

Université de Montréal

**Le contexte comme élément distinctif entre les intrusions
normales et les intrusions anormales**

par Jean-Sébastien Audet

Département de Psychiatrie

Faculté de Médecine

Mémoire présenté

en vue de l'obtention du grade de Maître en Sciences

en Sciences Biomédicales

option Sciences Psychiatriques

Juin 2017

© Jean-Sébastien Audet, 2017

Résumé

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Historiquement, le contenu des obsessions était jugé si similaire à celui des intrusions de la population générale qu'il était qualifié d'impossible à distinguer. Cela a amené la communauté scientifique à postuler que la seule différence entre les obsessions et les intrusions était l'interprétation qui était faite des pensées. Une autre approche a plutôt suggéré que les obsessions proviendraient d'un surinvestissement dans l'imaginaire et d'une méfiance envers l'information provenant des sens, processus nommé confusion inférentielle. D'autres chercheurs ont aussi postulé que le TOC proviendrait d'une vulnérabilité de soi, particulière d'un soi craint, le soi que la personne a peur d'être ou de devenir, une théorie qui est compatible avec les deux précédentes. Au-delà du contenu des obsessions, quelques études ont suggéré que les obsessions se produiraient en dehors d'un contexte justificatif de l'environnement. Deux études ont été effectuées afin d'investiguer la présence l'importance du contexte justificatif dans le TOC et les processus psychologiques associées. Le but de la première étude a été de comprendre l'importance du contexte justificatif chez des intrusions se produisant naturellement dans un échantillon universitaire, alors que la deuxième étude a manipulé le contexte justificatif d'intrusions à travers une tâche expérimentale afin de vérifier l'importance de processus psychologiques spécifiques au TOC dans l'apparition d'intrusions sans contexte justificatif.

Lors de la première étude, 248 participants universitaires devaient nommer une pensée qui leur revenait souvent, quel était le déclencheur de la pensée et pourquoi elle revenait. Les participants ont aussi rempli une batterie de questionnaire et des cliniciens ont classifié les pensées fournies par les participants comme étant potentiellement indicative d'une TOC (ou non) et comme étant déclenché en présence d'un contexte environnemental justificatif (ou non). Les résultats ont montré que le jugement des cliniciens afin de déterminer si une intrusion était potentiellement indicative d'un TOC ou non était fortement guidé par la présence d'un contexte environnemental justificatif de l'environnement. Les pensées présentes sans contexte justificatif direct étaient reliées à plus de croyances obsessionnelles, plus de confusion inférentielle et plus de vulnérabilité de soi chez les personnes ayant ces pensées.

Lors de la deuxième étude, 29 participants de la communauté devaient remplir une batterie de questionnaire en ligne incluant une tâche expérimentale manipulant la présence du contexte justifiant la présence d'intrusions suite à une chaîne d'événement. Les résultats indiquent que les participants montrant plus de croyances obsessionnelles, plus de confusion inférentielle et plus de vulnérabilité de soi réagissaient plus fortement à des scénarios ne justifiant pas directement la présence d'intrusions. Malgré l'utilisation d'une population non clinique, ces études montrent que le contexte a une importance dans la recherche sur le TOC. D'autres études utilisant des participants souffrant de TOC seraient nécessaires afin de confirmer ces résultats.

Mots-clés : trouble obsessionnel compulsif; TOC; confusion inférentielle; croyances obsessionnelles; thérapie cognitive comportementale; TCC; approche basée sur les inférences; contexte; égo-dystonie.

Abstract

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by the presence of obsessions and/or compulsions. Historically, the content of obsessions was judged so similar to intrusions experienced by the general population that they were said to be undistinguishable. This brought the scientific community to postulate that the only difference between obsessions and intrusions lies in the way these thoughts are appraised. Another approach suggested that obsession arise from an overinvestment in the imagination and a distrust of the senses, a process called inferential confusion. Compatible with these two approaches, researchers have proposed that OCD would come from a self-vulnerability, particularly a feared self, a self someone fears being or becoming. Other than the content of obsessions, a few studies have found that obsessions occur without an environmental context justifying the obsession. This memoir proposes two studies investigating the context in which OCD related intrusions arise and associated psychological processes. The goal of the first study was to investigate the importance of context in naturally occurring intrusions in a university sample, while the second study manipulated the context of occurrence of obsessions through an experimental task to verify the importance of OCD specific psychological processes in the occurrence of out of context intrusions.

For the first study, 248 university students had to name a recurring intrusion, what was the trigger of the intrusion and why it kept coming back. Participants also completed a questionnaire battery and clinicians classified intrusions given by participants on whether or not they were potentially indicative of OCD and if there were environmental proofs supporting the intrusion. Results showed that clinical judgment allowing to determine if an intrusion was relevant to OCD was strongly guided by the presence of an environmental context justifying the presence of the intrusion. Intrusions occurring without direct evidence were related to more obsessive beliefs, more inferential confusion and more self-vulnerability for people having these thoughts.

During the second study, 29 community participants had to complete a battery of questionnaire online, including an experimental task manipulating the presence of the context justifying the intrusion following a chain of event. Results showed that participants having more obsessive beliefs, more inferential confusion and more self-vulnerabilities reacted more strongly

to scenarios who lacked direct justification for an intrusion. Despite reliance on a non-clinical population, these studies show that the context of occurrence of intrusions is important in research for OCD. Other studies conducted on OCD suffering participants are needed to confirm these studies.

Keywords: obsessive-compulsive disorder; OCD; inferential confusion; obsessive beliefs; cognitive-behaviour therapy; CBT; inference based approach; context; egodystonicity

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	viii
Liste des acronymes.....	x
Liste des abréviations.....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Prévalence et impact sur le fonctionnement.....	1
Sous-types.....	2
Similitude entre les obsessions et les intrusions.....	3
Chapitre 1 : Recension des écrits.....	6
1.1. Intrusions et obsessions.....	6
1.2. Théories cognitives du TOC.....	8
1.2.1. Interprétations de responsabilité et de danger.....	9
1.2.2. Croyances dans l'importance des pensées et le besoin de contrôles des pensées... ..	13
1.2.3. Théorie des croyances multiples.....	16
1.2.5. Approche basée sur les inférences.....	23
1.2.6. Conclusion des modèles psychologiques.....	32
1.3. Égo-dystonie et implication de la définition de soi dans le TOC.....	33
1.3.1. Égo-dystonie et implication de la personnalité dans le TOC.....	34
1.3.2. Thèmes de soi.....	37
1.3.3. Vulnérabilité de soi.....	39
1.3.4. Soi ambivalent.....	42
1.3.5. Soi craint.....	43
1.4. Déclencheur des obsessions.....	47
1.5. Buts du mémoire.....	50

Chapitre 2 : Étude 1 : Déterminants contextuels des intrusions : le rôle de l'égo-dystonie et de la réalité des pensées intrusives	52
2.1. Introduction.....	52
2.2. Méthode	59
2.2.1. Participants.....	59
2.2.2. Instruments de mesures.....	59
2.2.3. Procédure	61
2.2.4. Évaluation par les cliniciens	63
2.2.5. Analyses statistiques	64
2.3. Résultats.....	65
2.3.1. Moyenne, écart-type et cohérence interne des mesures autorapportées	65
2.3.2. Classifications et évaluations des cliniciens	66
2.3.3. Ego-dystonie et preuves soutenant la réalité potentielle de l'intrusion	68
2.3.4. La relation entre l'égo-dystonie et la présence de preuves soutenant directement la présence des intrusions avec les symptômes obsessionnels compulsifs et les mesures liées	69
2.3.5. Intrusions potentiellement indicatives d'un TOC contre intrusions non indicatives d'un TOC	71
2.4. Discussion	75
2.4.1. Conclusion	79
Chapitre 3 : Étude 2 : Manipulation du contexte d'apparition des intrusions et son lien avec les symptômes et processus cognitifs liés au TOC	83
3.1. Introduction.....	83
3.1.1. Contenu et contexte dans le TOC	83
3.1.2. Contexte et processus relié au TOC	85
3.1.3. Contexte et le soi.....	86
3.1.4. Buts et hypothèses.....	87
3.2. Méthode	88
3.2.1. Participants.....	88
3.2.2. Mesures	88

3.2.3. Gestion des données et analyses	93
3.3. Résultats	93
3.3.1. Impact du contexte chez une population non clinique.....	95
3.3.2. Implication des symptômes obsessionnels compulsifs dans le contexte d'apparition des intrusions	96
3.3.3. Implication des processus obsessionnels compulsifs dans le contexte d'apparition des intrusions	96
3.3.4. Implication des variables du soi dans le contexte d'apparition des intrusions	98
3.3.5. Implication des variables émotionnelles dans le contexte d'apparition des intrusions	100
3.4. Discussion	101
3.4.1. Conclusion	104
Conclusion	106
Bibliographie.....	i
Annexe 1 : Vignettes.....	i
Annexe 2 : Test des guides du soi.....	xii

Liste des tableaux

Tableau I.	Exemples d'intrusions et contexte d'apparition.....	62
Tableau II.	Moyenne, écart-type et fiabilité des mesures autorapportées	66
Tableau III.	Fréquence de classification des évaluateurs et moyen des pourcentages d'accord interjuge	68
Tableau IV.	Tableau croisé comparant le type de preuves suggérant la réalité de l'intrusion et l'égo-dystonie	69
Tableau V.	Comparaison entre les intrusions se produisant sans preuve directe et avec preuves directes selon les questionnaires autorapportés.....	70
Tableau VI.	Comparaison entre les intrusions égo-dystones et égo-syntone selon les questionnaires autorapportés.....	71
Tableau VII.	Comparaisons entre les intrusions potentiellement indicatives d'un TOC et les intrusions non indicatives d'un TOC selon les questionnaires autorapportés et l'évaluation des cliniciens	72
Tableau VIII.	Comparaisons entre les intrusions répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC et les intrusions répugnantes non indicatives d'un TOC selon les questionnaires autorapportés et l'évaluation des cliniciens	74
Tableau IX.	Statistiques descriptives	94
Tableau X.	Comparaison entre le groupe ayant des symptômes obsessionnels compulsifs faibles et le groupe ayant des symptômes obsessionnels compulsifs plus sévère	95
Tableau XI.	Comparaison entre les conditions de contexte direct et de contexte indirect aux vignettes	96
Tableau XII.	Comparaison entre le groupe présentant une confusion inférentielle plus sévère et le groupe présentant une confusion inférentielle moins sévère aux vignettes	97
Tableau XIII.	Comparaison entre le groupe présentant des croyances obsessionnelles plus élevées et le groupe présentant des croyances obsessionnelles plus faibles.....	98
Tableau XIV.	Comparaison entre le groupe présentant une plus grande confiance en son soi et le groupe présentant une plus faible confiance en son soi aux vignettes.....	99
Tableau XV.	Comparaison entre le groupe présentant un plus grand écart avec le soi obligé et le groupe présentant un plus bas écart avec le soi obligé aux vignettes	100

Tableau XVI. Comparaison entre le groupe présentant des symptômes anxieux plus sévères
et le groupe présentant des symptômes anxieux plus faibles aux vignettes 101

Liste des acronymes

- BAI : Inventaire d'anxiété de Beck (*Beck Anxiety Inventory*)
- BDI : Inventaire de dépression de Beck (*Beck Depression Inventory*)
- EDQ : Questionnaire d'Égo-Dystonie (*Ego-Dystonicity Questionnaire*)
- FSD : Écart avec le soi actuel et le soi craint (*Feared Self Discrepancy*)
- FSQ : Questionnaire sur le soi craint (*Feared Self Questionnaire*)
- ICQ-EV : Questionnaire de confusion inférentiel – Version étendue (*Inferential confusion questionnaire – Expanded version*)
- III : Inventaire d'Interprétation des Intrusions (*Intrusion Interpretation Inventory*)
- ISD : Écart entre le soi actuel et le soi idéal (*Ideal Self Discrepancy*)
- MANOVA : Analyse de Variances Multivariée (*Multivariate Analysis of Variance*)
- OBQ : Questionnaire des Croyances Obsessionnelles (*Obsessive Beliefs Questionnaire*)
- OBQ-44 : Questionnaire des Croyances Obsessionnelles – version à 44 questions (*Obsessive Beliefs Questionnaire – 44 item version*)
- OBQ-87 : Questionnaire des Croyances Obsessionnelles – version à 87 questions (*Obsessive Beliefs Questionnaire – 87 item version*)
- OBQ-TRIP : Questionnaire des Croyances Obsessionnelles – Danger, Responsabilité, Importance et contrôle des pensées et Perfectionnisme/Incertitude (*Obsessive Beliefs Questionnaire – Threat, Responsibility, Importance and control of thoughts, Perfectionism/Uncertainty*)
- OSD : Écart entre le soi actuel et le soi obligé (*Ought self discrepancy*)
- TCC : Thérapie cognitive comportementale.
- TOC : Trouble Obsessionnel-Compulsif
- SAM : Mesure d'Ambivalence de Soi (*Self Ambivalence Measure*)
- SD : Écart-Type (*Standard Deviation*)
- STQ : Questionnaire sur la confiance en son soi (*Self-Trust Questionnaire*)
- VOCI : Inventaire des Obsessions et des Compulsions de Vancouver (*Vancouver Obsessive Compulsive Inventory*)
- Y-BOCS : Échelle des obsessions et des compulsions de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Inventory*)

Liste des abréviations

P.ex. : Par exemple

Etc. : Et cætera

C.-à-d. : C'est-à-dire

Ce mémoire est écrit dans l'espoir d'apporter une contribution significative à la recherche portant sur le trouble obsessionnel-compulsif. Puisse ce mémoire amener la recherche à mieux aider ceux qui en souffrent.

Remerciements

Il y a tellement de gens que je pourrais remercier. Premièrement, j'aimerais remercier ma conjointe Sabrina Bolduc qui m'a promis de lire ce mémoire. Je lui souhaite une bonne lecture et j'espère que ce document pourra l'aider à s'endormir plus rapidement. J'aimerais aussi remercier mon directeur de recherche, Frederick Aardema. Il a été d'une grande disponibilité et d'une grande générosité de son temps depuis qu'il me supervise, il y a de cela déjà trois ans. Malheureusement pour lui, il répond à ses courriels lors de ses vacances et accepte de lire mes textes en français, bien que ce soit sa quatrième langue. Merci aussi à Kieron O'Connor, qui me fait confiance avec des analyses statistiques de plus en plus complexes et qui m'aide beaucoup avec la rédaction d'articles en anglais. Merci à Karine Bergeron, qui est d'une précieuse aide avec le recrutement, la gestion des demandes éthique et la rigueur scientifique en générale. Merci à tous les étudiants du Centre d'Étude sur les Troubles Obsessionnels Compulsifs et les Tics pour les conversations intéressantes qui m'ont permis d'en apprendre plus et qui ont contribué à rendre ce mémoire meilleur. Merci au centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal qui compte un personnel dévoué et qui offre une bonne structure de support aux étudiants malgré des moyens limités et un nom beaucoup trop long. Merci aussi aux différents organismes qui ont cru en moi et en mon projet en m'octroyant une bourse : le centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, le département de psychiatrie de l'Université de Montréal, le département de sciences biomédicales de l'Université de Montréal et la faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal. Finalement, j'aimerais remercier mes parents pour leur support constant tout au long de mes études.

Introduction

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un trouble qui est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les obsessions sont définies comme des pensées intrusives provoquant de l'anxiété. Elles sont souvent vécues comme égo-dystones, c'est-à-dire qu'elles sont en dehors du système de valeur de la personne. Les compulsions sont des actions ou des actes mentaux dont le but est de diminuer l'anxiété générées par les obsessions. Les compulsions ne doivent toutefois pas être des actions qui peuvent prévenir l'obsession de manière réaliste (p.ex. mastiquer 100 fois chaque bouchée pour empêcher d'être contaminé par le VIH) ou elles doivent être déraisonnables (p.ex. nettoyer le comptoir 10 fois pour éviter d'être contaminé par le VIH). Les obsessions et les compulsions doivent occuper une portion significative du temps de la personne et/ou causer une détresse importante. Il y a des concomitances importantes entre le TOC et les troubles anxieux et dépressifs.

Prévalence et impact sur le fonctionnement

Le TOC affecte environ 1,5% de la population (Kessler et al., 2005) et il est, selon l'Organisation mondiale de la Santé, la dixième cause d'invalidité dans le monde (Murray & Lopez, 1996). Les personnes souffrant de TOC ont des niveaux de fonctionnement comparable à ceux de patients psychotiques (Bobes et al., 2001; Calvocoressi, Libman, Vegso, McDougle, & Price, 1998). Les personnes souffrant de TOC ont une plus grande éducation que la population générale, mais ont des revenus plus faibles (Hollander et al., 1997). Elles ont aussi moins de vitalité (Bobes et al., 2001; Eisen et al., 2006) un fonctionnement social plus faible (Bobes et al., 2001; Eisen et al., 2006; Hollander et al., 1997; Rapaport, Clary, Fayyad, & Endicott, 2005), de moins bonnes performances à l'école (Eisen et al., 2006) et au travail (Hollander et al., 1997), moins d'agrément dans leurs loisirs (Eisen et al., 2006) et un moins bon fonctionnement familial (Rapaport et al., 2005).

Sous-types

Le TOC a une présentation clinique thématique. Les personnes souffrant de TOC présentent des symptômes qui n'affectent qu'un ou plusieurs thèmes ou dimensions de leur vie. Par exemple, une personne peut présenter des obsessions portant sur la contamination, mais ne pas être inquiète par la symétrie des objets. Plusieurs études ont eu comme but de chercher à connaître le nombre et la nature des thèmes ou sous-types du TOC. La majorité des études investiguant ce construit ont utilisé une méthodologie similaire : elles accomplissaient une analyse factorielle du *symptom checklist* de l'échelle d'évaluation des obsessions et des compulsions de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*; Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Delgado et al., 1989; Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischmann et al., 1989). Cette entrevue semi-structurée se divise en deux parties. La première partie (le *symptom checklist*) demande au clinicien d'évaluer la présence de certains types d'obsessions et de certains types de compulsions. La deuxième partie de l'entrevue demande au clinicien d'évaluer la sévérité des symptômes mentionnés précédemment.

Baer (1994) a identifié trois facteurs en analysant le *symptom checklist* : la symétrie et l'accumulation, la contamination et le nettoyage et les obsessions pures. Leckman et collaborateurs (1997) ont identifié quatre dimensions : obsessions et vérification, symétrie et ordre, propreté et nettoyage et accumulation. Pour leur part, Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike et Baer (1999) ont identifié cinq dimensions : symétrie et ordre, contamination et nettoyage, accumulation, agression et vérification et sexualité et religion. Calamari, Wiegartz et Janek (1999) ont effectué une analyse typologique (analyse de *cluster*) sur le *symptom checklist* et ils ont aussi trouvé cinq dimensions : *harming* (faire du mal), accumulation, contamination, certitude et obsessions. Abramowitz, Franklin, Schwartz et Furr (2003) ont effectué une analyse de typologie d'une version du *symptom checklist* modifié pour tenir compte des compulsions mentales chez des patients suivant une thérapie cognitive comportementale (TCC). Ils ont trouvé cinq dimensions : *harming*, contamination, accumulation, pensées inacceptables et symétrie.

Il est possible de constater que la diversité des sous-types trouvés est importante. Il n'y a en effet aucune réplique exacte des résultats parmi les études énumérées précédemment. Il est possible d'exclure la dimension d'accumulation, qui fait maintenant partie de son propre

diagnostic (trouble d'accumulation compulsive; APA, 2013). Les dimensions de contamination et de symétrie reviennent plusieurs fois lors des différentes études. La vérification revient toutefois peu souvent. Cela peut être expliqué par une distinction quant à la nature de la vérification qui n'est pas faite dans ces études. La vérification peut être présente afin de prévenir des obsessions de danger ou de malchance, par exemple une personne qui vérifie sa porte afin de ne pas se faire voler. La vérification peut aussi être présente lors d'obsession à caractère agressive ou sexuelle, par exemple une personne vérifie qu'elle n'est pas pédophile en essayant de s'exciter en regardant des enfants. Si l'on regarde les résultats des différentes études, il est possible de remarquer que les deux construits (c'est-à-dire la vérification portant sur la prévention d'obsession de danger ou de malchance et la vérification lors d'obsessions agressives ou sexuelles) sont confondus et que les compulsions de vérification sont souvent présentes dans plusieurs autres sous-types, le plus souvent avec les obsessions de danger, de malchance, agressive, religieuse ou sexuelle. Récemment, plusieurs observations ont justifié l'inclusion des obsessions agressives, religieuses et/ou sexuelles dans le même sous-type, les obsessions répugnantes (voir Moulding, Aardema, & O'Connor, 2014). Pour ce mémoire, quatre sous-types seront considérés : la contamination, la symétrie, la vérification (qui est relié à des obsessions de danger et de malchance) et les obsessions répugnantes (qui sont reliées aux intrusions concernant l'agression, la religion et/ou la sexualité et la vérification qui peut y être reliée).

Similitude entre les obsessions et les intrusions

Rachman et De Silva ont publié une étude en 1978 qui montrait que des cliniciens avaient de la difficulté à différencier une série d'intrusions (rencontrées chez la population générale) d'une série d'obsessions (rencontrées dans le TOC). Suivant cette découverte, la théorie cognitive comportementale sur le TOC a vu le jour en postulant qu'il n'y avait pas de différence de contenu entre les obsessions de personnes souffrant de TOC et les intrusions de personnes ne souffrant pas de TOC. La différence devait donc se trouver dans l'interprétation que la personne fait de ses pensées. Plusieurs chercheurs ont théorisé que des schémas ou croyances dysfonctionnels devaient guider les interprétations dysfonctionnelles des pensées à l'origine du TOC : la responsabilité (Salkovskis, 1985), l'importance et le besoin de contrôle des pensées (Purdon & Clark, 1999), ainsi que plusieurs autres. Toutefois, le consensus est que plusieurs

croyances sont reliées au TOC et que certaines croyances pourraient n'être pertinentes qu'à certaines personnes ou que pour certains sous-types du TOC (Freeston, Rheaume & Ladouceur, 1996; Obsessive Compulsive Cognition Working Group [OCCWG], 1997, 2005).

Rassin et Muris (2007) ont répliqué l'étude de Rachman et de Silva (1978), mais ils ont trouvé que les cliniciens arrivaient à distinguer, dans une certaine mesure, les intrusions (rencontrées chez la population générale) des obsessions (rencontrées dans le TOC; Rassin & Muris, 2007). Ils concluent toutefois que cette capacité de différenciation n'est pas due au contenu des pensées, mais plutôt à d'autres variables qu'ils n'ont pas mesurées. Une autre théorie postule que les intrusions de la population générale seraient basées sur ce qui se passe dans la réalité, alors que les obsessions présentes dans le TOC seraient plutôt basées sur l'imaginaire de la personne (Aardema & O'Connor, 2003, 2007; O'Connor & Robillard, 1995, 1999). Les obsessions basées sur l'imaginaire seraient possibles grâce à un processus par lequel une personne se méfie de ses sens et investit une plus grande confiance à son imaginaire et aux possibilités (nommée confusion inférentielle; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005; Aardema et al., 2010; O'Connor & Robillard, 1995).

Le but du présent mémoire est d'investiguer d'autres variables pouvant différencier les intrusions des obsessions. Plus particulièrement, le contexte entourant les intrusions, sous la forme de présence de preuves directes de l'environnement appuyant la réalité des intrusions et de présence de congruence avec les valeurs de la personne (égo-dystonie), sera investigué. Ces deux variables seront mesurées comme prédicteur des symptômes obsessionnels compulsifs, mais aussi des croyances obsessionnelles et de la confusion inférentielle.

Le Chapitre 1 présentera une recension des écrits. Cette recension s'attardera premièrement aux différences entre les intrusions et les obsessions, puis sur les différentes théories expliquant le développement des obsessions et, finalement, sur l'importance que les variables contextuelles pourraient avoir dans la distinction entre les intrusions et les obsessions.

Le Chapitre 2 présentera une étude réalisée chez des 248 participants universitaires investiguant le jugement clinique lors de la décision de classer une intrusion comme potentiellement indicative d'un TOC ou non. Les participants ont rempli une batterie de questionnaires et des cliniciens ont classifié des pensées rapportées par les participants comme

étant pertinentes (ou non) au TOC, comme ayant une thématique répugnante (ou non), comme étant congruente avec la valeur de la personne (ou non), et comme étant déclenché en présence (ou non) d'un contexte environnemental justificatif. L'étude comparera la cooccurrence des différents jugements cliniques et comparera ces jugements avec différents symptômes et processus reliés au TOC.

Le Chapitre 3 présentera une étude investiguant les processus guidant la réaction à des scénarios avec preuves directes de l'environnement et avec preuves indirectes de l'environnement justifiant la présence d'intrusions. Les 29 participants de la communauté ont aussi rempli une batterie de questionnaires en ligne en plus de la tâche expérimentale. Les participants ont été divisés en deux groupes pour chaque variable mesurée par la batterie de questionnaires et les deux groupes ainsi créés ont été comparés selon leurs réponses à la tâche expérimentale.

Chapitre 1 : Recension des écrits

1.1. Intrusions et obsessions

Les intrusions sont des phénomènes que l'on peut considérer analogues aux obsessions rencontrées dans le TOC. Une revue de la littérature scientifique sur les pensées intrusives a montré que la plupart des études utilisent des définitions différentes des intrusions (Julien, O'Connor & Aardema, 2007), avec certains auteurs incluant même les intrusions agréables dans leurs études (England & Dickerson, 1988). Une analyse des définitions de ces études montre que la plupart des études définissent les pensées intrusives comme étant des pensées répétitives, non voulues (c.-à-d. spontanée et involontaire) et qui interrompent le fil de la pensée (Julien et al., 2007) et c'est cette définition que sera retenue dans le présent mémoire. Ces intrusions peuvent ressembler, par exemple, à « j'ai peut-être mal barré la porte », « peut-être que cette table est sale » ou encore « peut-être que ce bruit indique que j'ai accroché quelqu'un avec mon automobile ».

En 1978, Rachman et de Silva ont trouvé que 79,8% d'un échantillon de participants contrôles de la communauté (à la fois étudiant et personnel de recherche) ne souffrant pas de TOC rapportaient au moins une pensée intrusive qui leur était inacceptable (qui était jugée comme étant similaire aux obsessions dans le TOC). La présence des pensées intrusives chez la population générale a été mainte fois confirmée depuis. Des études ont trouvé que la présence d'intrusion était endossée par 88,2% (Salkovskis & Harrison, 1984), 83% (Edwards & Dickerson, 1987), 83,5% (England & Dickerson, 1988), 99% (Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1991; Niler & Beck, 1989; Purdon & Clark, 1993) des étudiants universitaires, 83% d'une population de personnes fréquentant un hôpital (Freeston & Ladouceur, 1993) et 97,2% d'un groupe mixte d'étudiant et de participants de la communauté (Yao, Cottraux & Martin, 1999). Ces répliques ont permis de conclure que les intrusions étaient des phénomènes quasi universels qui n'étaient pas uniques au TOC.

Une étude a été effectuée dans 14 pays couvrant les cinq continents en tenant compte des lacunes sur l'évaluation des intrusions (c.-à-d. une confusion potentielle entre intrusion et pensées anxieuses et une définition floue de l'intrusion). Les résultats de cette étude montre que

94,3% des personnes rapportent faire l'expérience d'intrusions régulièrement (entre 81,2% à 100% selon le pays) avec en moyenne 2,77 intrusions récurrentes (1,38 à 4,41 selon le pays (Radomsky et al., 2014). La particularité de cette étude est que les participants étaient interviewés par rapport à leurs pensées intrusives afin de vérifier qu'il s'agissait bel et bien de pensées intrusives et non d'inquiétudes ou de ruminations. Cette étude permet aussi de valider que les intrusions sont un phénomène universel qui n'est pas propre qu'aux pays occidentaux. Toutefois, l'échantillon était constitué d'étudiants universitaires et non d'adultes de la population générale, ce qui pourrait compromettre la généralisation des résultats de l'étude à la population adulte.

Bien que la vaste majorité des personnes font l'expérience de pensées intrusives (entre 79,8 et 100% de la population selon les études), seulement 1,5% de la population souffre de TOC (Kessler et al., 2005). Ce constat a poussé les chercheurs à essayer de trouver les différences entre les intrusions et les obsessions. Rachman et de Silva (1978) ont demandé à six cliniciens de classer correctement des intrusions rapportées des participants contrôles de la communauté et des obsessions de participants souffrant de TOC selon leur groupe d'appartenance (c.-à-d. intrusions ou obsessions). Les cliniciens avaient un plus grand taux de succès lors de la classification des intrusions des participants contrôles de la communauté que des obsessions de participants souffrant de TOC. Le contenu des intrusions étant similaire à celui des obsessions de personnes souffrant de TOC, les auteurs ont conclu que les obsessions et les intrusions étaient des phénomènes analogues et ne pouvaient pas être différenciés selon leur contenu. Une autre étude a réanalysé les données originales de Rachman et de Silva (1978) pour conclure que les cliniciens arrivaient, au-delà de la chance, à classer correctement les intrusions des participants contrôles de la communauté, mais pas les obsessions des participants souffrant de TOC (Rassin & Muris, 2007). Contrairement à Rachman et de Silva (1978), ces auteurs en ont conclu que les intrusions et les obsessions pouvaient être différenciées, mais qu'ils présentent toutefois un contenu différent. Ils supposent qu'il y avait d'autres variables moins faciles à discerner que les cliniciens utilisaient afin de différencier les intrusions et les obsessions. Toutefois, ils n'ont pas suggéré quelles variables pourraient avoir aidé les cliniciens à faire cette différence. Ce chapitre tentera donc d'explorer quelles variables, autres que le contenu, pourraient être à l'origine de la distinction entre les intrusions et les obsessions.

Plusieurs caractéristiques distinguent les obsessions des intrusions. Les obsessions se sont plus fréquentes (Bouvard & Cottraux, 1997; Ladouceur et al., 2000; Rachman & de Silva, 1978) et durent plus longtemps (Bouvard & Cottraux, 1997; Ladouceur et al., 2000). Les obsessions génèrent un plus grand inconfort (Rachman & de Silva, 1978) et une réaction émotionnelle d'une plus grande intensité (Ladouceur et al., 2000; Rachman & de Silva, 1978). Les obsessions ont aussi un contenu moins acceptable (Bouvard & Cottraux, 1997; Rachman & de Silva, 1978) que les personnes souffrant de TOC qualifient de plus égo-dystone (c.-à-d. étranger à leurs valeurs ou à leur sens de soi; Bouvard & Cottraux, 1997; Rachman & de Silva, 1978). Finalement, les obsessions se produisent plus souvent sans qu'un déclencheur précis puisse être identifié (Rachman & de Silva, 1978).

D'autres études se sont plutôt concentrées sur la différence entre les obsessions et les pensées anxieuses et dépressives. Cliniquement, les obsessions font une plus grande irruption dans la conscience (Turner, Beidel, & Stanley, 1992), sont plus égo-dystone (c.-à-d. contraires aux valeurs de la personne; Turner et al., 1992) et sont plus fréquentes (Ladouceur et al., 2000). Les obsessions et les pensées anxieuses et dépressives sont possibles à distinguer sur la base de leur contenu (Turner et al., 1992), contrairement aux obsessions et aux intrusions. L'intensité émotionnelle générée par les obsessions est similaire à celle générée par les pensées anxieuses et dépressives (Ladouceur et al., 2000). Les obsessions sont donc différentes des pensées anxieuses et dépressives et représenteraient leur propre entité (Clark, 1992).

Bien qu'intéressantes en soi, ces distinctions cliniques offrent peu d'explication sur la nature du TOC. En effet, les phénomènes rapportés dans ces études montrent clairement la provenance des critères diagnostiques pour le TOC et les notes concernant le diagnostic différentiel avec les troubles anxieux. Toutefois, les critères diagnostiques donnent peu d'indications sur les causes et sur le traitement du TOC.

1.2. Théories cognitives du TOC

La quasi-totalité des théories psychologiques sur le TOC provient des théories cognitives, particulièrement celle de Beck (1976). Cette théorie postule que les problèmes émotionnels proviennent de l'interprétation que les gens font des événements qui leur arrivent (Beck, 1976). Ces interprétations proviennent de croyances, qui sont des phénomènes plus

larges qui teintent notre perception de l'environnement. Cette théorie est particulièrement intéressante pour le TOC puisqu'il n'y a pas de différences de contenu entre les cognitions présentes dans le TOC et celles présentes chez les personnes n'en souffrant pas (c.-à-d. entre les obsessions et les intrusions), ce qui suggère qu'il y aurait des explications psychologiques à ces différences.

1.2.1. Interprétations de responsabilité et de danger

Salkovskis (1985) fut le premier à postuler une théorie cognitive comportementale spécifique au TOC. Bien que la théorie de Beck postule que les pensées négatives automatiques (interprétations) soient à la base des désordres émotionnels (1976), il semble en être autrement pour le TOC. Salkovskis (1985) argumente que les pensées obsessionnelles et les pensées négatives automatiques sont fondamentalement différentes : les pensées obsessionnelles sont plus intrusives, beaucoup plus accessibles à la conscience, vues comme irrationnelles et égo-dystones, alors que les pensées négatives automatiques sont moins accessibles à la conscience, vues comme rationnelles et égo-syntone. Les deux types de pensées sont partiellement reliés aux stimuli externes, ont une attribution interne et sont idiosyncrasiques.

Salkovskis (1985) propose que ce ne soit pas la pensée négative automatique qui soit l'élément de base du TOC, mais que ce soit plutôt l'intrusion obsessionnelle. Toutefois, étant donnée la grande fréquence à laquelle des individus ne souffrant pas de TOC ont des intrusions obsessionnelles (entre 79,8 et 100% de la population selon les études), l'intrusion n'est pas à elle seule responsable du TOC. L'intrusion viendrait activer un schéma de responsabilité chez l'individu, ce qui transformerait ultimement l'intrusion en obsession (Salkovskis, 1985). Cette responsabilité se manifeste par l'impression que la personne serait responsable des conséquences de ses pensées, qu'elle serait responsable de prévenir les conséquences de sa pensée ou que sa pensée serait en elle-même fautive. Relié à la responsabilité, il y aurait aussi la notion que la personne ait peur d'être blâmé pour ses actions, son manque d'action ou ses pensées. Dans ce contexte, la neutralisation et la compulsion proviendraient donc du désir d'éviter le blâme, de prendre ses responsabilités et/ou de prévenir un danger ou une menace.

Toujours selon Salkovskis (1985), la séquence menant au TOC est la suivante : un élément, soit interne ou externe, vient déclencher une intrusion égo-dystone (souvent sous la

forme d'un doute). Le doute est ensuite interprété selon des schémas de perte (p.ex. : perte de la santé), de menace ou de danger (p.ex. : un membre de la famille va mourir) ou de responsabilité/blâme (p.ex. : je vais être responsable de la mort de mon enfant). Certaines croyances mèneront aussi à certaines interprétations : (1) avoir une pensée à propos d'une action est l'équivalent de faire l'action (2) ne pas prévenir ou ne pas réussir à prévenir un danger pour soi ou autrui est l'équivalent d'avoir causé ce danger; (3) la responsabilité n'est pas diminuée par d'autres facteurs, telle la faible probabilité qu'un danger se produise; (4) ne pas neutraliser quand une intrusion se manifeste est l'équivalent de vouloir que l'intrusion se produise dans la réalité; (5) il est impératif et possible de contrôler ses pensées. Ces interprétations vont mener à une ou plusieurs pensées négatives automatiques (p.ex. : je ne serai pas pardonné pour ces pensées), qui vont amener de la dysphorie et de l'anxiété. La personne effectuera des actions, soit physiques ou mentales, afin de réduire cette tension mentale (c.-à-d. de la neutralisation ou des compulsions). Après la neutralisation, la personne est récompensée par le manque de conséquences et donc de blâme, ce qui renforce l'interprétation de responsabilité.

Rachman (1993) attribue aussi une part du développement du TOC à la responsabilité. Il note que les patients obsessionnels hospitalisés perdent souvent le besoin d'effectuer les compulsions puisqu'ils sont dans un lieu nouveau. Les compulsions reviennent cependant peu après, lorsque la personne s'approprie l'endroit et recommence à se sentir responsable de ce qui pourrait s'y passer. L'auteur fait aussi une distinction entre la responsabilité comme croyance et comme phénomène clinique (Rachman, 1993). Il argumente qu'il est « normal » pour une personne souffrant de TOC de se sentir responsable puisque la conséquence négative anticipée provient de ses pensées à propos de ses actions possibles (ou de son manque d'action future). La responsabilité pourrait donc être à la fois un phénomène associé au TOC et une interprétation des pensées dans le TOC. Les personnes souffrant de TOC ont tendance à se blâmer pour leurs pensées, alors qu'il n'y a aucune preuve comme quoi nous avons un contrôle sur nos pensées (les résultats de recherches pointent surtout vers des processus presque entièrement automatiques; voir Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987).

Afin de raffiner la définition du concept de responsabilité (qui, selon Rhéaume et collaborateur (1995), reste vague malgré l'explication de Salkovskis (1985)), une étude a tenté de mesurer la différence entre deux définitions de la responsabilité (Rheume, Ladouceur,

Freeston & Letarte, 1995). La première définition représente une définition de la responsabilité qui a trait à la notion d'influence pour des conséquences négatives qui pourraient venir à soi ou aux autres et la seconde définition concerne la perception d'avoir une influence cruciale sur les conséquences négatives d'une situation. Les résultats ont montré que c'est la responsabilité cruciale qui est l'interprétation la plus reliée TOC. Une composante de danger est donc nécessaire pour expliquer le lien entre la responsabilité et le TOC puisque la responsabilité concerne une conséquence qui est négative.

Trois études ont tenté de distinguer l'influence des interprétations de responsabilité et de danger dans le TOC (Ladouceur, Rheaume & Aublet, 1997; Ladouceur et al., 1995). Les trois études effectuées chez les participants ne souffrant pas de TOC indiquent que, bien qu'il soit presque impossible de séparer ces deux construits, c'est lorsque la responsabilité et la probabilité d'un danger sont élevées que les symptômes obsessionnels compulsifs sont le mieux représentés.

La définition de l'interprétation de responsabilité dans le TOC a fini par se modifier pour inclure des interprétations de danger (Salkovskis, 1999). Selon Salkovskis (1999), des croyances de responsabilité pour le danger et les conséquences négatives qui pourraient arriver aux autres sont nécessaires pour qu'une intrusion devienne une obsession. Lorsque la personne croit qu'il est de sa responsabilité d'éviter un événement adverse, elle se met soit à tout faire pour prévenir la conséquence, ou encore à neutraliser la pensée lorsque celle-ci est la cause de l'événement adverse.

Au-delà des considérations sur la définition de la responsabilité dans le TOC, plusieurs études ont montré un lien entre les interprétations de responsabilité (avec ou sans composante de danger) et des comportements ou symptômes obsessionnels compulsifs. Dans l'étude de Langlois, Freeston & Ladouceur (2000a), les pensées intrusives montraient plus d'interprétations de responsabilité que les inquiétudes et elles étaient un des facteurs qui distinguait le mieux les intrusions des inquiétudes. Une autre étude a comparé l'intrusion la plus dérangement et la moins dérangement chez 64 participants universitaires (Rowa & Purdon, 2003). La responsabilité était un des facteurs différenciant les deux intrusions. Salkovskis et collaborateurs (2000) ont créé un questionnaire mesurant les croyances de responsabilité et les interprétations de responsabilité. Les croyances de responsabilités et la fréquence des

interprétations de responsabilité étaient plus élevées chez les participants souffrant de TOC que chez les participants souffrant d'un trouble anxieux ou les étudiants universitaires. Les participants souffrant de TOC et ceux souffrant d'un autre trouble anxieux avaient des résultats similaires aux questionnaires de dépression et d'anxiété, ce qui suggère que la responsabilité est reliée aux symptômes obsessionnels compulsifs. Cela est aussi montré par une corrélation entre la responsabilité et les symptômes obsessionnels compulsifs. Lors d'une régression multiple, la fréquence d'interprétations de responsabilité était caractéristique des symptômes autorapportés du TOC au-delà de l'anxiété et de la dépression (tous groupes confondus), mais pas les croyances concernant la responsabilité.

Finalement, une étude expérimentale effectuée chez 40 participants souffrant de TOC à tenter de mesurer si la responsabilité pouvait induire des compulsions (Shafran, 1997). Les participants devaient s'exposer à un stimulus craint, soit en présence de l'expérimentateur (condition de faible responsabilité), soit sans la présence de l'expérimentateur (condition de responsabilité élevée). Les résultats montrent que la responsabilité, l'anxiété, la probabilité que les conséquences négatives se produisent et l'urgence de performer les compulsions étaient plus élevées dans la condition de responsabilité élevée. Il n'y avait pas de différence quant à la responsabilité pour les pensées et le contrôle perçu sur le stimulus craint. La responsabilité était significativement reliée à l'anxiété et au besoin d'effectuer les compulsions dans les deux conditions.

En contraste, plusieurs études ont aussi montré une absence de lien entre la responsabilité et les symptômes obsessionnels compulsifs. Une étude a mis en relations les pensées de personnes souffrant de TOC et des interprétations irrationnelles d'infériorité, de culpabilité et de responsabilité (Yao et al., 1999). L'étude montre que les interprétations d'infériorité et de culpabilité sont les plus fortement reliées au TOC que les interprétations de responsabilité. La responsabilité était autant reliée aux symptômes du TOC qu'à l'anxiété et la dépression, ce qui suggère que la responsabilité ne serait pas spécifiquement reliée aux symptômes obsessionnels compulsifs. Finalement, Jones & Menzies (1997) ont recruté 27 participants souffrant de TOC afin de déterminer si les interprétations de responsabilité ou de danger prédisaient le mieux les réactions obsessionnelles compulsives. Les participants devaient mettre leurs mains dans un sceau d'objets répugnants potentiellement contaminant (poils, ongles, viande crue) durant cinq

minutes (ou moins si l'anxiété était trop élevée). Le danger perçu pendant la tâche était un prédicteur robuste de l'anxiété durant la tâche, de l'urgence de se laver les mains, du temps avec les mains dans le sceau et du temps passer à se laver les mains, en contrôlant pour la responsabilité perçue, le niveau d'efficacité personnelle à réussir la tâche et la conviction en l'efficacité personnelle pendant la tâche ($r = ,25$ -.76). La responsabilité perçue n'était pas significativement reliée aux mesures lorsque l'on contrôlait pour le danger ($r = -,03$ -.34, $p > .05$) (Jones & Menzies, 1997).

Les résultats concernant l'interprétation de responsabilité sont mitigés. L'interprétation de responsabilité semble être reliée au TOC, particulièrement la responsabilité pour un danger perçu. Toutefois, la responsabilité n'est pas la seule interprétation reliée au TOC et n'arrive pas à elle seule à expliquer la différence entre les intrusions et les obsessions.

1.2.2. Croyances dans l'importance des pensées et le besoin de contrôles des pensées

Bien que les interprétations de responsabilité aient été un modèle important dans le TOC, d'autres théories concernant le développement des obsessions se sont établies en parallèle. Ces théories se sont surtout basées sur l'observation que les personnes souffrant de TOC accordent une importance particulière à certaines pensées et qu'ils avaient tendance à essayer d'en annuler l'effet ou d'empêcher certaines pensées.

Wegner, Schneider, Carter et White (1987) ont mené une série d'étude afin d'investiguer l'impact de la répression des pensées. Lors de la première étude, 34 étudiants universitaires étaient divisés entre deux groupes. Le premier groupe devait réprimer des pensées à propos d'ours blanc de leur conscience, pour ensuite exprimer le plus de pensées d'ours blanc possible, alors que le deuxième groupe devait faire l'inverse (expression suivie de répression). Dans les deux groupes, la condition de répression a produit le plus de pensées, suggérant que la répression consciente des pensées est difficile, voire impossible. Dans le groupe effectuant la répression en premier, il y avait plus d'expression suivant la répression comparativement au groupe devant exprimer en premier. Il s'agit aussi du seul bloc expérimental (expression suivant la répression) qui montre une augmentation de la présence de pensée sur les ours blancs à travers la durée du bloc. Une deuxième étude a été effectuée auprès de 54 participants universitaires afin de

spécifier l'effet de la répression. Dans cette étude, une troisième condition de distraction a été incluse : les participants devaient, lors de la condition de répression, penser à une voiture rouge. L'ordre expérimental de ce groupe était le même que celui du groupe dans la condition répression en premier, ils devaient donc réprimer des pensées de voitures rouges et ensuite exprimer des pensées d'ours blancs. Les résultats montrent aussi la difficulté des participants à réprimer les pensées et montrent une différence lors de la condition de répression entre les participants du groupe répression (plus de pensées d'ours blanc) et les participants du groupe expression (moins de pensées d'ours blanc). Il n'y avait pas de différences avec le groupe de distraction. L'effet de rebond a aussi été constaté : les groupes expression et distraction montraient moins de pensées sur les ours blancs que le groupe répression lors de leur phase d'expression. Les auteurs suggèrent que le TOC pourrait se développer à la suite de répression de certaines pensées, ce qui transformerait l'intrusion en obsession, en augmentant la fréquence de cette pensée. Cette augmentation en fréquence conduirait à d'autres interprétations des pensées (Wegner et al., 1987).

Une revue de la littérature scientifique sur la répression des pensées montre que les résultats sont mitigés et inconsistants (Purdon, 1999). La répression des pensées serait impliquée dans la dépression, l'anxiété (surtout l'anxiété généralisée), la phobie spécifique, l'épisode de stress post-traumatique et le TOC. Il y a une absence de spécificité de la répression des pensées pour le TOC. Chez les participants contrôle de la communauté, il y a tendance à un effet rebond, alors que chez les participants souffrant de TOC, les résultats des études sont inconsistants, mais montrent un effet de la répression (toutefois l'effet ne peut être précisé par manque de réplification). Il y aurait un lien entre l'utilisation de la répression des pensées comme méthode de neutralisation de l'obsession et la croyance que la pensée est importante et qu'il est nécessaire de contrôler ses pensées. La répression serait plutôt une conséquence des interprétations des pensées et des croyances et serait plutôt un facteur de maintien qu'une cause du TOC (Purdon, 1999) et renforcerait la croyance que la pensée est dangereuse (Zucker, Craske, Barrios, & Holguin, 2002). Une faille majeure des études de répression est l'amorçage du mot à réprimer dans les consignes de l'expérimentation. Il s'agit souvent d'étude manquant de validité écologique puisque très peu de personnes ont tendance à faire naturellement de la répression de pensées à propos d'ours blanc et de voitures rouges. Les problèmes dans les études de répression

qui ont une meilleure validité écologique pourraient être dus à la répression par certains participants lors de consignes de non-suppression, ce qui inhiberait des effets de rebonds (Purdon, 2001a).

Pour Clark et Purdon (1993; Purdon & Clark, 1999), la métacognition (c.-à-d. les pensées que l'on a à propos d'autres pensées) serait un des problèmes fondamentaux du TOC et se manifesterait par des croyances à propos de la nécessité de contrôler ses pensées ou par la manière dont les pensées dérangeantes devraient être disposées. Ces croyances mèneraient à des efforts afin de réprimer les pensées dérangeantes. Il est logique que seulement les pensées perçues comme importantes soient neutralisées (personne ne neutralise des pensées d'ours blanc à moins de participer à une étude sur la répression des pensées) et que les personnes promptes à réprimer les pensées croient qu'il est nécessaire d'exercer un contrôle sur ses pensées. Alors que Salkovskis (1985) met l'accent sur les interprétations de responsabilité et sur le blâme, le facteur pertinent dans le TOC serait plutôt un manque de contrôle des pensées, amené paradoxalement par la nécessité perçue de contrôler ses pensées. Il est possible que les personnes souffrant de TOC aient un effet rebond plus fort suite à la répression, possiblement à cause d'un plus grand effort afin de vérifier si la pensée est présente ou pas, ce qui amènerait paradoxalement la personne à penser à la pensée.

Ces croyances métacognitives mèneraient naturellement à des interprétations dysfonctionnelles sur les pensées (p.ex. de danger; Purdon & Clark, 1999). Des croyances quant à l'importance de contrôler ses pensées peuvent aussi venir contraindre la personne à effectuer des actions afin de contrôler les pensées qu'elle pourrait avoir (c.-à-d. une compulsion ou neutralisation mentale). Considérant ce modèle métacognitif, il est peu probable que l'interprétation des intrusions soit nécessaire ou suffisante pour expliquer la genèse des obsessions (Wang & Clark, 2002).

Plusieurs études ont supporté la validité du modèle des croyances métacognitive. Une étude a trouvé que le manque de contrôlabilité d'une intrusion était relié à une plus grande détresse et un plus grand danger perçu pour les intrusions négatives (Edwards & Dickerson, 1987). Purdon et Clark (1994) ont demandé à 160 étudiants universitaires de rapporter leur intrusion causant le plus de détresse et de remplir des questionnaires par rapport à cette intrusion. La fréquence de la pensée (principale caractéristique qui différencie une intrusion d'une

obsession) était reliée à son manque de contrôlabilité. L'échantillon a aussi été divisé en deux, un premier groupe montrant des niveaux de symptômes obsessionnels compulsifs plus élevés et l'autre groupe montrant des niveaux plus faibles de symptômes obsessionnels compulsifs. Le manque de contrôlabilité distinguait les deux groupes avec la fréquence de l'intrusion, la culpabilité face à l'intrusion, l'évitement, le succès de la gestion de l'intrusion et le caractère déplaisant de l'intrusion (Purdon & Clark, 1994). Rowa et Purdon (2003) ont recruté 64 participants universitaires qui ont rapporté soit leur intrusion la plus dérangeante, soit leur intrusion la moins dérangeante. Les participants rapportant l'intrusion la plus dérangeante rapporte aussi interpréter un besoin plus grand de contrôle sur cette pensée, une plus grande responsabilité quant à l'intrusion et une tendance à accorder plus d'importance à l'intrusion. Finalement, Clark, Purdon et Wang, 2003 ont trouvé que les obsessions étaient significativement prédites par des croyances métacognitives sur les conséquences des pensées et l'importance de contrôler ses pensées au-delà de la présence de pensées anxieuses et dépressives.

Toutefois, d'autres preuves viennent contredire l'importance du manque de contrôlabilité comme seul facteur d'explication du TOC. Edwards et Dickerson (1987) ont trouvé que les intrusions négatives ne sont pas plus contrôlables que les intrusions positives chez des participants universitaires. Pour Salkovskis (1999), l'importance des pensées et la croyance envers la nécessité de les neutraliser seraient une conséquence du sentiment de responsabilité envers ses pensées. Donc, si une personne se sent responsable pour une conséquence possible d'une de ses pensées, elle fera tout en son pouvoir pour prévenir la conséquence ou elle tentera de contrôler la pensée si celle-ci est la cause de l'événement adverse anticipé.

1.2.3. Théorie des croyances multiples

Comme il vient d'être vu, plusieurs croyances ont été proposées comme étant reliées au TOC, mais aucune ne s'est vraiment démarquée. Basé sur leurs recherches et leur expérience clinique, Freeston, Rhéaume et Ladouceur (1996) ont proposé cinq croyances qui seraient reliées au TOC : (1) la surestimation de l'importance des pensées (2) un sentiment de responsabilité exagéré (3) un besoin de rechercher des états parfaits telles que la certitude absolue et un contrôle parfait sur les pensées et actions (4) la surestimation de la probabilité et de la sévérité des événements et (5) des croyances que l'anxiété produite par les pensées est

inacceptable et/ou dangereuse. Les auteurs notent qu'il est possible que ces croyances ne soient pas toutes reliées à chaque sous-type de TOC, elles pourraient donc être relativement idiosyncrasiques (Freeston et al., 1996).

D'autres auteurs ont trouvé l'idée intéressante et un regroupement de plusieurs dizaines de chercheurs a vu le jour (OCCWG, 1997). Ce groupe a identifié 19 croyances dans la littérature scientifique qui pourraient être reliées au TOC. Toutefois, bien que plusieurs de ces croyances puissent distinguer les personnes souffrant de TOC de celles ne souffrant d'aucune pathologie (croyances générales), il y avait peu des croyances qui distinguaient le TOC d'autres troubles psychiatriques (croyances spécifiques). Les croyances retenues lors des discussions sont, en ordre d'importance : (1) l'inflation de la responsabilité; (2) la surimportance des conséquences des pensées; (3) des préoccupations excessives avec l'importance de contrôler ses pensées; (4) la surestimation de la probabilité et de la sévérité du danger; (5) l'intolérance à l'incertitude et (6) le perfectionnisme (qui est le seul domaine de croyance non spécifique au TOC).

Toutefois, certains auteurs ont une interprétation différente de ces domaines de croyances (Salkovskis et al., 2000). L'inflation de la responsabilité, la surimportance des pensées et les croyances à propos de l'importance des pensées seraient toutes trois incluses dans la définition de responsabilités pour le danger donnée par Salkovskis (1999). L'intolérance à l'incertitude et la surestimation du danger seraient des vulnérabilités générales à plusieurs psychopathologies et non spécifiques au TOC. Le perfectionnisme serait un trait de caractère qui pourrait prédisposer au TOC, mais qui n'y est pas unique.

Emmelkamp et Aardema (1999) ont été les premiers à investiguer empiriquement plusieurs croyances potentiellement reliées au TOC à l'intérieur d'une même étude chez 304 participants de la communauté (dont certaines croyances parmi les 19 domaines de croyances du OCCWG, mais aussi d'autres construits en investigation pour expliquer la différence entre les intrusions et les obsessions). Seulement certaines croyances et certains processus cognitifs étaient reliés aux symptômes obsessionnels compulsifs et à leurs différents sous-types. L'inférence inverse (c'est-à-dire utiliser son imagination pour inférer la réalité) était reliée à un plus grand nombre de domaines de symptôme du TOC en contrôlant pour la dépression que n'importe quel autre processus cognitif mesuré. Le prédicteur le plus robuste des symptômes

obsessionnels compulsifs n'était pas un des domaines postulés par l'OCCWG (1997), mais bien l'inférence inverse (c.-à-d. le fait d'utiliser son imagination pour faire des inférences sur la réalité au lieu d'utiliser ces sens afin de faire des inférences sur la réalité). Aussi, les domaines postulés par l'OCCWG (1997) n'étaient pas significativement reliés à tous les sous-types du TOC, ce qui rejoint la position de Freeston et collaborateurs (1996). Ces résultats sont toutefois basés sur une population non clinique, mais ils indiquent déjà que plusieurs construits utilisées afin d'étudier le TOC pourraient être redondant.

1.2.4.1. Développement de questionnaires mesurant de multiples croyances et interprétations des pensées

Deux questionnaires ont été créés par l'OCCWG (1997; 1999; 2001; 2003; 2005) afin de mesurer les croyances reliées au TOC : le questionnaire des croyances obsessionnelles (OBQ) et l'inventaire d'interprétation des intrusions (III). L'OBQ a été créé afin de mesurer les croyances à travers les contextes alors que l'III a été créé afin de mesurer les interprétations à propos de pensées spécifiques. L'III comporte seulement les domaines de responsabilité, d'importance accordée aux pensées et de contrôle des pensées. Chaque item de ces questionnaires devait représenter seulement le domaine en question, ne pas représenter un symptôme du TOC, ne pas représenter une réaction émotionnelle et être clairement écrit. Après une élimination préliminaire des items basée sur la redondance et sur les critères décrits plus haut, l'OBQ comportait 87 items et l'III comportait 31 items (OCCWG, 2001). Les alpha des Cronbach montrent une bonne cohérence interne des questionnaires ($\alpha = ,88-.93$), mais les corrélations entre les domaines de l'OBQ et de l'III arrivent à des niveaux suggérant la multicollinéarité ($r = ,59-.88$) (OCCWG, 2001). Cela suggère aussi que certains domaines pourraient être psychométriquement reliés. Les participants souffrant de TOC obtiennent des résultats plus élevés aux deux questionnaires que les participants souffrant de troubles anxieux et les participants contrôle de la communauté, sauf pour le perfectionnisme, où les participants souffrant de TOC montrent des résultats équivalents aux participants souffrant de troubles anxieux, mais plus élevés que les participants contrôle de la communauté (OCCWG, 2001). L'OBQ et l'III montrent des corrélations élevées avec les mesures de symptômes TOC et les mesures de détresse. Les corrélations avec les mesures de symptômes restent significatives lorsque l'on contrôle pour la détresse (anxiété et dépression) ($r = ,25-.47$), mais les liens entre

l'anxiété et la dépression deviennent non significatifs lorsque l'on contrôle pour les symptômes obsessionnels compulsifs ($r = -.01, .34$), ce qui suggère une spécificité des deux questionnaires avec les symptômes obsessionnels compulsifs.

Une réplication effectuée par le même groupe de chercheurs parvient à des résultats similaires (OCCWG, 2003). Les alpha de Cronbach montrent une bonne cohérence interne et le test-retest pour l'OBQ-87 et l'III est bon. Les participants souffrant de TOC présentent aussi des résultats plus élevés que les autres groupes (anxieux et contrôle) à l'OBQ-87, sauf pour l'échelle d'intolérance à l'incertitude, de surestimation du danger et de perfectionnisme avec le groupe anxieux, et pour l'III, sauf pour l'échelle d'importance de pensées avec le groupe anxieux. Les intercorrélations sont fortes, suggérant une possible agrégation des facteurs lors d'une analyse factorielle. Les corrélations avec des mesures de symptômes obsessionnels compulsifs sont plus faibles que l'étude précédente (OCCWG, 2001), mais demeurent modérées à fortes. Lorsque la variance attribuable aux inquiétudes est contrôlée, les corrélations avec les symptômes TOC demeurent significatives malgré un effet plus faible. Toutefois, les corrélations avec les inquiétudes sont similaires lorsque les symptômes obsessionnels compulsifs sont contrôlés, suggérant que l'OBQ et l'III sont aussi reliés à d'autres processus anxieux et n'ont pas une spécificité unique au TOC.

Afin de tenter de réduire la multicolinéarité trouvée dans les études précédentes, une analyse factorielle a été effectuée sur l'OBQ et l'III (OCCWG, 2005). Une analyse factorielle a révélé que les six facteurs de l'OBQ-87 étaient mieux représentés par trois facteurs comprenant 44 items : (1) la responsabilité et la surestimation du danger, (2) le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude et (3) l'importance et le contrôle des pensées. Selon l'analyse factorielle, les trois facteurs de l'III ne formaient plus qu'un seul facteur. Les coefficients de cohérence interne montraient que l'OBQ-44 et l'III ont une forte cohérence interne. L'intercorrélations entre les trois échelles de l'OBQ-44 était forte, mais ne montrait plus de multicolinéarité. Les participants souffrant de TOC avaient des résultats plus élevés que les groupes anxieux et contrôles, sauf pour le facteur perfectionnisme et intolérance à l'incertitude, où les participants souffrant de TOC montrent des résultats similaires aux participants souffrant de troubles anxieux. L'OBQ-44 montrait des relations significatives avec une mesure de symptômes obsessionnels compulsifs autorapportés, alors que l'III montre des relations plus

faibles et une absence de relations avec les symptômes de contamination. Lorsque l'anxiété et la dépression étaient contrôlées, la responsabilité et le danger n'étaient reliés qu'aux obsessions concernant l'agression et aux symptômes de contamination, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude n'étaient reliés qu'à la vérification et au *grooming*, alors que l'importance et le contrôle des pensées n'étaient reliés à aucune mesure.

Depuis, d'autres analyses factorielles ont été effectuées et plusieurs solutions similaires ont été trouvées pour l'OBQ (trois facteurs, souvent avec quelques items en moins). Une solution diffère toutefois puisque la surestimation du danger était incorporée avec l'importance des pensées (Wu & Carter, 2008). Une autre étude a réussi à distinguer la responsabilité de la surestimation du danger (Moulding et al., 2011). Cette étude a trouvé quatre facteurs : (1) surestimation du danger; (2) responsabilité; (3) importance des pensées et besoin de les contrôler et (4) perfectionnisme et intolérance à l'incertitude. Les échelles sont corrélées avec les symptômes obsessionnels compulsifs, même en contrôlant pour la dépression. Lors d'une analyse factorielle confirmatoire, cette solution se révèle aussi une meilleure estimation des données que d'autres versions de l'OBQ, incluant l'OBQ-44. Toutefois, lorsque l'on contrôle pour les autres échelles de l'OBQ, la surestimation du danger ainsi que le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude sont les seuls facteurs qui sont reliés aux symptômes obsessionnels compulsifs (c.-à-d. que la responsabilité ne semble pas amenée de contribution indépendante). Cette analyse factorielle n'a été effectuée qu'avec des participants de la communauté et une réplication avec des participants souffrant de TOC est nécessaire.

Bien qu'intéressantes, les investigations psychométriques des croyances obsessionnelles compulsives ont mené à beaucoup de déceptions. Les croyances obsessionnelles ne sont pas toutes reliées à chaque sous-type dans le TOC. Le lien entre ces croyances et les symptômes obsessionnels semble parfois être médié par la détresse (c.-à-d. les symptômes anxieux et dépressifs). Toutes ces analyses semblent aussi pointer vers l'hypothèse de Freeston, Rhéaume et Ladouceur (1996) qui suggéraient que les croyances obsessionnelles se s'appliquent pas également dans tous les cas de TOC. Certaines personnes auraient certaines croyances dysfonctionnelles, mais pas d'autres.

1.2.4.2. Lien entre les croyances et interprétations dysfonctionnelles des pensées et les symptômes obsessionnels compulsifs

D'autres études portant sur les croyances obsessionnelles compulsives n'ont guère trouvé de meilleurs résultats. Une étude longitudinale s'échelonnant sur cinq ans et comprenant 61 participants universitaires avait pour but d'investiguer la stabilité du lien entre les symptômes obsessionnels compulsifs et les croyances obsessionnelles (Novara et al., 2011). Des analyses structurelles montrent que les symptômes obsessionnels compulsifs étaient prédits par les croyances obsessionnelles au début de l'étude au-delà de l'anxiété, la dépression et les inquiétudes. Toutefois, les croyances obsessionnelles ne prédisaient plus les symptômes obsessionnels compulsifs après le premier temps de mesure lorsque le modèle contrôlait pour les symptômes obsessionnels compulsifs du temps précédent. Les croyances obsessionnelles manquaient aussi de stabilité dans le temps, toutefois, cela pourrait être expliqué par la tendance à la diminution des croyances obsessionnelles après la vingtaine (Novara et al., 2011).

Une autre étude a procédé à une analyse de typologie hiérarchique sur 244 participants souffrant de TOC en utilisant l'OBQ-44 comme critère de classification (Taylor et al., 2006). L'analyse typologique montre deux groupes, le premier groupe présentait un résultat plus élevé à l'OBQ-44 et l'autre présentait un résultat plus faible à l'OBQ-44. L'analyse de typologie hiérarchique a été répliquée avec une analyse de typologie du voisin le plus proche, avec une analyse typologique hiérarchique de l'III et en effectuant une analyse de typologie hiérarchique sur la moitié du groupe TOC. Les trois répliquations montraient plus de 80% de concordance avec les groupes formés par l'analyse typologique hiérarchique originale. Le groupe qui obtenait des résultats plus élevés à l'OBQ-44 se distinguait par une plus grande présence d'obsessions répugnantes et par des symptômes d'anxiété et de dépression plus élevés. Le groupe qui obtenait des résultats plus faibles à l'OBQ-44 est comparable à celui des groupes souffrant de troubles anxieux et contrôles de la communauté lors de comparaisons intergroupes, alors que le groupe ayant obtenu des résultats plus élevés à l'OBQ-44 montrait une différence avec tous les groupes. Les auteurs concluent que d'autres théories pourraient expliquer le TOC (sans toutefois nommer ces théories) et que seulement certains individus auraient des croyances exagérées dans le TOC.

Certaines études montrent que l'interprétation des pensées aurait un lien avec la symptomatologie obsessionnelle compulsive. Lors de leur étude sur les réactions et

interprétations des intrusions et des pensées analogues aux inquiétudes, Langlois et collaborateur (2000b) ont trouvé que le facteur d'interprétation négative du contenu des intrusions et les réactions associées prédisaient les stratégies de gestion des intrusions reliées au TOC. Une autre étude ayant pour but de mettre à l'épreuve le modèle de l'interprétation dans différentes cultures a trouvé que la fréquence des intrusions, la détresse causée par les intrusions, l'importance accordée aux pensées et la persistance des intrusions étaient prédites par les interprétations faites des intrusions (Moulding et al., 2014). De petites différences entre les sites de recrutement ont été trouvées, mais elles étaient principalement reliées à la fréquence des intrusions trouvées entre les sites de recrutement. Toutefois, les interprétations des intrusions médiaient partiellement la relation entre les croyances obsessionnelles et la détresse causée par l'intrusion, le besoin de contrôler l'intrusion et la difficulté à rejeter l'intrusion. Cela indique que le lien entre les croyances et l'interprétation des pensées n'est pas aussi direct que ce qui était précédemment cru.

Les résultats tendent à montrer que les interprétations des pensées expliquent mieux les symptômes obsessionnels compulsifs que les croyances obsessionnelles. Plusieurs raisons pourraient expliquer cela. La première est la construction psychométrique des échelles. Il est possible que les échelles mesurant l'interprétation des pensées soient mieux conçues que les échelles mesurant les croyances et que cela soit responsable du meilleur lien obtenu avec les interprétations des pensées. La deuxième raison réfère au type de mesure. Lorsque de la mesure les croyances obsessionnelles, il est demandé aux participants de répondre généralement, alors qu'il est demandé aux participants de répondre spécifiquement lors de la mesure des interprétations des pensées. Or, le TOC est essentiellement idiosyncrasique. Les personnes en souffrant montrent une grande spécificité à la situation lors de leurs obsessions et de leurs compulsions (ce point sera abordé en détail plus loin), il est donc possible qu'ils aient des croyances de surestimation du danger *seulement* pour certaines situations, ce que l'OBQ ne mesure pas. Finalement, il est possible que les intrusions ne proviennent pas des croyances dysfonctionnelles, mais qu'une autre chose guide plutôt les interprétations dysfonctionnelles des pensées. Il faut toutefois se rappeler que les interprétations des pensées ne sont très présentes que dans un sous-groupe de participants souffrant de TOC (Taylor et al., 2006). Comme certains auteurs l'ont déjà proposé, il est fort probable que la théorie de l'interprétation des pensées et

des croyances cognitives ne soit pas suffisante pour expliquer le TOC et que d'autres théories devraient aussi être envisagées (Taylor et al., 2006; Wang & Clark, 2002).

1.2.5. Approche basée sur les inférences

Parallèlement au modèle de l'interprétation des pensées, une autre approche, basée sur les inférences, a vu le jour. Cette approche reprend une forme similaire à celle proposée par Salkovskis (1985) et propose que l'intrusion, qui est en fait un doute ou une inférence primaire, soit suivie de conséquences anticipées, qui sont une inférence secondaire, sujette aux interprétations (O'Connor & Robillard, 1999; O'Connor, 2002).

Le TOC ne suit pas une séquence phobique à propos d'objet ou de conditions réelles (O'Connor & Robillard, 1995). Souvent, les conditions évoquant l'obsession sont reliées à des événements passés ou à des situations spécifiquement personnelles à la personne. Ces situations proviennent d'un narratif que la personne investit au profit de la réalité, c.-à-d. que la personne est plus inquiète par la possibilité qu'il puisse y avoir quelque chose que par le fait qu'il y ait réellement quelque chose (p.ex. « il pourrait y avoir de la saleté sur la table, même si je n'en vois pas maintenant »; O'Connor & Robillard, 1995, 1999). Cet investissement dans un narratif mènerait à un surinvestissement dans le narratif au profit de la réalité, processus aussi nommé confusion inférentielle. Ce processus s'opérationnalise par une méfiance envers les sens et un investissement dans l'imaginaire. La personne décide donc de ce qu'il y a dans la réalité des sens à partir de son imaginaire.

Les auteurs proposent quatre erreurs d'inférence qui contribuent à la confusion inférentielle : l'inférence inverse, l'inférence basée sur des souvenirs et des associations non pertinentes, le rejet de preuves sous prétexte d'aller plus loin dans la réalité et l'utilisation de rétroaction non pertinente (O'Connor & Robillard, 1995). Dans la conceptualisation cognitive comportementale habituelle, on admet que la personne exagère la présence de danger (voir plus haut), toutefois, cela suppose que la personne souffrant de TOC se base sur la réalité pour inférer le danger, alors qu'elle se baserait plutôt sur son imagination. Il n'y aurait donc pas de surestimation du danger, mais une imagination du danger. En ce sens, la thérapie cognitive comportementale (TCC) traditionnelle pour le TOC n'aborde que les conséquences anticipées,

mais pas le doute initial, qui serait la cause primordiale du TOC. Les rituels (compulsions) renforcent le doute puisque la personne n'obtient aucune nouvelle information en effectuant la compulsion et qu'elle essaie de résoudre un problème de l'imaginaire avec une solution dans le monde des sens.

Le processus d'inférence primaire et d'inférence secondaire prend souvent la forme de cause et conséquence : «Si X arrive, alors Y va se produire» (O'Connor, 2002), donc : «Si j'ai oublié de verrouiller ma porte, alors je vais me faire cambrioler». De par la forme de cette séquence cause-conséquence, il devient apparent que si l'on invalide la première prémisse, la deuxième se dissipe d'elle-même, n'ayant plus rien sur quoi s'appuyer. Pour revenir à notre exemple, si la personne n'a pas oublié de verrouiller sa porte, elle ne pourra logiquement pas se faire cambrioler. L'inférence primaire provient d'un narratif, mais ce narratif peut être déclenché par des éléments de l'environnement, telle la vision d'une porte pour une personne atteinte de TOC de vérification, mais peut aussi provenir de pensées ou de réflexion personnelle, comme penser à ses enfants pour une personne atteinte d'un TOC impliquant des pensées de pédophilie. La seule différence entre les pensées obsessionnelles et les pensées non obsessionnelles seraient donc la référence des pensées non obsessionnelles à la réalité des sens et la référence des pensées obsessionnelles à l'imaginaire.

Une étude a investigué empiriquement la présence d'inférences primaires et secondaires chez 115 participants souffrant de TOC (Grenier, O'Connor, & Belanger, 2010). Les inférences primaires et secondaires étaient déterminées par une entrevue semi-structurée avec un psychologue. L'étude montre que le doute obsessionnel (inférence primaire) et les conséquences anticipés (inférences secondaires) restent stables dans le temps, mais qu'il est possible d'avoir un doute obsessionnel élevé pour une obsession, mais pas pour une autre (idem pour conséquences anticipées). La corrélation entre le doute obsessionnel et les conséquences anticipées était élevée, mais montrait de plus fortes relations lorsque le doute obsessionnel était plus élevé. Toutefois, cette relation n'était pas parfaite, puisque certains participants présentaient de forts niveaux de doute obsessionnel sans fort niveau de conséquences anticipées (et vice versa). Ceux qui montrent un niveau plus élevé de doute obsessionnel montrent aussi une plus grande difficulté à résister à leurs compulsions. Cette étude montre qu'il est possible d'avoir un TOC en étant presque persuadé que le doute obsessionnel est réel (la porte est presque

certainement brisée), mais que les conséquences ne sont pas très probables (mais il est improbable que je me fasse voler) et, à l'inverse, il est possible d'avoir un TOC en croyant que le doute obsessionnel est très peu probable (il n'y a pas beaucoup de chances que je tue mes enfants), mais que les conséquences seraient très désastreuses (mais je ne me le pardonnerais jamais). Ces résultats rejoignent ceux de Taylor et collaborateur (2006) qui affirment qu'un sous-groupe de personnes souffrant de TOC n'a pas une présence élevée de croyances obsessionnelles (et n'auraient donc pas tendance à investir des conséquences anticipées).

La confusion inférentielle s'imagine facilement pour les obsessions qui ont un référent physique. Il est possible de douter d'avoir bien entendu la porte se barrer, ou de douter de la propreté du mémoire qui est lu (après tout, n'y a-t-il pas des bactéries invisibles partout et le courrier ne passe-t-il pas dans les mains de plusieurs personnes?). Toutefois, il est plus difficile de se représenter un doute qui réfère à une intention ou à un état d'esprit. Dans ce type d'obsession (le plus souvent les obsessions répugnantes), il y a plutôt une confusion entre une pensée et le fait d'avoir une pensée à propos d'une pensée (Aardema & O'Connor, 2003). Dans l'étude de Wegner et collaborateur (1987), les participants rapportent des « intrusions » par rapport aux consignes de l'étude (ne pas penser à des ours blancs). Toutefois, si l'on regarde les transcrits des participants, ils sonnaient la cloche lorsqu'ils pensaient à ne pas penser à propos des ours blancs (p.ex. « Je ne dois pas penser à des ours blancs [son de cloche] »). Toutefois, le son de cloche ne se rapporte pas à la pensée d'un ours blanc en tant que tel (p.ex. « J'aimerais être au pôle Nord et nager avec un ours blanc [son de cloche] »), mais plutôt aux consignes de l'expérience. Il s'agirait donc de métacognitions à propos d'ours blanc plutôt que de pensée à propos d'ours blancs. Le phénomène décrit plus haut se retrouve aussi chez les personnes souffrant de TOC avec des obsessions répugnantes (Aardema & O'Connor, 2003). Une femme ayant peur d'étrangler son enfant avait le narratif suivant : « Je veux être une bonne mère... Et si j'étais une mauvaise mère?... Si j'étais vraiment une mauvaise mère, je pourrais étrangler mon enfant... Je viens de penser à étrangler mon enfant... Je suis une personne terrible capable d'étrangler mon enfant... Je viens de repenser que je pourrais étrangler mon enfant... Je viens encore de penser à étrangler mon enfant... » Cette femme n'a jamais réellement considéré tuer son enfant, elle a plutôt confondu un questionnement et une pensée hypothétique avec une

pensée et elle a inféré de cette confusion qu'elle pourrait être une meurtrière capable de tuer son enfant.

1.2.5.1. Confusion inférentielle et symptômes obsessionnels compulsifs

Plusieurs études supportent l'approche basée sur les inférences et le lien entre la confusion inférentielle et les symptômes obsessionnels compulsifs. Dans l'étude de Emmelkamp et Aardema (1999) vue plus haut, l'inférence inverse était le meilleur prédicteur des symptômes obsessionnels compulsifs en contrôlant pour les autres croyances dites obsessionnelles et la dépression. Un questionnaire mesurant l'inférence inverse a été validé auprès de 85 participants souffrant de TOC, 31 participants souffrant de trouble anxieux, 16 participants souffrant de troubles délirants et 51 participants contrôle de la communauté (Aardema et al., 2005). Le questionnaire de confusion inférentielle présentait un seul facteur comportant 15 questions. Les groupes souffrant de TOC et de troubles délirants montraient des résultats plus élevés que le groupe souffrant de troubles anxieux et que celui provenant de la communauté. La confusion inférentielle corrélait avec les symptômes obsessionnels compulsifs pour le groupe souffrant de TOC, de trouble délirant et celui de la communauté (mais pas pour le groupe anxieux). La confusion inférentielle corrélait aussi avec les obsessions à propos du danger, de la contamination et le total du questionnaire de symptômes obsessionnels compulsifs en contrôlant pour les différentes croyances obsessionnelles, l'anxiété et la dépression. La confusion inférentielle montre donc une bonne capacité à distinguer les participants souffrant de TOC de ceux souffrant de trouble anxieux et une relation robuste avec les symptômes obsessionnels compulsifs.

Une réplique de l'étude de Emmelkamp et Aardema (1999) effectuées sur 85 participants souffrant de TOC montre que seuls le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude corrélaient avec le total du questionnaire de symptômes obsessionnels compulsifs ($r = ,27$), le total de l'OBQ-44 ($r = ,24$) et l'importance et le contrôle les pensées ($r = ,33$) avec l'échelle des obsessions, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude ($r = ,26$) avec la vérification lorsque l'on contrôle pour la confusion inférentielle (Aardema, O'Connor & Emmelkamp, 2006). La confusion inférentielle est aussi distincte de la surestimation du danger lorsque les deux échelles ont été entrées ensemble dans une analyse factorielle. Il est possible

que les deux construits soient pertinents au TOC, mais dans une séquence différente. Les inférences menant aux obsessions pourraient être interprétées comme signifiant un danger et seraient souvent en elle-même une source de danger potentielle (penser qu'on a oublié de verrouiller sa porte peut nous faire croire à la présence de danger).

Une étude a été effectuée afin de vérifier si la confusion inférentielle était un construit distinct des croyances obsessionnelles, pas seulement de la surestimation du danger (Aardema, Radomsky, O'Connor & Julien, 2008). Lors de cette étude, une analyse factorielle a été réalisée en entrant simultanément l'OBQ-44 et le questionnaire de confusion inférentielle remplis auprès de 322 étudiants universitaires. Quatre facteurs ressortent de l'analyse : l'importance et le besoin de contrôler ces pensées, la confusion inférentielle et la surestimation du danger, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude et la responsabilité pour la prévention du danger. Tous les facteurs (sauf celui de responsabilité) montraient une corrélation avec les symptômes obsessionnels compulsifs, mais aussi avec des mesures d'anxiété et de dépression. Lors d'une régression hiérarchique contrôlant pour l'anxiété et la dépression, le facteur de confusion inférentielle et de surestimation du danger expliquait tous les types de symptômes obsessionnels compulsifs. Le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude, ainsi que l'importance et le besoin de contrôler ses pensées avaient des liens plus faibles avec certains symptômes obsessionnels compulsifs. Finalement, la responsabilité pour la prévention du danger prédisait négativement certains symptômes pertinents à certains sous-types du TOC (la responsabilité pour la prévention du danger prédisait un niveau de symptômes plus faible pour certaines échelles). Pour vérifier la présence d'un lien entre les domaines cognitifs et les symptômes obsessionnels compulsifs au-delà de la surestimation du danger, des corrélations partielles contrôlant pour l'échelle originale de l'OBQ-44 de surestimation du danger et de responsabilité ont été effectuées. Les résultats montrent que les trois échelles (confusion inférentielle et surestimation du danger, perfectionnisme et intolérance à l'incertitude et l'importance et le besoin de contrôler les pensées) gardaient leurs liens significatifs avec les symptômes obsessionnels compulsifs.

Toutefois, le questionnaire de confusion inférentielle mesure principalement l'inférence inverse et offre moins de représentativité aux autres processus de raisonnement impliqués dans le TOC (voir O'Connor & Robillard, 1995 plus haut). Ce questionnaire a été étendu afin de

mesurer plusieurs autres processus potentiellement reliés à l'approche basée sur les inférences : le surinvestissement des possibilités lors du raisonnement, l'absorption dans des séquences imaginaires, les erreurs de catégories, les associations non fondées, l'utilisation sélective de fait hors contexte et l'utilisation d'événement apparemment comparable (Aardema et al., 2010). Une analyse factorielle répliquée sur trois groupes (participants de la communauté, étudiant et personne souffrante de TOC) montrait que la confusion inférentielle est un construit unitaire qui ne peut pas être divisé psychométriquement. La confusion inférentielle montrait un lien significatif avec les symptômes obsessionnels compulsifs, même en contrôlant pour la détresse (anxiété et dépression) et en contrôlant pour les croyances obsessionnelles. Les participants souffrant de TOC montraient plus de confusion inférentielle que les autres groupes (étudiants universitaires, membre de la communauté et souffrant de troubles anxieux). La confusion inférentielle diminuait aussi après un traitement cognitif comportemental pour le TOC.

Cette étude reproduit sensiblement les résultats obtenus avec le questionnaire de confusion inférentielle (Aardema et al., 2005), mais en y incluant d'autres processus de raisonnement, ce qui renforce la validité du modèle de la confusion inférentielle. D'autres études ont aussi tenté de confirmer la distinction entre le questionnaire de confusion inférentielle version étendue (ICQ-EV) et d'autres construits psychologiques. Wu et collaborateurs (2009) ont recruté 317 participants universitaires et leur ont fait passer une batterie de questionnaire. L'étude utilise un composite de trois mesures de symptômes obsessionnels compulsifs afin de limiter les erreurs qui pourraient n'être dues qu'à l'erreur de mesure d'un instrument. Des régressions hiérarchiques montrent que la confusion inférentielle prédisait les symptômes obsessionnels compulsifs, la vérification et les rituels obsessionnels compulsifs au-delà de la détresse et des croyances obsessionnelles (Wu, Aardema & O'Connor, 2009).

Récemment, une étude a vérifié la contribution unique de la confusion inférentielle et des croyances obsessionnelles dans la prédiction des symptômes obsessionnels compulsifs en contrôlant pour l'anxiété, la dépression et le sexe en utilisant un échantillon de 270 participants souffrant de TOC (Aardema, Wu, Moulding, Audet, & Baraby, soumis). La confusion inférentielle prédisait significativement les symptômes obsessionnels compulsifs ($\beta = ,31$), la vérification ($\beta = ,28$), la précision ($\beta = ,31$) et les ruminations obsessives/l'indécision ($\beta = ,35$).

Seules la contamination et les obsessions répugnantes n'étaient pas significativement prédites par la confusion inférentielle.

1.2.5.2. Études expérimentales validant l'approche basée sur les inférences

O'Connor et Aardema (2003) notent que certaines vulnérabilités pourraient mener à la confusion inférentielle, particulièrement l'absorption dissociative et la surutilisation d'un raisonnement inductif. Contrairement au raisonnement déductif, qui mesure la capacité à former des conclusions à partir de nouvelles informations, le raisonnement inductif mesure la capacité de faire des inférences à partir d'information passée. Deux études ont investigué l'utilisation du raisonnement inductif dans le TOC. Les auteurs de la première ont recruté 12 participants souffrant de TOC, 10 participants souffrant de trouble d'anxiété généralisé et 12 participants ne souffrant d'aucune psychopathologie et leur ont fait passer des tests de raisonnement inductif et de raisonnement déductif (Pelissier & O'Connor, 2002). Il n'y avait pas de différence entre les groupes quant au raisonnement déductif, toutefois, des différences ont été trouvées entre les groupes quant au raisonnement inductif. Les participants souffrant de TOC fournissaient plus de justifications imaginées entre une prémisse et une conclusion. Les participants souffrant de TOC fournissaient plus d'arguments narratifs, indiquant une plus grande tendance à fournir des arguments supportant le doute. Seuls les participants souffrant de TOC montraient un changement de conviction après avoir généré des arguments reliant deux événements, ce changement de conviction étant significativement relié aux symptômes obsessionnels compulsifs. Finalement, les raisons données par les participants souffrant de TOC étaient hypothétiques plutôt que basées sur ce que les sens pouvaient observer. Cette étude montre une tendance des participants souffrant de TOC à générer plus facilement un narratif pouvant justifier un événement et sont plus facilement convaincus par ce narratif.

Cette étude a été reconduite en utilisant une tâche plus écologique (Pelissier, O'Connor, & Dupuis, 2009). Cette tâche évalue l'impact d'information donnée par un expérimentateur ou générée par soi dans des scénarios neutres ou spécifiques au TOC. L'étude comprenait 35 participants souffrant de TOC et 39 participants contrôle de la communauté. Les résultats montrent que les participants souffrant de TOC doutent plus lorsque les alternatives sont données par l'expérimentateur, alors que les participants contrôles de la communauté ne

montraient aucune différence. Aucune autre différence n'a été trouvée. On peut conclure que les participants souffrant de TOC semblent plus influençables par les informations alternatives qui proviennent d'une autre source que d'eux-mêmes.

Malgré l'amélioration de cette étude par rapport à la précédente, il y a tout de même un manque de validité écologique, ce qui remet en doute la généralisation des résultats au TOC. Aussi, l'information alternative au sens ne provient pas de la personne souffrant de TOC, mais d'une personne externe. Cependant, le doute obsessionnel suit souvent un processus de va-et-vient entre l'information provenant des sens et celui provenant de l'imagination (p.ex. « Peut-être que je pourrais tuer mon enfant » ... « Mais je ne lui ai jamais montré d'attitude violente » ... « Certains meurtriers ne montrent aucun signe avant de commettre leurs meurtres », etc.). Pour pallier ces lacunes, Aardema et collaborateurs (2009) ont créé la tâche de processus d'inférence qui mesure la conviction en une conclusion initiale en suivant le processus de va-et-vient présenté plus haut. Cette tâche présente un scénario contrôle, où la personne arrive à l'arrêt d'autobus et doit déterminer s'il y aura une grève des transports, et un scénario TOC, où la personne doit déterminer si elle a écrasé quelqu'un en voiture (Aardema, O'Connor, Pelissier, & Lavoie, 2009). Les participants devaient noter, à chaque alternative, quel était leur niveau de conviction en la conclusion initiale (p.ex. s'il y aurait une grève ou s'ils avaient écrasé quelqu'un en voiture). 50 participants souffrant de TOC et 22 participants contrôles de la communauté ont été recrutés. Dans le scénario TOC, les participants souffrant de TOC montrent un plus faible déclin du doute, même en contrôlant pour l'anxiété. Les participants souffrant de TOC avaient tendance à être plus influencés par les informations basées sur l'imaginaire que celles basées sur les sens comparativement aux participants contrôles de la communauté. Dans le scénario non-TOC, les deux groupes montraient un déclin similaire, mais le groupe souffrant de TOC présentait plus de doute tout au long du scénario. Les participants souffrant de TOC montraient un plus grand impact cumulatif de l'information basée sur les possibilités, même en contrôlant pour les niveaux initiaux de doute et d'anxiété. L'impact de l'information (sens et possibilité) ainsi que le niveau initial de doute prédisaient la sévérité du TOC au-delà de l'anxiété et de la dépression. La confusion inférentielle corrélait avec l'impact de l'information basée sur les possibilités dans le scénario TOC seulement. Ce lien devenait plus fort après chaque présentation d'information basée sur l'imaginaire. Cette étude montre que les personnes

souffrant de TOC ont une plus grande tendance à s'investir dans leur imaginaire et sont plus sensibles aux possibilités dans une tâche qui est plus fidèle au raisonnement que l'on observe chez ces mêmes personnes.

Cette étude présente toutefois le désavantage de ne mesurer le doute pertinent qu'à un seul sous-type de TOC (obsessions répugnantes) et de mesurer le doute selon un raisonnement déductif. Malgré l'utilisation d'un seul sous-type, beaucoup de différences ont été trouvées entre les participants souffrant de TOC et les participants contrôles de la communauté. Les alternatives présentent de nouvelles informations basées sur les sens alors que lors des compulsions, les participants souffrant de TOC acquièrent rarement de nouvelles informations, mais ressassent les informations provenant de leurs narratifs (c.-à-d. de l'imaginaire; O'Connor & Robillard, 1995).

Finalement, une tâche expérimentale a été créée afin de mesurer l'inférence inverse (Wong & Grisham, 2016). Neuf scénarios appliquaient l'inférence inverse à des sous-types du TOC et neuf l'appliquaient à des composantes dites normales (p.ex. la ponctualité). Les auteurs de l'étude ont recruté 138 participants de la communauté sur l'internet. Lorsque l'on contrôle pour la détresse et pour les croyances obsessionnelles, les résultats à la tâche demeuraient reliés aux résultats du questionnaire de confusion inférentielle originale et les résultats aux scénarios TOC demeuraient reliés aux symptômes obsessionnels compulsifs.

L'approche basée sur les inférences est donc un modèle qui est bien validé. La confusion inférentielle a un lien robuste avec les symptômes obsessionnels compulsifs au-delà des symptômes anxieux, des symptômes dépressifs et des croyances obsessionnelles. Les tâches expérimentales montrent aussi une bonne spécificité des processus inférentiels avec les symptômes obsessionnels compulsifs. Ce modèle peut être considéré comme un candidat capable d'expliquer le TOC au moins aussi bien que celui de l'interprétation des pensées.

1.2.5.3. Explications alternatives de la confusion inférentielle

Le concept de méfiance envers les sens pourrait toutefois n'être que la manifestation d'un problème de mémoire chez les personnes souffrant de TOC. Ce problème de mémoire les amènerait à douter qu'ils aient réellement effectué certaines actions et des compulsions seraient donc effectuées pour compenser ce manque de mémoire. Les participants souffrant de TOC ont

au moins une aussi bonne mémoire que les participants ne souffrant pas de TOC (Hermans, Martens, De Cort, Pieters, & Eelen, 2003; McNally & Kohlbeck, 1993) et ils sont au moins aussi bons que les participants contrôles de la communauté pour distinguer entre les événements réels et ceux qu'ils ont dû imaginer (Brown, Kosslyn, Breiter, Baer, & Jenike, 1994; Constans, Foa, Franklin, & Mathews, 1995; Hermans et al., 2003; McNally & Kohlbeck, 1993). Toutefois, les participants souffrant de TOC désirent une plus grande vivacité de leurs souvenirs (Constans et al., 1995) et ils croient avoir une moins bonne capacité à distinguer les souvenirs réels et imaginaires que les participants contrôles de la communauté alors qu'ils ont en réalité une meilleure capacité de le faire (Hermans et al., 2003). Ces deux études décrivent des concepts ressemblent en fait beaucoup à de la méfiance envers les sens. Finalement, les compulsions ne sont observées dans les autres problèmes de santé impliquant un déficit de mémoire ou un déficit de confiance en sa mémoire (p.ex. la dépression et la démence; Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003).

1.2.6. Conclusion des modèles psychologiques

Deux grandes approches dans les théories psychologiques sur le TOC ont été vues : l'approche de l'interprétation des pensées et l'approche basée sur les inférences. Bien que différentes, ces deux approches ne sont pas incompatibles, la confusion inférentielle pouvant expliquer le doute obsessionnel et l'interprétation des pensées pouvant expliquer les conséquences anticipées. Les interprétations des pensées et la confusion inférentielle sont possibles lors de la même intrusion. Doron et collaborateurs (2008) montrent un exemple particulièrement frappant : « *If I had the thought* [à propos de la mort d'un proche], *I must have wished for it to happen.* ». Les auteurs attribuent à cette pensée une interprétation d'importance donnée à la penser, mais il est aussi possible de dire qu'il s'agit d'une interprétation de responsabilité, d'une interprétation de danger et d'inférence inverse. Il est possible que plusieurs auteurs donnent des noms différents à des phénomènes similaires ou que plusieurs phénomènes soient concomitants, ce qui rend difficile leur distinction.

1.3. Égo-dystonie et implication de la définition de soi dans le TOC

L'égo-dystonie est une caractéristique essentielle de l'obsession dans le TOC (APA, 2013). Cette caractéristique distinguerait les obsessions du TOC des inquiétudes présentes dans le trouble d'anxiété généralisé (Turner et al., 1992). Purdon et collaborateur (2007) définissent l'égo-dystonie de la manière suivante :

« Une pensée égo-dystone est une pensée qui est perçue comme ayant peu ou pas de contexte à l'intérieur du sens de soi ou de la personnalité d'une personne. La pensée est donc perçue, du moins initialement, comme se produisant à l'extérieur du contexte de la morale, des croyances, des préférences, des comportements passés et/ou des attentes à propos des types de pensées qui doivent ou devraient être vécus par la personne. Ces pensées donnent lieu à une détresse émotionnelle considérable et sont résistées. » (Purdon, Cripps, Faull, Joseph, & Rowa, 2007).

Dans leur étude pionnière sur le TOC, Rachman & de Silva (1978) ont constaté que six des huit participants de leur échantillon souffrant de TOC rapportaient des obsessions étrangères à leur soi (donc égo-dystone). Une autre étude a reproduit ces résultats : un des éléments distinctifs entre les pensées intrusives de participants ne souffrant pas de TOC et les obsessions des participants souffrant de TOC était un plus grand rejet des obsessions par les personnes souffrant de TOC (Bouvard & Cottraux, 1997). Les intrusions sont aussi plus égo-dystones que les inquiétudes, même en contrôlant pour la fréquence des deux types de pensées (Langlois, Freeston & Ladouceur, 2000). Finalement, Freeston et Ladouceur (1993) ont voulu vérifier si l'égo-dystonie distinguait réellement les intrusions des autres pensées anxieuses. Pour se faire, ils ont recruté 534 participants de la communauté et les ont regroupés selon deux évaluations qu'ils faisaient de leurs pensées intrusives : la probabilité que l'intrusion se produise et la désapprobation de l'intrusion. Quatre groupes ont été créés combinant les deux évaluations (haute-probabilité/haute-désapprobation, faible-probabilité/haute-désapprobation, haute-probabilité/faible-désapprobation, faible-probabilité/faible-désapprobation). Selon eux, la faible probabilité réfère à des pensées similaires aux obsessions et la haute probabilité réfère à des pensées similaires aux inquiétudes. La désapprobation fait référence soit à l'égo-dystonie (haute désapprobation) ou à l'égo-syntonie (faible désapprobation). Le groupe faible-probabilité/haute-désapprobation présentait plus de stratégies de gestions des pensées intrusives similaires à celles du TOC (neutralisation, réaliser une action pour contrer la pensée) que le groupe haute-probabilité/faible-désapprobation. Le groupe faible-probabilité/haute-

désapprobation était aussi le groupe présentant le plus de symptômes obsessionnels compulsifs. Les auteurs en ont conclu que l'égo-dystonie était plus relié au TOC qu'aux autres troubles anxieux (Freeston & Ladouceur, 1993).

L'égo-dystonie dans le TOC pourrait être un concept multidimensionnel. En effet, il est possible que certains aspects d'une obsession soient congruents avec des aspects de la personnalité (p.ex. une personne avec la peur de contaminer les autres aura un aspect préventif qui sera en congruence avec sa personnalité) tout comme il est possible que l'égo-dystonie diminue avec une habitude à l'obsession (p.ex. une personne qui se croit être un meurtrier et qui finit par intégrer cette définition comme faisant partie de soi; Purdon & Clark, 1999; Purdon et al., 2007). Purdon et collaborateurs (2007) ont tenté de valider un instrument mesurant l'égo-dystonie auprès d'une population composée d'étudiants universitaires. Quatre facteurs ont été obtenus par analyse factorielle : l'inconsistance avec la morale, l'implication pour la personnalité, l'irrationalité et la répugnance. L'inconsistance avec la morale et l'irrationalité différenciait les participants rapportant des intrusions égo-dystones et des intrusions égo-syntone ($p < .05$). L'inconsistance avec la moral, l'implication pour la personnalité et la répugnance différenciaient efficacement les participants contrôles universitaires des participants souffrant de TOC ($p < .05$). La validité convergente avec des mesures autorapportées du TOC est toutefois faible, il n'y avait que des corrélations modérées entre l'implication pour la personnalité et certains sous-types ($r = .31-.44$), alors qu'il n'y avait que des corrélations faibles pour l'inconsistance avec la morale ($r = .27$), et la répugnance ($r = -.23$) et aucune corrélation significative avec l'irrationalité. Toutefois, il y avait des corrélations faibles à forte entre l'inconsistance avec la morale, l'implication pour la personnalité et l'irrationalité avec les croyances reliées au TOC ($r = .18-.57$), mais aucune corrélation significative pour la répugnance. La plupart des pensées rapportées avaient rapport avec des thèmes de répugnance et la spécificité au TOC de certaines pensées était douteuse (p.ex. plusieurs pensées se rapportant à des rêves), les résultats doivent donc être interprétés avec prudence; Purdon et al., 2007).

1.3.1. Égo-dystonie et implication de la personnalité dans le TOC

L'égo-dystonie peut être expliqué par l'absorption dans l'imaginaire des personnes souffrant de TOC (Aardema & O'Connor, 2003; O'Connor & Aardema, 2003). Les obsessions

sont vécues comme égo-dystones puisque la personne agit comme si ce qui se produisait dans son imaginaire était en fait la réalité. Cela amène une contradiction entre les valeurs de la personne et ce dont elle a peur qu'il se produise (p.ex. une personne croit en la nécessité de protéger les autres, mais s'imagine comme étant une source de danger pour les autres). Cette contradiction amène le manque de contexte nécessaire au développement de l'égo-dystonie.

L'égo-dystonie montre directement une implication de la personnalité. L'intrusion est vécue comme égo-dystone puisque la personne se voit comme étant la cause du danger alors qu'elle se voit comme une personne qui fait attention aux autres (Purdon & Clark, 1999). Les obsessions seraient donc une menace pour la perception de soi et ces pensées sont celles qui deviendraient particulièrement saillantes. Face à de telles intrusions, les personnes ne souffrant pas de TOC (ou ceux qui n'en développeront pas) évalueraient la pensée comme étant une pensée anormale afin de diminuer l'inconsistance entre la pensée et le sens de soi. Les personnes souffrant de TOC auraient plutôt tendance à intégrer ces pensées dans leur sens de soi.

L'implication d'une composante du soi ou de la personnalité dans les symptômes obsessionnels compulsifs est suggérée dans la littérature scientifique depuis un certain temps. Langlois et collaborateurs (2000a) ont trouvé que l'égo-dystonie des intrusions corrélait fortement avec la culpabilité et la honte. Lors d'une étude mesurant la réaction qu'ont les participants ne souffrant pas de TOC aux pensées intrusives, les auteurs ont trouvé que les participants utilisant des stratégies de confrontation (qui sont analogues à la neutralisation dans le TOC) présentaient plus de culpabilité et de désapprobation à propos de leur intrusion que les participants utilisant des stratégies d'évitement (qui sont analogues à l'évitement dans les troubles anxieux) (Freeston et al., 1991). Une étude menée par Yao et collaborateurs (1999) rapportait aussi que les interprétations d'infériorité et de culpabilité étaient plus fortement reliées au TOC que les interprétations de responsabilité. Lors de leur étude investiguant la spécificité des domaines cognitifs dans le TOC, Emmelkamp et Aardema (1999) ont trouvé que la culpabilité était reliée à la vérification, la rumination et aux impulsions en contrôlant pour les autres domaines cognitifs et la dépression.

Deux études ont investigué le rôle de la propension à la culpabilité dans le TOC. Dans une étude mesurant les pensées intrusives chez 76 participants universitaires, Niler et Beck (1989) ont trouvé que la propension à la culpabilité était un prédicteur plus important que la

dépression et que les traits anxieux du nombre de pensées intrusives, de la fréquence des pensées, de la difficulté à contrôler les pensées et de la détresse causée par les pensées intrusives (Niler & Beck, 1989). Une autre étude a investigué le rôle de la sensibilité à la culpabilité au-delà de la propension à la culpabilité (Melli, Carraresi, Poli, Marazziti, & Pinto, 2017). La sensibilité à la culpabilité était plus élevée chez les participants souffrant de TOC avec une composante de vérification que chez les participants souffrant de TOC sans composante de vérification et des participants contrôles souffrant de troubles anxieux. Des régressions hiérarchiques montrent que la sensibilité à la culpabilité est significativement reliée aux symptômes de vérification ($\beta = ,38$) au-delà des croyances obsessionnelles, de l'anxiété et de la dépression. Toutefois, la culpabilité reste une opérationnalisation très vague de l'implication de la personnalité dans le TOC.

Autres que la honte, l'infériorité et la culpabilité, les résultats des études ont montré des liens plus directs entre le soi et les symptômes obsessionnels compulsifs. Lors de l'étude de Rhéaume et collaborateur (1995) portant sur les définitions de la responsabilité, les seuls scénarios analysés de l'étude étaient ceux qui avaient une implication personnelle de la personnalité des participants (ceux obtenant un résultat de 7+/9), ce qui attribue une partie des résultats sur l'interaction entre la responsabilité et les symptômes obsessionnels compulsifs à l'implication pour la personnalité. Une étude effectuée chez 125 participants universitaires mesurant les pensées inquiétantes, les intrusions et les processus cognitifs reliés aux deux types de pensées ont trouvé que les intrusions se distinguaient des pensées inquiétantes par des préoccupations quant à la signification personnelle des pensées (Clark & Claybourn, 1997). Finalement, lors d'une étude comparant l'obsession causant le plus de détresse et l'obsession causant le moins de détresse, Purdon et collaborateur (2007) ont trouvé que l'inconsistance avec la morale et l'implication pour la personnalité distinguaient les deux obsessions. Les obsessions de type autre étaient moins inconsistantes avec la morale, révélaient moins d'implication pour la personnalité et moins répugnante que les obsessions répugnantes et de contaminations et moins irrationnelle que les obsessions répugnantes. L'égo-dystonie serait donc particulièrement relié au sous-type répugnant dans le TOC. Des corrélations avec le Y-BOCS montrent que seule l'inconsistance avec la morale est significativement inversement reliée à la sévérité du TOC ($r =$

-,50), ce qui supporte l'hypothèse que les obsessions plus sévères seraient également plus égocentriques.

Rowa et Purdon (2003) ont utilisé un autre angle afin d'investiguer l'implication du soi dans le TOC. Elles ont remarqué que toutes les intrusions ne devenaient pas des obsessions chez les personnes souffrant de TOC, malgré le fait que ces personnes auraient des croyances créant leurs obsessions. Afin d'investiguer cette question, elles ont recruté 64 participants universitaires et leur ont demandé de rapporter soit leur intrusion la plus dérangeante, soit leur intrusion la moins dérangeante. Les participants rapportant l'intrusion la plus dérangeante rapportent aussi interpréter un besoin plus grand de contrôle sur leur pensée, une plus grande responsabilité et une tendance à accorder plus d'importance à la pensée. Les participants rapportant l'intrusion la plus dérangeante rapportent aussi que l'intrusion contredit un plus grand nombre d'aspects de leur personnalité et les contredit plus fortement. Dans tous les cas, il y avait une contradiction entre l'intrusion et les aspects de la personnalité, il faudrait donc au moins une certaine contradiction entre l'intrusion et le soi pour que la pensée soit remarquée dans le fil de conscience, ce qui expliquerait la saillance et le côté intrusif des « intrusions ». Les personnes ayant de la difficulté à se défaire de ces intrusions seraient des personnes avec une plus faible confiance dans leur sens de soi ou qui ont un soi moins développé (Rowa & Purdon, 2003). Cette étude a été répliquée chez 28 participants souffrant de TOC (Rowa, Purdon, Summerfeldt, & Antony, 2005) et les résultats montrent aussi que les obsessions les plus dérangeantes contredisent plus d'aspects du soi et les contredisent plus fortement.

1.3.2. Thèmes de soi

Des théories plus spécifiques ont émergé afin d'expliquer pourquoi et comment les composantes du soi se trouvent impliquées dans le TOC. Comme beaucoup de phénomènes dans le TOC, les premières explications théoriques proviennent de Rachman. Rachman (1993) note que les personnes souffrant d'obsessions répugnantes attachent souvent une signification personnelle menaçante pour soi à leurs pensées intrusives. Les personnes souffrant de TOC croient donc que les obsessions révèlent un côté caché ou latent chez la personne (Rachman, 1997). Il est donc compréhensible que la personne prenne tout en son moyen pour éviter que l'intrusion devienne vraie, car elle croit que l'intrusion indique qu'elle est capable de la mettre

en action. Toutefois, ces personnes ont souvent des codes moraux stricts qu'ils respectent et aucun d'entre eux (de ce qui est connu) n'a agi sur ses obsessions (Rachman, 1993). Les personnes qui seraient vulnérables au TOC seraient celles qui ont tendance à faire des mésinterprétations catastrophiques quant à la signification de leurs pensées (Rachman, 1997).

L'implication du soi a aussi été observée dans certaines intrusions de contamination (Rachman, 1994). Certaines de ces intrusions se caractérisent par un sentiment de pollution interne: un type de sentiment de contamination qui ne serait pas physique, mais qui proviendrait principalement d'une idée/pensée/personne. Par exemple, une personne pourrait se sentir contaminée lorsqu'elle voit ou lit quelque chose qui pourrait être relié au diable. La composante de contamination serait purement mentale et proviendrait de soi. Les rituels de nettoyages seraient encore plus inefficaces que lors d'obsession de contamination physique, puisque la personne ne pourra jamais se nettoyer physiquement de la pollution. Les déclencheurs seraient aussi hautement idiosyncrasiques. La pollution interne proviendrait plutôt d'intrusions à caractère répugnantes.

Une théorie générale applicable à tous les types de TOC a donc été développée (Rachman, 1998). Le contenu des obsessions serait déterminé par un thème qui est d'une importance capitale dans le système de valeur de la personne. Lorsqu'une intrusion contredit ce thème, une saillance particulière y est attachée et elle se développe en obsession uniquement si la personne y accorde de l'importance en l'interprétant comme étant révélatrice d'un caractère caché. Les personnes souffrant de TOC ont une « tendre conscience » (c'est-à-dire qu'ils seraient sensibles à l'idée d'action ou de pensées immorales) et sont souvent fortement répugnées à l'idée de faire du mal aux autres ou à commettre des actes immoraux, négligeant, etc. Les mésinterprétations catastrophiques des pensées comme personnellement significatives maintiennent le TOC puisque les personnes qui en souffrent ne se mettent jamais en situation afin de confirmer l'interprétation. Les stimuli externes peuvent devenir des stimuli dangereux qui sont évités (p.ex. les couteaux, les enfants) et l'éloignement de ces objets/personnes renforce la notion de danger (p.ex. « pourquoi est-ce que j'évitais les enfants si je n'étais pas un pédophile? »). Les stimuli internes peuvent aussi servir de signaux d'alarme (p.ex. « pourquoi est-ce que je transpirerais et est-ce que je respirerais violemment si je ne suis pas en train de me préparer à agresser un enfant? » « Pourquoi est-ce que je me sens coupable si je n'ai aucune

intention de faire du mal à qui que ce soit? »). Les stimuli interprétés comme dangereux sont idiosyncrasiques à la personne. Le sentiment d'imperfection (« *just not right* ») proviendrait du manque de contexte des réactions de la personne (Rachman, 1998). En effet, une personne qui interprète son tremblement d'anxiété comme une excitation agressive serait en dissonance avec elle-même, ce qui produirait un sentiment qui a été défini dans la littérature scientifique comme le sentiment d'imperfection.

1.3.3. Vulnérabilité de soi

Doron et collaborateurs se sont inspirés des thèmes de soi afin d'expliquer l'implication du soi dans le TOC, mais ils ont poussé l'analyse un peu plus loin et ils ont cherché à identifier les vulnérabilités du soi qui seraient reliées au TOC. Dans une revue de la littérature scientifique sur les conceptions de soi dans le TOC, Doron et Kyrios (2005) ont remarqué qu'il n'y avait pas de conception définie de soi et du monde pour expliquer le TOC, alors que de telles conceptions sont fondamentales à la théorie cognitive comportementale de Beck (1976). Bien qu'une implication du soi dans le TOC soit plus qu'une simple hypothèse, il est nécessaire de prendre en compte quels domaines du soi pourraient être pertinent à la personne souffrant de TOC. Ces domaines sensibles seraient une manifestation de la nature contextuelle du TOC, par exemple, certaines personnes se sentant sécurisées dans leur relation, mais se voient comme fortement incompétente au travail. Les pensées intrusives reliées à ces domaines sensibles seraient plus à même d'être interprétées de manière dysfonctionnelle et de mener au TOC (Doron & Kyrios, 2005).

Une première investigation des domaines de sensibilité a été effectuée chez 188 participants non cliniques de la communauté (Doron, Kyrios, & Moulding, 2007). L'étude séparait trois domaines de sensibilité (à la moralité, au travail et au sport) selon deux groupes (compétence faible ou compétence élevée). Les personnes ayant un sentiment de compétence faible dans un domaine étaient classifiées comme ayant une sensibilité dans ce domaine. L'étude a contrôlé pour l'évaluation de soi en général afin de mesurer spécifiquement la sensibilité dans certains domaines plutôt qu'une faible estime de soi. Les compulsions de vérification et la contamination étaient prédites par une sensibilité à la moralité et à la compétence au travail et

les obsessions ayant pour thème de faire du mal aux autres étaient reliées à la sensibilité à la compétence au travail.

Une réplique de cette étude a été effectuée auprès de 30 participants souffrant de TOC, 20 participants souffrant de troubles anxieux et 32 participants contrôles de la communauté (Doron, Moulding, Kyrios, & Nedeljkovic, 2008). L'étude mesurait la sensibilité dans les domaines de moralité, de la compétence au travail et de l'acceptation sociale. Les participants montrant une plus forte sensibilité dans le domaine de la moralité montraient aussi plus de symptômes obsessionnels compulsifs, plus de compulsions de vérification, plus d'obsessions répugnantes et plus d'obsession/compulsion de contamination, même en contrôlant pour la dépression, sauf pour les compulsions de vérification. Les personnes rapportant une plus grande sensibilité dans le domaine de la moralité montrent aussi une plus grande quantité de croyances obsessionnelles, notamment la surestimation du danger et la responsabilité, et l'importance des pensées et le besoin de contrôler les pensées. En contrôlant pour les symptômes dépressifs, la surestimation du danger et la responsabilité distinguent encore le groupe sensible à la moralité du groupe non sensible à la moralité. Lors d'une comparaison entre les groupes cliniques, les personnes souffrant de TOC montrent une plus grande sensibilité à la moralité et à la compétence en emploi que les participants contrôles de la communauté, mais il n'y avait pas de différence entre les participants souffrant de TOC et les participants souffrant d'un trouble anxieux. La sensibilité à la moralité et, dans une moindre mesure, la sensibilité à la compétence en emploi sont de bons prédicteurs des symptômes obsessionnels compulsifs, mais ne sont pas de bon prédicteur différentiel avec les troubles anxieux.

Une série d'expérimentations effectuée par Doron et collaborateur (2012) a validé l'utilisation d'une tâche expérimentale pour induire une sensibilité dans un domaine identitaire. Cette tâche demande aux participants de réorganiser des lignes et des boîtes montrant une courbe normale d'un domaine identitaire (p.ex. la moralité). Les participants devaient aussi placer une flèche à un endroit de la courbe indiquant qu'ils avaient un résultat faible à ce domaine identitaire (p.ex. votre pointage de moralité est au 17^e percentile). Cet exercice devait induire un sentiment de faible compétence dans le domaine identitaire et donc induire une sensibilité dans ce domaine. Lors de la première expérimentation, 43 étudiants universitaires ont utilisé la tâche pour le domaine de moralité ou pour le domaine de compétence sportive. Les participants

dans la condition de moralité montrent plus d'inquiétude de contamination que les participants dans la condition de compétence sportive (Doron, Sar-El, & Mikulincer, 2012). Toutefois, il n'y avait pas de contrôle avec une condition de moralité et de compétence sportive positive. Une deuxième expérimentation a été effectuée auprès de 150 participants de la communauté pour combler cette lacune. La condition faible moralité a obtenu le résultat le plus élevé (comparativement à la condition moralité élevée, faible compétence sportive et compétence sportive élevée) à l'échelle de contamination en contrôlant pour la compétence à l'ordinateur, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et le stress (Doron et al., 2012). Toutefois, il est possible que l'induction d'une sensibilité dans un domaine identitaire soit reliée à la tâche et non à l'application de la tâche sur soi. Une troisième expérimentation a donc été effectuée auprès de 86 participants de la communauté pour comparer la condition de faible moralité appliquée à soi ou appliquer à une autre personne. Les participants dans la condition reliée à soi rapportaient plus de comportements de contaminations en contrôlant pour la compétence à l'ordinateur, l'estime de soi, l'anxiété, la dépression et le stress ou en contrôlant pour les affects, qui n'étaient pas reliés aux comportements de contamination (Doron et al., 2012). Il peut être conclu que cette tâche expérimentale est valide et qu'elle induit effectivement une vulnérabilité de soi qui est relié à des symptômes obsessionnels compulsifs plus élevés. De plus, les symptômes induits sont différents de ceux de la tâche, ce qui rajoute de la validité à l'étude puisque les symptômes induits ne proviennent pas directement des consignes de la tâche (ce qui aurait été le cas si l'on avait trouvé une augmentation des intrusions répugnantes).

La tâche d'induction de vulnérabilité de soi a été utilisée lors d'une étude subséquente en induisant, soit une moralité négative ou positive ou une compétence sportive négative ou positive (Abramovitch, Doron, Sar-El, & Altenburger, 2013). Les auteurs de l'étude ont recruté 124 participants contrôle et a trouvé que les participants chez qui on induit une vulnérabilité à la moralité présentaient plus de croyances obsessionnelles. Les participants chez qui on a manipulé la perception de moralité (soit positivement ou négativement) ont un résultat plus élevé au total de l'OBQ-44, à l'importance et au besoin de contrôle des pensées, et à la responsabilité et la surestimation du danger que les participants chez qui on a manipulé la perception de compétence sportive. Les participants dans la condition faible moralité montrent un pointage plus élevé au total de l'OBQ-44 et à l'importance et au besoin de contrôler ses

pensées que les groupes moralité élevée et compétence sportive négative. Cette étude montre un lien entre la tâche d'induction de vulnérabilité de soi et les domaines de croyances obsessionnelles. Cela suggère que l'activation d'une vulnérabilité de soi amènerait des interprétations dysfonctionnelles des pensées, ce qui amènerait des symptômes obsessionnels compulsifs.

1.3.4. Soi ambivalent

Bien qu'intéressant, la théorie des vulnérabilités de soi dans le TOC ne présente pas d'élaboration sur la cause de la vulnérabilité ou sur les mécanismes de traitement. Bhar et Kyrios (2007) suggèrent plutôt que les personnes souffrant de TOC ont une vision ambivalente d'eux-mêmes. Le soi ambivalent se manifesterait chez les personnes souffrant de TOC par une tendance à croire qu'ils possèdent une qualité et son contraire à la fois (p.ex. « je suis moral » et « je suis immorale »). L'ambivalence du soi chez les personnes souffrant de TOC serait réactivée par des intrusions à caractère égo-dystone. Afin de bien mesurer le concept de soi ambivalent, les auteurs ont validé un questionnaire mesurant le soi ambivalent auprès de 225 étudiants universitaires et 73 participants souffrant de TOC. Ils ont aussi recruté 50 personnes souffrant de troubles anxieux et 43 personnes de la communauté pour agir comme groupe contrôle. Une régression montre que l'ambivalence de soi prédit la présence de symptômes obsessionnels compulsifs, les interprétations de responsabilité/surestimation de danger, de perfectionnisme et d'intolérance à l'incertitude et d'importance et de besoin de contrôle des pensées au-delà de la dépression, de l'anxiété et de l'estime de soi. Les participants souffrant de TOC et de troubles anxieux avaient des résultats significativement plus élevés au questionnaire de soi ambivalent que les participants contrôles de la communauté, mais n'étaient pas différents entre eux (Bhar & Kyrios, 2007).

La théorie du soi ambivalent représente une avancée par rapport aux autres théories puisqu'elle propose une solution au problème de la définition de soi. Contrairement à la théorie du soi vulnérable qui ne propose pas réellement de manière d'éliminer la vulnérabilité de soi, la théorie du soi ambivalent propose une solution implicite. Puisque le problème se situe dans une identité divisée, la solution serait d'unifier l'identité. Toutefois, cette division de soi semble aussi bien se rencontrer chez les individus souffrant de TOC que chez ceux souffrant de trouble

anxieux. Il n'y a aussi eu aucune étude à ce jour qui montre qu'une ambivalence de soi ne proviendrait pas plutôt d'un manque de connaissance de soi.

1.3.5. Soi craint

La théorie du soi craint est similaire à la théorie du soi ambivalent puisqu'elle postule deux soi coexistants, mais elle diffère en postulant qu'un des soi est réel et l'autre est faux (Aardema & O'Connor, 2007). Bien qu'il existe une discordance subjective entre l'obsession et les valeurs de la personne (égo-dystonie), il existe aussi une discordance objective entre l'obsession et l'identité de la personne. L'obsession est toujours fautive et incongrue avec les désirs, valeurs, intentions et comportements de la personne (voir aussi Rachman, 1993), il n'y a pas de rapport connu de personne souffrant de TOC ayant agi selon leurs obsessions (p.ex. de personnes souffrant de TOC ayant cédé à leurs « impulsions » de tuer leurs proches).

À cause de la similitude de contenu entre les intrusions et les obsessions, toute exploration de la nature du contenu a été abandonnée, toutefois, beaucoup peut être compris de l'observation du contenu de l'obsession (Aardema & O'Connor, 2007). Dans les obsessions répugnantes, l'obsession prend la forme d'une évaluation à propos de la personne (p.ex. « je pourrais être un meurtrier »), mais elle est aussi une métacognition et révèle une représentation de soi (p.ex. « un meurtrier est qui je pourrais être »). Lorsque l'on regarde le narratif de personnes souffrant de TOC, on remarque que certaines erreurs de raisonnement les amènent à confondre des faits réels avec des faits ou des associations imaginaires (Aardema & O'Connor, 2003, 2007; O'Connor & Robillard, 1995, 1999; O'Connor, 2002). Il en va de même avec la perception de soi, qui est souvent la thématique des obsessions répugnantes. La personne aurait donc une perception de soi qui serait basée uniquement sur l'imaginaire. Puisque la justification du soi de l'obsession répugnante est un narratif basé sur des raisonnements faux, il doit être admis que le soi que la personne conçoit est basé sur un soi imaginaire plutôt que sur un soi réel ou divisé. Les personnes souffrant d'obsessions répugnantes semblent fortement investies dans un soi qui pourrait être plutôt qu'un soi qui est. Ce soi que la personne pourrait être représenté une menace pour la personne et est en lien avec un soi qui est craint, tel que décrit dans la théorie de Markus & Nurius (1986).

La théorie de Markus & Nurius (1986) propose que les actions et les émotions seraient guidées par des sois possibles. Les désirs ou craintes du futur ne seraient pas des éventualités floues, mais plutôt de représentation de soi qui serait capable (ou incapable) d'arriver aux désirs ou aux craintes. Ces possibilités sont très idiosyncrasiques puisqu'elles sont personnalisées aux désirs ou aux craintes de la personne. Elles se basent sur les expériences et sur les traits actuels de la personne. Ces sois possible alimentent les attentes de la personne et les stimuli qui sont portés à l'attention, les stimuli dont on se souvient, et les inférences qui sont faites. Les soi possibles peuvent provenir d'information objective, mais aussi d'information non vérifiable comme les espoirs et les craintes. L'interprétation des actions et des événements s'effectuerait en fonction des soi possibles (p.ex. une personne ayant un soi abandonné vivrait différemment un rejet que quelqu'un qui a un autre soi). Les soi possibles transportent avec eux des émotions et une différence entre les soi possibles et le soi actuel peut aussi engendrer certaines émotions. Les soi possibles ne peuvent pas être réfutés, ils ne sont malléables que par la personne qui les a créées (Markus & Nurius, 1986).

La théorie des soi possible contient beaucoup d'éléments similaires à l'approche basée sur les inférences. Les soi possibles sont des guides hautement idiosyncrasiques qui se présentent avant l'expérience et qui guident les interprétations et l'inférence qu'on en fait. Les soi possibles sont aussi des représentations de soi qui ne sont modifiable que par la volonté de la personne (et non par les expériences). Finalement, les soi possibles proviennent d'expériences passées et d'informations non vérifiables, donc d'information provenant de l'imaginaire.

Certains auteurs ont inclus la théorie des sois possibles dans la théorie des différences de soi (Carver, Lawrence, & Scheier, 1999). Cette théorie propose que la différence entre le soi actuel et d'autres représentations de soi prédit les émotions qu'une personne aura. Carver et collaborateur (1999) ont proposé d'inclure le soi craint à un modèle comprenant déjà le soi obligé et le soi idéal. Le soi obligé réfère à qui la personne se sent obligée d'être, le soi idéal réfère à qui la personne veut devenir et le soi craint réfère à qui la personne à peur d'être ou de devenir. Tous ces sois sont comparés au soi actuel de la personne et c'est cette différence qui importe dans la prédiction des émotions. L'écart entre le soi actuel et le soi craint est un meilleur prédicteur de la dépression, de l'anxiété et de la culpabilité que l'écart avec le soi obligé (sensé prédire l'anxiété et la culpabilité) et que l'écart avec le soi idéal (sensé prédire la dépression).

L'étude a aussi trouvé que lorsque la personne était plus près de son soi craint, c'était cette proximité qui expliquait le mieux l'anxiété et la culpabilité alors que lorsque la personne se jugeait plus loin de son soi craint, c'était la distance avec le soi obligé qui était le meilleur prédicteur de l'anxiété et de la culpabilité. Les auteurs proposent que, bien que les gens soient attirés par leur idéal et par leurs obligations, il s'agit parfois d'une échappatoire de quelque chose d'autre, qu'ils proposent être le soi craint.

Une étude a utilisé la tâche des guides du soi de l'étude de Carver et collaborateur (1999) sur une population souffrant de TOC en la comparant avec un groupe de participants anxieux et un groupe provenant de la communauté (Ferrier & Brewin, 2005). Les participants souffrant de TOC montraient plus d'inférence à propos de soi provenant des intrusions que les autres groupes ($p < ,001$). Les participants TOC montraient aussi une différence entre leur proximité avec le soi idéal (plus loin) et craint (plus près) avec les participants contrôle de la communauté. Ils avaient aussi tendance à rapporter un soi craint dangereux comparativement aux autres groupes qui rapportaient plutôt un soi craint vulnérable ($p < ,01$). Cette étude montre que les participants souffrant de TOC et ceux souffrant de trouble anxieux sont similaires quant à la proximité qu'ils attribuent à leur soi craint, mais que la nature de leur soi craint est différente (un soi dangereux contre un soi vulnérable). Les auteurs d'une autre étude ont cherché à comparer la différence entre les images mentales des personnes souffrant de TOC et celles de personnes souffrant de trouble anxieux (Lipton, Brewin, Linke, & Halperin, 2010). Lorsque l'on compare les inférences que les personnes font sur leur soi à partir de leur imagerie mentale, les participants souffrant de TOC infèrent plus souvent un soi dangereux (55%) que les participants souffrant d'un trouble anxieux (5%).

Un questionnaire a récemment été développé afin de mesurer la présence d'un soi craint dans le TOC (Aardema et al., 2013). Les auteurs de cette étude ont recruté 258 participants universitaires et a trouvé que le soi craint mesurer dans le questionnaire sur le soit craint (FSQ) représente un concept unitaire. Le FSQ prédisait la sévérité des obsessions répugnantes avec l'ICQ-EV, les symptômes anxieux, et l'égo-dystonie. L'étude montre une spécificité du soi craint tel que mesuré par le FSQ pour les obsessions répugnantes ($\beta = ,27$), mais aussi un lien pour les obsessions en général ($\beta = ,18$). L'étude montrait aussi que le soi craint et le soi ambivalent sont des concepts reliés, mais différents puisque les deux concepts sont corrélés,

mais qu'ils sont indépendants dans leur prédiction des symptômes obsessionnels compulsifs. Une autre étude avec un groupe de 76 participants souffrant de TOC a confirmé l'association unique entre le soi craint et les obsessions répugnantes au-delà des croyances obsessionnelles, de la dépression et de l'anxiété (Melli, Aardema, & Moulding, 2016). Cette association a aussi été confirmée une étude d'Aardema et collaborateurs (2017) qui ont comparé des participants souffrant de TOC (n=144, dont 39 ayant comme préoccupation principale des obsessions répugnantes), des participants souffrant de dysmorphophobie (n= 33), des participants souffrant de troubles alimentaires (n= 57), des participants souffrant d'anxiété ou de dépression (n= 27) et des participants de la communauté (n= 141). L'étude a confirmé le construit unidimensionnel mesuré par le FSQ et que les participants ayant comme préoccupation principale les obsessions répugnantes avaient des résultats plus élevés que les participants des autres groupes de l'étude et que ceux ayant une autre préoccupation obsessionnelle ($p < ,05$). Le soi craint prédisait significativement les obsessions répugnantes ($\beta = ,45$) au-delà de l'anxiété, de la dépression, des croyances obsessionnelles et de la confusion inférentielle. Bien que l'on puisse croire que le soi craint ne soit relié qu'aux obsessions répugnantes, les auteurs notent que ce lien pourrait être dû au questionnaire qui ne mesure que les sois dangereux, mais non les sois pollués et les sois insoucians qui pourraient être reliés à d'autre sous-type du TOC (Aardema et al., 2017).

Deux études ont tenté d'examiner le rôle du soi craint dans le TOC en utilisant des versions modifiées de la tâche de processus d'inférence. La première étude a utilisé un scénario de contamination et un scénario de vérification auprès de 463 participants de la communauté (Nikodijevic, Moulding, Anglim, Aardema, & Nedeljkovic, 2015). Plus de la moitié des participants (57%) avaient des symptômes potentiellement indicatifs d'un TOC. Les symptômes obsessionnels compulsifs prédisaient le doute initial et la fluctuation dans la tâche reliée à la vérification et la contamination. Une plus grande proximité avec son soi craint prédisait aussi une plus grande fluctuation dans la tâche reliée à la vérification et à la contamination, mais pas dans la condition contrôle. Les symptômes obsessionnels compulsifs médiaient la relation entre la tâche de processus d'inférence et le soi craint. La deuxième étude a été effectuée chez 221 participants universitaires (Jeager, Moulding, Anglim, Aardema, & Nedeljkovic, 2015). L'étude utilisait une version modifiée de la tâche des processus d'inférence pour mesurer si une tâche appliquée à soi donnait des résultats différents qu'une tâche appliquée à quelqu'un d'autre. Une

implication du soi dans le scénario prédisait des niveaux de doutes plus élevés au début des scénarios que l'implication d'une autre personne, mais ne prédisait pas la fluctuation du doute. Il y avait un effet d'interaction entre la condition d'implication de soi, les symptômes obsessionnels compulsifs et le soi craint lors de la prédiction du niveau initial du doute. Le soi craint prédisait les niveaux initiaux de doute dans tous les scénarios, mais pas la fluctuation (presque significatif pour le scénario TOC). Toutefois, les tailles d'effet plus faible que dans l'étude de Nikodijevic et collaborateurs (2015) sont possiblement dues à un échantillon présentant moins de symptômes obsessionnels compulsifs.

Comme il a été vu à travers cette brève revue des conceptions de soi dans le TOC, une implication d'une thématique personnelle dans ce trouble est plus que probable. Toutefois, la nature de cette implication demeure encore à préciser. Le meilleur candidat à ce jour demeure le soi craint, qui représente qui la personne a peur d'être ou de devenir. Cette peur viendrait nourrir l'obsession en créant un faux soi que la personne tente de réfuter (Aardema & O'Connor, 2007). Cette peur identitaire expliquerait aussi de manière concise la nature idiosyncrasique des obsessions et l'idiosyncrasie des croyances et des interprétations pouvant leur être associées (Freeston et al., 1996).

1.4. Déclencheur des obsessions

Peu d'études se sont penchées sur les déclencheurs des obsessions dans le TOC. Comme vu plus haut, Rachman et de Silva (1978) ont noté que sept participants souffrants de TOC sur huit rapportent avoir leurs obsessions sans précipitant externe, alors que trois les avaient tout le temps en présence d'un même précipitant (p.ex. un enfant). Une autre étude a trouvé que 21% des participants universitaire rapportaient des intrusions négatives sans précipitant (Edwards & Dickerson, 1987). Freeston et collaborateurs (1991) ont trouvé que les personnes utilisant des stratégies de confrontations face à leurs intrusions (similaires à la neutralisation) avaient moins conscience des déclencheurs de leurs intrusions que les participants utilisant des stratégies d'évitement (similaires aux inquiétudes). Une étude par Langlois et collaborateurs (2000a) a confirmé que les intrusions avaient moins de déclencheurs identifiables que les pensées analogues aux inquiétudes chez une population universitaire, même en contrôlant pour la fréquence des pensées.

Deux études ont examiné l'importance des déclencheurs des symptômes obsessionnels compulsifs de manière expérimentale. La première a examiné l'impact de situations à faible risque de responsabilité, de situations à risques élevés de responsabilité et de situations spécifiques au TOC chez un groupe de personnes souffrant de TOC avec vérification, un groupe de personnes souffrant de phobie sociale et un groupe de participants universitaires et de personnes travaillant dans un hôpital (Foa, Amir, Bogert, Molnar, & Przeworski, 2001). Les résultats montrent que les personnes souffrant de TOC avec vérifications ressentent plus d'urgences de rectifier la situation, plus de détresse lorsque la situation n'est pas rectifiée et plus de responsabilités lorsqu'elle est à faible risque et spécifique au TOC que les groupes contrôles et souffrant de phobie sociale, mais pas lorsque la situation comporte un risque élevé. Les symptômes obsessionnels compulsifs corrélaient fortement avec l'urgence, la détresse et la responsabilité pour le groupe TOC, mais pas pour le groupe phobique sociale et contrôle. Les auteurs concluent que la responsabilité dans le TOC est dépendante du contexte. On peut aussi voir que, lors de la situation à risque élevé, tous les participants montrent des réactions similaires au TOC, alors que dans les autres situations ils diffèrent, ce qui suggère que le TOC se produit, ironiquement, dans des situations qui n'induiraient pas des symptômes obsessionnels compulsifs chez le reste de la population.

La deuxième étude remet en cause la notion qu'il y aurait des obsessions sans déclencheurs (Riskind, Ayers, & Wright, 2007). Les auteurs de l'étude ont demandé à 124 étudiants universitaires en psychologie de remplir des vignettes sur des situations de provocation simulée et devaient choisir des pensées qu'ils pouvaient avoir (agressive, non agressive ou neutre) et la détresse qu'elles causaient. La présence de pensées agressives était prédite par la phobie d'impulsion, par les scénarios de provocation et par l'interaction entre les deux (où les personnes avec une phobie d'impulsion montrent plus de pensées agressives dans les scénarios de provocations), en contrôlant pour l'état anxieux et les traits anxieux. Les effets sont identiques pour les pointages de détresse. Les analyses pour les autres types de pensée ne montrent pas d'effet d'interaction, ce qui indique une spécificité pour les pensées agressives. La détresse aux vignettes était associée aux pensées, principalement aux pensées agressives. Les pensées agressives et la détresse qui leur était associée n'étaient reliées qu'à la peur d'agir sous impulsions. Les auteurs concluent qu'il existe bel et bien des déclencheurs distaux aux

obsessions et que les personnes souffrant de TOC seraient particulièrement promptes à faire des scénarios/fantaisie à propos de provocations (c.-à-d. une situation qui empêche la personne de combler ces besoins comme la sécurité). Ces personnes seraient aussi sensibles à ces provocations et auraient en plus tendance à les interpréter selon les croyances obsessionnelles. Toutefois, si l'on réinterprète les résultats selon la perspective du soi craint, la provocation induit des sentiments de colères chez la personne qui active le soi craint (p.ex. peut-être que je pourrais faire du mal à la personne) et qui induit donc une intrusion agressive causant de la détresse. Toutefois, aucune mesure du soi n'a été incluse dans l'étude.

Enfin, une étude a examiné directement les déclencheurs dans les obsessions (Julien, O'Connor & Aardema, 2009). Les auteurs de l'étude ont recruté des participants souffrant de TOC et des participants contrôles de la communauté. L'III a été utilisé afin de demander aux participants quelles intrusions ils avaient et ils devaient choisir les trois qui causaient le plus de détresse. Les participants suivaient ensuite un court entraînement afin d'être capables de juger du contexte de leurs intrusions, c.-à-d. soit directs, indirects ou absents. Le contexte direct réfère à une intrusion qui se produit avec une preuve justificative de l'environnement (p.ex. la personne a l'intrusion que la porte est mal barrée alors que la porte s'ouvre seule devant la personne). Le contexte indirect réfère à une intrusion qui se produit avec des preuves indirectes de l'environnement (p.ex. la personne a l'intrusion que la porte est mal barrée alors que la personne pense à son ami qui avait mal barré sa porte). Une absence de contexte réfère à une intrusion qui se produit sans preuve de l'environnement (p.ex. la personne a l'intrusion que la porte est mal barrée alors qu'elle se promène au parc en pensant à son chien). Il n'y avait pas de différence quant à l'expérience du contenu des intrusions, mais les participants souffrant de TOC rapportaient avoir plus d'intrusion de contamination, de vérification et de symétrie. Les analyses révèlent que les obsessions des personnes souffrant de TOC se produisent plus souvent dans un contexte indirect (1/2), suivi d'un contexte direct (1/3) et finalement sans contexte (1/6). Pour les participants contrôle de la communauté, le modèle est légèrement inversé : les participants rapportent avoir leurs intrusions dans un contexte direct (3/5), suivi de dans un contexte indirect (1/3) et le reste sans contexte. Les participants souffrant de TOC rapportent seulement plus de détresse dans deux intrusions sur trois et le contexte est différent entre les groupes seulement lors de ces deux intrusions. Puisque le jugement du contexte

provenait des participants, les analyses ont été refaites avec les participants ayant eu un résultat parfait lors de la pratique de jugement du contexte et les résultats étaient identiques. Les intrusions de symétrie étaient plus souvent reliées à un contexte direct que les autres types d'intrusions. La fréquence et le contenu ne seraient pas suffisants pour distinguer entre les obsessions et les intrusions, mais le contexte pourrait arriver à distinguer efficacement ces deux types d'intrusions.

Le lecteur pourrait se demander quelle est l'importance du contexte dans lequel l'intrusion se produit, puisqu'après tout elle se produit. Toutefois, il y a des implications théoriques selon le contexte dans laquelle l'obsession se produit. Si elle se produit avec des preuves directes de l'environnement, elle n'est donc réellement pas différente de l'intrusion et la seule différence entre les deux pensées est l'interprétation qu'on y fait. Si l'obsession se produit sans preuve directe de l'environnement, elle doit provenir d'un déclencheur interne. Ce déclencheur interne serait alors, selon toute vraisemblance, relié à une thématique impliquant la personnalité. La présence d'un contexte direct dans l'intrusion invaliderait l'approche basée sur les inférences et les théories portant sur le soi, alors que la présence d'un contexte indirect les supporterait. La théorie de l'interprétation des pensées ne fait pas de prédiction quant au contexte dans lequel se produisent les pensées et ne pourra pas être remise en question par la présence ou l'absence d'un contexte direct.

1.5. Buts du mémoire

Le but du présent mémoire est de vérifier l'implication du contexte dans le TOC. Le contexte peut être personnellement subjectif (égo-dystonie), personnellement objectif (soi craint), environnementalement subjectif (confusion inférentielle) et environnementalement objectif (présence de preuves directes ou indirectes). Il est prédit que le contexte d'apparition des intrusions sera indirect dans le TOC. Deux études ont été effectuées afin de vérifier cette affirmation.

La première étude vise à investiguer si le manque de contexte justification pour une intrusion (c.-à-d. le manque de preuves directes de l'environnement et l'égo-dystonie) est associé aux intrusions analogues au TOC. Afin de répondre à cette question, les participants de l'étude ont fourni une pensée qui leur revient fréquemment et ont répondu à des questions

concernant cette pensée. Les réponses à ces questions ont été classifiées par des cliniciens indépendants afin de déterminer la présence d'un contexte justificatif. Les groupes créés à partir de l'évaluation des cliniciens ont été comparés selon des mesures cliniques afin de vérifier l'implication de processus psychologiques dans les différentes variables de classifications.

La deuxième étude est une investigation expérimentale préliminaire qui vise à investiguer l'importance des preuves de l'environnement en effectuant une tâche expérimentale. Les participants ont répondu à des scénarios présentant soit des preuves directes pour justifier des intrusions ou des preuves indirectes pour justifier des intrusions. La réaction aux différents contextes a été mise en relation avec des mesures cliniques afin de vérifier l'implication des symptômes et processus psychologique dans les différents contextes de présentation.

Ces deux études devraient être en mesure de fournir des indications préliminaires sur l'importance du contexte d'apparition des intrusions. Il est attendu que les deux études révèlent l'apparition des intrusions dans un contexte indirect. Cela devrait permettre d'obtenir suffisamment de preuves pour permettre des études investiguant le contexte d'apparition des obsessions chez une population souffrant de TOC et permettra une remise en question des modèles cognitifs du TOC.

Chapitre 2 : Étude 1 : Déterminants contextuels des intrusions : le rôle de l'égo-dystonie et de la réalité des pensées intrusives¹

2.1. Introduction

Le TOC est caractérisé par des pensées, impulsions ou images persistantes et récurrentes qui sont vécues comme intrusive et inappropriée, et qui cause des niveaux marqués d'anxiété et de détresse (APA, 2013). Toutefois, les modèles cognitifs ne considèrent pas les intrusions comme étant spécifiques au TOC puisqu'elles se retrouvent à travers les différentes populations et cultures (Radomsky et al., 2014). En effet, une étude pionnière par Rachman & de Silva (1978) et plusieurs répliques (Purdon & Clark, 1993; Salkovskis, 1985; Salkovskis & Harrison, 1984) ont montré que la vaste majorité des personnes de la population ne souffrant de pas trouble mental font l'expérience d'intrusions dont le contenu est si similaire aux obsessions que les cliniciens sont incapables de les distinguer. Certains ont remis en question les similarités entre les pensées intrusives et les obsessions (O'Connor, 2002; Rassin, Coughle, & Muris, 2007; Rassin & Muris, 2007), mais le consensus reste que les intrusions sont universelles et presque identiques aux obsessions rapportées par les personnes souffrant de TOC (Radomsky et al., 2014). Conséquemment, au-delà de différences reconnues telles la fréquence et la détresse, la plupart des modèles cognitifs ont mis l'emphase sur d'autres facteurs qui pourraient distinguer entre les intrusions de la population non clinique et les obsessions dont les patients souffrant de TOC font l'expérience.

Le modèle cognitif le plus connu met l'emphase sur la manière dont les pensées intrusives sont négativement interprétées, cela étant le facteur principal qui différencie les intrusions et les obsessions (Rachman, 1997, 1998; Salkovskis, 1985). Ces modèles ne postulent

¹ Cette étude a été publiée dans l'article : Audet, J.-S., Aardema, F. & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106. DOI: 10.1016/j.jocrd.2016.04.003.

pas que les intrusions deviennent problématiques en raison de leur contenu, mais en raison de la manière dont la personne y réagit. De telles interprétations seraient guidées par des croyances dysfonctionnelles se centrant autour de la surestimation du danger, de la responsabilité, du perfectionnisme, de l'intolérance à l'incertitude, du besoin de contrôler ses pensées et de l'importance accordée aux pensées (OCCWG, 1997, 2001, 2003, 2005). En d'autres mots, avec suffisamment de mésinterprétations et de réactions mésadaptées nourries par des croyances obsessionnelles, les intrusions vont augmenter en fréquence et provoquer de la détresse significative, jusqu'au point où l'intrusion prendra la forme d'une intrusion obsessionnelle telle que vue dans le TOC (Moulding et al., 2014).

Malgré l'emphase mise sur la présence de croyances et d'interprétations dysfonctionnelles comme étant les déterminants de la différence entre les intrusions et les obsessions, d'autres dimensions cognitives demeurent d'intérêt, incluant l'égo-dystonie et les déterminants contextuels des intrusions et des obsessions cliniques (Clark & Inozu, 2014). L'égo-dystonie est souvent considérée comme une caractéristique clé dans la distinction entre les obsessions et les inquiétudes et pourrait jouer un rôle crucial dans le développement des obsessions et des intrusions (Borkovec, 1994; Clark, 2004; Langlois et al., 2000; Purdon & Clark, 1999). Spécifiquement, Rachman (1997, 1998, 2006) suggère que les intrusions répugnantes reconnues par la personne comme étant égo-dystones pourraient résulter en des efforts pour comprendre le sens (caché) de la pensée et mener à sa surinterprétation, donnant lieu à de la détresse et des efforts pour neutraliser la pensée. D'autres ont suggéré que, puisque les pensées égo-dystones sont souvent contraires à la vision de soi de la personne, il est plus probable qu'elles soient interprétées comme significative et menaçantes (Clark, 2004; Garcia-Soriano, Belloch, Morillo, & Clark, 2011; Purdon, 2001b; Purdon & Clark, 1999; Purdon et al., 2007). D'autres encore ont suggéré que l'égo-dystonie est relié au surinvestissement dans un soi craint possible (Aardema & O'Connor, 2007; Ferrier & Brewin, 2005) – un construit basé sur la théorie des écarts de soi de (Higgins, 1987), ainsi que sur le travail de (Oyserman & Markus, 1990) qui suggère le soi craint comme étant un domaine possible du soi. Le soi craint contient des attributs que l'individu craint posséder ou montrer (la peur de qui la personne pourrait être ou devenir). Cela a été postulé comme un facteur étiologique des intrusions/obsessions égo-dystones qui sont en opposition franche avec le vrai soi de la personne (Aardema & O'Connor,

2007). En effet, les préoccupations par un soi craint et d'autres domaines sensibles du soi sont fortement reliées aux mesures de symptômes obsessionnels compulsifs et elles augmentent la vulnérabilité individuelle à faire l'expérience de symptômes obsessionnels compulsifs (Aardema et al., 2013; Doron et al., 2007; Doron et al., 2008; Jeager et al., 2015; Melli et al., 2016; Nikodijevic et al., 2015).

Le rôle potentiel de l'égo-dystonie et des préoccupations reliées à un soi craint dans le développement du TOC souligne l'importance potentielle du contexte dans laquelle l'intrusion se produit, que ce soit en relation à un contexte interne, tel la vision qu'une personne a de soi, ou à l'environnement externe. Par exemple, Purdon et collaborateur (2007) proposent qu'une pensée égo-dystone

« [...] en est une qui est perçue comme ayant peu ou pas de contexte à l'intérieur du sens de soi ou de la personnalité d'une personne. C'est-à-dire, la pensée est perçue, du moins initialement, comme se produisant en dehors du contexte de la morale, des attitudes, des croyances, des préférences, des comportements passés et/ou des attentes personnels à propos du genre de pensées qu'une personne voudrait ou devrait avoir [...] » (p.200).

Il est intéressant de noter que malgré une implication claire du contexte dans la définition de l'égo-dystonie, il est aussi construit comme un phénomène subjectif dépendant de l'évaluation ou de la perception de la personne. En effet, pour que la pensée soit *vécue* comme égo-dystone, il semble raisonnable d'assumer que la pensée doit être reconnue comme égo-dystone, ce qui implique automatiquement une interprétation (p.ex. « cette pensée contredit mes croyances morales », etc.). En même temps, la définition de l'égo-dystonie sur la base seule de l'évaluation subjective ne rend pas compte pleinement du manque de réalisme et de l'irrationalité souvent présente dans le contenu de l'obsession – son opposition ou incongruence objective avec le soi actuel ou désiré de la personne. C'est-à-dire, comme noté par Aardema et O'Connor (2007), que l'obsession qui n'a peu ou pas de contexte dans le soi de la personne est égo-dystone, que la personne l'évalue subjectivement comme tel ou non – une forme d'égo-dystonie qui a aussi été référé comme une discordance objective entre l'obsession et le soi (contrairement à une discordance subjective). Selon ces auteurs, bien que le niveau de discordance subjectif puisse différer d'une personne à l'autre, et pourrait à certains moments être complètement absent comme pour les obsessions égo-sytones, une discordance objective est une caractéristique centrale à toutes les obsessions. Elles sont toujours une représentation fallacieuse de la réalité à

cause du contexte (inapproprié) dans lequel elles se produisent, que ce soit un contexte externe (p.ex. « J'ai lavé mes mains 20 fois, mais j'ai encore la pensée qu'il pourrait y avoir de la saleté dessus »), ou un contexte interne tel que la perception de soi, les préférences, les intentions, la morale et les motivations de la personne (p.ex. « Je ne suis pas le genre de personne à faire mal aux autres, mais j'ai quand même la pensée que je pourrais »).

La discordance objective entre les obsessions et la réalité, ainsi que son lien proche avec l'égo-dystonie, a été reconnue par Rachman et Hodgson (1980) dans leur travail pionnier : « [...] les obsessions sont irrationnelles, égo-dystones, irréalistes et ont un contenu répugnant » (p.255). Depuis, il n'y a eu que peu de recherches sur le manque de réalisme des obsessions et leur lien avec l'égo-dystonie n'a jamais été exploré. Cela semble surprenant puisque la plupart des modèles cognitifs comportementaux du TOC reconnaîtraient probablement que les obsessions sont au moins des représentations exagérées ou inadéquates de la réalité (c.-à-d. « je pourrais être un pédophile » ou « je pourrais être un meurtrier »). Une explication pourrait être que les intrusions ont traditionnellement été vues comme ne requérant pas d'explications basées sur des précipitants internes ou externes (p.ex. Rachman, 1981). Aussi, avec l'avènement des modèles cognitifs dans les années 1980, et son accent sur l'évaluation subjective des intrusions, a fait peu pour encourager des investigations supplémentaires de la relation entre les intrusions et le monde objectif. Toutefois, ces conceptualisations ont été remises en question dans les dernières années. Par exemple, Lee, Lee, Kim, Kwon et Telch (2005) ont trouvé que seulement une petite proportion des intrusions (23% à 44%) surviennent spontanément. Ces auteurs distinguaient entre les obsessions autogénérées et réactives, avec comme caractéristiques que les premières faisaient irruption dans la conscience plus rapidement, alors que les obsessions réactives étaient vues comme étant plus directement liées aux déclencheurs de l'environnement. En particulier, les obsessions autogénérées sont considérées comme étant plus égo-dystones et irrationnelles, parce que le contenu de ces obsessions contredit la vision de soi de la personne à un plus grand degré que celui des obsessions réactives (voir Moulding, Kyrios, Doron, & Nedeljkovic, 2007).

Aardema et O'Connor (2007) rejettent la notion que les intrusions surviennent spontanément, incluant celles qui sont typiquement référées comme des obsessions répugnantes ou autogénérées (voir Moulding et al., 2014). Alors que les obsessions autogénérées semblent

apparaître sans déclencheurs identifiables dans le contexte environnemental, l'obsession peut se produire comme une réflexion sur un événement exclusivement interne. Par exemple, des pensées concernant « Dieu », les préférences sexuelles ou la « violence » peuvent être des événements reflétant une attitude interne (compensatoire) de religion, sexualité ou violence, l'équivalent interne d'un déclencheur environnemental tel que voir une porte en quittant la maison (O'Connor, 2002). Par exemple, une personne religieuse peut voir ses obsessions déclenchées par une attitude réflexive sur la religion. Bien qu'il n'y ait pas de pensées sur la religion, la personne se trouve tout de même dans un contexte où la religion est présente, ce qui peut agir comme élément déclencheur. Les déclencheurs peuvent aussi être temporellement délogés de l'apparition de l'obsession, comme dans le cas d'un client diagnostiqué avec un TOC qui, à un moment durant son traitement, a fait l'expérience de sentiments de tristesse et d'insuffisance à propos de ces accomplissements personnels comme musicien lors d'un concert. Quelques heures plus tard, au milieu de la nuit, il s'est réveillé avec la pensée intrusive « je ne vaux pas assez pour exister », qui, malgré son contenu dépressif, a déclenché un épisode obsessionnel prolongé lorsque le patient a essayé de se débarrasser de la pensée, en essayant de contrôler la pensée et en essayant de comprendre son sens, parce qu'il avait oublié les événements de la nuit précédente et qu'il ne pouvait pas comprendre comment une pensée aussi insensée et hasardeuse aurait pu apparaître. Seulement quelques jours plus tard, durant une séance avec son thérapeute, il est devenu conscient du déclencheur initial du sentiment de tristesse et d'infériorité, ce qui l'a soulagé de ses efforts obsessionnels puisqu'il a compris l'origine de la pensée. Non seulement l'obsession n'était plus vécue comme une menace pour son sens de soi, mais elle était considérée comme triviale étant donnée la compréhension du contexte entourant l'apparition de la pensée.

Davantage de preuves sur l'importance du contexte est que les obsessions réactives et autogénérées tendent toutes deux à contredire la réalité, peu importe qu'elles soient vécues comme égo-dystone ou égo-syntonie. C'est-à-dire, d'une manière similaire dont les obsessions autogénérées contredisent le soi et contribuent ainsi à des niveaux élevés d'égo-dystonie, les obsessions réactives se présentent souvent en fort contraste avec ce qui se produit réellement dans l'environnement (p.ex. « Je sais que j'ai lavé mes mains une vingtaine de fois, mais j'ai encore la pensée qu'il pourrait y avoir de la saleté dessus ») – une forme de dystonie et de discordance avec le monde plus que l'égo (Aardema & O'Connor, 2007). La personne souffrant

de TOC ne réagit pas « [...] à ce qui est présent, même pas à une version exagérée des conséquences de ce qui est présent, mais à ce qui pourrait être là malgré le fait que les sens affirment le contraire » (O'Connor & Robillard, 1999, p.889). En effet, malgré la notion que les obsessions ne se produisent jamais spontanément, O'Connor, Aardema et Pélissier (2005) suggèrent que le contexte dans lequel les pensées surviennent pourrait être une caractéristique distinctive importante entre les intrusions et les obsessions. C'est-à-dire que les obsessions ont tendance à se produire dans des contextes moins appropriés que les intrusions, dans le sens qu'elles n'ont qu'un lien lointain avec ce qui se produit dans l'ici et maintenant (Julien et al., 2009). Par exemple, un individu ne souffrant d'aucune psychopathologie pourrait avoir l'intrusion « Il y a des germes sur la poignée de porte » après avoir vu quelqu'un éternuant dans ses mains et toucher la poignée de porte. Une personne souffrant de TOC pourrait avoir l'obsession « Il y a des germes sur la poignée de porte » nourrie par un narratif éloigné de la situation actuelle (c.-à-d. « Malgré que je ne voie rien sur la porte, peut-être qu'une personne malade l'a touché récemment »), ce qui constituerait un contexte plus inapproprié. En d'autres mots, ces auteurs suggèrent que, alors que les intrusions se produisent généralement avec une preuve directe pour leur réalité potentielle, les obsessions se produisent sans preuve directe pour leur réalité potentielle. Cela est une caractéristique centrale d'un processus de raisonnement qui est considéré comme relié au TOC qui a été nommé « confusion inférentielle », dans laquelle une personne arrive à des conclusions obsessionnelles (inférences) à propos de la réalité (ou de soi) sur une base complètement subjective, souvent malgré des preuves du contraire dans l'ici et maintenant (Aardema & O'Connor, 2003).

La question proposant que les intrusions et les obsessions se produisent dans différents contextes a déjà été investiguée dans une étude précédente (Julien et al., 2009). Dans cette étude, les participants ne souffrant d'aucune psychopathologie et les participants souffrant de TOC devaient sélectionner les trois intrusions les plus dérangeantes qu'ils avaient eues dans leur vie et indiquer le contexte de chaque intrusion. Comme il était attendu, les intrusions des participants ne souffrant d'aucune psychopathologie avaient une probabilité plus grande d'être reliées à des observations dans l'ici et maintenant, alors que les obsessions de participants souffrant de TOC étaient plus souvent indirectement liées à des observations dans leur contexte de production. Ces résultats étaient interprétés comme étant cohérents avec le modèle de

confusion inférentielle, où la personne souffrant de TOC confond des sources d'informations directes et éloignées et surimpose une possibilité hors contexte à la réalité (voir O'Connor et al., 2005). Toutefois, alors que ces résultats confirment que les obsessions et les intrusions pourraient ne pas survenir dans des circonstances similaires, cela n'était pas directement évalué en termes d'absence ou présence de *preuves* pour la validité de l'intrusion – une caractéristique du raisonnement obsessionnel plus en lien avec la définition de confusion inférentielle. Aussi, les participants évaluaient eux-mêmes le contexte dans lequel se produisait l'intrusion, ajoutant des confondants potentiels. De plus, d'autres dimensions liées au contexte restent intéressantes, notamment le niveau d'égo-dystonie.

La présente étude vise à investiguer si la présence de preuves suggérant la réalité potentielle de l'intrusion et l'égo-dystonie sont des déterminants pertinents pour distinguer les intrusions pertinentes au TOC des intrusions non pertinentes au TOC chez une population non clinique. De plus, le but de cette étude est d'investiguer la relation entre l'égo-dystonie et le manque de preuves pour la réalité de l'intrusion avec des mesures impliquées dans le développement des obsessions incluant : les croyances obsessionnelles, la confusion inférentielle et les inquiétudes quant à un soi craint. Dans ce but, les participants devaient rapporter des intrusions se produisant naturellement ainsi que le contexte dans lequel se produisait l'intrusion. Sur la base de cette information, des cliniciens experts ont évalué l'égo-dystonie et la présence de preuves suggérant la réalité potentielle de l'intrusion. De plus, les cliniciens ont catégorisé les intrusions rapportées sur la base de leur contenu (pensée répugnante, vérification, contamination, etc.), ainsi que selon l'indication potentielle que la pensée soit reliée au TOC ou non. Les hypothèses posées sont les suivantes : (1) le manque de preuves suggérant la réalité des intrusions sera significativement relié au niveau autorapporté de confusion inférentielle et aux symptômes obsessionnels compulsifs; (2) l'égo-dystonie sera significativement relié aux croyances obsessionnelles et aux symptômes obsessionnels compulsifs; et finalement (3), les cliniciens seront capables d'identifier adéquatement les intrusions associées à des symptômes obsessionnels plus grands lorsque le contexte de l'intrusion est pris en compte.

2.2. Méthode

2.2.1. Participants

Deux cent quarante-huit participants ont été recrutés parmi des étudiants anglophones de premier cycle universitaire (210 femmes, 38 hommes). Les participants devaient avoir entre 18 et 65 ans. Tous les participants ont complété une batterie de questionnaire en ligne sur un site sécurisé après avoir vu une description de l'étude, avoir accepté d'y participer et avoir fourni un consentement éclairé. En compensation, leur nom était inscrit pour le tirage de prix monétaire. La moyenne d'âge de l'échantillon était de 22,86 ans (SD= 5,01).

2.2.2. Instruments de mesures

Inventaire des Obsessions et Compulsions de Vancouver (VOCI; Thordarson et al., 2004). Le VOCI est un questionnaire autorapporté comportant 55 questions mesurant la présence de symptômes obsessionnels compulsifs. Le questionnaire comporte plusieurs échelles obtenues par analyses factorielles : obsessions, contamination, vérification, indécision, accumulation et 'just right'. Le VOCI a une excellente fidélité, une bonne validité convergente avec des mesures obsessionnelles compulsives et une bonne validité divergente avec des mesures de détresse, à la fois chez une population clinique et non clinique (Radomsky et al., 2006; Thordarson et al., 2004). Les items se rapportent à une échelle de Likert variant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement).

Questionnaire sur le soi craint (FSQ; Aardema et al., 2013). Le FSQ est un questionnaire autorapporté de 20 questions mesurant l'endossement de croyances relatives au soi craint (c.-à-d. le genre de personne que quelqu'un pourrait être ou pourrait devenir). Des exemples d'items incluent : « J'ai quelques fois peur de regarder à l'intérieur de moi parce que j'ai peur de ce que je pourrais trouver » et « Je m'inquiète d'être le genre de personne qui pourrait faire des choses immorales ». Le FSQ a montré une consistance interne forte, une bonne validité convergente et divergente et une forte relation avec les symptômes obsessionnels compulsifs et les processus impliqués dans les modèles cognitifs du TOC (Aardema et al., 2013). Les items se rapportent à une échelle de Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord).

Questionnaire d'Égo-Dystonie (EDQ; Purdon et al., 2007). L'EDQ est un questionnaire autorapporté de 37 questions mesurant l'égo-dystonie d'une pensée intrusive. Pour cette étude, les items de l'EDQ ont été répondus concernant la pensée intrusive spécifiquement rapportée par les participants (voir section 2.2.3.). L'EDQ est composé de quatre échelles : inconsistance avec la morale (p.ex. « La pensée viole le sens de la morale/décence »), répugnance (p.ex. « Je ne veux jamais que cette pensée se produise dans la vraie vie »), implication pour la personnalité (p.ex. « Cette pensée remet en question ma perception de moi ») et irrationalité perçue de la pensée (p.ex. « Il est insensé que j'aie cette pensée »). L'EDQ montre une cohérence interne et une validité acceptable, avec une relation significative avec les symptômes obsessionnels compulsifs, la détresse et l'interprétation des obsessions (Purdon et al., 2007). Les items se rapportent à une échelle de Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord).

Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue (ICQ-EV; Aardema et al., 2010). L'ICQ-EV est un questionnaire autorapporté de 30 questions mesurant la surimplication de l'imaginaire et la méfiance envers l'information provenant des sens ou de soi dans le raisonnement (p.ex. « Même si je n'ai pas de preuve d'un certain problème, mon imagination peut me convaincre du contraire », « Je ne peux pas souvent dire si quelque chose est sûr parce que les choses ne sont pas ce qu'elles ont l'air d'être »). Comme la version originale (Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor & Emmelkamp, 2006; Aardema et al., 2005), la version étendue du ICQ est une mesure hautement fidèle qui explique une large portion de la variance des symptômes obsessionnels compulsifs indépendants de la détresse (c.-à-d. symptômes anxieux et dépressifs) et des autres domaines cognitifs (Wu et al., 2009). Les items se rapportent à une échelle de Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 6 (fortement en accord).

Questionnaire de Croyances Obsessionnelles – Danger, Responsabilité, Importance et contrôle des pensées et Perfectionnisme/incertitude (OBQ-TRIP; Moulding et al., 2011). L'OBQ-TRIP est un questionnaire de 38 items mesurant la présence de croyances reliées au TOC. Il s'agit de la version à quatre facteurs (danger, responsabilité, importance et contrôle des pensées et perfectionnisme/incertitude) de l'OBQ-44 (OCCWG, 2005). Il a montré une bonne cohérence interne, une bonne validité de construit et une bonne validité critériée. D'autres études de validation psychométriques supportent les bonnes qualités psychométriques de l'instrument

chez des populations cliniques (Fergus & Carmin, 2014; Melli, Ghisi, Bottesi, & Sica, 2014). Les items se rapportent à une échelle de Likert variant de 1 (fortement en désaccord) à 7 (fortement en accord).

2.2.3. Procédure

Suivant une description des intrusions cognitives, incluant des exemples typiques à travers différents thèmes pertinents au TOC (pensées répugnantes, vérification, contamination, etc.), les participants devaient mettre par écrit une pensée intrusive qu'ils avaient vécue. La description présentée aux participants allait comme suit :

Tout le monde a des pensées intrusives déplaisantes qui leur viennent en tête de temps en temps. Les pensées intrusives sont des pensées qui vous viennent soudainement en tête, qui peuvent interrompre ce que vous pensez ou ce que vous faites et qui ont tendance à se reproduire à diverses occasions. Nous sommes intéressés par certaines de ces pensées que vous auriez pu avoir et que vous trouvez inacceptables. Elles peuvent prendre certaines formes, telles des images, comme des photos dans nos têtes, des impulsions de dire ou faire quelque chose ou simplement des pensées à propos de quelque chose. Les recherches ont montré que la majorité des gens font ou ont fait l'expérience de pensées intrusives qu'ils trouvent inacceptables d'une quelconque manière à un moment ou un autre de leur vie. Il n'y a donc rien d'anormal à cela. Ce type de pensées est commun et arrive à tout le monde.

En plus de rapporter une intrusion, pour évaluer les circonstances entourant la présence de l'intrusion, deux questions provenant de l'Échelle de Signification Personnelle (Rachman, 2006) ont été posées aux participants : (1) « Qu'est-ce qui a causé l'apparition de cette intrusion lorsqu'elle a commencé » et (2) « Pourquoi est-ce que vous pensez que ces pensées reviennent? » Quelques exemples d'intrusions et de réponses à ces questions données par les participants sont présentés dans le tableau 1.

Tableau I. Exemples d'intrusions et contexte d'apparition

Intrusion	Qu'est-ce qui a causé ces pensées	Pourquoi est-ce qu'elles reviennent?
<i>Having a thought when I am driving alone at night that I will hit a pedestrian in the dark.</i>	<i>The thought occurred because I am afraid of running over something/someone at night when I cannot see them and can't trust myself to be able to stop in time to prevent them from getting harmed.</i>	<i>This thought keeps coming back because I often find myself in the same dark country road.</i>
<i>Suddenly thinking I may not have unplugged my hair straightener and it may cause a fire.</i>	<i>At home one time, I forgot to unplug my hair straightener and when I walked in the room it smelt like burning.</i>	<i>Because I leave the house in a rush every morning and can't remember if I unplugged the wire.</i>
<i>Suddenly thinking about cheating on my partner.</i>	<i>Fear of being exposed sexually.</i>	<i>Probably when I started opening up as a person, trying to become more genuine and to live close to myself as opposed to morals established</i>
<i>I have a terminal illness.</i>	<i>I think that the thoughts are coming from the fact that many people around the world have a terminal illness and someone is always affected.</i>	<i>I am empathetic toward others and don't like it when people experience pain, so my image is about how I would react to an illness if I were sick.</i>
<i>That someone I know will have an accident.</i>	<i>I daydream sometime, and I guess that daydreams that be good or bad. I do not remember what caused it.</i>	<i>I could create different scenarios in my head and try to figure out what I would do if it really happened. As long as it is just in my head I can play it out in different ways.</i>
<i>Suddenly thinking of keeping all of my old clothing because one day I'll need them.</i>	<i>I was cleaning out my closet recently because I was going to paint my room and so my mother made me get rid of some clothes. I didn't want to as in the future, I will need them for some reason or pass them down.</i>	<i>I like my clothes! I am attached to them!</i>

Note. Les intrusions et les réponses aux questions sont écrites dans la langue originale des participants afin de conserver le plus d'authenticité possible.

2.2.4. Évaluation par les cliniciens

Trois cliniciens indépendants ont évalué individuellement la liste d'intrusion de chaque participant et ont répondu aux questions mentionnées précédemment, sans aucun travail préparatoire ou entraînement. Tous les cliniciens étaient des psychologues cliniciens accrédités avec une forte connaissance des modèles cognitifs comportementaux du TOC. Chaque clinicien était un expert dans l'évaluation et le traitement du TOC avec une expérience préalable considérable dans la gestion du trouble (10 à 15 ans).

De brèves instructions ont été données aux cliniciens leur demandant de donner leur meilleure estimation étant donné les informations limitées et d'évaluer chaque intrusion selon quatre dimensions sur la base des informations qui leur étaient données : (1) le contenu (c.-à-d. pensée répugnante, vérification, contamination ou autre) (2) égo-dystonie (vécu comme égo-dystone ou vécu comme égo-syntone) (3) le niveau preuve (avec des preuves directes de l'environnement ou sans preuves directes de l'environnement) et (4) pertinence au TOC (potentiellement indicatif d'un TOC ou non indicatif d'un TOC). Pour chaque dimension, les cliniciens pouvaient choisir l'option « incapable d'estimer », mais ils étaient intimés d'utiliser cette option le moins souvent possible. Les estimations étaient effectuées selon une grille d'évaluation.

Des descriptions de l'égo-dystonie, du niveau de preuve et de la pertinence au TOC ont été fournies aux cliniciens. La pertinence au TOC était définie comme une intrusion potentiellement indicative d'un TOC étant donnée toute l'information fournie aux cliniciens. L'égo-dystonie a été définie comme suit (inspiré de Purdon et al., 2007) :

Une pensée « égo-dystone » est une pensée qui est perçue comme ayant peu ou pas de contexte à l'intérieur du sens de soi ou de la personnalité de la personne. La pensée est donc perçue, du moins initialement, comme se produisant à l'extérieur du contexte de la morale, des attitudes, des croyances, des préférences, de comportements passés et/ou des attentes que quelqu'un a à propos de ce qu'il veut ou croit qu'il doit faire l'expérience.

L'égo-syntonie a été définie comme suit (inspiré de Purdon et al., 2007) :

Une pensée « égo-syntone » est une pensée qui est perçue comme décrivant les valeurs, sentiments et idées qui sont consistante avec la personnalité ou le sens de soi de la personne. Elle se produit à l'intérieur du contexte de la morale, des attitudes, des croyances, des préférences, de comportements passés et/ou des attentes que quelqu'un a à propos de ce qu'il veut ou croit qu'il doit faire l'expérience.

De plus, des définitions d'une intrusion se produisant avec ou sans preuve directe ont été fournies :

La phrase « sans preuve directe » réfère à une intrusion qui se produit sans preuve directe pour sa réalité potentielle. Par exemple, si une personne fait l'expérience d'une pensée intrusive à propos d'une porte mal barrée sans avoir une preuve des sens qu'elle est mal barrée, alors il est dit qu'elle se produit « sans preuve directe ». De même, si une personne a une intrusion à propos de faire du mal aux autres sans être dans un état de colère, alors cela indiquerait que la pensée se produit « sans preuve directe ».

La phrase « avec preuve directe » réfère à une intrusion qui se produit avec des preuves directes pour sa réalité potentielle. Par exemple, si une personne fait l'expérience d'une pensée intrusive à propos d'une porte mal barrée en entendant un bruit bizarre en la barrant, cela indiquerait donc que l'intrusion se produit « avec preuve directe ». De même, si une personne a une intrusion à propos de faire du mal aux autres en étant dans un état de colère, alors cela indiquerait que la pensée se produit « avec preuve directe ».

2.2.5. Analyses statistiques

Pour investiguer la relation entre l'évaluation des cliniciens et les mesures autorapportées, les intrusions rapportées par les participants ont été allouées dans des catégories formées à partir de chacune des dimensions évaluées par les cliniciens. Les intrusions n'ont été incluses dans une catégorie que lorsque deux des trois cliniciens étaient en accord lors de leur mesure (voir tableau III). S'il n'y avait aucune concordance entre les évaluateurs ou que deux cliniciens avaient catégorisé une intrusion dans la catégorie « incapable d'estimer », l'intrusion n'était pas incluse dans les analyses. Suivant la classification, la relation entre les deux principales variables indépendantes sous investigation (égo-dystonie et les preuves) a été explorée en utilisant des tests d'indépendance de Fisher qui est appropriés pour les tableaux fortement déséquilibrés et qui comportent des cellules avec un effectif de moins que 5 (Fleiss, 1981; voir section 2.3.3.). La première hypothèse, soit que le manque de preuves suggérant la réalité des intrusions est associé avec la confusion inférentielle et les symptômes obsessionnels, a été investiguée en calculant la différence entre les mesures continues selon la variable indépendante (avec preuves directes ou sans preuve directe) à travers des analyses de variance multivariée (MANOVA; voir section 2.3.4.). La deuxième hypothèse, soit que l'égo-dystonie est associé avec les croyances liées au TOC et avec les symptômes obsessionnels, a aussi été investiguée en calculant la différence entre les variables continues selon la variable indépendante (égo-dystone ou égo-syntone) à l'aide d'une MANOVA (voir section 2.3.4.). La

troisième hypothèse, selon laquelle les cliniciens sont capables d'identifier avec précision si une intrusion est potentiellement indicative d'un TOC ou non indicative d'un TOC sur la base de l'information provenant du contexte, a été calculée avec une MANOVA (voir section 2.3.5). Finalement, des tests d'indépendance de Fisher ont été calculés pour déterminer si la classification du type d'intrusion (pertinente ou non au TOC) était guidée par le manque de preuve de la réalité potentielle des intrusions et par l'égo-dystonie de l'intrusion.

2.3. Résultats

2.3.1. Moyenne, écart-type et cohérence interne des mesures autorapportées

Les moyennes et écarts-types des mesures autorapportées sont présentés dans le tableau 2. L'échantillon a obtenu des résultats similaires à ceux d'autres échantillons provenant d'une population similaire (Moulding et al., 2011; Purdon et al., 2007; Thordarson et al., 2004). Les coefficients alpha suggèrent une très bonne cohérence interne des échelles, avec l'exception de l'échelle d'irrationalité de l'EDQ qui a une cohérence interne seulement acceptable ($\alpha = ,67$).

Tableau II. Moyenne, écart-type et fiabilité des mesures autorapportées

Questionnaires	Moyenne	Écart-type	α
VOCI	27,30	27,61	0,96
FSQ	39,62	18,27	0,95
EDQ-II	22,16	11,75	0,87
EDQ-R	28,25	10,74	0,81
EDQ-Ir	15,95	6,74	0,67
EDQ-Im	18,21	9,18	0,82
ICQ-EV	62,86	30,42	0,97
OBQ-T	20,28	10,19	0,88
OBQ-R	16,65	8,38	0,89
OBQ-IC	19,75	10,40	0,91
OBQ-PU	36,83	17,30	0,94

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; FSQ= Questionnaire sur le soi craint; EDQ-II= Échelle d'Immoralité et d'Inconsistance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-R= Échelle de Répugnance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Ir= Échelle d'Irrationalité du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Im= Échelle d'Immoralité du Questionnaire d'Égo-dystonie; ICQ-EV= Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue; OBQ-T= Échelle de Danger du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-R= Échelle de Responsabilité du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-IC= Échelle d'Importance et de Contrôle des pensées du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-PU= Échelle de Perfectionnisme et d'Intolérance à l'Incertitude du Questionnaire de Croyances Obsessionnelles.

2.3.2. Classifications et évaluations des cliniciens

Les fréquences des différentes catégories évaluées par des cliniciens, soit le contenu, l'égo-dystonie, les preuves et la pertinence au TOC correspondante à l'intrusion de chaque participant sont présentées dans le tableau 3. Concernant le contenu des obsessions, la plus grande catégorie de notre échantillon était celle des intrusions répugnantes (46,4%), suivi des intrusions n'étant pas catégorisé comme répugnantes, de vérification ou de contamination (28,2%), des intrusions de vérification (15,4%) et des intrusions de contamination (6,5%). La plupart des intrusions ont été classifiées comme n'ayant pas de preuves suffisantes de l'environnement pour les justifiées (68,9%) et comme étant égo-syntone (61,9%). Finalement, 32,4% des intrusions ont été jugées comme potentiellement indicatives d'un TOC.

La fidélité interjuge a été mesurée en calculant le pourcentage d'accord moyen entre les juges selon chaque dimension (voir Neuendorf, 2002). Cette mesure de fidélité est adéquate

lorsqu'il y a plus de deux juges et elle est mesurée en effectuant la moyenne de chaque pair de pourcentage d'accord entre les juges. Initialement, la catégorie « incapable d'estimer » et les intrusions jugées inclassifiable ont été incluses lors du calcul du pourcentage d'accord moyen. Le pourcentage d'accord moyen sans les intrusions inclassifiable et la catégorie « incapable d'estimer » est aussi montré entre parenthèses dans le tableau 3. En général, les pourcentages d'accord variaient d'adéquat à bon pour les dimensions. Toutefois, les cliniciens semblent avoir eu plus de difficultés à être en accord sur l'égo-dystonie ou l'égo-syntonie des intrusions (pourcentage d'accord moyen de 59,6%). Le plus grand pourcentage d'accord a été obtenu pour le contenu de l'obsession (83,2%).

Tableau III. Fréquence de classification des évaluateurs et moyen des pourcentages d'accord interjuge

Catégories classifiées par les cliniciens	n	%	% d'accord moyen
Contenu			81,00% (83,20%)
Pensée Répugnante	115	46,40%	
Vérification	37	15,40%	
Contamination	16	6,50%	
Autre	70	28,20%	
Incapable d'estimer	2	1,20%	
Total	240	96,80%	
Aucun accord	8		
Preuves			69,50% (71,80%)
Sans preuve directe	166	66,90%	
Avec preuves directes	66	26,60%	
Incapable d'estimer	8	3,20%	
Total	240	96,80%	
Aucun accord	8		
Égo-dystonie			55,50% (59,60%)
Égo-dystone	74	29,80%	
Égo-syntone	144	58,10%	
Incapable d'estimer	12	4,80%	
Total	230	92,70%	
Aucun accord	17		
Pertinence au TOC			72,30% (73,80%)
Potentiellement indicatif d'un TOC	78	31,50%	
Non indicatif au TOC	159	56,00%	
Incapable d'estimer	2	0,80%	
Total	219	88,30%	
Aucun accord	29		

2.3.3. Ego-dystonie et preuves soutenant la réalité potentielle de l'intrusion

La relation entre les deux principales variables indépendantes, soit l'égo-dystonie et la présence de preuves pour soutenir la réalité potentielle de l'intrusion mesurée par les cliniciens, a été investiguée en utilisant un test d'indépendance de Fisher (voir tableau 4). Les résultats montrent une différence hautement significative ($p < ,001$). La quasi-totalité des intrusions égo-dystone était aussi classifiée comme se produisant sans preuve directe de l'environnement (95,9%). Toutefois, les intrusions égo-syntone étaient presque aussi susceptibles d'être classées comme se produisant avec des preuves directes de l'environnement (40,9%) qu'être classées

comme se produisant sans preuve directe de l'environnement (59.1%). Similairement, la quasi-totalité des intrusions se produisant avec des preuves directes de l'environnement était classifiée comme égo-syntone (95%), alors que les intrusions classifiées comme se produisant sans preuve directe de l'environnement était presque aussi susceptible d'être classifiées comme égo-dystone (46,4%) qu'égo-syntone (53,6%).

Tableau IV. Tableau croisé comparant le type de preuves suggérant la réalité de l'intrusion et l'égo-dystonie

Variables indépendantes	Égo-dystone	Égo-syntone	Total
Sans preuve directe			
Compte	70	81	151
% de la colonne	95,9%	59,1%	
% de la ligne	46,4%	53,6%	
Avec preuves directes			
Compte	3	56	59
% de la colonne	4,0%	40,9%	
% de la ligne	5,0%	95,0%	
Total	73	137	

2.3.4. La relation entre l'égo-dystonie et la présence de preuves soutenant directement la présence des intrusions avec les symptômes obsessionnels compulsifs et les mesures reliées

Le rôle de la présence de preuves soutenant directement la présence des intrusions a été investigué avec une MANOVA en calculant la différence de symptômes obsessionnels compulsifs et des mesures reliées (c.-à-d. les autres mesures de l'étude) selon la présence ou l'absence de preuves directes de l'environnement. Les résultats de la MANOVA montrent qu'il y a des différences significatives entre les symptômes obsessionnels compulsifs et les mesures reliées selon la présence ou l'absence de preuves directes de l'environnement, $F(11, 218) = 4,61$, $p < ,001$. Des analyses univariées ont ensuite été effectuées afin d'investiguer plus spécifiquement les variables qui différaient (voir tableau 5). Les participants ayant des intrusions sans preuve directe de l'environnement manifestaient des niveaux plus élevés de symptômes obsessionnels compulsifs, de confusion inférentielle et de croyances obsessionnelles, incluant

le danger, la responsabilité, l'importance et le contrôle des pensées, le perfectionnisme et l'intolérance à l'incertitude. Ces participants manifestaient aussi un plus grand niveau d'égo-dystonie mesuré par l'EDQ, évaluant leurs intrusions comme étant plus répugnantes et plus irrationnelles.

Tableau V. Comparaison entre les intrusions se produisant sans preuve directe et avec preuves directes selon les questionnaires autorapportés

	Sans preuve directe (n= 166)		Avec preuves directes (n=66)		F(1, 230)
	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	
VOCI	30,55	29,11	17,68	17,43	11,27**
FSQ	40,70	19,18	35,80	14,30	3,52
EDQ-II	21,74	11,47	22,44	12,67	0,17
EDQ-R	29,80	10,37	24,85	11,26	10,23**
EDQ-Ir	17,02	6,80	12,85	5,78	19,27**
EDQ-Im	17,99	9,07	17,79	9,70	0,02
ICQ-EV	65,43	31,73	55,80	24,70	4,89*
OBQ-T	21,74	10,63	16,15	7,26	15,39***
OBQ-R	17,48	8,62	13,94	6,09	8,72**
OBQ-IC	20,80	11,05	16,77	7,75	7,30**
OBQ-PU	38,42	17,87	32,71	15,36	5,20*

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; FSQ = Questionnaire sur le soi craint; EDQ-II = Échelle d'Immoralité et d'Inconsistance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-R = Échelle de Répugnance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Ir = Échelle d'Irrationalité du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Im = Échelle d'Immoralité du Questionnaire d'Égo-dystonie; ICQ-EV = Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue; OBQ-T = Échelle de Danger du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-R = Échelle de Responsabilité du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-IC = Échelle d'Importance et de Contrôle des pensées du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-PU = Échelle de Perfectionnisme et d'Intolérance à l'Incertitude du Questionnaire de Croyances Obsessionnelles.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Une MANOVA a aussi montré une différence significative entre les symptômes obsessionnels compulsifs et les mesures reliées selon l'égo-dystonie de l'intrusion ($F(11, 203) = 6,52, p < ,001$). Contrairement au niveau de preuves directes des intrusions, l'égo-dystonie n'était pas relié aux symptômes obsessionnels compulsifs (voir tableau 6). Aussi, le lien avec les processus spécifiques au TOC est plus faible malgré des différences significatives des croyances relatives au danger, à la surimportance des pensées et au contrôle des pensées, ainsi

qu'à la confusion inférentielle. Il y avait aussi une tendance à se percevoir comme plus près de son soi craint chez les personnes ayant des intrusions classifiées comme étant égo-dystone. Finalement, l'évaluation des intrusions comme étant égo-dystone par les cliniciens était fortement lié à l'égo-dystonie auto rapportée selon l'EDQ.

Tableau VI. Comparaison entre les intrusions égo-dystones et égo-syntone selon les questionnaires autorapportés

	Égo-dystone (n= 74)		Égo-syntone (n= 143)		F(1, 215)
	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	
VOCI	30,55	30,69	26,02	25,11	1,36
FSQ	43,38	21,68	38,60	16,63	3,25 ^l
EDQ-II	25,35	12,66	19,85	10,65	11,40***
EDQ-R	32,55	9,54	26,57	10,96	15,86***
EDQ-Ir	19,24	7,91	13,99	5,29	33,80***
EDQ-Im	18,55	9,52	18,13	9,09	0,11
ICQ-EV	70,31	34,01	60,06	27,93	5,65*
OBQ-T	22,46	11,20	19,55	9,54	4,01*
OBQ-R	17,14	8,54	16,52	8,28	0,27
OBQ-IC	21,92	12,43	18,90	8,97	4,22*
OBQ-PU	36,32	19,46	38,50	16,44	0,75

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; FSQ = Questionnaire sur le soi craint; EDQ-II = Échelle d'Immoralité et d'Inconsistance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-R = Échelle de Répugnance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Ir = Échelle d'Irrationalité du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Im = Échelle d'Immoralité du Questionnaire d'Égo-dystonie; ICQ-EV = Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue; OBQ-T = Échelle de Danger du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-R = Échelle de Responsabilité du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-IC = Échelle d'Importance et de Contrôle des pensées du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-PU = Échelle de Perfectionnisme et d'Intolérance à l'Incertitude du Questionnaire de Croyances Obsessionnelles.

^l p < ,10; * p < ,05; ** p < ,01; *** p < ,001

2.3.5. Intrusions potentiellement indicatives d'un TOC contre intrusions non indicatives d'un TOC

En plus du degré de preuves directes et d'égo-dystonie, les cliniciens ont aussi évalué s'ils considéraient une intrusion comme potentiellement indicative d'un TOC ou non. Une MANOVA comparant l'ensemble des variables dépendantes selon la pertinence au TOC a obtenu un résultat significatif ($F(11, 224) = 2,81, p < ,01$). Des analyses univariées ont montré

que la pertinence au TOC prédisait un plus grand nombre de symptômes obsessionnels compulsifs mesuré par le VOICI et une plus grande irrationalité de l'intrusion mesurée par l'EDQ (voir tableau 7). Aucune autre différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes.

Tableau VII. Comparaisons entre les intrusions potentiellement indicatives d'un TOC et les intrusions non indicatives d'un TOC selon les questionnaires autorapportés et l'évaluation des cliniciens

	Potentiellement indicatif d'un TOC (n= 78)		Non indicatif d'un TOC (n= 160)		F(1, 236)
	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	
VOICI	34,64	33,05	23,08	22,25	10,17**
FSQ	41,77	19,24	38,54	17,78	1,64
EDQ-II	22,47	13,61	21,98	10,88	0,09
EDQ-R	28,97	10,41	28,09	10,99	0,35
EDQ-Ir	17,44	7,98	15,16	6,02	5,99*
EDQ-Im	17,42	9,06	18,63	9,27	0,89
ICQ-EV	64,79	33,45	61,84	28,74	0,50
OBQ-T	21,74	10,32	19,38	10,04	2,87 [†]
OBQ-R	16,67	7,85	16,64	8,77	0,00
OBQ-IC	21,13	11,85	18,91	9,32	2,48
OBQ-PU	37,85	16,86	36,03	17,52	0,58
					Signification du test de
	Fréquence	% de la ligne	Fréquence	% de la ligne	Fisher
Égo-dystone	36	49,3%	37	50,7%	< ,01
Égo-syntone	39	27,7%	102	72,3%	
Avec preuves directes	1	1,5%	65	98,5%	< ,001
Sans preuve directe	76	47,2%	85	52,8%	

Note. VOICI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; FSQ = Questionnaire sur le soi craint; EDQ-II = Échelle d'Immoralité et d'Inconsistance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-R = Échelle de Répugnance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Ir = Échelle d'Irrationalité du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Im = Échelle d'Immoralité du Questionnaire d'Égo-dystonie; ICQ-EV = Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue; OBQ-T = Échelle de Danger du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-R = Échelle de Responsabilité du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-IC = Échelle d'Importance et de Contrôle des pensées du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-PU = Échelle de Perfectionnisme et d'Intolérance à l'Incertitude du Questionnaire de Croyances Obsessionnelles.

[†] p < .10; * p < .05; ** p < .01

Étant donné ces résultats, une analyse additionnelle a été effectuée, cette fois limitée aux intrusions classifiées comme répugnantes (le groupe contenant le plus d'observation selon la variable « contenue » classifié par les cliniciens). Un résultat similaire a été obtenu lors de la MANOVA ($F(11, 97) = 2,79, p < .01$). Les analyses univariées ont montré plus de différences significatives (voir tableau 8). Spécifiquement, les intrusions répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC étaient associées à des niveaux plus élevés de symptômes obsessionnels compulsifs, à une évaluation de sa personnalité comme étant plus près d'un soi craint et une croyance plus élevée en l'importance des pensées et en la nécessité de contrôler les pensées. Aussi, les intrusions répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC étaient associées à des niveaux plus élevés d'égo-dystonie autorapporté.

Tableau VIII. Comparaisons entre les intrusions répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC et les intrusions répugnantes non indicatives d'un TOC selon les questionnaires autorapportés et l'évaluation des cliniciens

	Répugnant potentiellement indicatif d'un TOC (n= 78)		Répugnant non indicatif d'un TOC (n= 160)		F(1, 109)
	Moyenne	Écart-Type	Moyenne	Écart-Type	
VOCI	34,64	33,05	23,08	22,25	10,17**
FSQ	41,77	19,24	38,54	17,78	1,64
EDQ-II	22,47	13,61	21,98	10,88	0,09
EDQ-R	28,97	10,41	28,09	10,99	0,35
EDQ-Ir	17,44	7,98	15,16	6,02	5,99*
EDQ-Im	17,42	9,06	18,63	9,27	0,89
ICQ-EV	64,79	33,45	61,84	28,74	0,50
OBQ-T	21,74	10,32	19,38	10,04	2,87 [†]
OBQ-R	16,67	7,85	16,64	8,77	0,00
OBQ-IC	21,13	11,85	18,91	9,32	2,48
OBQ-PU	37,85	16,86	36,03	17,52	0,58
	Fréquence	% de la ligne	Fréquence	% de la ligne	Signification du test de Fisher
Égo-dystone	36	49,3%	37	50,7%	< ,01
Égo-syntone	39	27,7%	102	72,3%	
Avec preuves directes	1	1,5%	65	98,5%	< ,001
Sans preuve directe	76	47,2%	85	52,8%	

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; FSQ = Questionnaire sur le soi craint; EDQ-II = Échelle d'Immoralité et d'Inconsistance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-R = Échelle de Répugnance du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Ir = Échelle d'Irrationalité du Questionnaire d'Égo-dystonie; EDQ-Im = Échelle d'Immoralité du Questionnaire d'Égo-dystonie; ICQ-EV = Questionnaire de Confusion Inférentielle – Version Étendue; OBQ-T = Échelle de Danger du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-R = Échelle de Responsabilité du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-IC = Échelle d'Importance et de Contrôle des pensées du Questionnaire des Croyances Obsessionnelles; OBQ-PU = Échelle de Perfectionnisme et d'Intolérance à l'Incertitude du Questionnaire de Croyances Obsessionnelles.

[†] p < .10; * p < .05; ** p < .01

Finalement, pour déterminer à quel point les cliniciens étaient guidés par l'égo-dystonie et le manque de preuves environnementales pour classer les intrusions comme potentiellement indicatives d'un TOC, des tests de Fisher ont été effectués (voir tableau 7). Les résultats

montrent des différences hautement significatives pour chacune des variables. Spécifiquement, si une intrusion était classifiée comme se produisant sans preuve directe, alors il était environ aussi probable que l'intrusion soit classifiée comme étant potentiellement indicative d'un TOC (47,2%) que comme non indicative d'un TOC (52,8%). Toutefois, si une intrusion était classifiée comme se produisant avec preuves directes, elle était jugée beaucoup plus souvent comme non indicative d'un TOC (98,5%) que comme potentiellement indicative d'un TOC (1,5%). De manière similaire, si une intrusion était classifiée comme étant égo-dystone, il était environ aussi probable que l'intrusion soit classifiée comme étant potentiellement indicative d'un TOC (49,3%) que comme étant non indicative d'un TOC (50,7%). Toutefois, si une intrusion était classifiée comme égo-syntone, il était plus probable que l'intrusion soit aussi classifiée comme étant non indicative d'un TOC (72,3%) que comme étant potentiellement indicative d'un TOC (27,7%). Des résultats similaires ont été observés lorsque l'on répétait l'analyse qu'avec les intrusions avec un thème de répugnance (voir tableau 8).

2.4. Discussion

L'égo-dystonie a longtemps été considéré comme une composante centrale des obsessions et elle est caractérisée par des pensées qui se produisent en dehors du contexte de la morale, des attitudes, des croyances et des attentes à propos des pensées qu'une personne croit qu'elle devrait faire l'expérience. Ces pensées sont vécues comme subjectivement discordantes avec le caractère, les tendances et les motivations de la personne. Toutefois, tel que noté par Aardema & O'Connor (2007), bien que l'égo-dystonie soit une caractéristique importante d'une proportion significative des obsessions, la discordance entre la pensée et le soi existe à un niveau plus fondamental, notamment une fausseté de l'obsession qui est indépendante de l'expérience personnelle qu'une personne fait de sa pensée – une sorte de discordance objective entre l'obsession et la réalité. En d'autres mots, les intrusions pertinentes au TOC sont décrites comme se produisant sans preuve suggérant leur réalité potentielle, qu'elles soient vécues comme égo-dystone ou égo-syntone, alors que les intrusions non pertinentes au TOC se produisent plus souvent avec des preuves suggérant leurs réalités. La présente étude avait pour but de vérifier ces affirmations dans un grand échantillon d'intrusions s'étant produites naturellement.

Une analyse exploratoire a montré que les niveaux d'égo-dystonie et de preuves suggérant la réalité d'une intrusion sont des concepts reliés, mais distincts. Si un clinicien avait évalué une intrusion comme étant égo-dystone, alors l'intrusion était presque toujours classifiée comme se produisant sans preuve directe suggérant sa réalité. Cela n'est pas surprenant en soi puisque la définition de l'égo-dystonie implique un manque de preuves pour sa réalité potentielle. Toutefois, les pensées classifiées comme égo-syntone étaient divisées de manières équivalentes quant au jugement leur niveau de preuves directes ou de manque de preuves directes. Seulement 46% des intrusions étant classifiées comme se produisant sans preuve directe étaient aussi évaluées comme étant égo-dystone. De tel, la preuve suggérant la réalité potentielle d'une intrusion n'est pas définie seulement par une discordance subjective entre l'intrusion et le soi, et elle devrait être considéré comme un élément distinctif entre les intrusions non pertinentes au TOC et les intrusions potentiellement indicatives d'un TOC.

Les intrusions classifiées comme égo-dystones par les cliniciens n'étaient pas associées à des symptômes obsessionnels compulsifs plus élevés. Toutefois, celles qui étaient classifiées comme se produisant sans preuve directe pour leur réalité potentielle étaient associées avec des symptômes obsessionnels compulsifs plus élevés. En d'autres mots, la considération de la preuve suggérant la réalité potentielle d'une intrusion serait un meilleur indicateur du TOC que l'égo-dystonie de l'obsession. Cela rejoint des discussions récentes suggérant que l'égo-dystonie ne serait pas aussi central dans le TOC que ce qu'il a été crut précédemment (Clark & Purdon, 2016). En effet, il y avait des indications selon lesquelles l'égo-dystonie était relié aux intrusions se produisant sans preuve directe. En particulier, les intrusions se produisant sans preuve directe étaient vécues comme étant plus répugnantes et irrationnelles, en lien avec les conceptions traditionnelles des pensées égo-dystones comme étant irrationnelle et irréaliste (Rachman & Hodgson, 1980). Ajoutant à la validation du concept de preuves directes de l'intrusion classifiée par des cliniciens pour expliquer son lien avec le TOC, les personnes rapportant des pensées classifiées comme se produisant sans preuve directe avaient des pointages plus élevés de confusion inférentielle – une tendance à tirer des conclusions à propos de la réalité sans preuve dans l'ici et maintenant (voir Aardema et al., 2010).

Il n'y avait pas d'attente spécifique à propos de la relation entre les preuves suggérant la réalité des obsessions et l'endossement des croyances obsessionnelles guidant

hypothétiquement l'interprétation et la signification associées aux intrusions. Cependant, les résultats indiquent clairement qu'il y avait une telle relation. Les intrusions se produisant sans preuve directe étaient associées à des pointages plus élevés aux croyances obsessionnelles concernant le danger, la responsabilité, l'incertitude, l'importance et le contrôle des pensées. Il est intéressant de noter que ces liens sont habituellement observés avec l'égo-dystonie, où les pensées égo-dystones sont hypothétisées comme menant à une surinterprétation du danger, contribuant alors à l'escalade des pensées intrusives en obsessions. Similairement à l'égo-dystonie, le manque de preuves directes pourrait être une source de danger perçu, menant la personne souffrant de TOC à questionner la pensée en cherchant des preuves justifiant la pensée, même si aucune preuve n'existe (voir Mancini & Gangemi, 2004).

L'égo-dystonie était aussi significativement relié aux interprétations de danger et à la surimportance donnée aux pensées, supportant la notion que les pensées égo-dystones sont plus sujettes d'être la cible d'interprétation, comme suggérée par plusieurs auteurs (Clark, 2004; Purdon & Clark, 1999; Rachman, 1997). Cependant, comme il a été noté précédemment, aucune relation n'a été observée entre l'égo-dystonie d'une pensée et les symptômes obsessionnels compulsifs. Il pourrait être argumenté que l'évaluation de l'égo-dystonie était fortement associée avec la mesure autorapportée de l'égo-dystonie et les résultats de quelques recherches récentes ont montré des liens plus faibles entre l'égo-dystonie et les symptômes obsessionnels compulsifs. En particulier, Purdon et collaborateurs (2007) suggère la possibilité d'une relation non linéaire entre l'égo-dystonie et les symptômes obsessionnels compulsifs, possiblement due à une différence dans le contexte d'apparition des obsessions. Toutefois, la possibilité d'avoir commis une erreur de type II dans l'étude ne peut être exclue. Des recherches futures pourraient considérées fournir des informations supplémentaires provenant des participants aux cliniciens afin d'augmenter l'accord interjuge, et/ou alternativement, demander aux cliniciens de ne répondre à la question que s'ils ont un niveau de confiance raisonnable en leur évaluation au lieu de leur demander de donner leur meilleur estimé comme dans la présente étude.

Les cliniciens ont aussi évalué si une intrusion était potentiellement indicative d'un TOC ou non, ce qui coïncidait presque toujours avec une évaluation des intrusions comme étant sans preuve directes, mais pas nécessairement avec l'égo-dystone. Cependant, les intrusions jugées non indicatives d'un TOC étaient beaucoup plus fréquemment jugées égo-syntone. Alors que la

pertinence au TOC était reliée à des niveaux plus élevés de symptômes obsessionnels compulsifs autorapportés et à un plus grand niveau d'irrationalité, elles n'étaient pas reliées à d'autres variables à l'étude, incluant la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles. Une explication pourrait être que ces relations étaient affaiblies à cause de participants rapportant quelques fois des intrusions à l'extérieur de domaines reliés au TOC, tels des intrusions dépressiogéniques ou anxiogéniques représentant des humeurs négatives, classifiées comme non indicatif d'un TOC et avec qui les mesures cognitives peuvent être confondues. En effet, lorsque les analyses ont été limitées aux intrusions répugnantes, d'autres résultats significatifs sont apparus. En particulier, les pensées répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC étaient associées à des symptômes obsessionnels compulsifs plus sévères, à plus d'inquiétude concernant un soi craint et à la surimportance donnée aux pensées. Ces résultats sont consistants avec des trouvailles récentes que l'inquiétude par rapport avec un soi craint sont particulièrement pertinente aux obsessions répugnantes en plus de croyances quant à l'importance des pensées et leur contrôle (Aardema et al., 2013; Melli et al., 2016).

Finalement, un résultat frappant de cette étude est l'aise relative avec laquelle les cliniciens ont été capables d'identifier si une intrusion était potentiellement indicative d'un TOC. Plusieurs résultats de recherches précédentes ont indiqué que le contenu des intrusions et des obsessions était très similaire et que les cliniciens étaient incapables de distinguer entre les obsessions et les intrusions (Purdon & Clark, 1993; Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). La présente étude montre que lorsque l'on fournit aux cliniciens une information relativement petite sur le contexte d'occurrence des intrusions (seulement quelques phrases), ils étaient capables d'identifier avec justesse si une intrusion était potentiellement indicative d'un TOC ou non, intrusions qui étaient aussi associées à des niveaux plus élevés de symptômes obsessionnels compulsifs. De plus, ces décisions semblaient considérablement guidées par le manque de preuves directes, ce qui suggère que la différence principale entre les intrusions et les obsessions n'est ni leur contenu, ni leur fréquence d'apparition, mais plutôt la manière dysfonctionnelle selon laquelle l'intrusion se présente. Peu importe si le contenu de l'intrusion est anormal, dans le cas des obsessions, elles pourraient simplement être anormales si elles sont générées sans preuve directe comparativement aux intrusions générées avec preuves directes de la population ne souffrant pas de TOC. D'autres recherches sur le processus de

décision des cliniciens pourraient révéler d'importantes distinctions additionnelles entre les intrusions normales et anormales. Il devrait toutefois être noté que les cliniciens avaient tous une expérience substantielle avec le TOC et que le grand accord interjuge pourrait ne pas être reproduit par des évaluateurs moins expérimentés avec le TOC.

2.4.1. Conclusion

En général, les résultats supportent une considération continue du contexte dans lequel les intrusions se produisent, et en particulier, si elles se produisent avec ou sans preuve directe suggérant leur réalité. Il s'agit d'une lignée de recherche potentiellement prometteuse qui pourrait éclairer la question éternelle des vulnérabilités cognitives au TOC que l'investigation de l'égo-dystonie n'a pas été capable de résoudre (Clark & Inozu, 2014). Par exemple, est-ce que les obsessions sont vécues comme plus spontanées parce qu'elles se produisent sans preuve directe? Est-ce que les pensées se produisant sans preuve directe mènent à une surinterprétation? Les résultats pointent dans cette direction, mais plus de recherche dans cette direction est nécessaire. Aussi, cette étude se base sur un échantillon provenant d'une population universitaire et les résultats doivent être reproduits dans un échantillon de participants souffrant de TOC. De plus, les intrusions autres que répugnantes (c.-à-d. intrusions de contamination ou de vérification) étaient sous-représentées dans cette étude, peut-être due à la composition de l'échantillon, suggérant le besoin d'échantillon plus diversifié et probablement plus large. Aussi, le construit des intrusions se produisant avec ou sans preuve directe requière une plus grande élaboration et d'autres validations. Les résultats montrent une validité convergence avec la confusion inférentielle, mais d'autres mesures pourraient être incluses afin de s'assurer que les intrusions rapportées par les participants ne sont pas classifiées comme se produisant sans preuve directe à cause d'autres variables, telles la culpabilité et/ou la honte qui pourraient mener à une réticence à « admettre » le contexte d'apparition de l'intrusion. Toutefois, les intrusions étaient rapportées anonymement par internet, ce qui permet de croire que la possibilité de l'influence de la culpabilité ou de la honte était minimisée. Certains participants ont admis avoir des fantasmes sur leurs professeurs ou vouloir tuer leur beau-frère, ce qui ne serait normalement pas socialement acceptable lors d'une première conversation avec quelqu'un. Dans la même veine, les résultats auraient pu être influencés par des erreurs dans le rapport des participants (p.ex. ne pas se rappeler du contexte de l'intrusion). Finalement, les résultats suggèrent le besoin

d'identifier les intrusions anxiogènes ou dépressogènes plus précisément afin d'établir si le manque de preuves directes s'applique aussi à ces intrusions. Les résultats actuels ne permettent pas d'établir si le manque de preuves directes s'applique seulement au TOC. Selon l'approche basée sur les inférences, dans le cas du TOC, un manque de preuves directes supportant la validité de l'intrusion s'applique principalement à l'ici et maintenant, alors que les intrusions anxiogènes ont tendance à être orientées vers le futur, mais cette distinction n'a pas été mesurée dans la présente étude.

De futures études investiguant les déterminants contextuels des intrusions normales et anormales pourraient aussi différencier clairement les déclencheurs et le manque de preuves directes justifiant la présence des intrusions et investiguer la différence entre ces deux construits. Alors que les résultats de certaines recherches ont indiqué que les obsessions dans des échantillons cliniques ont moins de chances de se produire avec des précipitants externes que les intrusions d'échantillon non cliniques (Edwards & Dickerson, 1987) et qu'ils sont considérés comme étant plus spontanés, ce pourrait bien être un phénomène illusoire, un espacement subjectif dans le traitement de l'information, tel que décrit dans le cas du musicien avec des obsessions qui semblaient indépendantes de tout précurseur. Alors que les déclencheurs peuvent être difficiles à identifier lors de la conceptualisation du cas, le faire peut avoir des bénéfices thérapeutiques puisque cela révèle un contexte plus large et montre souvent le manque de justification réaliste pour la pensée. Cela réduit le doute obsessionnel résultant de la décontextualisation et de l'apparition apparemment irrationnelle de la pensée et la ramène dans le domaine du rationnel et du compréhensible, là où il y a un plus grand potentiel de résolution. En fait, être incapable d'identifier un déclencheur pour une pensée en particulier pourrait être une caractéristique du TOC lui-même, potentiellement exacerbé ou même causé par un haut niveau d'absorption dissociative dans l'imagination – un processus qui est lié à la confusion inférentielle (Aardema & Wu, 2011; Paradisis, Aardema & Wu, 2015; Soffer-Dudek, Lassri, Soffer-Dudek & Shahar, 2015). Durant de si hauts niveaux d'absorption, l'attention ne s'attarde pas proprement à la réalité, rendant potentiellement les déclencheurs plus difficiles à identifier et/ou à se remémorer, tout en expliquant aussi l'absence de preuves justifiant la réalité potentielle de l'intrusion. Aussi, les habiletés introspectives et l'accès aux états mentaux pourraient aussi être diminués dans ces moments, exacerbant encore les difficultés

d'identifications des déclencheurs et contribuant à la tendance à arriver à des interprétations fallacieuses des pensées (Aardema et al., 2014; Lazarov, Cohen, Liberman, & Dar, 2015; Lazarov, Dar, Liberman, & Oded, 2012). De tel, le manque de preuves justifiant la réalité potentielle d'une intrusion et l'absence perçue d'un déclencheur pourraient bien être des construits reliés, les deux contribuant à un sens d'irrationalité, de danger et de surinterprétation. En particulier, il pourrait être attendu que les pensées n'ayant pas de justifications et qui se produisent sans raison apparente soient particulièrement susceptible d'inviter des processus cognitifs négatifs, de la surinterprétation et un désir de contrôler les pensées – peut-être même de manière irrésistible.

Finalement, les résultats de cette étude montrent l'importance de considérer à la fois les processus de raisonnement et d'interprétations des pensées dans le traitement du TOC en relation avec la notion que les intrusions pertinentes au TOC se produisent sans preuve directe dans l'ici et maintenant, contrairement aux intrusions non pertinentes au TOC. En effet, le contexte dans lequel se produisait l'intrusion était le meilleur prédicteur de la pertinence au TOC ou non d'une pensée, et ce processus était à la fois relié à la confusion inférentielle et aux croyances obsessionnelles.

Au niveau théorique, l'approche basée sur les inférences explore les déclencheurs et le raisonnement associé avec ces déclencheurs qui mènent à l'expérience d'intrusions sans preuve directe dans l'ici et maintenant. Le traitement proposé par cette approche s'intéresse principalement sur la question de la génération des obsessions à travers un processus de raisonnement, incluant les processus dissociatifs qui pourraient contribuer à l'expérience d'intrusions dans des contextes inappropriés (O'Connor & Aardema, 2012). Les résultats de cette étude sont largement consistants avec une telle approche qui, si appliquée comme traitement, a montré des bénéfices significatifs pour les personnes souffrantes de TOC (Aardema & O'Connor, 2012; Aardema, O'Connor, Delorme, & Audet, 2016; O'Connor et al., 2005), spécifiquement avec ceux présentant une autocritique limitée et des intrusions égo-syntone (Visser et al., 2015). Avec les changements récents du DSM-5, il y a une reconnaissance grandissante qu'une portion significative des intrusions anormales ne sont pas vécu comme égo-dystone (APA, 2013). La présente étude ne fait pas que confirmer cela, mais montre que l'indicateur le plus pertinent d'obsessionnalité et des processus cognitifs reliés pourraient être le

contexte dans lequel les intrusions anormales se produisent et, en particulier, si elles se produisent sans preuve directe suggérant leur réalité potentielle dans l'ici et maintenant.

Chapitre 3 : Étude 2 : Manipulation du contexte d'apparition des intrusions et son lien avec les symptômes et processus cognitifs reliés au TOC

3.1. Introduction

3.1.1. Contenu et contexte dans le TOC

Le TOC est caractérisé par des pensées persistantes et récurrentes qui sont vécues comme intrusive et inappropriée (obsessions) et/ou par des comportements répétitifs ayant pour but de diminuer l'anxiété, mais qui sont excessifs et inappropriés (APA, 2013). Selon la théorie cognitive comportementale, un des postulats les plus fondamentaux concerne le TOC est que les obsessions ne sont pas différentes des intrusions de la population générale, aussi connue sous le nom d'hypothèse du continuum (Abramowitz et al., 2014). Cette affirmation se base sur l'étude pionnière de Rachman et de Silva (1978) qui a trouvé que les obsessions et les intrusions de la population générale étaient impossibles à distinguer selon leur contenu. De plus, la majorité de leur échantillon de la population général avait fait l'expérience de ces pensées intrusives impossible à distinguer des obsessions cliniques. Cette étude a été mainte fois reproduite et les résultats montrent constamment qu'une vaste majorité (et dans certains cas la quasi-totalité) des participants ne souffrant pas de TOC ont des intrusions similaires aux obsessions de personnes souffrant de TOC, et ce, peu importe l'endroit où l'étude a lieu (p.ex. Purdon & Clark, 1993; Radomsky et al., 2014; Salkovskis & Harrison, 1984). La recherche sur le TOC a élaboré des modèles tentant d'expliquer comment des pensées identiques peuvent créer un trouble mental chez une personne et ne rien faire chez une autre.

Afin d'expliquer cette différence, il a été proposé que la personne souffrant de TOC interprète son intrusion différemment que celle qui n'est souffre pas. S'inspirant de la théorie cognitive de Beck (1976), Salkovskis (1985) propose que les intrusions cognitives sont interprétées selon un schème de responsabilité, qui fait que la personne se sent responsable pour la pensée et/ou les conséquences qui pourraient en découler et elle ferait tout ce qui est en son

pouvoir afin d'éviter que sa pensée ne devienne réalité. D'autres auteurs ont toutefois affirmé que la responsabilité n'était pas au cœur du TOC (p.ex. Purdon & Clark, 1999), mais le consensus demeure que l'interprétation qui est faite des intrusions est la cause du TOC (Moulding et al., 2014). Les interprétations erronées transformant les intrusions en obsessions proviendraient de croyances dysfonctionnelles : la surestimation du danger, la responsabilité, l'importance accordée aux pensées, le besoin de contrôler les pensées, l'intolérance à l'incertitude et le perfectionnisme (OCCWG, 1997, 2001, 2003, 2005).

Plus récemment, une réanalyse des données originales de Rachman et de Silva (1978) a montré qu'il était possible de distinguer les intrusions et les obsessions et une réplique a confirmé ces résultats (Rassin et al., 2007; Rassin & Muris, 2007). Toutefois, les auteurs ont conclu que la distinction entre les intrusions et les obsessions n'étaient pas reliées au contenu de la pensée, mais à une autre variable qui n'a pas été mesurée lors de ces études. Une variable pouvant expliquer la distinction entre les intrusions et les obsessions est le contexte dans lequel se produit la pensée. Julien, Aardema et O'Connor (2007) ont demandé à des participants souffrant de TOC et à des participants de la communauté de juger du contexte dans lequel se produisaient leurs intrusions. Les participants souffrant de TOC ont rapporté avoir leurs intrusions plus souvent sans contexte direct justifiant la présence de l'intrusion, alors que les participants ne souffrant pas de TOC avaient leurs intrusions plus souvent dans un contexte justifiant la présence de l'intrusion. Malgré le fait que les participants avaient été entraînés à juger du contexte d'apparition des intrusions, il est possible que des biais aient été inclus dans l'analyse de leurs propres intrusions. Une autre étude a investigué la présence du contexte en utilisant le jugement de cliniciens (Audet, Aardema, & Moulding, 2016). Cette étude a trouvé que presque tous les participants rapportant des intrusions potentiellement indicatives d'un TOC avaient aussi leurs intrusions en présence d'un contexte indirect. Les intrusions se produisant sans contexte direct se retrouvaient chez des personnes présentant plus de symptômes obsessionnels compulsifs, de croyances obsessionnelles, de confusion inférentielle et d'égo-dystonie. Malgré que l'accord de deux cliniciens était nécessaire pour la classification de l'intrusion (c.-à-d. comme potentiellement indicative d'un TOC ou la présence de contexte), cette étude a été réalisée chez des participants ne souffrant pas de TOC. Ces deux études tendent à montrer que les obsessions se produisent sans la présence d'éléments justificatifs de

l'environnement. Si cela était confirmé, il y aurait plusieurs implications pour les théories psychologiques du TOC.

3.1.2. Contexte et processus relié au TOC

Si les intrusions sont différentes des obsessions de par leur relation au contexte, cela impliquerait que les interprétations des pensées ne seraient peut-être pas la seule source du TOC. Toutefois, lors de l'étude de Audet et collaborateurs (2016) les croyances reliées au TOC étaient reliées aux intrusions se produisant sans contexte direct. Le contexte dans lequel se produit l'intrusion a été largement ignoré par le modèle traitant de l'interprétation des intrusions, mais il n'est pas impossible que les croyances obsessionnelles rendent plus saillantes les intrusions se produisant sans contexte direct et amènent naturellement la personne à chercher à leur donner un sens (Audet et al., 2016).

Une autre approche propose que les obsessions proviennent plutôt de l'imaginaire de la personne et n'aurait pas de lien avec ce qui se produit dans l'ici et le maintenant (O'Connor & Robillard, 1995, 1999). Une personne ayant peur de ne pas avoir barré sa porte douterait que la porte est mal barrée à cause d'un narratif interne plutôt qu'à cause que ses sens lui disent que la porte est mal barrée. De manière similaire, une personne ayant peur de tuer ses enfants pourrait confondre le fait de penser à propos de tuer ces enfants avec le fait de penser à tuer ces enfants et d'en avoir l'intention (p.ex. « Peut-être que je voudrais tuer mes enfants » « Oh non, je viens de penser à tuer mes enfants »; Aardema & O'Connor, 2003). Dans les deux cas, la personne ne ferait plus confiance en ses sens ou en son sens de soi au profit de son imaginaire, un processus nommé confusion inférentielle (Aardema & O'Connor, 2003; 2007; Aardema et al., 2005; 2009 O'Connor & Robillard, 1995). La confusion inférentielle mènerait donc la personne à avoir des obsessions lors de moment où l'intrusion n'est pas justifiable par ce qui se passe dans l'environnement. La confusion inférentielle est reliée aux symptômes obsessionnels compulsifs au-delà de l'anxiété, de la dépression et des croyances obsessionnelles à la fois chez des populations non clinique et souffrante de TOC (Aardema, O'Connor et al., 2006; Aardema et al., 2008; Aardema et al., soumis; Aardema et al., 2010; Wu et al., 2009).

3.1.3. Contexte et le soi

Le narratif que la personne investit au profit de la réalité est fondamentalement personnel et se base sur un thème ou une vulnérabilité de la personne (Aardema & O'Connor, 2007; O'Connor & Aardema, 2012). D'autres auteurs ont aussi proposé que les obsessions proviennent de composantes personnelles à la personne. Par exemple, Purdon et Clark (1999) ont proposé que les intrusions égo-dystones (c.-à-d. contraires aux valeurs de la personne) seraient la cible d'interprétations dysfonctionnelle et deviendraient des obsessions. Cette affirmation est soutenue par l'observation que les intrusions et les obsessions plus dérangeantes sont vécues comme étant plus égo-dystones et que les obsessions sont plus égo-dystones que les intrusions (Purdon et al., 2007). Audet et collaborateurs (2016) ont aussi trouvé que les intrusions jugées égo-dystones étaient reliées aux croyances dysfonctionnelles spécifiques au TOC, toutefois, il n'est pas rare de voir des personnes souffrant de TOC ayant un fort investissement et une grande conviction en leurs croyances (c.-à-d. égo-syntonie; Kozak & Foa, 1994).

D'autres ont postulé que les intrusions devenant des obsessions étaient celles qui impliquaient le plus la personnalité de la personne (Rachman, 1997, 1998). Ces intrusions seraient catastrophiquement mésinterprétées comme étant révélatrices d'une caractéristique personnelle. Par exemple, une personne ayant une obsession d'être pédophile croirait que cette pensée est révélatrice d'un désir caché d'abuser d'enfants. Rowa et collaborateur (2003; 2005) ont trouvé que les intrusions et les obsessions les plus dérangeantes comportaient une plus grande contradiction des traits de la personne comparativement aux intrusions les moins dérangeantes. Elle a conclu que les personnes susceptibles de souffrir de TOC devaient avoir une moins grande connaissance d'eux-mêmes que celles qui n'en souffriront pas. Dans le même ordre d'idée, Doron et collaborateurs (2005, 2007, 2008, 2012) parlent d'une vulnérabilité de soi, un domaine sensible autour duquel pourrait se développer les obsessions. En prenant l'exemple de la moralité, ils ont montré que la perception et l'induction d'une faible moralité étaient reliées aux symptômes obsessionnels compulsifs (Abramovitch et al., 2013; Doron et al., 2008; Doron et al., 2012). Bhar et Kyrios proposent plutôt un soi divisé entre deux représentations ambivalentes, l'une bonne et l'autre mauvaise (Bhar & Kyrios, 2007).

Une autre vulnérabilité du soi pourrait être l'investissement de la personne dans un soi craint (Aardema & O'Connor, 2007), c.-à-d. qui la personne a peur d'être ou de devenir. Le

concept de soi craint provient de recherches en psychologie sociale investiguant les guides qu'ont les personnes pour juger leurs actions (Higgins, 1987). Toutes personnes auraient trois guides pour ses actions : le soi désiré (qui représente ce que la personne veut être), le soi obligé (qui représente ce que la personne se sent obligée d'être) et le soi craint (qui représente ce que la personne a peur de devenir). En comparant les différents guides de soi avec le soi actuel (ce que la personne pense être au moment présent), Carver et collaborateurs (1999) ont trouvé qu'une plus grande similitude perçue entre le soi actuel et le soi craint était le meilleur prédicteur d'affect négatif (p.ex. anxiété et dépression), surtout chez les participants qui jugeaient avoir une plus grande similitude entre leur soi actuel et craint. Une étude a examiné le même construit chez des participants souffrant de TOC (Ferrier & Brewin, 2005). Elle a montré que les participants souffrant de TOC se jugent comme étant plus près de leur soi craint que les participants contrôles de la communauté, mais ne se distinguent pas des participants souffrant d'un trouble anxieux. Toutefois, lorsque l'on regarde les traits que les participants attribuent à leur soi craint, les participants souffrant de TOC s'attribuent plutôt un soi dangereux, c'est-à-dire un soi qui pourrait faire du mal aux autres, alors que les personnes souffrant de trouble anxieux s'attribuaient plutôt un soi vulnérable.

Cet investissement dans un soi craint chez les personnes souffrant de TOC serait expliqué par leur tendance à délaissier l'information provenant de leurs sens afin d'investir celle provenant de l'imagination (Aardema & O'Connor, 2007). Récemment, un questionnaire a été créé afin de mesurer le soi craint chez une population universitaire (Aardema et al., 2013). Le soi craint prédisait les obsessions répugnantes au-delà de l'anxiété, la dépression, les croyances obsessionnelles, l'égo-dystonie et la confusion inférentielle. La présence de croyance obsessionnelle était aussi prédite par un niveau plus élevé de proximité perçue avec le soi craint. Ces résultats ont été reproduits chez une population clinique (Aardema et al., 2017).

3.1.4. Buts et hypothèses

La présente étude a pour but d'investiguer le rôle que du contexte dans lequel les intrusions potentiellement indicatives d'un TOC se produisent. Cette étude est une étude préliminaire précédant une plus grande étude utilisant des participants ne souffrant d'aucun trouble mental et des participants souffrant de TOC. Cinq hypothèses sont explorées: 1) les

participants seront plus réactifs aux scénarios avec contexte direct qu'aux scénarios avec contexte indirect; 2) les symptômes obsessionnels compulsifs prédiront une plus grande réactivité au scénario avec contexte indirect; 3) les processus reliés au TOC prédiront une plus grande réactivité aux scénarios en contexte indirect; 4) les composantes de soi relié au TOC prédiront une plus grande réactivité aux scénarios en contexte indirect, alors que les composantes de soi non relié au TOC ne prédiront pas une plus grande réactivité aux scénarios en contexte indirect; 5) l'anxiété et la dépression ne prédiront pas une plus grande réactivité aux scénarios en contexte indirect.

3.2. Méthode

3.2.1. Participants

Afin de répondre aux hypothèses, 29 participants de la communauté ont été recrutés. L'âge moyen était de 30 ans (SD= 11,32), 93,1% étaient des femmes, 55,2% étaient célibataire et 65,5% avaient une formation universitaire. Les participants ont été recrutés via des annonces dans divers lieux publics et sur internet. Après que la procédure de l'étude leur ait été expliquée, les participants ont signé le formulaire de consentement et ont rempli les questionnaires sur une plateforme sécuritaire en ligne. Les participants pouvaient se retirer librement de l'étude à tout moment. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Les participants devaient avoir entre 18 et 65 ans et ne pas souffrir d'aucun trouble mental.

3.2.2. Mesures

3.2.2.1. Tâches expérimentales

Vignettes (voir les appendices pour tous les questionnaires). Ce questionnaire, inspiré de Riskind et collaborateurs (2007), mesure la présence de certaines intrusions cognitives potentiellement indicative d'un TOC dans des scénarios avec preuves directes et sans preuve directe (voir Annexe 1). Il comporte 10 vignettes : cinq avec preuves directes et cinq avec preuves indirectes. Cinq thèmes sont aussi représentés : agression, homosexualité, religion/conventions sociales, contamination et vérification. Il y a donc deux vignettes par

thème, une avec preuves directes et une avec preuves indirectes. Les scénarios sont des histoires d'environ sept lignes qui présentent une mise en situation. Voici un exemple de vignette en contexte (thématique d'agression) :

« Vous êtes au travail. Votre journée a bien commencé, mais tout le monde semble tendu. Les gens vous lancent des regards rapides et s'éloignent subitement. Vous ne comprenez pas pourquoi puisque vous étiez plutôt réservé récemment. Quelques minutes plus tard, la secrétaire de votre patron vous demande de venir dans son bureau immédiatement ; vous commencez à vous sentir tendu. Vous ne le considérez pas comme une personne respectueuse, car il a l'habitude d'humilier publiquement les employés et de tromper ouvertement sa femme avec sa secrétaire. Lorsque vous arrivez dans son bureau, il se met à vous crier dessus, en vous disant à quel point vous avez fait un mauvais travail. Plus il crie, plus il s'approche de vous, envahissant votre espace personnel... »

Voici un exemple de vignette en contexte indirect (thématique d'agression) :

« Vous êtes à la maison en train de regarder un documentaire ; comme vous le faites chaque jeudi. Chaque jeudi soir, votre femme et vos enfants visitent votre belle-famille et vous choisissez un film que vous écoutez seul. C'est votre moment de paix, loin du bruit constant. Vous aimez profondément votre famille, mais vous avez besoin de ce moment pour vous. Alors que vous commencez à vous reposer, finissant votre collation préférée, vous vous trouvez absorbé dans l'histoire plus qu'à l'habitude. Le film est sur un psychopathe qui tue sa famille. À l'extérieur, l'homme avait l'air entièrement normal, jusqu'à ce que, sans raison apparente, il devient fou. Vous vous demandez comment cela est possible et cette pensée vous rend inconfortable. Soudainement, pendant votre réflexion, vous entendez la porte ; votre famille est revenue plus tôt que prévu... »

Après avoir lu chaque scénario, les participants devaient répondre à des questions comme s'ils avaient vécu le scénario. Il leur était demandé d'indiquer sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (complètement) s'ils auraient eu certaines pensées, la détresse produite par ces pensées, l'intention qu'ils auraient pu avoir d'agir sur ces pensées et s'ils agiraient sur les pensées (car il est possible de vouloir lancer des injures à une personne, mais ne pas le faire). Ces questions seront mesurées sur une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (complètement). Deux chercheurs indépendants de l'étude et expert dans le contexte et le TOC ont été capables de différencier les scénarios avec contexte direct de ceux avec contexte indirect lors d'une classification à l'aveugle. Les intrusions proposées étaient les mêmes selon la thématique, ce qui permet une comparaison directe entre les intrusions se produisant dans différents contextes.

Test des guides du soi. Ce questionnaire mesure les sois obligés, idéals et craints. Ce questionnaire offre aux participants une description des sois obligés, idéals et craints et leur

demande de fournir sept traits qui correspondent à chacune des descriptions (voir Annexe 2) (Carver, Lawrence et Scheier, 1999). La première page comporte les instructions générales sur la passation du questionnaire : elle demande aux participants de prendre leur temps et de se reposer s'ils manquent de concentration. Les trois pages suivantes demandent aux participants de donner sept traits propres à chacun soi, les traits doivent être des traits qu'ils se donnent et non qu'un ami ou un parent leur donnerait. Les sois sont décrits comme suit :

- Soi obligé : votre soi obligé est le genre de personne que vous croyiez avoir *l'obligation* ou le *devoir* d'être. Il est défini par les traits de personnalité que vous pensez devoir posséder, ou que vous vous sentez obligé de posséder. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits maintenant, seulement que vous croyiez devoir les avoir.
- Soi idéal : votre soi idéal est le genre de personne que vous *voudriez* vraiment être. Il est défini par les traits de personnalité que vous voudriez idéalement avoir. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits maintenant, seulement que vous vouliez les avoir.
- Soi craint : votre soi craint est le genre de personne que vous avez *peur* de devenir ou qui vous *inquiète* de devenir. Il est défini par les traits de personnalité que vous pensez que vous pourriez devenir dans le futur, mais que vous aimeriez mieux ne pas devenir. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits, seulement que vous vouliez éviter de les avoir.

Les participants doivent ensuite recopier les sept traits propres à chaque soi sur une page subséquente et indiquer à quel point ils sont similaires au trait nommé en utilisant une échelle de Likert allant de 1 (Je suis comme ce trait) à 7 (Je suis l'opposé de ce trait). Chaque soi est rempli sur une page individuelle. La moyenne est utilisée pour chacun des guides du soi afin de pallier les réponses manquantes.

3.2.2.2. Mesures de symptômes

Inventaire d'anxiété de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). L'inventaire d'anxiété de Beck (BAI) mesure la présence de symptômes d'anxiété dans les deux dernières semaines. La consistance interne et le coefficient de test-retest sont excellents ($\alpha = ,92$ et $r = ,75$) et la validité convergente ($r = ,51$ avec une mesure d'anxiété) et divergente ($r = ,25$ avec une

mesure de dépression) est adéquate (Beck et al., 1988). L'échelle comprend 21 questions et le total varie entre 0 et 63.

Inventaire de dépression de Beck (Beck, Steer, & Brown, 1996). L'inventaire de dépression de Beck (BDI) mesure la présence de symptôme dépressif dans les deux dernières semaines. La mesure est hautement fidèle ($\alpha = ,91$), valide ($r = ,71$ avec une autre mesure de dépression) et est fréquemment utilisée (Beck et al., 1996). Le total des 21 questions varie entre 0 et 63.

Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver (Thordarson et al., 2004). L'inventaire d'obsessions et de compulsions de Vancouver mesure la présence de symptômes TOC avec plusieurs échelles : obsessions, vérification, contamination, « Just Right », indécision et accumulation (Thordarson et al., 2004). Le questionnaire montre une forte fidélité tant chez les populations cliniques ($\alpha = ,94$) que contrôles ($\alpha > ,89$), un excellent test-retest chez des populations cliniques ($r = ,96$), et étudiantes ($r = ,52$), une validité convergente avec des mesures similaires de symptômes TOC ($r > ,67$) et une validité divergente avec des mesures de détresse ($r < ,48$) (Radomsky et al., 2006). Le questionnaire comporte 55 questions et le total varie entre 0 et 220.

3.2.2.3. Mesures de processus

Questionnaire sur le soi craint (Aardema et al., 2013). Le FSQ comporte 20 questions mesurant le degré de peur quant à ce qu'une personne pourrait être ou pourrait devenir (Aardema et al., 2013). Le questionnaire possède une excellente consistance interne ($\alpha = ,96$) et une validité divergente (variance unique exprimée dans une régression hiérarchique) et convergente acceptable ($r > ,42$ avec d'autres mesures spécifiques au TOC). Chaque question est répondue sur une échelle Likert allant de 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement d'accord).

Échelle de confusion inférentielle – Version Étendue (Aardema et al., 2010). Le questionnaire de confusion inférentielle – version étendue mesure le niveau de confusion inférentielle (Aardema et al., 2010). Ce questionnaire de 30 questions possède une excellente fidélité test-retest ($r = ,90$), une excellente cohérence interne ($\alpha = ,97$) et une bonne validité convergente ($r > ,49$ avec une mesure de symptômes TOC et diminution après une thérapie chez

des participants souffrant de TOC) et divergente ($r < ,36$ avec des mesures de détresse dans un échantillon composé de personnes souffrantes de TOC). Le total varie entre 0 et 180.

La mesure d'ambivalence de soi (Bhar, 2004). La mesure d'ambivalence de soi (SAM) comporte 19 questions et mesure l'ambivalence dans les notions de soi selon deux échelles : ambivalence dans la valeur de soi et l'ambivalence dans la moralité (Bhar, 2004). Le questionnaire comporte une bonne cohérence interne ($\alpha > ,84$), une bonne fidélité test-retest ($r > ,43$) et une bonne validité convergente ($r > ,35$) tant chez une population clinique que non-clinique (Bhar, 2004; Bhar & Kyrios, 2007).

Questionnaire d'Égo-dystonie (Purdon et al., 2007). Le questionnaire d'égo-dystonie mesure l'égo-dystonie des pensées intrusives avec quatre échelles : l'inconsistance avec la morale, la répugnance, l'implication pour la personnalité et l'irrationalité de la pensée (Purdon et al., 2007). Le questionnaire présente une fidélité ($\alpha > ,76$) et une validité acceptable (résultats plus élevés pour les personnes endossant des pensées égo-dystones que des personnes endossant des pensées égo-syntone) et montre une relation avec les mesures obsessionnelles compulsives ($0 < r < ,57$). Le questionnaire comporte 29 questions et le total varie entre 29 et 203.

Questionnaire de confiance en son soi (Pasveer, 1997). Le questionnaire de confiance en son soi (STQ) comporte 20 questions mesurant la confiance que quelqu'un porte à sa définition du soi (Pasveer, 1997; Pasveer & Ellard, 1998). Le questionnaire possède une bonne validité divergente et convergente ainsi qu'une excellente cohérence interne ($\alpha = ,85$) et fidélité test-retest ($r = ,81$) (Pasveer, 1997). Le total varie entre 20 et 100.

Questionnaire des croyances obsessionnelles (OCCWG, 2005). Le questionnaire de croyances obsessionnel mesure des croyances spécifiques au TOC en trois dimensions : Responsabilité/Danger, Importance/Control des pensées et incertitudes/perfectionnisme (OCCWG, 2005). Chaque item est mesuré sur une échelle de type Likert allant de 1 à 7. Les trois échelles montrent une bonne consistance interne ($\alpha > ,88$). La validité convergente est bonne et la validité divergente est toutefois plus limitée.

3.2.3. Gestion des données et analyses

Afin de répondre aux hypothèses, des groupes ont été créés en divisant les participants selon la médiane du pointage au VOICI, aux échelles d'obsessions, de contamination et de vérification du VOICI, à l'ICQ-EV, à l'OBQ, au FSQ, au SAM, au STQ, aux soi obligés, désirés et craints du test sur les guides de soi et au BAI ainsi qu'au BDI. La médiane a été préférée à la moyenne puisqu'elle permet de créer des groupes qui ont une plus grande probabilité d'être égaux, ce qui confère plus de puissances aux analyses. Les participants ayant moins de 10% de données manquantes pour un questionnaire donné ont eu leurs données manquantes remplacées par la moyenne personnelle à ce questionnaire. Afin de pallier le nombre considérable de comparaisons, ce qui augmente la probabilité d'effectuer une erreur de type I, une analyse de variance multiple (MANOVA) a été effectuée pour les comparaisons entre les groupes chez les variables en contexte indirect. Les comparaisons entre les groupes selon les variables en contexte direct sont données à titre de comparaison uniquement.

3.3. Résultats

Le tableau IX présente la moyenne, l'écart-type et la médiane des différents questionnaires.

Tableau IX. Statistiques descriptives

Mesure	Moyenne	Écart-type	Médiane	N
VOCI	22,11	16,70	21,82	19
Contamination	2,51	4,42	1,00	19
Obsession	3,05	5,18	1,00	19
Vérification	2,68	3,99	0,00	19
ICQ-EV	62,65	34,06	56,00	23
BAI	11,62	11,65	6,00	23
BDI	10,52	8,43	10,00	23
OBQ	115,42	51,03	101,00	23
EDQ	131,51	33,59	132,58	23
STQ	55,16	8,57	53,00	22
SAM	20,28	13,32	15,00	23
FSQ	38,09	19,09	31,00	23
OSD	2,59	0,75	2,43	22
ISD	3,15	0,89	3,36	22
FSD	5,08	0,99	5,14	22

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; ICQ-EV= Questionnaire de confusion inférentielle – version étendue; BAI= Inventaire d’anxiété de Beck; BDI= Inventaire de dépression de Beck; OBQ= Questionnaire des croyances obsessionnelles; EDQ= Questionnaire d’Égo-dystonie; STQ= Questionnaire de confiance en son soi; SAM= Mesure d’ambivalence de soi; FSQ= Questionnaire sur le soi craint; OSD= Écart entre le soi actuel et le soi obligé; ISD= Écart entre le soi actuel et le soi idéal; FSD= Écart entre le soi actuel et le soi craint.

Le tableau X présente la moyenne et l’écart-type des groupes ayant des symptômes obsessionnels compulsifs élevés et faibles. Outre un résultat plus élevé au VOCI, les participants ayant plus de symptômes obsessionnels compulsifs présentent aussi significativement plus de symptômes de vérification, de croyances obsessionnelles et de perturbation identitaire (soi divisé et soi craint). Il est aussi pertinent de mentionner que, bien que non significatifs, les participants rapportant plus de symptômes obsessionnels compulsifs rapportent aussi des résultats plus élevés à tous les questionnaires.

Tableau X. Comparaison entre le groupe ayant des symptômes obsessionnels compulsifs faibles et le groupe ayant des symptômes obsessionnels compulsifs plus sévère

	VOCI bas			VOCI élevé			t	g
	Moyenne	Écart-type	n	Moyenne	Écart-type	n		
VOCI	9,58	7,10	10	36,03	12,53	9	-5,741***	-2,51
Obsessions	1,00	1,33	10	5,33	6,87	9	-1,860 [†]	-0,86
Contamination	1,10	1,66	10	4,07	4,19	9	-1,992 [†]	-0,91
Vérification	0,70	1,34	10	4,89	4,83	9	-2,515*	-1,16
ICQ	55,50	43,75	10	68,56	27,58	9	-0,767	-
BAI	5,83	5,71	10	15,67	15,36	9	-1,891 [†]	-0,83
BDI	5,80	6,41	10	12,11	8,18	9	-1,883 [†]	-0,82
OBQ	81,30	26,94	10	126,08	41,82	9	-2,805*	-1,26
EDQ	115,96	28,38	10	131,35	31,81	9	-1,115	-
STQ	50,82	7,06	9	57,01	9,75	9	-1,543	-
SAM	12,50	9,50	10	29,36	13,48	9	-3,177**	-1,39
FSQ	25,90	7,31	10	44,33	21,85	9	-2,412*	-1,50
OSD	2,32	0,82	9	2,87	0,64	9	-1,596	-
ISD	2,90	0,91	9	3,29	0,79	9	-0,971	-
FSD	5,77	0,75	9	4,63	0,98	9	2,775*	1,24

Note. VOCI = Inventaire des obsessions et des compulsions de Vancouver; ICQ-EV= Questionnaire de confusion inférentielle – version étendue; BAI= Inventaire d’anxiété de Beck; BDI= Inventaire de dépression de Beck; OBQ= Questionnaire des croyances obsessionnelles; EDQ= Questionnaire d’Égo-dystonie; STQ= Questionnaire de confiance en son soi; SAM= Mesure d’ambivalence de soi; FSQ= Questionnaire sur le soi craint; OSD= Écart entre le soi actuel et le soi obligé; ISD= Écart entre le soi actuel et le soi idéal; FSD= Écart entre le soi actuel et le soi craint.

3.3.1. Impact du contexte chez une population non clinique

L’analyse des vignettes en comparant le nombre d’intrusions, la probabilité d’avoir une intrusion, la détresse causée par les intrusions, le caractère non voulu des intrusions, l’intention d’agir sur l’intrusion et la croyance que la personne agirait sur l’intrusion selon le contexte d’apparition (contexte direct ou contexte indirect) est présentée dans le tableau XI. Les résultats montrent de larges tailles d’effet pour le nombre d’intrusions, la probabilité d’avoir une intrusion, la détresse causée par les intrusions, l’intention d’agir sur l’intrusion et la probabilité d’agir sur l’intrusion. Un effet moyen a été trouvé pour le caractère non voulu de l’intrusion, ce

qui pourrait s'expliquer par le faible endossement des intrusions comme étant non voulue dans les scénarios avec contexte direct (22,34/100).

Tableau XI. Comparaison entre les conditions de contexte direct et de contexte indirect aux vignettes

		Moyenne	Écart-type	t	g
Nombre	Contexte direct	2,08	0,90	8,383***	1,51
	Contexte indirect	0,88	0,68		
Probabilité	Contexte direct	66,27	18,93	10,553***	1,91
	Contexte indirect	25,74	18,76		
Détresse	Contexte direct	34,53	18,18	8,587***	1,55
	Contexte indirect	14,77	16,75		
Non voulu	Contexte direct	22,34	17,25	3,062**	0,55
	Contexte indirect	14,47	16,89		
Intention	Contexte direct	35,29	18,65	6,268***	1,13
	Contexte indirect	12,96	14,21		
Action	Contexte direct	32,17	18,28	6,499***	1,18
	Contexte indirect	10,27	14,46		

Notes. n= 29

** p< ,01; *** p< ,001.

3.3.2. Implication des symptômes obsessionnels compulsifs dans le contexte d'apparition des intrusions

Les symptômes obsessionnels compulsifs (Lambda de Wilk= ,697, p= ,544), les symptômes de contamination (Lambda de Wilk= ,521, p= ,174), les obsessions à caractères répugnantes (Lambda de Wilk= ,661, p= ,455) et les symptômes de vérification (Lambda de Wilk= ,631, p= ,383) ne prédisent pas une réaction plus grande aux scénarios en contexte indirect, infirmant ainsi l'hypothèse 2.

3.3.3. Implication des processus obsessionnels compulsifs dans le contexte d'apparition des intrusions

La confusion inférentielle montre un lien fort et significatif avec la réaction aux scénarios avec contexte indirect (Lambda de Wilk= ,426, p= ,019, $\eta^2_p = ,574$). Afin de décortiquer cet effet, le tableau XII montre l'effet des contextes direct et indirect sur les variables mesurées aux

vignettes selon le niveau de confusion inférentiel (élevé ou faible). Le groupe présentant plus de confusion inférentielle a tendance à avoir plus de détresse et à vivre les intrusions comme étant plus non voulue lors des scénarios avec contexte direct. Toutefois, le groupe présentant plus de confusion inférentielle montre significativement plus de probabilité d'avoir des intrusions et ont plus tendance à percevoir leurs intrusions comme étant non voulue, il montre aussi une tendance à avoir plus d'intrusions, plus de détresse et plus d'intention d'agir sur leurs intrusions lors des scénarios avec un contexte indirect. Il semble que la confusion inférentielle soit plus reliée au contexte indirect plutôt qu'au contexte direct.

Tableau XII. Comparaison entre le groupe présentant une confusion inférentielle plus sévère et le groupe présentant une confusion inférentielle moins sévère aux vignettes

		Élevé ^a		bas ^b		t	g
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre	Contexte direct	2,27	0,93	1,78	0,80	-1,354	-
	Contexte indirect	1,20	0,78	0,62	0,59	-2,030 ^l	0,81
Probabilité	Contexte direct	71,18	15,71	61,23	22,07	-1,235	-
	Contexte indirect	35,00	20,95	15,58	11,80	-2,771*	1,11
Détresse	Contexte direct	40,44	13,02	26,98	17,70	-2,060 ^l	0,83
	Contexte indirect	21,09	20,45	8,67	10,87	-1,842 ^l	0,74
Non Voulu	Contexte direct	28,27	18,20	15,32	13,81	-1,934 ^l	0,78
	Contexte indirect	23,09	20,83	4,50	6,68	-2,937**	1,18
Intention	Contexte direct	37,36	16,98	32,87	22,12	-0,543	-
	Contexte indirect	15,91	14,36	6,45	7,73	-1,991 ^l	0,80
Action	Contexte direct	35,64	18,07	26,62	19,20	-0,772	-
	Contexte indirect	11,27	16,24	5,82	8,60	-1,019	-

Notes. ^a n= 12; ^b n= 11; ^c correction pour hétérogénéité de la variance

^l p< ,10; * p< ,05; ** p< ,01.

Les croyances obsessionnelles montrent un fort lien avec la réaction aux scénarios avec contexte indirect (Lambda de Wilk= ,475, p= ,039, η^2_p = ,525). Afin de décortiquer cet effet, le tableau XIII montre l'effet des contextes direct et indirect sur les variables mesurées aux vignettes selon le niveau de croyance obsessionnel (élevé ou faible). Le groupe présentant plus de croyances obsessionnelles juge plus les intrusions comme étant non voulu et a tendance à avoir plus d'intrusions et plus de détresse lors des scénarios avec contexte direct. Aussi, le groupe présentant plus de confusion inférentielle montre significativement plus d'intrusions,

une plus grande de probabilité d'avoir des intrusions, plus de détresse, a plus tendance à percevoir les intrusions comme étant non voulue, une plus grande d'intention d'agir sur les intrusions et une plus grande croyance qu'ils vont agir sur les intrusions lors des scénarios avec un contexte indirect. Il semble que, comme la confusion inférentielle, les croyances obsessionnelles soient plus reliées au contexte indirect plutôt qu'au contexte direct.

Tableau XIII. Comparaison entre le groupe présentant des croyances obsessionnelles plus élevées et le groupe présentant des croyances obsessionnelles plus faibles

		Élevé ^a		bas ^b		t	g
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre	Contexte direct	2,38	0,94	1,68	0,70	-2,027 ^l	0,82
	Contexte indirect	1,36	0,77	0,47	0,36	-3,540** ^c	1,45
Probabilité	Contexte direct	68,22	17,93	63,95	21,47	-0,515	-
	Contexte indirect	35,64	20,03	15,00	12,17	-3,017**	1,21
Détresse	Contexte direct	39,87	15,65	27,50	16,10	-1,866 ^l	0,75
	Contexte indirect	23,18	19,71	6,75	9,22	-2,523* ^c	1,05
Non Voulu	Contexte direct	32,04	15,72	11,87	11,94	-3,484**	1,40
	Contexte indirect	22,55	19,75	5,00	10,22	-2,711*	1,09
Intention	Contexte direct	36,58	17,63	33,58	21,79	-0,361	-
	Contexte indirect	18,49	12,62	4,08	6,39	-3,500**	1,41
Action	Contexte direct	34,13	18,04	31,00	19,59	-0,399	-
	Contexte indirect	14,07	15,98	3,25	6,02	-2,187*	0,88

Notes. ^a n= 12; ^b n= 11; ^c correction pour hétérogénéité de la variance

^l p< ,10; * p< ,05; ** p< ,01.

3.3.4. Implication des variables du soi dans le contexte d'apparition des intrusions

La méfiance envers son soi montre un fort lien avec la réaction aux scénarios avec contexte indirect (Lambda de Wilk= ,445, p= ,034, η^2_p = ,555). Afin de décortiquer cet effet, le tableau XIV montre l'effet des contextes direct et indirect sur les variables mesurées aux vignettes selon le niveau de méfiance envers son soi (élevé ou faible). Le groupe présentant plus de méfiance envers son soi montre plus de détresse et plus de jugement de leurs intrusions comme étant non voulue, il montre aussi une plus grande tendance à avoir plus d'intrusions. Le groupe présentant plus de méfiance envers son soi montre des différences significatives avec le

groupe présentant moins de méfiance envers son soi, sauf pour l'intention d'agir où la différence est presque significative. La méfiance envers son soi semble plus fortement reliée aux vignettes en contexte indirect qu'aux vignettes en contexte direct.

Tableau XIV. Comparaison entre le groupe présentant une plus grande confiance en son soi et le groupe présentant une plus faible confiance en son soi aux vignettes

		Élevé ^a		bas ^b		t	g
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre	Contexte direct	2,42	0,96	1,73	0,73	-1,907 ^l	0,79
	Contexte indirect	1,40	0,79	0,55	0,37	-3,129**	1,37
Probabilité	Contexte direct	69,44	13,99	65,28	23,02	-0,498	-
	Contexte indirect	37,80	17,94	16,17	13,44	-3,148**	1,33
Détresse	Contexte direct	43,46	12,53	26,67	16,05	-2,692*	1,11
	Contexte indirect	27,30	18,22	5,25	6,80	-3,624**	1,60
Non Voulu	Contexte direct	32,24	17,33	13,03	12,16	-3,048**	1,26
	Contexte indirect	26,90	19,19	3,25	4,88	-4,131**	1,70
Intention	Contexte direct	38,18	17,46	33,63	21,93	-0,530	-
	Contexte indirect	16,94	12,00	6,92	10,71	-2,069 ^l	0,85
Action	Contexte direct	36,98	18,63	29,80	18,97	-0,891	-
	Contexte indirect	15,28	15,61	3,42	7,32	-2,350*	0,97

Notes. ^a n= 12; ^b n= 10; ^c correction pour hétérogénéité de la variance

^l p< ,10; * p< ,05; ** p< ,01.

La distance entre son soi actuel et son soi obligé montre un fort lien avec la réaction aux scénarios avec contexte indirect (Lambda de Wilk= ,442, p= ,033, η^2_p = ,558). Afin de décortiquer cet effet, le tableau XV montre l'effet des contextes direct et indirect sur les variables mesurés aux vignettes selon la distance entre son soi actuel et son soi obligé (élevé ou faible). Le groupe présentant un plus grand écart entre son soi obligé et son soi actuel montre significativement plus de détresse dans les deux types de scénarios (contexte direct et indirect), montre une plus grande probabilité d'avoir des intrusions en contexte indirect, une plus grande évaluation des intrusions comme étant non voulue en contexte indirect, une tendance à avoir plus d'intrusion en contexte direct, une tendance à percevoir les intrusions comme étant davantage non voulue en contexte direct et une plus grande tendance à croire qu'ils agiraient en fonction de leur intrusion. Une plus grande distance avec le soi obligé semble être à la fois reliée aux scénarios en contexte direct et aux scénarios en contexte indirect.

Tableau XV. Comparaison entre le groupe présentant un plus grand écart avec le soi obligé et le groupe présentant un plus bas écart avec le soi obligé aux vignettes

		Élevé ^a		Bas ^b		t	g
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre	Contexte direct	2,40	0,99	1,73	0,72	1,828 ^l	0,76
	Contexte indirect	1,16	0,86	0,72	0,59	-1,424	-
Probabilité	Contexte direct	70,10	14,68	61,15	23,08	-1,177	-
	Contexte indirect	34,90	21,51	16,75	13,86	-2,393*	0,99
Détresse	Contexte direct	42,18	13,53	28,90	17,78	-2,180*	0,80
	Contexte indirect	24,30	20,14	7,75	9,54	-2,534*	1,04
Non Voulu	Contexte direct	29,80	18,04	16,40	13,43	-1,997 ^l	0,82
	Contexte indirect	26,20	19,90	3,83	5,51	-3,742**	1,54
Intention	Contexte direct	41,50	17,62	32,53	18,75	-1,147	-
	Contexte indirect	15,60	12,96	8,03	10,80	-1,495	-
Action	Contexte direct	39,70	18,48	28,95	16,28	-1,451	-
	Contexte indirect	14,10	16,23	4,40	7,77	-1,839 ^l	0,76

Notes. ^a n= 12; ^b n= 10; ^c correction pour hétérogénéité de la variance

^l p< ,10; * p< ,05; ** p< ,01.

L'égo-dystonie (Lambda de Wilk= ,755, p= ,577), le soi ambivalent (Lambda de Wilk= ,541, p= ,090), le soi craint (Lambda de Wilk= ,675, p= ,319), la distance entre le soi actuel et le soi idéal (Lambda de Wilk= ,584, p= ,171) et la distance entre le soi actuel et le soi craint (Lambda de Wilk= ,603, p= ,202) ne prédisent pas une réaction plus grande aux scénarios en contexte indirect.

3.3.5. Implication des variables émotionnelles dans le contexte d'apparition des intrusions

L'anxiété montre un fort lien avec la réaction aux scénarios avec contexte indirect (Lambda de Wilk= ,426, p= ,019, η^2_p = ,574). Afin de décortiquer cet effet, le tableau XVI montre l'effet des contextes direct et indirect sur les variables mesurées aux vignettes selon l'anxiété (élevé ou faible). Le groupe présentant plus de symptômes anxieux montrait aussi plus de détresse, jugeait les intrusions comme étant plus indésirable (non voulu) dans les deux types de contexte (direct et indirect). Ce groupe montrait aussi significativement plus d'intrusions, une plus grande probabilité d'avoir une intrusion, une plus grande intention d'agir sur l'intrusion

et une tendance plus forte à croire qu'il passerait à l'acte sur les intrusions lors des vignettes en contexte indirect. Finalement, le groupe présentant plus de symptômes anxieux avait aussi tendance à rapport plus d'intrusion en contexte direct. La présence de symptôme anxieux semble fortement reliée au contexte indirect. Contrairement à l'anxiété, les symptômes dépressifs ne montrent pas de lien avec la réaction aux scénarios en contexte indirect (Lambda de Wilk= ,596, $p= ,160$).

Tableau XVI. Comparaison entre le groupe présentant des symptômes anxieux plus sévères et le groupe présentant des symptômes anxieux plus faibles aux vignettes

		Élevé ^a		Bas ^b		t	g
		Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Nombre	Contexte direct	2,36	0,71	1,70	0,93	-1,908 ^l	0,76
	Contexte indirect	1,25	0,75	0,57	0,57	-2,491*	0,99
Probabilité	Contexte direct	70,58	13,80	61,78	23,44	-1,083	-
	Contexte indirect	36,91	17,82	13,83	12,97	-3,573**	1,44
Détresse	Contexte direct	42,69	12,38	24,92	16,05	-2,953**	1,19
	Contexte indirect	24,18	19,18	5,83	8,30	-2,931* ^c	1,22
Non Voulu	Contexte direct	31,40	16,22	12,45	12,36	-3,168**	1,27
	Contexte indirect	24,64	19,55	3,08	5,45	-3,674**	1,48
Intention	Contexte direct	38,35	17,69	31,97	21,36	-0,776	-
	Contexte indirect	17,49	13,38	5,00	7,06	-2,836*	1,14
Action	Contexte direct	36,98	18,83	28,38	17,99	-1,120	-
	Contexte indirect	13,44	16,03	3,83	6,90	-1,895 ^l	0,76

Notes. ^a n= 12; ^b n= 11; ^c correction pour hétérogénéité de la variance

^l $p < ,10$; * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

3.4. Discussion

La présente étude avait pour but d'investiguer le rôle du contexte dans le déclenchement des intrusions potentiellement indicatives d'un TOC. Les résultats de cette étude représentent des résultats préliminaires, mais suggèrent que les participants de la communauté réagissent plus aux scénarios avec preuves directes de l'environnement soutenant les intrusions (scénarios en contexte direct) qu'aux scénarios avec preuves indirectes de l'environnement (scénarios en contexte indirect) et que les processus pertinents au TOC sont reliés aux scénarios en contexte

indirect. Toutefois, l'implication des variables touchant au soi, des symptômes obsessionnels compulsifs et de la détresse reste à investiguer plus en profondeur.

La non-implication des symptômes obsessionnels compulsifs dans la réaction aux scénarios en contexte indirect est pour le moins surprenante, toutefois il est possible de tenter d'expliquer ce manque de réaction. La médiane, utilisée afin de séparer les participants en deux groupes, est plutôt faible. Pour les échelles du VOICI, la médiane tombe sur les pointages de 1 ou de 0, ce qui implique que les participants dans le groupe présentant de plus forts symptômes obsessionnels compulsifs présentent quelques fois une seule intrusion. Il peut être parfaitement normal d'avoir quelques fois des intrusions concernant la vérification du four ou de la porte. Plusieurs personnes ayant des symptômes très faibles de TOC se sont donc retrouvées dans le groupe ayant des symptômes plus sévères. Ce phénomène est probablement dû à l'effet plancher que l'on retrouve parfois lorsqu'on étudie un phénomène qui est relativement rare dans la population à l'étude (par exemple le TOC dans la population générale). Les analyses ont aussi montré que les participants ayant des symptômes obsessionnels compulsifs plus sévères ont aussi des résultats numériquement plus élevés à tous les questionnaires, ce qui tend aussi à montrer une association générale à la psychopathologie plutôt qu'une relation exclusive au TOC. Il serait pertinent de faire l'analyse des scénarios selon le sous-type principal de la personne, ou selon les thématiques qui lui sont personnellement pertinente. Le TOC étant principalement thématique, il a déjà été proposé d'adapter les questionnaires et les tâches afin de mesurer les principaux sous-types (Clark & Purdon, 1995), il serait donc logique d'effectuer les analyses selon ces sous-types.

À la fois la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles prédisent une plus grande réaction dans les scénarios en contexte indirect. Ces deux variables ont été montrées comme importante dans la prédiction des symptômes obsessionnels compulsifs (Aardema et al., soumis), ce qui tend à valider le manque de contexte justificatif des intrusions comme ayant un lien avec le TOC. Ces résultats reproduisent aussi l'association entre la confusion inférentielle, les croyances obsessionnelles et le manque de contexte direct trouvé lors de la première étude du mémoire (Audet et al., 2016).

Les variables mesurant l'association au soi des participants n'ont pas obtenu de résultats aussi équivoques que les variables de processus reliées au TOC. Seules la confiance en son soi

et la similitude perçue entre le soi actuel et le soi obligé prédisaient une plus forte réponse aux scénarios en contexte indirect, contrairement à l'égo-dystonie, le soi ambivalent, le soi craint, la similitude perçue entre le soi actuel et le soi idéal et la similitude perçue entre le soi actuel et le soi craint. Comme Rowa et collaborateurs l'ont proposé (2003, 2005), la perception de ne pas se connaître semble reliée au TOC par la prédiction de la réactivité lors de scénarios en contexte indirect. Il peut sembler étrange que la proximité perçue entre le soi actuel et le soi obligé prédise la réactivité lors des scénarios en contexte indirect, mais que la proximité perçue entre le soi actuel et le soi craint ne la prédise pas. Toutefois, comme Carver et collaborateurs (1999) l'ont montré, la motivation de diminuer la similitude perçue du soi craint diminue à mesure que l'identification avec le son soi craint diminue et devient une motivation pour devenir plus similaire à un autre guide du soi. Dans leur étude, ils ont trouvé que c'était le soi idéal qui prédisait le mieux cette motivation vers la similitude lorsque les participants avaient la perception d'être peu similaire à leur soi craint. Tout porte à croire que les participants ne souffrant pas de TOC perçoivent une plus grande distance entre leur soi actuel et leur soi craint : l'échantillon actuelle montre la perception d'une grande distance entre le soi actuel et le soi craint (5/7) et d'autres études ont montré que les participants de la communauté se jugeaient comme étant plus éloigné de leur soi craint que les participants souffrant de TOC (Ferrier & Brewin, 2005; Aardema et al., 2017). Il n'est donc pas alarmant de ne pas trouver de prédiction de la réactivité au contexte indirect de la proximité du soi craint aux dépens de la proximité du soi obligé dans cet échantillon.

Finalement, la dépression ne prédisait pas la réaction au contexte indirect, contrairement à l'anxiété. Ces résultats semblent montrer que la réactivité au contexte indirect n'est pas une marque directe de détresse, mais plutôt un marqueur qui pourrait être relié aux troubles anxieux. Ce résultat met l'accent sur la nécessité d'utiliser un groupe contrôle anxieux lors des recherches sur les processus pouvant être reliés au TOC.

Cette étude comporte plusieurs limites. Bien que des comparaisons selon les différentes variables en contexte indirect (p.ex. nombre, probabilité, etc.) soient possibles, il s'agirait d'un exercice inutile puisqu'il n'y a aucun moyen de comparer directement les variables entre elles. Il aurait été pertinent de faire des régressions hiérarchiques afin de regarder directement la variance unique attribuable à chaque variable. Cette méthode n'était toutefois pas possible à

cause de la taille d'échantillon de l'étude préliminaire. Il faudrait 64 participants afin de trouver un grand effet (25% de la variance) lors d'une régression avec une puissance suffisante ($\beta = ,80$) en acceptant seulement 5% de chance de commettre une erreur de type I ($\alpha = ,05$). Bien que les participants de la communauté réagissent plus aux scénarios avec contexte direct qu'aux scénarios avec contexte indirect, aucune conclusion ne peut être tirée sans comparaison avec un groupe de participants souffrant de TOC. Toutefois, s'il n'y avait pas eu de différences entre les deux types de contexte, l'hypothèse aurait pu être réfutée d'emblée. La force des tailles d'effets de la différence entre les deux types de contexte est encourageante pour une comparaison éventuelle avec un groupe souffrant de TOC. Une autre limite de cette étude est la nécessité de se fier à l'estimation de la personne sur sa manière d'agir plutôt que de mesurer sa réaction dans la réalité. Cela est toutefois nécessaire puisqu'il est impossible de mesurer directement les pensées des participants. D'autres méthodes de mesure de l'influence du contexte devraient toutefois être créées afin de réduire le plus possible la distance entre l'expérience et les phénomènes rapportés par les participants.

Malgré ces limites, l'étude comporte plusieurs forces. Il s'agit de la première tâche expérimentale manipulant le contexte dans lequel pourrait se produire une intrusion. Cette étude forme une base solide pour une réplique plus large chez une population clinique. Comme noté précédemment, cette étude devra utiliser un groupe contrôle anxieux afin de distinguer si l'effet du manque de contexte est unique au TOC ou peut se généraliser aux autres troubles anxieux. L'étude devra comprendre d'autres mesures pouvant potentiellement être reliées aux intrusions hors contexte, telle la dissociation (Paradis et al., 2015), devraient aussi être incluses.

3.4.1. Conclusion

Si ces résultats sont reproduits chez une population clinique, cela pourrait avoir d'importantes implications cliniques. Déjà, les résultats supportent l'importance du contexte d'apparition des intrusions dans les processus liés au TOC. Les modèles expliquant le TOC devront s'adapter afin d'expliquer cette nouvelle observation. Déjà, l'approche basée sur les inférences explique l'apparition des obsessions en contexte indirect par l'absorption de la personne dans un narratif alternatif à la réalité (O'Connor & Robillard, 1995). Le modèle des croyances obsessionnelles n'offre pas encore d'explication pour le contexte indirect puisque,

pour ce modèle, le TOC est une réaction exagérée à une situation normale (Salkovskis, 1985). Un point de convergence des deux modèles, l'implication du soi, offre une piste de solution. Les obsessions proviendraient d'une thématique vulnérable de soi qui n'a besoin que de peu d'éléments de l'extérieur afin d'être réactivé. Plus cette thématique est vulnérable, moins l'environnement extérieur a besoin de fournir d'éléments afin de l'activer. La recherche sur l'importance du contexte d'apparition des intrusions dans le TOC n'est que dans son enfance, mais elle pourrait bien être une nouvelle avenue intéressante de recherche sur le TOC.

Conclusion

Le but du présent mémoire était d'investiguer le rôle que pouvait jouer le contexte dans le TOC. Pour ce faire, deux études ont été effectuées. La première étude a tenté de savoir si le contexte, défini comme la présence de preuves directes justifiant une intrusion et l'égo-dystonie, pouvait aider des cliniciens à déterminer si une intrusion était potentiellement indicative d'un TOC. La deuxième étude a tenté de savoir si une manipulation des preuves justifiant la présence d'une intrusion était liée aux symptômes et déterminants du TOC.

Les résultats de la première étude ont montré que le manque de preuves pour soutenir la réalité d'une intrusion était fortement relié aux intrusions jugées comme potentiellement indicatives d'un TOC et que l'égo-dystonie était relié aux intrusions répugnantes potentiellement indicatives d'un TOC, en plus de prédire efficacement l'appartenance au TOC, les variables contextuelles étaient reliées aux processus reliés au TOC. Les résultats de la deuxième étude ont montré que le manque de preuves soutenant la réalité d'une intrusion n'était pas relié aux symptômes obsessionnels compulsifs chez une population non clinique. Toutefois, la réaction aux scénarios ne présentant pas de justification directe pour des intrusions était prédite par certains processus reliés au TOC. Il est fortement possible que la petite taille de l'échantillon soit responsable du lien non significatif entre certaines variables et la réactivité aux scénarios en contexte indirect.

Ces deux études montrent que le manque de preuves directes justifiant une intrusion est une variable pertinente dans le TOC. Cette observation ne contredit pas la théorie cognitive de Beck (1976). Beck définit la présence de psychopathologie par l'absorption dans des fantasmes imaginaires aux dépens de la réalité (Beck, 1976). Or, le manque de preuves directes justifiant une intrusion est compatible avec l'absorption dans des fantasmes imaginaires. Si le déclencheur de l'intrusion n'est pas basé sur la réalité, alors il est évident que la réflexion qui s'en suit ne peut être basée sur la réalité. Il est intéressant de remarquer que la théorie cognitive comportementale traditionnelle, qui se base sur la théorie cognitive de Beck, ne fait aucune mention du contexte dans laquelle se produit l'intrusion. Trois théories cognitives modernes sont impliquées dans le manque de contexte justificatif pour une intrusion : les thèmes de soi, la confusion inférentielle et l'interprétation des pensées. La confusion inférentielle explique bien

comment les obsessions pourraient se produire sans preuve directe pour leur justification. Une obsession se produirait lorsque l'on confondrait un état des choses réel avec un état des choses imaginaire. La transition entre la réalité et l'imaginaire nécessite toutefois un déclencheur, d'où la nécessité de preuves indirectes (à défaut de preuves directes). C'est à ce moment que le thème sensible de soi (ou soi craint) entre en jeu. C'est ce thème qui dicte quel sera le déclencheur approprié et quelle forme prendra l'obsession. Par exemple, une personne ayant secrètement peur d'être pédophile aura des obsessions de pédophilie en présence d'enfants ou d'objets rappelant des enfants, mais pas lors d'abus d'enfants. Finalement, l'interprétation des intrusions pourrait rendre certaines intrusions plus saillantes, mais le manque de contexte justificatif entourant une intrusion pourrait aussi la rendre plus prône à diverses interprétations.

Au niveau clinique, ces deux études montrent l'importance d'adresser le contexte d'apparition d'une pensée pour le diagnostic et le traitement du TOC. D'un point de vue diagnostic, si les pensées se produisant sans contexte justificatif (à la fois interne ou externe) sont indicative d'un TOC, il serait pertinent d'inclure cette variable dans le diagnostic du TOC et d'en tenir compte lors du diagnostic différentiel. Cela pourrait permettre de faciliter le diagnostic du TOC et de diminuer le nombre de faux positif et de faux négatif. À ce jour, il n'y a qu'une seule approche qui tient en compte cette variable lors du traitement, la thérapie basée sur les inférences (O'Connor et al., 2005). Cette thérapie cible le raisonnement qui maintient l'illusion de véracité de l'obsession malgré son manque de justification dans le monde des sens. Cette intervention a aussi reçu un soutien empirique confirmant son efficacité (Aardema et al., 2016; O'Connor et al., 2005; Visser et al., 2015) et la conceptualisation du TOC comme un problème contextuel pourrait aider à populariser cette approche.

D'autres études effectuées avec des populations cliniques seraient nécessaires afin de vérifier l'importance du contexte dans le TOC. D'autres méthodologies devraient aussi être utilisées afin de confirmer l'association entre le manque de contexte justificatif d'une intrusion et le TOC. Par exemple, des études expérimentales manipulant le contexte d'apparition des intrusions *in vivo* ou encore la vérification de l'influence du contexte d'apparition des intrusions après une thérapie complétée avec succès.

Malgré la nature préliminaire de la deuxième étude, il s'agit d'une des premières études expérimentales effectuées sur le contexte d'apparition des intrusions et constitue une base solide

pour de futures investigations. Les études expérimentales sont d'une importance capitale lors de l'investigation d'une variable puisqu'il s'agit de la seule manière d'obtenir des liens de causalités entre deux variables.

Le contexte d'apparition des intrusions nécessite plus d'investigation. L'investigation de cette variable pourrait aider à l'avancement de la recherche sur le TOC et par le fait même à l'amélioration des traitements pour le TOC, deux domaines qui ont tendance à stagner depuis le dernier changement de paradigme dans les années 1990.

Bibliographie

- Aardema, F., Johansson, P., Hall, L., Paradisis, S. M., Zidani, M., & Roberts, S. (2014). Choice blindness, confabulatory introspection and obsessive-compulsive symptom: a new area of investigation. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 83-102.
- Aardema, F., Kleijer, T. M., Trihey, M., O'Connor, K., & Emmelkamp, P. M. (2006). Processes of inference, schizotypal thinking, and obsessive-compulsive behaviour in a normal sample. *Psychol Rep*, 99(1), 213-220. doi:10.2466/pr0.99.1.213-220
- Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J.-S., & Purcell Lalonde, M. (2017). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive construct in clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(3), 306-315. doi:10.1016/j.jocrd.2013.05.005
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17, 23-37.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 182-197.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: implications for treatment outcome. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 855-861.
- Aardema, F., O'Connor, K., Delorme, M.-E., & Audet, J.-S. (2016). The Inference-Based Approach (IBA) to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial Across Symptom Subtype and Treatment-Resistant Cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Aardema, F., O'Connor, K., Pelissier, M. C., & Lavoie, M. E. (2009). The Quantification of Doubt in Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 188-205. doi:<https://doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.188>

- Aardema, F., O'Connor, K. P., & Emmelkamp, P. M. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Ther*, 35(3), 138-147. doi:10.1080/16506070600621922
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behav Res Ther*, 43(3), 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. *Clin Psychol Psychother*, 15(4), 227-238. doi:10.1002/cpp.581
- Aardema, F., Wu, K., Moulding, R., Audet, J.-S., & Baraby, L.-P. (soumis). The relationship of inferential confusion and obsessive beliefs with symptoms and their specificity to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Aardema, F., & Wu, K. D. (2011). Imaginative, dissociative, and schizotypal processes in obsessive-compulsive symptoms. *J Clin Psychol*, 67(1), 74-81. doi:10.1002/jclp.20729
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: further development and validation in non-clinical and clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 448-462.
- Abramovitch, A., Doron, G., Sar-El, D., & Altenburger, E. (2013). Subtle Threats to Moral Self-Perceptions Trigger Obsessive-Compulsive Related Cognitions. *Cognitive Therapy Research*, 37, 1132-1139. doi:10.1007/s10608-013-9568-6
- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B. J., McKay, D., & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clin Psychol Rev*, 34(3), 206-217. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.004
- 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. *J Consult Clin Psychol*, 71(6), 1049-1057. doi:10.1037/0022-006X.71.6.1049
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition ed.). Washington, DC.

- Audet, J.-S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106. doi:10.1016/j.jocrd.2016.04.003
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry*, 55, S18-23.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. Boston, MA: International Universities Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bhar, S. S. (2004). *Self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder*. (PhD), University of Melbourne, Melbourne.
- Bhar, S. S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 45(8), 1845-1857. doi:10.1016/j.brat.2007.02.005
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 16(4), 239-245.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives in Theory, Assessment, and Treatment*. (pp. 5-34). New York: Wiley.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (1997). [Comparative study of normal subjects and obsessive compulsive subjects on intrusive thoughts and memory]. *Encephale*, 23(3), 175-179.
- Brown, H. D., Kosslyn, S. M., Breiter, H. C., Baer, L., & Jenike, M. A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis. *J Abnorm Psychol*, 103(3), 445-454.
- Calamari, J. E., Wiegartz, P. S., & Janeck, A. S. (1999). Obsessive-compulsive disorder subgroups: a symptom-based clustering approach. *Behav Res Ther*, 37(2), 113-125.

- Calvocoressi, L., Libman, D., Vegso, S. J., McDougle, C. J., & Price, L. H. (1998). Global Functioning of Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder, Schizophrenia and Major Depression. *Psychiatric Services, 49*(3), 379-381.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*(7), 783-792.
- Clark, D. A. (1992). Depressive, anxious and intrusive thoughts in psychiatric inpatients and outpatients. *Behav Res Ther, 30*(2), 93-102.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive behavioral therapy for OCD*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., & Claybourn, M. (1997). Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behav Res Ther, 35*(12), 1139-1141.
- Clark, D. A., & Inozu, M. (2014). Unwanted intrusive thoughts: cultural, contextual, covariational, and characterological determinants of diversity. *Journal of Obsessive Compulsive and related disorder, 3*, 195-204.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New Perspectives for a Cognitive Theory of Obsessions. *Australian Psychologist, 28*(3), 161-167. doi:10.1080/00050069308258896
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2016). Still cognitive after all these years? Perspective for a cognitive behavioural theory of obsessions and where are we 30 years later: a commentary. *Australian Psychologist, 51*, 14-17.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: development of a measure of obsessional beliefs. *Behav Res Ther, 41*(6), 655-669.
- Clark, D. A., & Purdon, C. L. (1995). The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behav Res Ther, 33*(8), 967-976.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995). Memory for actual and imagined events in OC checkers. *Behav Res Ther, 33*(6), 665-671.
- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: a review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clin Psychol Rev, 25*(4), 415-432. doi:10.1016/j.cpr.2005.02.002
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in obsessive-compulsive disorder (OCD): further evidence for a multidimensional model of OCD. *J Anxiety Disord, 21*(3), 433-444. doi:10.1016/j.janxdis.2006.05.008

- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self-beliefs in obsessive compulsive disorder. *Depress Anxiety, 25*(10), 874-884. doi:10.1002/da.20369
- Doron, G., Sar-El, D., & Mikulincer, M. (2012). Threats to moral self-perceptions trigger obsessive compulsive contamination-related behavioral tendencies. *J Behav Ther Exp Psychiatry, 43*(3), 884-890. doi:10.1016/j.jbtep.2012.01.002
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behav Res Ther, 25*(3), 207-211.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R., & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry, 47*(4), 270-275. doi:10.1016/j.comppsy.2005.11.006
- Emmelkamp, P. M., & Aardema, F. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*(2), 139-145. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<139::AID-CPP194>3.0.CO;2-9
- England, S. L., & Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; unpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behav Res Ther, 26*(3), 279-282.
- Fergus, T. A., & Carmin, C. N. (2014). The validity and specificity of the short-form of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 36*, 318-328.
- Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther, 43*(10), 1363-1374. doi:10.1016/j.brat.2004.10.005
- Fleiss, L. J. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions* (Second Edition ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Foa, E. B., Amir, N., Bogert, K. V., Molnar, C., & Przeworski, A. (2001). Inflated perception of responsibility for harm in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord, 15*(4), 259-275.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behav Res Ther, 31*(2), 185-191.

- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behav Res Ther*, 29(6), 585-597.
- Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res Ther*, 34(5-6), 433-446.
- Garcia-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., & Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Grenier, S., O'Connor, K. P., & Belanger, C. (2010). Belief in the obsessional doubt as a real probability and its relation to other obsessive-compulsive beliefs and to the severity of symptomatology. *Br J Clin Psychol*, 49(Pt 1), 67-85. doi:10.1348/014466509X439531
- Group, O. C. C. W. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Group, O. C. C. W. (2001). Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusion inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- Group, O. C. C. W. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusion inventory - Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Group, O. C. C. W. (2005). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusion inventory - Part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 41(4), 383-401.

- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hollander, E., Stein, D. J., Kwon, J. H., Rowland, C., Wong, C. M., Broatch, J., & Himelein, C. (1997). Psychosocial Function and Economic Costs of Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrums*, 2(10), 16-25. doi:10.1017/s1092852900011068
- Jeager, T., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). The role of fear of self and responsibility in obsessional doubt. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 839-858.
- Jones, M. K., & Menzies, R. G. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive handwashing. *Behav Res Ther*, 35(9), 843-850.
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: a critical review. *Clin Psychol Rev*, 27(3), 366-383. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.004
- Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: a question of content or context? *J Clin Psychol*, 65(7), 709-722. doi:10.1002/jclp.20578
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 343-353. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90132-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90132-5)
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rheume, J., Dugas, M. J., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Fournier, S. (2000). Strategies used with intrusive thoughts: a comparison of OCD patients with anxious and community controls. *J Abnorm Psychol*, 109(2), 179-187.
- Ladouceur, R., Rheume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behav Res Ther*, 35(5), 423-427.
- Ladouceur, R., Rheume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., . . . de Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: an

- analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 33(8), 937-946.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behav Res Ther*, 38(2), 157-173.
- Lazarov, A., Cohen, T., Liberman, N., & Dar, R. (2015). Can doubt attenuate access to internal states? Implications for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 150-156.
- Lazarov, A., Dar, R., Liberman, N., & Oded, Y. (2012). Obsessive-compulsive tendencies may be associated with attenuated access to internal states: evidence from a biofeedback aided muscle tensing task. *Consciousness and Cognition*, 21, 1401-1409.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., . . . Pauls, D. L. (1997). Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 154(7), 911-917. doi:10.1176/ajp.154.7.911
- Lee, H.-J., Lee, S.-H., Kim, S.-H., Kwon, S.-M., & Telch, M. J. (2005). A comparison of autogenous/reactive obsessions and worry in a nonclinical population: a test of the continuum hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 999-1010.
- Lipton, M. G., Brewin, C. R., Linke, S., & Halperin, J. (2010). Distinguishing features of intrusive images in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, 24(8), 816-822. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.003
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt for behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109-120.
- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1409-1416. doi:10.1176/ajp.156.9.1409
- McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 31(3), 249-253.

- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of Self and Unacceptable Thoughts in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23(3), 226-235.
- Melli, G., Carraresi, C., Poli, A., Marazziti, D., & Pinto, A. (2017). The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clin Psychol Psychother*. doi:10.1002/cpp.2071
- Melli, G., Ghisi, M., Bottesi, G., & Sica, C. (2014). *Factor structure and further evidence of the psychometric properties of the Obsessive Beliefs Questionnaire-20 (OBQ-20) in clinical and non-clinical samples*. Paper presented at the XVI conference of the Italian Psychological Association, Pisa.
- Moulding, R., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models, and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 161-168. doi:10.1016/j.jocrd.2013.11.006
- Moulding, R., Anglim, J., Nedeljkovic, M., Doron, G., Kyrios, M., & Ayalon, A. (2011). The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): examination in nonclinical samples and development of a short version. *Assessment*, 18(3), 357-374. doi:10.1177/1073191110376490
- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., . . . Wong, W. (2014). Part 2. They scare because we care: the relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 12. doi:10.1016/j.jocrd.2014.02.006
- Moulding, R., Kyrios, M., Doron, G., & Nedeljkovic, M. (2007). Autogenous and reactive obsession: further evidence of a two factor model of obsession. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 677-690.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston, MA: Havard School of Public Health.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

- Nikodijevic, A., Moulding, R., Anglim, J., Aardema, F., & Nedeljkovic, M. (2015). Fear of self, doubt and obsessive compulsive symptoms. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *49*(Pt B), 164-172. doi:10.1016/j.jbtep.2015.02.005
- Niler, E. R., & Beck, S. J. (1989). The relationship among guilt, dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behav Res Ther*, *27*(3), 213-220.
- Novara, C., Pastore, M., Ghisi, M., Sica, C., Sanavio, E., & McKay, D. (2011). Longitudinal aspects of obsessive compulsive cognitions in a non-clinical sample: a five-year follow-up study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *42*(3), 317-324. doi:10.1016/j.jbtep.2011.01.007
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2003). Fusion or confusion in obsessive compulsive disorder. *Psychol Rep*, *93*(1), 227-232. doi:10.2466/pr0.2003.93.1.227
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2012). *The clinician OCD manual: inference based therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- O'Connor, K., Aardema, F., & Pelissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: reasoning processes in obsessive-compulsive and related disorder*. New York: Wiley & Sons.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1995). Inference processes in obsessive-compulsive disorder: some clinical observations. *Behav Res Ther*, *33*(8), 887-896.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A Cognitive Approach to the Treatment of Primary Inferences in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *13*(4), 359-375.
- O'Connor, K. P. (2002). Intrusion and inference in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *9*, 38-46.
- 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. *Cogn Behav Ther*, *34*(3), 148-163. doi:10.1080/16506070510041211
- Oyserman, D., & Markus, H. R. (1990). Possible Selves and Delinquency. *Journal of Personality and Psychology*, *59*(1), 112-125.
- Paradis, S. M., Aardema, F., & Wu, K. (2015). Schizotypal, dissociative and imaginal processes in a clinical OCD sample. *Journal of Clinical Psychology*, *71*, 606-624.
- Pasveer, K. (1997). *Self-trust: Definition and creation of the Self-trust Questionnaire*. (PhD), University of Calgary, Calgary, Canada.

- Pasveer, K., & Ellard, J. H. (1998). The making of a personality inventory: Help from the WWW. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, *30*(2), 309-313. doi:10.3758/BF03200659
- Pelissier, M. C., & O'Connor, K. P. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Br J Clin Psychol*, *41*(Pt 1), 15-27.
- Pelissier, M. C., O'Connor, K. P., & Dupuis, G. (2009). When doubting begins: exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *40*(1), 39-49. doi:10.1016/j.jbtep.2008.03.003
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther*, *37*(11), 1029-1054.
- Purdon, C. (2001a). Appraisal of Obsessional Thought Recurrences: Impact on Anxiety and Mood State. *Behavior Therapy*, *32*(1), 47-64. doi:10.1016/S0005-7894(01)80043-5
- Purdon, C. (2001b). Appraisal of obsessional thought recurrences: impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, *32*, 47-64.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav Res Ther*, *31*(8), 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behav Res Ther*, *32*(4), 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognitions and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *6*, 102-110.
- Purdon, C., Cripps, E., Faull, M., Joseph, S., & Rowa, K. (2007). Development of a measure of ego-dystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *21*, 198-216.
- Rachman, S. (1981). Part 1. Unwanted intrusive cognition. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*, 89-99.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behav Res Ther*, *31*(2), 149-154.
- Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. *Behav Res Ther*, *32*(3), 311-314.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther*, *35*(9), 793-802.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behav Res Ther*, *36*(4), 385-401.

- Rachman, S. (2006). Treating religious, sexual and aggressive obsessions In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt (Eds.), *Cognitive behavior therapy for OCD: beyond the basics* (pp. 209-230). New York: American Psychological Association.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther*, *16*(4), 233-248.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: structure and significance. *Behav Res Ther*, *33*(7), 779-784.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., . . . Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(3), 269-279. doi:10.1016/j.jocrd.2013.09.002
- Radomsky, A. S., Ouimet, A. J., Ashbaugh, A. R., Lavoie, S. L., Parrish, C. L., & O'Connor, K. P. (2006). Psychometric properties of the French and English versions of the Vancouver Obsessional-Compulsive Inventory and the Symmetry Ordering and Arranging Questionnaire. *Cogn Behav Ther*, *35*(3), 164-173. doi:10.1080/16506070600827198
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, *162*(6), 1171-1178. doi:10.1176/appi.ajp.162.6.1171
- Rassin, E., Cougle, J. R., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1065-1070.
- Rassin, E., & Muris, P. (2007). Abnormal and normal obsessions: a reconsideration. *Behav Res Ther*, *45*(5), 1065-1070. doi:10.1016/j.brat.2006.05.005
- Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive compulsive disorder: validation of an operational definition. *Behav Res Ther*, *33*(2), 159-169.
- Riskind, J. H., Ayers, C. A., & Wright, E. (2007). Simulated interpersonal provocation and fears of a loss of impulse control as determinants of aggressive mental intrusions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *21*(4), 284-294. doi:10.1891/088983907782638752

- Rowa, K., & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*, 1-11.
- Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J., & Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1453-1465. doi:doi:10.1016/j.brat.2004.11.003
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther*, *23*(5), 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, *37 Suppl 1*, S29-52.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions--a replication. *Behav Res Ther*, *22*(5), 549-552.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., . . . Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, *38*(4), 347-372.
- Shafran, R. (1997). The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *Br J Clin Psychol*, *36 (Pt 3)*, 397-407.
- Soffer-Dudek, N., Lassri, D., Soffer-Dudek, N., & Shahar, G. (2015). Dissociative absorption: and empirically unique, clinically relevant, dissociative factor. *Consciousness and Cognition*, *36*, 338-351.
- 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? *J Anxiety Disord*, *20*(1), 85-97. doi:10.1016/j.janxdis.2004.11.005
- Thordarson, D. S., Radomsky, A. S., Rachman, S., Shafran, R., Sawchuk, C. N., & Ralph Hakstian, A. (2004). The Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Behav Res Ther*, *42*(11), 1289-1314. doi:10.1016/j.brat.2003.08.007
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*, *17*(2), 233-242.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Stanley, M. A. (1992). Are Obsessional Thoughts and Worry Different Cognitive Phenomena. 257-269.
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M., & van Balkom, A. J. (2015). Inference-Based Approach versus

- Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder with Poor Insight: A 24-Session Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, 84(5), 284-293. doi:10.1159/000382131
- Wang, A., & Clark, D. A. (2002). Haunting Thoughts: The Problem of Obsessive Mental Intrusions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(2), 193-208. doi:https://doi.org/10.1891/jcop.16.2.193.63990
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., 3rd, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psychol*, 53(1), 5-13.
- Wong, S. F., & Grisham, J. R. (2016). Inverse reasoning processes in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. doi:10.1016/j.janxdis.2016.12.005
- Wu, K., & Carter, S. A. (2008). Further investigation of the Obsessive Beliefs Questionnaire: Factor structure and specificity of relations with OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 824-836.
- Wu, K. D., Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2009). Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: a replication and extension. *J Anxiety Disord*, 23(6), 746-752. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.017
- Yao, S. N., Cottraux, J., & Martin, R. (1999). [A controlled study of irrational interpretations of intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder]. *Encephale*, 25(5), 461-469.
- Zucker, B. G., Craske, M. G., Barrios, V., & Holguin, M. (2002). Thought action fusion: can it be corrected? *Behav Res Ther*, 40(6), 653-664.

Annexe 1 : Vignettes

Ce questionnaire présente différents scénarios. Nous vous demandons de lire le scénario et par la suite de répondre aux questions comme si vous étiez dans le scénario. Après chaque scénario, vous serez questionné à propos de pensées intrusives qu'il est possible que vous ailliez ou non. Les pensées intrusives sont des pensées qui entrent soudainement dans notre esprit, dérangeant quelques fois nos pensées ou nos actions. Elles peuvent prendre la forme d'image (comme des photos dans nos têtes), d'impulsions de faire ou de dire quelque chose ou de pensées à propos de quelque chose.

Quelques-unes de ces images, impulsions ou pensées pourraient être inacceptables pour vous. Cela est normal puisque la recherche montre que la majorité de la population fait l'expérience de ces pensées inacceptables à différents degrés. Souvenez-vous qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Vous n'avez pas besoin de penser à vos réponses pendant une longue période de temps, les meilleures réponses nous viennent habituellement à l'intérieur de 5 à 10 secondes. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions et utilisez une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

Merci de votre temps.

Vous êtes au travail. Votre journée a bien commencé, mais tout le monde semble tendu. Les gens vous lancent des regards rapides et s'éloignent subitement. Vous ne comprenez pas pourquoi puisque vous étiez plutôt réservé récemment. Quelques minutes plus tard, la secrétaire de votre patron vous demande de venir dans son bureau immédiatement ; vous commencez à vous sentir tendu. Vous ne le considérez pas comme une personne respectueuse, car il a l'habitude d'humilier publiquement les employés et de tromper ouvertement sa femme avec sa secrétaire. Lorsque vous arrivez dans son bureau, il se met à vous crier dessus, en vous disant à quel point vous avez fait un mauvais travail. Plus il crie, plus il s'approche de vous, envahissant votre espace personnel...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pensez-vous que vous pourriez avoir ? Cochez celles qui s'appliquent :

- «...que vous pourriez faire du mal à votre patron» ___
- «...que vous pourriez crier après votre patron» ___
- «...que vous pourriez dire des obscénités à votre patron» ___
- «...que vous auriez besoin d'être retenu» ___
- «...que vous pourriez perdre le contrôle» ___
- «...que vous pourriez agir de manière inappropriée» ___
- «...que vous pourriez dire quelque chose que vous regretterez» ___

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Vous êtes à la maison en train de regarder un documentaire ; comme vous le faites chaque jeudi. Chaque jeudi soir, votre femme et vos enfants visitent votre belle-famille et vous choisissez un film que vous écoutez seul. C'est votre moment de paix, loin du bruit constant. Vous aimez profondément votre famille, mais vous avez besoin de ce moment pour vous. Alors que vous commencez à vous reposer, finissant votre collation préférée, vous vous trouvez absorbé dans l'histoire plus qu'à l'habitude. Le film est sur un psychopathe qui tue sa famille. À l'extérieur, l'homme avait l'air entièrement normal, jusqu'à ce que, sans raison apparente, il devient fou. Vous vous demandez comment cela est possible et cette pensée vous rend inconfortable. Soudainement, pendant votre réflexion, vous entendez la porte ; votre famille est revenue plus tôt que prévu...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

- «...que vous pourriez faire du mal à votre famille» ___
- «...que vous pourriez crier après votre famille» ___
- «...que vous pourriez dire des obscénités à votre famille» ___
- «...que vous auriez besoin d'être retenu» ___
- «...que vous pourriez perdre le contrôle» ___
- «...que vous pourriez agir de manière inappropriée» ___
- «...que vous pourriez être un psychopathe» ___

Veuillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Depuis quelques années, vous jouez dans une ligue de hockey unisexe. Vous aviez commencé à y jouer parce que vous aviez pris quelques livres et vous aviez décidé d'être plus actif afin de perdre votre surplus de poids. Jusqu'à présent, tout s'est bien passé, vous avez perdu du poids et vous vous êtes fait quelques amis. Aujourd'hui, après avoir compté le but gagnant en période supplémentaire, vous vous sentez bien. Dans le vestiaire, vos coéquipiers et vous niaisez et l'esprit de taquinerie se transporte jusque dans les douches. Alors que vous finissez de vous laver, vous remarquez qu'il ne reste que vous et un de vos amis. Alors que vous regardez le corps nu de votre ami, vous remarquez qu'il est assez musclé et vous vous sentez excité alors que votre ami se penche vers vous...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...que vous pourriez être homosexuel» ___

«...que vous pourriez être sexuellement attiré par les personnes du même sexe» ___

«...que vous êtes bisexuel» ___

«...que vous voudriez faire l'amour avec votre ami» ___

«...que vous avez des sentiments de nature sexuelle pour les personnes de même sexe» ___

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Vous êtes en retard à la salle d'entraînement. Pas directement en retard puisque vous ne suivez pas de cours, juste de l'entraînement par vous-même, mais vous voulez tout de même rentrer à la maison de bonne heure. Vous vous changez dans le vestiaire (il n'y en a qu'un puisque c'est un gymnase unisexe) et vous essayez de penser aux exercices que vous pouvez couper de votre routine pour quitter plus tôt. Alors que vous vous rendez à l'air d'entraînement principal, vous remarquez que la plupart des machines que vous vouliez utiliser sont occupées. Vous vous résignez à prendre les poids libres. Alors que vous entrez dans la salle des poids libres, vous remarquez que les gens y sont en bien meilleure forme et vous vous surprenez à leur lancer des regards, admirant leur tonus et définition musculaire...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...que vous pourriez être homosexuel» ___

«...que vous pourriez être sexuellement attiré par les personnes de votre sexe» ___

«...que vous êtes bisexuel» ___

«...que vous voudriez faire l'amour avec quelqu'un de la salle d'entraînement» ___

«...que vous avez des sentiments de nature sexuelle pour les personnes de même sexe» ___

Veuillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Vous êtes en voyage dans un pays inconnu. Vous avez décidé de faire ce voyage afin de découvrir d'autres cultures et voir des choses hors de l'ordinaire. Vous avez planifié votre voyage méticuleusement afin de tirer le maximum de vos vacances. Vous avez décidé de commencer votre voyage en visitant un lieu de culte local. Pour ce faire, vous prenez le taxi pour vous y rendre. Alors que vous entrez dans le temple, vous vous trouvez immergé par la beauté des lieux ; c'est un endroit comme vous n'en avez jamais vu. Vous marchez et vous baignez dans une atmosphère de paix. À ce moment, vous remarquez que les gens vous regardent avec une suspicion qui va en augmentant. Il y a même un groupe qui parle fort tout en pointant dans votre direction, alors qu'un des membres fait ce qui semble être une prière rapide...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...vous avez commis un blasphème» ___

«...vous avez dérogé du protocole» ___

«...vous avez fait quelque chose de très inappropriée» ___

«...vous avez fait quelque chose de mal ou d'immorale» ___

«...vous avez commis un sacrilège» ___

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Pendant que vous attendez le camion de déménagement, vous terminez de faire vos boîtes. Il ne vous en reste qu'une à faire. Elle sera principalement composée de l'héritage de votre mère qui est décédée l'année dernière. Vous avez gardé quelques-uns des objets puisqu'ils avaient une grande valeur sentimentale pour elle : la montre de sa mère, une photo d'elle et de votre père à leur mariage et son vieux crucifix. Vous arrivez à votre nouvelle demeure et vous vous sentez déjà à l'aise. Vos amis vous aident à vider le camion puis vous commencez à défaire vos boîtes. Quand vous arrivez pour sortir les souvenirs de votre mère, vous réalisez que le crucifix est tourné vers le bas. Vous vous souvenez que votre mère vous a toujours dit qu'un crucifix à l'envers signifie que Dieu est fâché contre vous...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...vous avez commis un blasphème» ___

«...vous avez dérogé du protocole» ___

«...vous avez fait quelque chose de très inappropriée» ___

«...vous avez fait quelque chose de mal ou d'immorale» ___

«...vous avez commis un sacrilège» ___

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Vous vous réveillez en retard pour le travail. Vous détestez quand cela vous arrive, car vous avez l'impression que la journée commence du mauvais pied. Essayant de garder les yeux ouverts, vous vous rendez à la cuisine pour préparer du café. Vous continuez ensuite avec votre routine du matin : déjeuner, habillage et hygiène corporelle. Alors que vous finissez de vous préparer, vous pensez à des routes alternatives pour vous rendre au travail plus rapidement. Vous êtes sur le point de partir, mais vous vous souvenez que vous avez oublié de vous faire un lunch. Vous retournez dans la cuisine et vous vous demandez pour un instant s'il ne serait pas préférable de manger à la cafétéria. Vous décidez que vous sauveriez plus de temps en mangeant à la cafétéria. Vous sortez, mais vous réalisez que vous avez oublié vos clés, alors vous retournez les chercher à l'intérieur. Vous sortez en vitesse, pour une deuxième fois, vous sentant distrait et pressé. Vous ne pouvez pas vous souvenir si vous avez barré la porte...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

- «...que vous avez laissé la porte débarrée» ____
- «...que vous pourriez vous faire voler» ____
- «...que vous pourriez être insouciant» ____
- «...que votre maison est laissée sans sécurité» ____
- «...que vous avez été négligeant» ____

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ____
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ____
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ____
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ____
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ____

Vous venez de raccrocher avec votre ami. Cela faisait longtemps que vous ne lui aviez pas parlé et vous avez convenu de vous rencontrer le lendemain. En quittant la maison pour la rencontre avec votre ami, vous pensez à votre voisin qui a été cambriolé la semaine dernière. Il n'avait jamais pensé vérifier si sa porte était barrée. Lors de la rencontre, votre ami semble de bonne humeur ; il vous dit qu'il a eu une promotion et il l'apprécie vraiment. Il n'aime pas que le salaire, mais aussi son nouveau travail. Il vous dit qu'il en avait vraiment besoin : il a touché le fond il y a quelques années. Sa femme l'avait laissé et il vous dit, pour la première fois, qu'il s'était fait cambrioler parce qu'il avait oublié de barrer sa porte...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

- «...que vous avez laissé la porte débarrée» ____
- «...que vous pourriez vous faire voler» ____
- «...que vous pourriez être insouciant» ____
- «...que votre maison est laissée sans sécurité» ____
- «...que vous avez été négligeant» ____

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ____
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ____
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ____
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ____
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ____

Vous êtes à l'hôpital avec votre amie. Elle est malade depuis quelques jours, elle ne sait pas ce qu'elle a et il n'y avait personne pour l'accompagner à l'hôpital. Depuis son traitement pour une infection pulmonaire chronique, votre amie a peur des hôpitaux, alors vous l'avez prise en pitié et vous êtes allés à l'urgence avec elle. Comme à l'habitude, l'attente est longue, mais au moins vous êtes avec quelqu'un et cela vous laisse le temps de parler et d'échanger. Pour être honnête, vous n'êtes pas très confortable dans les hôpitaux non plus, vous êtes en bonne santé et vous voulez que les choses restent comme cela. Soudainement, votre amie vomit sur vos pieds...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...que vous pourriez être contaminé» ___

«...que vous pourriez être sale» ___

«...que vous pourriez être malade» ___

«...que vous pourriez être infecté» ___

«...que vous soyez souillé» ___

Veillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Vous êtes sorti magasiner. Cela fait un certain temps que vous aviez besoin de nouveaux vêtements, mais vous avez repoussé leur achat depuis un certain temps. Vous êtes au centre d'achat et vous remarquez qu'ils ont installé un kiosque pour informer les gens sur la grippe saisonnière. Ils disent que le vaccin est plus efficace cette année et ils rappellent aux gens les mesures de protection contre la grippe. Vous passez devant le kiosque et vous entrez dans un magasin de souliers. Avant de trouver une paire que vous aimez, un vendeur vient vous voir et essaie de vous vendre toutes les paires de souliers du magasin. Vous décidez de partir, mais le vendeur vous force à lui serrer la main avant de partir...

En considérant le scénario ci-dessus, si vous étiez la personne dans le scénario, laquelle ou lesquelles des pensées suivantes pourriez-vous avoir ? Veuillez cocher celles qui s'appliquent :

«...que vous pourriez être contaminé» ___

«...que vous pourriez être sale» ___

«...que vous pourriez être malade» ___

«...que vous pourriez être infecté» ___

«...que vous soyez souillé» ___

Veuillez répondre aux questions suivantes en utilisant une échelle allant de 0 (pas du tout) à 100 (absolument).

- Quelle est la probabilité que vous ayez l'une de ces pensées ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées vous causent de la détresse ? ___
- À quel point est-ce que les pensées que vous avez cochées plus haut sont non voulues et inacceptables ? ___
- Quelle est la probabilité que vous ayez l'intention d'agir sur ces pensées ? ___
- Quelle est la probabilité que vous agissiez sur ces pensées ? ___

Annexe 2 : Test des guides du soi

Ce questionnaire cherche à obtenir des connaissances sur votre soi, plus particulièrement sur vos soi obligé, idéal et craint. Pour faire cela, nous vous demandons de nous fournir une liste de traits associés avec chaque soi et ensuite de les évaluer en vous rapportant à votre soi actuel. Tous les soi listés dans ce document doivent être vos « propres » soi, à l'opposé de soi que d'autres personnes significatives (par ex. vos parents) ont en tête pour vous. S'il vous plaît, veuillez à travailler lentement et avec attention et n'hésitez pas à prendre une pause et à vous reposer si vous sentez une diminution de votre concentration.

Soi Obligé

Votre soi obligé est le genre de personne que vous croyez avoir l'obligation ou le devoir d'être. Il est défini par les traits de personnalité que vous pensez devoir posséder, ou que vous vous sentez obligé de posséder. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits maintenant, seulement que vous croyiez devoir les avoir.

Veillez indiquer 7 traits appartenant à votre soi obligé sur les lignes ici-bas :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Soi Idéal

Votre soi idéal est le genre de personne que vous voudriez vraiment être. Il est défini par les traits de personnalité que vous voudriez idéalement avoir. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits maintenant, seulement que vous vouliez les avoir.

Veillez indiquer 7 traits appartenant à votre soi idéal sur les lignes ici-bas :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Soi Craint

Votre soi craint est le genre de personne que vous avez peur de devenir ou qui vous inquiète de devenir. Il est défini par les traits de personnalité que vous pensez que vous pourriez devenir dans le futur, mais que vous aimeriez mieux ne pas devenir. Il n'est pas nécessaire que vous possédiez ces traits, seulement que vous vouliez éviter de les avoir.

Veillez indiquer 7 traits appartenant à votre soi craint sur les lignes ici-bas :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Évaluation du Soi Obligé

Veillez retourner à la section du soi obligé et recopier chaque trait sur cette page. Une fois cette étape complétée, veuillez évaluer à quel point vous ressemblez à ces traits en utilisant une échelle allant de 1 (Je suis exactement comme ce trait) à 7 (Je suis l'opposé de ce trait).

Trait du soi obligé	Évaluation
1. _____	___
2. _____	___
3. _____	___
4. _____	___
5. _____	___
6. _____	___
7. _____	___

Évaluation du Soi Idéal

Veillez retourner à la section du soi idéal et recopier chaque trait sur cette page. Une fois cette étape complétée, veuillez évaluer à quel point vous ressemblez à ces traits en utilisant une échelle allant de 1 (Je suis exactement comme ce trait) à 7 (Je suis l'opposé de ce trait).

Trait du soi idéal	Évaluation
1. _____	____
2. _____	____
3. _____	____
4. _____	____
5. _____	____
6. _____	____
7. _____	____

Évaluation du Soi Craint

Veillez retourner à la section du soi craint et recopier chaque trait sur cette page. Une fois cette étape complétée, veuillez évaluer à quel point vous ressemblez à ces traits en utilisant une échelle allant de 1 (Je suis exactement comme ce trait) à 7 (Je suis l'opposé de ce trait).

Trait du soi idéal	Évaluation
1. _____	____
2. _____	____
3. _____	____
4. _____	____
5. _____	____
6. _____	____
7. _____	____