter their themes of vulnerability. In the tenth step, clients are trained to use their senses in obsessional situations. Often, by doing so, they will feel a sense of void as if they are not doing enough or forgetting something. Nevertheless, it is explained to them that they are feeling this way because they invested so much effort for a long time in obsessional situations. However, this feeling would eventually pass as they consistently used their senses in these situations (O'Connor et al., 2005). (see Appendix B for distinctions between CBT and IBT)

Thus far, the research on the efficacy of IBT in treating OCD has shown favourable results. In fact, a study conducted in 2005 by O'Connor and his colleagues showed that IBT had similar success rates to ERP and cognitive therapy in the treatment of OCD symptoms. The study also demonstrated that people who had higher levels of conviction in their obsessional doubts benefited most from IBT. Another open trial conducted in 2010 by O'Connor demonstrated that IBT was equally effective in treating different subtypes of OCD and in treating individuals with higher and lower levels of conviction in their obsessional doubts. The belief domains of the OBQ also decreased significantly post treatment.

Current Research

The aims of the current study were to investigate the cognitive dimensions associated with the various subtypes and determine whether change in symptoms following IBT coincides with the modification of cognitive domains.

A first main hypothesis was that the OCD subtypes would be associated to the belief domains as measured by the OBQ. Specifically, a) the contamination and checking subtypes

would be associated to Responsibility/Threat estimation; b) the ordering and arranging subtype would be associated to Perfectionism/Certainty and c) the impulse phobia subtype would be linked to Importance/Control of thoughts.

A second main hypothesis was that there would be no significant differences between the levels of inferential confusion in these various groups because the levels of inferential confusion would be similar across all the subtypes.

Finally, a third main hypothesis was that a decrease in individuals' OCD symptoms as measured by the Y-BOCS would be accompanied by a reduction in their level of inferential confusion and in the strength of their obsessive beliefs.

Method

Participants

Participants were 59 adults aged between 18-66 years old. Their mean age was 37.66 years (SD= 11.53). Of the sample, 61 % were females and 39 % were male. Data on participants' educational levels was only available for 56 individuals of the sample since three participants did not provide this information. Their educational levels were as follows: 9 % had an elementary diploma, 23 % had received a high school diploma or vocational degree, 27% had obtained a college diploma and 41 % had received a university degree. In terms of marital status, data was available for 57 people of the sample since two participants did not provide this information; 49 % of participants reported being married or in a civil union, 46 % reported being single and 5 % indicated that they were divorced or separated following the termination of a long-term relationship. The sample was divided into four OCD subtypes with the following characteristics:

Checking (n=22). This subtype was comprised of 13 females and 9 males. Their mean age was 37 years (SD=12.15). Data on participants' educational levels was only available for 20 individuals of this subtype since two participants did not provide this information. Within

this grouping, the educational levels were as follows: 9% had an elementary diploma, 18% had received a high school diploma or vocational degree, 27% had obtained a college diploma and 36 % had received a university degree. In terms of marital status, data was available for 21 people of the subtype since one participant did not provide this information; 50% of participants reported being married or in a civil union, 41 % reported being single and 5 % indicated that they were divorced or separated following the termination of a long-term relationship.

Contamination (n=14). This subtype was comprised of 11 females and 3 males. Their mean age was 43.86 years (SD=11.31). Within this grouping, the educational levels were as follows: 14% had an elementary diploma, 21% had received a high school diploma or vocational degree, 36% had obtained a college diploma and 29 % had received a university degree. In terms of marital status, 43% of participants reported being married or in a civil union, 43 % reported being single and 14 % indicated that they were divorced or separated following the termination of a long-term relationship.

Impulse phobia (n=19). This subtype was comprised of 10 females and 9 males. Their mean age was 33.95 years (SD=10.51). Data on participants' educational levels was only available for 18 individuals of this subtype since one participant did not provide this information. Within this grouping, the educational levels were as follows: 26% had received a high school diploma or vocational degree, 21% had obtained a college diploma and 47% had received a university degree. In terms of marital status, data was available for 18 people of the subtype since one participant did not provide this information; 47% of participants reported being married or in a civil union and 47 % reported being single.

Ordering and arranging (n=4). This subtype was comprised of 2 females and 2 males. Their mean age was 37.25 years (SD=6.95). Within this grouping, the educational levels were as follows: 25% had an elementary diploma, 25% had received a high school

diploma or vocational degree, and 50% had received a university degree. In terms of marital status, 50% of participants reported being married or in a civil union and 50 % reported being single.

Participants were recruited from ongoing studies at the Centre d'études sur les Troubles Obsessionnels-Compulsifs et les Tics (CETOCT) that is located at the Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. The participants were recruited from the community. They were either self-referred or referred to the CETOCT by professionals in the mental health field, so they could receive specialized treatment for their OCD. In addition, participants were recruited through an advertisement on the CETOCT website that offers individuals a cognitive therapy (IBT) without charge to reduce their obsessive-compulsive symptoms in exchange for their participation in clinical research. In order to be eligible, participants had to satisfy the following conditions: have a primary diagnosis of OCD, suffer obsessions that occur for at least one hour daily, have no change in medication type or dosage during the twelve weeks before treatment for antidepressants and four weeks prior to treatment for anxiolytics, show a willingness to keep medication stable during the participation in the study, show no evidence of suicidal intent, no evidence of current substance abuse, no evidence of current or past schizophrenia, bipolar disorder or organic mental disorder and possess a willingness to commit to weekly therapy sessions.

Measures

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) (Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994). The ADIS-IV, a semi-structured interview based on the diagnostic criteria of DSM-IV was used to assess the symptoms of potential participants. Although it is mainly designed for the diagnosis of anxiety disorders, it can also assess for the presence of other Axis I disorders that are commonly associated with anxiety disorders such as major depression and substance abuse. For the current study, a French version of the ADIS-IV was

administered. Although there is no data available on the psychometric properties of the original English version of the ADIS-IV, the ADIS-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L) shows good to excellent interrater reliability for current diagnoses of anxiety disorders ($k = 0.67-0.86$) (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001) (see Appendix C for ADIS-IV).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders, the Clinician version (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). The SCID-I, a semi-structured interview based on the diagnostic criteria of DSM-IV was also used to assess the current and past symptoms of potential participants. The SCID-I is a comprehensive measure that allows trained to mental health professionals to make adequate Axis I differential diagnoses. For the present study, a French version of this instrument was administered. The original English version possesses excellent interrater reliability among trained evaluators (average $k = 0.85$) and excellent diagnostic accuracy (82%) (Ventura, Liberman, Green, Shaner, & Mintz, 1998) (see Appendix D for SCID-I).

Clinician assessment –Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989). The Y-BOCS is a semi-structured interview that permits trained mental health professionals to examine in detail the nature of the obsessions and compulsions and evaluate their level of severity. It consists of three parts: a symptom checklist, a description of target symptoms for each individual and five structured ratings for both obsessions and compulsions concerning the amount of time spent on obsessions/compulsions, the level of interference and distress experienced due to obsessions/compulsions and the degree of resistance and control over the obsessions/ compulsions. These items are rated on a 5 point scale from 0 being no symptoms to 4 indicating extreme symptoms. Furthermore, the Y-BOCS includes ratings regarding insight about symptoms, avoidance and overall improvement thus making it an appropriate outcome measure. The French version of the Y-BOCS (Mollard, Cottraux, & Bouvard, 1989) shows excellent internal consistency ($\alpha = 0.96$)

and discriminates adequately between OCD patients and controls (Bouvard et al., 1992) (see Appendix E for Y-BOCS).

Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44; OCCWG, 2005). The OBQ-44 aims to assess the presence of obsessive beliefs. Items are rated on a 7 point scale (*1 = strongly disagree and 7 = strongly agree*). The French version of the OBQ-44 shows excellent internal consistency for the total score and the three subscales (total score $\alpha = 0.94$, Responsibility/Threat estimation $\alpha = 0.92$, Perfectionism/Certainty $\alpha = 0.92$ and Importance/Control of thoughts $\alpha = 0.87$). It also demonstrates adequate test-retest reliability for the total score and the three subscales within a three week period (total score $r = 0.85$, Responsibility/Threat estimation $r = 0.73$, Perfectionism/Certainty $r = 0.88$ and Importance/Control of thoughts $r = 0.77$) (Julien et al., 2008) (see Appendix F for OBQ-44).

Inferential Confusion Questionnaire-The Expanded Version (ICQ-EV) (Aardema et al., 2010). The ICQ-EV is an inventory comprised of 30 items that seeks to evaluate the level of inferential confusion. It is a revision of an earlier 15-item inventory (Aardema, et al., 2005). Its items discriminate between inferential confusion and overestimation of threat and are rated on a 6 point scale (*1 = strongly disagree and 6 = strongly agree*). It possesses excellent internal consistency ($\alpha = 0.97$ in an OCD sample and $\alpha = 0.96$ in French & English community group). In addition, it shows excellent test-retest reliability in an OCD sample within a three month period ($r = 0.90$) (see Appendix G for ICQ-EV).

Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). The BAI is an inventory composed of 21 items that aims to evaluate the intensity of individuals' symptoms of anxiety within the past week. Items are rated on a 4 point scale (*0 = not at all and 3 severely = I could barely stand it*). The French version of this questionnaire demonstrates good internal consistency ($\alpha = 0.85$) and adequate test-retest reliability within a

one month period ($r = 0.63$) (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994) (see Appendix H for BAI).

Beck Depression Inventory, the Second Edition (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996). The BDI-II is a measure comprised of 21 items designed to evaluate the severity of depressive symptoms within the past two weeks. Items are rated on a 4 point scale ($0 = no$ symptoms and $3 = severe$ symptoms). The French version of this questionnaire demonstrates adequate test-retest reliability within a four month period ($r = 0.62$) and excellent internal consistency ($\alpha = 0.92$) (Bourque, & Beaudette, 1982) (see Appendix I for BDI-II).

Procedure

Following ethical approval from the local ethics' committee, the recruitment process began. Participants first contacted the CETOCT and expressed their willingness to participate in clinical research. They were then informed of the nature of the clinical research, the treatment procedure and the necessity to undergo a thorough screening process to verify that they met eligibility criteria. After, they underwent a screening process that included a phone interview and a face-to-face diagnostic interview. During the face-to-face diagnostic interview, trained evaluators independent of the study obtained written informed consent (see Appendix J for informed consent form) and administered the ADIS-IV or the SCID- I, and the Y-BOCS. The duration of the clinical interview was approximately three hours and allowed evaluators to classify potential participants into various subtypes based on their principal obsessions and compulsions. After completing the diagnostic interview, potential participants were requested to complete questionnaires, and; then, return them to the CETOCT. Then, the data from potential participants' interviews and questionnaires was reviewed to determine whether they were eligible to participate in the study. If they satisfied the inclusion criteria, they were enrolled in an IBT treatment program and assigned to a psychologist trained in the approach. Their symptoms were assessed mid-treatment, post-treatment and six months

following the end of the therapy by an independent trained evaluator who administered the Y-BOCS. Participants completed the OBQ-44, ICQ-EV, BAI and the BDI-II both before and after the treatment.

Analysis

The normality and the sphericity of the data distribution were assessed. The analysis of the distribution revealed that for several variables the distributions were skewed. Skewness was determined by significant values on the Shapiro-Wilk test. Table 1 lists the Shapiro-Wilk statistic for each variable. Since many different data transformations would have been required, nonparametric tests were conducted with the variables whose distribution was skewed while parametric tests were done with the variables that were normally distributed. Nevertheless, it is noteworthy that nonparametric tests are less sensitive than parametric tests.

Results

Sociodemographic characteristic of participants in the OCD subtypes

In terms of the sociodemographic characteristics of participants, there was statistically significant difference found between the various OCD subtypes for the ages of the participants as determined by a one-way ANOVA ($F(2, 52) = 3.12, p = 0.05$). A Tukey post-hoc test revealed that the participants in the contamination subtype (43.86 ± 11.31) were significantly older than the participants in the impulse phobia subtype ($33.95 \pm 10.51, p = 0.04$). The groups were found to be homogenous in regard to other sociodemographic variables such as gender ($H(3) = 2.57, P = 0.46$), marital status ($H(3) = 0.77, P = 0.86$) and education level ($H(3) = 1.47, P = 0.69$).

Associations between belief domains and subtypes before treatment

A Kruskal-Wallis test was conducted to determine whether there were differences between the beliefs domains of the OBQ that were reported by the various subtypes. It was

Table 1

Significance values for Shapiro-Wilk test

Variable	Shapiro-Wilk statistic
Total Y-BOCS Pre Obsessions	0.36
Total Y-BOCS Pre Compulsions	*0.01
Total Y-BOCS Pre	0.75
Total Y-BOCS Post Obsessions	*0.05
Total Y-BOCS Post Compulsions	*0.03
Total Y-BOCS Post	0.18
Total Responsibility/Threat Estimation Pre	0.13
Total Responsibility/Threat Estimation Post	*0.00
Total Perfectionism/Certainty Pre	0.26
Total Perfectionism/Certainty Post	0.50
Total Importance/Control of Thoughts Pre	0.00
Total Importance/Control of Thoughts Post	*0.00
Total OBQ-44 Pre	0.81
Total OBQ-44 Post	*0.01
Total ICQ-EV Pre	*0.00
Total ICQ-EV Post	*0.02
Total BAI Pre	*0.00

Table 1 continued

Significance values for Shapiro-Wilk test

Total BAI Post	*0.00
Total BDI Pre	*0.00
Total BDI Post	*0.00

* Significant values on the Shapiro-Wilk test at $p < 0.05$

revealed that there were statistically significant differences between groups for Importance/Control of Thoughts ($H(3) = 8.37, P = 0.04$) with a mean rank of 23.66 for the checking subtype, 27.25 for the contamination subtype, 38.68 for the impulse phobia subtype and 33.25 for the ordering and arranging subtype. The means of the subtypes for the belief domain Importance/Control of Thoughts were as follows: 32.45 for the checking subtype, 35.45 for the contamination subtype, 52.47 for the impulse phobia subtype and 42.00 for the ordering and arranging subtype. These means are consistent with those reported by individuals with OCD (OCCWG, 2005). (See Figures 1-2 for mean ranks and means of belief domains before treatment)

Additional tests were conducted to evaluate pairwise differences among the four groups for the belief domain Importance/Control of Thoughts. The results indicated a significant difference between the checking and impulse phobia subtypes ($U = 107.00, p = 0.01$) and the contamination and impulse phobia subtypes ($U = 79.00, p = 0.05$). No other statistically significant differences were found between subtypes for the other belief domains: Responsibility/Threat Estimation ($H(3) = 1.49, P = 0.68$) and Perfectionism/Certainty ($H(3) = 1.14, P = 0.77$). In addition, the results showed that the groups did not differ in terms of their total number of obsessive beliefs ($H(3) = 1.28, P = 0.73$).

Comparison between subtypes for inferential confusion levels

The various OCD subtypes did not differ in regard to their levels of inferential confusion ($H(3) = 0.53, P = 0.91$) with a mean rank of 25.26 for the checking subtype, 27.08 for the contamination subtype, 28.75 for the impulse phobia subtype and 28.88 for the ordering and arranging subtype (Aardema et al., 2010). (See Figures 3-4 for mean ranks and means of inferential confusion before treatment)

Pre to post treatment changes in OCD symptoms within and between subtypes

A Friedman test was conducted to ascertain whether there were significant differences

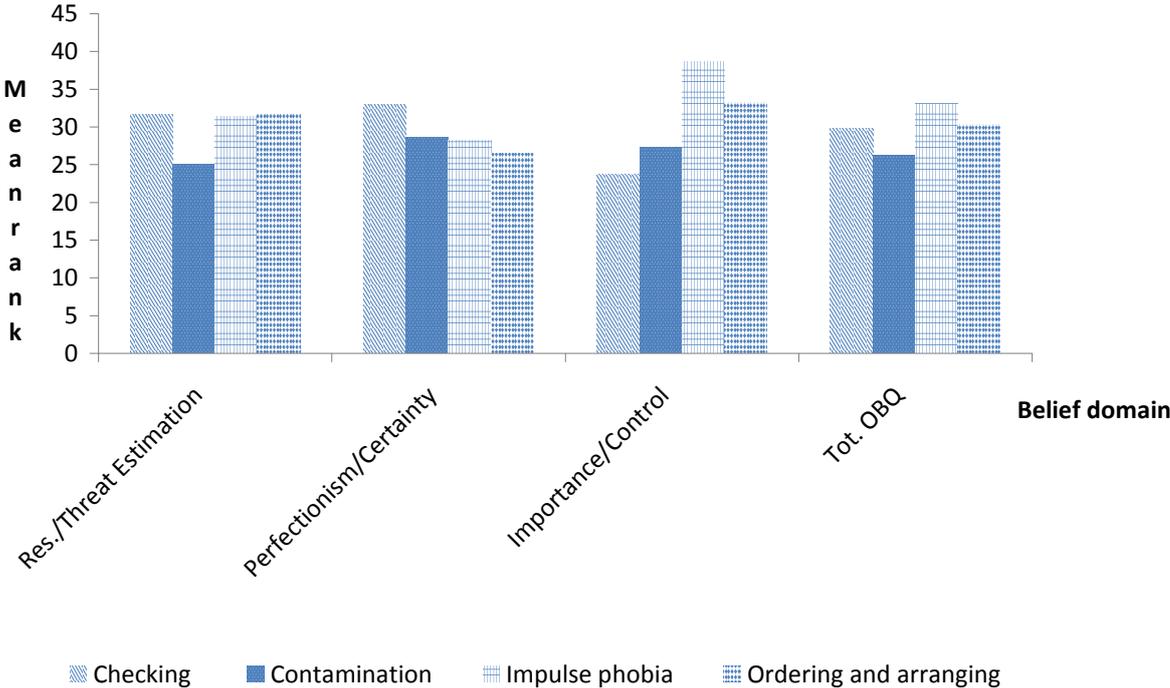


Figure 1. Mean ranks scores of belief domains on OBQ-44 for OCD subtypes before treatment

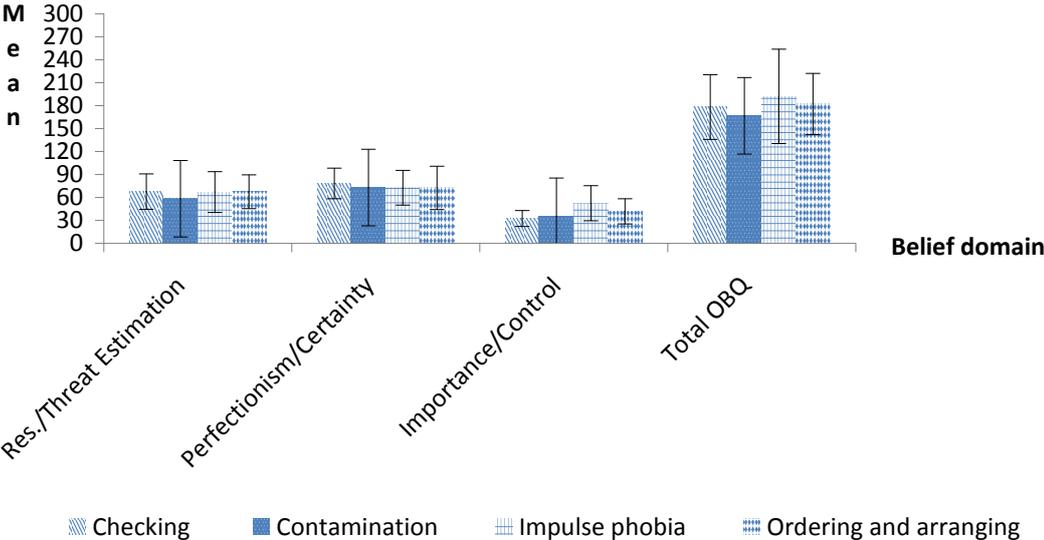


Figure 2. Means total scores of belief domains on OBQ-44 for OCD subtypes before treatment

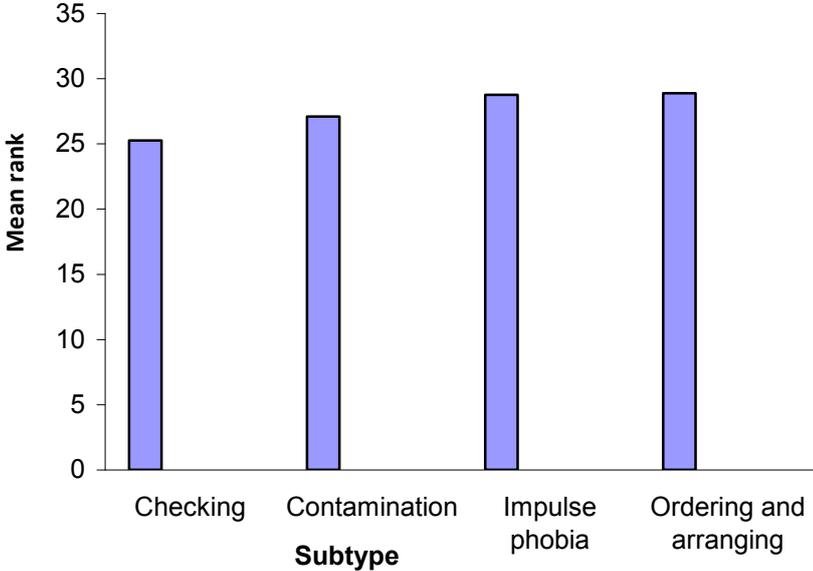


Figure 3. Mean ranks total scores on ICQ-EV before treatment

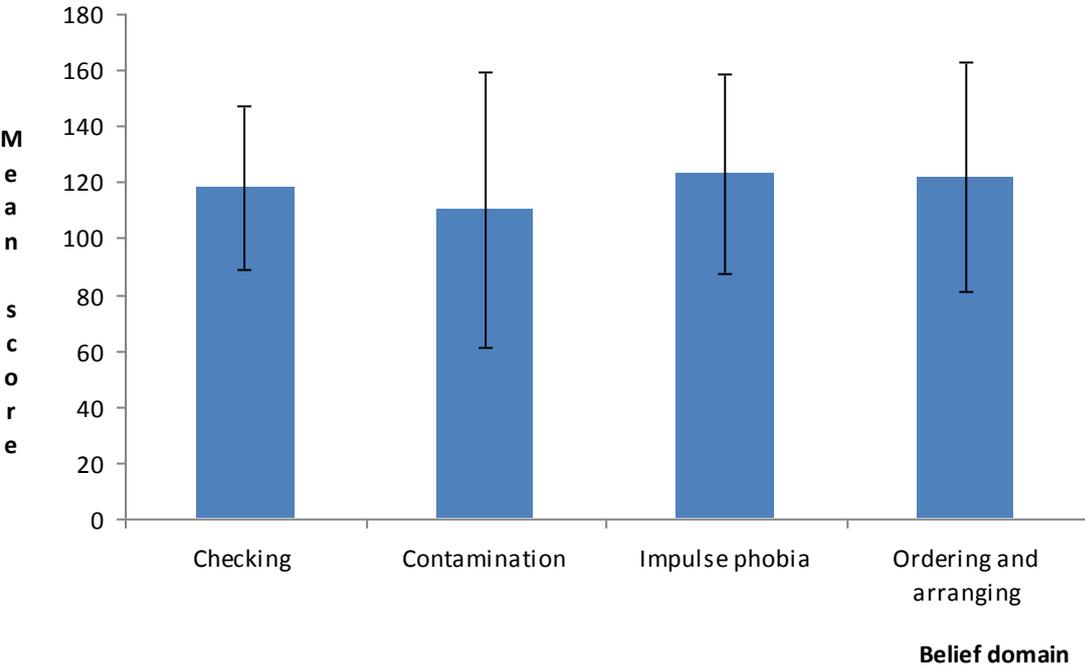


Figure 4. Mean ranks total scores on ICQ-EV before treatment

between participants' total scores on the Y-BOCS before and after treatment and it was significant ($\chi^2(1) = 58.00, P=0.00$). Another Friedman test was calculated to determine whether there were significant differences between participants' total scores on the Y-BOCS for their obsessions before and after treatment. There was significant change ($\chi^2(1) = 50.28, P=0.00$). A final Friedman test was conducted to determine whether there were significant differences between participants' total scores on the Y-BOCS for their compulsions before and after treatment. There was also significant change ($\chi^2(1) = 43.10, P=0.00$). Furthermore, additional analyses were completed to determine whether participants' scores on the Y-BOCS pre and post treatment differed within their respective OCD subtypes. Table 2 shows the change statistics for the various variables of the OCD subtypes and Figure 5 shows the total Y-BOCS scores before and after treatment for the subtypes. The results indicated that the three main subtypes checking, contamination and impulse phobia all experienced a significant reduction in symptoms. Nevertheless, the ordering and arranging subtype similarly to the other subtypes obtained a mean total score on the Y-BOCS in the severe range before treatment and in the mild range after treatment.

An ANOVA was done to determine whether the three dominant OCD subtypes checking, contamination and impulse phobia differed similarly in terms of their change in symptoms pre and post treatment. The results showed that there was a statistically significant difference between groups ($F(2, 51) = 4.03, p = 0.02$). A Tukey post-hoc test revealed that the participants in the checking subtype (17.52 ± 9.08) experienced greater change in OCD symptomatology after treatment than the impulse phobia subtype ($10.58 \pm 6.77, p=0.02$). More specifically, the participants in the checking subtype reported engaging in less compulsions following treatment than participants in the impulse phobia subtype ($U = 103.00, p = 0.01$).

Table 2

Change statistics of OCD subtypes after treatment

Variable	OCD subtype							
	Checking		Contamination		Impulse phobia		Ordering & arranging	
	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P
Δ Total Y-BOCS Pre-Post obsessions	-3.99	0.00	-3.21	0.00	-3.83	0.00	-1.84	0.07
Δ Total Y-BOCS Pre-Post compulsions	-3.40	0.00	-3.30	0.00	-3.16	0.00	-1.83	0.07
Δ Total Y-BOCS Pre-Post	-4.02	0.00	-3.30	0.00	-3.83	0.00	-1.83	0.07
Δ Total Responsibility/ Threat Estimation Pre-Post	-3.44	0.00	-2.20	0.03	-2.87	0.00	-1.60	0.11
Δ Total Perfectionism/ Certainty Pre-Post	-3.48	0.00	-1.88	0.06	-2.81	0.01	-1.60	0.11
Δ Total Importance/ Control of Thoughts Pre-Post	-3.58	0.00	-2.36	0.02	-3.34	0.00	-1.60	0.11
Δ Total OBQ-44 Pre-Post	-3.88	0.00	-2.20	0.03	-3.07	0.00	-1.60	0.11

Table 2 continued

Change statistics of OCD subtypes after treatment

Variable	OCD subtype							
	Checking		Contamination		Impulse phobia		Ordering & arranging	
	Z	P	Z	P	Z	P	Z	P
Δ Total ICQ-EV Pre-Post	-3.60	0.00	-2.79	0.00	-2.43	0.00	-1.46	0.14
Δ Total BAI Pre-Post	-3.10	0.00	-2.08	0.03	-2.28	0.02	-0.45	0.66
Δ Total BDI-II Pre-Post	-3.62	0.00	-1.86	0.06	-3.68	0.00	-1.60	0.11

*Statistically significant values at $p < 0.05$

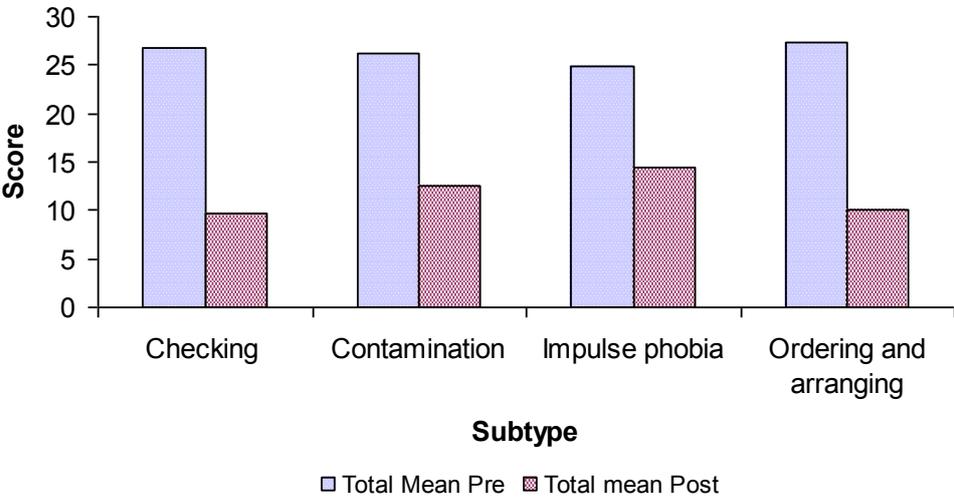


Figure 5. Total scores on Y-BOCS before and after treatment for the OCD subtypes

Pre to post treatment changes in OBQ belief domains within and between subtypes

The belief domains reported by the participants were also found to differ after treatment (Responsibility/Threat Estimation ($\chi^2(1)=21.41$, $P=0.00$; Perfectionism/Certainty ($\chi^2(1)=24.89$, $P=0.00$; Importance/Control of Thoughts ($\chi^2(1) = 26.74$, $P =0.00$). In addition, there was a statistically significant difference between the total scores of participants on the OBQ pre and post treatment ($\chi^2(1) = 27.66$, $P =0.00$). Additional analyses were also completed to determine whether participants' scores on the OBQ pre and post treatment differed within their respective OCD subtypes (see Table 2 for change statistics of the OCD subtypes). The results indicated that in the checking subtype, there were significant decreases on the ratings of all the belief domains. In the contamination subtype, there were significant decreases on the ratings of the Responsibility/Threat Estimation and Importance/Control of Thoughts belief domains. Furthermore, their total scores on the OBQ significantly decreased. There was a trend for the contamination subtype to experience a statistically significant change in the Perfectionism/Certainty belief domain after treatment although it did not reach significance. In the impulse phobia subtype, there were significant decreases on the ratings of all the belief domains. Their total scores on the OBQ also significantly decreased. Finally, in the ordering and arranging subtype, no statistically significant changes were found between participants' scores on the belief domains of the OBQ pre and post treatment. In addition, there were no statistically significant changes between participants' total scores on the OBQ pre and post treatment.

In addition, other analyses were conducted to determine whether the OCD groups differed in terms of the degree of change on the belief domains of the OBQ pre and post treatment. The results revealed that there were no statistically significant differences between groups for the percentages of change in participants' scores on the OBQ (Change % Responsibility/Threat Estimation $H(3)=1.73$, $P.= 0.63$; Change % Perfectionism/Certainty F

(2,49) = 0.55, $p = 0.58$; Change % Importance/Control of Thoughts $H(3) = 4.08$, $P = 0.25$; Change % Total OBQ score $H(3) = 1.97$, $P = 0.58$).

Pre to post treatment changes in inferential confusion levels within and between subtypes

Moreover, participants' level of inferential confusion was shown to differ after treatment ($\chi^2(1) = 25.83$, $P = 0.00$). Additional analyses were also completed to determine whether participants' scores on the inferential confusion questionnaire differed within their respective OCD subtypes (see Table 2 for change statistics of the OCD subtypes). The results indicated that three main subtypes checking, contamination and impulse phobia all experienced a significant reduction in their levels of inferential confusion. Nevertheless, the ordering and arranging subtype did not show statistically significant change in regard to their levels of inferential confusion.

Other analyses were done to determine whether the groups differed in terms of the degree of change in their levels of inferential confusion. It was found that the groups changed similarly in their levels of inferential confusion ($H(3) = 3.93$, $P = 0.27$).

Pre to post treatment changes in symptoms of anxiety and depression within and between subtypes

Furthermore, a Friedman test was calculated to ascertain whether there were significant differences between participants' symptoms of anxiety before and after treatment. There was significant change ($\chi^2(1) = 13.76$, $P = 0.00$). Another Friedman test was conducted to determine whether there were significant differences between participants' symptoms of depression before and after treatment. There was significant change ($\chi^2(1) = 31.50$, $P = 0.00$). Additional analyses were also completed to determine whether participants' symptoms of anxiety and depression varied within their respective subtypes after treatment (see Table 2 for change statistics of the OCD subtypes). Figure 6-7 shows the scores on the BAI and

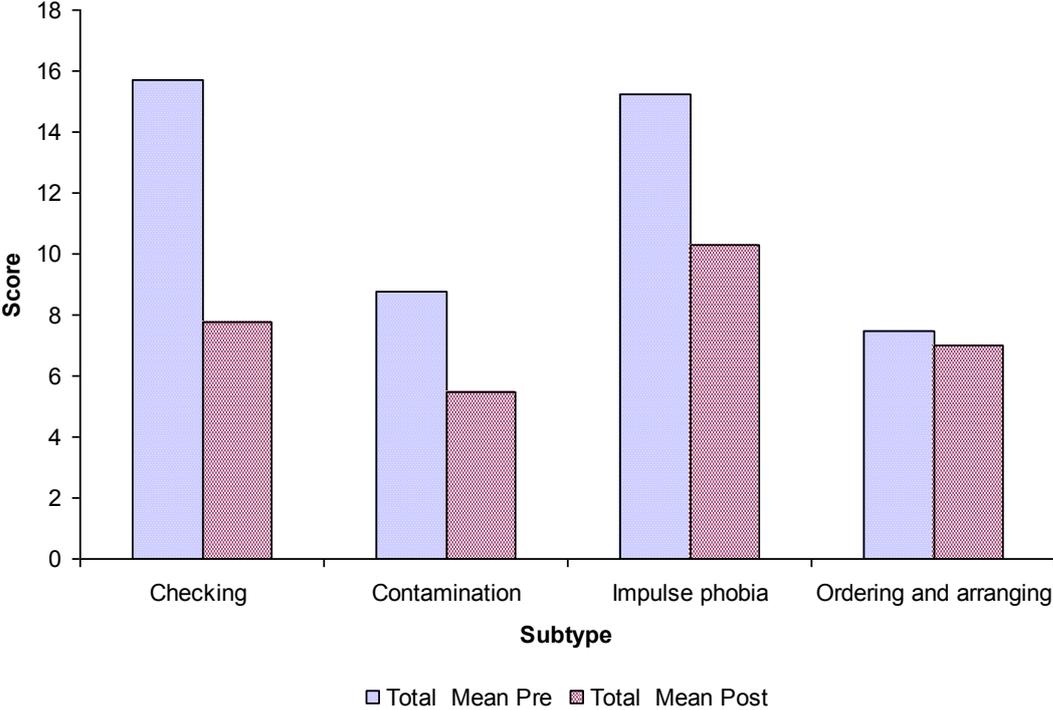


Figure 6. Scores on BAI before and after treatment for the OCD subtypes

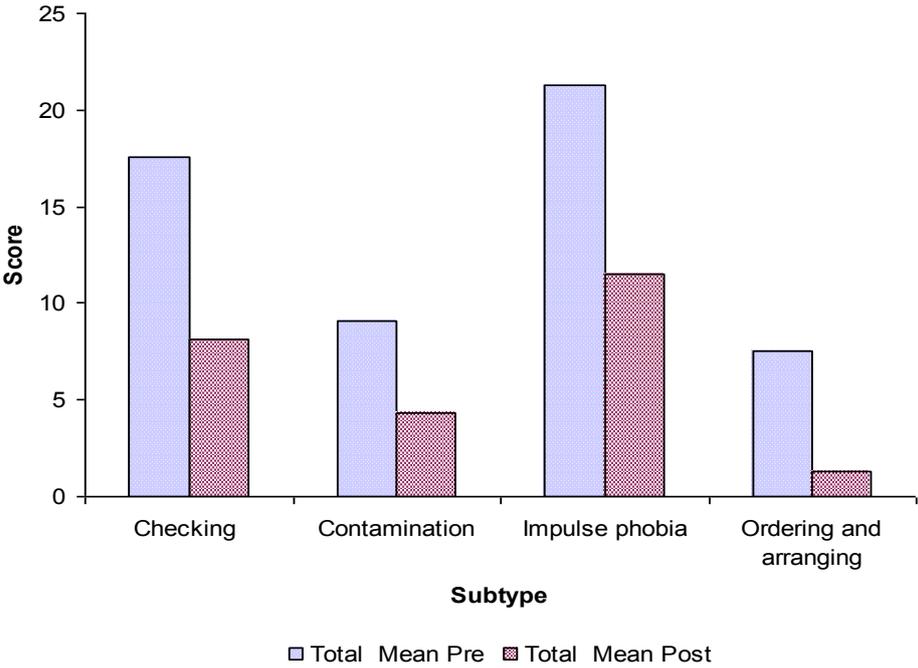


Figure 7. Scores on BDI-II before and after treatment for the OCD subtypes

the BDI-II before and after treatment for the subtypes. The results indicated that participants in the three main subtypes checking, contamination and impulse phobia all experienced a significant reduction in their levels of anxiety. Nevertheless, the participants in the ordering and arranging subtype did not demonstrate a significant reduction in their levels of anxiety; nonetheless, this group had a low level of anxiety before treatment. Indeed, the ordering and arranging subtype reported mild symptoms on the BAI before treatment and minimal symptoms after treatment. In terms of depressive symptoms, the checking and impulse phobia subtypes all experienced a significant reduction in their depressive symptoms as measured by the BDI-II. There was a trend for participants in the ordering and arranging and contamination subtypes to experience a reduction in their depressive symptoms although these changes did not attain statistical significance. Nevertheless, it is noteworthy that the participants in the ordering and arranging and contamination subtypes reported minimal symptoms on the BDI-II before and after treatment.

Other analyses were performed to determine the degrees of change in the subtypes for symptom of anxiety and depression. The findings showed that there were no statistically significant differences across subtypes for degrees of change of anxiety symptoms ($H(3)=3.76, P.= 0.29$). The results also indicated that there were no statistically significant differences across subtypes for degrees of change of depressive symptoms ($H(3)=3.78, P.= 0.29$).

Correlations between percentage of change in symptoms and percentage of change in cognitive variables

In addition, a Spearman's rank correlation was conducted to determine whether the degree of change in symptoms was associated to the extent of change in obsessive beliefs and inferential confusion. Table 3 shows the correlations between the percentages of change on the Y-BOCS' total scores and percentages of change of the cognitive variables. The interpretations of the magnitude of the correlation coefficients were based on the guidelines of Cohen (1988). The results showed that there was a medium statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score and the percentages of change of the belief domain Responsibility/Threat Estimation. The results also indicate there was large statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score and the percentage of change on the ICQ-EV. In addition, the results revealed that there was large statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score for obsessions and the percentage of change on the ICQ-EV. The results also demonstrate that there was medium statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score for compulsions and the percentage of change of the belief domain Responsibility/Threat Estimation. Furthermore, the results indicate a medium statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score for compulsions and the percentage of change of the belief domain Perfectionism/Certainty. Finally, the results show a medium statistically significant association between the percentage of change on the Y-BOCS' total score for compulsions and the percentage of change on the total score of the OBQ.

Table 3

Correlations between change percentages on Y-BOCS and change percentages in cognitive variables

Variable	Variable	Spearman's rank correlation coefficient	p value
Change % Y-BOCS Total Obsessions	Change % Responsibility/Threat Estimation	0.26	0.06
	Change % Perfectionism/Certainty	0.15	0.27
	Change % Importance/Control of thoughts	-0.15	0.29
	Change % Total of OBQ	0.14	0.32
	Change % ICQ	0.61	*0.00
Change % Y-BOCS Total Compulsions	Change % Responsibility/Threat Estimation	0.45	*0.00
	Change % Perfectionism/Certainty	0.29	*0.03
	Change % Importance/Control of thoughts	-0.04	0.78
	Change % Total of OBQ	0.29	*0.03
	Change % ICQ	0.50	*0.00
Change % Y-BOCS Total	Change % Responsibility/Threat Estimation	0.35	*0.01

Table 3 continued

Correlations between change percentages on Y-BOCS and change percentages in cognitive variables

Variable	Variable	Spearman's rank correlation coefficient	p value
Change % Y-BOCS Total	Change % Perfectionism/Certainty	0.21	0.12
	Change % Importance/Control of thoughts	-0.11	0.42
	Change % Total of OBQ	0.20	0.15
	Change % ICQ	0.58	*0.00

*Statistically significant values at $p < 0.05$

Predictors of change for OCD symptoms

Finally, a stepwise multiple regression was also conducted to determine the most important predictors of change for OCD symptoms. To be able to conduct this analysis while ensuring the uniformity of the variables, all raw data were converted into z scores. The findings of this analysis are summarized in Table 4. In the first step, the z scores for percentage of change on the BAI and BDI were entered. These variables were not found to significantly predict the percentage of change of OCD symptoms. In the second step, the z scores for percentages of change on Responsibility/Threat Estimation and ICQ-EV were added to the model. It was found that only the percentage of change in the level of inferential confusion remained a significant predictor of OCD symptoms ($\beta=0.51$, $t=3.56$, $p=0.001$). The percentage of change in the level of inferential confusion explained 32% of the variance in the percentage of change in OCD symptoms ($R^2=0.32$, $F(2, 42)=7.14$, $p=0.002$).

Discussion

It was hypothesized that contamination and checking subtypes would be associated to the belief domain on the OBQ-44 Responsibility/Threat estimation; ordering and arranging subtype would be associated to the belief domain Perfectionism/Certainty and impulse phobia subtype would be linked to the belief domain Importance/Control of thoughts. However, only the association between the impulse phobia subtype and the belief domain Importance/Control of thoughts was supported. Indeed, these results confirm the findings of the studies conducted by Julien, et al., (2006) and Kaiser et al., (2010) that Importance/Control of thoughts is the only belief domain capable of distinguishing between subtypes. Furthermore, the results of the current study demonstrate the discrepant findings found in the literature examining the associations between belief domains and OCD subtypes. Nonetheless, one association that is generally empirically supported between the ordering and arranging subtype and the belief domain Perfectionism/Certainty was not supported in the current study. This latter finding

Table 4

Summary of stepwise multiple regression for predictors of change of OCD symptoms

Step	Predictor	B	β	R ²
1	Z score change % BDI-II	0.27	0.28	
	Z score change % BAI	0.03	0.04	0.09
2	Z score change % Responsibility/Threat Estimation	0.03	0.03	
	Z score change % inferential confusion	0.49	*0.51	0.32

*p<0.05

Note: Z score of Y-BOCS' total score used as dependant variable

Note: The participant to variable ratio is 12:1

might be attributable to the small sample size of this subtype. Levels of inferential confusion were also found to be similar across the different OCD subtypes which is consistent with the results of the study conducted by Aardema and colleagues (2008).

In addition, the ordering and arranging subtype overall did not appear to have benefited from IBT since no significant changes were found in their OCD symptoms. There were also no significant changes found in their obsessive beliefs and inferential confusion levels. Their symptoms of anxiety and depression also did not differ significantly after treatment. There could be several explanations for these findings. They could also be attributable to the small sample size that exacerbates the variability found in the sample despite the fact that nonparametric tests are less influenced by sample size than parametric tests. Indeed, when examining the individual data of participants, it can be noted that while two participants reported much improvement on the Y-BOCS, the two others reported no change and minimal improvement. Thus, while the treatment appears to have greatly benefited certain participants of this subtype, it seems to have not aided others although no participants' symptoms were found to have deteriorated following the therapy. This effect could be due to the heterogeneity of the symptom presentation. Although people with OCD do report executing their compulsions to prevent harm from coming to themselves or others, people who report obsessions linked to ordering and arranging can also report no fear of aversive consequences if they fail to perform their compulsions. Instead, many people simply report a lack of satisfaction or completeness if they do not accomplish their compulsions (Coles, & Pietrefesa, 2007). For instance, one participant of the current study who reported no change in symptoms stated that she repeatedly replaced her utensils in the drawer because if they were placed perfectly, it would demonstrate that she was an organized person. On the other hand, another participant who demonstrated much improvement following the treatment mentioned that if he did not place objects in a particular order, he was afraid that terrible

events would occur to his loved ones. Individuals who report doing their compulsions in order to gain a sense of satisfaction and completeness generally experience their symptoms as more ego-syntonic which may result in them being less likely to seek treatment or benefit from it (Coles, & Pietrefesa, 2007). In the current study, the more ego-syntonic nature of the ordering and arranging symptoms might explain the low levels of anxiety and depressive symptoms in the ordering and arranging subtype before treatment. In clinical trials examining the efficacy of CBT with OCD, the ordering and arranging subtype has been underrepresented. In addition, a study by Mayerovitch and colleagues (2003) found that people who had obsessions and compulsions characterized by ordering and arranging were the least likely to seek professional help in comparison to those who had other types of OCD symptoms. Nonetheless, the few studies (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer, 2002) that have considered the impact of symptom presentation on the efficacy of ERP suggest that the ordering and arranging subtype can benefit from treatment. Furthermore, the Y-BOCS is a less precise measure of ordering and arranging compared to other OCD symptom presentations since there are fewer items and these items are vague. Finally, for individuals with OCD who report feelings of incompleteness when they fail to execute their ordering and arranging compulsions, a scale assessing this component such as the Obsessive-Compulsive Core Dimensions Questionnaire-State version might be more appropriate (Summerfeldt, Kloosterman, Parker, Antony, & Swinson, 2001).

Moreover, changes in the total scores of the OBQ and its belief domains Responsibility/Threat Estimation, Perfectionism/Certainty were associated with changes in compulsions and not changes in obsessions. These results lend support to the cognitive appraisal model which states that the appraisals of the intrusive thoughts lead to increases in anxiety levels and consequently, the execution of compulsions. It is noteworthy that although

the belief domains of the OBQ were not addressed in the therapy, they still changed following treatment. Nevertheless, changes in the levels of inferential confusion were shown to be the most predictive of change in OCD symptoms which supports the theoretical basis of IBA that the decrease of inferential confusion is associated with a decrease in OCD symptoms. This result is also consistent with the findings of Aardema and colleagues (2008) that inferential confusion is a strong predictor of OCD symptoms independent of subtype. Nonetheless, this last study found that the combined value of inferential confusion /overestimation of threat was a global predictor of OCD symptoms while the current study found that the addition of the belief domain Responsibility/Threat Estimation to inferential confusion did not result in greater predictive ability. However, it is noteworthy that the regression model of the current study only explains 32% of the variance in OCD symptoms suggesting that there are other factors that explain the change in OCD symptoms following IBT.

Limitations of current study

The major limitation of the current study is the small sample size of the order and arranging subtype that does not allow the drawing of definitive conclusions from its results. Another limitation is that the study did not take into account the effect of individuals' insight regarding their symptoms. Individuals' levels of insight regarding their symptoms range from excellent to extremely poor. When individuals have excellent insight, they view their obsessions as senseless and try to resist performing their compulsions. On the other hand, people who possess extremely poor insight do not regard their obsessions as irrational and do not resist engaging in their compulsions because they consider these rituals necessary to reduce their anxiety and prevent disastrous consequences (Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2006). Individuals with poor insight regarding symptoms are generally resistant to treatment (Foa, Abramowitz, Franklin, & Kozak, 1999). Although the literature suggests that IBT may be more successful than traditional CBT in treating individuals with poor insight, this variable

might still impact treatment outcome (O'Connor, Koszegi, & Aardema, 2005). In addition, more severe OCD symptoms have also been shown to be associated poorer treatment outcomes (Keeley et al., 2008). Finally, although this study limited itself to examining the effect of cognitive factors on treatment outcomes, therapeutic change is also impacted by a host of psychosocial factors. For example, negative family interactions during treatment have been found to result in higher levels of stress and more compulsions in an attempt to alleviate tension (Keeley et al., 2008). In addition, a better therapeutic alliance has been shown to be predictive of treatment outcome because it results in more compliance (Keeley et al., 2008). Finally, lower socioeconomic status is associated with poorer treatment outcomes (Keeley et al., 2008).

Future directions

Future studies investigating the efficacy of IBT with different subtypes of OCD would need to include a larger sample for the ordering and arranging subtype, so more definite conclusions can be made regarding the efficacy of treatment for this group. This larger sample could be divided into two subgroups: those executing their compulsions to prevent aversive consequences and those who perform their compulsions to gain a sense of satisfaction and completeness. Then, the treatment outcomes of these two subgroups can be compared and the factors influencing their responsiveness to treatment can be determined. Moreover, future studies examining the efficacy of IBT could consider the impact of insight regarding OCD symptoms, quality of family relationships, quality of therapeutic alliance, severity of OCD symptoms and socioeconomic status on treatment outcomes. Finally, in light of the current results, a full test of the appraisal model seems warranted. Can the development of OCD symptoms be attributed to the belief domains of the OBQ or do the belief domains result from OCD symptoms?

References

- Aardema, F., Emmelkamp, P. M. G., & O'Connor, K.P. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 337-345. doi:10.1002/cpp.464
- Aardema, F., O'Connor, K.P., & Emmelkamp, P. M. G. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *35*(3), 138-147. doi: 10.1080/16506070600621922
- 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. doi:10.1016/j.brat.2004.02.003
- Aardema, F., Radomsky, A.S., O'Connor, K.P., & Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 227-238. doi:10.1002/cpp.581
- Aardema, F., Wu, K.D., Carreau, Y., O'Connor, K.P., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 448-462. doi: 10.1007/s10862-009-9157-x
- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, *29*, 339-355.
- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Olatunji, B., Wheaton, M.G., Berman, N.C., Losardo, D.,...Hale, L.R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions:

- Development and evaluation of the dimensional obsessive-compulsive scale.
Psychological Assessment, 22(1), 180-198. doi: 10.1037/a0018260
- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Whiteside, S.P.H. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. New York: Guilford Press.
- Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., Schwartz, S.A., & Furr, J.M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(6)*, 1049-1057. doi: 10.1037/0022-006X
- Abramowitz, J.S., Khandker, M., Nelson, C.A., Deacon, B.J., & Rygwall. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1361-1374.
doi:10.1016/j.brat.2005.09.011
- American Psychiatric Association. (2000). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioral Science, 14(3)*, 211-218.
- Bouvard, M., Sauteraud, A., Note, I., Bourgeois, M., Dirson, S., & Cottraux, J. (1992). Étude de validation et analyse factorielle de la version française de l'échelle d'obsession

- compulsion de Yale-Brown. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2(4), 18-22.
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A., Barlow, D.H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Brown, T.A., Di Nardo, P.A., Lehman, C.L., & Campbell, L.A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49-58.
doi: 10.1037//0021-843X.110.1.
- Calamari, J.E., Cohen, R.J., Rector, N.A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B.C., & Norberg, M.M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360. doi:10.1016/j.brat.2005.10.005
- Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., & Janeck, A.S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: A symptom-based clustering approach. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 113-125.
- Calamari, J.E., Wiegartz, P.S., Riemann, B.C., Cohen, R.J., Greer, A., Jacobi, D.M.,...Carmin, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder subtypes: An attempted replication and extension of a symptom-based taxonomy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 647-670. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00173-6
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates
- Coles, M.E., & Pietrefesa, A.S. (2007). Symmetry, ordering and arranging. In J.S. Abramowitz, D. McKay, & S. Taylor (Eds.), *Obsessive Compulsive Disorder: Subtypes and Spectrum Conditions* (pp.36-52). Amsterdam : Elsevier

- First, M. B., Spitzer, R.L., Gibbon, M.G., & Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders: Clinician Version*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., & Tasman, A. (2006). *Clinical Guide to the Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829. doi:10.1016/j.brat.2004.11.007
- Foa, E.B., Abramowitz, J.S., Franklin, M.E., & Kozak, M.J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 30, 717-724.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & Bujold, A. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 405-413.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale XX*, 47-55.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Ramussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L.,...Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grenier, S., O'Connor, K.P., & Bélanger, C. (2006). Le trouble obsessionnel-compulsif et l'insight : Une revue critique de la littérature. *Canadian Psychology*, 47(2), 96-109. doi : 10.1037/cp2006002

- Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K.P., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F.,... Cottraux, J. (2008). Specificity of belief domains in OCD: Validation of the French version of the obsessive beliefs questionnaire and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1029-1041. doi:10.1016/j.janxdis.2007.11.003
- 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. doi:10.1016/j.paid.2006.04.019
- Kaiser, B., Bouvard, M., & Milliery, M. (2010). Laveurs, vérificateurs, ruminateurs : Spécificité des croyances dysfonctionnelles, des obsessions et des compulsions ? *L'Encéphale, 36*, 54-61. doi:10.1016/j.encep.2008.09.003
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J., & Greffken, G.R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review (28)*, 118-30. doi:10.1016/j.cpr.2007.04.003
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. & Dumont, J. (1993). Idiographic considerations in the cognitive—behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 24*, 201-210.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. & Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification, 19*, 247-257.
- Matix-Cols, D., Marks, I.M., Greist, J.H., Kobak, K.A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71(5)*, 255-262. doi: 101159/000064812
- Mayerovitch, J.I., du Fort, G.G., Kakuma, R., Bland, R. C., Newman, S.C., & Pinard, G. (2003). Treatment-seeking for obsessive-compulsive disorder: Role obsessive-

- compulsive disorder symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 162-168. doi: 10.1053/comp.2003.50005
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale XV*, 335-341.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35(7), 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory-Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542. doi:10.1016/j.brat.2004.07.010
- O'Connor, K.P. (2010, October). *Inference based approach to treating obsessive-compulsive disorders*. Presented at the 40th annual Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Milan, Italy.
- O'Connor, K.P. (2002). Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46. doi:10.1002/cpp.303
- O'Connor, K.P., & Aardema, F. (2003). Fusion or confusion in obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports*, 93, 227-232.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., ... Pitre, D. (2005). Evaluation of an inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.
doi : 10.1080/16506070510041211
- O'Connor, K.P., Aardema, F., & Pélissier, M.C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsesive-compulsive disorder and related disorders*. Chichester : Wiley & Sons.

- O'Connor, K.P., Freeston, M.H., Delorme, M.E., Aardema, F., Polman, A., Careau, Y., ... Grenier, S. (2012). Covert neutralization in the treatment of OCD with overt compulsions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(4), 274-282.
- O'Connor, K.P., Koszegi, N., & Aardema, F. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 420-429.
- O'Connor, K.P., & 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'Connor, K.P., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs. *Revue Québécoise de Psychologie, 17*(1), 155-183.
- Polman, A., O'Connor, K.P., & Huisman, M. (2011). Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences, 50*, 153-158. doi:10.1016/j.paid.2010.09.017
- Rachman, S.J., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16*, 233-248.
- Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*(5), 571-583.
- Salkovskis, P.M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, S29-S52.
- Salkovskis, P.M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: A replication. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 549-552.
- Salkovskis, P.M., & Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy, 27*(2), 149-160. doi: 10.1016/0005-7967(89)90073-9

- Summerfeldt, L.J., Kloosterman, P., Parker, J.D.A., Antony, M.M., & Swinson, R.P. (2001, June). *Assessing and validating the obsessive-compulsive-related construct of incompleteness*. Poster presented at the 62nd Annual Convention of the Canadian Psychological Association, Ste-Foy, Quebec.
- Taylor, S., Abramowitz, J.S., McKay, D., Calamari, J.E., Sookman, D., Kyrios, M.,...Carmin, C. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 85-97. doi:10.1016/j.janxdis.2004.11.005
- Tolin, D.F., Brady, R.E., & Hannan, S. (2008). Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*, 31-42. doi: 10.1007/s10862-007-9076-7
- Ventura, J., Liberman, R.P., Green, M.F., Shaner, A., & Mintz, J. (1998). Training and quality assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P). *Psychiatry Research, 79*, 163-173.
- Vogel, P.A., Stiles, T.C., & Götestam, K.G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 275-290. doi: 10.1017/s1352465804001353

Appendix A

Steps of IBT for OCD

Step 1	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguish between authentic and obsessional doubt
Step 2	<ul style="list-style-type: none"> • Identify sources of arguments that maintain the obsessional doubt
Step 3	<ul style="list-style-type: none"> • Realize obsessional doubt is not relevant in the present context
Step 4	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborate obsessional and alternative narratives • Practice alternative narrative
Step 5	<ul style="list-style-type: none"> • Question relevance of obsessional doubt
Steps 6-7	<ul style="list-style-type: none"> • Identify reasoning devices in obsessional narrative
Step 8	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrate the selective nature of the obsessional doubt
Step 9	<ul style="list-style-type: none"> • Identify theme of vulnerability • Elaborate alternative narrative to counter it.
Step 10	<ul style="list-style-type: none"> • Train clients to use their senses in obsessional situations • Teach clients to tolerate sense of void

Appendix B

Distinctions between IBT and CBT

IBT	CBT
OCD is a reasoning disorder	OCD is an anxiety disorder
Obsessions are derived from erroneous inferences that are supported by reasoning devices.	Obsessions are normal intrusions which can be experienced by all individuals.
The focus is on the initial obsessional doubt that leads people to worry about the consequences of their obsessions.	The focus is on the interpretations given to the intrusions that result in people becoming very anxious and performing compulsions.
Cognitive change is achieved by altering the reasoning process associated with the obsessional doubt through the modification of the obsessional narrative.	Cognitive change is achieved by modifying the perceived feared consequences of the obsessions through cognitive restructuring.
Cognitive change precedes behavioural change. The person integrates the new narrative and then stops the compulsions.	Behavioural change precedes cognitive change. As the individual no longer engages in the compulsions, he or she realizes that the feared consequences will not occur.

Appendix C

ADIS-IV (French version)

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 (évitement, 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:** encerclez 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:** encadrer 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: encircler 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: encircler 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: encrer 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: encercler 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: encadrer 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
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

Psychose non organique / Symptômes de conversion

- 1) Présence d'un déficit dans le fonctionnement physique (paralysie, convulsions, douleurs intenses)? Présent? Passé? Préciser nature.
- 2) Présence d'expériences étranges et inhabituelles:
 - a) entendre ou voir des choses que les autres ne perçoivent pas
 - b) entendre des voix ou des conversations alors qu'il n'y a personne
 - c) avoir des visions que les autres n'ont pas
 - d) avoir la sensation que quelque chose d'étrange se passe autour de soi
 - e) penser que les gens font des choses pour vous mettre à l'épreuve, vous blesser
 - f) devoir être sur vos gardes face aux autres

Antécédents familiaux de troubles psychologiques

Présence de maladie mentale dans la famille: préciser trouble, lien de parenté, date du problème et traitement reçu

Antécédents médicaux et de traitement

- 1) Antécédents d'hospitalisation pour anxiété, dépression, abus de substance ou autre problème émotionnel?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu
- 2) Antécédents de traitement à l'externe ou d'évaluation pour des problèmes émotionnels ou personnels?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu
- 3) Prise actuelle/antérieure de médicaments contre l'anxiété, la dépression ou autre problème émotionnel?: préciser type et quantités, problèmes reliés à la consommation de ces médicaments, au sevrage, etc.
- 4) Taille: Poids:
- 5) Médecin traitant et clinique habituelle:
- 6) Traitements actuels pour une condition physique particulière:
- 7) Date du dernier examen médical:
- 8) Résultats du dernier examen médical:
- 9) Hospitalisations antérieures pour problèmes physiques:

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?

Appendix D
SCID-I (French version)

Instructions :

- Pour la cotation de la sévérité/rémission des troubles de l'Axe I, vous référer à la page correspondant au SCID s'il y a lieu ou à l'échelle ci-dessous

ÉCHELLE DE SÉVÉRITÉ OU DE RÉMISSION

1. *Léger*: peu ou aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel (peu inconfortant)
2. *Moyen*: les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré "léger" ou "sévère".
3. *Sévère*: Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel (fonctionnement diminué)
4. *En rémission partielle*: le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble , mais l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent (sous le seuil clinique).
5. *En rémission totale*: les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de l'existence du trouble (ex: continuation d'une médication appropriée et aucun symptôme depuis 3 ans).
6. *Antécédent du trouble*: le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli (aucun symptôme, aucune médication ou suivi thérapeutique)

A. ÉPISODES DE TROUBLES THYMIQUES

SONT ÉVALUÉS DANS LA PRÉSENTE SECTION : L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, LES ÉPISODES MANIAQUE ET HYPOMANIAQUE, LA DYSTHYMIE ET LES TROUBLES THYMIQUES ATTRIBUABLES À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION AINSI QUE CERTAINES FORMES PARTICULIÈRES DE CES ÉPISODES. LA DÉPRESSION MAJEURE ET LES TROUBLES BIPOLAIRES SONT DIAGNOSTIQUÉS À L'AIDE DU MODULE D.

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

À présent, je vais vous poser quelques questions additionnelles au sujet de votre humeur.

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

Au cours des 6 derniers mois...

...y a-t-il eu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé pratiquement toute la journée presque chaque jour ?

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'imitabilité, chez les enfants et les adolescents.

? 1 2 3 A1

SI OUI : Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

... y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez éprouvé beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3 A2

SI OUI : Cela s'est-il produit presque tous les jours ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE, À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

? = information inappropriée
 1 = FAUX ou absence du symptôme
 2 = symptôme intraliminaire
 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DES 6 DERNIERS MOIS (OU LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES SI L'ÉTAT DÉPRESSIF DU SUJET EST RESTÉ UNIFORME PENDANT LES 6 MOIS)

Durant ces (DEUX SEMAINES)...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous votre appétit ? (Si vous le comparez à votre appétit habituel ?) (Étiez-vous obligé(e) de vous forcer à manger ?) (Mangiez-vous [plus ou moins] que d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté presque tous les jours ?)

(3) Gain ou perte de poids significatif (p.ex. variation de plus de 5 % en un mois) sans que le sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids prévue.

? 1 2 3 A3

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit
Augmentation de poids ou d'appétit

A4
A5

... comment qualifieriez-vous votre sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e), vous réveillez-vous trop souvent ou trop tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous comparativement à votre habitude ? Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

? 1 2 3 A6

Cocher selon le cas :

Insomnie
Hypersomnie

A7
A8

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se) que vous ne pouviez tenir en place ? (Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (non seulement un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur mais une manifestation constatée par autrui).

? 1 2 3 A9

REMARQUE : TENIR COMPTE DU COMPORTEMENT DU SUJET DURANT L'INTERVIEW.

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur
Agitation

A10
A11

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous sentiez-vous toujours fatigué(e) ? Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

? 1 2 3 A12

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme inféliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)

(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).

? 1 2 3

A13

REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.

Cocher selon le cas :

Indignité _____
Culpabilité inappropriée _____

A14
A15

... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)

SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)

(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

? 1 2 3

A16

Cocher selon le cas :

Diminution de la capacité de réfléchir _____
Indécision _____

A17
A18

... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?

SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?

(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.

? 1 2 3

A19

REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.

Cocher selon le cas :

Pensées concernant sa mort _____
Idées suicidaires _____
Projet précis de suicide _____
Tentative de suicide _____

A20
A21
A22
A23

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1 3

A24

PASSER À LA PAGE A.12
(ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à vaquer à vos occupations à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

? 1 2 3

A25

PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

C. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A26

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX. PASSER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ)

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme ou du système endocrinien (p.ex., carence en vitamine B₁₂, hypothyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

© 2007 ASPROBIOLOGIA DOG

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.

- 1 = dépression majeure deuil < 2 mois (critères DSM-IV)
- 2 = dépression majeure deuil 2 à 6 mois
- 3 = dépression majeure cause deuil > 6 mois ou indép. de deuil

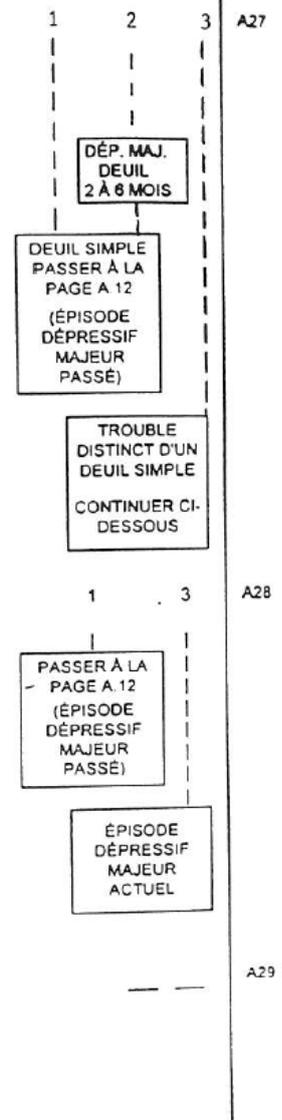
LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été [déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ] presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu un épisode comme celui-ci ?

Âge du premier épisode dépressif majeur.



? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES (DE L'EDM)

⇒ SI LE SUJET N'EST PAS DÉPRIMÉ PRÉSENTEMENT : Avez-vous déjà connu une période pendant laquelle vous étiez déprimé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Une humeur dépressive (1) ou une perte d'intérêt ou de plaisir (2) doivent faire partie des symptômes.

⇒ SI LE SUJET EST DÉPRIMÉ ACTUELLEMENT MAIS NE RÉPOND PAS À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL : Avez-vous déjà connu une autre période pendant laquelle vous étiez déprimé(e), triste ou découragé(e) pratiquement toute la journée presque chaque jour ? (Comment vous sentiez-vous ?)

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p.ex., sensation de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (p.ex., air larmoyant). Remarque : Peut se traduire par de l'imitabilité, chez les enfants et les adolescents.	?	1	2	3	A52

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins deux semaines ?)

⇒ SI LE SUJET A CONNU UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : À cette époque, éprouviez-vous beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ?

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).	?	1	2	3	A53

⇒ SI LE SUJET N'A PAS CONNU D'ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ : Avez-vous connu une période au cours de laquelle vous éprouviez beaucoup moins d'intérêt ou de plaisir pour les choses ou les activités qui vous plaisent habituellement ? (Comment vous sentiez-vous ?)

SI OUI : Quand cela s'est-il passé ? Étiez-vous ainsi presque tous les jours ? Combien de temps cela a-t-il duré ? (Au moins deux semaines ?)

SI NI L'ITEM (1) NI L'ITEM (2) NE SONT COTÉS "3", PASSER À LA PAGE A 18 (ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL)

Avez-vous connu plus d'une période comme celle-là ? (Laquelle a été la pire ?)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu de telles périodes au cours de la dernière année ?

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LES DEUX PIRES SEMAINES DE L'ÉPISODE EN QUESTION.

Durant ces DEUX SEMAINES...

... avez-vous perdu ou gagné du poids ?
(Combien de kilos ou de livres ?)
(Cherchiez-vous à perdre du poids ?)

SI NON : Comment qualifieriez-vous votre appétit ? (Si vous le comparez à votre appétit habituel ?) (Étiez-vous obligé(e) de vous forcer à manger ?) (Mangiez-vous [plus ou moins] que d'habitude ?) (Cela s'est-il manifesté presque tous les jours ?)

REMARQUE : COTER "1" LES ITEMS SUIVANTS, SI LES SYMPTÔMES SONT MANIFESTEMENT DUS À UNE MALADIE PHYSIQUE OU ENCORE À UN DÉLIRE OU À DES HALLUCINATIONS N'AYANT AUCUN LIEN AVEC L'HUMEUR.

(3) Gain ou perte de poids importants (p.ex. variation de plus de 5 % en un mois) sans que le sujet ait suivi de régime ou encore, augmentation ou diminution de l'appétit presque tous les jours.
Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence d'augmentation de poids prévue.

Cocher selon le cas :

Perte de poids ou d'appétit

Augmentation de poids ou d'appétit

... comment qualifieriez-vous votre sommeil ? (Avez-vous de la difficulté à vous endormir ou à rester endormi(e), vous réveillez-vous trop souvent ou trop tôt, OU dormiez-vous trop ? Combien d'heures par nuit dormiez-vous comparativement à votre habitude ? Était-ce presque toutes les nuits ?)

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

Cocher selon le cas :

Insomnie

Hypersomnie

... étiez-vous si agité(e) ou si nerveux(se) que vous ne pouviez tenir en place ? (Votre agitation était-elle si prononcée que les autres l'ont remarquée ? Qu'ont-ils remarqué ? Était-ce presque tous les jours ?)

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur, presque tous les jours (non seulement un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur, mais une manifestation constatée par autrui).

Cocher selon le cas :

Ralentissement psychomoteur

Agitation

... aviez-vous de l'énergie ? (Vous sentiez-vous toujours fatigué(e) ? Presque tous les jours ?)

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

© 1987 UNIVERSITY OF CHICAGO

Durant cette période...						
<p>... quelle opinion aviez-vous de vous-même ? (Que vous n'étiez bon(ne) à rien ?) (Presque tous les jours ?)</p> <p>SI NON : Vous sentiez-vous coupable à propos de choses que vous auriez faites ou auriez dû faire ? (Presque tous les jours ?)</p>	<p>(7) Sentiments d'indignité ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (non seulement du remords ou un sentiment de culpabilité du fait d'être malade).</p> <p>REMARQUE : COTER "1" OU "2" S'IL S'AGIT SEULEMENT D'UNE BAISSSE DE L'ESTIME DE SOI SANS INDIGNITÉ.</p> <p>Cocher selon le cas :</p> <p>Indignité <input type="checkbox"/></p> <p>Culpabilité inappropriée <input type="checkbox"/></p>	?	1	2	3	A64
<p>... aviez-vous de la difficulté à réfléchir ou à vous concentrer ? (À quel genre d'activités cela a-t-il nui ?) (Presque tous les jours ?)</p> <p>SI NON : Aviez-vous de la difficulté à prendre des décisions concernant la vie quotidienne ? (Presque tous les jours ?)</p>	<p>(8) Diminution de la capacité de réfléchir ou de se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).</p> <p>Cocher selon le cas :</p> <p>Diminution de la capacité de réfléchir <input type="checkbox"/></p> <p>Indécision <input type="checkbox"/></p>	?	1	2	3	A67
<p>... étiez-vous déprimé(e) au point de penser beaucoup à la mort ou qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e) ? Pensiez-vous à vous blesser ?</p> <p>SI OUI : Avez-vous cherché à vous blesser ?</p>	<p>(9) Pensées récurrentes sur la mort (plus que la seule peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans projet précis, tentative de suicide ou projet précis pour se suicider.</p> <p>REMARQUE : COTER "1" DANS LES CAS D'AUTOMUTILATION SANS INTENTION DE SUICIDE.</p> <p>Cocher selon le cas :</p> <p>Pensées concernant sa mort <input type="checkbox"/></p> <p>Idées suicidaires <input type="checkbox"/></p> <p>Projet précis de suicide <input type="checkbox"/></p> <p>Tentative de suicide <input type="checkbox"/></p>	?	1	2	3	A70
						A65 A66
						A68 A69
						A71 A72 A73 A74

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

AU MOINS CINQ DES SYMPTÔMES CI-DESSUS [DE A(1) À A(9)] SONT COTÉS "3" ET AU MOINS L'UN DE CES SYMPTÔMES EST LE (1) OU LE (2).

1	3
CONTINUER	

A75

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Avez-vous eu de la difficulté à faire votre travail, à effectuer vos tâches à la maison ou à vous entendre avec les autres à cause de votre (épisode dépressif ou AUTRE TERME UTILISÉ POUR LE DÉSIGNER) ?

B. Les symptômes entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social, professionnel ou autres.

?	1	2	3
CONTINUER			

A76

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (déprimé(e) OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous avez éprouvé encore plus de difficultés que durant la période dont on vient de parler ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

3. Les symptômes ne sont pas directement "attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique (p.ex., à l'hypothyroïdie).

? 1 3

A77

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA DÉPRESSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.4.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous (ne souffriez pas d'une maladie physique OU ne preniez pas de médicaments OU ne preniez pas de drogues, [SELON LE CAS]) ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

CONTINUER

? = information inappropriée

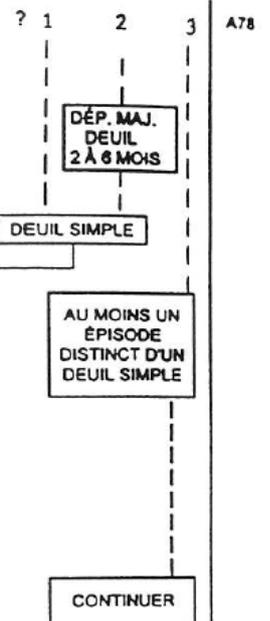
1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

(Avez-vous commencé à éprouver ces difficultés peu de temps après la mort d'un de vos proches ?)

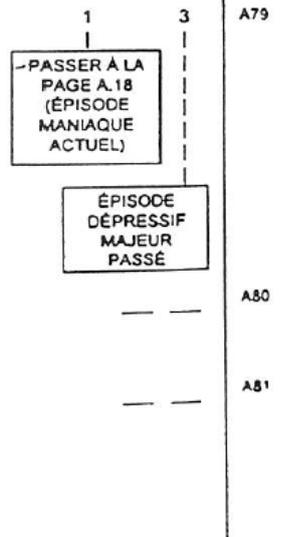
D. On peut écarter le deuil comme cause possible des symptômes éprouvés par le sujet; en effet, ceux-ci ont persisté pendant plus de deux mois après la perte d'un être cher ou ils se caractérisent par une incapacité fonctionnelle marquée, des préoccupations morbides concernant l'indignité du sujet, des idées suicidaires, des symptômes psychotiques ou un ralentissement psychomoteur.



QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez aussi déprimé(e) mais où vous ne veniez pas de perdre un de vos proches ?

- ⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.12 (ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR PASSÉ) ET VÉRIFIER SI LE SUJET A CONNU UN AUTRE ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR DONT LES SYMPTÔMES ÉTAIENT PLUS GRAVES OU PLUS NOMBREUX. DANS L'AFFIRMATIVE, QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.
- ⇒ SI NON : PASSER À LA PAGE A.18, ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL.

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR SONT COTÉS "3".



Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) a commencé ?

Âge de survenue de l'épisode dépressif majeur coté ci-dessus :

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (déprimé(e) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) presque tous les jours pendant au moins deux semaines et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES RELEVÉS CONCERNANT LE PIRE ÉPISODE) ?

Nombre d'épisodes dépressifs majeurs (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER)

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.9 (FACULTATIF)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI UN EXAMEN APPROFONDI DE LA MALADIE ACTUELLE NE FOURNIT AUCUNE RAISON DE SOUPÇONNER L'EXISTENCE D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COCHER DANS L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ? (Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Ressentiez-vous plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ?
(Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)
(Comment vous sentiez-vous ?)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :
Humeur exaltée ou expansive
Humeur irritable

... durant au moins une semaine (moins, si on a dû hospitaliser le sujet).

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

PASSER À LA PAGE A.25 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE ACTUEL)

A82

A83

A84
A85

A86

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DES 6 DERNIERS MOIS DE L'ÉPISODE ACTUEL.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE), quand avez-vous été le plus (TERME UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus confiant ou plus sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?
(Étiez-vous doté(e) de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e) malgré tout ?

... partiez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce que les autres avaient de la difficulté à vous arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bouscuaient-elles dans votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'irritable) et se sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

(2) Réduction du besoin de sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou besoin de parler sans cesse.

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement.

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents.

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité

Agitation psychomotrice

? 1 2 3 A87

? 1 2 3 A88

? 1 2 3 A89

? 1 2 3 A90

? 1 2 3 A91

? 1 2 3 A92

— A93

— A94

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3

A95

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1 3

A96

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISEDE MANIAQUE PASSÉ)

QUESTION À POSER AU BESOIN : Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

1 3

A97

DÉCRIRE :

PASSER À LA PAGE A.26 (CRITÈRE C DE L'ÉPISEDE HYPOMANIAQUE ACTUEL)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclininaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A98

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX. PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P.EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) DOIT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME ÉTANT UN TROUBLE THYMIQUE ATTRIBUABLE À UNE INTOXICATION, PAGE A.46, PLUTÔT QUE COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : maladies neurologiques dégénératives (p.ex., maladies de Parkinson et de Huntington), maladie vasculaire cérébrale, troubles du métabolisme (p.ex., carence en vitamine B₁₂) ou du système endocrinien (p.ex., hyperthyroïdie), maladies auto-immunes (p.ex., lupus érythémateux disséminé), infections, virales ou autres (p.ex., hépatite, mononucléose, infections par le VIH) et certains cancers (p.ex., cancer du pancréas).

Par intoxication on entend : l'intoxication par l'alcool, les amphétamines, la cocaïne, les hallucinogènes, les drogues inhalées, les opiacés, la phencyclidine, les sédatifs, les hypnotiques, les anxiolytiques et autres substances connues ou non (p.ex., stéroïdes anabolisants).

CONTINUER CI-DESSOUS

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3".

PASSER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ)

ÉPISODE MANIAQUE ACTUEL

A99

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Combien de fois avez-vous été (EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et avez-vous éprouvé (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE RELEVÉS) pendant au moins une semaine (ou avez-vous été hospitalisé(e) ?

Nombre d'épisodes maniaques, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

— —

A100

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.14 (FACULTATIF).

Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu une période comme celle-ci ?

Âge du premier épisode maniaque.

— —

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

TR-141-12-04-02-04-04-000

ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET PRÉSENTE UNE HUMEUR EXALTÉ(E) OU IRRITABLE SANS TOUTEFOIS SATISFAIRE À TOUS LES CRITÈRES D'UN ÉPISODE MANIAQUE, COMMENCER CHACUNE DES QUESTIONS DE DÉPISTAGE FIGURANT CI-DESSOUS PAR : « Avez-vous déjà connu une autre période... ».

Avez-vous déjà connu une période où vous vous sentiez si bien dans votre peau, si euphorique ou si exalté(e) que les gens de votre entourage pensaient que vous n'étiez pas dans votre état normal ou au cours de laquelle vous étiez tellement surexcité(e) que cela vous a attiré des ennuis ?

(Quelqu'un a-t-il dit que vous étiez maniaque ?) (Était-ce plus qu'un état de bien-être ?)

SI NON : Avez-vous traversé une période au cours de laquelle vous étiez si irritable qu'il vous arrivait d'apostropher les autres ou de vous disputer ou de vous battre avec d'autres personnes ? (Avez-vous même apostrophé des gens que vous ne connaissiez pas vraiment ?)

À quand est-ce que cela remonte ?

(Comment vous sentiez-vous ?)

Combien de temps cette période a-t-elle duré ? (Au moins une semaine ?) (A-t-on dû vous hospitaliser ?)

Cela vous est-il arrivé plus d'une fois de vivre un tel épisode ? (Durant lequel de ces épisodes votre changement de comportement a-t-il été le plus prononcé ?)

DANS LE DOUTE : Avez-vous connu un tel épisode au cours des douze derniers mois ?

A. Une période nettement délimitée, durant laquelle le sujet a une humeur exaltée, expansive ou irritable et ce, de manière anormale et persistante...

Cocher selon le cas :

- Humeur exaltée ou expansive
- Humeur irritable

PASSER À LA PAGE A.38 (DYSTHYMIE)

... durant au moins une semaine (ou de quelque durée que ce soit, si on a dû hospitaliser le sujet).

PASSER À LA PAGE A.33 (ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ)

REMARQUE : SI LE SUJET A CONNU PLUS D'UN ÉPISODE MANIAQUE DANS LE PASSÉ, L'INTERROGER SUR CELUI QU'IL A RESENTI COMME ÉTANT LE PIRE. CEPENDANT, S'IL A CONNU UN TEL ÉPISODE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, L'INTERROGER SUR CELUI-CI, MÊME S'IL NE S'AGISSAIT PAS DU PIRE.

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

LES QUESTIONS SUIVANTES PORTENT SUR LA PIRE PÉRIODE DE L'ÉPISODE EN QUESTION.

DANS LE DOUTE : Durant (ÉPISODE), quand avez-vous été le plus (TERME UTILISÉ POUR QUALIFIER L'ÉTAT DU PATIENT) ?

Durant cette période...

... quelle opinion aviez-vous de vous-même ?

(Vous sentiez-vous plus confiant(e), plus sûr(e) de vous qu'à l'accoutumée ?) (Étiez-vous doté(e) de pouvoirs ou de talents particuliers ?)

... aviez-vous besoin de moins de sommeil que d'habitude ?

SI OUI : Vous sentiez-vous reposé(e) malgré tout ?

... parliez-vous plus que d'habitude ? (Est-ce que les autres avaient de la difficulté à vous arrêter ou à vous comprendre ? Avaient-ils de la difficulté à placer un mot ?)

... vos pensées se bouscuaient-elles dans votre tête ?

... éprouviez-vous de la difficulté à vous concentrer ? Constatiez-vous que n'importe quel détail insignifiant pouvait vous distraire ?

... à quoi passiez-vous votre temps ? (Travail, amis, loisirs ?) (Vous démeniez-vous au point que vos amis ou votre famille en éprouvaient du souci ?)

SI LE SUJET N'A PAS FAIT PREUVE D'UNE ACTIVITÉ ACCRUE : Étiez-vous agité(e) ? (À quel point ?)

B. Au cours de cette période de perturbation d'humeur, au moins trois des symptômes suivants ont persisté (4, si l'humeur n'est qu'irritable) et se sont manifestés de façon marquée :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

(2) Réduction des besoins en matière de sommeil (p.ex., le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

(3) Plus grande volubilité que d'habitude ou besoin de parler sans cesse.

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent très rapidement.

(5) Distractibilité, c'est-à-dire que l'attention du sujet est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs insignifiants ou non pertinents.

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

Cocher selon le cas :

Augmentation de l'activité

Agitation psychomotrice

? 1 2 3 A130

? 1 2 3 A131

? 1 2 3 A132

? 1 2 3 A133

? 1 2 3 A134

? 1 2 3 A135

A136
A137

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LAET43MCR03CIDA.DOC

Durant cette période...

... avez-vous fait quoi que ce soit qui aurait pu vous attirer des ennuis, à vous ou à votre famille ? (Achats inutiles ?) (Activités sexuelles inhabituelles ?) (Conduite automobile imprudente ?)

(7) Participation intense à des activités agréables mais risquant d'avoir des conséquences dommageables pour le sujet (p.ex., achats inconsidérés, conduite déplacée sur le plan sexuel ou investissements déraisonnables).

? 1 2 3

A138

AU MOINS 3 DES SYMPTÔMES ÉNUMÉRÉS EN B (4, SI L'HUMEUR DU SUJET N'EST QU'IRRITABLE) SONT COTÉS "3".

1

3

A139

CONTINUER

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où les symptômes dont on vient de parler étaient encore plus nombreux ou plus prononcés ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET AU SUJET DU PIRE ÉPISODE QU'IL A TRAVERSÉ.

⇒ SI NON : PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Durant cette période, éprouviez-vous des difficultés sérieuses à la maison ou au travail (à l'école) à cause de (NOMMER LES SYMPTÔMES DU SUJET) ou avez-vous dû être hospitalisé(e) ?

C. L'épisode est assez sévère pour entraîner un handicap marqué du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles habituelles ou pour nécessiter l'hospitalisation du sujet afin de prévenir tout risque pour lui ou pour sa famille, ou encore, comporte des caractéristiques psychotiques.

1

3

A140

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

SI LA QUESTION N'A PAS DÉJÀ ÉTÉ POSÉE : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et où vous vous êtes attiré des ennuis ou avez été hospitalisé(e) ?

DÉCRIRE :

⇒ SI OUI : ATTRIBUER UNE COTE DE "3" AU CRITÈRE C

⇒ SI NON : PASSER AU CRITÈRE C DE L'ÉPISODE HYPOMANIAQUE PASSÉ, PAGE A.35.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, aviez-vous souffert d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous des médicaments ?

SI OUI : Y avait-il eu un changement dans la dose que vous preniez ?

Quelque temps avant la survenue de cet épisode, preniez-vous de l'alcool ou de la drogue ?

D. Les symptômes ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

A141

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LA MANIE ET UNE MALADIE PHYSIQUE OU UNE INTOXICATION, PASSER À LA PAGE A.44 (MAL. PHYS. OU INTOX.) ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

REMARQUE : TOUT ÉPISODE MANIAQUE MANIFESTEMENT PROVOQUÉ PAR UN TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR PHYSIQUE OU CHIMIQUE (P EX., MÉDICAMENTS, ÉLECTROCHOC, PHOTOTHÉRAPIE, ETC.) NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UN TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE I.

CONSULTER LA LISTE DES MALADIES PHYSIQUES ET DES INTOXICATIONS POSSIBLES EN PAGE A.21.

ÉPISODE DE TROUBLE THYMIQUE PRIMAIRE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Y a-t-il eu d'autres périodes où vous étiez (exalté(e) ou irritable OU AUTRE TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ), mais où vous ne souffriez pas d'une maladie physique ou ne preniez pas de médicaments ni de drogues ?

⇒ SI OUI : RETOURNER À LA PAGE A.28 (ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ) ET QUESTIONNER LE SUJET SUR CET ÉPISODE EN PARTICULIER.

⇒ SI NON : PASSER À LA DYSTHYMIE, PAGE A.38.

CONTINUER

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C ET D D'UN ÉPISODE MANIAQUE SONT COTÉS "3".

Quel âge aviez-vous quand (L'ÉPISODE MANIAQUE) a commencé ?

Combien de périodes comme celle-ci avez-vous connues, où vous avez été (EXALTÉ(E) OU TERME ÉQUIVALENT UTILISÉ) et avez ressenti plusieurs des symptômes que vous venez de décrire, comme (NOMMER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET RECONNAÎT AVOIR RESENTI) pendant un certain temps (ou avez dû être hospitalisé(e) ?

Âge de survenue de l'épisode maniaque passé coté ci-dessus :

Nombre d'épisodes maniaques, y compris l'épisode actuel (INSCRIRE 99 SI CE NOMBRE EST TROP ÉLEVÉ POUR ÊTRE COMPTÉ OU SI LES ÉPISODES SONT DIFFICILES À DISTINGUER).

REMARQUE : POUR CONSIGNER LA DESCRIPTION DES ÉPISODES PASSÉS, PASSER À LA PAGE J.14 (FACULTATIF).

1	3	A142
PASSER À LA PAGE A.38 (DYSTHYMIE)		
ÉPISODE MANIAQUE PASSÉ		A143
— —		A144
— —		
PASSER AU MODULE SUIVANT		

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

1 140 4840003032014 000

SYMPTÔMES DE PSYCHOSE ET AUTRES SYMPTÔMES ASSOCIÉS

LE PRÉSENT MODULE SERT À ÉVALUER LES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE QU'AU RAIT PU ÉPROUVER LE SUJET À UN MOMENT OU À UN AUTRE AU COURS DE SA VIE, AINSI QUE LES AUTRES SYMPTÔMES QUI S'Y ASSOCIENT.

DÉCRIRE LE CONTENU RÉEL DE CHAQUE SYMPTÔME DE PSYCHOSE COTÉ "3" ET INDICHER LA DURÉE DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL A ÉTÉ PRÉSENT.

IDÉES DÉLIRANTES

Je vais maintenant vous interroger sur des expériences inhabituelles que vivent parfois certaines personnes.

IDÉES DÉLIRANTES

Croyance personnelle erronée, fondée sur une déduction incorrecte de la réalité et fermement maintenue en dépit de la croyance quasi-générale et de toute preuve évidente et irréfutable du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance acceptée normalement par les autres membres du même groupe culturel que le sujet ou d'un sous-groupe de la même culture. Coter "2" les idées auxquelles le sujet accorde une valeur exagérée (croyances insensées auxquelles le sujet croit, mais avec moins d'intensité que dans le cas des idées délirantes).

Vous a-t-il déjà semblé que les autres parlaient de vous ou vous accordaient une attention particulière ?

Délire de référence
Interprétation délirante, c'est-à-dire que le sujet a la conviction que les événements ou encore que les personnes ou les choses qui l'entourent ont une signification particulière ou inhabituelle.

? 1 2 3

B1

SI OUI : Aviez-vous la conviction qu'ils parlaient de vous ou avez-vous pensé que c'était peut-être votre imagination ?

DÉCRIRE :

Vous a-t-il semblé recevoir des messages particuliers par l'intermédiaire de la télévision, de la radio, des journaux ou d'après la façon dont les objets étaient disposés autour de vous ?

Délire de persécution

Idée de persécution, c'est-à-dire que le sujet croit que lui-même, ou le groupe auquel il appartient, est l'objet d'attaques, de harcèlement, de malversations, de persécutions ou de conspirations.

? 1 2 3

B2

Vous a-t-il semblé que les gens faisaient exprès pour vous créer des ennuis ou qu'ils essayaient de vous faire du mal ?

DÉCRIRE :

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

<p>Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez particulièrement important(e) d'une certaine façon ou que vous déteniez des pouvoirs spéciaux qui vous permettraient de faire des choses que les autres ne pouvaient faire ?</p>	<p>Délire de grandeur</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B3</p>
<p>Avez-vous déjà eu l'impression que vous n'alliez pas bien du tout, par exemple, que vous aviez le cancer ou quelque autre maladie grave, même si votre médecin vous assurait du contraire ?</p>	<p>Délire somatique</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B4</p>
<p>Avez-vous déjà eu la conviction qu'il y avait quelque chose qui clochait vraiment concernant votre apparence ?</p>	<p>DÉCRIRE :</p>		
<p>(Avez-vous déjà eu l'impression qu'il se produisait quelque chose de bizarre dans certaines parties de votre corps ?)</p>			
<p>(Avez-vous déjà eu des expériences inhabituelles sur le plan religieux ?)</p>	<p>Autres idées délirantes</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B5</p>
<p>(Avez-vous déjà eu l'impression que vous aviez commis une faute grave ou que vous aviez fait quelque chose de terrible et que vous méritiez d'être puni(e) ?)</p>	<p>Cocher selon le cas : À thème religieux _____ De culpabilité _____ À type de jalousie _____ De type érotomaniaque _____</p>	<p>_____</p>	<p>B6 B7 B8 B9</p>
	<p>DÉCRIRE :</p>		
	<p>SI LE SUJET N'A JAMAIS EU D'IDÉES DÉLIRANTES ET S'IL N'Y A PAS LIEU DE SOUPÇONNER LA PRÉSENCE D'ASPECTS PSYCHOTIQUES, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE B 4, HALLUCINATIONS AUDITIVES.</p>	<p>_____</p>	<p>B10</p>

? = information inappropriée
 1 = FAUX ou absence du symptôme
 2 = symptôme infraliminaire
 3 = VRAI ou présence du symptôme

<p>Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un ou qu'une force extérieure contrôlait vos pensées ou vos actes malgré vous ?</p>	<p><u>Délire de contrôle</u></p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B11</p>
<p>(Avez-vous déjà eu l'impression que certaines pensées qui n'étaient pas à vous avaient été dans votre tête ?)</p>	<p>Idées d'influence, c'est-à-dire croyance que ses sentiments, ses impulsions, ses pensées ou ses actions sont sous l'emprise d'une force extérieure.</p>	<p>— —</p>	<p>B12 B13</p>
<p>(Avez-vous déjà eu, au contraire, l'impression que certaines pensées avaient été ôtées de votre tête ?)</p>	<p>Cocher selon le cas : Pensées imposées Vol de la pensée</p>	<p>DÉCRIRE :</p>	
<p>Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient diffusées directement de votre tête vers le monde extérieur, de telle sorte que les autres pouvaient les entendre ?</p>	<p><u>Transmission de pensée</u></p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B14</p>
<p>Avez-vous déjà cru que quelqu'un pouvait lire dans vos pensées ?</p>	<p>Divulcation de la pensée, c'est-à-dire croyance que ses pensées peuvent être entendues par autrui.</p>	<p>DÉCRIRE :</p>	
<p>Comment expliquez-vous (CONTENU DE L'IDÉE DÉLIRANTE) ?</p>	<p><u>Délires bizarres</u></p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>B15</p>
	<p>Idées délirantes bizarres, c'est-à-dire comportant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans le sous-groupe culturel du sujet (p.ex., que le cerveau du sujet a été remplacé par celui d'une autre personne).</p>	<p>DÉCRIRE :</p>	

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I/IV (DSM-IV) - 4.00C

HALLUCINATIONS AUDITIVES

Hallucinations (psychotiques)
Perception sensorielle ressemblant à s'y méprendre à celle d'un événement réel, mais ne passant pas par une stimulation extérieure de l'organe sensoriel concerné. (COTER "2" LES HALLUCINATIONS SI PASSAGÈRES QU'ELLES N'ONT PAS DE SIGNIFICATION SUR LE PLAN CLINIQUE.)

Avez-vous déjà entendu des choses que les autres ne pouvaient pas entendre, comme des bruits ou la voix de personnes en train de parler ou de chuchoter ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

Hallucinations auditives survenant lorsque le sujet est complètement éveillé, qu'il entend dans sa tête ou qui semblent provenir de l'extérieur. ? 1 2 3

B16

SI OUI : Qu'avez-vous entendu ? Cela vous est-il arrivé souvent ? À quelle fréquence ?

DÉCRIRE :

PASSER AUX HALLUCINATIONS VISUELLES CI-DESSOUS

SI LE SUJET A ENTENDU DES VOIX : Ces voix passaient-elles des commentaires sur ce que vous faisiez ou ce que vous pensiez ?

Une voix commentant en permanence les actes ou les pensées du sujet à mesure que ceux-ci se déroulent. ? 1 2 3

B17

Combien de voix avez-vous entendues ? Se parlaient-elles ?

Deux ou plusieurs voix conversant entre elles. ? 1 2 3

B18

HALLUCINATIONS VISUELLES

Avez-vous déjà eu des visions ou avez-vous déjà vu des choses que les autres ne pouvaient pas voir ? (Étiez-vous éveillé(e) au moment où cela s'est produit ?)

Hallucinations visuelles. ? 1 2 3

B19

DÉCRIRE :

REMARQUE : BIEN FAIRE LA DISTINCTION ENTRE HALLUCINATION VISUELLE ET ILLUSION, CETTE DERNIÈRE ÉTANT UNE PERCEPTION ERRONÉE D'UN STIMULUS VISUEL RÉEL.

Vous est-il arrivé d'éprouver des sensations étranges en certaines parties de votre corps ou à la surface de votre peau ?

Hallucinations tactiles, p.ex., chocs électriques ? 1 2 3

B20

DÉCRIRE :

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

(Vous est-il arrivé de sentir ou de goûter des choses que les autres ne pouvaient sentir ou goûter ?)

Autres types d'hallucinations, p.ex., olfactives ou gustatives.

? 1 2 3

B21

Cocher selon le cas :

Hallucinations gustatives

—

B22

Hallucinations olfactives

—

B23

DÉCRIRE :

AUTRES SYMPTÔMES

SI L'INTERROGATOIRE NE PERMET PAS DE DÉDUIRE QUE LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE D.

—

(Permettez-moi de faire une pause, le temps de prendre des notes...)

POUR COTER LES ITEMS SUIVANTS, S'APPUYER SUR L'OBSERVATION DU SUJET ET SUR LES ANTÉCÉDENTS DE CELUI-CI (CONSULTER SES DOSSIERS MÉDICAUX PRÉCÉDENTS ET INTERROGER D'AUTRES OBSERVATEURS (MEMBRES DE SA FAMILLE, PERSONNEL SOIGNANT)).

Catatonie :

Immobilité motrice (c'est-à-dire catalepsie ou stupeur).

? 1 2 3

B24

Activité motrice exagérée (c'est-à-dire agitation apparemment inutile et non influencée par des stimulations extérieures).

? 1 2 3

B25

Négativisme extrême (c'est-à-dire résistance apparemment immotivée à tout ordre ou à toute tentative de faire bouger le sujet) ou mutisme.

? 1 2 3

B26

Adoption de poses ou de mouvements stéréotypés.

? 1 2 3

B27

Écholalie ou échokinésie.

? 1 2 3

B28

DÉCRIRE :

Comportement visiblement désorganisé, pouvant se manifester tant par une insouciance puérile que par une agitation imprévisible. Le sujet aura une tenue débraillée et singulière (p.ex., portera plusieurs manteaux, une écharpe et des gants par temps chaud), aura un comportement sexuel déplacé (p.ex., se masturbera en public) ou fera preuve d'une agitation imprévisible (p.ex., criera ou blasphèmera) sans aucune provocation de la part d'autrui.

? 1 2 3

B29

DÉCRIRE :

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

<p><u>Affect visiblement inapproprié</u> : discordance nette entre l'affect et le contenu du discours ou des idées, p.ex., le sujet sourira en parlant de la persécution dont il est victime.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>830</p>
---	----------------	------------

DÉCRIRE :

<p><u>Discours désorganisé</u>: souvent décousu (relâchement des associations) ou incohérent. Le discours est décousu lorsque les idées dévient, que le sujet passe d'une idée à une autre n'ayant aucun rapport – ou qu'un rapport lointain – avec la précédente. Le sujet peut passer sans transition d'un cadre de référence à un autre, au gré de sa fantaisie et juxtaposer des idées qui n'ont pas de lien entre elles. Par ailleurs, le discours est incohérent lorsqu'il est absolument incompréhensible, qu'il est constitué de mots ou de phrases assemblées au hasard, sans aucun lien logique ni sémantique.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>831</p>
--	----------------	------------

DÉCRIRE :

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

© 1997 by University of Chicago Press

SYMPTÔMES NÉGATIFS

POUR TOUT SYMPTÔME COTÉ "3", DÉTERMINER S'IL S'AGIT À COUP SÛR D'UN SYMPTÔME PRIMAIRE OU S'IL S'AGIT PEUT-ÊTRE OU SÛREMENT D'UN SYMPTÔME SECONDAIRE, C'EST-À-DIRE D'UN SYMPTÔME LIÉ À UN AUTRE TROUBLE MENTAL (P.EX., DÉPRESSION), À UNE MALADIE PHYSIQUE OU À UNE INTOXICATION (P.EX., AKINÉSIE PROVOQUÉE PAR UN MÉDICAMENT) OU ENCORE, À UN SYMPTÔME PSYCHOTIQUE (P.EX., HALLUCINATION À PROPOS D'UN ORDRE INTERDISANT À L'INDIVIDU DE BOUGER).

QUESTION À POSER AU BESOIN : À quoi passez-vous votre temps ?

Avolition : incapacité du sujet de commencer et de terminer des activités orientées vers un but précis. Lorsque l'avolition est assez grave pour être considérée pathologique, elle est omniprésente et ses effets se font sentir dans divers types d'activités (p.ex., travail, activités intellectuelles, hygiène).

? 1 2 3

B32

1 3
PEUT-ÊTRE OU SÛREMENT SECONDAIRE PRIMAIRE

B33

Alogie : pauvreté du contenu de la pensée, déduite à partir du discours et du langage. Le discours spontané peut être succinct et les réponses brèves et concrètes (pauvreté du discours). Dans certains cas, le discours est suffisamment élaboré mais contient peu d'information parce qu'il est trop concret, trop abstrait, répétitif ou stéréotypé (pauvreté du contenu).

? 1 2 3

B34

1 3
PEUT-ÊTRE OU SÛREMENT SECONDAIRE PRIMAIRE

B35

Affect aplati : absence ou quasi absence de signes expressifs.

? 1 2 3

B36

1 3
PEUT-ÊTRE OU SÛREMENT SECONDAIRE PRIMAIRE

B37

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

L:\ASPI\CH\WORDSCID-I.DOC

CHRONOLOGIE DES SYMPTÔMES DE PSYCHOSE

SI LE SUJET A DES IDÉES DÉLIRANTES OU DES HALLUCINATIONS, EN NOTER LE TYPE, L'ÉVOLUTION, LES DATES DE SURVENUE ET DE DISPARITION ET INDIQUER SI ELLES ONT ÉTÉ PRÉSENTES AU COURS DES TRENTE DERNIERS JOURS (P.EX., TYPE DE SYMPTÔME : IDÉES DÉLIRANTES ET BIZARRES OÙ LE SUJET CROIT ÊTRE SOUS L'EMPRISE D'EXTRA-TERRESTRES; ÉVOLUTION : SE MANIFESTANT PAR INTERMITTENCE; DATE D'APPARITION : 1969; DATE DE DISPARITION : JUIN 1993).

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand (NOMMER LE SYMPTÔME) est-il apparu ? SI LE SYMPTÔME EST ABSENT PRÉSEMENT : Quand le symptôme s'est-il manifesté pour la dernière fois ?

TYPE DE SYMPTÔME	ÉVOLUTION	DATE DE SURVENUE	DATE DE DISPARITION	COCHER SI LE SYMPTÔME S'EST MANIFESTÉ AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	_____	____/____/____	____/____/____	_____

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

D. TROUBLES THYMIQUES

SI LE SUJET N'A JAMAIS ÉPROUVÉ DE SYMPTÔMES DE TROUBLES THYMIQUES NOTABLES SUR LE PLAN CLINIQUE, COCHER L'ESPACE CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

TROUBLE BIPOLAIRE I

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS A97 (PAGE A.20) ET A140 (PAGE A.30)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le sujet a déjà connu au moins un épisode maniaque ou un épisode mixte.

Remarque : On définit l'épisode mixte comme étant un épisode durant lequel le sujet satisfait aux critères de l'épisode maniaque et de l'épisode dépressif majeur (sauf en ce qui concerne la durée) pendant au moins une semaine.

PASSER À LA PAGE D.2, TROUBLE BIPOLAIRE II

Au moins un de ces épisodes maniaque ou mixte n'est pas directement attribuable à une maladie physique ou à une intoxication.

Remarque : On ne devrait pas tenir compte des épisodes évoquant un épisode maniaque, mais manifestement causés par un traitement antidépresseur physique ou chimique (médicament, électrochocs, photothérapie) pour diagnostiquer le trouble bipolaire I.

PASSER À LA PAGE D.2, TROUBLE BIPOLAIRE II

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme explication possible d'au moins un épisode maniaque ou mixte, et celui-ci ne se surajoute ni à la schizophrénie, ni à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à un trouble psychotique NS.

PASSER À LA PAGE D.2, TROUBLE BIPOLAIRE II

TROUBLE BIPOLAIRE I

Indiquer le type de trouble de l'épisode actuel (ou du plus récent) :

1. Maniaque
2. Mixte
3. Hypomaniaque
4. Dépressif majeur
5. Non spécifié (c'est-à-dire répondant aux critères de l'épisode maniaque ou hypomaniaque ou de l'épisode dépressif majeur, sauf en ce qui concerne la durée)

PASSER À LA PAGE D.11, CHRONOLOGIE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

D1
D2
D3
D4
D5

DÉPRESSION MAJEURE

CODE ÉTABLI À PARTIR DES ITEMS
A27 (PAGE A.5) ET A77 (PAGE A.16)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Au moins un épisode de dépression majeure qui **n'est pas** directement attribuable à une maladie physique ou à une intoxication. 1 3 D21

PASSER À LA
PAGE D.9 TROUBLE
DÉPRESSIF NS

On peut écarter le trouble schizo-affectif comme explication possible d'au moins un épisode de dépression majeure, et celui-ci ne se surajoute ni à la schizophrénie, ni à un trouble schizophréniforme, ni à un trouble délirant, ni à un trouble psychotique NS. 1 3 D22

PASSER À LA
PAGE D.9 TROUBLE
DÉPRESSIF NS

Le sujet n'a jamais connu d'épisode maniaque ni mixte, ni d'épisode hypomaniaque franc. 1 3 D23

PASSER AU
MODULE SUIVANT

DÉPRESSION
MAJEURE

En indiquer le type :

1. Épisode isolé
2. Dépression majeure récidivante (c'est-à-dire pour que les épisodes soient considérés comme distincts, ils doivent être séparés par un intervalle d'au moins deux mois pendant lesquels le sujet ne répond pas aux critères d'un épisode de dépression majeure).

ALLER À CHRONOLOGIE D.11

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE THYMIQUE

DANS LE DOUTE : Depuis un mois, avez-vous éprouvé (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS OU MANIAQUES COTÉS "3")?

Le sujet a répondu aux critères d'un épisode maniaque, mixte ou dépressif majeur, au cours des 6 derniers mois.

? 1 3

D34

À quand remonte votre dernier épisode (D'HUMEUR DÉPRESSIVE, EUPHORIQUE OU IRRITABLE) (c'est-à-dire l'épisode le plus récent) ?

Nombre de mois écoulés depuis le dernier épisode d'humeur continuellement dépressive, euphorique ou irritable

D35

CLASSIFICATION DE LA RÉMISSION COMPLÈTE OU PARTIELLE ACTUELLE :

⇒ S'IL S'AGIT D'UN TROUBLE BIPOLAIRE :

D36

6 Rémission partielle : Le sujet présente encore certains symptômes de trouble maniaque sans toutefois répondre à tous les critères ou ne présente plus aucun symptôme notable depuis moins de deux mois après la fin de l'épisode maniaque.

7 Rémission complète : Le sujet ne présente aucun signe ni symptôme notables depuis six mois.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

D37

PASSER AU MODULE SUIVANT

⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DÉPRESSION MAJEURE :

6 Rémission partielle : Le sujet présente encore certains symptômes de dépression majeure sans toutefois répondre à tous les critères ou ne présente plus aucun symptôme notable depuis moins de deux mois. (Si l'épisode dépressif majeur était surajouté à un trouble dysthymique, on doit poser un diagnostic de trouble dysthymique une fois que le sujet ne répond plus à tous les critères nécessaires pour poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur).

7 Rémission complète : Le sujet ne présente aucun signe ni symptôme notables depuis deux mois.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ?

Âge de survenue du premier épisode dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

D38

PASSER AU MODULE SUIVANT

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CLASSIFICATION DE L'ÉPISODE ACTUEL (LA PIRE SEMAINE DES SIX DERNIERS MOIS :
(Il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour évaluer l'incapacité fonctionnelle.)

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE MANIAQUE :

- 1 Léger : Le sujet répond au nombre minimum de critères requis pour un diagnostic d'épisode maniaque.
- 2 Moyen : Augmentation extrême de l'activité ou altération du jugement.
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Le sujet requiert une surveillance presque continue pour lui éviter de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes maniaques typiques de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relation particulière avec une divinité ou un personnage illustre.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes maniaques typiques de surestimation de soi, de puissance, de savoir, d'identité ou de relation particulière avec une divinité ou un personnage illustre. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes mégalomaniaques) ou d'imposition de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER AU MODULE SUIVANT

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE MIXTE :

- 1 Léger : Le sujet répond au minimum des critères requis pour le diagnostic tant d'un épisode maniaque que d'un épisode dépressif majeur.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Le sujet requiert une surveillance presque continue pour lui éviter de se blesser ou de blesser quelqu'un d'autre.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes maniaques ou dépressifs typiques.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes maniaques ou dépressifs typiques. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes mégalomaniaques ni dépressifs), d'imposition de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (SYMPTÔMES D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ou (SYMPTÔMES D'ÉPISODE MANIAQUE) ?

Âge de survenue du premier épisode maniaque, mixte, hypomaniaque ou dépressif majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

(SUITE DE LA PAGE PRÉCÉDENTE)

⇒ SI L'ÉPISODE LE PLUS RÉCENT EST UN ÉPISODE DÉPRESSIF :

D43

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic, lesquels ne sont guère invalidants sur les plans professionnel ou social ou dans les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère sans caractéristiques psychotiques : Il existe plusieurs symptômes en plus de ceux requis pour poser le diagnostic ET ceux-ci ont des effets négatifs notables sur les plans professionnel ou social ou dans les relations du sujet avec autrui.
- 4 Caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu correspond tout à fait aux thèmes dépressifs typiques d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée.
- 5 Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur : Idées délirantes ou hallucinations dont le contenu ne correspond pas aux thèmes dépressifs typiques d'inadéquation personnelle, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. Il peut s'agir de symptômes comme des idées délirantes de persécution (n'ayant aucun lien direct avec des idées ou des thèmes dépressifs), d'imposition ou de divulgation de la pensée ou d'un syndrome d'influence.

QUESTION À POSER AU BESOIN :
Quel âge aviez-vous quand vous avez
commencé à (SYMPTÔMES
D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR) ?

Âge de survenue du premier épisode dépressif
majeur (SI LE SUJET NE SAIT PAS,
INSCRIRE 99)

D44

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

E. TROUBLES LIÉS À LA PRISE D'UN PSYCHOTROPE

**TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION D'ALCOOL
(PASSÉ OU PRÉSENT)**

Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées ? (Quelle quantité d'alcool buvez-vous ?)

Durant toute votre vie, à quelle époque votre consommation d'alcool a-t-elle été la plus élevée ? (Combien de temps cette période a-t-elle duré ?)

DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET ET INDIQUER À QUELLE ÉPOQUE CELLE-CI A ÉTÉ LE PLUS FORTE.

À ce moment-là...

à quelle fréquence buviez-vous ? _____

que buviez-vous ? En quelle quantité ? _____

À ce moment-là...

le fait de boire vous a-t-il causé des ennuis ?

quelqu'un s'est-il plaint du fait que vous buviez ?

SI UNE DÉPENDANCE À L'ALCOOL SEMBLE PROBABLE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE E.4. DÉPENDANCE À L'ALCOOL. _____

SI LE SUJET A DÉJÀ BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL LAISSE PERCEVOIR DES SIGNES DE DIFFICULTÉS RELIÉES À SA CONSOMMATION D'ALCOOL, CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE, À LA SECTION INTITULÉE « ABUS D'ALCOOL ».

SI LE SUJET N'A JAMAIS BU DE FAÇON EXCESSIVE OU S'IL NE LAISSE PERCEVOIR AUCUN SIGNE DE DIFFICULTÉS RELIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9. TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

E1

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

AU MOINS UN DES ITEMS DE A EST COTÉ "3".

1

3

E6

SI TOUTE DÉPENDANCE PHYSIQUE OU TOUT USAGE COMPULSIF DE L'ALCOOL SEMBLE PEU PLAUSIBLE, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL; SINON, CONTINUER AVEC LES QUESTIONS CONCERNANT LA DÉPENDANCE, PAGE E.4.

ABUS D'ALCOOL
CONTINUER
L'INTERROGATOIRE,
PAGE E.4,
DÉPENDANCE À
L'ALCOOL

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation.
(Préciser période problématique)

Au cours de cette période...

Vous est-il souvent arrivé de constater que, lorsque vous vous mettiez à boire, vous buviez beaucoup plus que prévu ?

SINON : Ou de constater que vous buviez beaucoup plus longtemps que prévu ?

Avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?

SI OUI : Avez-vous déjà arrêté complètement ?

(Combien de fois avez-vous essayé de diminuer ou d'arrêter ?)

SINON : Auriez-vous souhaité diminuer ou arrêter ? (Cela vous préoccupait-il beaucoup ?)

Avez-vous passé beaucoup de temps à boire, à être éméché(e) ou à vous remettre de votre ébriété ?

Vous est-il arrivé de boire si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression, de l'anxiété, de la difficulté à dormir, ou des éclipses ("blackouts") parce que vous buviez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous buviez ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à boire malgré tout ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation d'alcool inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoignent au moins trois des symptômes suivants, survenus n'importe quand durant une même période de 12 mois :

REMARQUE : LES CRITÈRES NE SONT PAS PRÉSENTÉS DANS LE MÊME ORDRE QUE DANS LE DSM-IV.

(3) souvent, l'alcool est consommé en quantité supérieure OU durant un laps de temps plus long que prévus.

? 1 2 3

E7

(4) Le sujet éprouve sans cesse le désir de diminuer ou de maîtriser sa consommation OU il déploie de vains efforts en ce sens.

? 1 2 3

E8

(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer de l'alcool, le consommer ou se remettre de ses effets.

? 1 2 3

E9

(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation d'alcool.

? 1 2 3

E10

(7) Le sujet continue à consommer de l'alcool tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par l'alcool (p.ex., continue à boire malgré l'aggravation d'un ulcère par l'alcool).

? 1 2 3

E11

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

<p>Vous a-t-il semblé que vous deviez boire beaucoup plus pour obtenir l'effet recherché que lorsque vous avez commencé à boire ?</p> <p>SI OUI : Combien plus ?</p> <p>SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité d'alcool avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?</p>	<p>(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> <p>(a) besoin de quantités nettement plus importantes d'alcool pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;</p> <p>(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.</p>	<p>? 1 2 3 E12</p>
<p>Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de boire ou de réduire votre consommation, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, comme...</p> <p>... de la transpiration ou des palpitations ?</p> <p>... un tremblement des mains ?</p> <p>... des troubles du sommeil ?</p> <p>... des nausées ou des vomissements ?</p> <p>... de l'agitation ?</p> <p>... de l'anxiété ?</p> <p>(Avez-vous eu des crises d'épilepsie, ou avez-vous vu, entendu ou ressenti des choses qui ne se passaient pas vraiment ?)</p>	<p>(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :</p> <p>(a) au moins <u>DEUX</u> des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - hyperactivité du système nerveux autonome (p.ex., transpiration, pouls supérieur à 100) - augmentation du tremblement des mains - insomnie - nausées ou vomissements - agitation - anxiété - crises d'épilepsie (grand mal) - illusions ou hallucinations visuelles, auditives ou tactiles transitoires 	<p>? 1 2 3 E13</p>
<p>SINON : Avez-vous déjà commencé la journée en prenant un verre, ou vous est-il souvent arrivé de boire pour éviter de d'être pris(e) de tremblements ou de vous sentir malade ?</p>	<p>(b) prise d'alcool (ou d'une substance de la classe des sédatifs, des hypnotiques ou des anxiolytiques) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.</p>	<p>? 1 2 3 E14</p>

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" – PAGES E.4 ET E.5) ? (Toutes ces manifestations se sont-elles produites à peu près durant la même période?)

AU MOINS TROIS DES ITEMS DE "A" (SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE, PAGES E.4 ET E.5) SONT COTÉS "3" ET SONT SURVENUS PENDANT UNE MÊME PÉRIODE DE 12 MOIS.

DÉPENDANCE À L'ALCOOL

Préciser :
 1 – Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
 2 – Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

PASSER À LA PAGE E.7, CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL (PAGES E.1 À E.3) N'ONT PAS ENCORE ÉTÉ POSÉES, PASSER À LA PAGE E.1 AFIN DE VÉRIFIER S'IL Y A ABUS D'ALCOOL.

SI LES QUESTIONS CONCERNANT L'ABUS D'ALCOOL ONT ÉTÉ POSÉES ET ONT PERMIS DE DIAGNOSTIQUER UN ABUS D'ALCOOL, COTER "3", CI-CONTRE; EN REVANCHE, SI ELLES N'ONT PAS PERMIS DE DIAGNOSTIQUER D'ABUS D'ALCOOL, PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

ABUS D'ALCOOL

Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'ABUS D'ALCOOL COTÉS "3") ?

Âge de survenue de l'abus d'alcool (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

DANS LE DOUTE : Avez-vous bu quoi que ce soit, au cours des 6 derniers mois ?

Le sujet a répondu aux critères de l'abus d'alcool au cours des 6 derniers mois.

ABUS PASSÉ

ABUS PRÉSENT

PASSER À LA PAGE E.9, TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES QUE L'ALCOOL.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

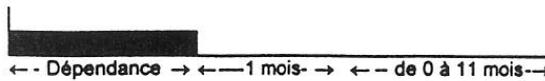
DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU D'ABUS D'ALCOOL PENDANT AU MOINS UN MOIS.

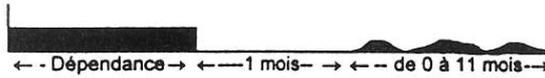
Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution (comportant la prise d'un agoniste) ou s'il vit en milieu supervisé (voir ci-dessous).

Nombre de mois écoulés depuis les dernières difficultés concernant la prise d'alcool : _____ E23

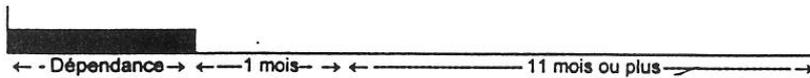
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois. E24



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



Cocher ci-contre : si le sujet suit un traitement de substitution, c'est-à-dire comportant la prise d'un agoniste des récepteurs de la substance envers laquelle il manifeste une dépendance : On lui a prescrit un agoniste (p.ex., Valium) et depuis un mois au moins, il ne répond à aucun critère de dépendance ou d'abus à l'endroit des produits de la classe envers laquelle il manifeste une dépendance (sauf à l'endroit de l'agoniste). Cette catégorie s'applique aussi aux sujets traités par un agoniste partiel ou par une association agoniste - antagoniste. _____ E25

Cocher ci-contre : si le sujet vit en milieu supervisé, c'est-à-dire où l'accès à l'alcool ou aux autres substances contrôlées est restreint, et s'il ne répond pas aux critères de dépendance ou d'abus d'alcool depuis au moins un mois. Exemples : milieu carcéral hautement supervisé où l'on ne tolère pas l'usage des drogues, communautés thérapeutiques et installations hospitalières sous verrous. _____ E26

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

**TROUBLES LIÉS À L'UTILISATION D'AUTRES SUBSTANCES
QUE L'ALCOOL
(DÉPENDANCE OU ABUS PASSÉ OU PRÉSENT)**

Maintenant, je vais vous interroger au sujet de l'usage que vous faites des drogues ou des médicaments.

PRÉSENTER AU SUJET LA LISTE DE PSYCHOTROPES.

Avez-vous déjà pris une de ces substances pour atteindre un état d'euphorie ou pour mieux dormir, ou encore, pour perdre du poids ou modifier votre humeur ?

DÉTERMINER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES ÉNUMÉRÉS À LA PAGE SUIVANTE À L'AIDE DES LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES CI-DESSOUS.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉVALUER LE DEGRÉ D'UTILISATION DES PSYCHOTROPES :	
POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE UTILISÉ :	Soit (A), soit (B), selon qu'il s'agit d'une drogue illicite ou d'un médicament:
⇒ S'IL S'AGIT D'UNE DROGUE ILLICITE : À quelle époque avez-vous consommé le plus de (NOMMER LA DROGUE) ? (Vous est-il arrivé d'en consommer au moins 10 fois par mois ?)	(A) Le sujet a déjà pris la drogue en question plus de 10 fois en l'espace d'un mois.
⇒ S'IL S'AGIT D'UN MÉDICAMENT: Vous est-il déjà arrivé de ne plus pouvoir vous passer de (NOMMER LE MÉDICAMENT) ou vous est-il déjà arrivé d'en prendre beaucoup plus que la dose recommandée ?	(B) Le sujet a ressenti une dépendance à un médicament OU en a utilisé en quantité supérieure aux doses recommandées.
À LA PAGE E. 10, VIS-À-VIS DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES,	
⇒ COTER "1" SI LE SUJET N'A JAMAIS UTILISÉ DE DROGUES DE CETTE CLASSE OU S'IL N'EN A UTILISÉ QU'UNE SEULE FOIS OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT, S'IL A PRIS LA SUBSTANCE CONFORMÉMENT AUX DIRECTIVES.	
⇒ COTER "2" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE DE CETTE CLASSE AU MOINS DEUX FOIS, MAIS À UNE FRÉQUENCE MOINDRE QUE CELLE DÉCRITE EN (A) CI-DESSUS.	
⇒ COTER "3" SI LE SUJET A UTILISÉ UNE DROGUE À LA FRÉQUENCE DÉCRITE EN (A) OU S'IL SOUFFRE PROBABLEMENT D'UNE DÉPENDANCE À UN MÉDICAMENT — C'EST-À-DIRE SI LA SITUATION DÉCRITE EN (B) EST VRAIE.	
? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme
	2 = symptôme infraliminaire
	3 = VRAI ou présence du symptôme

Sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ("downers")

Quaalude ("ludes"), Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril

Cannabis

Marijuana, haschisch ("hasch"), THC, "pot", herbe, mari, joint

Stimulants ("uppers")

Amphétamine, "speed", méthamphétamine ("crystal", "ice"), Dexedrine, Ritalin, anorexigènes ("coupe-faim", pilules pour maigrir)

Opiacés

Héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid

Cocaïne

Par prise intranasale ou i.v., "freebase", crack, "speedball"

Hallucinogènes (psychédéliques)

LSD (acide), mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, ecstasy, MDA

PCP

Phencyclidine, poudre d'ange

Autres

Séroïdes anabolisants, "colle", chlorure d'éthyle (fréon), solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), somnifères (pilules pour dormir) et anorexigènes (pilules pour maigrir) en vente libre

ENCERCLER LE NOM DE CHAQUE SUBSTANCE DONT LE SUJET A DÉJÀ FAIT USAGE (OU ÉCRIRE LE NOM DE LA SUBSTANCE SOUS "AUTRE". (Préciser période problématique)	INDIQUER DURANT QUELLE PÉRIODE LA CONSOMMATION A ÉTÉ LE PLUS ÉLEVÉE (ÂGE DU SUJET OU DATE ET DURÉE DE LA PÉRIODE) ET DÉCRIRE LES HABITUDES DE CONSOMMATION DU SUJET.	INDIQUER L'IMPORTANCE DE LA CONSOMMATION (SELON LES LIGNES DIRECTRICES, EN PAGE E.9)				
Au cours de cette période... Sédatifs, hypnotiques, anxiolytiques : Quaalude, Seconal, Valium, Xanax, Librium, barbituriques, Miltown, Ativan, Dalmane, Halcion, Restoril ou autre : _____ _____	_____	?	1	2	3	E27
Cannable : marijuana, haschisch, THC ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E28
Stimulants : amphétamines, "speed", méthamphétamine ("crystal"), Dexedrine, Ritalin, "ice" ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E29
Opiacés : héroïne, morphine, opium, méthadone, Darvon, codéine, Percodan, Demerol, Dilaudid ou autre non précisé : _____	_____	?	1	2	3	E30
Cocaïne : intranasale, I.V., "freebase", "crack", "speedball" ou autre non précisé : _____	_____	?	1	2	3	E31
Hallucinogènes et PCP : LSD, mescaline, peyotl, psilocybine, DOM (diméthoxyméthylamphétamine ou "STP"), champignons, PCP (poudre d'ange), ecstasy, MDA ou autre : _____	_____	?	1	2	3	E32
Autres : stéroïdes anabolisants, "coffe", solvants pour peinture, solvants volatils, oxyde nitreux (gaz hilarant), nitrite d'amyle ("popper"), anorexigènes (pilules pour maigrir) ou pilules pour dormir vendus sans ordonnance ou autres non précisés ou non déterminés : _____	_____	?	1	2	3	E33
AU MOINS UNE CATÉGORIE DE DROGUES A ÉTÉ COTÉE "2" OU "3"			1		3	E34
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASSER AU MODULE SUIVANT </div>						
? = information inappropriée	1 = drogue jamais consommée ou consommée une fois seulement	2 = drogue consommée de 2 à 10 fois par mois	3 = drogue consommée plus de 10 fois par mois ou dépendance à un médicament			

SI LE SUJET A CONSOMMÉ DES SUBSTANCES D'AU MOINS TROIS CLASSES DIFFÉRENTES ET S'IL SE PEUT QU'IL LES AIT CONSOMMÉES SANS DISCERNEMENT PENDANT UNE CERTAINE PÉRIODE, LUI POSER LA QUESTION SUIVANTE :

Vous m'avez dit que vous aviez déjà fait usage de (NOMMER LES SUBSTANCES) ou d'alcool. Y a-t-il eu une période au cours de laquelle vous avez consommé beaucoup de drogues différentes en même temps et où le type de drogue vous importait peu, du moment qu'il vous était possible d'atteindre un état euphorique ?

Pendant une même période de 12 mois, le sujet a consommé de façon répétée des psychotropes d'au moins trois classes différentes (exception faite de la caféine et de la nicotine), sans en privilégier un en particulier, et durant cette période, il a (probablement) répondu aux critères de la dépendance aux psychotropes dans leur ensemble, mais à aucun psychotrope en particulier.

REMARQUE : CHEZ LES SUJETS QUI, À UN MOMENT DONNÉ, ONT CONSOMMÉ PLUSIEURS SUBSTANCES SANS DISCERNEMENT ET QUI, AU COURS D'AUTRES PÉRIODES, EN ONT CONSOMMÉ CERTAINES EN PARTICULIER, EN RÉPONSE À CHACUNE DES QUESTIONS DES PAGES SUIVANTES, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS LA COLONNE INTITULÉE POLY (POLYTOXICOMANIE) ET DANS LA COLONNE DE CHAQUE CLASSE DE SUBSTANCES PERTINENTE.

1 2 3 E35

COTER LA COLONNE INTITULÉE POLY

SI AUCUNE DES CLASSES DE SUBSTANCES DE LA PAGE E.10 N'A ÉTÉ COTÉE "3", C'EST-À-DIRE S'IL Y A DES COTES "2" MAIS AUCUNE COTE "3", PASSER À LA PAGE E.21, ABUS DE PSYCHOTROPES.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DES PAGES E.12 À E.17, ENCERCLEZ LA COTE APPROPRIÉE DANS CHACUNE DES COLONNES CORRESPONDANT À UNE CLASSE DE SUBSTANCES COTÉE "3" À LA PAGE E.10.

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

Avez-vous passé beaucoup de temps à consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) ou à faire le nécessaire pour vous en procurer ? Est-ce que ça vous prenait beaucoup de temps à revenir à la normale après en avoir consommé ? (Combien de temps ? Plusieurs heures ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(5) Le sujet passe un temps considérable à faire le nécessaire pour se procurer le psychotrope, pour le consommer ou pour se remettre de ses effets.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E52	E53	E54	E55	E56	E57	E58	E59

Vous est-il arrivé de consommer (NOMMER LA SUBSTANCE) si souvent que vous négligiez votre travail, vos loisirs, votre famille ou vos amis ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(6) Le sujet abandonne ou réduit des activités importantes sur le plan social, professionnel ou récréatif, en raison de sa consommation du psychotrope.	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E60	E61	E62	E63	E64	E65	E66	E67

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Dépendance à d'autres substances que l'alcool

Page E. 14

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes psychologiques, comme de la dépression parce que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Avez-vous déjà eu des problèmes physiques sérieux, causés ou aggravés par le fait que vous preniez (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À L'UNE DES DEUX QUESTIONS CI-DESSUS : Avez-vous continué à en prendre malgré tout ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(7) Le sujet continue à consommer la substance tout en se sachant affligé d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent, probablement causé ou exacerbé par celle-ci (p.ex., continue à prendre de la cocaïne malgré la présence d'une dépression qu'il reconnaît comme étant attribuable à la cocaïne).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E68	E69	E70	E71	E72	E73	E74	E75

Vous a-t-il semblé que vous deviez prendre beaucoup plus de (NOMMER LA SUBSTANCE) pour atteindre un état de bien-être ou d'euphorie que lorsque vous avez commencé ?

SI OUI : Combien plus ?

SINON : Vous a-t-il semblé qu'une même quantité de (NOMMER LA SUBSTANCE) avait beaucoup moins d'effet qu'auparavant ?

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(1) tolérance, se manifestant soit par (a), soit par (b) :								
(a) besoin de quantités nettement plus importantes de la substance pour s'intoxiquer ou pour obtenir l'effet recherché;	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
(b) effet nettement moindre en cas d'ingestion continue de la même dose.	E76	E77	E78	E79	E80	E81	E82	E83

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

IL SE PEUT QUE LA QUESTION SUIVANTE NE S'APPLIQUE PAS DANS LE CAS DU CANNABIS ET CELUI DES HALLUCINOGENES ET DE LA PCP.

Lorsqu'il vous est arrivé de cesser de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) ou d'en réduire les doses, avez-vous éprouvé des symptômes de sevrage, autrement dit, cela vous a-t-il rendu(e) malade ?

SI OUI : Quel genre de symptômes avez-vous ressentis ? (CONSULTER LA LISTE DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À LA PAGE E.16)

SI LE SUJET A ÉPROUVÉ DES SYMPTÔMES DE SEVRAGE : Vous est-il souvent arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE), après quelques heures ou plus d'abstinence, afin d'éviter d'avoir de tels symptômes ?

Vous est-il arrivé de prendre (NOMMER DES SUBSTANCES DE LA MÊME CLASSE QUE LE PSYCHOTROPE EN QUESTION), lorsque vous éprouviez (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE RESENTIS PAR LE SUJET) afin de vous sentir mieux ?

(2) sevrage, se manifestant soit par (a), soit par (b) :	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL ET PCP	POLY	AUTRE
(a) le syndrome de sevrage caractéristique de la substance en question	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
(b) la prise de la substance en question (ou d'une substance apparentée) pour éviter ou soulager les symptômes de sevrage.	1	1	1	1	1	1	1	1
	?	?	?	?	?	?	?	?
	E84	E85	E86	E87	E88	E89	E90	E91

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES SYMPTÔMES DE SEVRAGE À DIVERS TYPES DE PSYCHOTROPES
(TIRÉS DES CRITÈRES DU DSM-IV)

On trouvera ci-dessous la liste des symptômes de sevrage à diverses classes de psychotropes dont le syndrome de sevrage a été défini. (REMARQUE : On n'a pas défini de syndrome de sevrage au CANNABIS ainsi qu'aux HALLUCINOGENES et à la PCP.) Des symptômes de sevrage peuvent se manifester après l'arrêt d'une consommation prolongée d'un psychotrope, en quantités modérées ou fortes, ou encore, par suite d'une diminution de la dose.

SÉDATIFS, HYPNOTIQUES ET ANXIOLYTIQUES

Au moins deux des symptômes suivants, pouvant se manifester entre quelques heures et quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes, d'un sédatif, d'un hypnotique ou d'un anxiolytique :

- (1) hyperactivité du système neurovégétatif (p.ex., transpiration, tachycardie [pouls supérieur à 100])
- (2) augmentation du tremblement des mains
- (3) insomnie
- (4) nausées et vomissements
- (5) illusions ou hallucinations visuelles, tactiles ou auditives transitoires
- (6) agitation
- (7) anxiété
- (8) crises d'épilepsie (grand mal)

STIMULANTS ET COCAÏNE

Dysphorie ET au moins deux des modifications physiologiques suivantes, apparaissant quelques heures ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée, à des doses fortes :

- (1) fatigue
- (2) rêves frappants et pénibles
- (3) insomnie ou hypersomnie
- (4) augmentation de l'appétit
- (5) ralentissement psychomoteur ou agitation

OPIACÉS

Au moins trois des symptômes suivants apparaissant quelques minutes ou quelques jours après l'arrêt (ou la diminution) d'une consommation prolongée (plusieurs semaines au moins) d'un opiacé, à des doses fortes, ou après l'administration d'un antagoniste d'un opiacé (après une période de consommation d'un opiacé) :

- (1) dysphorie
- (2) nausées ou vomissements
- (3) douleurs musculaires
- (4) larmoiements ou rhinorrhée
- (5) dilatation pupillaire, pilo-érection ou transpiration
- (6) diarrhée
- (7) bâillements
- (8) fièvre
- (9) insomnie

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quand vous est-il arrivé de (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DÉPENDANCE COTÉS "3" - PAGES E.12 À E.15) ? Ces manifestations sont-elles toutes survenues à peu près à la même période?

DÉPENDANCE À UN PSYCHOTROPE : Au moins trois symptômes de dépendance sont cotés "3" ET sont survenus pendant une même période de 12 mois.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	E92	E93	E94	E95	E96	E97	E98	E99

Préciser le type de dépendance :

- Avec dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet présente des signes de tolérance ou de sevrage)
- Sans dépendance physique (à l'heure actuelle, le sujet ne présente aucun signe de tolérance ni de sevrage)

	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E100	E101	E102	E103	E104	E105	E106	E107

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "3", PASSER AUX QUESTIONS CONCERNANT LA CHRONOLOGIE, PAGE E.18.

Moins de 3 symptômes de dépendance sont cotés "3".

	1	1	1	1	1	1	1	1
	E108	E109	E110	E111	E112	E113	E114	E115

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉE "1" CI-DESSUS, PASSER À LA PAGE E.21. ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT) ET POSER LES 4 QUESTIONS RELATIVES À L'ABUS.

CHRONOLOGIE DE LA DÉPENDANCE

DANS LE DOUTE : Avez-vous pris (NOMMER LA SUBSTANCE), au cours des 6 derniers mois ?

SI OUI : Le fait de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) vous a-t-il causé des ennuis ?

Vous est-il arrivé d'être dans un état euphorique au travail ou à l'école ou alors que vous preniez soin d'un enfant ? Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important parce que vous étiez dans un état euphorique ou en train de vous remettre d'une intoxication ? Vous est-il arrivé de conduire en prenant (NOMMER LA SUBSTANCE) ? Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de vos habitudes de consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

REMARQUE : IL SE PEUT QUE VOUS AYEZ À CONSULTER LES CRITÈRES D'ABUS À LA PAGE E.21.

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
Le sujet a répondu à tous les critères de la dépendance au cours des 6 derniers mois (ou n'a pas connu un mois sans symptômes de dépendance ou d'abus depuis la survenue de sa dépendance).	3 E116	3 E117	3 E118	3 E119	3 E120	3 E121	3 E122	3 E123

PRÉCISER LA GRAVITÉ DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE À CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "3", À LA PAGE SUIVANTE.

Le sujet n'a présenté aucun symptôme de dépendance ou d'abus au cours des 6 derniers mois ou répond à une partie des critères, après une période d'un mois sans symptômes.	1 E124	1 E125	1 E126	1 E127	1 E128	1 E129	1 E130	1 E131
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPE COTÉ "1", INDIQUER LE TYPE DE RÉMISSION, À LA PAGE E.20.

COTER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE À CHAQUE TYPE DE PSYCHOTROPE AUQUEL LE SUJET EST DÉPENDANT ACTUELLEMENT.

SE SERVIR DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS POUR ÉVALUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ DE LA DÉPENDANCE PENDANT LA PIRE SEMAINE DES 6 DERNIERS MOIS (il sera peut-être nécessaire de poser des questions additionnelles pour connaître les effets du psychotrope sur la vie sociale et professionnelle du sujet).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	1	1	1	1	1	1	1	1
	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	3	3	3	3	3	3	3
	E132	E133	E134	E135	E136	E137	E138	E139

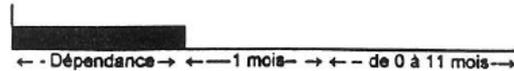
- 1 Légère : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes n'entraînent qu'une légère incapacité sur le plan professionnel ou dans les activités sociales ou les relations du sujet avec autrui.
- 2 Moyenne : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic et ces symptômes nuisent grandement aux activités professionnelles ou sociales habituelles du sujet ou encore à ses relations avec autrui.

DÉPENDANCE — TYPES DE RÉMISSION

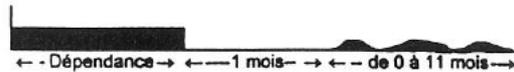
DÉTERMINER LE TYPE DE RÉMISSION UNIQUEMENT SI, À UN MOMENT OU À UN AUTRE DANS LE PASSÉ, LE SUJET N'A RÉPONDU À AUCUN CRITÈRE DE DÉPENDANCE OU D'ABUS PENDANT AU MOINS UN MOIS.

Remarque : On ne doit pas préciser le type de rémission si le sujet suit un traitement de substitution ou s'il vit en milieu supervisé (voir la définition de ces termes en page E.8).

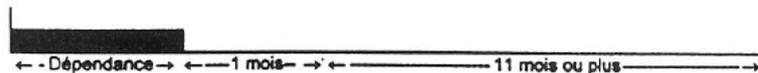
- 1 Rémission complète au stade précoce : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois.



- 2 Rémission partielle au stade précoce : Le sujet a répondu à au moins un critère de dépendance ou d'abus pendant au moins un mois, mais moins de 12 mois (sans répondre au nombre de critères nécessaires pour poser un diagnostic de dépendance).



- 3 Rémission complète et soutenue : Le sujet n'a répondu à aucun critère de dépendance ni d'abus pendant une période de 12 mois ou plus.



- 4 Rémission partielle et soutenue : Pendant une période de 12 mois ou plus, le sujet n'a pas répondu au nombre de critères requis pour poser un diagnostic de dépendance ou d'abus; cependant, il a répondu à au moins un de ces critères.



PRÉCISER LE TYPE DE RÉMISSION AU MOYEN DE L'ÉCHELLE CI-DESSOUS.	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
Rémission complète au stade précoce :	1	1	1	1	1	1	1	1
Rémission partielle au stade précoce :	2	2	2	2	2	2	2	2
Rémission complète et soutenue :	3	3	3	3	3	3	3	3
Rémission partielle et soutenue :	4	4	4	4	4	4	4	4
Cocher si le sujet suit un traitement de substitution (prise d'un agoniste) :	—	—	—	—	—	—	—	—
Cocher si le sujet vit dans un milieu supervisé :	—	—	—	—	—	—	—	—
	E140	E141	E142	E143	E144	E145	E148	E147

ABUS DE PSYCHOTROPES (PASSÉ OU PRÉSENT)

⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "2" À LA PAGE E.10 (C'EST-À-DIRE, POUR LES SUBSTANCES CONSOMMÉES MOINS DE 10 FOIS PAR MOIS), COMMENCER LA PRÉSENTE SECTION PAR LA PHRASE SUIVANTE :

Maintenant, je vais vous poser quelques questions précises concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "2").

⇒ POUR CHAQUE CLASSE DE PSYCHOTROPES COTÉE "1", À LA PAGE E.17, POUR LAQUELLE LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE :

Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions additionnelles concernant vos habitudes de consommation de (NOMMER LES SUBSTANCES COTÉES "3" POUR LESQUELLES LE SUJET N'A PAS RÉPONDU AUX CRITÈRES DE DÉPENDANCE).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Des habitudes de consommation de psychotropes inappropriées entraînant une détresse ou un handicap marqués sur le plan clinique, comme en témoigne au moins un des symptômes suivants, survenu durant une période de 12 mois :

Après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), vous est-il souvent arrivé d'être intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication, à un moment où vous deviez vous occuper de choses importantes, par exemple lorsque vous étiez au travail ou à l'école ou que vous deviez prendre soin d'un enfant ?

SINON : Vous est-il arrivé de manquer quelque chose d'important, par exemple, le travail, l'école ou un rendez-vous parce que vous étiez intoxiqué(e) ou dans un état euphorique ou encore, en train de vous remettre d'une intoxication ?

SI LE SUJET A RÉPONDU OUI AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

(1) consommation répétée d'un psychotrope rendant le sujet incapable de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison (p. ex., absences répétées du travail ou rendement médiocre lié à la consommation d'un psychotrope; absences, suspensions ou expulsions de l'école liées à la consommation d'un psychotrope; négligence dans la garde des enfants ou les soins du ménage).	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E148	E149	E150	E151	E152	E153	E154	E155

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

SCID-I (DSM-IV)

Abus de substances autres que l'alcool

Page E. 22

Vous est-il déjà arrivé de prendre (NOMMER LA SUBSTANCE) à un moment où il était dangereux de le faire ? (Vous est-il arrivé de conduire après avoir pris (NOMMER LA SUBSTANCE), lorsque vous étiez dans un tel état euphorique que cela comportait certains risques ?)

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(2) consommation répétée d'un psychotrope dans des situations où celle-ci pourrait s'avérer dangereuse (p.ex., conduite d'un véhicule ou d'une machine)	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E156	E157	E158	E159	E160	E161	E162	E163

Avez-vous eu des ennuis avec la justice à cause de votre consommation de (NOMMER LA SUBSTANCE) ?

SI OUI, QUESTION À POSER AU BESOIN : À quelle fréquence cela vous est-il arrivé ? (À quelle époque et pendant combien de temps ?)

	SÉD., HYPN., ANXIOL.	CANN.	STIM.	OPIAC.	COC.	HAL. ET PCP	POLY	AUTRE
(3) difficultés répétées avec la justice, liées à la consommation d'un psychotrope (p.ex., arrestations pour incohérence liée à la consommation d'une substance).	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1
	E164	E165	E166	E167	E168	E169	E170	E171

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

F. TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE PANIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

<p>Vous est-il déjà arrivé d'avoir une attaque de panique, de vous sentir, tout à coup, saisi(e) de frayeur ou d'anxiété ou d'éprouver de nombreux symptômes ?</p> <p>SI OUI : Ces attaques sont-elles survenues soudainement, vous prenant par surprise dans des situations où vous ne vous attendiez pas à vous sentir nerveux(se) ou mal à l'aise ?</p> <p>DANS LE DOUTE : Combien d'attaques de ce genre avez-vous déjà eues ? (Au moins deux ?)</p>	<p>A. (1) Attaques de panique imprévues et récurrentes.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">?</td> <td style="padding-right: 10px;">1</td> <td style="padding-right: 10px;">2</td> <td style="padding-right: 10px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	?	1	2	3					<p>F1</p>
?	1	2	3								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP) </div>											
<p>Après ce genre d'attaque...</p> <p>Vous êtes-vous inquiété(e) à l'idée qu'il y avait peut-être quelque chose de grave qui clochait chez vous, par exemple que vous aviez eu une crise cardiaque ou que vous étiez en train de devenir fou (folle) (Combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)</p> <p>SI NON : Aviez-vous très peur d'être victime d'une autre attaque ? (Pendant combien de temps vous êtes-vous inquiété(e) ?) (Au moins un mois ?)</p>	<p>(2) Au moins une des attaques a été suivie pendant un mois (ou plus) de l'un des comportements suivants :</p> <p>(b) inquiétude concernant les causes possibles de l'attaque ou ses conséquences (p. ex., perdre la maîtrise de soi, être victime d'une crise cardiaque, "devenir fou");</p> <p>(a) peur persistante d'être victime d'autres attaques;</p>	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">?</td> <td style="padding-right: 10px;">1</td> <td style="padding-right: 10px;">2</td> <td style="padding-right: 10px;">3</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	?	1	2	3					<p>F2</p>
?	1	2	3								

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

1. UNIPANORASCI01.F1.DOC

SI NON : Avez-vous changé vos habitudes en raison de ces attaques (par exemple, avez-vous évité de sortir seul(e) ou d'aller à certains endroits ? Avez-vous fui certaines activités, comme l'exercice ? Avez-vous fait en sorte d'être toujours proche d'une salle de bain ou d'une sortie ?)

(c) changement marqué du comportement par peur d'une autre attaque.

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

VÉRIFIER SI LES SYMPTÔMES DU SUJET CORRESPONDENT AUX CRITÈRES D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE.

À quand remonte votre dernière attaque grave ? Qu'avez-vous remarqué en premier ? Que s'est-il passé ensuite ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : Les symptômes sont-ils apparus tout à coup ?

Les symptômes sont survenus brusquement et ont atteint leur paroxysme en moins de 10 minutes.

? 1 2 3 F3

SI OUI : Quel intervalle s'est écoulé entre le début des symptômes et le moment où l'attaque est devenue vraiment très grave ? (Moins de 10 minutes ?)

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

Pendant cette attaque...

...votre cœur battait-il très vite, très fort ou de façon irrégulière ?

(1) palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie);

? 1 2 3 F4

... avez-vous transpiré ?

(2) transpiration;

? 1 2 3 F5

...vous êtes-vous mis(e) à trembler ou avez-vous été pris(e) de brusques secousses ?

(3) tremblements ou secousses musculaires;

? 1 2 3 F6

...étiez-vous essouffé(e) ? (aviez-vous de la difficulté à reprendre votre souffle ?)

(4) dyspnée ou sensation d'essouffement;

? 1 2 3 F7

...avez-vous eu l'impression que vous alliez étouffer ou suffoquer ?

(5) sensation d'étouffement, de suffocation;

? 1 2 3 F8

...avez-vous ressenti des douleurs ou une certaine gêne dans la poitrine ?

(6) douleur ou gêne thoracique;

? 1 2 3 F9

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

<p>...avez-vous eu des nausées, mal au cœur ou l'impression que vous alliez avoir la diarrhée ?</p>	<p>(7) nausée ou gêne abdominale;</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F10</p>
<p>...vous êtes-vous senti(e) étourdi(e) ou aviez-vous l'impression d'être sur le point de perdre l'équilibre ou de vous évanouir ?</p>	<p>(8) étourdissements ou impression de perdre l'équilibre ou d'être sur le point de s'évanouir;</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F11</p>
<p>...les choses qui vous entouraient vous ont-elles semblé irréelles ou vous êtes-vous senti détaché(e) de ce qui vous entourait ou d'une partie de vous-même ?</p>	<p>(9) dépersonnalisation ou déréalisation; <i>(corps) (environnement externe).</i></p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F12</p>
<p>...avez-vous eu peur de devenir fou (folle) ou de perdre la tête et de commettre un acte irréfléchi ?</p>	<p>(10) peur de perdre la tête ou de sombrer dans la folie;</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F13</p>
<p>...avez-vous eu peur de mourir ?</p>	<p>(11) peur de mourir;</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F14</p>
<p>...avez-vous ressenti des picotements ou un engourdissement de certaines parties du corps ?</p>	<p>(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotement);</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F15</p>
<p>...avez-vous eu des bouffées de chaleur ou des frissons ?</p>	<p>(13) bouffées de chaleur ou frissons.</p>	<p>?</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>F16</p>
	<p>★ AU MOINS 4 SYMPTÔMES SONT COTÉS "3".</p>	<p>?</p>	<p>1</p>		<p>3</p>	<p>F17</p>

PASSER À LA PAGE F.8 (ASATP)

<p>? = information inappropriée</p>	<p>1 = FAUX ou absence du symptôme</p>	<p>2 = symptôme infraliminaire</p>	<p>3 = VRAI ou présence du symptôme</p>
-------------------------------------	--	------------------------------------	---

Quelque temps avant la survenue de vos premières attaques de panique, preniez-vous des médicaments, des stimulants (caféine, pilules pour maigrir) ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez eu vos attaques de panique, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les attaques de panique ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

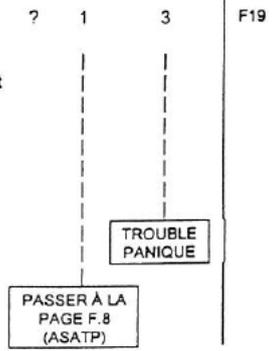
S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES ATTAQUES DE PANIQUE ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, troubles vestibulaires, épilepsie et troubles cardiaques (p.ex., arythmie, tachycardie supraventriculaire).

Par intoxication, on entend : l'intoxication par le cannabis ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépresseur du système nerveux central (alcool ou barbiturique).



D. On peut écarter les troubles mentaux suivants comme causes possibles des attaques de panique : trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., réaction à des stimuli associés à un grave facteur de stress), angoisse de séparation ou phobie sociale (se manifestant dans des situations sociales inspirant certaines peurs).



? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infrequent

3 = VRAI ou présence du symptôme

(3) On peut écarter les autres troubles mentaux suivants comme causes possibles de l'anxiété ou de l'évitement phobique : phobie sociale (p.ex., évite certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), phobie spécifique (p.ex., évite des situations précises, comme l'utilisation d'un ascenseur), trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., évite la saleté par peur de la contamination), état de stress post-traumatique (p.ex., évite des stimuli associés à un grave facteur de stress) ou angoisse de séparation (p.ex., évite de quitter la maison ou ses proches).

REMARQUE : ENVISAGER UNE PHOBIE SPÉCIFIQUE, SI LA PEUR SE LIMITE À UNE OU À QUELQUES SITUATIONS SOCIALES PRÉCISES, OU UNE PHOBIE SOCIALE, SI LA PEUR SE LIMITE AUX SITUATIONS SOCIALES.

?	1	2	3	F22
TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE				
PASSER À LA PAGE F.7 (CHRONOLOGIE)				

LES CRITÈRES B(1), B(2) ET B(3) SONT COTÉS "3".

?	1	3	F23
TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE			
TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE			

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

**AGORAPHOBIE SANS
ANTÉCÉDENT DE TROUBLE
PANIQUE (AŞATP)**

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de sortir seul(e), d'être dans une foule ou une file d'attente, de prendre l'autobus ou le train ?
Que craigniez-vous ?

A. Présence d'agoraphobie :

? 1 2 3

F29

(1) Peur de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels le sujet pourrait ne pas trouver de secours **en cas de symptômes rappelant ceux d'une attaque de panique** (p.ex., étourdissements, diarrhée). Les peurs agoraphobiques correspondent habituellement à un ensemble de situations caractéristiques, comme le fait de se trouver seul hors de chez soi, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

PASSER À LA PAGE
F.13
(PHOBIE SOCIALE)

COCHER LES SYMPTÔMES QUE LE SUJET REDOUTE :

une attaque comportant peu de symptômes (une attaque ressemblant à de la panique, mais comportant moins de quatre symptômes)

_____ F30

étourdissement ou chute

_____ F31

dépersonnalisation ou déréalisation

_____ F32

perte de la maîtrise sphinctérienne, vésicale ou intestinale

_____ F33

vomissement

_____ F34

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

LES CRITÈRES A(1), A(2) ET A(3) SONT COTÉS "3".

? 1 3 F39

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Quelque temps avant la survenue de ce genre de peurs, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de peurs, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

C. Les peurs ne sont pas directement attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

F40

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ÉPROUVÉE PAR LE SUJET ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.
PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B12, porphyrie, tumeurs du S.N.C., troubles vestibulaires et encéphalite.

Par **intoxication**, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif ou hypnotique).

CONTINUER

D. S'il existe une maladie physique concomitante, les peurs décrites en A sont de toute évidence plus prononcées que celles habituellement associées à cette maladie.

? 1 2 3

F41

PASSER À LA PAGE F.13 (PHOBIE SOCIALE)

AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, avez-vous évité (NOMMER LES SITUATIONS PHOBOGÈNES) ?	Les symptômes éprouvés par le sujet au cours des 6 derniers mois satisfont aux critères de l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique.	?	1	2	3	F42
---	---	---	---	---	---	-----

<p>INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :</p> <p>1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.</p> <p>2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».</p> <p>3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.</p> <p>PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).</p>	F43
---	-----

<p>SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES D'AGORAPHOBIE SANS ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE :</p> <p>4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.</p> <p>5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'agoraphobie sans trouble panique, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.</p> <p>6 Antécédents d'agoraphobie sans trouble panique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE) pour la dernière fois ?</td> <td style="width: 50%;">Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans trouble panique : — — —</td> </tr> </table>	Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE) pour la dernière fois ?	Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans trouble panique : — — —	F44
Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE) pour la dernière fois ?	Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'agoraphobie sans trouble panique : — — —		

<p>ÂGE DE SURVENUE DE L'AGORAPHOBIE SANS TROUBLE PANIQUE</p> <p>QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES D'AGORAPHOBIE ÉPROUVÉS) ?</p> <p>Âge de survenue de l'agoraphobie sans trouble panique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) — —</p>	F46
--	-----

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

PHOBIE SOCIALE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

<p>Y a-t-il des choses que vous avez peur de faire en public ou que vous n'osez pas faire en public, comme parler, manger ou écrire ?</p> <p>Pourriez-vous me décrire ce genre de situation ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous faisait peur quand _____ ?</p> <p>SI LE SUJET A SEULEMENT PEUR DE PARLER EN PUBLIC : (Pensez-vous que vous êtes plus mal à l'aise que la plupart des gens dans une telle situation ?)</p>	<p>A. Peur marquée et persistante d'une ou de plusieurs situations publiques ou sociales dans lesquelles le sujet est en contact avec des gens qu'il ne connaît pas ou est exposé à l'éventuelle attention d'autrui, et dans lesquelles il craint d'agir de façon humiliante ou embarrassante (ou de montrer des signes d'anxiété).</p> <p>SITUATIONS PHOBOGÈNES (Cocher) :</p> <p>Parler en public _____</p> <p>Manger en présence d'autrui _____</p> <p>Écrire en présence d'autrui _____</p> <p>Général (la plupart des situations sociales) _____</p> <p>Autres (Préciser : _____)</p> <p>Remarque : Les adolescents doivent pouvoir entretenir des relations sociales avec leurs proches; l'anxiété doit se manifester non seulement en présence d'adultes, mais aussi en présence de jeunes du même âge.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>-----</p>	<p>F47</p> <p>F48</p> <p>F49</p> <p>F50</p> <p>F51</p> <p>F52</p>
<p>Avez-vous toujours éprouvé de l'anxiété lorsque vous deviez (NOMMER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?</p>	<p>B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque presque toujours de l'anxiété; celle-ci peut prendre l'aspect d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par une situation donnée.</p> <p>Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises, une attitude figée ou la fuite.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>-----</p>	<p>F53</p>

PASSER À LA PAGE F. 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

PASSER À LA PAGE F. 18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

Pensiez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : Cette caractéristique peut être absente chez les enfants.

? 1 2 3

F54

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

SI LA RÉPONSE N'EST PAS CLAIRE : Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter _____ ?

D. La ou les situations phobogènes sont évitées; sinon, elles sont vécues avec une grande anxiété.

? 1 2 3

F55

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

SI NON : Quelle difficulté cela représente-il pour vous de _____ ?

SI L'IMPORTANT DES PEURS N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point cette peur vous empêchait-elle de vivre une vie normale ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfèrent de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaires), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F56

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : À quel point cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir ce genre de peurs ?

SI LE SUJET EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS : (Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3

F57

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée

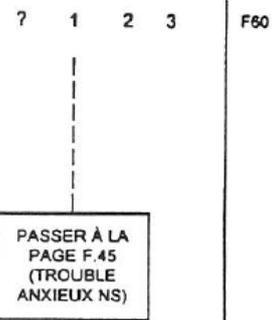
1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

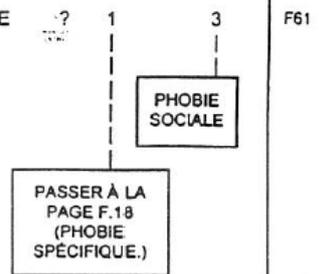
3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT : REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'INTERROGATOIRE TERMINÉ.

H. S'il existe une maladie physique ou un autre trouble mental, la peur décrite en A n'y est pas reliée, p.ex., il ne s'agit pas de la peur de bégayer ou de trembler (chez un sujet atteint de la maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement alimentaire anormal (chez les sujets atteints d'anorexie mentale ou de boulimie).



LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G ET H DE LA PHOBIE SOCIALE SONT COTÉS "3".



? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE LA PHOBIE SOCIALE

DANS LE DOUTE : Au cours des 6 derniers mois, est-ce que cela vous a dérangé de devoir (SITUATION PHOBOGÈNE) ?

Le sujet a répondu aux critères diagnostiques de la phobie sociale au cours des 6 derniers mois. ? 1 3

F62

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

F63

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE PHOBIE SOCIALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la phobie sociale mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de phobie sociale dans le passé, mais prenant un anxiolytique et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de phobie sociale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

F64

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de phobie sociale : _ _ _

F65

ÂGE DE SURVENUE DE LA PHOBIE SOCIALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (CITER LES SYMPTÔMES DE PHOBIE SOCIALE ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) ?

Âge de survenue de la phobie sociale (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _ _

F66

PASSER À LA PAGE F.18 (PHOBIE SPÉCIFIQUE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

PHOBIE SPÉCIFIQUE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

<p>Y a-t-il d'autres choses qui vous ont effrayé(e) ou qui vous effraient particulièrement, comme les voyages en avion, la vue du sang, les piqûres, les hauteurs, les espaces clos ou certains animaux ou insectes ?</p>	<p>A. Le sujet éprouve une peur marquée et persistante, excessive et irrationnelle, suscitée par la vue d'un objet ou l'anticipation d'une situation en particulier (p. ex., déplacements en avion, hauteurs, animaux, injections, vue du sang).</p>	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">?</td> <td style="padding-right: 10px;">1</td> <td style="padding-right: 10px;">2</td> <td style="padding-right: 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px dashed black; height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	?	1	2	3					<p>F67</p>
?	1	2	3								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF) </div>											
<p>Expliquez-moi en quoi consistent vos peurs.</p> <p>Que craignez-vous qu'il se produise quand vous (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?</p> <p>Avez-vous toujours ressenti de la peur quand (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?</p>	<p>B. L'exposition au(x) stimulus(li) phobogène(s) provoque, de façon quasi systématique, une réaction anxieuse immédiate, qui peut prendre la forme d'une attaque de panique provoquée ou favorisée par la situation dans laquelle se trouve le sujet. Remarque : Chez l'enfant, l'anxiété peut se manifester par des pleurs, des crises ou une attitude figée ou l'enfant peut avoir tendance à s'accrocher à quelqu'un d'autre.</p>	<table border="0"> <tr> <td style="padding-right: 10px;">?</td> <td style="padding-right: 10px;">1</td> <td style="padding-right: 10px;">2</td> <td style="padding-right: 10px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-left: 1px dashed black; height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	?	1	2	3					<p>F68</p>
?	1	2	3								
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF) </div>											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"> ? = information inappropriée </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> 1 = FAUX ou absence du symptôme </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> 2 = symptôme infraliminaire </td> <td style="width: 25%; text-align: center;"> 3 = VRAI ou présence du symptôme </td> </tr> </table>				? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme				
? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme								

Pensiez-vous que votre peur était exagérée ou injustifiée ?

C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou irrationnelle de sa peur. Remarque : cette caractéristique peut être absente chez l'enfant.

? 1 2 3

F69

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

Faisiez-vous des efforts particuliers pour éviter (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ? (Y a-t-il des choses que vous évitiez de faire mais que vous auriez faites, n'eut été de cette peur ?)

D. L'objet ou la situation phobogène sont évités ou vécus avec beaucoup d'anxiété ou de détresse.

? 1 2 3

F70

SI NON : À quel point éprouvez-vous (ou avez-vous éprouvé) de la difficulté à (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

SI L'IMPORTANCE DE LA PEUR N'EST PAS ÉVIDENTE : À quel point (LA PHOBIE) vous a-t-elle empêché(e) de vivre une vie normale ? (Y a-t-il des choses que vous avez évitées parce vous aviez peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

E. La conduite d'évitement, la peur anticipée ou la détresse éprouvée au cours des situations phobogènes interfère de façon marquée avec les activités habituelles du sujet ou avec son rendement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou il existe un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir ce genre de peurs.

? 1 2 3

F71

SI LE SUJET PEUT QUAND MÊME VIVRE UNE VIE NORMALE : Dans quelle mesure cela vous a-t-il dérangé(e) d'avoir peur de (ÉNONCER LA SITUATION PHOBOGÈNE) ?

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

SI LE SUJET A MOINS DE 18 ANS : Depuis combien de temps éprouvez-vous ce genre de peurs ?

F. Sujets de moins de 18 ans : les peurs existent depuis 6 mois au moins.

? 1 2 3

F72

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION APRÈS AVOIR TERMINÉ LES SECTIONS SUR L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF.

G. On peut écarter les autres troubles mentaux comme causes possibles de l'anxiété, des attaques de panique ou de l'évitement phobique associés à un objet ou à une situation en particulier; soit, le trouble obsessionnel-compulsif (p.ex., peur de la contamination), l'état de stress post-traumatique (p.ex., évitement des stimuli associés à un grave facteur de stress), l'angoisse de séparation (p.ex., évitement de l'école), la phobie sociale (p.ex., évitement de certaines situations sociales par peur d'être mal à l'aise), le trouble panique avec agoraphobie ou l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique.

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F ET G DE LA PHOBIE SPÉCIFIQUE SONT COTÉS "3".

1 3

PHOBIE SPÉCIFIQUE

PASSER À LA PAGE F.22 (TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF)

COCHER LE TYPE DE PHOBIE :
(Cocher tous ceux qui s'appliquent)

Phobie de certains animaux (y compris des insectes) _____ F75

Phobie liée à l'environnement (orages, hauteurs, eau) _____ F76

Phobie liée au sang, aux plaies ou aux piqûres (y compris la vue du sang ou d'une plaie ou la peur des injections ou des interventions invasives) _____ F77

Phobie liée à une situation spécifique (transports en commun, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages en avion, conduite automobile, espaces clos) _____ F78

Autres types de phobie (p. ex., peur de situations au cours desquelles le sujet pourrait s'étouffer, vomir ou contracter une maladie) _____ F79

Préciser : _____

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Soit des obsessions ou des compulsions. Obsessions, définies par les critères (1), (2), (3) et (4) :

Vous est-il déjà arrivé d'avoir des pensées absurdes qui vous revenaient sans cesse à l'esprit même si vous essayiez de les chasser ?

(Quelles sortes de pensées ?)

SI LE SUJET N'EST PAS CERTAIN D'AVOIR COMPRIS LA QUESTION : Par exemple, avoir l'idée de faire du mal à quelqu'un, même si vous ne le vouliez pas vraiment ou être obsédé par la peur des microbes ou de la saleté.

Quand vous aviez ces pensées, vous efforciez-vous de les chasser de votre esprit ? (Comment faisiez-vous?)

DANS LE DOUTE : D'où vous venaient ces pensées obsédantes, à votre avis ?

(1) Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui, à un moment ou à un autre sont ressenties comme faisant intrusion dans la conscience du sujet, sont éprouvées comme étant absurdes et lui causent beaucoup d'anxiété et de détresse.

(2) Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant des difficultés de la réalité vécue.

(3) Le sujet essaie d'ignorer ou de réprimer ces pensées ou de les neutraliser par d'autres pensées ou d'autres actions.

(4) Le sujet reconnaît que les pensées, les impulsions ou les représentations obsédantes sont le produit de ses propres pensées, qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur, comme dans certaines idées délirantes.

?	1	2	3	F85
?	1	2	3	F86
?	1	2	3	F87
?	1	2	3	F88

PAS D'OBSSESSIONS
PASSER À LA PAGE
SUIVANTE

OBSESSIONS

INDIQUER EN QUOI CONSISTENT LA OU LES OBSESSIONS :

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

SI LE DIAGNOSTIC N'EST PAS ENCORE ÉVIDENT, REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION UNE FOIS L'ENTREVUE TERMINÉE.

D. En présence d'un autre trouble de l'axe I, le contenu de l'obsession ou de la compulsion ne se résume pas à celui de l'autre trouble (p.ex., obsessions de la nourriture, en cas de trouble de l'alimentation, ou de la drogue, en cas de trouble lié à l'utilisation de psychotropes, obsessions concernant l'apparence, en cas de dysmorphophobie; peur obsédante d'avoir une maladie grave, en cas d'hypocondrie; sentiment de culpabilité obsédant, en cas d'épisode dépressif majeur ou compulsion à s'arracher les cheveux, en cas de trichotillomanie).

?	1	2	3	F95
PASSER À LA PAGE F.28 (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE)				

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, preniez-vous des médicaments ou de la drogue ?

E. L'obsession ou la compulsion n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

?	1	3	F96
ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.			
PASSER À LA PAGE F.28 (ÉSPT)			

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'OBSESSION OU LA COMPULSION ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F.40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

Lorsque votre (OBSESSION OU COMPULSION) a commencé, souffriez-vous d'une maladie physique ?

Exemples de maladie physique: certaines tumeurs du S.N.C.

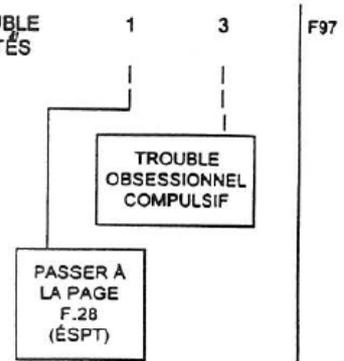
Par intoxication, on entend : l'intoxication par un psychotonique (cocaïne, amphétamines).

CONTINUER

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

1. UNIFORMEDOC/F25.DOC

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DU TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF SONT COTÉS
"3".



? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

<p>DANS LE DOUTE: Durant les 6 derniers mois, le fait de (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) a-t-il eu des répercussions sur votre vie ou vous a-t-il beaucoup importuné(e) ?</p>	<p>Les symptômes éprouvés par le sujet au cours des 6 derniers mois satisfont aux critères du trouble obsessionnel compulsif.</p>	<p>? 1 3</p>	<p>F98</p>
---	---	--------------	------------

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du trouble obsessionnel-compulsif mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de trouble obsessionnel-compulsif dans le passé, mais prenant un ISRS et n'ayant éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de trouble obsessionnel-compulsif : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

<p>Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF) pour la dernière fois ?</p>	<p>Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de trouble obsessionnel-compulsif : ___ ___ ___</p>	<p>F100</p>
--	---	-------------

ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

<p>QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (PRÉCISER LA NATURE DE L'OBSESSION OU DE LA COMPULSION) ?</p>	<p>Âge de survenue du trouble obsessionnel-compulsif (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)</p>	<p>___ ___</p> <p>F101</p>
--	---	----------------------------

PASSER À LA PAGE F.28 (ÉSPT)

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

1 JAN 1998 09:46:02.000

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ÉSPT)

Il peut arriver qu'une personne vive des événements extrêmement bouleversants — par exemple, elle peut se trouver dans une situation où sa vie est en danger (cataclysme, accident grave ou incendie), être victime d'une agression physique ou d'un viol, être témoin de la mort ou de l'assassinat de quelqu'un ou voir quelqu'un se faire blesser grièvement ou encore, apprendre que quelque chose d'horrible est arrivé à un être cher. Avez-vous déjà vécu de tels événements, à un moment ou à un autre au cours de votre vie ?

SI LE SUJET N'A PAS VÉCU D'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE).

F103

Liste des événements traumatisants vécus par le sujet

Description brève	Date (Mois / année)	Âge
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____
_____	_____ / _____	_____

SI LE SUJET A MENTIONNÉ DES ÉVÉNEMENTS TRAUMATISANTS : Parfois, ces événements reviennent nous hanter sous forme de cauchemars, de phénomènes de récurrences (ou "flash-backs") ou de pensées obsédantes dont on ne peut se défaire. Cela vous est-il déjà arrivé ?

OUI NON

SI NON: Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) en vous trouvant dans une situation qui vous rappelait les événements pénibles que vous aviez vécus ?

SI LE SUJET A RÉPONDU NON AUX DEUX QUESTIONS PRÉCÉDENTES, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F104

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Vous est-il arrivé d'agir, ou de vous sentir, comme si vous étiez en train de revivre ce ou ces événements ?	(3) impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (p. ex., sentiment de revivre l'événement, illusions, hallucinations et épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication);	? 1 2 3	F109
Vous est-il arrivé d'être très bouleversé(e) quand quelque chose vous rappelait ce ou ces événements ?	(4) sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci;	? 1 2 3	F110
Vous est-il arrivé d'éprouver des symptômes physiques — p. ex. de vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore, de sentir votre cœur battre très fort ?	(5) réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant certains aspects de l'événement traumatisant ou symbolisant celui-ci.	? 1 2 3	F111

AU MOINS UNE DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "B" EST COTÉE "3".
 1 3 F112

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

...avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé ?

(1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme;

? 1 2 3

F113

...avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet événement ?

(2) effort pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

? 1 2 3

F114

...avez-vous été incapable de vous rappeler certains détails importants de ce qui était arrivé ?

(3) incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme;

? 1 2 3

F115

...avez-vous ressenti beaucoup moins d'intérêt pour des activités qui vous tenaient à coeur auparavant, comme rencontrer des amis, lire, regarder la télévision ?

(4) réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative ou de la participation à de telles activités;

? 1 2 3

F116

...vous êtes-vous senti(e) détaché(e) ou dépourvu(e) de liens avec les autres ?

(5) sentiment de détachement ou d'éloignement à l'égard des autres;

? 1 2 3

F117

...vous êtes-vous senti(e) comme engourdi(e), comme si vous n'éprouviez plus grand-chose pour qui que ce soit ou pour quoi que ce soit ?

(6) restriction des affects (p.ex., incapacité à éprouver de l'amour ou de l'affection);

? 1 2 3

F118

...avez-vous l'impression que vous ne voyez plus l'avenir de la même façon, que vos projets ont changé ?

(7) sentiment que l'avenir est « bouché », p.ex., pense ne pas pouvoir faire de carrière, se marier, avoir des enfants ou vivre longtemps.

? 1 2 3

F119

AU MOINS 3 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "C" SONT COTÉES "3".

1 3

F120

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Depuis (PRÉCISER LA NATURE DE L'ÉVÉNEMENT TRAUMATISANT)...	D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :					
...avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir (Quel genre de difficultés ?)	(1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu;	?	1	2	3	F121
...vous êtes-vous montré(e) plus irritable qu'avant ? Plus colérique ?	(2) irritabilité ou accès de colère;	?	1	2	3	F122
...avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer ?	(3) difficultés de concentration;	?	1	2	3	F123
...avez-vous tendance à rester sur vos gardes à être plus méfiant(e), même quand vous n'avez aucune raison de l'être ?	(4) hypervigilance;	?	1	2	3	F124
...avez-vous eu plus tendance à sursauter, par exemple, par suite d'un bruit soudain ?	(5) réaction de sursaut exagérée.	?	1	2	3	F125
	AU MOINS 2 DES MANIFESTATIONS ÉNUMÉRÉES EN "D" SONT COTÉES "3".		1		3	F126

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

Pendant combien de temps avez-vous éprouvé ce genre de difficultés (NOMMER LES SYMPTÔMES QUI SE SONT MANIFESTÉS CHEZ LE SUJET) ?

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste pendant plus d'un mois. ? 1 2 3 F127

SINON, PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

F. La perturbation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre. ? 1 2 3 F128

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE SONT COTÉS "3". ? 1 2 3 F129

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

DANS LE DOUTE: Au cours des 6 derniers mois, avez-vous (SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) ?	Le sujet a éprouvé des symptômes répondant aux critères de l'état de stress post-traumatique au cours des 6 derniers mois.	?	1	3	F130
---	--	---	---	---	------

<p>INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :</p> <p>1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.</p> <p>2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».</p> <p>3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.</p> <p>PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).</p>	F131
--	------

<p>SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :</p> <p>4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'état de stress post-traumatique mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.</p> <p>5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble.</p> <p>6 Antécédents d'état de stress post-traumatique : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.</p>	F132
---	------

<p>Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) pour la dernière fois ?</p>	<p>Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'état de stress post-traumatique : — — —</p>	F133
--	--	------

ÂGE DE SURVENUE DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

<p>QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE) ?</p>	<p>Âge de survenue de l'état de stress post-traumatique (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)</p> <p style="text-align: right;">— —</p>	F134
--	--	------

PASSER À LA PAGE F.35 (ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE)

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraclinique	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	----------------------------	----------------------------------

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI LE SUJET EST UN SCHIZOPHRÈNE EN PHASE RÉSIDUELLE, COCHER L'ESPACE PRÉVU CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

<p>demiers mois, avez-vous ressenti beaucoup de nervosité ou d'anxiété ?</p> <p>Vous inquiétez-vous aussi beaucoup au sujet des événements fâcheux qui pourraient survenir ?</p> <p>SI OUI : De quoi vous inquiétez-vous (À quel point ?)</p> <p>Pendant les six derniers mois, diriez-vous que vous vous êtes fait du mauvais sang plus d'un jour sur deux ?</p> <p>Quand vous vous inquiétez de la sorte, trouvez-vous difficile de vous arrêter ?</p>	<p>A. Anxiété et soucis excessifs (appréhension) pendant six mois ou plus et plus d'une journée sur deux, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou le rendement scolaire).</p>	<p>? 1 2 3</p> <p style="text-align: center;"> </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)</p> </div>	<p>F135</p>
<p>Quand avez-vous commencé à vous inquiéter ? (COMPARER LA RÉPONSE DU SUJET AVEC CELLE DONNÉE CONCERNANT LA SURVENUE D'UN TROUBLE DE L'HUMEUR OU D'UN TROUBLE PSYCHOTIQUE.)</p>	<p>B. Le sujet a de la difficulté à maîtriser son inquiétude.</p> <p>F(2). Ne survient pas exclusivement durant l'évolution d'un trouble thymique, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.</p>	<p>? 1 2 3</p> <p style="text-align: center;"> </p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>PASSER À LA PAGE F.45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)</p> </div>	<p>F136</p> <p>F137</p>

? = information inappropriée	1 = FAUX ou absence du symptôme	2 = symptôme infraliminaire	3 = VRAI ou présence du symptôme
------------------------------	---------------------------------	-----------------------------	----------------------------------

DANS LE DOUTE : Quels ont été les effets de votre anxiété, de vos soucis ou de (MENTIONNER LES SYMPTÔMES PHYSIQUES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET) sur votre vie ? (Avez-vous eu plus de difficulté à faire votre travail ou à rencontrer vos amis ?)

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques éprouvés par le sujet entraînent une détresse marquée ou un handicap notable sur les plans social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie du sujet.

? 1 2 3

F146

PASSER À LA PAGE F. 45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à souffrir de ce genre d'anxiété, preniez-vous des médicaments, de la caféine, des pilules pour maigrir ou de la drogue ?

F. L'anxiété n'est pas directement attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., d'une drogue ou d'un médicament) ni à une maladie physique.

? 1 3

F147

(Quelle quantité de café, de thé ou d'autres boissons contenant de la caféine consommez-vous chaque jour?)

S'IL EXISTE UN LIEN ENTRE L'ANXIÉTÉ ET UNE MALADIE PHYSIQUE (MAL. PHYS.) OU UNE INTOXICATION (INTOX.), PASSER À LA PAGE F. 40 ET REVENIR À LA PRÉSENTE SECTION POUR ATTRIBUER UNE COTE DE "1" OU DE "3".

ATTRIBUABLE À UNE MAL. PHYS. OU À UNE INTOX.

PASSER À LA PAGE F. 45 (TROUBLE ANXIEUX NON SPÉCIFIÉ)

Lorsque vous avez commencé à éprouver ce genre de difficultés, souffriez-vous d'une maladie physique ?

SI OUI : Qu'a dit votre médecin ?

Exemples de maladie physique : hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hypoglycémie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome, insuffisance cardiaque, arythmies, embolie pulmonaire, bronchopneumopathie chronique obstructive, pneumonie, hyperventilation, carence en vitamine B-12, porphyrie, tumeur du S.N.C., troubles vestibulaires, encéphalite.

Par **intoxication**, on entend : l'intoxication par le cannabis, par un hallucinogène, par le PCP, par l'alcool ou par un psychotrope (cocaïne, amphétamines, caféine) ou le syndrome de sevrage à la cocaïne ou à un dépressif du S.N.C. (alcool, sédatif, ou hypnotique).

TROUBLE ANXIEUX PRIMAIRE

CONTINUER

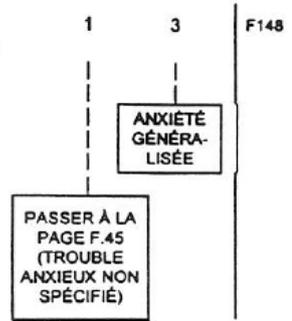
? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SONT COTÉS "3".



? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (MENTIONNER LES SYMPTÔMES ÉPROUVÉS PAR LE SUJET)?

Âge de survenue de l'anxiété généralisée (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— —

F149

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

G. TROUBLES SOMATOFORMES

Depuis quelques années, quel est votre état de santé physique ?

Avez-vous été obligé(e) de consulter votre médecin parce que vous ne vous sentiez pas bien ? (À quelle fréquence ?) (Pour quel genre de troubles ?)

SI OUI : Le médecin a-t-il été en mesure de trouver chaque fois ce qui n'allait pas ou bien est-ce déjà arrivé qu'il ou qu'elle vous ait dit que vous alliez bien, même si vous étiez convaincu(e) du contraire ?

Vous faites-vous beaucoup de mauvais sang au sujet de votre santé ? Votre médecin pense-t-il que vous vous en faites trop ?

Il y a des gens qui s'en font beaucoup au sujet de leur apparence. Est-ce le cas en ce qui vous concerne ?

SI OUI : Pourriez-vous préciser ?

SI AUCUN INDICE NE PERMET DE PRÉSUMER QUE LE SUJET SOUFFRE PRÉSENTEMENT D'UN TROUBLE SOMATOFORME, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

SI LE SUJET RECONNAÎT SEULEMENT QU'IL OU QU'ELLE S'EN FAIT EN CE QUI CONCERNE SON APPARENCE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER À LA PAGE G.12, DYSMORPHOPHOBIE (PEUR D'UNE DYSMORPHIE CORPORELLE).

SOMATISATION (TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)

Avez-vous été souvent malade au cours de votre vie ?

SI OUI : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à souffrir de nombreux maux ou de nombreuses maladies physiques ?

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Antécédents de symptômes physiques multiples ayant débuté avant l'âge de trente ans et s'échelonnant sur plusieurs années.

PASSER À LA PAGE G.7, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX

Âge de survenue du trouble somatoforme (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraclinique

3 = VRAI ou présence du symptôme

**HYPOCONDRIE
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**

Vous faites-vous beaucoup de souci à l'idée que vous souffrez peut-être d'une maladie grave que les médecins ont été incapables de diagnostiquer ?

Qu'est-ce qui vous le fait croire ? (De quoi pensez-vous souffrir ?)

Que vous ont dit les médecins que vous avez consultés ?

*60
Actuel
seulement*

Coter "3" le critère D, si A et B sont tous deux cotés "3".

(Quand tout cela a-t-il commencé ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

A. Crainte préoccupante d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur une interprétation erronée de certains symptômes.

? 1 2 3

G56

DÉCRIRE :

PASSER À LA
PAGE G.12,
DYSMORPHOPHOBIE

B. La crainte persiste, malgré les examens médicaux appropriés et les conclusions rassurantes des médecins.

? 1 2 3

G57

PASSER À LA
PAGE G.12,
DYSMORPHOPHOBIE

C. La crainte évoquée en A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant de type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation au sujet de l'apparence (comme dans la dysmorphophobie).

? 1 2 3

G58

PASSER À LA
PAGE G.12,
DYSMORPHOPHOBIE

D. La crainte entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre.

? 1 2 3

G59

PASSER À LA
PAGE G.12,
DYSMORPHOPHOBIE

E. Le trouble dure depuis au moins six mois.

? 1 2 3

G60

PASSER À LA
PAGE G.12,
DYSMORPHOPHOBIE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

Âge de survenue (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

G61

F. On peut écarter l'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique, un épisode dépressif majeur, l'angoisse de séparation ou un autre trouble somatoforme comme causes possibles des craintes éprouvées par le sujet.

7 1 2 3

G62

PASSER À LA PAGE G. 12, DYSMORPHOPHOBIE

LES CRITÈRES A, B, C, D, E ET F DE L'HYPOCONDRIE SONT COTÉS '3'.

7 1 2 3

G63

REMARQUE : AU BESOIN, CHANGER LA COTE ATTRIBUÉE AU CRITÈRE E DU TROUBLE SOMATOFORME INDIFFÉRENCIÉ (PAGE G.9).

CONTINUER À LA PAGE SUIVANTE

HYPOCONDRIE

7 = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

**DYSMORPHOPHOBIE
(TROUBLE ACTUEL SEULEMENT)**

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

SI, À LA PAGE G. 1, LE SUJET NE S'EST PAS DIT PRÉOCCUPÉ PAR SON APPARENCE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

Vous avez dit que vous vous en faisiez beaucoup à cause du fait que vous êtes (ou que vous avez) (DÉFAUT PHYSIQUE MENTIONNÉ PAR LE SUJET). À quel point y pensez-vous ?

A. Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence chez une personne dont l'aspect est normal. Si un léger défaut physique est apparent, la préoccupation est tout à fait démesurée. ? 1 2 3

G64

(Prenons une journée normale. En tout, combien de temps environ passez-vous à penser au fait que vous êtes ou que vous avez [DÉFAUT PHYSIQUE MENTIONNÉ PAR LE SUJET] ? Au moins une heure par jour, par exemple ?)

REMARQUE : COTER "3" SEULEMENT S'IL EST ÉVIDENT QUE LE DÉFAUT EST IMAGINAIRE OU QUE LE SUJET L'AMPLIFIE.

PASSER AU MODULE SUIVANT

DANS LE DOUTE : À quel point cela vous affecte-t-il ? Quels effets cela a-t-il sur votre vie ? (Cela vous empêche-t-il de faire votre travail ou de voir vos amis ?)

B. La préoccupation entraîne une détresse ou un handicap importants sur le plan social, professionnel ou autre. ? 1 2 3

G65

PASSER AU MODULE SUIVANT

C. On peut écarter un autre trouble mental, par exemple, l'anorexie (insatisfaction concernant la forme de son corps et sa grosseur) comme cause possible de la préoccupation. ? 1 2 3

G66

PASSER AU MODULE SUIVANT

LES CRITÈRES A, B ET C SONT COTÉS "3". ? 1 2 3

PASSER AU MODULE SUIVANT

DYSMORPHOPHOBIE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (NOMMER LES SYMPTÔMES DE DYSMORPHOPHOBIE) ?

Âge de survenue de la dysmorphophobie (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

G67

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

H. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Q. n° 11 (QUEST. DE SÉLECTIO

OUI NON

ANOREXIE MENTALE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 11 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER À LA PAGE H.4 (BOULIMIE).

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 11 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION : Vous avez dit qu'à une certaine époque, vous pesiez beaucoup moins que vous ne l'auriez dû, selon votre entourage...

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Maintenant, j'aimerais vous poser quelques questions sur vos habitudes alimentaires et sur votre poids. Avez-vous déjà pesé beaucoup moins que vous ne l'auriez dû, selon votre entourage ?

SI OUI : Pourquoi ? Combien pesiez-vous ? Quel âge aviez-vous à cette époque ? Combien mesuriez-vous ?

A. Refus de maintenir un poids égal ou supérieur au poids minimum normal pour l'âge et la taille (p.ex., perte de poids visant à maintenir un poids inférieur à 85 % de la normale ou incapacité de prendre du poids pendant une période de croissance, conduisant à un poids inférieur à 85 % de la normale).

? 1 2 3

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

À cette époque, aviez-vous très peur de devenir gros(se) ?

B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir obèse, même lorsque le poids est inférieur à la normale.

? 1 2 3

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

À l'époque où vous aviez atteint votre poids le plus bas, aviez-vous l'impression d'être encore gros(se) ou qu'une partie de votre corps était toujours grosse ?

C. Anomalie de perception de son poids, ou de ses formes, exagération de l'importance du poids ou de la forme relativement à l'estime de soi ou refus de reconnaître les dangers inhérents à l'importance de la perte de poids.

? 1 2 3

SINON : Vous fallait-il être très mince pour être satisfait(e) de vous ?

SINON ET SI LE POIDS DU SUJET ÉTAIT SI FAIBLE QUE CELA COMPORTAIT CERTAINS RISQUES POUR SA SANTÉ : À l'époque où vous aviez perdu autant de poids, vous a-t-on dit que d'être aussi mince risquait de nuire à votre santé ? (Qu'en pensiez-vous ?)

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

QUESTION À POSER AUX SUJETS DE SEXE FÉMININ : Avant de vous mettre à maigrir, aviez-vous encore vos règles ? Se sont-elles arrêtées ? (Pendant combien de temps ?)

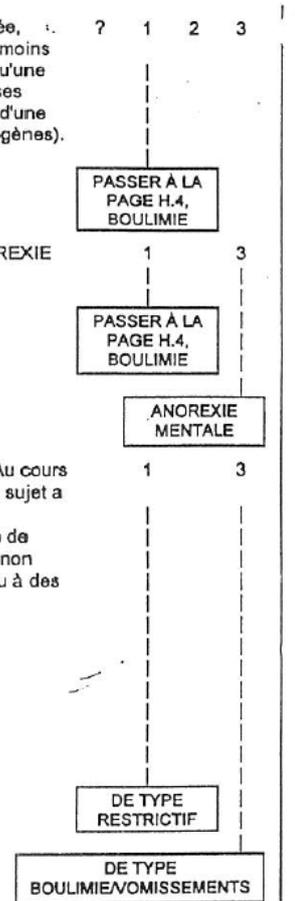
D. Chez les femmes pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de règles durant au moins trois cycles consécutifs. (On considère qu'une femme souffre toujours d'aménorrhée si ses règles surviennent uniquement à la suite d'une administration d'hormones, p.ex., d'œstrogènes).

LES CRITÈRES A, B, C ET D DE L'ANOREXIE MENTALE SONT COTÉS "3".

(Vous arrive-t-il d'avoir des accès de frénésie alimentaire, au cours desquels vous avez l'impression de perdre la maîtrise de ce que vous mangez et où vous mangez beaucoup durant un court laps de temps ? (À quelle fréquence cela se produit-il ?)

SOUS-TYPE DE L'ÉPISODE ACTUEL : Au cours de l'épisode actuel d'anorexie mentale, le sujet a eu des accès fréquents d'hyperphagie incontrôlée ou de purification (c'est-à-dire de vomissements provoqués, ou de recours non motivé à des laxatifs, à des diurétiques ou à des lavements).

SINON : Quels moyens avez-vous pris pour vous empêcher de prendre du poids ? (Vous êtes-vous déjà fait vomir, avez-vous pris des laxatifs ou des diurétiques ou vous êtes-vous donné des lavements ? (À quelle fréquence ?)



? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaires

3 = VRAI ou présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'ANOREXIE MENTALE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE L'ANOREXIE MENTALE) ?

Le sujet a répondu aux critères de l'anorexie mentale au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B et C).

? 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de l'anorexie mentale, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'anorexie mentale, mais qui suit une séance de thérapie hebdomadaire et n'a éprouvé aucun symptôme depuis un an.
- 6 Antécédents d'anorexie mentale : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes d'anorexie mentale :

— — —

ÂGE DE SURVENUE DE L'ANOREXIE MENTALE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES D'ANOREXIE MENTALE) ?

Âge de survenue de l'anorexie mentale (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— — —

PASSER À LA PAGE H.4, BOULIMIE

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

BOULIMIE

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Q. n° 12 (QUEST. DE SÉLECTION)

OUI NON

SI : LE SUJET RÉPOND PRÉSENTEMENT AUX CRITÈRES DE L'ANOREXIE MENTALE, COCHER CI-CONTRE ET PASSER AU MODULE SUIVANT.

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU NON À LA QUESTION 12 DU QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION, VEUILLEZ PASSER AU MODULE SUIVANT.

⇒ SI LE SUJET A RÉPONDU OUI À LA QUESTION 12 : Vous avez dit qu'il vous était souvent arrivé de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire. Veuillez me décrire ce qui s'est passé.

⇒ SI LE QUESTIONNAIRE DE SÉLECTION N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ : Vous est-il arrivé souvent de perdre la maîtrise de votre comportement alimentaire ? Racontez-moi ce qui s'est passé dans ces cas-là.

A. Épisodes récurrents d'hyperphagie incontrôlée. Un épisode d'hyperphagie incontrôlée comporte les DEUX caractéristiques suivantes :

(2) Un sentiment de perte de maîtrise du comportement alimentaire durant les épisodes d'hyperphagie (p.ex., l'impression de ne pouvoir s'arrêter de manger ou de n'avoir aucune maîtrise sur la nature et la quantité des aliments ingérés).

? 1 2 3 H

PASSER AU MODULE SUIVANT

DANS LE DOUTE : Dans ces cas-là, vous arrive-t-il souvent de manger, en l'espace de deux heures, ce que la plupart des gens considéreraient comme une énorme quantité de nourriture ? Pourriez-vous me fournir des précisions là-dessus ?

(1) L'ingestion, pendant un intervalle de temps donné (p.ex., en l'espace de deux heures) d'une quantité de nourriture indéniablement supérieure à ce que la plupart des gens mangeraient durant la même période et dans les mêmes circonstances.

? 1 2 3 H

PASSER AU MODULE SUIVANT

Avez-vous fait quoi que ce soit pour contrebalancer les effets que pourrait entraîner le fait de manger autant ? (Par exemple, en vous faisant vomir, en prenant des laxatifs ou des diurétiques, en vous administrant des lavements, en entreprenant un jeûne ou un régime sévère ou en faisant beaucoup d'exercice ?)

B. Comportement compensatoire inapproprié et répété visant à prévenir une prise de poids, par exemple : vomissements provoqués, usage inapproprié de laxatifs, de diurétiques, de lavements, ou d'autres médicaments ou techniques, jeûne ou exercices excessifs.

? 1 2 3 H1

PASSER À LA PAGE H.7. HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE

Bleu

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

A quelle fréquence cela vous est-il arrivé de manger autant et de (NOMMER LES MOYENS COMPENSATOIRES UTILISÉS) ? (Au moins deux fois par semaine durant au moins trois mois ?)

Votre poids et votre ligne comptaient-ils parmi les éléments les plus importants qui puissent influencer l'opinion que vous aviez de vous-même ?

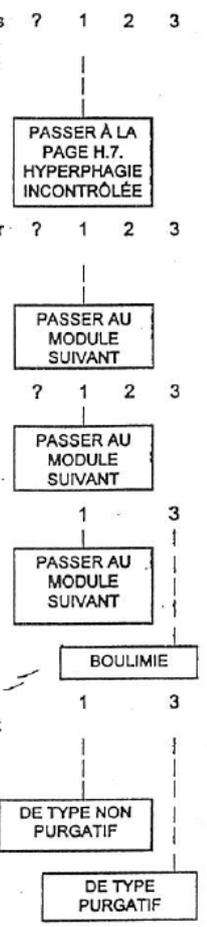
C. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée et les comportements compensatoires inappropriés sont tous deux survenus, en moyenne, au moins deux fois par semaine durant trois mois.

D. L'estime de soi repose de façon exagérée sur le poids et la ligne.

E. Le trouble ne survient pas uniquement pendant les épisodes d'anorexie mentale.

LES CRITÈRES A, B, C, D ET E DE LA BOULIMIE SONT COTÉS "3".

EN PRÉCISER LE TYPE :
Au cours de l'épisode actuel de boulimie, le sujet s'est régulièrement forcé à vomir ou a utilisé à tort des laxatifs, des diurétiques ou des lavements.



? = information inappropriée 1 = FAUX ou absence du symptôme 2 = symptôme infraliminaire 3 = VRAI ou présence du symptôme

X:\MOTIF\MOTIF\SCID-I.DOC

CHRONOLOGIE DE LA BOULIMIE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE BOULIMIE) ?

Le sujet a répondu aux critères de la boulimie au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B, C, D et E).

? 1 3

H1

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

H1

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DE LA BOULIMIE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères de la boulimie, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes de boulimie, mais qui prend un médicament et n'a éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de boulimie : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

H2

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DE BOULIMIE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes de boulimie : _____

H2

ÂGE DE SURVENUE DE LA BOULIMIE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DE BOULIMIE) ?

Âge de survenue de la boulimie (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99) _____

H2

PASSER AU MODULE SUIVANT

? = information inappropriée

1 = FAUX ou absence du symptôme

2 = symptôme infraliminaire

3 = VRAI ou présence du symptôme

**SYNDROME D'HYPERPHAGIE
INCONTRÔLÉE**

Au cours de ces épisodes de frénésie
alimentaire...

... mangiez-vous beaucoup plus vite que
d'habitude ?

... mangiez-vous jusqu'à éprouver des
malaises, tellement vous aviez l'estomac
plein ?

... mangiez-vous de grandes quantités
d'aliments alors que vous n'aviez pas faim
du tout ?

... mangiez-vous seul(e) de peur d'avoir
honte de la quantité de nourriture que
vous preniez ?

... après avoir fini de manger de la sorte,
éprouviez-vous du dégoût envers vous-
même ou vous sentiez-vous déprimé(e)
ou coupable ?

Cela vous affectait-il beaucoup de ne pas
pouvoir vous arrêter ou de perdre la
maîtrise de ce que vous mangiez ou des
quantités que vous ingérez ?

QUESTION À POSER AU BESOIN : À
quelle fréquence ces épisodes de frénésie
alimentaire survenaient-ils ? (Pendant
combien de temps étiez-vous en proie à
ce genre d'épisodes ?) (Au moins deux
jours par semaine pendant au moins six
mois ?)

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

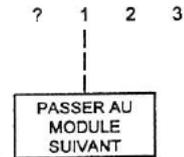
B. Les épisodes d'hyperphagie incontrôlée
s'accompagnent d'au moins trois des
caractéristiques suivantes :

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (1) le sujet mange beaucoup plus vite que la normale | ? | 1 | 2 | 3 |
| (2) le sujet mange jusqu'à atteindre un tel état de réplétion qu'il en éprouve des malaises | ? | 1 | 2 | 3 |
| (3) le sujet mange de grandes quantités de nourriture même s'il n'a pas faim | ? | 1 | 2 | 3 |
| (4) le sujet mange seul parce qu'il a honte des quantités de nourriture qu'il ingère | ? | 1 | 2 | 3 |
| (5) le sujet éprouve du dégoût, de la dépression ou un vif sentiment de culpabilité après l'accès d'hyperphagie | ? | 1 | 2 | 3 |

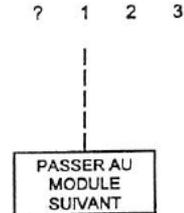
AU MOINS TROIS ITEMS SONT COTÉS "3".



C. L'hyperphagie incontrôlée entraîne une
détresse marquée.



D. L'hyperphagie incontrôlée survient en
moyenne au moins deux fois par semaine,
pendant 6 mois.



? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

CHRONOLOGIE DE L'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE

DANS LE DOUTE: Au cours des trente derniers jours, avez-vous (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES D'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE) ?

Le sujet a répondu aux critères du syndrome d'hyperphagie incontrôlée au cours du dernier mois (c'est-à-dire aux critères A, B, C, D et E).

? 1 3

INDIQUER LE DEGRÉ DE GRAVITÉ ACTUEL DU TROUBLE :

- 1 Léger : Peu, voire aucun autre symptôme à part ceux requis pour poser le diagnostic; les symptômes ne sont guère invalidants sur le plan social ou professionnel.
- 2 Moyen : Les symptômes ou l'incapacité fonctionnelle sont de degré « léger » à « sévère ».
- 3 Sévère : Il existe beaucoup plus de symptômes que ceux requis pour poser le diagnostic ou il y a plusieurs symptômes particulièrement graves ou encore, les symptômes sont très invalidants sur le plan social ou professionnel.

PASSER À LA SECTION INTITULÉE « ÂGE DE SURVENUE DU TROUBLE » (CI-DESSOUS).

SI LE SUJET NE RÉPOND PAS COMPLÈTEMENT (OU PAS DU TOUT) AUX CRITÈRES DU SYNDROME D'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE :

- 4 En rémission partielle : Le sujet a déjà répondu à tous les critères du syndrome d'hyperphagie incontrôlée, mais à l'heure actuelle, seuls certains signes ou symptômes persistent.
- 5 En rémission totale : Les signes et les symptômes ont disparu, mais, sur le plan clinique, il est encore pertinent de noter l'existence de ce trouble — par exemple, chez une personne ayant déjà eu des épisodes d'hyperphagie incontrôlée, mais qui prend un médicament et n'a éprouvé aucun symptôme depuis trois ans.
- 6 Antécédents de syndrome d'hyperphagie incontrôlée : Le sujet a déjà répondu aux critères, mais il s'est rétabli.

Quand avez-vous éprouvé (SYMPTÔMES DU SYNDROME D'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE) pour la dernière fois ?

Nombre de mois écoulés depuis les derniers symptômes du syndrome d'hyperphagie incontrôlée :

— — —

ÂGE DE SURVENUE DU SYNDROME D'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE

QUESTION À POSER AU BESOIN : Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à (ÉNUMÉRER LES SYMPTÔMES DU SYNDROME D'HYPERPHAGIE INCONTRÔLÉE) ?

Âge de survenue du syndrome d'hyperphagie incontrôlée (SI LE SUJET NE SAIT PAS, INSCRIRE 99)

— —

PASSER AU MODULE
SUIVANT

? = information
inappropriée

1 = FAUX ou
absence du symptôme

2 = symptôme
infraliminaire

3 = VRAI ou
présence du symptôme

État de stress aigu – Module J

Page J.1

AU COURS DE L'INTERROGATOIRE SUIVANT,
METTRE L'ACCENT SUR L'ÉVÉNEMENT
TRAUMATIQUE VÉCU

**A. La personne a vécu un événement
traumatique.**

Spécifier:

Qu'avez-vous éprouvé lors de l'événement que vous
avez vécu?

Avez-vous eu très peur ou encore, avez-vous ressenti
de l'horreur ou de l'impuissance?

1) Victime ou témoin, mort possible ou réelle,
blessures graves possibles ou réelles, intégrité
physique menacée. ? 1 2 3 J₁

2) Réaction de peur intense, sentiment
d'impuissance et d'horreur. ? 1 2 3 J₂

Maintenant je vais vous poser quelques questions
pour connaître comment vous avez réagi à
l'événement.

Pendant ou après l'événement...

**B. Soit pendant, soit après l'incident la personne
éprouve au moins 3 sx dissociatifs**

Avez-vous ressenti un état de léthargie ou de
détachement ou avez-vous eu l'impression que vous
n'aviez plus aucune émotion?

1) Une impression subjective de léthargie, de
détachement ou une absence de réactivité
émotive ? 1 2 3 J₃

Avez-vous l'impression que vous aviez moins
conscience de ce qui se passait autour de vous,
comme si vous étiez dans un état de stupeur?

2) Une diminution de la conscience des événements
extérieurs ? 1 2 3 J₄

Les choses autour de vous vous ont-elles semblé
irrélles?

3) Déréalisation ? 1 2 3 J₅

Vous êtes-vous senti détaché de ce qui vous entourait
ou d'une partie de votre corps?

4) Dépersonnalisation ? 1 2 3 J₆

Vous êtes-vous rendu compte que vous ne pouviez
vous rappeler certains détails importants de ce qui
s'était passé au cours de l'incident?

5) Amnésie de dissociation (incapacité de se
rappeler certains aspects important de l'incident) ? 1 2 3 J₇

AU MOINS 3 SX DE B SONT COTÉS "3": ___/5 1 3 J₈

Depuis l'événement...

**C. L'incident est constamment revécu d'une ou
plusieurs façons:**

Avez-vous pensé malgré vous à l'incident ou le
souvenir de l'incident vous est-il venu à l'esprit tout à
coup, sans que vous l'avez souhaité?

1) Images ou pensées envahissantes de l'événement
provoquant un sentiment de détresse chez le sujet ? 1 2 3 J₉

Y avez-vous rêvé?

2) Rêves répétitifs provoquant de la détresse ? 1 2 3 J₁₀

Vous est-il arrivé d'agir ou de vous sentir comme si
vous étiez en train de revivre l'incident?

3) Illusion, flash-back récurrents ? 1 2 3 J₁₁

État de stress aigu –Module J

Page J.2

<p>Vous est-il arrivé d'être très bouleversé quand quelque chose vous rappelait l'incident?</p> <p>Vous est-il arrivé d'éprouver des sx physiques - vous mettre à transpirer abondamment ou à respirer de façon laborieuse ou irrégulière ou encore de sentir votre coeur battre très fort?</p>	<p>4) Souffrance ou détresse si exposition à ce qui peut rappeler l'événement</p> <p>5) Réactions physiologiques à certains signaux internes ou externes évoquant des aspects de l'événement</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p>
<p>AU MOINS 1 SX DE C EST COTÉ "3": ___/5</p>		<p>1 3</p>

Depuis l'événement...

D. Évitement persistant des stimuli associés à l'incident

<p>Avez-vous fait votre possible pour éviter de penser ou de parler de ce qui s'était passé?</p> <p>Avez-vous tout fait pour éviter les choses ou les gens qui vous rappelaient cet incident?</p>	<p>1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme</p> <p>2) efforts pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du traumatisme</p>	<p>? 1 2 3</p> <p>? 1 2 3</p>
<p>AU MOINS 1 SX DE D EST COTÉ "3" : ___/2</p>		<p>1 3</p>

Depuis l'événement...

E. Symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme)

<p>Avez-vous éprouvé de la difficulté à dormir? (quel genre de difficultés?)</p> <p>Vous-êtes vous montré plus irritable qu'avant? Plus colérique?</p> <p>Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?</p> <p>Aviez-vous tendance à rester sur vos gardes, à être plus méfiant, même quand vous n'aviez aucune raison de l'être?</p> <p>Avez-vous plus tendance à sursauter, par exemple, à la suite d'un bruit soudain?</p> <p>Vous sentiez-vous souvent agité, aviez-vous de la difficulté à rester en place?</p>	<p>1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu</p> <p>2) irritabilité ou accès de colère</p> <p>3) difficultés de concentration</p> <p>4) hypervigilance</p> <p>5) réaction de sursaut exagérée</p> <p>6) agitation motrice</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>AU MOINS 2 SX DE E SONT COTÉS "3": ___/6</p>		<p>1 3</p>

État de stress aigu –Module J

Page J.3

Pensez-vous que l'événement a changé votre qualité de vie?

F. Fonctionnement diminué

? 1 2 3 J25

Pensez-vous que depuis l'événement vous fonctionnez moins bien dans certains domaines importants de votre vie? Lesquels?

Depuis combien de temps avez-vous les difficultés dont on vient de parler? _____

G. La perturbation a débuté suite à l'incident et elle dure plus que 2 jours, mais moins que 4 semaines

? 1 2 3 J26

H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (drogue ou médicament) ou à une maladie.

Elle n'est pas mieux expliquée par un trouble psychotique bref et elle n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou II

? 1 2 3 J27

LES CRITÈRES A, B, C, D, E, F, G et H SONT COTÉS "3"

1 3 J28

ÉTAT DE STRESS AIGU

Appendix E
Y-BOCS (French version)

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		Actuel	Passé
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'HONNÉTÉTÉ OU D'ERREUR		Actuel	Passé
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		Actuel	Passé
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* (<u>Face à vos pensées au sujet de, est-ce qu'il vous arrive de...</u>)	<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 vos pensées ou de vos compulsions, 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:

Y-BOCS

No du participant: _____
 Temps de mesure: _____

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 associée 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 la 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 associée 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 obsessifs-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

Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (1st ed., Revised 9/89). W. K. Goodman et al. (1989). *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
 Version Française : E Mollard, J. Cottraux, & M. Bouvard, 1989. *L'Encéphale*, XV, 335-341.
 Adaptation Québécoise : M. H. Freeston & R. Ladouceur, 1992. Université Laval, Québec.
 Révision : M. H. Freeston, (Mars 1995)

Appendix F
OBQ-44 (French version)

Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (QCO-44)

Cet inventaire énumère attitudes ou croyances que les gens peuvent avoir. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux.

Vous devez choisir le numéro qui décrit le mieux ce que vous pensez. Chaque personne étant différente, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Pour décider si un énoncé représente bien votre façon de voir les choses, fiez-vous simplement à ce que vous pensez la plupart du temps.

Veillez utiliser l'échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Tout à fait en désaccord	modérément en désaccord	un peu en désaccord	ni en accord ni en désaccord	un peu en accord	modérément en accord	tout à fait en accord

En choisissant vos cotes, essayez d'éviter d'utiliser le point milieu de l'échelle (4). Indiquez plutôt jusqu'à quel point vos propres croyances et attitudes sont en accord ou en désaccord avec chaque énoncé.

	Énoncés	Cote
1.	Je pense souvent que les choses autour de moi sont dangereuses.	1 2 3 4 5 6 7
2.	Si je ne suis pas absolument certain(e) de quelque chose, c'est sûr que je vais faire une erreur.	1 2 3 4 5 6 7
3.	Les choses devraient être parfaites selon mes propres critères.	1 2 3 4 5 6 7
4.	Pour être une personne qui a de la valeur, je dois être parfait(e) dans tout ce que je fais.	1 2 3 4 5 6 7
5.	Dès que j'en ai l'occasion, je dois agir pour empêcher que de mauvaises choses se produisent.	1 2 3 4 5 6 7
6.	Même si le danger est très improbable, je devrais essayer de le prévenir à n'importe quel prix.	1 2 3 4 5 6 7
7.	Pour moi, avoir de mauvaises impulsions est aussi mal que de passer à l'acte.	1 2 3 4 5 6 7
8.	Si je n'interviens pas quand je perçois un danger, alors je serai à blâmer pour toute conséquence.	1 2 3 4 5 6 7
9.	Si je ne peux pas faire quelque chose parfaitement. Je ne devrais pas le faire du tout.	1 2 3 4 5 6 7
10.	Je dois donner mon plein rendement en tout temps.	1 2 3 4 5 6 7
11.	C'est essentiel pour moi de considérer toutes les conséquences possibles d'une situation donnée.	1 2 3 4 5 6 7

[Julien D, Careau Y, O'Connor KP, Bouvard M, Rhéaume J, Langlois E, Freeston MH, Radomsky AS, Cottraux J.J Anxiety Disord.](#) Specificity of belief domains in OCD: validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples 2008 Aug; 22(6):1029-41. Epub 2007 Nov 21.

	1	2	3	4	5	6	7
	Tout à fait en désaccord	modérément en désaccord	un peu en désaccord	ni en accord ni en désaccord	un peu en accord	modérément en accord	tout à fait en accord
12.						1 2 3 4 5 6 7	
13.						1 2 3 4 5 6 7	
14.						1 2 3 4 5 6 7	
15.						1 2 3 4 5 6 7	
16.						1 2 3 4 5 6 7	
17.						1 2 3 4 5 6 7	
18.						1 2 3 4 5 6 7	
19.						1 2 3 4 5 6 7	
20.						1 2 3 4 5 6 7	
21.						1 2 3 4 5 6 7	
22.						1 2 3 4 5 6 7	
23.						1 2 3 4 5 6 7	
24.						1 2 3 4 5 6 7	
25.						1 2 3 4 5 6 7	
26.						1 2 3 4 5 6 7	
27.						1 2 3 4 5 6 7	
28.						1 2 3 4 5 5 6	
29.						1 2 3 4 5 6 7	
30.						1 2 3 4 5 6 7	
31.						1 2 3 4 5 6 7	
32.						1 2 3 4 5 6 7	
33.						1 2 3 4 5 6 7	

	1 Tout à fait en désaccord	2 modérément en désaccord	3 un peu en désaccord	4 ni en accord ni en désaccord	5 un peu en accord	6 modérément en accord	7 tout à fait en accord					
34.	Même lorsque je suis prudent(e), je pense souvent que de mauvaises choses vont arriver.					1	2	3	4	5	6	7
35.	Avoir des pensées intrusives veut dire que j'ai perdu le contrôle.					1	2	3	4	5	6	7
36.	Des événements dangereux vont de produire si je ne suis pas prudent(e).					1	2	3	4	5	6	7
37.	Je dois continuer à travailler sur quelque chose tant que ce n'est pas fait exactement comme il faut.					1	2	3	4	5	6	7
38.	Avoir des pensées violentes veut dire que je vais perdre le contrôle et devenir violent(e).					1	2	3	4	5	6	7
39.	Pour moi, ne pas réussir à prévenir une tragédie est aussi mal que de la provoquer.					1	2	3	4	5	6	7
40.	Si je ne fais pas un travail parfaitement, les gens ne me respecteront pas.					1	2	3	4	5	6	7
41.	Même les expériences ordinaires de ma vie sont pleines de risque.					1	2	3	4	5	6	7
42.	Avoir une mauvaise pensée n'est pas différent moralement de commettre une mauvaise action.					1	2	3	4	5	6	7
43.	Peu importe ce que je fais, ça ne sera pas assez bon.					1	2	3	4	5	6	7
44.	Si je ne contrôle pas mes pensées, je serai puni(e).					1	2	3	4	5	6	7

[Julien D, Careau Y, O'Connor KP, Bouvard M, Rhéaume J, Lançlois F, Freeston MH, Radomsky AS, Cottraux J. J Anxiety Disord.](#) Specificity of belief domains in OCD: validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire and a comparison across samples 2008 Aug; 22(6):1029-41. Epub 2007 Nov 21.

Appendix G
ICQ-EV (French version)

Questionnaire sur les processus inférentiels (QPI-EV)

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

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

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

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord
					Réponse (1 à 6)
18. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie complètement ce qui m'entoure.					
19. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.					
20. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.					
21. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.					
22. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois.					
23. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.					
24. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire.					
25. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.					
26. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.					
27. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir.					
28. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.					
29. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment.					
30. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.					

Appendix H

BAI (French version)

Inventaire d'anxiété de Beck

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

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

© Copyright 1987 by Aaron T. Beck, M.D. Pour la permission d'utiliser l'Inventaire d'Anxiété de Beck, contactez Rights and Permissions Department, The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, Texas 78204-9990. 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*, 893-897. Traduit avec la permission de l'auteur par Mark H. Freeston. © Tous droits réservés, Université Laval, Québec, 1989. 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.

Appendix I
BDI-II (French version)

inventaire de dépression de Beck-v2

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, 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 trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre plus élevé et encercler ce chiffre. Assurez-vous de 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 (se) que ce n'est pas supportable.

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

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

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

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

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

7. 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.
8. 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2 Je me reproche tous mes défauts.
3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
9. 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
1 Je pleure plus qu'avant.
2 Je pleure pour la moindre petite chose.
3 Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.
11. 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
12. 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13. 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14. 0 Je pense être quelqu'un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vauds absolument rien.
15. 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

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

Appendix J

Informed consent form (French version)



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

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

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

Chercheurs:

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

Description du projet :

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

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

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

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

Tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront codifiés par numéro et traités ainsi de manière tout à fait confidentielle. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à

cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.

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

CONSENTEMENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

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

3. J'autorise le chercheur responsable ou les thérapeutes à contacter mon médecin ou psychiatre traitant (_____) afin de discuter de mon traitement et de la prise de médicaments.
4. J'ai été informé(e) que tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiés par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche ont accès aux résultats. Ces derniers seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.
5. J'ai été informé(e) qu'une fois la période d'évaluation complétée, je recevrai ensuite un traitement cognitif-comportemental. Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure, qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines.
6. Je comprends que cette étude ne comporte aucun risque pour ma santé physique ou mentale.
7. Si je le désire, je peux demander à voir le certificat d'éthique du Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour m'assurer que le projet de recherche auquel je participe est approuvé par cette institution et qu'il est acceptable sur le plan de l'éthique médicale.
8. Enfin, j'ai été informé(e) du fait que je peux me retirer de la recherche à tout moment. Dans ce cas, le chercheur m'aidera à trouver un endroit où je pourrai obtenir l'aide dont j'ai besoin.
9. En cas d'urgence ou si je désire plus de détails concernant l'étude, je peux contacter Kieron O'Connor, responsable du projet, au (514) 251-4015.

Signature du participant: _____

Date: _____

Thérapeute/responsable: _____

Signature : _____

Date: _____

Appendix I

Glossary of abbreviations

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV -ADIS-IV

Beck Anxiety Inventory –BAI

Beck Depression Inventory, the Second Edition -BDI-II

Centre d'études sur les Troubles Obsessionnels-Compulsifs et les Tics -CETOCT

Cognitive-behavioral therapy -CBT

Exposure and response prevention -ERP

Inference-based approach –IBA

Inference-based therapy- IBT

Inferential Confusion Questionnaire: The Expanded Version -ICQ-EV

Obsessive Beliefs Questionnaire 44 items -OBQ-44

Obsessive -compulsive disorder –OCD

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised -OCI-R

Obsessive-Compulsive Working Group –OCCWG

Padua Inventory-Revised -PI-R

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders-SCID- I

Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale -Y-BOCS