

UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON 2
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE
Laboratoire d'étude et d'analyse de la cognition et des modèles
THÈSE pour obtenir le grade de DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ LYON 2
Discipline : Psychologie Cognitive
présentée et soutenue publiquement par
Dr. Sai-Nan YAO
le 4 Novembre 1999

Troubles cognitifs dans les obsessions-compulsions

Directeurs de thèse: Professeur Robert MARTIN Docteur Jean COTTRAUX

JURY MARTIN Robert, Professeur de Psychologie à l'Université Lumière Lyon 2, FONTAINE Ovide, Professeur Ordinaire de Psychologie à l'Université de Liège, Belgique, rapporteur de la thèse PULL Charles, Professeur de Psychiatrie à l'Université Strasbourg et à l'Université de Liège, rapporteur de la thèse COTTRAUX Jean, Docteur en Psychologie Médicale, habilitation à la direction de recherche, chargé de cours à l'Université Lyon 1 MOLLARD Evelyne, Docteur en Psychologie, Hôpital Neurologique de Lyon

Table des matières

REMERCIEMENTS .	1
Liste des abréviations et signes . .	3
INTRODUCTION .	5
I. PROBLÉMATIQUE (PARTIE THÉORIQUE) . .	9
1.1 Clinique des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC): . .	9
1.1.1. Définition: . .	9
1.1.2. Épidémiologie: . .	10
1.1.3. Sémiologie: .	10
1.1.4. Étiologie: .	13
1.2. Concepts et modèles .	14
1.2.1. Modèle comportemental des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) . .	14
1.2.2. Modèles cognitifs des troubles obsessionnels-compulsifs .	16
1.2.3. Modèle cognitif de phobie sociale .	32
1.2.4. Sentiment d'infériorité chez les sujets anxieux : .	37
1.3. Problématique .	46
1.3.1. Objectifs de l'étude .	49
1.3.2. Hypothèses de l'étude . .	49
II. PARTIE EXPERIMENTALE . .	51
2.1. Population .	51
2.1.1. Patients atteints de troubles obsessionnels-compulsifs .	51
2.1.2. Patients atteints de phobie sociale: . .	52
2.1.3. Sujets non-cliniques . .	52
2.2. Méthodologie et outils .	52
2.2.1. Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r, Yao) (cf. page 74-75): .	52
2.2.2. Echelle d'Infériorité (EDI, Yao et coll., 1998b) (voir page 85-86): .	69

2.2.3. Autres mesures psychologiques .	85
2.3. Procédure (Déroulement d'expérimentation) . .	87
2.4. Statistiques: .	88
III. RESULTATS . .	91
3.1 Comparaison entre groupes (Descriptions, caractéristiques) . .	91
3.1.1. Comparaison sur le sexe et l'âge entre les trois groupes .	91
3.1.2. Caractéristiques générales des deux groupes de malades: .	92
3.1.3. Caractéristiques cliniques des deux groupes de malades: .	94
3.1.4. Caractéristiques psychométriques des deux groupes de malades .	97
3.2. Les résultats sur les pensées intrusives et sur les interprétations irrationnelles .	98
3.2.1. Comparaison intergroupe des scores du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) . .	98
3.2.2. Les relations entre les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles et les autres variables psychométriques .	106
3.2.3 Les relations entre les sous-scores des pensées intrusives et les sous-scores d'interprétations . .	108
3.2.4. Analyse factorielle sur le Questionnaire de Pensées Intrusives et de leurs Interprétations -version révisée (QPII-r) .	110
3.3. Les résultats sur le sentiment d'infériorité .	114
3.3.1. Comparaison intergroupe des scores de l'Echelle d'Infériorité (EDI): . .	114
3.3.2. Les relations entre le sentiment d'infériorité et les autres variables psychométriques .	120
3.4. Les influences des autres facteurs sur le sentiment d'Infériorité et sur les pensées intrusives et leurs Interprétations .	122
3.4.1. Le sentiment d'Infériorité et d'autres facteurs .	122
3.4.2. Les pensées intrusives, leurs interprétations et d'autres facteurs . .	130
IV. INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION . .	139
4.1. Interprétation sur les caractéristiques des groupes .	139
4.2. Les pensées intrusives et leurs interprétations .	141
4.2.1. L'expérience ou l'existence des pensées intrusives et de leurs interprétations .	141
4.2.2. Différences entre les sujets obsessionnels, phobiques sociaux et non-cliniques .	141

4.2.3. Les relations des pensées intrusives et de leurs interprétations avec les obsessions compulsions .	143
4.2.4. Les relations entre les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles .	144
4.3. Le sentiment d'infériorité .	146
4.3.1. Les différences de l'infériorité entre les sujets obsessionnels, phobiques sociaux et non-cliniques .	146
4.3.2. Les relations du sentiment d'infériorité avec les symptômes obsessionnels compulsifs et phobiques sociaux . .	147
4.4. Les influences éventuelles des autres facteurs sur le sentiment d'infériorité et sur les pensées intrusives et leurs interprétations .	148
4.4.1. Facteurs généraux: .	148
4.4.2. Facteurs cliniques: . .	149
V. CONCLUSION . .	153
BIBLIOGRAPHIE . .	159
Annexes . .	169
Annexes 1: Echelle d'Obsession Compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS) . .	169
- LISTE DE SYMPTOMES CIBLES . .	169
- VEUILLEZ ENTOURER LE SCORE ADEQUAT . .	170
Annexes 2: Liste des Pensées Obsédantes (LPO) . .	172
Annexes 3: Questionnaire des Peurs (FQ) AUTO-EVALUATION DES PHOBIES . .	174
Annexes 4: Inventaire de Dépression de Beck (item 21) .	176
Annexes 5: Inventaire d'Anxiété de Beck .	181
Annexes 6: Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (QPII, Yao, 1995) . .	183
I.Expérience: .	183
II. Quand ces pensées intrusives viennent dans votre esprit, comment les interprétez-vous ? .	185
Annexes 7: Cahier d'évaluation (pour les TOC) .	188
Annexes 8: Cahier d'évaluation (pour les phobies sociales) . .	210
Annexes 9: Exemples de questionnaires remplis par un sujet des trois groupes 251 .	232

REMERCIEMENTS

Je remercie sincèrement Monsieur le Professeur Robert MARTIN pour son aide constante et les conseils précieux qu'il m'a prodigués tout au long de ce travail.

Je remercie de tout mon cœur Monsieur le Docteur Jean COTTRAUX qui m'a permis de réaliser ce travail grâce à ses compétences scientifiques et qui l'a relu avec une attention critique mais constructive.

Je suis infiniment reconnaissante envers Monsieur le Professeur Ovide FONTAINE et Monsieur le Professeur Charles PULL d'avoir bien voulu prêter leur très haute compétence pour juger ce modeste travail.

Je remercie également beaucoup Madame le Docteur Evelyne MOLLARD pour son soutien amical tout au long de ce travail et d'avoir bien voulu accepter de juger ce travail à partir de ses connaissances en recherche et en clinique.

Je tiens également à remercier Madame le Docteur Martine BOUVARD, Madame Jeanine Guérin, Mademoiselle Héloïse DUPOND et les secrétaires du service, Mesdames Nathalie DURAND et Béatrice SANTONI pour leur aide quotidienne.

Je n'oublierai jamais toute ma famille, surtout mon père et ma fille, qui m'encourage sans cesse psychologiquement, et qui reste toujours près de moi même si la distance géographique est très, très lointaine.

Nos remerciements vont également aux Hospices Civils de Lyon qui ont financé deux projets hospitaliers de recherche clinique (PHRC), projets multicentriques coordonnés par Mr le Dr Cottraux, l'un avait pour sujet « ***Etude multicentrique contrôlée des résultats et des processus de la thérapie cognitivo-comportementale dans les phobies sociales*** » (PHRC: 94020), l'autre avait pour sujet « ***Une étude multicentrique contrôlée: Comparaison de la thérapie comportementale avec la thérapie cognitive dans les obsessions-compulsions*** » (PHRC: 95031). J'ai pris part en tant que thérapeute à ces projets, ce qui m'a permis d'élaborer cette thèse.

Liste des abréviations et signes

BAI:	Questionnaire d'Anxiété de Beck;
BDI:	Questionnaire de Dépression de Beck;
EDI:	l'Echelle d'infériorité
DSM-IV:	Manuel diagnostique et statistique, 4e édition;
FQ-SOC:	Questionnaire des peurs, sous-score de phobie sociale;
Int/PI:	Interprétations irrationnelles des pensées intrusives;
Int-T:	le score total sur interprétations des pensées intrusives;
Int-C:	Interprétations de Culpabilité vis-à-vis des pensées intrusives;
Int-I:	Interprétations d'Infériorité vis-à-vis des pensées intrusives;
Int-R:	Interprétations de Responsabilité vis-à-vis des pensées intrusives;
LPO:	Liste des pensées obsédantes;
Ph. S:	Phobie Sociale
PI:	Pensée intrusive;
PI-A:	Pensée intrusive à thème d'agressivité;
PI-Pf:	Pensée intrusive à thème de perfectionnisme;
PI-Pt:	Pensée intrusive à thème de perte;
PI-S:	Pensée intrusive à thème de sexualité;
QPIL-r:	Questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations - version révisée;
TOC:	Troubles obsessionnels-compulsifs;

Y-BOCS:

Echelle des obsessions-compulsions de Yale-Brown

INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une maladie assez fréquente dans la population générale et dans la clinique psychiatrique. Il est caractérisé par des pensées obsédantes, ou pensées intrusives et anxiogènes, qui sont répétitives, involontaires et difficiles à contrôler. La lutte contre ces pensées se traduit par des actes répétitifs: les compulsions. Le sujet obsessionnel est tout à fait conscient de l'absurdité et de l'exagération de ses comportements répétitifs, mais il se sent obligé de les exécuter pour diminuer l'angoisse qui accompagne ses pensées obsédantes.

On peut observer « l'entrée » du processus psychologique de TOC, les pensées anxiogènes, et la « sortie », les compulsions et l'angoisse. Mais on ne voit pas directement ce qui se passe à l'intérieur du cerveau d'un individu: le processus cognitif dans les activités psychologiques d'un individu, la « boîte noire » où se dévoile le mécanisme. En fait, la clé pour ouvrir la « boîte noire » et observer le processus cognitif, est de comprendre pourquoi le sujet obsessionnel n'accepte pas ses propres pensées dont le contenu est plutôt banal, ressenti ou vécu par presque tout le monde. Alors, se pose une question: comment faudrait-il évaluer ou interpréter nos propres pensées, qu'elles soient agréables ou désagréables ?

Le modèle cognitif des troubles obsessionnels-compulsifs suggère que les obsessions-compulsions pourraient être associées avec le schéma cognitif irrationnel ou l'interprétation des pensées intrusives dans la responsabilité et / ou la culpabilité et / ou l'infériorité (Salkovskis, 1985, Rachman, 1993, Cottraux, 1998, Yao, 1995). Les études ont montré qu'il existe plusieurs thèmes de pensées intrusives, comme l'agressivité, le

perfectionnisme, la sexualité, etc... Mais est-ce que les trois dimensions du schéma cognitif irrationnel, donc la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité, sont liées à tous les thèmes des pensées intrusives ou bien existe-t-il des liens particuliers entre certaines dimensions d'interprétations et certains thèmes de pensées intrusives ? Ceci reste à démontrer.

Comme l'importance de l'interprétation d'infériorité dans les obsessions compulsions a été soulignée (Yao, 1995), on ne peut s'empêcher de se demander si le sentiment d'infériorité est particulièrement lié à des phénomènes obsessionnels ou bien aussi à d'autres pathologies. En effet, les sujets obsessionnels se sentent souvent très inférieurs aux autres, mais le sentiment d'infériorité est aussi très élevé chez les sujets phobiques sociaux. Selon le modèle cognitif de la phobie sociale (Clark et Wells, 1995), les sujets phobiques sociaux présenteraient un schéma cognitif de danger: ils se fixent un standard trop élevé et sous-estiment leur propre valeur et leurs compétences. Ils se centrent sur la peur de l'échec, de rejet social ou se jugent sans valeur, ce qui représente, à notre avis, un sentiment d'infériorité. Quel est le rôle du sentiment d'infériorité dans les symptômes obsessionnels compulsifs et les symptômes anxieux ? Il reste à préciser si le sentiment d'infériorité ne serait pas un trait psychologique commun aux obsessionnels et aux phobiques sociaux et si les obsessionnels auraient une infériorité plus spécifique.

Notre étude a donc trois objectifs principaux:

1.
Étudier les interprétations des pensées intrusives dans trois dimensions: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité en tant que troubles cognitifs chez des sujets atteints de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), comparés à des sujets atteints de phobie sociale et à des sujets non-cliniques.
2.
Etablir les liens entre les trois dimensions des interprétations et la pathologie obsessionnelle-compulsive et les différents thèmes des pensées intrusives.
3.
Etudier le sentiment d'infériorité en tant que schéma de danger ou troubles cognitifs chez les sujets obsessionnels compulsifs et chez les sujets phobique sociaux, comparés à des sujets non-cliniques, et son lien avec les pathologies.

En l'état de nos connaissances, nous faisons les hypothèses suivantes:

1.
Les sujets présentant les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont différents des phobiques sociaux et des normaux quant aux pensées intrusives et leurs interprétations, dans leurs trois dimensions: infériorité, culpabilité et responsabilité.
2.
Les interprétations irrationnelles des pensées intrusives de ces trois dimensions: infériorité, culpabilité et responsabilité, sont spécifiquement liées à la pathologie obsessionnelle-compulsive. Les trois dimensions d'interprétations jouent leur rôle spécifique dans les phénomènes obsessionnels-compulsifs et également dans les

différentes thèmes des pensées intrusives.

3.

Le sentiment d'infériorité serait un trait psychologique commun à la phobie sociale et aux troubles obsessionnels compulsifs. Mais les sujets obsessionnels se différencieraient des sujets phobiques sociaux par un sentiment d'infériorité plus spécifique vis-à-vis de leurs pensées intrusives.

Pour atteindre nos objectifs, nous allons comparer un groupe de patients présentant un TOC avec un groupe de patients atteints de phobie sociale et un groupe de sujets dit normaux; nous utiliserons des questionnaires de dépression, d'anxiété, d'obsessions-compulsions, de phobie sociale, de sentiment d'infériorité et d'interprétations de pensées intrusives. Ces deux derniers sont des questionnaires que nous créons pour évaluer, d'une part, les pensées intrusives et leurs interprétations (en particulier, les trois dimensions d'interprétations: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité), d'autre part, le sentiment d'infériorité.

A partir des résultats obtenus, nous discuterons le rôle des trois dimensions d'interprétations irrationnelles: responsabilité, culpabilité et infériorité, dans la pathologie obsessionnelle-compulsive et dans les différents thèmes des pensées intrusives. La relation entre sentiment d'infériorité et troubles obsessionnels-compulsifs ou phobie sociale sera discutée.

Dans la première partie de notre thèse, nous allons d'abord introduire les concepts et les modèles de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et de phobie sociale, ainsi que le concept de sentiment d'infériorité. Une synthèse sur les travaux récents concernant ces sujets sera proposée et nous exposerons, à partir de ces travaux, nos objectifs et nos hypothèses.

Dans la deuxième partie de notre thèse, nous aborderons la méthode utilisée dans notre étude, en détaillant la population, la méthodologie (psychométrie) et la procédure expérimentale.

Dans la troisième partie de notre thèse, nous présenterons les résultats statistiques, en nous centrant particulièrement sur les pensées intrusives, leurs interprétations dans les trois dimensions et le sentiment d'infériorité. Enfin, nous essayerons d'interpréter ces résultats d'une façon objective et de les discuter en vue de la confirmation ou de l'infirmerie de nos hypothèses. Cela constituera la quatrième partie de notre travail.

I. PROBLÉMATIQUE (PARTIE THÉORIQUE)

1.1 Clinique des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC):

Le trouble des obsessions-compulsions est une pathologie très ancienne chez l'homme, mais elle n'est reconnue comme maladie mentale que vers la fin du XIXe siècle. Les malades sont obsédés par leurs pensées intrusives répétitives et désagréables tout en ne comprenant guère d'où elles viennent et pour quoi elles ne les quittent plus. Tout apparaît paradoxal: ils sont conscients de leurs rituels excessifs et inutiles mais ils se sentent obligés de répéter ces comportements; ils voudraient calmer leur anxiété par des rituels, mais ils sont encore plus angoissés après. Ils en souffrent terriblement mais ils se sentent impuissants devant leurs rituels.

1.1.1. Définition:

Nous pouvons nous référer aux définitions que nous trouvons dans le manuel du DSM-IV (1994) (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition,

American Psychiatric Association):

Les obsessions sont définies comme des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations récurrentes et persistantes, ressenties comme involontaires et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Le patient s'efforce de les chasser ou de les neutraliser.

Les compulsions sont des comportements répétitifs et stéréotypés, qui sont reconnus par le sujet comme excessifs, absurdes ou inutiles, mais qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir pour diminuer l'anxiété liée aux pensées obsédantes.

Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une anxiété importante et d'une perte de temps considérable (au moins une heure par jour). La maladie perturbe de façon significative la vie quotidienne du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire), ses activités sociales habituelles ou ses relations avec les autres.

1.1.2. Épidémiologie:

Les études épidémiologiques récentes montrent que la prévalence sur six mois de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) a été estimée entre 0.7% et 2.1% de la population générale, et que sa prévalence sur la vie entière se situe entre 1.9% et 3.1% (Bebbington, 1998). La prévalence de la maladie la situe au quatrième rang de fréquence parmi les troubles psychiatriques, après les phobies, la dépendance à l'alcool ou aux drogues, et les troubles dépressifs. La fréquence de cette maladie est donc beaucoup plus importante que les estimations antérieures l'envisageaient. Dans les consultations en psychiatrie, on constate plus de 10% des consultants présentant des TOC (Hantouche, 1993).

Le sex-ratio est voisin de 1. Les troubles débutent souvent tôt dans la vie: soixante pour cent des patients commencent à avoir des symptômes avant 25 ans (Cottraux, 1998). Une comorbidité avec la dépression est estimée autour d'un tiers et deux tiers, avec la phobie sociale 25%, et avec le trouble panique 15% (Lemprière, 1993).

Très souvent, les sujets atteints de TOC souffrent en plus d'une honte importante vis-à-vis de leurs obsessions compulsions au point qu'ils n'osent en parler à quiconque. Ils ont tendance à cacher leurs problèmes et à se taire. De ce fait, ils perdent facilement au moins 3 à 5 heures par jour dans leurs rituels; ils ne viennent consulter un psychiatre qu'après, en moyenne, 13 ans d'évolution (Cottraux, 1989).

1.1.3. Sémiologie:

Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des images mentales récurrentes et persistantes, involontaires et anxiogènes. Le patient en souffre et s'efforce de lutter contre, mais il n'arrive pas à les arrêter. Les thèmes des obsessions sont en général la saleté, la contamination ou la peur de la maladie, la sexualité, l'agressivité, le

perfectionnisme et la peur de perdre quelqu'un ou quelque chose. Mais souvent derrière ces formes, il existe d'autres peurs plus profondes, souvent inconscientes et catastrophiques. Par exemple, le sujet peut avoir une peur de la saleté pour plusieurs raisons dont par exemple:

- il a peur d'être sali, d'être contaminé avec pour conséquence d'être malade, de ressentir une souffrance physique et d'être rejeté par les autres;

- il a peur de ne pas être parfaitement propre, et donc de n'être pas parfait et d'être critiqué ou jugé comme quelqu'un de négligent;

- il a peur d'être souillé ou de souiller les autres dans la peur de la sexualité, et risque d'être considéré comme une mauvaise personne;

- il a peur d'être agressé par la saleté, comme s'il était agressé par les autres et n'existerait plus en tant que personne;

- il a peur de salir les autres et ainsi provoquer une maladie ou une catastrophe chez les autres.

Les compulsions ou rituels sont des actes que le sujet se sent obligé d'accomplir pour calmer l'anxiété liée aux obsessions. Selon la forme, on peut voir les rituels externes et les rituels internes. Les rituels externes se traduisent par des comportements: par exemple, rituels de lavage des mains et/ou du corps, de nettoyage des objets et/ou du logement; rituels de vérification de la porte, du gaz, de l'eau, de l'électricité, la propreté, et l'écriture, etc.; rituels de rangement d'ordre et de symétrie; rituels de collection d'objets inutiles et manque de sens sentimental; et rituels de procrastination. Un autre type de comportement compulsif que l'on voit souvent en clinique chez les TOC, est l'évitement. Par exemple, le sujet peut éviter de toucher les objets sales par peur de la saleté, ou peut éviter de faire certaines choses par peur de mal faire, etc. Les rituels internes sont principalement des ruminations: le sujet s'efforce de répéter mentalement des mots, des phrases et/ou des chiffres, ou de se souvenir de ce qui s'est passé (ou va se passer), de ce qu'il a fait (ou va faire) ou de ce qu'ont fait (ou vont faire) les autres.

La même forme de rituels pourrait être liée aux différentes sortes d'obsessions chez des patients différents. Les patients atteints de TOC pourraient avoir des peurs différentes tout en exécutant le même rituel. Par exemple, le lavage des mains peut cacher des obsessions concernant la peur d'être malade chez l'un; ou la peur de ne pas être parfait chez un autre; ou la peur de faire du mal aux autres, de provoquer ou contaminer une maladie aux autres chez un troisième; ou la peur vis-à-vis de la sexualité chez une quatrième personne. En clinique, derrière les rituels de vérifications apparaissent des peurs variées: le sujet peut avoir peur de faire une erreur ou de ne pas faire parfaitement des choses; ou peur de causer du tort aux autres ou de blesser voire de tuer quelqu'un; ou peur de la maladie.

A l'inverse, avec la même obsession, on peut voir plusieurs formes de rituels chez différents patients ou chez le même patient. Par exemple, le sujet ayant peur de la maladie pourrait ritualiser avec des lavages et des nettoyages et/ou la vérification sur la propreté, etc.. Si le sujet a peur de faire du mal aux autres, il sortirait des rituels comme les vérifications sur des objets et des actes « dangereux », et/ou des lavages et des nettoyages pour éviter de provoquer ou de contaminer une maladie chez les autres.

Les études récentes (ex. Leckman et coll., 1997, Summerfeldt et coll., 1999) ont constaté que le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie multidimensionnelle et étiologiquement hétérogène. Les auteurs ont trouvé qu'il existe quatre facteurs dans le check-list des symptômes des obsessions compulsions de Yale-Brown (Goodman, et coll., 1989a): obsessions (agressivité, sexualité, religion, somatique) et vérification, symétrie et ordre (rangement), contamination et nettoyage, et collection.

Pour mieux comprendre des symptômes des obsessions-compulsions, nous citerons ici deux cas cliniques typiques.

1) Cas n° 1:

Mme A., âgée de 44 ans au moment de la première consultation. C'est une fille unique, elle a reçu une éducation très stricte. Son problème obsessionnel-compulsif débute dans l'enfance, à l'âge de 9 ans, où Mme A. avait peur de la maladie et nettoyait bien la moindre plaie. Elle a l'impression que depuis qu'elle est toute petite, elle a toujours été critiquée ou "punie" par les autres. Elle vérifiait, comptait, se lavait les mains et répétait les gestes de nettoyage et de repassage, etc. ..., avec des idées obsédantes : " Si je ne fais pas ces rituels, j'aurais une maladie grave", "J'aurais un cancer du sein. On va m'enlever un sein et je ne pourrais pas me marier", "Je serais abîmée", "Si je ne fais pas bien les choses, je serai malade ou je serais punie. "

A l'âge de 25 ans, (l'âge du mariage) son problème s'aggrave. Elle a très peur de se tromper et d'être malade. Elle vérifie tout et tout ce qu'elle fait en prenant trois fois plus de temps que les autres: elle compte et répète au mois trois fois pour beaucoup de choses quotidiennes, comme le rinçage, le nettoyage etc., elle se lave les mains plus de 30 fois par jour, et chaque fois elle se savonne. Elle estime avoir perdu au moins 3-4 heures par jour aux rituels et ne peut plus travailler.

2) Cas n° 2:

Mr B., 46 ans, est un vérificateur depuis plus de 25 ans. Marié, père de 2 enfants, il travaille comme comptable. Il vérifie tout entre 5 à 10 fois pour chaque chose par une peur des maladies et une obsession des erreurs. En somme, ses vérifications peuvent être résumées en 4 types suivants:

1.
à la maison, il vérifie tout ce qui peut être dangereux : le robinet, la porte, les fenêtres, le gaz, la lumière, l'appareil électrique, la voiture, etc.;
2.
au travail, il vérifie sans arrêt quand il écrit ou il lit car il a très peur de se tromper et

d'écrire de gros mots;

3.

à tout moment, il vérifie son apparence si c'est bien parfait: regarde sur la glace ou vérifie mentalement s'il est bien coiffé, bien parfumé, bien propre, etc.;

4.

à tout moment, il vérifie s'il est en bonne santé: se touche la tête ou le coeur ou autres endroits du corps et vérifie les cheveux, le coeur, les bras, etc. pour être sûr qu'il n'est pas malade.

En fait, il nous parle dès les premières séances d'une peur plus profonde qui pousse ses vérifications, c'est la peur d'être négativement jugé par les autres. Il se dit sans arrêt: « Il faut que je vérifie tout le temps par mes yeux ou il faut que je me souvienne de tout. ». Il se sent très gêné et très angoissé par ses obsessions et ses rituels qui lui prennent plus de 3 heures par jour.

1.1.4. Étiologie:

Elle est encore inconnue à ce jour, mais une hypothèse actuelle la relie aux facteurs psychologiques et biologiques (Cottraux, 1989):

1.1.4.1. Facteurs psychologiques:

Dans les facteurs psychologiques, il existerait un facteur de vulnérabilité chez les sujets atteints de TOC en relation avec des troubles de la personnalité: évitante, dépendante, obsessionnelle ou mixte, ou schizotypique au sens des critères diagnostiques du DSM-IV.

Dans les modèles comportementaux et cognitifs, on apprend que comme toutes les autres phobies, les rituels pourraient être expliqués par un mécanisme d'apprentissage et un trouble de l'habitation. Derrière les comportements de rituels, selon les modèles cognitifs, c'est le rôle médiateur des pensées et des croyances irrationnelles qui élargit des modèles comportementaux classiques dans le TOC. Nous détaillerons ce modèle psychologique dans le chapitre de « Modèles cognitifs des TOC ».

Quand on analyse l'origine des TOC, il existe souvent des événements ou des stresseurs socio-psychologiques qui déclenchent la maladie sur la base de la vulnérabilité psychologique associée à un trouble de l'adaptation aux situations chez les patients.

1.1.4.2. Facteurs biologiques:

Il existe des arguments en faveur de facteurs génétiques dans les obsessions compulsives. Marks (1986) a remarqué que la fréquence de troubles psychiatriques chez les parents et dans la fratrie des sujets obsessionnels est huit fois plus importante que dans la population générale. L'hypothèse de facteur génétique n'est donc sûrement pas négligeable. Mais la tendance de maladies psychiatriques dans la famille de TOC ne serait-elle pas liée à une influence psychologique de la famille?

L'hypothèse sérotoninergique est un facteur important parmi les facteurs neuro-biologiques, soutenu par les arguments issus de la psychopharmacologie et de la neurobiologie. Selon l'hypothèse sérotoninergique, un déficit sérotoninergique entraînerait une diminution de l'inhibition corticale, une augmentation d'anxiété, d'impulsivité et d'agressivité et donc l'apparition de rituels involontaires. Les neurones sérotoninergiques joueraient un rôle dans la pathophysiologie des obsessions-compulsions, et seraient les agents intermédiaires de l'effet thérapeutique des antidépresseurs.

En résumé, le trouble obsessionnel-compulsif est une maladie assez fréquente dans la population et dans la clinique psychiatrique. Si la sémiologie et la particularité de cette maladie sont assez claires pour les cliniciens, l'étiologie et le mécanisme pathologique de cette maladie restent encore incertains. Si l'hypothèse sérotoninergique favorise l'explication des facteurs biologiques de TOC, la vulnérabilité psychologique et les croyances irrationnelles dans le modèle cognitif sont probablement des facteurs psychologiques non négligeables pour le TOC.

1.2. Concepts et modèles

1.2.1. Modèle comportemental des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)

Pour mieux comprendre des modèles cognitifs de TOC, nous allons rappeler tout d'abord brièvement un modèle comportemental classique des TOC. Selon ce modèle, les théories de l'apprentissage et, surtout de l'habituation, pourraient rendre compte des obsessions-compulsions (Cottraux, 1989).

1.2.1.1. Théorie de l'apprentissage:

Selon Mowrer (1960), on pourrait expliquer les rituels par un mécanisme d'apprentissage relevant d'un conditionnement classique et d'un conditionnement opérant:

1.
Dans un premier temps, c'est une phase de création qui correspond au conditionnement classique où le sujet associe un événement de son environnement à l'angoisse. Par exemple, si un sujet a appris à être angoissé par des objets jugés sales, le contact avec des objets jugés sales peut provoquer chez lui une angoisse.
2.
Dans un deuxième temps, c'est une phase de maintien qui correspond au conditionnement opérant: le rituel soulage l'anxiété et se trouve ainsi maintenu par un conditionnement d'évitement d'une situation aversive (renforcement négatif). En d'autres termes, l'annulation de l'angoisse par le rituel entretient les rituels à venir. Par exemple, un patient qui a peur de la contamination d'objets jugés sales, apprendra à

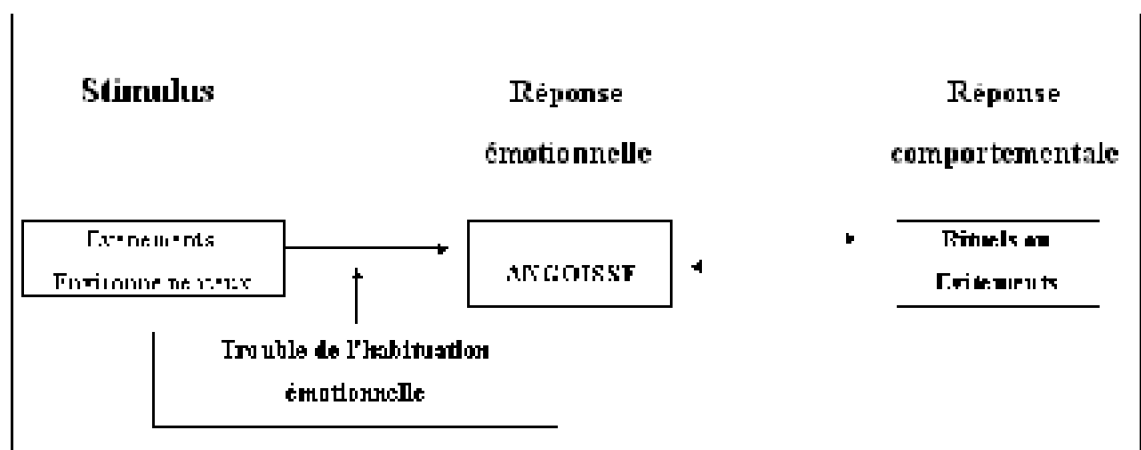
diminuer son angoisse en nettoyant plusieurs fois ses mains pendant des minutes, ou alors en évitant carrément le contact des objets jugés sales. L'évitement du contact va persister car il soulage plus rapidement l'anxiété que l'affrontement de la situation redoutée.

1.2.1.2. Théorie de l'habituation:

Plusieurs études ont montré l'importance des difficultés d'habituation chez les obsessionnels. Il est connu, depuis longtemps, que les sujets obsessionnels présentent une habituation plus lente que des normaux à des stimuli sonores bruyants, ainsi que l'ont montré des études avec le rythme cardiaque (Beech, 1974, Marks, 1987). L'habituation des réponses cardiaques, au cours des traitements comportementaux par exposition prolongée, a été mise en évidence (Marks, 1987). La pratique de l'exposition in vivo, avec prévention de la réponse ritualisée, se fonde sur l'habituation des réponses physiologiques. C'est à dire que l'exposition in vivo et/ou en imagination entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, du fait de la réduction d'anxiété.

En fait, l'habituation est un processus pour apprendre à s'adapter aux événements environnementaux. Si un sujet a des difficultés d'habituation à certains stimuli dans son environnement, par exemple, le contact avec des objets jugés sales, il va souffrir d'une angoisse terrible chaque fois qu'il se retrouve dans ces situations. Il peut se conditionner soit par ses rituels, soit en adoptant une stratégie d'évitement pour soulager l'anxiété. En revanche, si le sujet apprend à s'adapter à ces situations angoissantes, sans rituels et sans évitements, il va s'habituer; l'anxiété va diminuer et disparaître.

Selon le modèle comportemental classique, on peut conclure que les rituels obsessionnels résultent d'un trouble de l'habituation dans le domaine des émotions vis-à-vis des événements environnementaux. Le schéma suivant synthétise plus clairement le modèle comportemental classique:



*Schéma : Modèle comportemental classique de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC)
(in Yao, 1995)*

Mais, en fait, cette théorie ne peut pas tout expliquer. Une des raisons est que les

rituels ne sont pas seulement liés à la réponse émotionnelle, mais, en plus, ils sont certainement liés à des pensées, c'est à dire ils traduisent une réponse cognitive. De plus, la théorie ignore l'effet des processus cognitifs sur les émotions; elle ne peut pas expliquer pour quelles raisons, après l'angoisse, existeraient des rituels et des évitements.

1.2.2. Modèles cognitifs des troubles obsessionnels-compulsifs

Pour mieux comprendre et expliquer ce qui se passe dans l'aspect cognitif du processus psychologique qui sous-tend des émotions et des comportements, les cognitivistes cherchent à élargir le modèle comportemental classique. Les modèles cognitifs se développent depuis ces vingt dernières années, basés sur une hypothèse générale de normalité de l'existence des pensées intrusives et d'une perturbation des interprétations des pensées obsédantes chez les obsessionnels.

011 Modèles de Carr (1974) et de McFall et Wollersheim (1979):

La première tentative de conceptualiser le TOC selon un modèle cognitif a été fait par Carr (1974). Ce dernier souligne une surestimation de dangers irréalistes chez les obsessionnels. Ce concept de « surestimation de dangers », est une évaluation individuelle résultant d'une implication négative du contexte où vit le sujet.

Il est supposé que les obsessionnels souffriraient d'une menace extrêmement forte car ils surestimeraient non seulement la possibilité de la conséquence indésirable mais aussi le « prix » qu'ils payeraient si cela leur arrivait. Cette hypothèse de surestimation du risque chez les TOC a été soutenue par le constat que les obsessionnels étaient plus prudents à s'engager dans les activités risquées que les autres groupes de patients atteints d'autres maladies mentales (Steiner, 1972, in McFall et Wollersheim, 1979). Cette surestimation subjective du danger ou du risque provoquera une très forte angoisse quand le sujet se trouve dans des situations jugées « dangereuses ». Il en résulte que se développent des rituels pour diminuer le risque subjectivement surestimé et pour calmer l'angoisse.

L'intérêt de ce modèle est de montrer pour la première fois l'importance du processus cognitif dans le lien entre le stimulus environnemental et l'angoisse/rituels. Mais dans ce modèle, il n'est pas expliqué, pour quelles raisons, les patients de TOC ont cette haute estimation subjective du danger et du risque.

Nous résumons ce modèle dans le schéma suivant:

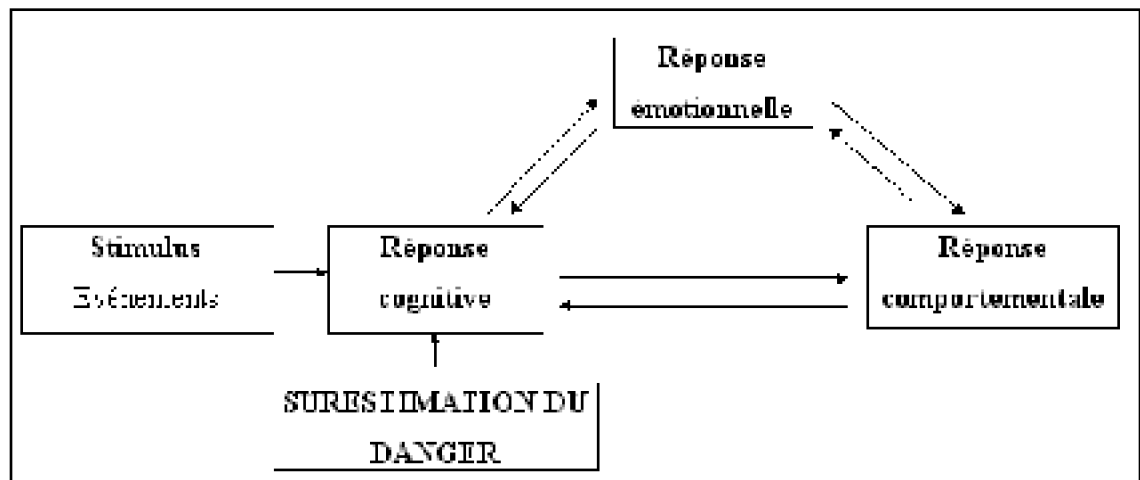


Schéma : Modèle de Carr (in Yao, 1995)

McFall et Wollersheim (1979) ont tenté d'élaborer et de développer la notion de Carr (1974) en prenant pour base ses travaux. Ils ont proposé une hypothèse de la croyance irrationnelle chez les TOC, qui est considérée comme source de la surestimation de danger.

D'après eux, la menace ressentie par le sujet obsessionnel est immédiatement généralisée dans une « première évaluation » irréaliste, c'est à dire la première partie du processus cognitif. Ensuite, une fois la première évaluation de danger établie, va apparaître chez le sujet une distorsion dans le deuxième processus d'évaluation par lequel il sous-estime sa capacité à gérer le danger d'une manière adaptative ou réaliste. Ainsi, la surestimation du danger et la sous-estimation de la capacité à gérer le danger amèneront à des sentiments d'incertitude, d'incapacité, de perte de contrôle et d'anxiété. Le sujet considère les rituels magiques comme le moyen le plus efficace pour réduire le danger anticipé et diminuer l'anxiété ainsi que pour lui fournir une arme de contrôle. Il peut croire que les rituels peuvent prévenir les dangers, et que, si les rituels ne sont pas accomplis, des catastrophes risquent de survenir. Suivant le principe de la théorie de conditionnement d'évitement, McFall et Wollersheim (1979) supposent que cette évaluation erronée pourrait renforcer et maintenir les symptômes. Pour les patients, les rituels sont considérés comme moins gênants que les pensées dangereuses et/ou catastrophiques, bien que ces rituels eux-mêmes soient douloureux. Alors, les patients préfèrent les rituels et subir leurs conséquences gênantes et souvent handicapantes, plutôt que de supporter l'angoisse associée aux surestimations catastrophiques.

McFall et Wollersheim (1979) supposent que les « déficits cognitifs » dans le premier et deuxième processus d'évaluation sont probablement liés aux croyances irrationnelles. Mais celles-ci ne sont pas identiques dans les deux parties différentes du processus cognitif.

Les croyances irrationnelles, qui peuvent influencer le **premier processus** d'estimation, sont listés comme suit:

i.

on doit être parfaitement compétent, convenable, respecté le plus possible par les autres, pour être considéré et pour éviter la critique ou la désapprobation des autres;

ii.

faire des erreurs entraînera la punition ou la condamnation,

iii.

on est tout puissant pour prévenir la pire conséquence par les rituels magiques;

iv.

certaines pensées et sentiments sont inacceptables et pourraient provoquer une catastrophe (ex : de la colère va résulter l'homicide et on doit être puni en ayant ces pensées).

Certaines croyances irrationnelles qui influencent négativement le **deuxième processus** cognitif sont listées comme suit:

i.

si quelque chose est ou pourrait être dangereux, on doit être terriblement troublé par cette chose;

ii.

les rituels magiques pourraient prévenir la catastrophe;

iii.

il est plus facile et plus efficace de faire des rituels magiques que de se confronter directement avec l'angoisse et/ou les pensées;

iv.

le sentiment d'incertitude et la perte de contrôle sont intolérables, et très angoissants; ainsi faut-il faire quelque chose pour les corriger.

McFall et Wollersheim (1979) soulignent que les croyances irrationnelles dans les deux processus d'évaluation sont souvent restées dans l'inconscient et fonctionnent souvent d'une façon automatique, immédiate et intuitive, comme tous les autres troubles anxieux et dépressifs.

Nous proposons de résumer ce modèle dans le schéma suivant:

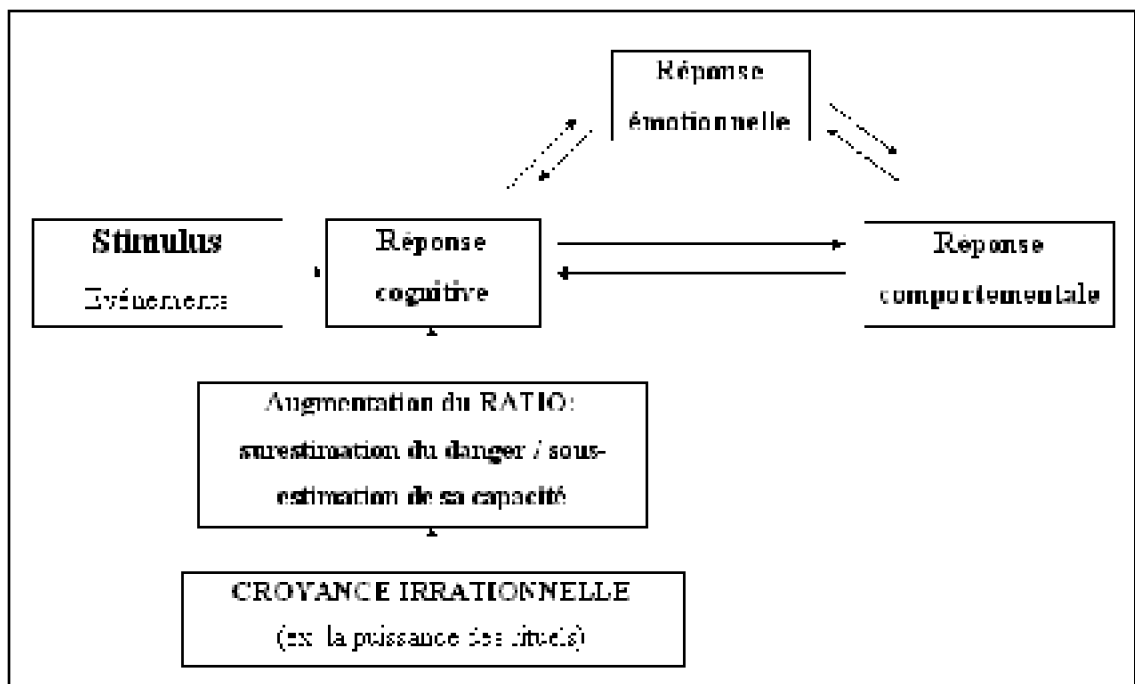


Schéma : Modèle de McFall et Wollersheim (résumé par Yao)

A travers ce modèle cognitif, on voit que le stimulus auquel le sujet réagit avec la réponse cognitive, émotionnelle et comportementale, correspond toujours aux situations environnementales. En d'autres termes, il reste toujours à l'extérieur, en dehors de l'individu. Il est difficile d'expliquer pourquoi un ruminant passe des heures à ressasser ses obsessions sans qu'il y ait un véritable stimulus dans son entourage, ou qu'un laveur se lave les mains pendant des heures sans aucun contact avec d'autres objets, ou enfin qu'un vérificateur retourne plusieurs fois à la cuisine pour vérifier le gaz même s'il est déjà au lit. Il existe certainement d'autres stimuli qui poussent les patients à accomplir leurs rituels interminables.

Modèle de Salkovskis (1985) et de Rachman (1993)

Un progrès radical dans le développement des modèles cognitifs de TOC est certainement, la mise en place du modèle de Salkovskis (1985, 1989) et de Rachman (1993, 1997). Selon ce modèle cognitif, il existerait trois types de pensées obsédantes chez les obsessionnels-compulsifs: pensée intrusive, pensée neutralisante et pensée automatique négative (appréciation ou interprétation négative des pensées intrusives reliée à des schémas cognitifs sous-jacents). L'hypothèse centrale est que la pensée intrusive est un stimulus interne qui, avec les situations ou événements environnementaux, les stimuli externes, devient angoissante et provoque chez les obsessionnels des pensées neutralisantes à travers l'effet des appréciations négatives ou des schémas cognitifs (réponse cognitive). Ainsi la réponse émotionnelle et la réponse comportementale vont apparaître.

Cottraux (1998) a résumé ce modèle avec le schéma suivant:

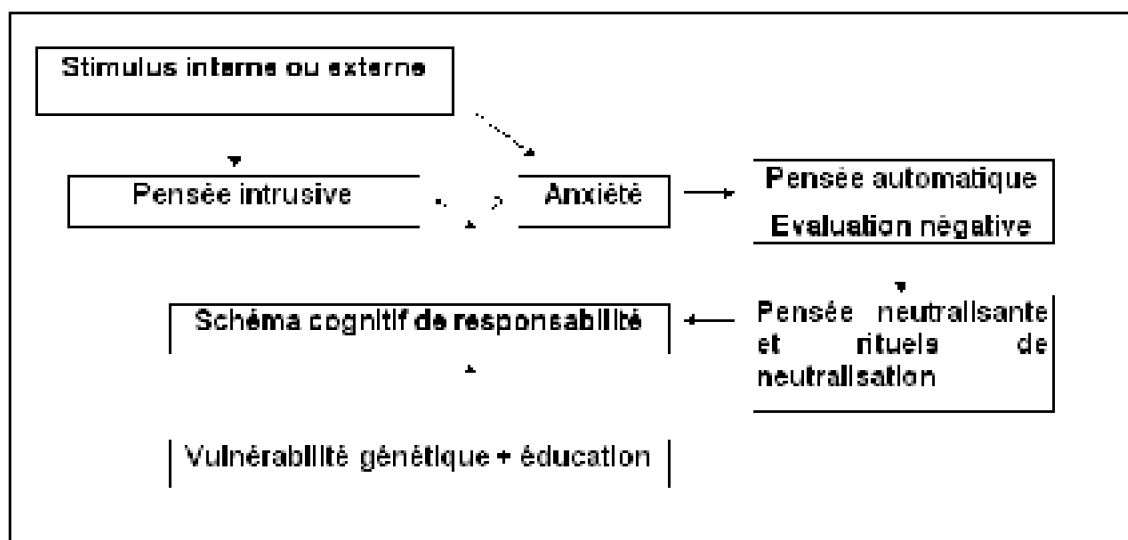


Schéma : Modèle cognitif des TOC (Cottraux, 1998)

1.2.2.1. Pensée intrusive:

Le modèle de Salkovskis est construit sur la base des modèles cognitifs de Beck pour la dépression et pour l'anxiété (Beck, 1976) et s'appuie sur le point de vue de Rachman (1981). Rachman a développé l'hypothèse que les obsessions sont des stimuli internes auxquels le sujet n'arrive pas à s'habituer. En adoptant ce point de vue, Salkovskis a argumenté que les pensées obsédantes ne fonctionnent comme des stimuli, que dans la mesure où elles peuvent provoquer des pensées automatiques négatives. En d'autres termes, seules certaines pensées obsédantes, mais pas toutes, pourraient être le stimulus interne. On les appelle des pensées intrusives.

Salkovskis (1985) a souligné la différence entre la pensée obsédante (appelée plutôt la pensée intrusive) et la pensée automatique négative (y compris la pensée neutralisante). Il a cité la notion de Rachman (1981) sur la pensée intrusive: ce sont les pensées ou images ou impulsions répétitives désagréables, inacceptables et /ou refusées par le sujet, qui interrompent les activités du sujet et qui sont difficiles à contrôler. Alors la pensée automatique négative est décrite, par Salkovskis, comme étant une pensée conformiste, acceptable par le sujet, provoquée par des stimuli (externe, événements extérieurs ou interne, pensées intrusives sur ces événements): « *C'est épouvantable de penser comme cela!* ». Elle va être suivie de neutralisations des pensées intrusives. La différence la plus importante entre ces deux sortes de pensées est l'acceptabilité. Par exemple, penser à la mort de la mère, est une pensée inacceptable, refusée par le patient; évidemment c'est une pensée intrusive. Ensuite, le sujet va se dire: « *Ce n'est pas normal que je pense à cela. Il faut que je nettoie la maison, ma mère sera contente* ». C'est une pensée acceptable pour le sujet, alors des pensées automatiques négatives, ou plus précisément, la première partie est une appréciation négative et la deuxième, une pensée neutralisante.

Nous pouvons, donc, proposer une définition des pensées intrusives: ce sont des idées, des pensées, des images ou des impulsions répétitives, persistantes, désagréables et involontaires et/ou refusées par le sujet, et difficiles à contrôler. Elles peuvent

apparaître brutalement dans l'esprit du sujet et entraînent une anxiété ou une détresse importante.

Les cognitivistes (Salkovskis, 1985, Rachman, 1981, Cottraux, 1989 et 1998) insistent sur une continuité entre les phénomènes obsessionnels normaux et anormaux. Il est prouvé que les pensées intrusives existent aussi bien chez les malades obsessionnels que chez les sujets normaux et qu'elles ont les mêmes thèmes de contenus dans ces deux groupes (Rachman et De Silva, 1978; Salkovskis et Harrison, 1984; Edwards et Dickerson, 1987; England et Dickerson, 1988; Reynolds et Salkovskis, 1991; Freeston et Ladouceur, 1993; Wells et Morrison 1994; Yao, 1995; Yao et coll., 1996, 1997b; Bouvard et Cottraux, 1997). Par exemple, la peur de faire du mal aux autres, le thème de l'agressivité dans l'intrusion, la peur de se tromper ou de ne pas bien faire les choses, le thème du perfectionnisme, peuvent très bien exister chez les patients atteints de TOC et chez les sujets normaux. Selon les études (Rachman et De Silva, 1978; Niler et Beck, 1989; Purdon et Clark, 1993; Freeston et coll., 1991; Yao, 1995; Yao et coll., 1996, 1997b; Bouvard et Cottraux, 1997), 80 -100% de la population normale présentent des pensées intrusives. Mais elles se différencient de celles des patients atteints de TOC par la fréquence, la durée et la facilité de les rejeter et de les habituer. En fait, la différence radicale entre ces deux groupes réside dans l'interprétation vis-à-vis des pensées intrusives.

A travers les études sur les contenus des pensées intrusives chez les gens normaux et chez les patients atteints de TOC, nous pouvons les résumer globalement en 4 thèmes: l'agressivité, le perfectionnisme, la perte (objet, santé, ou quelqu'un) et la sexualité. Tout d'abord, Rachman et De Silva (1978) ont rapporté une liste des pensées intrusives, trouvées chez 80% d'étudiants interrogés (sujets non-cliniques), dans deux principaux thèmes: l'agressivité et la sexualité. C'est à dire une agressivité envers les autres ou soi-même, soit sur le plan physique, (attaque, blessure, maladie, etc.), soit sur le plan de la morale (insulter, blesser, punir, etc.) et sur un désir sexuel inapproprié, ce qui est semblable au contenu des TOC. Plus tard, Niler et Beck (1989) ont étudié les pensées intrusives chez 75 sujets non-cliniques avec un questionnaire de 60 items contenant aussi deux principaux thèmes: l'agressivité et la sexualité. 99% des sujets non-cliniques rapportaient avoir l'expérience de pensées intrusives. Ensuite, Freeston et coll. (1991) ont résumé les pensées intrusives en six items dans un questionnaire comportant la santé, la situation embarrassante, le comportement sexuel inacceptable, le comportement agressif, l'accident ou la maladie mortelle qui pourrait avoir lieu chez quelqu'un de la famille ou des amis. Un peu plus tard, Purdon et Clark (1993) ont aussi développé un questionnaire de 52 items sur les pensées intrusives comprenant: agressivité, sexualité et maladie. Ces deux dernières études ont également obtenu le même résultat: 99% des sujets dans leur échantillon d'étudiants ont rapporté l'expérience de pensées intrusives. Récemment, Yao (1995) a développé un questionnaire pour étudier l'expérience et la fréquence des pensées intrusives et leurs interprétations chez les patients atteints de TOC et chez les sujets normaux. La première échelle est construite sur onze questions déterminées et une question ouverte, représentant celles des pensées obsédantes dans l'échelle de Y-BOCS et concernant les contenus principaux des pensées intrusives: l'agressivité, le perfectionnisme, la perte (santé, objet, ou une personne), la sexualité et la

saleté/contamination. Avec cette échelle, 100% des sujets obsessionnels et des sujets non-cliniques ont rapporté l'expérience sur un ou plusieurs items (Yao, 1995, Yao et coll., 1996). Sur un échantillon de 100 sujets, quatre facteurs ont été trouvés pour l'échelle des pensées intrusives, qui correspondent aux 4 thèmes des contenus: l'agressivité, le perfectionnisme, la perte (santé, objet, ou une personne) et la sexualité (Yao et coll., 1996). Plus tard, selon ce résultat cette échelle est révisée en 12 items ne comprenant que ces quatre thèmes de contenus (Yao et coll., 1999). Il y a aussi 97 % des sujets contrôles non-cliniques qui ont rapporté l'expérience de pensées intrusives. Le tableau 1 résume les études sur le contenu des pensées intrusives (voir page suivante).

Tableau 1. Etudes sur le contenu des pensées intrusives

	Contenu rapporté ou étudié	Echantillon étudié	Expérience des pensées intrusives
Rachman et De Silva (1978)	-Agressivité (physique ou morale) - Sexualité	Non clinique n= 124	80%
Niler et Beck (1989)	un questionnaire de 60 items sur: - Agressivité - Sexualité	Non clinique n= 75	99%
Purdon et Clark (1993)	un questionnaire de 52 items sur: - Agressivité - Sexualité - Maladie	Non clinique n= 293	99%
Freeston et coll. (1991)	un questionnaire de 6 items sur: - la santé, - la situation embarrassante, - le comportement sexuel inacceptable, - le comportement agressif, - l'accident ou la maladie mortelle	Non clinique n=125	99%
Yao et coll. (1996)	un questionnaire de 11 items sur: - l'agressivité, - le perfectionnisme, - la perte (santé, objet, une personne, etc.) - la sexualité - la saleté/contamination	Malades de TOC, n = 35; et non clinique, n = 65	100% chez les malades et chez les normaux
Yao et coll. (1999)	un questionnaire de 12 items sur: - l'agressivité, - le perfectionnisme, - la perte (santé, objet, une personne, etc.) - la sexualité	Malades de TOC, n = 36; Non clinique, n = 36	100% chez les malades; 97% chez les normaux
Yao (1999)	un questionnaire de 12 items sur: - l'agressivité, - le perfectionnisme, - la perte (santé, objet, une personne, etc.) - la sexualité	Non clinique, n = 261	99%

La forme des pensées intrusives se présente souvent sous formule comme: « *J'ai peur de* », « *J'ai un doute sur* », ou « *J'ai l'impulsion de* », etc.. Par exemple,

un vérificateur peut se dire « *J'ai peur d'avoir fait une erreur.* », ou « *J'ai un doute si je n'ai pas écrasé quelqu'un.* », ou « *J'ai l'impulsion de faire du mal aux autres.* ».

A travers les études sur le lien entre les pensées intrusives et l'anxiété, la dépression et l'obsession, nous pouvons voir que les pensées intrusives pourraient être associées avec **la dépression** (Clark et Helmsley, 1985; Parkinson et Rachman, 1981; Reynolds et Salkovskis, 1991, Freeston et coll., 1992) et **l'anxiété** (Parkinson et Rachman, 1981; Clark, 1986; Clark et Nicki, 1989; Reynolds et Salkovskis, 1991; Freeston et coll., 1992; et Purdon et Clark, 1993.). Mais elles sont surtout liées avec **les obsessions** (Clark et Helmsley, 1985; Freeston et coll., 1992; Purdon et Clark, 1993; Yao et coll., 1996, 1997b).

Les pensées intrusives sont donc considérées comme un phénomène normal mais elles sont devenues des stimuli internes comme un problème obsessionnel seulement quand elles peuvent provoquer une sorte de pensées automatiques négatives.

1.2.2.2. Pensée neutralisante

C'est une pensée conformiste, acceptable par le sujet, et qui cherche à neutraliser les intrusions pour calmer l'anxiété. La pensée neutralisante fait partie des pensées obsédantes et appartient aux pensées automatiques négatives dans le sens du modèle de Salkovskis (1985). Elle apparaît souvent sous formule comme: « *Il faut que je fasse* » ou « *Je dois faire* » ou « *J'ai envie de faire* », etc..

Cette pensée est en fait très maladaptive et paradoxale car elle tente de calmer l'angoisse provoquée par la pensée intrusive mais elle renforce en même temps l'intrusion. En conséquence, la pensée intrusive, l'angoisse et la pensée neutralisante se maintiennent ou se répètent dans un cercle vicieux. D'après Wells et Davies (1994), Salkovskis et Campbell (1994), la tentative de contrôler les pensées intrusives par la répression (une sorte de neutralisation) provoquera un effet paradoxal: plus on veut refouler les pensées intrusives, plus la fréquence des pensées intrusives augmente. Plus tard, Salkovskis et coll. (1997) ont fait une autre expérimentation sur l'effet de neutralisation des pensées intrusives. Leur résultat confirme aussi que la neutralisation entraîne, dans un deuxième temps, une angoisse et une envie de neutraliser plus fortes et une difficulté d'arrêter la neutralisation. L'étude de Rachman et coll. (1996) confirme également que la neutralisation réduit l'anxiété provoquée par des pensées intrusives; mais si l'on résiste à la neutralisation, l'anxiété et l'envie de neutraliser diminueront naturellement.

1.2.2.3. Pensée automatique négative (appréciation ou interprétation négative des pensées intrusives, ou schémas cognitifs)

Le schéma cognitif se traduit par des pensées automatiques négatives: elles apprécient négativement le contenu des pensées intrusives: « *C'est immoral de penser ainsi* ». Quand nous voyons le cercle vicieux chez les patients atteints de TOC entre la pensée intrusive, l'angoisse et la pensée neutralisante, apparaît l'interrogation de comprendre pour quelles raisons, les patients ont encore du mal à l'arrêter et continuent à se faire souffrir alors même qu'ils savent que la pensée neutralisante est un piège. En fait, selon la théorie de Beck, les émotions négatives sont toujours dominées par les pensées

automatiques négatives dans les situations déterminées. On peut supposer que les émotions négatives chez les TOC sont aussi venues des pensées automatiques négatives sur les pensées intrusives. Selon Salkovskis (1985), la pensée intrusive ne pourrait devenir un stimulus interne et une source permanente de la perturbation émotionnelle et provoquer les pensées neutralisantes qu'à travers l'interaction entre les intrusions et les schémas cognitifs. C'est à dire que le schéma cognitif ou les pensées automatiques négatives ou les interprétations irrationnelles vis-à-vis des intrusions pourrait être la source des pensées intrusives, des émotions négatives et des pensées neutralisantes.

Le schéma cognitif se manifeste par des pensées automatiques négatives qui, chez les obsessionnels, représentent l'ensemble des appréciations négatives des pensées intrusives, que nous appelons aussi (Yao, 1995) interprétations irrationnelles des pensées intrusives. Les schémas cognitifs, présentant en fait une perturbation du traitement de l'information, sont inconscients, situés dans la mémoire à long terme, issus de l'éducation, et fonctionnent automatiquement (Cottraux, 1989). Cette sorte d'interprétation est toujours très désagréable, et souvent sous forme d'autocritique ou d'auto-jugement, comme exemple: « *C'est grave ou c'est dangereux d'y penser* », « *C'est une honte de penser à ça* », « *Je risque d'être mal vu ou mal jugé par les autres si j'ai ces pensées.* », etc. Puisqu'elles sont désagréables, elles entraîneront une angoisse importante.

Le modèle cognitif de TOC suggère que les interprétations irrationnelles vis-à-vis des pensées intrusives pourraient être des structures cognitives spécifiques dans les TOC (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997; Cottraux, 1998). C'est à dire que les patients atteints de TOC pourraient interpréter leurs pensées intrusives avec des schémas cognitifs irrationnels, ce qui rend les pensées intrusives plus fréquentes, plus durables et plus difficiles à rejeter. Se maintiennent ainsi des angoisses et des rituels. Les études de Yao (1995) et Yao et coll. (1996, 1997b) ont pu mettre en évidence la relation entre les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles. Plus les pensées intrusives sont fréquentes, plus les interprétations irrationnelles des pensées intrusives sont importantes aussi bien chez les sujets obsessionnels compulsifs que chez les sujets non-cliniques.

Les études sur le schéma cognitif irrationnel vis-à-vis des pensées intrusives ont été menées, en général, dans trois domaines: la responsabilité (Salkovskis, 1985), la culpabilité (Rachman, 1993, Shafran et coll., 1996a) et l'infériorité (Yao, 1995, Yao et coll., 1996).

A. Responsabilité:

Selon Salkovskis, Rachman, Ladouceur et Freeston (Ladouceur et coll., 1995), la responsabilité exagérée chez les TOC est définie comme une croyance de la personne qu'elle possède le pouvoir « pivot » de provoquer ou de prévenir des conséquences négatives cruciales.

Depuis que la responsabilité perçue par les obsessionnels a été suggérée comme un noyau central du TOC (Salkovskis, 1985), plusieurs études ont confirmé qu'il y a un lien entre le sentiment de responsabilité et les phénomènes obsessionnels compulsifs chez les patients atteints de TOC (Lopatka et Rachman, 1995; Shafran, 1995; Yao, 1995;

Bouvard et coll., 1997, Yao et coll., 1997b) et chez les sujets non-cliniques (Rhéaume et coll., 1994, 1995a, Ladouceur et coll., 1997, Wilson et Chambless, 1999). Lopatka et Rachman (1995) et Shafran (1995) ont rapporté que la réduction de la responsabilité perçue est suivie temporairement par la diminution de l'anxiété et des vérifications chez les vérificateurs. Yao (1995) a également constaté que la responsabilité vis-à-vis des pensées intrusives fréquentes est liée avec les symptômes de TOC chez les obsessionnels. Bouvard et coll. (1997) ont comparé un groupe de TOC à un groupe de sujets normaux au niveau des manifestations obsessionnelles de la responsabilité et des processus de responsabilité. Ils ont montré que les sujets obsessionnels reconnaissent avoir plus de croyances ou de pensées ayant trait à la responsabilité que les sujets contrôles; la différence résiderait dans le traitement de l'information en termes de gravité, de probabilité et de pouvoir du sujet. Van Oppen et coll. (1994) ont réussi à améliorer les patients atteints de TOC en utilisant des techniques de modification de la surestimation de catastrophe et de responsabilité basée sur ce modèle. Rhéaume et coll. (1994, 1995a) ont trouvé que, chez les sujets non cliniques, la responsabilité est significativement corrélée avec les phénomènes obsessionnels-compulsifs et les pensées obsédantes. Wilson et Chambless (1999) ont examiné la relation entre la responsabilité exagérée et les symptômes obsessionnels-compulsifs dans un échantillon d'étudiants (n= 167). Ils ont trouvé que la responsabilité perçue est significativement liée aux phénomènes obsessionnels-compulsifs et que la responsabilité correspond également aux vérifications et aux lavages.

Cependant, certaines études n'ont pas confirmé complètement l'hypothèse de la responsabilité dans les troubles obsessionnels compulsifs. Sauteraud et coll. (1995) n'ont pas trouvé de différence entre les patients atteints de TOC et les sujets normaux sur le traitement des mots neutres et des mots de responsabilité dans une épreuve de décision lexicale. Ladouceur et coll. (1995) ont fait une étude contrôlée chez les sujets non-cliniques; le résultat n'a pas complètement soutenu l'hypothèse d'un lien entre la responsabilité et le comportement vérificateur. Ils ont suggéré que la surestimation de la sévérité des conséquences perçues pourrait jouer un rôle dans les vérifications. L'étude de Jones et Menzies (1997) n'a pas confirmé le rôle de la responsabilité dans un sous-groupe de TOC ayant uniquement des rituels de lavage des mains (n= 27). Yao et coll. (1996) ont trouvé que, chez les patients atteints de TOC, la responsabilité n'est pas liée uniquement avec la pathologie obsessionnelle-compulsive, mais aussi avec la dépression et l'anxiété. De plus la responsabilité n'a pas de corrélation significative avec les pensées intrusives. Ces résultats pourraient suggérer que la responsabilité ne serait pas la seule structure cognitive dans le TOC.

L'étude de Freeston et coll. (1992) montre une corrélation très importante entre les obsessions-compulsions et le facteur d'évaluation comprenant la responsabilité, la culpabilité et la désapprobation chez les sujets non-cliniques. Ce résultat révèle que dans l'évaluation des pensées intrusives, il y a non seulement la responsabilité, mais aussi la culpabilité et la désapprobation qui sont toutes liées avec les obsessions-compulsions. En fait, comme il y a plusieurs thèmes de pensées intrusives, on pourrait se poser la question de savoir si la responsabilité ne serait pas impliquée dans un ou plusieurs thèmes de pensées intrusives mais pas dans tous. L'étude récente (Yao et coll., 1999) a trouvé que

la responsabilité n'était corrélée qu'aux pensées intrusives à thème d'agressivité chez les patients atteints de TOC.

Fusion pensée-action (responsabilité spécifique):

Rachman et al (1995) ont proposé un rôle central pour une responsabilité exagérée mais spécifique qui pourrait être liée avec les obsessions compulsions. Ils ont passé leur questionnaire à 291 étudiants pour mesurer la responsabilité (RAQ, *Responsibility Appraisal Questionnaire*). Ils ont trouvé que parmi quatre facteurs correspondant à la responsabilité, seul le facteur de TAF (*Thought action fusion*, la fusion de pensée-action) correspond significativement aux obsessions. En d'autres termes, la responsabilité perçue qui pourrait provoquer les obsessions compulsions serait plutôt une responsabilité avec la croyance de la fusion de pensée-action. Les patients de TOC pourraient croire irrationnellement que « penser » égale « faire ». Ainsi, ils se sentiraient terriblement responsables et coupables de leurs pensées intrusives (Rachman, 1993). Purdon et Clark (1994) ont aussi trouvé que la croyance de la réalisation des pensées intrusives et l'anticipation de l'incontrôlabilité des pensées représentent deux prédicteurs dans la fréquence et la persistance des pensées intrusives. On peut considérer ces deux prédicteurs comme une fusion de la pensée et de l'action. Un peu plus tard, Shafran, Thordarson et Rachman (1996b) ont développé un questionnaire de la fusion de pensées et d'actions (TAF scale) pour évaluer le rôle du phénomène de penser=action dans le TOC. Ils ont trouvé que la croyance en la fusion de la pensée avec l'action est plus élevée chez les sujets obsessionnels (n = 118) que chez les sujets non-obsessionnels (n = 122). Mais cette croyance est plutôt liée aux comportements de vérification chez les obsessionnels.

B. Culpabilité:

Le terme de culpabilité a été défini de plusieurs façons, mais la plupart des définitions comprennent un sens de la violation des règles intérieures personnelles (Beck, 1976). Il y a donc un sentiment personnel de tension, de remords et de regret sur la « mauvaise chose faite » (Tangney, 1996). Selon la définition de Rachman (1993), la culpabilité dans le TOC peut être définie comme le sentiment d'être coupable lorsque le sujet estime ses pensées intrusives blâmables.

En clinique, beaucoup de patients de TOC se culpabilisent énormément vis-à-vis de leurs pensées intrusives et se contrôlent avec les rituels. Le contenu des pensées intrusives est considéré ou ressenti par les patients comme un tabou, un signe d'anormalité et/ou un fonctionnement immoral ou méchant. Ils se jugent sévèrement et se sentent alors très coupables de leurs pensées intrusives.

Pour Niler et Beck (1989), la culpabilité est le meilleur prédicteur des pensées intrusives parmi la dépression, l'anxiété et la culpabilité dans un échantillon de 76 sujets non-cliniques. Mais Reynolds et Salkovskis (1991) n'ont pas confirmé ce résultat dans un échantillon de 169 sujets non cliniques en utilisant la même méthode que celle de Niler et Beck sauf une mesure pour l'anxiété différente.

Shafran et coll. (1996a) ont utilisé le Questionnaire de Culpabilité (*Guilt Inventory*, GI; Kugler & Jones, 1992) pour étudier la culpabilité chez les sujets obsessionnels compulsifs

et chez les sujets normaux et examiner les relations entre culpabilité, anxiété, dépression et obsession dans les populations obsessionnelles et normales. Ils ont trouvé que les sujets obsessionnels (n=30) rapportent un sentiment de culpabilité (l'état, le trait et le standard moral) significativement plus élevé par rapport aux sujets normaux (n=30); dans les deux groupes, la culpabilité (le trait) est le seul prédicteur significatif pour les phénomènes obsessionnels compulsifs, indépendant de l'anxiété et de la dépression. Mais dans le groupe de TOC, le trait de la culpabilité est uniquement et significativement corrélé avec les rituels de vérification mais pas avec les autres rituels. De même, il n'existe pas de corrélations significatives entre l'état et le standard moral de la culpabilité et la pathologie obsessionnelle-compulsive.

Les études de Yao (1995) et de Yao et coll. (1996) ont également constaté le lien entre la culpabilité vis-à-vis des pensées intrusives et les symptômes de TOC, mais le résultat montre que la culpabilité est aussi corrélée à l'anxiété chez les patients de TOC. En fait, il est intéressant de noter que pour Yao et coll. (1999), la culpabilité était le seul prédicteur pour les pensées intrusives à thème de perte (d'objet, de santé et de quelqu'un) chez les TOC.

C. Infériorité:

Sur la base du modèle de McFall et Wollersheim (1979) et du modèle de Salkovskis (1985) et sur l'expérience clinique, Yao (1995) a proposé, pour la première fois, l'importance de l'infériorité dans les interprétations des pensées intrusives comme un schéma cognitif dans le TOC. Yao (1995) a argumenté que les obsessionnels se sentent non seulement responsables (ex. « *C'est grave ou c'est dangereux d'y penser* ») et/ou coupables (ex. « *C'est une honte de penser à ça* ») de leurs pensées intrusives, mais encore inférieurs (ex. « *Je pense à une chose anormale, je suis mauvais. Alors je serai puni ou mal jugé par les autres.* »; ou bien: « *Je pense à ne pas avoir correctement fait une chose, je ne suis pas mieux que les autres, alors je suis inférieur aux autres.* ».)

Pour Weiner et Mohl (1996) et Yao et coll. (1996), l'infériorité peut être définie comme la conviction intime et persistante d'occuper un rang toujours inférieur par rapport aux autres en ce qui concerne le mérite, la valeur personnelle et/ou les capacités intellectuelles et physiques. Le sentiment d'infériorité, chez les patients atteints de TOC, pourrait être expliqué par le fait que ces patients croient irrationnellement que, s'ils ont des pensées intrusives et ne les neutralisent pas, ils seront dévalorisés, critiqués, mal appréciés ou mal jugés par eux-mêmes ou par les autres, donc inférieurs aux autres. Selon cette définition, Yao et coll. (1996) ont supposé que quel que soit les contenus des pensées intrusives, leurs interprétations irrationnelles, chez les obsessionnels, elles pourraient être réinterprétées dans un sens d'infériorité. Par exemple,

1.
quand les pensées intrusives sont agressives: « *Je pense à faire du mal aux bébés, je suis donc méchant. Si je ne vérifie pas, je serai considéré comme méchant, alors je serai mal vu ou mal considéré par les autres.* » : passage de l'agressivité à l'infériorité;
2.
quand les pensées intrusives sont perfectionnistes: « *J'ai peur de ne pas faire les*

choses correctement, je ne suis donc pas mieux que les autres et/ou que je serai mal jugé ou mal considéré par les autres, alors je suis inférieur aux autres. » : passage du perfectionnisme à l'infériorité.

3.

quand les pensées intrusives concernent la sexualité: *« J'ai peur de me déshabiller devant tout le monde, je suis donc folle, je serai critiquée et rejetée par tout le monde ou je serai mal vue par les autres. »* : Passage d'une peur de la sexualité à l'infériorité;

4.

quand les pensées intrusives concernent la maladie, la peur de perte de santé: *« J'ai peur d'être salie, car je risque d'être contaminée, je serai donc malade, alors je ne serai pas plus performant ou je serai plus faible par rapport aux autres. »* Passage d'une peur de la maladie à l'infériorité.

En fait, dans la réalité, tout le monde voudrait être valorisé, considéré comme un égal, être apprécié, ou être respecté par rapport aux autres et à soi-même. Mais comme les obsessionnels conservent souvent un sentiment d'infériorité vis-à-vis des pensées intrusives, en conséquence, ils se sentent dévalorisés ou diminués. Ils n'acceptent donc pas l'existence des pensées intrusives. Ils se sentent très angoissés et cherchent à les neutraliser pour « se valoriser » ou « se faire respecter ». Pour eux, si ils ne les neutralisent pas, ils sont inférieurs. On peut considérer ce sentiment d'infériorité comme un des postulats ou schémas cognitifs des patients de TOC. Ce postulat peut être formulé ici comme suivant:

« Si je ne fais pas des rituels, je serais puni ou critiqué par les autres, alors je serais inférieur aux autres ou mal considéré par les autres. »

En d'autres termes, *« Il faut que je fasse des rituels pour être mieux que les autres et être apprécié, ou être respecté ou considéré par les autres. »*

A partir de l'hypothèse de l'infériorité comme un des schémas cognitifs dans le TOC, les études contrôlées (Yao, 1995; Yao et coll., 1996, 1998) ont confirmé l'importance de l'interprétation d'infériorité vis-à-vis des pensées intrusives dans les TOC. Les auteurs (Yao, 1995; Yao et coll. 1996) ont comparé les patients de TOC avec les sujets contrôles non cliniques en utilisant le questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations (QPII). Ils ont trouvé que, par rapport aux contrôles, les sujets obsessionnels ont des pensées intrusives beaucoup plus fréquentes et qu'ils ont aussi les trois dimensions des interprétations irrationnelles vis-à-vis des pensées intrusives: responsabilité, culpabilité et infériorité, beaucoup plus fréquentes. Parmi ces trois dimensions d'interprétations, c'est l'interprétation d'infériorité qui est corrélée significativement à l'intensité de la pathologie obsessionnelle (Y-BOCS), mais qui n'est corrélée ni à l'anxiété, ni à la dépression. En revanche, ils ont trouvé que les interprétations de responsabilité et de culpabilité ne sont pas liées uniquement à la pathologie obsessionnelle-compulsive, mais en plus à la dépression et/ou à l'anxiété. D'ailleurs, elles ne correspondent pas aux pensées intrusives. Ce qui pourrait suggérer que la responsabilité et la culpabilité ne seraient pas forcément la seule structure cognitive centrale dans le TOC et que l'infériorité en ferait également partie.

L'étude de Freeston et coll. (1992) montre une corrélation très importante entre les obsessions-compulsions et le facteur d'évaluation comprenant la responsabilité, la culpabilité et la désapprobation. A notre avis, la désapprobation peut être classée dans le sentiment d'infériorité.

En même temps, Rhéaume et coll. (1995b) ont constaté, dans un échantillon non clinique, un lien indépendant entre le perfectionnisme et les symptômes obsessionnels et compulsifs en dehors de la relation de la responsabilité avec la pathologie. Frost et Steketee (1997) ont aussi examiné le niveau du perfectionnisme chez les patients atteints de TOC (n=35), comparés avec les sujets non-cliniques (n=35) et les patients atteints de trouble panique avec agoraphobie (n=14). Ils ont trouvé que les patients obsessionnels sont plus perfectionnistes que les sujets non-cliniques, mais que le niveau de perfectionnisme n'est pas plus haut chez les obsessionnels que chez les patients atteints de trouble panique avec agoraphobie, sauf une dimension de perfectionnisme: le doute sur l'action. Freeston et coll. (1996) ont proposé de considérer le perfectionnisme comme une croyance erronée résultant d'un besoin de certitude absolue, de savoir et de contrôle parfaits. La croyance centrale est que l'état parfait peut exister à cet égard. Mais si nous nous référons au modèle cognitif des TOC (Salkovskis, 1985; Rachman, 1997; Cottraux, 1998), ces pensées perfectionnistes devraient être décomposées en pensées intrusives (ex. peur de ne pas bien faire des choses) et en pensées neutralisantes (ex. besoin d'être parfait ou d'être sûr). Mais derrière ces pensées intrusives à thème de perfectionnisme, il existe probablement une croyance d'infériorité (« *Si je ne fais pas parfaitement bien une chose, alors je suis moins bien que les autres et/ou je suis nul* »). En effet, l'on est toujours inférieur à un idéal absolu.

Une étude récente (Yao et coll., 1998) a trouvé que l'interprétation d'infériorité avait un lien plus privilégié avec les pensées intrusives à thème de perfectionnisme et à thème de sexualité, bien que chacune des trois dimensions des interprétations irrationnelles: responsabilité, culpabilité et infériorité, corrélait au score total des pensées intrusives chez les patients atteints de TOC. En plus, leur résultat a montré que la mesure de TOC (le Y-BOCS) est le seul prédicteur pour l'interprétation d'infériorité, mais que la responsabilité et la culpabilité n'ont pas de prédicteur significatif parmi les mesures de TOC, de phobie sociale, de dépression et d'anxiété. Cela confirme à nouveau l'importance de l'infériorité en tant qu'interprétation irrationnelle dans la pathologie obsessionnelle-compulsive.

Si on reprend ici les quatre types de croyances irrationnelles principales des obsessionnels, proposés par McFall et Wollersheim (1979), que nous avons cités page 18,

1) l'on doit être parfaitement compétent, convenable, et respecté le plus possible par les autres, pour être considéré et pour éviter la critique ou la désapprobation des autres; 2) faire des erreurs entraînera la punition ou la condamnation; 3) l'on est tout puissant pour prévenir la pire des conséquences par les rituels magiques; 4) certaines pensées et sentiments sont inacceptables et pourraient provoquer une catastrophe; nous pouvons maintenant les distinguer et classer en trois dimensions: la première croyance irrationnelle des TOC (compétence) peut être classée dans la catégorie de l'interprétation de l'infériorité; la deuxième (punition) liée à la culpabilité; et la troisième (pouvoir sur les événements) et la quatrième (catastrophe) sont liées à la responsabilité.

Résumé du modèle cognitif de TOC

Le modèle cognitif (Salkovskis, 1985; Rachman, 1993; Cottraux, 1998; Yao, 1995) distingue les pensées intrusives des pensées négatives automatiques (appréciation négative des pensées intrusives) et des pensées neutralisantes. Ces trois types de pensées expriment cliniquement le fonctionnement du schéma cognitif de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité vis-à-vis des pensées intrusives. Les pensées intrusives sont considérées comme un stimulus interne. Elles ne sont devenues angoissantes qu'avec le schéma cognitif irrationnel de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité. Les pensées neutralisantes, provoquées par les pensées intrusives et le schéma cognitif irrationnel, cherchent à rétablir l'ordre et à calmer l'angoisse liées aux pensées intrusives et au schéma cognitif. Mais en même temps la neutralisation renforce le schéma cognitif irrationnel et entraîne donc dans un deuxième temps des pensées intrusives plus fréquentes, une angoisse plus forte et une envie de neutraliser plus forte. Pour mieux comprendre ce modèle cognitif, nous essayons de le résumer avec le tableau suivant:

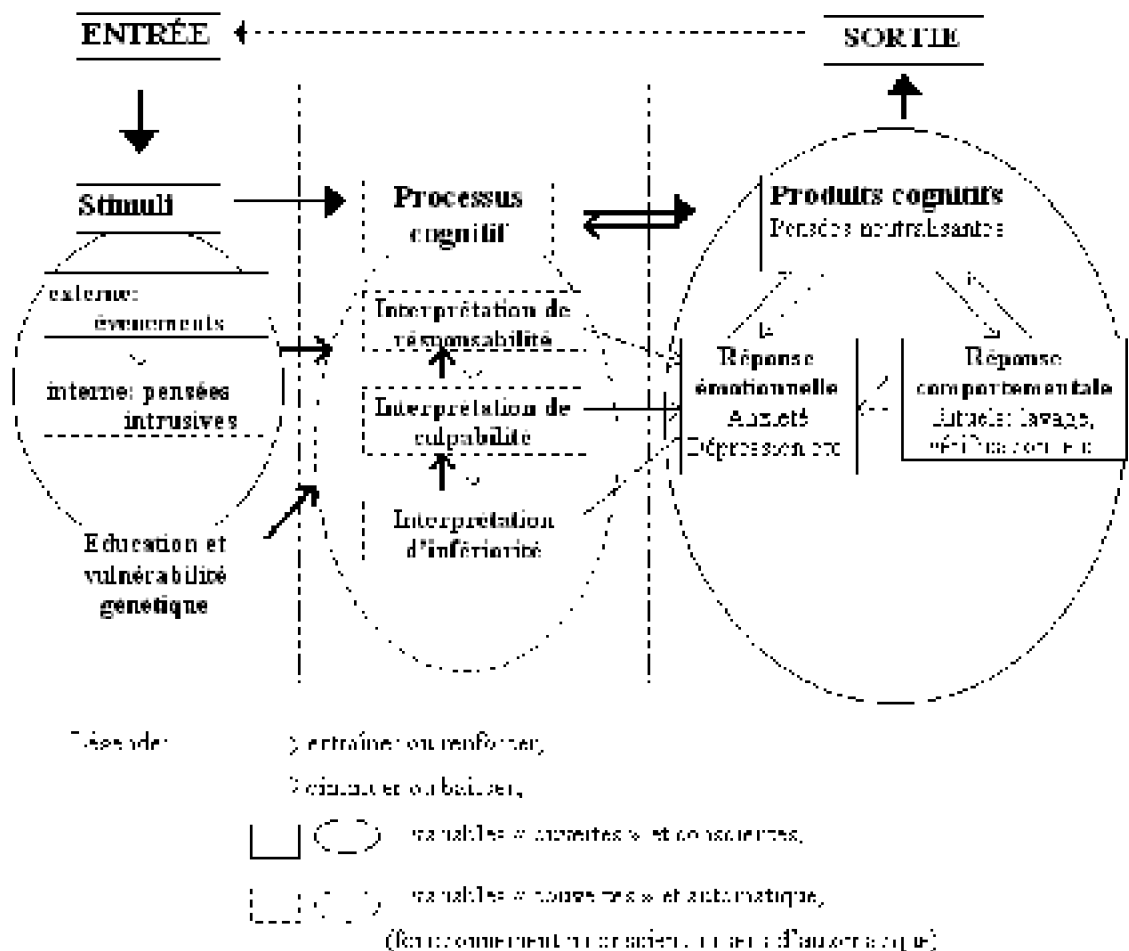


Schéma : Modèle cognitif des TOC (Yao, 1995)

Dans ce modèle, les informations d'entrée sont les stimuli externes (les événements extérieurs) et internes (les pensées intrusives à l'intérieur), l'éducation et la vulnérabilité génétique. Les stimuli externes et internes sont les informations à traiter à court terme. L'éducation et la vulnérabilité génétique sont les informations acquises dans la mémoire à long terme qui entraînent les croyances irrationnelles: ce sont des schémas cognitifs stables.

Une fois que les stimuli entrent dans le cerveau du sujet pathologique, il va les traiter selon un processus cognitif inconscient au sens automatique. A travers le schéma cognitif irrationnel de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité, le sujet va sortir les produits cognitifs qui sont les résultats conscients de la manipulation de l'information, comme les pensées neutralisantes.

Enfin, à la sortie, on ne voit que les réponses c'est à dire les produits cognitifs accompagnés d'anxiété (réponse émotionnelle négative) et les rituels (réponse comportementale). Ces trois « sorties » ont pour but de gérer, de contrôler ou de refouler les stimuli externes et internes. Mais puisque la neutralisation renforce le schéma cognitif irrationnel et que, dans la réalité, les stimuli externes (événements) et internes (pensées intrusives) existent toujours, les pensées neutralisantes, l'angoisse et les rituels sont donc renforcés et se maintiennent ainsi.

1.2.3. Modèle cognitif de phobie sociale

La phobie sociale est décrite selon DSM-IV (APA, 1994) comme « une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui et craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante ». La peur principale est que des observateurs risquent d'émettre des critiques humiliantes ou embarrassantes pour le sujet. Les pensées supposées négatives d'autrui sont autant redoutées que des critiques réelles. L'anxiété et la détresse sont tellement intenses que le sujet choisit souvent un comportement d'évitement face à ce genre de situations pour être tranquille.

Selon le modèle cognitif de la phobie sociale (Beck et coll., 1985; Clark & Wells, 1995; Cottraux, 1995), les croyances négatives (ou schémas cognitifs) joueraient probablement un rôle très important dans le développement et la maintenance des émotions négatives et du comportement d'évitement. Clark et Wells (1995) supposent que les phobiques sociaux présenteraient une série de croyances de danger face aux situations sociales anxieuses. Les patients pourraient croire que leurs manières de se comporter sont inadéquates et inacceptables et que, par conséquent, la perte de leurs statut, la perte de leurs valeurs et le rejet social seront des conséquences catastrophiques. Dès que le phobique social interprète la situation sociale comme un danger, des pensées négatives apparaîtront automatiquement et des émotions négatives (ex. anxiété) et des comportements négatifs (ex. évitement) se manifesteront pour protéger le sujet des dangers. Les recherches ont montré que les phobiques sociaux ont, en général, une évaluation négative d'eux même et sous-estiment leurs comportements

sociaux réels. Enfin, ils sélectionnent et traitent plus facilement des stimuli pouvant évoquer une menace sociale que des stimuli neutres ou des menaces corporelles.

1.2.3.1. Schémas cognitifs

Selon Clark et Wells (1995), il existe au moins trois catégories de croyances irrationnelles (ou schémas cognitifs) dans la phobie sociale: le standard trop élevé en ce qui concerne la performance sociale, la croyance conditionnelle concernant l'évaluation sociale et la croyance inconditionnelle sur soi-même. Les schémas cognitifs, stockés dans la mémoire à long terme, se manifestent au niveau clinique par un ensemble de règles implicites, inflexibles. Le patient peut se fixer un standard trop élevé, impossible à atteindre, par exemple, « Je dois être capable par tout. ». Ensuite, il peut montrer une croyance irrationnelle sous une forme conditionnelle, par exemple: « Si je rougis, je serai mal jugé par les autres et ma vie deviendra fatalement un échec » ou « Si je ne suis pas d'accord avec quelqu'un, il va penser que je suis stupide. Je serai forcément rejeté. ». Enfin, comme les patients dépressifs qui ont des croyances négatives sur leurs valeurs, il peut penser par exemple: « Je suis moche », « Je suis inintéressant. », « Je suis nul. ». etc.. Il s'agit de croyances inconditionnelles, jugements définitifs et sans nuances portées sur soi-même.

1.2.3.2. Pensées automatiques

Ces croyances irrationnelles guident les jugements que le sujet porte sur lui-même et perturbent le traitement de l'information. Les schémas sont exprimés au niveau clinique par des pensées automatiques négatives, qui sont décrites comme une pensée ou une image mentale dont le sujet n'est peut-être pas conscient à moins de se concentrer sur elle. Elles fonctionnent automatiquement et leur contenu est le plus souvent négatif (Cottraux, 1995). Elles accompagnent souvent une forte émotion: colère, angoisse, dégoût, etc. quand le sujet se trouve dans une situation sociale angoissante.

Voici un certain nombre de pensées automatiques qui sont rencontrées fréquemment chez les phobiques sociaux. Nous essayons de les regrouper en grands thèmes:

Pensées automatiques négatives

Perte de contrôle physique

—

"On va voir que je rougis"

—

"On va voir mes mains trembler"

—

"Je vais oublier ce que j'ai à dire"

—

"On va me juger confus"

—
"Ma voix va se casser et l'on ne m'entendra pas"

Perte d'image et d'estime

—
"Je n'ai pas le droit de me mettre en avant"

—
"Mon image n'est pas bonne"

—
"On va me détester"

—
"Je serai ennuyeux"

—
"Les autres connaissent mieux le sujet que moi"

—
" Je suis trop stupide pour répondre aux questions"

—
"Je ne suis pas qualifié"

—
"On me juge distant, froid et sans intérêt"

—
"Si je rougis, ils vont se rendre compte de tous mes défauts cachés"

Échec et rejet social

—
" Je ne serai jamais réinvité"

—
" On va me rejeter"

—
"Je ne serai pas élu"

—
"J'échouerais mon examen"

—
"Je suis un perdant"

1.2.3.3. Distorsions cognitives

Le passage des schémas (structures profondes) vers les pensées automatiques (structures superficielles) se fait par l'intermédiaire des processus cognitifs erronés. Ce genre de dysfonctionnements est une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique. Plusieurs types d'erreurs logiques, ou distorsions cognitives, ont été décrites (Beck et coll., 1985; Cottraux, 1995) dont par exemple: l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, la maximalisation ou la minimisation et la personnalisation. Elles forment un filtre mental qui ne retient de l'expérience que les aspects négatifs qui vont dans le sens du schéma de danger.

Nous essayons de lister les principales distorsions cognitives comme suivant:

• L'inférence arbitraire: Elle consiste à tirer des conclusions sans preuves, faites sur la base d'informations inadéquates et qui sont toujours défavorables à soi-même. Par exemple, « Mon discours n'est pas intéressant ».

• L'abstraction sélective: Elle consiste à se centrer sur un détail hors de son contexte de sorte que la forme et la signification globale de la situation ne sont pas perçues. Le détail sélectionné est toujours négatif et défavorable; cette distorsion est donc aussi appelée la sélection négative. Par exemple, « On va voir que je rougis. »

• La surgénéralisation: A partir d'un seul incident, le sujet généralise à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolée. Par exemple, « Si je fais une erreur, je vais la refaire tout le temps. »

• La maximalisation et la minimisation: La maximalisation consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs. Par exemple, « Si je rougis, les autres vont se rendre compte de tous mes défauts cachés. ». La minimisation est le contraire; elle consiste à dévaloriser les réussites ou les situations heureuses et positives. Par exemple, « Même si j'ai réussi certaines choses difficiles, je me sens toujours moins bien que les autres. ».

• La personnalisation : Elle consiste à surestimer les relations défavorables entre les événements et l'individu. Par exemple, « J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres. ».

Nous essayons de résumer ce modèle avec le schéma suivant:

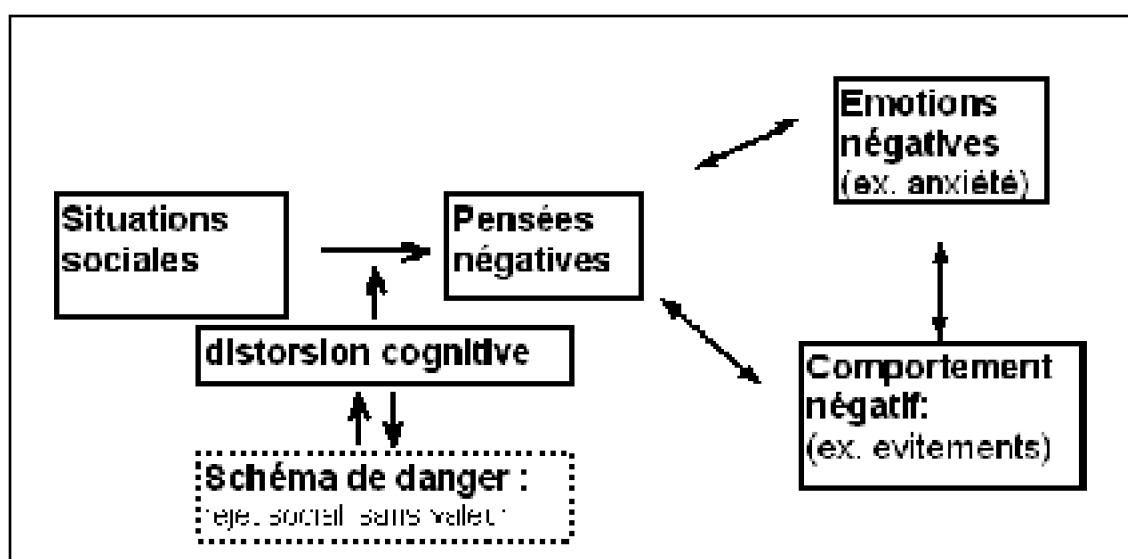


Schéma : Modèle cognitif de la phobie sociale

A travers ce modèle cognitif, on peut comprendre que le noyau central de la phobie sociale est, comme dans le TOC, la perturbation du traitement de l'information, le schéma cognitif de danger, traduit par les distorsions cognitives. Les réactions émotionnelles telles que l'angoisse, la colère, la peur ou la dépression et les réactions comportementales telles que l'évitement résultent de cette interprétation subjective inexacte des événements.

Si on analyse ici les contenus des pensées automatiques négatives, des distorsions cognitives, ou du schéma de danger de la phobie sociale, on peut comprendre facilement qu'ils se centrent sur la peur d'échec, de rejet social ou de sans valeur, ce qui, pour nous, représente bien un sentiment d'infériorité. Les phobiques sociaux ont toujours peur d'être moins bien, moins capable, d'avoir moins de valeur que les autres, ou d'être moins appréciés par les autres. En d'autres termes, il existe bien, chez les patients souffrant de phobie sociale, un sentiment d'infériorité qui engendrerait des pensées automatiques négatives, de l'angoisse, de la colère et de l'évitement, etc..

Les travaux publiés ont montré que les phobiques sociaux ont plus d'auto-évaluations négatives des situations sociales et plus d'estimations négatives de leur performance sociale que les sujets non-cliniques (Cacioppo, Glass & Merluzzi, 1979; Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982; Turner et coll., 1986; Lucock & Salkovskis, 1988; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark 1993; Yao et coll., 1998a, 1998b, 1998c). En plus, les phobiques sociaux ont moins de cognitions positives et sous-estiment la probabilité des événements positifs sociaux par rapport aux contrôles (Turner et al, 1986; Lucock & Salkovskis, 1988; Yao et coll., 1998a, 1998b). En fait, il existe une interprétation négative des situations sociales et un jugement négatif sur soi-même qui prouve, chez les phobiques sociaux, un sentiment d'infériorité.

On peut donc se poser la question de savoir si ce sentiment d'infériorité dans la phobie sociale serait semblable à celui trouvé dans le TOC. Et, si c'était le cas, pour quoi sur la même base pourraient apparaître deux pathologies différentes? Nous essayerons de répondre plus tard à cette question.

1.2.4. Sentiment d'infériorité chez les sujets anxieux :

1.2.4.1. Concept et définition du sentiment d'infériorité

La question du sentiment d'infériorité chez les anxieux a déjà été posée par Adler (1956) au début du siècle. Le point de départ de la doctrine adlérienne était « l'état d'infériorité des organes ». Adler suggère un retentissement de l'état biologique sur la structure du psychisme. Il propose les notions de sentiment d'infériorité et de compensation. On savait que les organes faibles cherchent à compenser leurs déficiences et que le processus de compensation tend à rétablir l'équilibre. Tout ce qui se trouve en état d'infériorité tend vers la supériorité et s'efforce de réagir avec une vigueur particulière aux sollicitations et aux stimuli qui l'agressent. Adler a démontré que la fonction déficiente organique peut être compensée grâce à sa superstructure psychique.

Empruntant la notion de compensation au monde biologique, Adler insiste que ce processus ne joue pas seulement dans le domaine de l'infériorité organique mais aussi dans le monde psychique. Le processus psychologique d'un individu est, en fait, une permanente tentative pour compenser des situations d'infériorité réelles ou imaginaires et pour atteindre une position de supériorité. A travers cette compensation, on voit bien qu'il existe chez l'homme un sentiment d'infériorité dans les processus psychologique. Ce sentiment d'infériorité se manifeste toutes les fois où il existe des problèmes ou des difficultés. Il stimule l'individu à trouver les solutions pour les résoudre et le pousse vers une situation plus haute, vers la sécurité et vers le succès.

Mais si les solutions ne sont pas adéquates, les tentatives de surmonter des difficultés peuvent échouer; alors, le sujet peut vivre un état d'échec ou un état de pessimisme en permanence. Là où se développe un sentiment d'infériorité fort et pathologique, on retrouve un « complexe », appelé par Adler le complexe d'infériorité.

Comme nous avons cité, page 34, en nous référant aux travaux adlériens (Weiner et Mohl, 1996), le sentiment d'infériorité peut être décrit comme la conviction intime et persistante d'occuper un rang toujours inférieur par rapport aux autres en ce qui concerne le mérite, la valeur personnelle et/ou les capacités intellectuelles et physiques (Yao et al, 1996). C'est à dire que le sujet ayant ce sentiment d'infériorité peut constamment sous-estimer sa juste valeur personnelle, ses qualités, ses mérites et/ou ses propres possibilités et capacités dans la société où il se trouve.

Dans cette définition, il est très important de distinguer le sentiment d'infériorité normal et le sentiment d'infériorité pathologique:

La première différence entre ces deux notions est la **permanence** de la croyance. Comme on a énoncé ci-dessus, le sentiment d'infériorité existe bien chez l'homme et il se manifeste quand il y a des problèmes ou des difficultés. Mais il stimule le sujet à trouver les solutions appropriées aux problèmes pour les résoudre. Quand le sujet arrive à surmonter les difficultés avec les solutions adéquates, il peut donc ressentir un sentiment de soulagement, de satisfaction, de sécurité, de réussite, etc. En somme, il

ne se sent plus inférieur par rapport à ces problèmes au départ. Le sentiment d'infériorité normal est donc plutôt un sentiment transitoire et passager. En revanche, le sentiment d'infériorité pathologique est stable, même si le sujet réussit à vaincre des difficultés grâce à ses efforts.

La deuxième différence est le **sens social** de la croyance. A qui ou à quoi se sent-on inférieur ? Dans le sentiment d'infériorité normal, l'homme peut ressentir une incapacité ou une insuffisance ou une impossibilité dans le temps vis-à-vis de soi-même, des autres et du monde à l'extérieur. Mais dans le sentiment d'infériorité pathologique, le sujet se compare constamment avec les autres et surtout avec les gens meilleurs que lui. Comme il y a toujours des gens meilleurs dans un domaine ou un autre, il se sent donc en permanence inférieur. Pour Adler, il manque un sentiment social.

La troisième différence réside dans **l'estime de soi**. Dans le sens normal, l'homme s'estime avec une aptitude relative. On reconnaît notre incapacité, nos insuffisances, nos impossibilités dans le temps et dans l'espace. Mais, il ne s'agit pas d'une diminution ou d'une dévalorisation de l'évaluation exacte de notre propre valeur, de nos capacités ou de nos mérites. Contrairement à cette appréciation normale et relative, le sujet ayant le sentiment d'infériorité pathologique sous-estime, d'une façon continue et absolue, sa propre valeur, ses capacités, ses compétences et ses mérites dès qu'il y a des difficultés, ou même sans que celles-ci apparaissent.

Adler (1935) pense que l'homme est en principe motivé par son objectif subjectivement créé qui influence la perception de la vie. Cette perception subjective de la vie, ou « schéma cognitif », comprend l'opinion du sujet sur soi-même, sur les autres et sur le monde à l'extérieur. Toutes les solutions pour atteindre l'objectif dépendent de cette perception subjective influencée par l'objectif. En fait, les solutions inadéquates, qui font échouer le sujet, découlent toujours d'une erreur d'interprétation sur le lien entre l'objectif fixé par le sujet et son opinion sur soi-même, autrui et le monde: à savoir le schéma cognitif erroné. Cette erreur d'interprétation provient souvent d'objectifs trop élevés, d'une « sous-estimation de soi » et d'une sous-estimation de difficulté à l'extérieur. Dans ce cas là, le sujet exige toujours que sa propre valeur et ses capacités soient supérieures à la moyenne des autres. De ce fait, il montre des exigences démesurées envers soi-même et envers les autres. Il exige donc, de lui-même, que tout soit meilleur, parfait. On voit bien que cette attitude d'« objectifs trop élevés » appartient plutôt au perfectionnisme. Mais, comme ses exigences sont déjà plus hautes que ses possibilités réelles et potentielles, le sujet n'arrive donc pas à surmonter des difficultés avec ses solutions « parfaites ». Alors, il peut croire à tort que, s'il échoue, cela veut dire qu'il n'a pas de capacités supérieures à celles des autres: il se sent alors inférieur aux autres. A ce moment là, le sujet peut encore se sous-estimer. Le sentiment d'infériorité sera donc encore plus renforcé. C'est dire que le sentiment d'infériorité peut se manifester ou s'extérioriser par le perfectionnisme. En d'autres termes, le perfectionnisme n'est qu'une apparence qui cache ou tente de compenser un sentiment d'infériorité. Nous essayons d'objectiver cette approche par le tableau suivant:

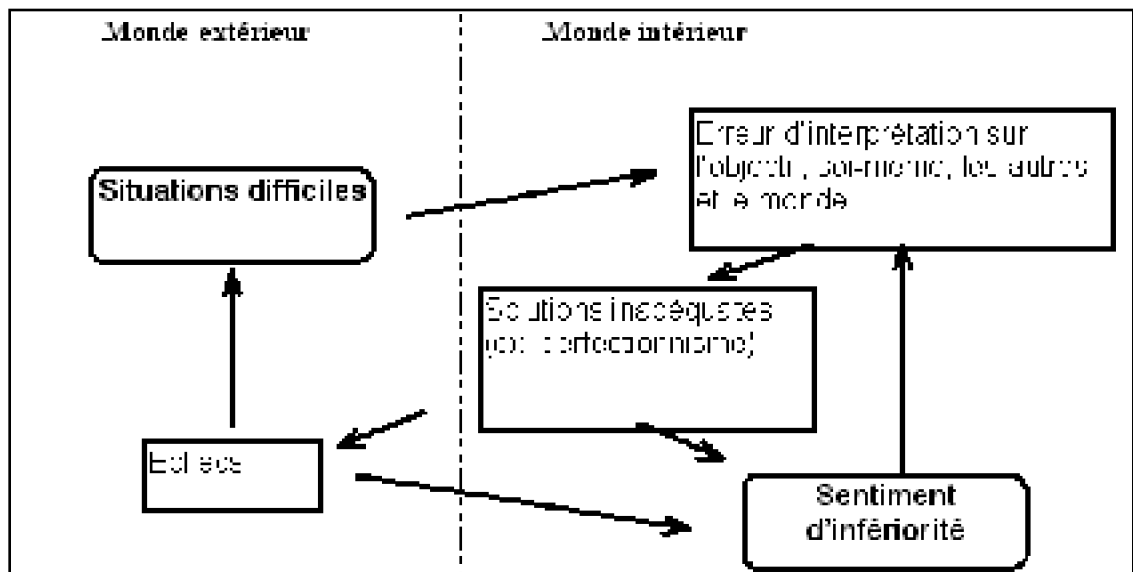


Schéma : La perception subjective et le sentiment d'infériorité

A partir de ce tableau, on comprend plus facilement comment le sentiment d'infériorité se développe et se renforce dans un cercle vicieux quand un individu se trouve devant des problèmes ou des difficultés dans la société. A partir de ce sentiment d'infériorité, le sujet trouve difficilement des solutions adéquates; il peut donc se croire encore plus incapable, impuissant et inférieur.

Clance (1986) a souligné le rôle de négation des compétences dans le sentiment d'infériorité. Rappelons que le sujet ayant le sentiment d'infériorité pathologique a souvent reçu dans sa branche d'activités, des preuves évidentes de ses compétences et de ses réussites. Cependant, lorsque le sujet a réussi certaines choses avec tous ses efforts, se sentirait-il moins inférieur, satisfait de lui ? En fait, la réponse est souvent malheureusement négative. Il ne se sent non seulement pas fier de lui, heureux de ses réussites, mais au contraire, il est obsédé par l'idée qu'il n'est pas aussi compétent ou brillant qu'il en donne l'impression aux autres. Il redoute de ne pas être capable de reproduire ses performances. Il se souvient davantage de ses difficultés que de ses réussites. Il refuse de reconnaître et d'intégrer les preuves de ses compétences; il a beaucoup de mal à accepter une image positive de lui-même. Au final, il nie ou rejette ou minimise les marques objectives de son intelligence, de ses compétences et de ses réussites. Ainsi, le sentiment d'infériorité se renforce quand un individu fait face à des réussites ou des succès dans la société.

1.2.4.2. Sentiment d'infériorité et troubles anxieux

Comme chacun le sait, les troubles anxieux se manifestent toujours en face des situations difficiles. Pour Adler (1969), confronté avec le facteur anxiogène, le sentiment d'infériorité apparaît et il devient le complexe central de toutes les névroses. Pour les cognitivistes (Beck et coll., 1985, Cottraux, 1995, Clark et Wells, 1995), il existe les perturbations du traitement de l'information chez les sujets anxieux. Ils présentent des schémas cognitifs de danger, stockés dans la mémoire à long terme et qui fonctionnent automatiquement. Quand le sujet confronte des situations anxiogènes, il va systématiquement sélectionner

l'information en retenant uniquement les aspects négatifs de l'expérience vécue et en rejetant ou ignorant les aspects positifs. Les schémas négatifs se traduisent par les distorsions cognitives qui reflètent, pour nous, un sentiment d'infériorité (Yao et al, 1998b). Effectivement, quand le sujet se juge ou s'estime toujours inférieur et sans valeur, et être un « raté », il ne peut pas se sentir tranquille, satisfait ou heureux. Alors, les émotions négatives comme l'anxiété, la colère ou la dépression etc. se manifestent logiquement.

Ici, se pose la question: puisque le sentiment d'infériorité ne peut pas amener le sujet anxieux à trouver les solutions adéquates vers la réussite, ni non plus apporter un sentiment de satisfaction ou de tranquillité, pourquoi le sujet garderait-il, tout le temps, ce sentiment d'infériorité? En fait, le modèle cognitif des troubles anxieux (Beck et coll., 1985, Cottraux, 1995, Clark et Wells, 1995) nous apprend que les schémas négatifs perturbent le traitement de l'information chez les sujets anxieux. Puisqu'ils sous-estiment leurs capacités ou possibilités de résoudre des problèmes dans une situation angoissante, ils préfèrent donc une solution plus facile qui leur paraît moins dangereuse, moins menaçante et évidemment moins anxiogène sur le coup. Surtout, ils ont l'impression d'être moins incapables, moins incompetents ou moins inférieurs que s'ils affrontaient la situation avec une solution adéquate mais qui coûterait plus d'énergie ou qui leur paraîtrait plus dangereuse. Par exemple, les phobiques sociaux préfèrent éviter les situations sociales plutôt que de les affronter. Ainsi, ils ne montrent pas leurs faiblesses aux autres: telles que le rougissement et le manque de compétence de communication, etc. Les sujets souffrant de TOC préfèrent exécuter leurs rituels ou éviter les situations angoissantes pour échapper aux dangers et à toutes les situations d'infériorité qu'ils imaginent.

Avec ces solutions plus faciles, les sujets anxieux « profitent » des conséquences « positives » à court terme: être tranquille, en sécurité, pas de jugements négatifs des autres, donc pas de position d'infériorité. C'est comme s'ils n'avaient pas de problèmes, pas de difficultés, pas de faiblesses. Mais, cette impression à court terme ne peut durer. Car, les difficultés auxquelles les sujets sont confrontés, ne sont pas réellement résolues ou surmontées, mais plutôt cachées. Le sentiment d'infériorité n'est pas du tout diminué, et encore renforcé, et s'accompagne de regrets, d'échecs, etc. A un niveau métaphorique, il s'agit d'une situation identique à celle de devoir gravir une montagne sans chercher des solutions réalistes. Ou que l'on ait des solutions mais sans les pratiquer. Cela revient à fermer les yeux en se disant qu'il n'y a pas de montagne à gravir. Dix ans après, lorsque l'on ouvre les yeux, la montagne est toujours là, devant nous. On se sent alors plus fortement incapable et inférieur pour gravir la montagne.

Voilà le paradoxe du sentiment d'infériorité entre les effets positifs à court terme et les effets négatifs à long terme; entre ce que l'on croit et ce que l'on voit dans la réalité. Le sujet croit qu'il est tranquille en évitant la situation anxiogène, mais, en réalité, il est toujours gêné, angoissé par cette situation; il croit qu'il n'est pas inférieur ni incapable en évitant la situation difficile et qu'il ne montre pas ses faiblesses ou sa position d'infériorité; mais, en réalité, puisqu'il solutionne ses problèmes avec l'évitement, il est toujours inférieur ou incapable par rapport à la situation. Effectivement, il ne peut se sentir que de plus en plus insatisfait, anxieux, frustré, et de plus en plus inférieur à long terme. Les troubles anxieux s'installent et se maintiennent ainsi. Nous essayons de résumer le lien

entre le sentiment d'infériorité et les troubles anxieux avec le tableau suivant:

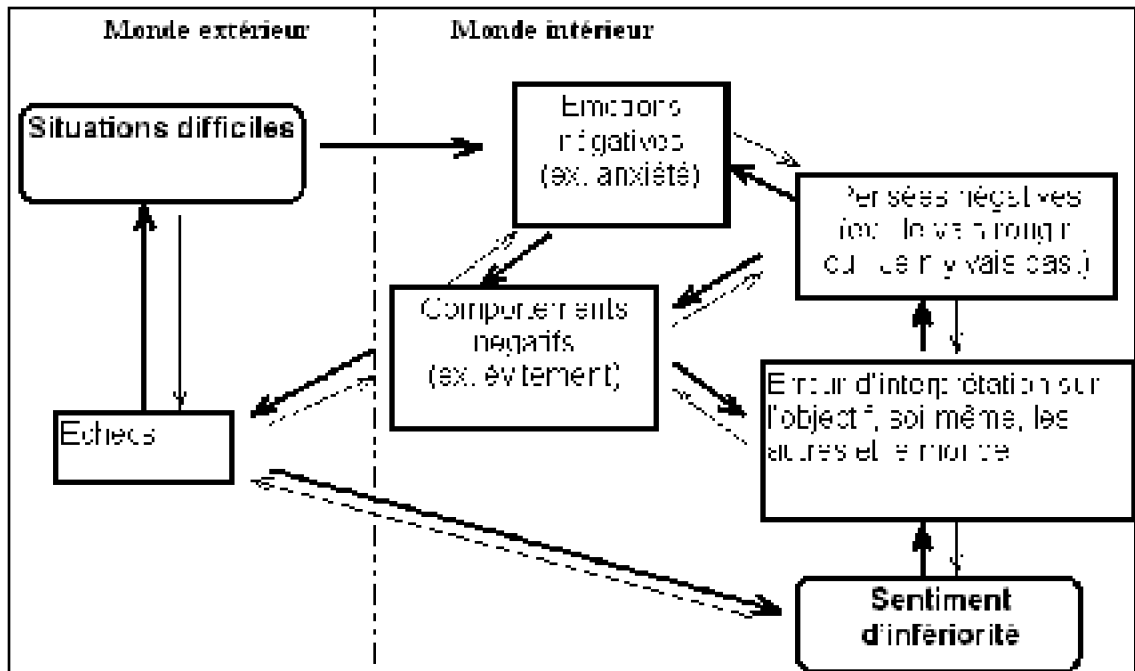


Schéma : Le lien entre le sentiment d'infériorité et les troubles anxieux

Si on fait un lien entre TOC et phobie sociale, on pourrait dire qu'il existe un terrain commun dans ces deux maladies: le sentiment d'infériorité. Cottraux (1995) a résumé un des schémas cognitifs irrationnels chez les phobies sociales comme étant l'infériorité: « Si je rougis, je serai forcément rejetée et ma vie deviendra un échec. ». Un des deux postulats principaux serait alors le perfectionnisme-infériorité: « Je dois toujours être compétent, brillant et dire des choses intéressantes pour les autres, sinon je ne vauds rien. ». Le sentiment d'infériorité chez les patients atteints de TOC, comme nous l'avons argumenté plus haut, pourrait être expliqué par le fait que ces patients croient irrationnellement que s'ils ont les pensées intrusives et qu'ils ne les neutralisent pas, ils seront dévalorisés, critiqués, mal appréciés ou mal jugés par eux-mêmes ou par les autres, donc inférieurs aux autres. Nous nous posons donc la question de savoir s'il n'y a pas des traits psychologiques communs entre les obsessionnels et les phobies sociales; les traits communs ne seraient-ils pas en relation avec un schéma d'infériorité ?

Le sujet obsessionnel peut se sentir inférieur avec ses pensées intrusives, ses rituels et la nullité de ses rituels, alors que le sujet phobique social peut se sentir incompetent, incapable ou inférieur avec ses évitements et les échecs en résultant. La différence des symptômes de ces deux maladies pourrait être expliquée par la différence des situations anxiogènes. Dans la phobie sociale, la situation anxiogène reste seulement à l'extérieur, c'est à dire les situations sociales ou bien les contacts ou les relations avec les autres. Tandis que dans les TOC, la situation anxiogène peut être aussi bien à l'extérieur (ex. un objet sale pour un laveur) qu'à l'intérieur (ex. une pensée intrusive). En conséquence, les deux sortes de malades peuvent sortir leurs différentes « armes » qui sont des symptômes différents, pour « se défendre » ou pour ne pas être inférieur.

On voit cliniquement que les obsessionnels ont l'impression toujours d'être imparfait

(infériorité par rapport au modèle idéal) et que les phobiques sociaux ont sans cesse la peur d'être critiqué (infériorité par rapport au modèle sociaux). Récemment, les travaux publiés (Yao et coll., 1997a; 1998b) ont montré que le sentiment d'infériorité est un des facteurs cognitifs importants dans les symptômes phobiques sociaux et obsessionnels. Dans ces études, une échelle qui vise à mesurer le sentiment d'infériorité (l'Echelle d'Infériorité, EDI), développée par Yao, a été utilisée et validée. Cette échelle comprend 34 items, dont 17 mesurent l'estimation du sujet sur lui-même et 17 l'estimation du sujet sur le jugement des autres vis-à-vis de lui. Ils ont comparé les sujets phobiques sociaux avec les patients souffrant de TOC et les sujets non-cliniques appariés en âge et en sexe avec les phobiques sociaux et les étudiants. Le résultat montre que les groupes de phobie sociale et de TOC ont des scores sur l'échelle d'infériorité beaucoup plus élevés que le groupe de contrôle non clinique et le groupe d'étudiants; mais, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pathologiques. Le score d'infériorité est significativement corrélé aux symptômes de phobie sociale, de TOC et de dépression dans les groupes de phobie sociale et celui de TOC. Ceci nous suggère que le sentiment d'infériorité joue un rôle très important dans la phobie sociale et dans le TOC; il se confirme aussi le lien entre sentiment d'infériorité et troubles anxieux.

1.2.4.3. Sentiment d'infériorité et troubles de personnalité

Avant d'aborder le lien entre le sentiment d'infériorité et les troubles de la personnalité, nous essayons d'abord de comprendre ce que sont les troubles de personnalité. Selon le modèle cognitiviste des constructions personnelles (Kelly, 1955, Cottraux, 1995), la personnalité est considérée comme l'ensemble des constructions mentales personnelles que nous établissons pour interpréter le monde. Ces constructions aboutissent à un style cognitif particulier, qui est propre à chacun mais qui peut se regrouper en grands types. Mais si ces constructions dévient surtout de celles de la plupart des gens et si cela est devenu un mode durable et rigide ou que cela perturbe la vie de l'individu, c'est ce que l'on appelle les troubles de la personnalité.

Selon les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition), les troubles de la personnalité peuvent être décrits comme une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la société de l'individu, qui apparaît au début de l'âge adulte et qui est présent dans des contextes divers. Ces troubles de la personnalité entraînent tôt ou tard une souffrance importante ou une perturbation du fonctionnement.

Nous citons ici les critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité dans le DSM-IV:

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité (DSM-IV)

1.

A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :

- i.
la cognition (c'est à dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
 - ii.
l'affectivité (c'est à dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
 - iii.
le fonctionnement interpersonnel
 - iv.
le contrôle des impulsions
2.
Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
 3.
Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
 4.
Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
 5.
Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
 6.
Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou à une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).
- Dans le DSM-IV, il existe au moins 10 types des troubles de la personnalité qui pourraient être classés en 3 catégories. Pour mieux comprendre tous ces types des troubles de la personnalité, nous citons ici brièvement la définition de chaque type:

Groupe A (Personnalités excentriques et bizarres):

- i.
La personnalité paranoïaque est caractérisée par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
- ii.
La personnalité schizoïde est caractérisée par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles.
- iii.

La personnalité schizotypique est caractérisée par une gêne aiguë dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques.

Groupe B (Personnalités dramatiques, émotionnelles et désorganisés):

i.
La personnalité antisociale est caractérisée par un mépris et une transgression des droits d'autrui.

ii.
La personnalité borderline est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.

iii.
La personnalité histrionique est caractérisée par des réponses émotionnelles excessives et une quête d'attention.

iv.
La personnalité narcissique est caractérisée par des fantasmes ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie.

Groupe C (Personnalités anxieuses et peureuses):

i.
La personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

ii.
La personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et «collant» lié à un besoin excessif d'être pris en charge.

iii.
La personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.

Le modèle cognitif du fonctionnement mental dans les troubles de la personnalité est proposé comme un modèle des schémas précoces inadaptés (Beck et Freeman, 1990, Young, 1990, Cottraux, 1995). Comme pour la dépression et les troubles anxieux, la base de la personnalité réside dans le traitement de l'information par des schémas. Ce sont des schémas qui ont trait à l'autonomie, aux capacités relationnelles, aux valeurs morales, aux limites et standards sociaux (Cottraux, 1995). En principe, différents troubles de personnalité présentent différents schémas ou différentes croyances centrales et entraînent différentes conséquences comportementales et émotionnelles. Le tableau 2 nous montre une vue synthétique de ces aspects.

Tableau 2. Croyances fondamentales et troubles de la personnalité (d'après Beck, in Cottraux, 1995)

Personnalité	Croyance centrale	Comportement
<i>Personnalités excentriques et bizarres</i>		
Paranoïaque	Les autres sont des ennemis potentiels	Etat de guerre
Schizoïde	J'ai besoin d'espace, sinon: confusion	Isolement
Schizotypique	Le monde et les autres sont étranges	Méfiance
<i>Personnalités dramatiques, émotionnelles et désorganisées</i>		
Antisociale	Les autres sont des proies	Attaque
Histrionique	Je dois impressionner les autres	Dramatisation
Limite (borderline)	Personne n'est assez fort pour m'aider	Fuite, attaque
Narcissique	Je suis quelqu'un de spécial	Inflation de soi
<i>Personnalités anxieuses et peureuses</i>		
Évitante	Je peux être "blessé (e)"	Évitement
Dépendante	Je suis faible et sans protection	Attachement
Obsessive-compulsive	Je ne dois jamais faire aucune erreur	Perfectionnisme
Passive-agressive	On pourrait "me marcher dessus"	Résistance

En clinique, nous avons observé la comorbidité assez importante de troubles de la personnalité chez les patients obsessionnels-compulsifs et phobiques sociaux. Selon Johnson et coll. (1995), la comorbidité de la phobie sociale avec les troubles de personnalité est assez importante. Surtout est associée, la personnalité évitante qui est estimée de 21% à 90%; la personnalité obsessionnelle-compulsive chez les phobiques sociaux varie de 10% à 28,6%. D'autre part, selon Bejerot, Ekselius et von Knorring (1998), la co-existence de troubles de personnalité dans le TOC varie de 33% à 87%. Le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive est associé dans 4% à 55% des cas. Le taux du trouble de la personnalité évitante associé au TOC est aussi assez élevé, il varie de 22% à 55% selon les études (Joffe et coll., 1988, Baer et coll. 1992, Black et coll., 1993, Bejerot, Ekselius et von Knorring, 1998, Matsunaga et coll., 1998). Mais, selon Joffe et coll. (1988), Baer et coll. (1990), les obsessionnels ont moins de troubles de personnalité obsessionnelle-compulsive que d'autres troubles de la personnalité dans la classe C du DSM-IV; selon Mavissakalian et coll. (1993), il n'y a pas de différence des profils de personnalité chez les TOC, les agoraphobes et les anxieux généralisés (GAD). Le trouble de personnalité pourrait recouvrir certains schémas cognitifs dont l'infériorité.

Comme nous l'avons écrit précédemment, les sujets phobiques sociaux et obsessionnels compulsifs ont un sentiment d'infériorité beaucoup plus élevé que les sujets non-cliniques; les pathologies de la phobie sociale et des obsessions compulsives sont fortement liées au sentiment d'infériorité. Nous savons, aussi, que les TOC et la

phobie sociale peuvent souvent être associés avec des troubles de la personnalité. Se pose alors la question suivante: quel est le lien entre ces deux concepts et quelles sont les différences entre eux? A travers la définition du sentiment d'infériorité et celle des troubles de personnalité, on voit que, dans les deux cas, il existe une perturbation de traitement de l'information avec des schémas cognitifs erronés mais durables. Surtout, si on compare le sentiment d'infériorité avec la personnalité évitante qui est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui, on voit bien qu'ils se ressemblent l'un et l'autre. Mais le sentiment d'infériorité n'est pas entièrement superposable aux troubles de personnalité. Il appartient au processus cognitif et c'est une croyance personnelle. Par contre, les troubles de personnalité représentent un ensemble de constructions mentales, intégrant les domaines de la cognition, de l'affectivité et des comportements. Le sentiment d'infériorité peut donc influencer les troubles de la personnalité et être influencé ou renforcé par les troubles de la personnalité. Pour comparer les obsessions-compulsions et les phobies sociales en évitant l'influence de troubles de la personnalité sur les interprétations des pensées intrusives et le sentiment d'infériorité, nous préférons inclure les TOC sans trouble de la personnalité évitante et les phobiques sociaux sans trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive pour notre étude.

1.3. Problématique

Nous avons constaté l'importance de l'interprétation des pensées intrusives dans trois dimensions: responsabilité, culpabilité et infériorité comme des troubles cognitifs dans les obsessions-compulsions. Il devient maintenant nécessaire d'effectuer des comparaisons avec d'autres troubles anxieux pour prouver la spécificité du phénomène. Au niveau du sentiment d'infériorité, des études antérieures (ex. Yao et al, 1998b) ont montré qu'il existe un lien avec les symptômes phobiques sociaux et obsessionnels. Une étude plus approfondie doit donc être réalisée pour préciser si l'infériorité n'est pas une caractéristique générale commune aux obsessionnels et aux phobiques sociaux, ou bien si elle représente une dimension centrale des obsessionnels en tant que telle, ou bien si les obsessionnels auraient une infériorité plus spécifique: par exemple, des interprétations d'infériorité vis-à-vis des pensées intrusives.

Basé sur le fait qu'il existe différents types de pensées intrusives et différentes dimensions des interprétations irrationnelles dans les TOC, nous nous posons la question de savoir s'il n'existerait pas des liens particuliers entre certains types de pensées intrusives et certaines dimensions d'interprétations irrationnelles.

Pour aborder notre problématique, nous aurons donc besoin d'outils fiables et crédibles:

- en ce qui concerne les pensées intrusives et leurs interprétations : Il existe déjà certains questionnaires pour évaluer les pensées intrusives, le sentiment de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité, par exemple, le Questionnaire des Pensées Intrusives (Edwards & Dickerson, 1987), le Questionnaire de Responsabilité (Rhéaume et

al, 1995b) et le Questionnaire de Culpabilité (Kugler & Jones, 1992). Mais ces questionnaires nous semblent soit trop compliqués au niveau de la passation, soit manquer de lien direct et spécifique entre pensées intrusives et leurs interprétations ou leurs évaluations.

Le Questionnaire sur les Intrusions Cognitives (CIQ, Freeston et al, 1991) est un questionnaire qui, pour la première fois, mesure en même temps les pensées intrusives, les stratégies utilisées et les évaluations subjectives des pensées intrusives. Le questionnaire demande au sujet s'il a eu l'expérience de pensées intrusives dans le dernier mois en abordant six thèmes (santé, situation embarrassante, sexualité, agressivité, maladie et accident). Ensuite, il est demandé de choisir la pensée intrusive la plus fréquente et de fournir les stratégies utilisées parmi neuf possibilités, lorsque la pensée survient: ne rien faire, se distraire, se rassurer ou neutraliser, etc.... Enfin, il est surtout demandé d'évaluer cette pensée la plus fréquente sur treize dimensions différentes telles que des évaluations ou des interprétations subjectives, y compris la culpabilité, la responsabilité, la désapprobation, etc.... Les études ont conclu à une fiabilité et une validité adéquate du questionnaire (Freeston et al, 1991, Freeston et Ladouceur, 1993). Mais ce questionnaire nous semble compliqué à faire passer et peu centré sur les réponses cognitives ou les interprétations des pensées intrusives. De plus, dans les évaluations subjectives, les sentiments de culpabilité, de responsabilité et de désapprobation et d'autres sentiments sont mesurés de façon trop brève.

S'inspirant du style du Questionnaire sur les Intrusions Cognitives (CIQ, Freeston et al, 1991) et basé sur une partie de l'échelle de Y-BOCS, (le contenu des pensées obsédantes) et l'expérience clinique, Yao (1995) a développé un questionnaire pour mesurer à la fois les pensées intrusives et leurs interprétations dans les trois dimensions: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité (Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations : QPII, voir en annexe, N° 6).

Ce questionnaire comprend deux parties:

La première partie a pour but de mesurer la fréquence de l'expérience des pensées intrusives à partir de onze questions déterminées et une question ouverte concernant les contenus principaux des pensées intrusives.

La deuxième partie a pour but d'évaluer l'interprétation des pensées intrusives quand elles surviennent dans l'esprit. Cette partie comprend quinze items soit quinze interprétations sur trois dimensions: responsabilité, culpabilité et infériorité. Il est demandé de répondre avec un chiffre de 0 à 8, allant du désaccord total avec progression jusqu'à l'accord total.

L'étude de validation a montré que le questionnaire possède une bonne validité empirique, concurrente et discriminante, et une bonne cohérence interne (QPII, Yao et al, 1996). Quatre facteurs ont été trouvés sur la première partie qui correspondent aux quatre thèmes des contenus des pensées intrusives: agressivité, perfectionnisme, peur de perte (santé, objet, quelqu'un) et sexualité. Mais, dans cette première partie, l'item 2 (peur de la

saleté) ne fait pas partie de ces quatre facteurs et l'item 1 (problèmes physiques) fait partie à la fois de la peur de perte et de la peur de la sexualité. Une autre insuffisance est que, dans la deuxième échelle, les trois sous-scores ne sont pas répartis en même nombre d'items, ce qui pourrait influencer le résultat de corrélation. Il nous semblait nécessaire de le modifier et de le valider à nouveau.

Ensuite, le questionnaire (QPII) a été révisé et modifié à partir de la première version. Les études préliminaires (Yao et coll., 1997b; Yao et coll., 1999) sur le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) (cf. page 74-75) ont confirmé les mêmes résultats que lors de la première version.

- **En ce qui concerne le sentiment d'infériorité** : Au niveau de la mesure du sentiment d'infériorité, il existe très peu d'études dans la littérature qui traiteraient du schéma de danger ou des distorsions cognitives chez les sujets anxieux. Cependant, deux échelles ont été développées: IBT, (Irrational Beliefs Test, *Test de croyances irrationnelles*, Jones, 1969); et RBI, (Rational Behavior Inventory, *Echelle de Comportements Rationnels*, Shorkey, Reyes, & Whiteman, 1977) pour évaluer les croyances irrationnelles associées à la psychopathologie. Toutes les deux sont basées sur la théorie d'Ellis: la théorie rationnelle-émotive. Les études montrent que les différentes croyances irrationnelles sont associées à des peurs différentes (Deffenbacher et coll., 1986). Mais pour Heimberg (1994), le IBT semble manquer de validité discriminante et pourrait être simplement une mesure des pensées négatives. En fait, ces deux échelles ne sont pas destinées pour mesurer le sentiment d'infériorité.

Clance (1986) a développé un Test d'Imposture pour déterminer si le sujet présente, oui ou non, les caractéristiques du complexe d'imposture et, dans l'affirmative, dans quelle mesure il en souffre. Il s'agit d'un autoquestionnaire qui comprend 20 items évalués de 1 (correspond pas du tout) à 5 (correspond tout à fait). Les chiffres 2, 3, 4 représentent l'éventail des autres réponses possibles: rarement, quelquefois, souvent. Il évalue, en effet, un sentiment d'infériorité. Mais comme nous l'avons décrit plus haut (p.52), Clance soulignerait surtout l'existence d'un sentiment d'infériorité dans le sens de la négation ou minimisation de réussites ou de succès; le Test d'Imposture mesure donc, pour nous, un sentiment d'infériorité pratiquement vis-à-vis de la réussite ou du succès. Par ailleurs, il nous manque une étude de validation et de données psychométriques de ce questionnaire.

Ainsi, était-il nécessaire de développer et valider une mesure structurée qui évalue le sentiment d'infériorité chez les sujets anxieux et qui montrerait sa relation avec la phobie sociale et le TOC. L'Echelle d'Infériorité (cf. page 85-86) a été développée et validée (Yao et al, 1998b) pour évaluer le sentiment d'infériorité se manifestant par des distorsions cognitives. Nous en détaillerons plus tard la construction et la validation de cette échelle (cf. Chapitre « Méthodologie et outils »). Le résultat de l'étude a montré une bonne validité empirique, une bonne cohérence interne et une bonne stabilité.

Pour résumer la problématique précédente, nous allons aborder maintenant les objectifs et les hypothèses de notre étude.

1.3.1. Objectifs de l'étude

1. Étudier les pensées intrusives et leurs interprétations dans les trois dimensions: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité chez des patients souffrant des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), comparés à des sujets phobiques sociaux et à des sujets non-cliniques.
2. Etablir les liens des trois dimensions des interprétations avec la pathologie obsessionnelle compulsive et avec les différents thèmes des pensées intrusives.
3. Etudier le sentiment d'infériorité comme un schéma de danger ou de troubles cognitifs chez les sujets obsessionnels compulsifs et chez les sujets phobique sociaux, comparés à des sujets non-cliniques, et son lien avec les pathologies.
4. Modifier et valider le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (QPII) et obtenir un questionnaire qui permette de mesurer le sentiment d'infériorité et facilite la recherche clinique et la pratique thérapeutique.

1.3.2. Hypothèses de l'étude

En l'état actuel de nos connaissances, nous supposons que:

1. Les sujets présentant des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ont des pensées intrusives et leurs interprétations dans les trois dimensions (infériorité, culpabilité et responsabilité) de niveau plus élevé que les sujets phobiques sociaux (Ph.S.) et les sujets normaux. Une des hypothèses est que les sujets atteints de TOC sont différents des phobiques sociaux et des normaux à cet égard. On peut l'exprimer par le schéma suivant: « TOC > Ph.S. > normaux » ;
2. Les interprétations irrationnelles des pensées intrusives dans les trois dimensions (infériorité, culpabilité et responsabilité) sont spécifiquement liées avec la pathologie obsessionnelle compulsive mais pas avec les autres pathologies. Une des hypothèses est que ces trois dimensions d'interprétations jouent leur rôle spécifique dans les phénomènes obsessionnels compulsifs.
3. Il existerait des liens éventuels et particuliers entre certaines dimensions d'interprétations irrationnelles, comme l'infériorité, la culpabilité et la responsabilité, et certains thèmes de pensées intrusives, comme l'agressivité, le perfectionnisme, la peur de perte et la sexualité.

4.

Le sentiment d'infériorité serait un trait psychologique commun dans la phobie sociale et dans les troubles obsessionnels compulsifs. Mais les sujets obsessionnels se différencient des sujets phobiques sociaux sur un sentiment d'infériorité plus spécifique vis-à-vis de leurs pensées intrusives.

Ce sont ces hypothèses que nous allons envisager en détail et essayer de vérifier dans les pages suivantes.

II. PARTIE EXPERIMENTALE

2.1. Population

Pour atteindre les objectifs de notre étude, nous avons donc besoin d'échantillons de sujets respectant trois catégories: des patients atteints de troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), des patients atteints de phobie sociale (Ph.S.) et des sujets non-cliniques (sujets dit normaux). Nous définissons ces trois groupes comme suit:

2.1.1. Patients atteints de troubles obsessionnels-compulsifs

Quarante-huit patients présentant actuellement des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) selon le DSM-IV (1994) ont été inclus dans l'étude. Ils ont été sélectionnés parmi les consultants d'une unité de traitement de l'anxiété du CHU de Lyon. Le diagnostic a été donné par deux psychiatres. Les patients ont entre 18 ans et 65 ans; leur âge moyen est de 37,5 ans (SD=11,5). Vingt-quatre d'entre eux sont des femmes (50 %). Selon les critères d'inclusion, ils ne présentent pas de comorbidité de troubles psychotiques, ni de phobie sociale ni de trouble de la personnalité évitante sur la vie. Ils ont un score de Y-BOCS (Goodman et coll., 1989a, 1989b) supérieur à 15, seuil requis comme seuil d'entrée dans l'étude.

2.1.2. Patients atteints de phobie sociale:

Trente-six patients présentant actuellement un trouble d'anxiété sociale selon les critères du DSM-IV (1994) ont été recrutés dans notre étude. Ils ne présentent pas de comorbidité de TOC ou de trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive sur la vie selon le DSM-IV. Le diagnostic a été donné par 2 psychiatres. 18 femmes et 18 hommes inclus dans ce groupe ont un âge moyen de 30,7 ans (SD = 9,46). Ils sont plus jeunes par rapport au groupe de TOC ($p = 0,0062$) mais il n'y a pas de différence sur le ratio de sexes ($\chi^2 = 0$, $p > 0,99$). Ils ont un score de Y-BOCS inférieur à 8, seuil requis comme seuil d'entrée dans le groupe.

2.1.3. Sujets non-cliniques

Quarante-huit sujets non-cliniques, volontaires, appariés quant au sexe et à l'âge avec les patients atteints de TOC, représentent le groupe de contrôle normal. Ce sont des étudiants en formation de thérapie cognitivo-comportementale et des membres français de l'Association Franco-Chinoise. Ils ont rempli les questionnaires d'une façon anonyme. Leur âge moyen est de 37,9 ans (SD=11,6). Cinquante pour-cent sont des femmes (femme/homme: 24/24). Ils sont tout à fait comparables aux patients atteints de TOC quant au sexe ($\chi^2 = 0$, $p > 0,99$) et à l'âge ($p = 0,85$).

2.2. Méthodologie et outils

2.2.1. Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPIL-r, Yao) (cf. page 74-75):

2.2.1.1. Développement du questionnaire:

Ce questionnaire est révisé sur la base de la première version (QPIL, Yao et coll., 1996, en annexe, N° 6). Il comprend deux parties:

La première partie a pour but d'évaluer une expérience de pensées intrusives depuis un mois. Elle représente douze items déterminés qui concernent les quatre thèmes principaux des pensées intrusives, fréquemment trouvées chez les TOC: agressivité (ex. peur de faire du mal aux autres), perfectionnisme (ex. peur de ne pas faire les choses correctement), peur de la sexualité, peur de perte (objet, quelqu'un, santé, etc.); chaque thème possède trois items. Tous ces items sont mesurés selon une échelle de 0 à 4, c'est-à-dire: 0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = souvent, et 4 = tout le temps.

La deuxième partie a pour but d'évaluer les interprétations irrationnelles des pensées intrusives. Les questions portent sur les interprétations du sujet par rapport aux pensées intrusives les plus fréquentes quand elles surviennent dans son esprit. Les 18 items peuvent se classer en trois dimensions (Yao et coll., 1997b) : l'une correspond à la **responsabilité** (ex. *Je me sens responsable de l'effet de ces pensées.*), l'autre à la **culpabilité** (ex. *J'ai peur d'être puni ou condamné si j'ai ces pensées.*), et la troisième à l'**infériorité** (ex. *J'ai l'impression d'être mal vu par les autres si j'ai ces pensées.*), chaque dimension possédant 6 items. Il est demandé de répondre selon une échelle qui va de 0 (le désaccord total) à 4 (l'accord total), et les chiffres 1, 2 et 3 représentent respectivement 25%, 50% et 75% d'accord.

Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r)

Instructions: " Les pensées intrusives sont des pensées, des images ou des impulsions répétitives, désagréables et involontaires qui peuvent apparaître brutalement dans votre conscience. Vous les considérez comme irrationnelles et irréalistes, elles ne correspondent pas à votre personnalité et peuvent être difficiles à contrôler. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire sur les pensées intrusives et leurs interprétations. "

I. Expérience:

Est-ce que vous avez eu depuis un mois l'expérience des pensées intrusives concernant:

	0 jamais	1 rarement	2 parfois	3 souvent	4 tout le temps
1) la peur d'être contaminé(e) et/ou d'être malade					
2) l'impulsion ou la peur de se faire du mal					
3) le besoin de tout savoir ou de tout comprendre ou de se souvenir					
4) l'impulsion de dire des obscénités ou des insultes					
5) l'impulsion ou la peur de faire du mal aux autres					
6) la peur de se tromper ou de faire des erreurs					
7) la peur de la sexualité					
8) la peur de perdre un objet important					
9) la peur d'être sali(e) par les sécrétions corporelles					
10) la peur de ne pas faire les choses correctement					
11) la peur de perdre quelqu'un de cher					

	0 jamais	1 rarement	2 parfois	3 souvent	4 tout le temps
12) la peur de provoquer une maladie ou une catastrophe chez les autres					
13) autres :					
TOTAL:					

SCORE TOTAL : I__I__I

TSVP

II. Interprétations:

Quand ces pensées intrusives viennent dans votre esprit, comment les interprétez-vous ?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'interprétations possibles. Veuillez coter votre degré d'accord de 0 à 4 selon l'échelle suivante avec chaque item:

0	1	2	3	4
totalement en désaccord	25% d'accord	50% d'accord	75% d'accord	totalement d'accord

Veillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes (vous avez repéré dans l'expérience «souvent» ou «tout le temps» de la page précédente). Sinon, veuillez vous référer aux pensées intrusives moins fréquentes (classées dans l'expérience «rarement» ou «parfois»).

	0	1	2	3	4	R	C	I
1) C'est dangereux pour les autres si j'ai ces pensées.								
2) C'est immoral d'avoir ces pensées.								
3) C'est dévalorisant d'avoir ces pensées.								
4) C'est une honte d'y penser.								
5) C'est un signe d'infériorité.								
6) C'est une perte de contrôle de soi et donc un risque pour les autres.								
7) Je me sens inférieur(e) aux autres avec ces pensées.								
8) Je me sens responsable de l'effet de ces								

	0	1	2	3	4	R	C	I
pensées.								
9) Je me sens coupable d'avoir ces pensées.								
10) J'ai l'impression d'être à l'origine du mal ou de dommages avec mes pensées.								
11) J'ai l'impression d'être mal vu(e) par les autres si j'ai ces pensées.								
12) J'ai l'impression qu'il m'est interdit d'y penser.								
13) J'ai peur d'être mal jugé(e) ou mal considéré(e) par les autres si j'ai ces pensées.								
14) J'ai peur d'être puni(e) ou								

	0	1	2	3	4	R	C	I
condamné(e) si j'ai ces pensées.								
15) J'ai peur de causer du tort aux autres avec mes pensées.								
16) Je vais me blâmer si j'ai ces pensées.								
17) Je risque de provoquer une catastrophe si j'ai ces pensées.								
18) Je risque d'être rejeté(e) par les autres si j'ai ces pensées.								
Score Total								

SCORE TOTAL: I _ I _ I _ I

L'étude sur la première version du Questionnaire de Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (Yao et coll., 1996) a montré sa bonne validité empirique et concourante. Il différencie très nettement les obsessionnels des sujets normaux. L'étude préliminaire sur la version révisée (Yao et coll., 1997b) a confirmé les mêmes résultats. Nous utilisons donc la version révisée ici comme mesure principale pour l'étude des pensées intrusives et de leurs interprétations irrationnelles.

2.2.1.2. Pré-résultats: étude de la fidélité interjuge effectuée avec des experts sur la deuxième échelle du QPIL-r:

Pour confirmer notre classement des 18 items d'interprétations en trois dimensions: infériorité, culpabilité et responsabilité, nous avons effectué une enquête de fidélité interjuge chez des experts sur ces 18 items. Selon les définitions du sentiment de responsabilité, de culpabilité et d'infériorité dans le TOC, citées dans le chapitre « Modèles cognitifs de TOC », nous demandons aux experts de proposer et d'exprimer une réponse pour chaque item sur ces trois dimensions; dans le cas où ces trois réponses ne correspondent pas à leur avis, ils peuvent proposer une autre réponse. Les experts étaient 22 psychologues et psychiatres. Le résultat montre que ces 18 items peuvent se classer en trois dimensions: l'une correspond à la **responsabilité** (items 1, 6, 8, 10, 15, 17), l'autre à la **culpabilité** (items 2, 4, 9, 12, 14, 16) et la troisième à l'**infériorité** (items 3, 5, 7, 11, 13, 18). Le tableau 3 montre le % d'accord interjuge dans la classification des items.

Tableau 3. Etude de la fidélité interjuge (22 psychologues et psychiatres). Classement des 3 dimensions* d'interprétations des pensées intrusives (18 items)

	R	C	I	autre	Résultat de classement
1) C'est dangereux pour les autres si j'ai ces pensées.	16	2		4	R (73%)
2) C'est immoral d'avoir ces pensées.		22			C (100%)
3) C'est dévalorisant d'avoir ces pensées.			22		I (100%)
4) C'est une honte d'y penser.	1	19	1	1	C (86%)
5) C'est un signe d'infériorité.			22		I (100%)
6) C'est une perte de contrôle de soi et donc un risque pour les autres.	22				R (100%)
7) Je me sens inférieur(e) aux autres avec ces pensées.			22		I (100%)
8) Je me sens responsable	21	1			R (95%)

	R	C	I	autre	Résultat de classement
de l'effet de ces pensées.					
9) Je me sens coupable d'avoir ces pensées.		22			C (100%)
10) J'ai l'impression d'être à l'origine du mal ou de dommages avec mes pensées.	17	4		1	R (77%)
11) J'ai l'impression d'être mal vu(e) par les autres si j'ai ces pensées.			22		I (100%)
12) J'ai l'impression qu'il m'est interdit d'y penser.	2	18		2	C (82%)
13) J'ai peur d'être mal jugé(e) ou mal considéré(e) par les autres si j'ai ces pensées.		2	20		I (91%)
14) J'ai	1	21			C (95%)

	R		C	I	autre	Résultat de classement
peur d'être puni(e) ou condamné(e) si j'ai ces pensées.						
15) J'ai peur de causer du tort aux autres avec mes pensées.	21	1				R (95%)
16) Je vais me blâmer si j'ai ces pensées.		22				C (100%)
17) Je risque de provoquer une catastrophe si j'ai ces pensées.	22					R (1)
18) Je risque d'être rejeté(e) par les autres si j'ai ces pensées.	1	3	17	1		I (77%)
Résultat (items)	6	6	6			18 items
* R = responsabilité, C = culpabilité, I = infériorité						

Notre objectif de classer les interprétations en ces trois dimensions est de poursuivre le but de l'étude afin que nous puissions nous en servir en thérapie cognitivo-comportementale comme un instrument d'évaluation dans la clinique et la

psychométrie.

2.2.1.3. Pré-résultats dans l'échantillon d'étudiants

Nous avons d'abord fait passer le QPII-r sur un groupe d'étudiants de psychologie de façon anonyme. Ils représentent 83 sujets dont 70 sont des femmes. Leur âge moyen est de 24,01 ans (SD = 4,76). Les scores moyens du QPII-r sont présentés dans le tableau 4:

Tableau 4. Scores du QPII-r dans l'échantillon d'étudiants (n = 83)

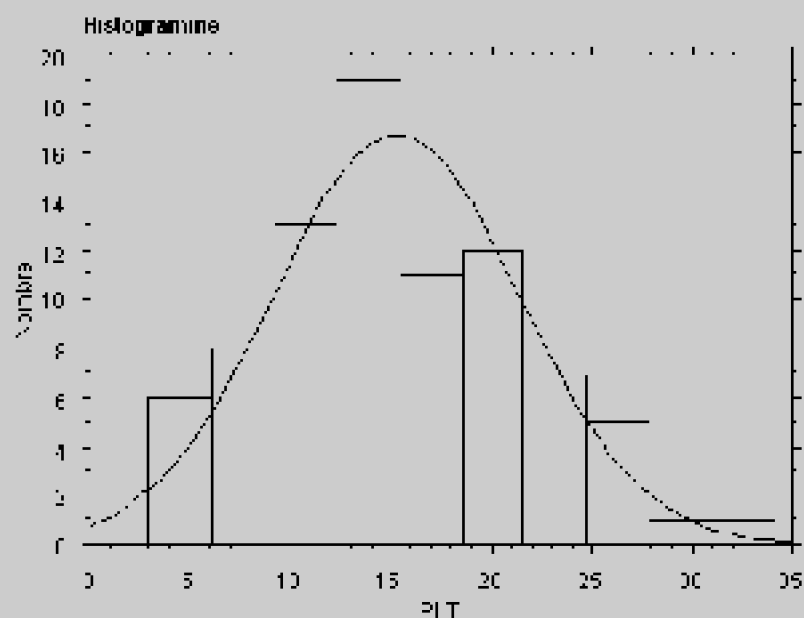
	score moyen	déviatiOn standard
Pensées intrusives - total	15,24	6,13
Pensées intrusives - perfectionnisme	6,05	2,49
Pensées intrusives - perte	4,83	2,14
Pensées intrusives - agressivité	2,63	2,06
Pensées intrusives - sexualité	1,74	1,69
Interprétations - total	8,21	8,85
Interprétations - responsabilité	3,31	3,44
Interprétations - culpabilité	2,01	3,03
Interprétations - infériorité	2,89	3,70

En fait, nous avons examiné la distribution des fréquences pour le score de Pensées Intrusives - Total (PI-T). Le graphe de la distribution traduit une courbe de gausse (voir tableau 5). L'étendue de chaque score est assez dispersé; par exemple, le score du PI-T est de 3 minimum à 34 maximum. En conséquence, nous avons divisé l'échantillon en 2 groupes selon la médiane statistique (valeur qui divise en deux parties égales la distribution) du score de Pensées Intrusives - Total: 14, pour dichotomiser les résultats en 2 classes qui ne soient pas trop arbitraires.

Tableau 5. Distribution en fréquence pour le score de Pensées Intrusives - Total (PI-T) (n = 83).

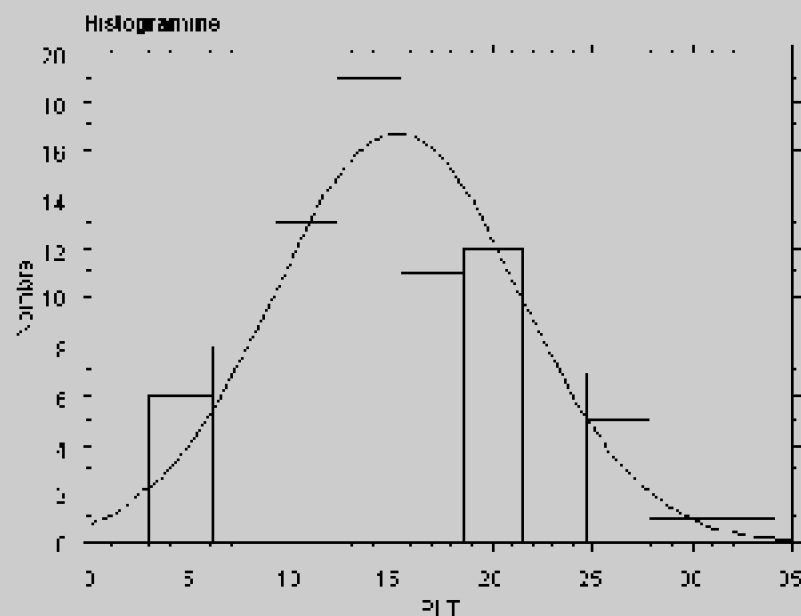
Distribution en fréquence pour PI-T

Pi (%)	Q (%)	Nombre	Normale Moyenne
3,111	4,111	6	4,111
6,111	8,222	8	7,822
9,222	12,333	10	12,333
12,333	16,444	11	16,444
15,444	20,555	11	20,555
18,555	24,666	12	24,666
21,666	28,777	7	28,777
24,777	32,888	5	32,888
27,888	36,999	1	36,999
30,999	40,000	1	40,000
Total		83	81,111



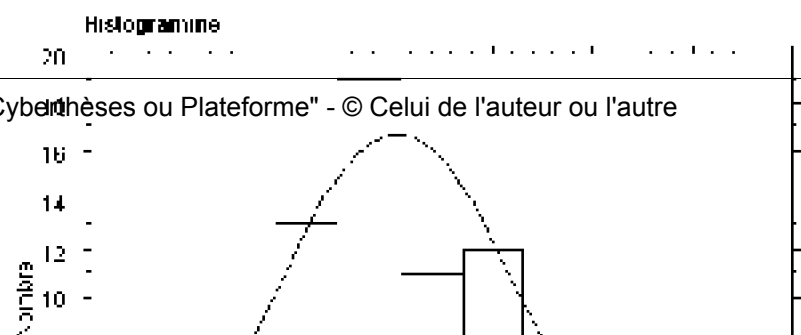
Distribution en fréquence pour PI-T

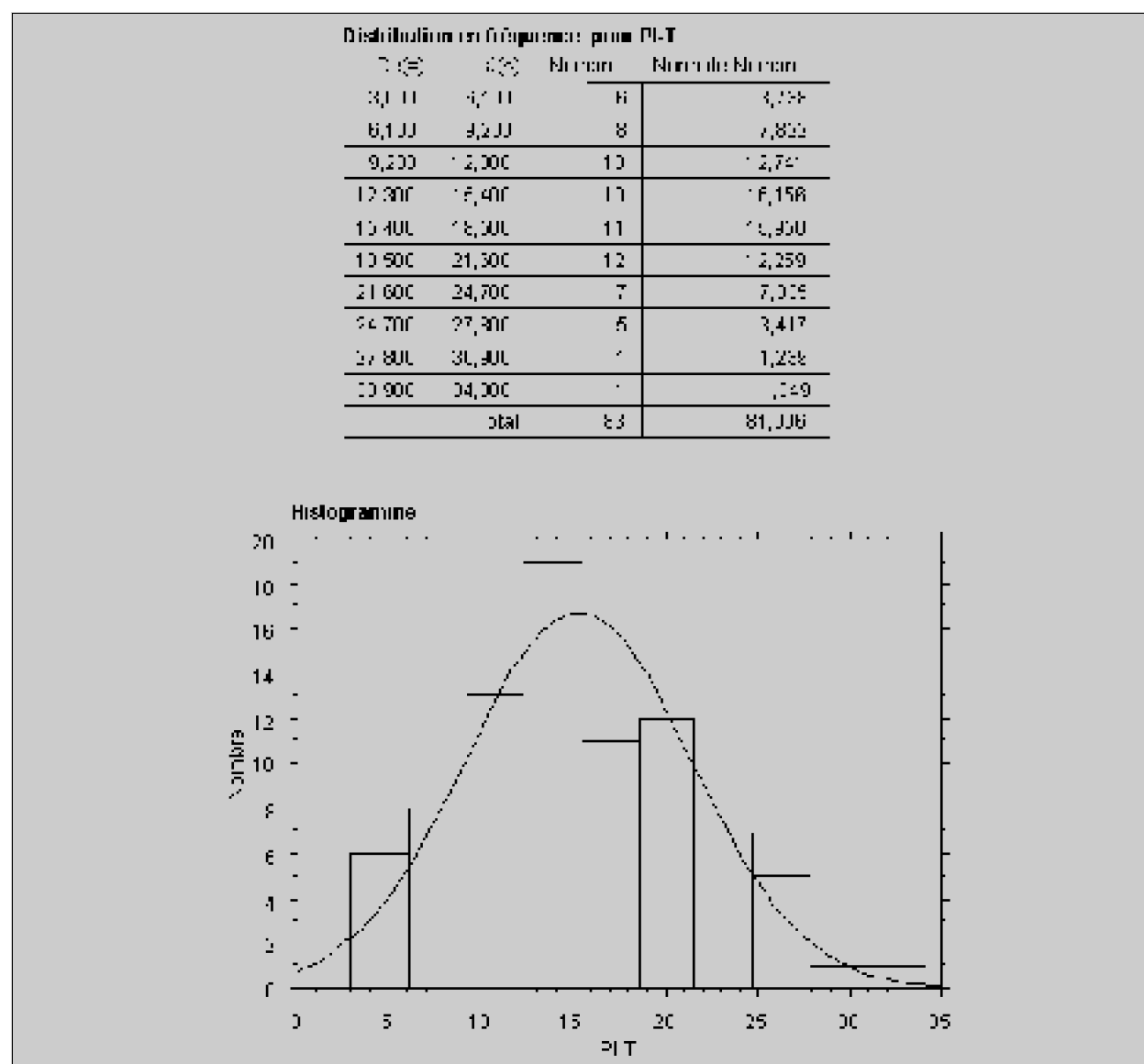
Pi (%)	Qi (%)	Nombre	Nombre de Nombre
3,111	4,111	6	3,111
6,111	8,222	8	4,822
9,222	12,333	10	6,233
12,333	16,444	11	8,158
15,444	20,555	11	10,555
18,555	24,666	12	12,259
21,666	28,777	7	7,000
24,777	32,888	5	3,417
27,888	36,999	1	1,222
30,999	41,111	1	0,111
Total		83	81,111



Distribution en fréquence pour PI-T

Pi (%)	Qi (%)	Nombre	Nombre de Nombre
3,111	4,111	6	3,111
6,111	8,222	8	4,822
9,222	12,333	10	6,233
12,333	16,444	11	8,158
15,444	20,555	11	10,555
18,555	24,666	12	12,259
21,666	28,777	7	7,000
24,777	32,888	5	3,417
27,888	36,999	1	1,222
30,999	41,111	1	0,111
Total		83	81,111





Etant donné que la distribution est proche de la normale, nous avons comparé l'âge (comme variable continue) dans les deux groupes avec l'ANOVA. La répartition du sexe (variable discontinue) dans les 2 groupes a été comparé avec le Chi 2. Les deux groupes étaient comparables quant à l'âge et au sexe. Nous avons aussi comparé ces deux groupes sur tous les scores du QPII-r. Le tableau 6 montre les résultats:

Tableau 6. Comparaison des deux groupes dans l'échantillon d'étudiants (score moyen et déviation standard)

	Groupe 1 (n = 42) (Basse intrusion)	Groupe 2 (n = 41) (Haute intrusion)	p
Age moyen	24,83 (5,05)	23,17 (4,35)	p = 0,11
femme / homme	34 / 8	36 / 5	p = 0,57
Pensées intrusives - total	10,38 (3,03)	20,22 (4,17)	p< 0,0001
Pensées intrusives - perfectionnisme	4,55 (2,0)	7,59 (1,95)	p< 0,0001
Pensées intrusives - perte	3,5 (1,52)	6,2 (1,81)	p< 0,0001
Pensées intrusives - agressivité	1,43 (1,27)	3,85 (1,99)	p< 0,0001
Pensées intrusives - sexualité	0,91 (1,03)	2,59 (1,82)	p< 0,0001
Interprétations - total	5,19 (4,64)	11,46 (11,0)	p= 0,0011
Interprétations - responsabilité	2,26 (2,41)	4,44 (4,01)	p= 0,0038
Interprétations - culpabilité	1,19 (1,47)	2,9 (3,93)	p= 0,01
Interprétations - infériorité	1,74 (2,15)	4,13 (4,55)	p= 0,003

L'analyse de ces résultats nous montre qu'il existe des différences significatives entre les deux groupes (le groupe 1 avec le score total des pensées intrusives au dessous de la médiane, et le groupe 2 avec le score total des pensées intrusives au dessus de la médiane) sur les scores du QPII-r. C'est à dire que le groupe 1 (basse intrusion) présente moins de pensées intrusives, que ce soit au niveau du score total ou dans les quatre sous-scores: perfectionnisme, agressivité, perte et sexualité, et moins d'interprétations irrationnelles, que ce soit au niveau du score total ou dans les trois sous-dimensions: responsabilité, culpabilité et infériorité, par rapport au groupe 2 (haute intrusion).

Pour examiner la relation entre les pensées intrusives et les interprétations, nous avons fait les corrélations entre la première échelle et la deuxième échelle du QPII-r et les corrélations entre les sous-scores de la première échelle et les sous-scores de la deuxième échelle du QPII-r dans l'ensemble d'échantillon. Le résultat montre que le score de Pensées Intrusives - Total (PI-T) est significativement corrélé au score d'Interprétations - Total (Int-T) ($r = 0,544$, $p < 0,0001$). Les quatre sous-scores de la première échelle du QPII-r sont tous significativement corrélés aux trois sous-scores de la deuxième échelle du QPII-r (voir le tableau 7) :

Tableau 7. Corrélations entre première échelle et deuxième échelle du QPII-r (n= 83):

	PI-T	PI-PT	PI-A	PI-PF	PI-S
Int - T	0,544	0,302	0,409	0,409	0,499
Int-R	0,506	0,231	0,42	0,376	0,489
Int-C	0,433	0,254	0,374	0,26	0,42
Int-I	0,477	0,301	0,284	0,418	0,396
$r > 0,22, p < 0,05$; $r > 0,28, p < 0,01$; $r > 0,36, p < 0,001$; $r > 0,41, p < 0,0001$					
PI-T = score total des pensées intrusives; PI-A : pensées intrusives à thème d'agressivité; PI-PF : pensées intrusives à thème de perfectionnisme; PI-S : pensées intrusives à thème de sexualité; PI-PT : pensées intrusives à thème de la perte; Int -T = score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; Int-R = interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; Int-C = interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; Int-I = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.					

Pour voir plus précisément la relation entre les sous-scores des pensées intrusives et les sous-scores des interprétations du QPIL-r, nous avons aussi fait des régressions multiples. Nous avons entré les trois sous-scores des interprétations comme variables indépendantes ou prédicteur(s) éventuel(s) et les quatre sous-scores des pensées intrusives l'un après l'autre comme variables dépendantes. Les résultats montrent que parmi les trois variables explicatives, le sous-score d'interprétations de responsabilité est le seul prédicteur pour le sous-score de pensées intrusives à thème d'agressivité et pour le sous-score de pensées intrusives à thème de sexualité; le sous-score d'interprétations d'infériorité est le seul prédicteur pour le sous-score de pensées intrusives à thème de perfectionnisme; il apparaît pas de prédicteur pour la peur de perte. Le tableau 8 montre ces résultats.

Tableau 8. Régressions multiples (valeur de t) parmi les trois sous-scores d'interprétations du QPIL-r pour les quatre sous-scores de pensées intrusives du QPIL-r (n=83)

	PI-PT	PI-A	PI-PF	PI-S
Int-R	0,165	2,125 *	1,657	2,384*
Int-C	0,62	1,17	-0,777	0,875
Int-I	1,523	-0,144	2,432*	0,811
* $p < 0,05$,				
PI-PT : pensées intrusives à thème de perte; PI-A : pensées intrusives à thème d'agressivité; PI-PF : pensées intrusives à thème de perfectionnisme; PI-S : pensées intrusives à thème de sexualité; Int-R = interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; Int-C = interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; Int-I = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.				

Nous avons également constaté que les pensées intrusives à thème de perfectionnisme et à thème de perte sont significativement plus élevées que les deux autres types des pensées intrusives: agressivité et sexualité, dans l'échantillon d'étudiants. L'ordre des quatre thèmes rencontrés du plus fréquent au moins fréquent est: perfectionnisme (6,05/12) > peur de perte (4,83/12) > agressivité (2,63/12) > sexualité (1,74/12). Le tableau 9 montre le résultat de Test-t série appariées sur 83 sujets

d'étudiants montrant cet ordre:

Tableau 9. Test-t entre les quatre thèmes de pensées intrusives:

Test-t séries appariées Ecart théorique = 0				
	Ecart moyen	DDL	t	p
PI-PF, PI-PT	1,217	82	4,296	<,0001
PI-PF, PI-A	3,422	82	12,448	<,0001
PI-PF, PI-S	4,313	82	16,928	<,0001
PI-PT, PI-A	2,205	82	8,138	<,0001
PI-PT, PI-S	3,096	82	11,620	<,0001
PI-A, PI-S	,892	82	4,290	<,0001

Test-t séries appariées Ecart théorique = 0				
	Ecart moyen	DDL	t	p
PI-PF, PI-PT	1,217	82	4,296	<,0001
PI-PF, PI-A	3,422	82	12,448	<,0001
PI-PF, PI-S	4,313	82	16,928	<,0001
PI-PT, PI-A	2,205	82	8,138	<,0001
PI-PT, PI-S	3,096	82	11,620	<,0001
PI-A, PI-S	,892	82	4,290	<,0001

En somme, les pré-résultats du QPII-r sur l'échantillon d'étudiants ont montré que le Questionnaire de Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) a une bonne validité empirique. Il différencie bien les sujets ayant des pensées intrusives plus fréquentes des sujets ayant des pensées intrusives moins fréquentes. Nous l'utilisons dans notre étude pour le groupe de TOC, le groupe de phobie sociale et le groupe de contrôle normal.

2.2.2. Echelle d'Infériorité (EDI, Yao et coll., 1998b) (voir page 85-86):

2.2.2.1. Développement de l'EDI:

1) La construction du questionnaire:

Cette échelle, basée sur notre expérience clinique, est essentiellement construite pour évaluer le sentiment d'infériorité chez les sujets anxieux. C'est une mesure d'auto-évaluation qui comprend 34 items mesurant un sentiment d'infériorité dans plusieurs domaines.

Selon le contenu, il y a 15 items concernant les événements négatifs (ex. faiblesse, fatigue, erreur, échec, critique, etc.), 15 items concernant les événements positifs (ex. qualité, bien faire, réussite, compliment, etc.) et 4 items les sentiments absolus (ex. « *J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.* »).

De plus, 17 items mesurant le jugement que le sujet porte sur lui-même (auto-jugement) (ex. « *Je voudrais toujours que toutes les choses soient bien faites, sinon, je suis inférieur(e) aux autres.* ») et, d'autre part, 17 items mesurant l'auto-évaluation du jugement des autres sur lui (jugement des autres) (ex. « *Si on me critique cela veut dire que je suis mal jugé(e) par les autres.* »). Le premier point de vue concerne pour nous un sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même et le deuxième

Echelle d'Infériorité (EDI)

Prénom : _____	Age: _____
Sexe: _____	Date de l'examen: _____

Instructions: Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées. Pour chacun des énoncés, veuillez encercler le chiffre de 1 à 5 qui correspond le mieux à votre façon de penser selon l'échelle suivante:

1	2	3	4	5
Ne correspond pas du tout	Correspond faiblement	Correspond moyennement	Correspond <u>assez</u> fortement	Correspond exactement

1. J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.	1	2	3	4	5
2. J'ai peur que si les choses sont mal faites, on va croire que je suis moins compétent(e)	1	2	3	4	5

1. J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.	1	2	3	4	5
que les autres.					
3. J'ai toujours l'impression que l'on ne voit pas mes qualités.	1	2	3	4	5
4. Il faut que je sois toujours à la hauteur, sinon, je suis inférieur(e) à tout le monde.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent peur que l'on ait une mauvaise image de moi.	1	2	3	4	5
6. Même si j'ai beaucoup de qualités, j'ai toujours l'impression que je n'en ai pas.	1	2	3	4	5
7. Je supporte mal d'être fatigué, car cela me diminue.	1	2	3	4	5
8. Si les autres me font un compliment, ils vont s'apercevoir que je ne le méritais pas.	1	2	3	4	5
9. J'ai peur d'apparaître ridicule car cela va me	1	2	3	4	5

1. J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.	1	2	3	4	5
diminuer.					
10. Même si je peux réussir certaines choses difficiles, je me sens toujours moins compétent(e) que les autres.	1	2	3	4	5
11. Si j'apparais maladroit, je serai mal considéré(e) par les autres.	1	2	3	4	5
12. Il faut que je fasse toujours mieux que les autres, sinon, je serai sous-estimé(e) par tout le monde.	1	2	3	4	5
13. Si je suis critiqué(e) par les autres, je me sens rabaissé(e).	1	2	3	4	5
14. Si les autres voient mes faiblesses, ils vont croire que je suis quelqu'un d'incapable.	1	2	3	4	5
15. Je voudrais toujours que toutes les	1	2	3	4	5

1. J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.	1	2	3	4	5
choses soient bien faites, sinon, je suis inférieur(e) aux autres.					
16. Si on me critique cela veut dire que je suis mal jugé(e) par les autres.	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
Ne correspond pas du tout	Correspond faiblement	Correspond moyennement	Correspond assez fortement	Correspond exactement

17. Il faut au moins que je sache tout ce que les autres savent pour être apprécié(e) d'eux.	1	2	3	4	5
18. Je me sens diminué(e) si je demande de l'aide.	1	2	3	4	5
19. J'ai peur de ne pas être à la hauteur, car je ne serai pas apprécié(e) par tout le monde.	1	2	3	4	5
20. J'ai peur de faire la moindre erreur, car je risque de donner une mauvaise image de moi aux autres.	1	2	3	4	5
21. Si je montre le moindre signe d'anxiété, je vais être pris(e) pour quelqu'un de moins fort.	1	2	3	4	5
22. J'ai l'impression que l'on remarque souvent mes fautes ou mes faiblesses pour me dévaloriser.	1	2	3	4	5

17. Il faut au moins que je sache tout ce que les autres savent pour être apprécié(e) d'eux.	1	2	3	4	5
23. Il faut que je fasse toujours plus de choses que les autres, sinon j'ai moins de valeur qu'eux.	1	2	3	4	5
24. Je ne vois que mes faiblesses, alors je me sens diminué(e).	1	2	3	4	5
25. Si, pour une raison quelconque, je ne peux pas faire ce que l'on me demande, on va me croire incapable.	1	2	3	4	5
26. Si je ne sais pas répondre à toutes les questions qu'on me pose, je me trouve moins intelligent(e) que les autres.	1	2	3	4	5
27. Si j'accepte mes faiblesses je risque de diminuer mes	1	2	3	4	5

17. Il faut au moins que je sache tout ce que les autres savent pour être apprécié(e) d'eux.	1	2	3	4	5
qualités.					
28. Je me sens souvent inférieur car les gens me jugent négativement.	1	2	3	4	5
29. Même si on me fait un compliment, j'ai toujours l'impression que je n'ai pas assez bien fait.	1	2	3	4	5
30. Si je commets une seule erreur, je serai mal vu(e) par les autres.	1	2	3	4	5
31. Je ne me sens jamais content(e) de ce que j'ai réussi, car les autres trouvent que c'est banal.	1	2	3	4	5
32. Si je ne réussis pas une chose que je veux faire, je me vois faible dans tous les domaines.	1	2	3	4	5
33. Je me compare toujours avec	1	2	3	4	5

17. Il faut au moins que je sache tout ce que les autres savent pour être apprécié(e) d'eux.	1	2	3	4	5
les gens qui sont meilleurs, alors je me sens toujours inférieur(e).					
34. Si je n'arrive pas à faire tout ce que l'on attend de moi, on me jugera incompetent(e).	1	2	3	4	5
SCORE TOTAL: _ _ _					

point de vue nous semble montrer un sentiment d'infériorité aux yeux des autres.

Au niveau de la formulation des phrases, elles sont formulées selon les différents types de distorsions cognitives chez des patients anxieux. Par exemple, « *J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres* » -- inférence arbitraire; « *Je ne vois que mes faiblesses, alors je me sens diminué(e).* » -- sélection négative; « *Si je ne réussis pas une chose que je veux faire, je me vois faible dans tous les domaines.* » -- maximalisation; « *Même si j'ai beaucoup de qualités, j'ai toujours l'impression que je n'en ai pas.* » -- minimisation; « *Si je suis critiqué par les autres, je me sens rabaissé.* » -- personnalisation.

Il est demandé au sujet de remplir ce questionnaire en encerclant un chiffre de 1 à 5 pour chaque énoncé qui correspond le mieux à sa façon de penser, c'est-à-dire, de « ne correspond pas du tout » à « correspond exactement » (voir l'annexe).

2). Le codage:

D'abord, on code au moyen de 1 score total de sentiment d'infériorité (EDI-T) en additionnant tous les scores des items, et de deux sous-scores concernant l'un le sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même (EDI- soi: items 1, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 32, 33) et l'autre le sentiment d'infériorité aux yeux des autres (EDI- autres: items 2, 3, 5, 8, 11, 12, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 25, 28, 30, 31, 34).

2.2.2.2. Pré-résultats sur l'échantillon d'étudiants:

Nous avons fait passer au même groupe d'étudiants l'Echelle d'Infériorité (EDI) avec le QPIL-r. Nous leur avons demandé suivant les consignes de remplir le questionnaire de façon anonyme. Nous avons 81 sujets ; 68 sont des femmes. Leur âge moyen est de 24,01 ans (SD = 4,76). Les scores moyens de l'EDI sont présentés dans le tableau 10:

Tableau 10. Statistiques descriptives des scores de l'EDI dans l'échantillon d'étudiants (n = 81)

Statistiques descriptives:		edi-t	
Moy		88,331	
Dév. Std		17,307	
Erreur Std		1,965	
Nombre		31	
Minimum		39,000	
Maximum		124,000	
* Manquants		1	
Fluctuat		88,707	
Médiane		64,000	

Statistiques descriptives:		edi-sc	
Moy		84,161	
Dév. Std		17,758	
Erreur Std		1,034	
Nombre		31	
Minimum		17,000	
Maximum		94,000	
* Manquants		0	

Statistiques descriptives:		edi-autre	
Moy		97,161	
Dév. Std		8,377	
Erreur Std		,967	
Nombre		31	
Minimum		70,000	
Maximum		109,000	
* Manquants		1	

EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; EDI-sc : le sous-score du sentiment d'infériorité aux yeux des autres; EDI-autre : le sous-score du sentiment d'infériorité au regard de soi-même.

Statistiques descriptives:

	n=11
Moy	66,833
Dév. Std	17,307
Erreur Std	1,965
Highest	91
Minimum	30,000
Maximum	100,000
* Missing	1
Frequency	88,000
Médiane	64,000

Statistiques descriptives:

	edi-sc
Moy	44,091
Dév. Std	1,756
Erreur Std	1,034
Highest	91
Minimum	17,000
Maximum	64,000
* Missing	11

Statistiques descriptives:

	edi-autre
Moy	52,118
Dév. Std	8,377
Erreur Std	,967
Highest	91
Minimum	10,000
Maximum	64,000
* Missing	1

EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; EDI-sc : le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux des autres; EDI-autre : le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même.

Statistiques descriptives:

	n=11
Moy	66,833
Dév. Std	17,307
Erreur Std	1,965
Highest	91
Minimum	30,000
Maximum	100,000
* Missing	1
Frequency	88,000
Médiane	64,000

"Cyberthèses ou Plateforme" - © Celui de l'auteur ou l'autre

Statistiques descriptives:

	edi-sc
Moy	44,091
Dév. Std	1,756
Erreur Std	1,034
Highest	91
Minimum	17,000
Maximum	64,000

Statistiques descriptives:

	edi-autre
Moy	52,118
Dév. Std	8,377
Erreur Std	,967
Highest	91
Minimum	10,000
Maximum	64,000

Statistiques descriptives	
	EDI-T
Moy	88,337
Dév. Std	17,307
Erreur Std	1,965
Nombre	31
Minimum	35,000
Maximum	123,000
N Manquants	1
Ecart-type	88,307
Médiane	64,000

Statistiques descriptives	
	EDI-SC
Moy	84,161
Dév. Std	7,758
Erreur Std	1,034
Nombre	31
Minimum	17,000
Maximum	94,000
N Manquants	11

Statistiques descriptives	
	EDI-autre
Moy	92,118
Dév. Std	8,377
Erreur Std	,967
Nombre	31
Minimum	70,000
Maximum	104,000
N Manquants	1

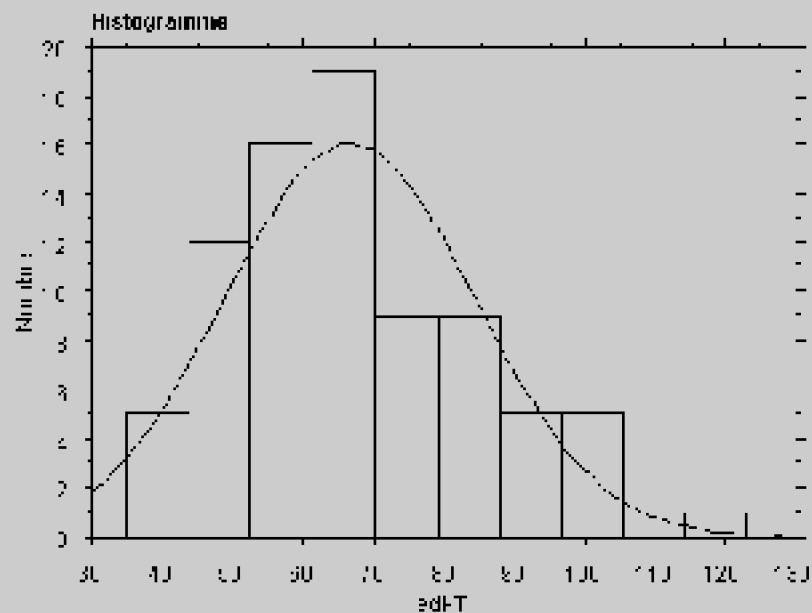
EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; EDI-SC : le sous-score du sentiment d'infériorité aux yeux des autres; EDI-autre : le sous-score du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.

Nous avons examiné la distribution des fréquences pour le score total de l'Echelle d'Infériorité (EDI). Le graphe de la distribution est gaussien (voir tableau 11). Etant donné que la distribution est proche de normal mais que la distribution du score est assez dispersée: étendue : de 35 minimum à 123 maximum, nous avons donc divisé l'échantillon en 2 groupes selon la médiane du score total de l'EDI: 64, afin de comparer les étudiants ayant une haute infériorité avec les étudiants ayant une basse infériorité.

Tableau 11. Distribution des fréquences pour le score total de l'EDI

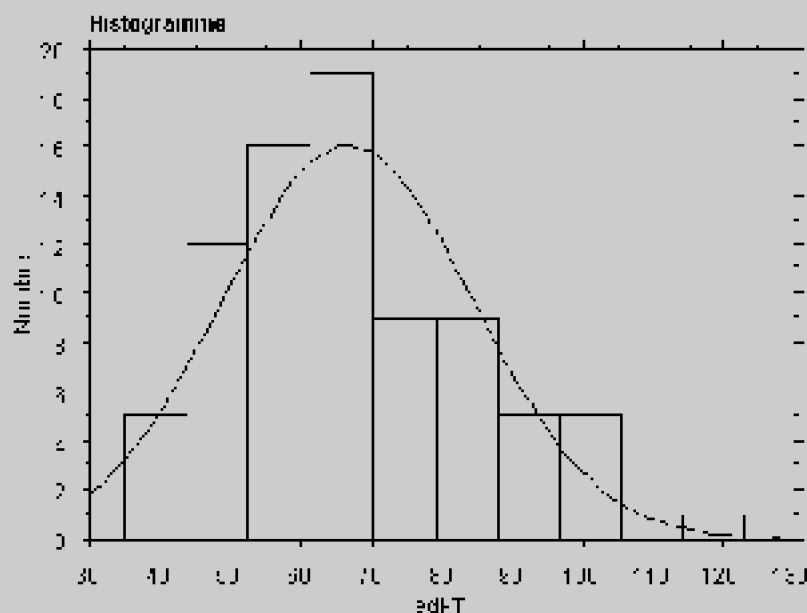
Distribution en fréquence pour CDI-T

l_i (€)	h_i (€)	nombre
35,000	40,000	8
40,000	50,000	12
50,000	55,000	16
60,000	70,000	19
70,000	78,000	8
75,000	80,000	8
80,000	90,000	6
90,000	100,000	6
100,000	110,000	4
110,000	120,000	1
Total		97



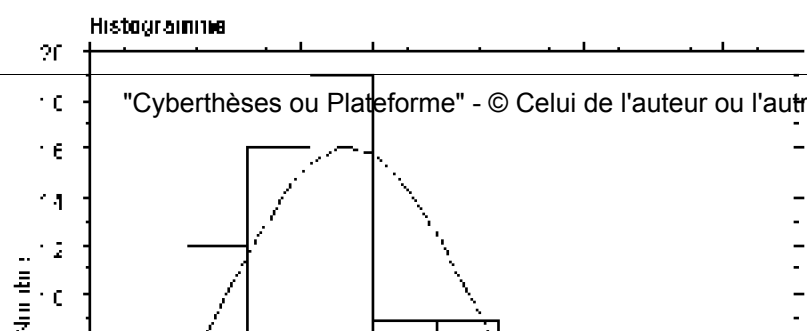
Distribution en fréquence pour CDI-T

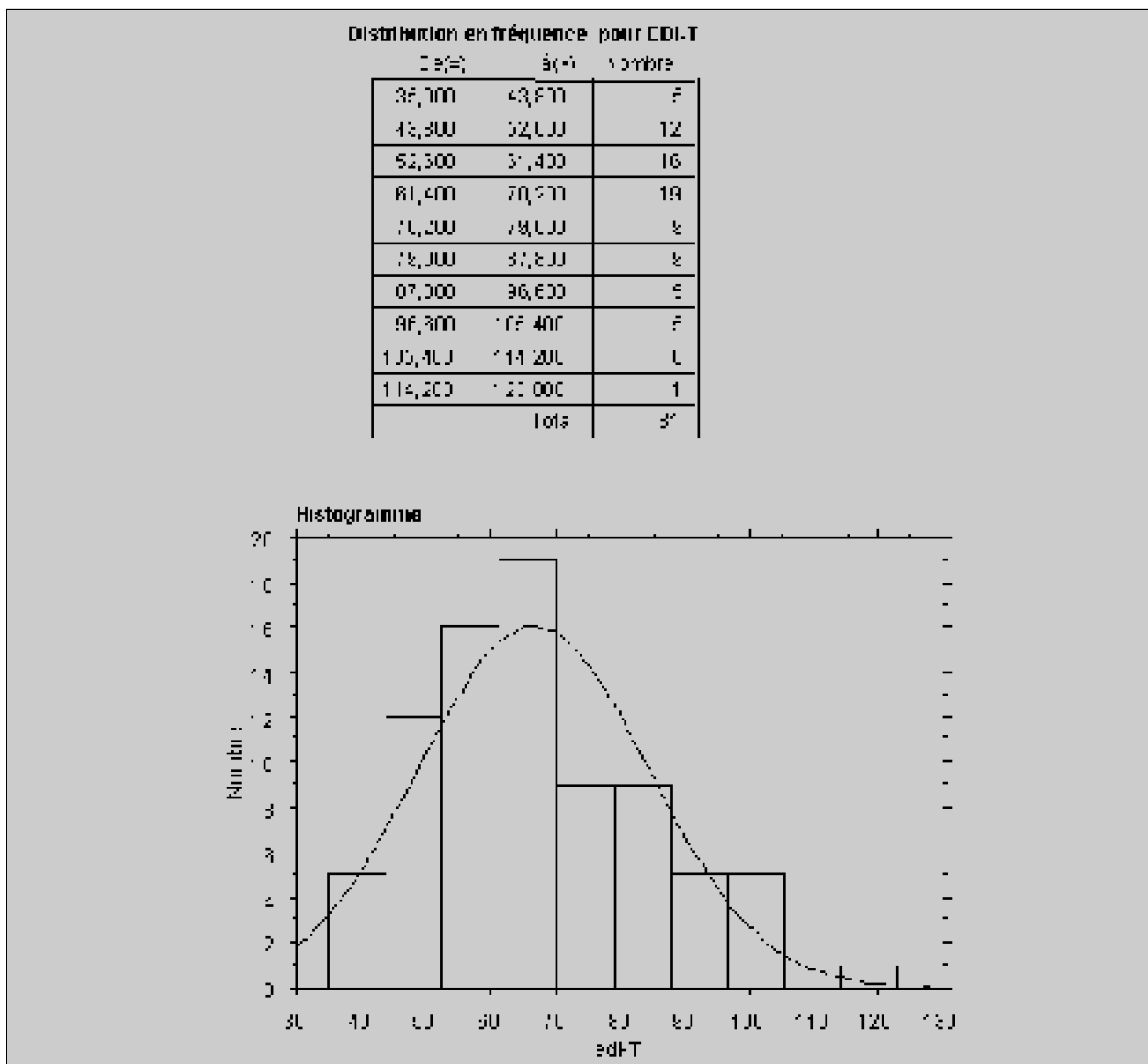
Classe	âge (n)	Nombre
35,100	43,577	8
45,500	52,111	12
52,500	57,433	16
61,400	70,577	19
70,200	78,111	8
78,100	87,833	8
87,200	96,633	5
96,300	105,400	8
105,400	114,200	4
114,200	123,000	1
Total		97



Distribution en fréquence pour CDI-T

Classe	âge (n)	Nombre
35,100	43,577	8
45,500	52,111	12
52,500	57,433	16
61,400	70,577	19
70,200	78,111	8
78,100	87,833	8
87,200	96,633	5
96,300	105,400	8
105,400	114,200	4
114,200	123,000	1
Total		97





Nous avons examiné l'âge des deux groupes avec l'ANOVA et le sexe des deux groupes avec le Chi 2. Ils sont comparables quant à l'âge et au sexe (voir tableau 12). Nous avons aussi comparé ces deux groupes sur les scores de l'EDI avec l'ANOVA.

Tableau 12. Comparaison des deux groupes dans l'échantillon d'étudiants (n=81) (score moyen et déviation standard)

	Groupe 1 (n = 41) (Basse infériorité)	Groupe 2 (n = 40) (Haute infériorité)	p
Age moyen (ans)	24,73 (5,21)	23,45 (4,28)	p = 0,23
femme / homme (nombre)	35 / 6	33 / 7	p = 0,96
EDI - T	52,81 (7,75)	80,8 (13,16)	p< 0,0001
EDI - soi	27,46 (4,94)	41,78 (8,0)	p< 0,0001
EDI - autres	25,34 (3,88)	39,02 (7,01)	p< 0,0001
EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; EDI- soi : le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même; EDI- autres : le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.			

Le résultat montre que le groupe 2 avec haute infériorité a obtenu des scores de l'EDI significativement plus élevés que le groupe 1 avec basse infériorité. Cela suggère que l'EDI différencie bien les sujets avec haute infériorité des sujets avec basse infériorité.

Comme nous avons fait passer en même temps le QPII-r et l'EDI sur le même échantillon, nous avons pu étudier la relation entre ces deux questionnaires dans les pré-résultats afin de voir la relation de l'infériorité avec les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles. Le résultat montre que le score total de l'EDI (EDI-T) est significativement corrélé aux scores du QPII-r, c'est à dire: score total des pensées intrusives (PI-T), score total des interprétations irrationnelles (Int-T) et les trois sous-scores des interprétations (Int-R, Int-C, Int-I). Le tableau 13 montre les résultats obtenus:

Tableau 13. Corrélations entre EDI et QPII-r dans l'échantillon d'étudiants (n = 79)

	PI-T	Int-T	Int-R	Int-C	Int-I
EDI-T	0,607	0,563	0,487	0,428	0,544
p	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; PI-T : pensées intrusives totales; Int-T : le score total sur interprétations des pensées intrusives; Int-R : interprétations de responsabilité; Int-C : interprétations de culpabilité; Int-I : interprétations d'infériorité.					

2.2.2.3. Pré-résultats sur l'échantillon des patients anxieux et d'autres sujets non-cliniques

Nous avons fait passer l'EDI chez des patients anxieux (3 malades atteints de TOC et 4 malades atteints de phobie sociale) et chez des sujets non-cliniques (n=17). Le résultat montre que les patients anxieux ont des scores significativement plus élevés de l'EDI que les sujets non-cliniques (p=0,0002); il n'existe pas de différence sur l'EDI entre les malades atteints de TOC et les malades atteints de phobie sociale (ex. sur l'EDI-T, TOC/Phobie sociale = 120,7/104,5, p=0,40), (voir tableau 14). Ainsi donc, l'EDI différencie les sujets anxieux des sujets normaux mais pas les obsessionnels des phobiques sociaux.

Tableau 14. Comparaison entre des patients anxieux et d'autres sujets non-cliniques (score moyen et déviation standard)

	TOC (n = 3)	Phobie sociale (n = 4)	sujets non-cliniques (n = 17)	p
Age moyen	52,67 (13,65)	43,5 (14,82)	38,71 (13,21)	p = 0,26
femme / homme	1/2	0/4	13/4	p = 0,01
EDI - T	120,67 (45,96)	104,5 (26,44)	54,59 (20,26)	p= 0,0002
EDI - soi	62,33 (23,76)	53,0 (11,34)	28,06 (10,18)	p= 0,0001
EDI - autres	58,33 (22,72)	51,5 (15,16)	26,53 (10,52)	p= 0,0004
EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; EDI-soi : le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même; EDI-autres : le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.				

A travers les pré-résultats de ces deux pré-études, nous constatons que les scores de l'EDI chez les sujets non-cliniques (EDI-Total : 54,6; EDI-soi: 28,1; EDI-autres: 26,5) sont similaires à ceux observés dans le groupe d'étudiants avec basse infériorité (EDI-Total : 52,8; EDI-soi: 27,5; EDI-autres: 25,3). Cela nous suggère que les étudiants avec basse infériorité sont proches des sujets non-cliniques, dit normaux.

2.2.2.4. L'étude de la validation de l'EDI

L'étude publiée sur la validation de l'Echelle d'Infériorité (Yao et coll., 1998b) a montré que l'EDI possède une bonne validité empirique et fiabilité. Elle distingue bien les sujets atteints de TOC ou phobiques sociaux des sujets normaux. Le score moyen de l'EDI total chez les normaux est de 58,8 (SD 12,6), alors que chez les phobiques sociaux et chez les TOC il est de 109,3 (SD=22) et de 105,8 (SD=35,8). En d'autres termes, le score moyen de l'EDI total chez les gens normaux est environ au dessous de 70 et chez les sujets anxieux, il est de supérieur à 70 environ. La corrélation de test-retest montre une stabilité très satisfaisante, $r = 0,84$, $p < 0,0001$. Le coefficient alpha de Cronbach pour l'EDI a également montré une bonne cohérence interne: $= 0,95$. L'analyse factorielle a montré cinq facteurs. Le premier facteur est plutôt un facteur général, le deuxième facteur reflète une mauvaise image liée à la critique, le troisième facteur s'avère une minimisation des réussites et des qualités, le quatrième facteur montre une croyance de jugement négatif par les autres et le cinquième facteur reflète une basse tolérance à la fatigue.

En somme, les deux pré-études et l'étude de la validation de l'EDI nous montrent des résultats identiques: l'Echelle d'Infériorité possède une bonne validité empirique. Elle distingue les sujets anxieux ou les sujets avec haute infériorité des sujets dit normaux ou des sujets avec basse infériorité. Nous prenons cette échelle comme une mesure de sentiment d'infériorité dans notre étude pour le groupe de TOC, le groupe de phobie sociale et le groupe contrôle normal.

2.2.3. Autres mesures psychologiques

2.2.3.1. Echelle d'Obsession Compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS, Goodman et coll., 1989a et 1989b, Bouvard et coll., 1992)(voir dans l'annexe, N°1)

Cette échelle, développée par Goodman et coll. (1989a et 1989b), est largement utilisée comme un outil standard pour mesurer la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs indépendamment de leur contenu. L'un de ses avantages est de regrouper des items mesurant des symptômes obsessionnels et compulsifs en parallèle selon les mêmes dimensions.

Le Y-BOCS consiste en une échelle de 10 items: cinq pour les obsessions et cinq pour les compulsions, évalués par un thérapeute au cours d'un entretien structuré. Il mesure cinq dimensions aussi bien pour les obsessions (idées) que pour les compulsions (actes rituels). Ces dimensions sont:

1.
le temps passé aux obsessions ou aux compulsions,
2.
leur gêne dans la vie quotidienne,
3.
l'anxiété associée,
4.
la résistance aux symptômes pathologiques et
5.
le contrôle sur les obsessions ou sur les rituels.

Les trois premières sont cotées de 0 à 4: 0 = nul, 1 = un peu, 2 = moyen, 3 = important et 4 = extrêmement important; les deux dernières sont aussi cotées de 0 à 4: 0 = total, 1 = beaucoup, 2 = moyen, 3 = peu et 4 = pas du tout. Les études psychométriques (Goodman et coll., 1989a et 1989b, Bouvard et coll., 1992) ont montré une bonne validité empirique et convergente. La fidélité interjuge du score total et de chacun des 10 items s'est avérée excellente. La cohérence interne de l'échelle était également élevée.

Un score total supérieur à 15 sur le Y-BOCS correspond à des patients présentant cliniquement et actuellement un TOC (Steketee, 1993); un score total inférieur à 8 peut être considéré comme étant un état normal (Bouvard et coll., 1992). Nous prenons donc cette échelle dans notre étude comme un standard de sélection des patients et une mesure principale de la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs dans le groupe de TOC. Nous utilisons cette échelle pour les deux groupes de malades.

2.2.3.2. Liste des Pensées Obsédantes (LPO, Bouvard et coll., 1989, 1997) (voir dans l'annexe, N° 2)

La Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est une échelle d'auto-évaluation qui vise à mesurer les pensées obsédantes les plus fréquentes trouvées chez les TOC. Elle discrimine une population obsessionnelle des sujets agoraphobiques et des sujets

contrôles (Bouvard et coll., 1997). Cette échelle comporte 29 items, (le dernier item est une question ouverte), remplis par le sujet, codés de 0 à 4 selon le degré de perturbation que le sujet ressent (0 = pas du tout, 1 = peu souvent, 2 = souvent, 3 = très souvent et 4 = en permanence). L'analyse factorielle (Bouvard et coll., 1997) révèle trois facteurs: lavage, responsabilité et vérification.

Nous utilisons cette Liste des Pensées Obsédantes dans les groupes de patients (TOC et phobiques sociaux) pour voir la corrélation avec le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations et avec l'Echelle d'Infériorité.

2.2.3.3. Questionnaire des Peurs (*Fear Questionnaire*, FQ, Marks & Mathews, 1979, Cottraux et coll. 1987) (voir dans l'annexe, N°3)

C'est une échelle qui vise à évaluer les phobies, l'anxiété généralisée et les troubles de l'humeur associés. Elle apparaît être un instrument empiriquement valide, fidèle et sensible aux changements thérapeutiques. Elle comprend un sous-score de cinq items qui mesure la phobie sociale et qui est très souvent utilisé dans la recherche de la phobie sociale. Nous l'utilisons dans les groupes de patients (TOC et phobiques sociaux) pour voir le lien des symptômes phobiques sociaux avec des symptômes obsessionnels-compulsifs et avec le sentiment d'infériorité.

2.2.3.4. Questionnaire de Dépression de Beck (BDI- 21, Beck et Steer, 1987, Bouvard et Cottraux, 1996) (voir dans l'annexe, N°4)

Il s'agit d'une mesure d'auto-évaluation de la dépression, qui est souvent utilisée en recherche clinique comme une mesure standardisée. Le questionnaire inclut 21 items; chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme: de 0 à 3. Il est destiné à évaluer les aspects subjectifs de la dépression, surtout les cognitions dépressives. C'est une mesure valide, sensible et facile à remplir. Nous l'employons ici chez les deux groupes de patients pour évaluer les symptômes dépressifs éventuellement associés et voir leur lien avec les pensées intrusives, leurs interprétations et le sentiment d'infériorité.

2.2.3.5. Questionnaire d'Anxiété de Beck (BAI, Beck et Steer, 1990, Bouvard et Cottraux, 1996) (voir dans l'annexe, N°5)

Cette échelle de 21 items est aussi une auto-évaluation qui nous permet d'évaluer l'intensité des symptômes cliniques d'anxiété chez les patients. Les études publiées ont montré la bonne validité, la stabilité et la cohérence interne excellente (Beck et Steer, 1990; Clark et Nicki., 1989). Nous l'employons ici chez les deux groupes de patients pour voir le lien des symptômes anxieux avec les pensées intrusives, leurs interprétations et le sentiment d'infériorité.

2.3. Procédure (Déroulement d'expérimentation)

Nous avons sélectionné consécutivement les patients atteints de troubles obsessionnels-compulsifs et les patients atteints de phobie sociale selon le DSM-IV et selon les critères d'entrée dans l'étude pendant un an. Il s'agit de consultants dans une unité de traitement de l'anxiété à l'Hôpital Neurologique de Lyon.

Avant de passer les questionnaires, nous avons effectué un entretien structuré avec les patients en utilisant des check-lists pour les diagnostics de troubles obsessionnels-compulsifs, de phobie sociale, de trouble de la personnalité obsessionnelle et de trouble de la personnalité évitante selon le DSM-IV. Nous avons aussi examiné les troubles de personnalité éventuellement associés chez les patients avec la checklist basé sur le DSM-IV (voir dans l'annexe N°6, le cahier d'évaluation pour les patients atteints de TOC et N°7, le cahier d'évaluation pour les patients atteints de phobie sociale).

Dans le cahier d'évaluation des patients, nous avons aussi enregistré les données caractéristiques ou identifications, telles que l'âge, le sexe, le poids, la taille, le niveau d'étude, le statut marital, les activités professionnelles, etc... . Ensuite, nous avons fait une petite enquête sur divers caractères cliniques, comme l'utilisation actuelle ou non de médicaments, la durée de la maladie, l'évaluation du fonctionnement du sujet selon l'axe 5 du DSM-IV, la dépression associée ou pas, etc... . Le diagnostic de dépression associée est donné par un psychiatre (l'évaluateur en même temps) selon le DSM-IV, mais il n'y a pas de check-list.

Une fois les critères de diagnostic de la maladie établis, nous avons fait passer l'hétéro-questionnaire: l'Echelle d'Obsession Compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS). Ensuite, les patients doivent remplir tous les auto-questionnaires. L'ordre de passation des questionnaires est: Liste des Pensées Obsédantes (LPO), Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (QPII-r), Echelle d'Infériorité (EDI), Questionnaire des Peurs (FQ), Questionnaire de Dépression de Beck (BDI- 21) et Questionnaire d'anxiété de Beck (BAI- 21).

Chez les sujets non-cliniques, nous avons simplement fait passer le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (QPII-r) et l'Echelle d'Infériorité (EDI), soit en collectif, soit en individuel.

2.4. Statistiques:

1.
Les comparaisons entre les trois groupes ont été effectuées avec le test du χ^2 pour les variables discontinues et l'ANOVA ou l'ANCOVA avec l'âge comme covariant pour les variables continues.

2.
Le test-t de Student (apparié) a été utilisé pour comparer les sous-scores (variables continues) à l'intérieur de chaque groupe ou dans l'ensemble d'échantillon, chez les mêmes sujets.

3.

Les corrélations ont été calculées avec le 'r' de Bravais Pearson.

4.

La régression linéaire multiple a été utilisée pour prédire une variable dépendante à partir de plusieurs variables indépendantes.

III. RESULTATS

3.1 Comparaison entre groupes (Descriptions, caractéristiques)

3.1.1. Comparaison sur le sexe et l'âge entre les trois groupes

L'analyse de chi 2 montre qu'il n'existe pas de différence, au niveau du sexe, entre le groupe de troubles obsessionnels-compulsifs, le groupe de phobie sociale et le groupe de contrôle non-clinique ($p > 0,99$). Les trois groupes comprennent tous la moitié de femmes et la moitié d'hommes. Quant à l'âge moyen, l'ANOVA avec un facteur (groupe) montre qu'il existe une différence entre les trois groupes ($F(2,129)=5,28$, $p=0,0063$). Le PLSD de Fisher indique que la différence existe entre le groupe de phobie sociale et les deux autres groupes (Phobie sociale / TOC: $30,7/37,5$, $p = 0,0062$; Phobie sociale / Contrôle: $30,7/37,9$, $p = 0,0036$); mais il n'existe pas de différence entre le groupe de TOC et le groupe contrôle ($37,5/37,9$, $p = 0,84$). C'est à dire que le groupe de phobie sociale a un âge en moyenne plus jeune que les deux autres groupes; ces deux derniers groupes sont identiques quant à l'âge (voir tableau 15).

Tableau 15. Comparaison du sexe et de l'âge entre trois groupes

	TOC (n = 48)	Phobie sociale (n = 36)	Sujets non-cliniques (n = 48)	p
Age moyen (ans) (score moyen et SD)	37,5 (11,5)	30,7 (9,5)	37,9 (11,6)	F(2,129) = 5,27, p= 0,0063
femme / homme	24/24	18/18	24/24	$\chi^2 = 0$, p>0,99

3.1.2. Caractéristiques générales des deux groupes de malades:

3.1.2.1. Niveau d'étude:

Nous avons compté trois niveaux d'étude: Inférieur au BAC, égal au BAC et supérieur au BAC pour deux groupes de patients. Le résultat montre qu'il y a une différence significative entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale sur le niveau d'étude ($\chi^2 = 11,01$, p=0,0032). C'est à dire que le groupe de TOC a plus de sujets ayant un niveau inférieur au Bac ou égal au Bac et moins de sujets ayant un niveau supérieur au Bac par rapport au groupe de phobie sociale (voir tableau 16).

Tableau 16. Niveau d'étude dans les deux groupes de malades:

Fréquences observ. pour GROUP, etude				
	-bac	= bac	+ bac	Totals
TOC	19	9	20	48
PHOB SOC	5	3	28	36
Totals	24	12	48	84

Fréquences observ. pour GROUP, etude				
	-bac	= bac	+ bac	Totals
TOC	19	9	20	48
PHOB SOC	5	3	28	36
Totals	24	12	48	84

3.1.2.2. Etat marital:

Nous avons choisi quatre classes pour l'état marital: célibataire, marié, divorcé et veuf(ve), mais nous n'avons pas rencontré de patients veufs. Le résultat montre qu'il y a moins de sujets célibataires et plus de sujets mariés et divorcés dans le groupe de TOC que dans le groupe de phobie sociale ($\chi^2 = 8,42$, $p=0,015$) (voir le tableau 17).

Tableau 17. Etat marital dans les deux groupes de malades:

Fréquences observ. pour GROUP, état marital				
	céliba.	marié	divorc.	Totals
TOC	14	31	3	48
PHOB SOC	21	15	0	36
Totals	35	46	3	84

Fréquences observ. pour GROUP, état marital				
	céliba.	marié	divorc.	Totals
TOC	14	31	3	48
PHOB SOC	21	15	0	36
Totals	35	46	3	84

3.1.2.3. Etat professionnel:

Nous avons codé la profession en 9 catégories selon le code de l'INSEE: 1°: agriculteurs et exploitants; 2°: artisans, commerçants et chefs d'entreprise; 3°: cadres et professions intellectuelles supérieures; 4°: profession intermédiaires; 5°: employés; 6°: ouvriers; 7°: retraités; 8° autres personnes sans activité professionnelle; 9°: autres. Nous n'avons enregistré que 6 catégories de professions dans notre échantillon: artisans, commerçants et chefs d'entreprise; cadre et professions intellectuelles supérieures; profession intermédiaires; employés; ouvriers; et sans activité (voir le tableau 18). Les sujets sans activités comprennent des étudiants, des chômeurs et des handicapés. Etant donné qu'il y a très peu de sujets dans certaines catégories, il est difficile de comparer les deux groupes de malades. Nous avons du regrouper les catégories en deux classes: « travail » et « sans activité ». Le chi 2 montre qu'il n'y a pas de différence statistique entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale au niveau de la profession ($\chi^2 = 0,438$, $p = 0,51$). A noter que, dans les deux groupes, environ la moitié des sujets est sans activité.

Tableau 18. Profession dans les deux groupes de malades:

Fréquences observ. pour GROUP, profession							
	artisans	cadre super.	interm.	en chômage	ouvrier	sans activité	Totaux
TOC	1	4	1	14	2	26	48
PHOB SOC	0	1	0	9	7	16	36
Totaux	1	5	1	33	9	42	84

Fréquences observ. pour GROUP, profession							
	artisans	cadre super.	interm.	en chômage	ouvrier	sans activité	Totaux
TOC	1	4	1	14	2	26	48
PHOB SOC	0	1	0	9	7	16	36
Totaux	1	5	1	33	9	42	84

3.1.3. Caractéristiques cliniques des deux groupes de malades:

3.1.3.1. Dépression associée:

Dix patients dans le groupe de TOC présentent une dépression associée (10/48 = 21%) alors que dans le groupe de phobie sociale, cinq patients présentent une dépression associée (5/36 = 14%). Mais il n'existe pas de différence statistique entre les deux groupes à ce sujet ($\chi^2 = 0,286$, $p = 0,59$) (voir tableau 19).

Tableau 19. Dépression associée dans les deux groupes de malades:

Fréquences observées pour GROUP, dépression			
	oui	non	Totaux
TOC	10	38	48
PHOB SOC	5	31	36
Totaux	15	69	84

Fréquences observées pour GROUP, dépression			
	oui	non	Totaux
TOC	10	38	48
PHOB SOC	5	31	36
Totaux	15	69	84

Fréquences observées pour GROUP, dépression

	oui	non	Totals
TOC	10	38	48
PHOB SOC	5	31	36
Totals	15	69	84

3.1.3.2. Trouble panique associé:

Parmi les 84 patients, 7 patients présentent un trouble panique associé, dont 5 dans le groupe de TOC (10%) et 2 dans le groupe de phobie sociale (6%). Mais la différence n'est pas statistiquement significative ($\chi^2 = 0,159$, $p = 0,69$) (voir tableau 20).

Tableau 20. Trouble panique associé dans les deux groupes de malades:

Fréquences observ. pour GROUP, trouble panique

	oui	non	Totals
TOC	5	43	48
PHOB SOC	2	34	36
Totals	7	77	84

Fréquences observ. pour GROUP, trouble panique

	oui	non	Totals
TOC	5	43	48
PHOB SOC	2	34	36
Totals	7	77	84

3.1.3.3. Médicaments actuellement pris:

Nous avons enregistré les psychotropes que les patients prennent au moment de l'examen. La plupart sont des antidépresseurs et des anxiolytiques. Le résultat montre que plus de 50 % des sujets appartenant au groupe de TOC prend des médicaments (25/48) et que un tiers des sujets du groupe de phobie sociale prend des médicaments (12/36). Mais le calcul de chi 2 ne montre pas de différence significative entre ces deux

groupes ($\chi^2 = 2,51$, $p = 0,11$) (voir tableau 21).

Tableau 21. Prise de médicaments dans les deux groupes de malades:

Fréquences observ. pour GROUP, Medic. actuel			
	oui	non	Totals
TOC	25	22	47
PHOB SOC	12	24	36
Totals	37	46	83

Fréquences observ. pour GROUP, Medic. actuel			
	oui	non	Totals
TOC	25	22	47
PHOB SOC	12	24	36
Totals	37	46	83

3.1.3.4. Troubles de personnalité associés

Parmi dix catégories de troubles de la personnalité selon le DSM-IV, nous en avons enregistré huit dans notre échantillon (deux troubles de personnalité: schizoïde et antisociale, n'existent pas dans notre échantillon). Trente-deux patients dans le groupe de TOC présentent au moins un trouble de personnalité (soit deux tiers ou 66,7%) et 28 patients dans le groupe de phobie sociale présentent au moins un trouble de personnalité (soit 77,8%). De plus, 12 patients dans le groupe de TOC et 6 patients dans le groupe de phobie sociale présentent un deuxième trouble de personnalité. La plupart des troubles de personnalité sont dans la 3e classe du DSM-IV, appelée aussi personnalité anxieuse: évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. Dans le groupe de TOC, les troubles de personnalité les plus fréquemment observés sont la personnalité obsessionnelle compulsive (21/48, soit 44%) et la personnalité dépendante (18/48, soit 38%). Tandis que dans le groupe de phobie sociale, c'est le trouble de la personnalité évitante qui est le plus fréquemment observé (26/36, soit 72%)(voir tableau 22). Il est normal qu'il n'y ait pas de troubles de personnalité évitante dans le groupe de TOC et pas de trouble de personnalité obsessionnelle compulsive dans le groupe de phobie sociale dans la mesure où cela fait partie des critères d'exclusion des groupes.

Tableau 22. Troubles de personnalité associés dans les deux groupes de malades

Troubles de personnalité	TOC	Phobie sociale	totals
paranoïaque	1	1	2
schizotypique	1	0	1
limite	1	1	2
histrionique	2	2	4
narcissique	0	1	1
évitante	0	26	26
dépendante	18	3	21
obsessionnelle-compulsive	21	0	21

Nous avons reclassé tous ces troubles de personnalité en trois groupes selon le DSM-IV: groupe A, B et C, afin de mieux comparer les troubles de personnalité associés entre les patients de TOC et de phobie sociale. Le résultat montre qu'il n'y a pas de différence sur les troubles de personnalité entre les patients de TOC et les patients de phobie sociale ($\chi^2 = 1,51$, $p = 0,68$) (voir tableau 23).

Tableau 23. Troubles de personnalité associés en trois catégories

Troubles de personnalité	TOC	Phobie sociale	total
Groupe A	2	1	3
Groupe B	3	4	7
Groupe C	39	29	68
Absent	16	8	24

En résumé, les résultats statistiques ne montrent pas de différences significatives entre les deux groupes de malades en ce qui concerne la dépression associée, le trouble panique associé, les médicaments actuellement pris, et les troubles de personnalité associés. Nous allons maintenant aborder les caractéristiques psychométriques des deux groupes de malades.

3.1.4. Caractéristiques psychométriques des deux groupes de malades

Nous avons utilisé l'Ancova avec un facteur (groupe) en utilisant l'âge comme covariant pour comparer les différences des scores des autres mesures entre les deux groupes de malades. Le tableau 24 nous montre les résultats. On peut voir qu'entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale, il n'y a pas de différence significative sur les mesures de phobie sociale (le FQ-SOC, le sous-score de phobie sociale de FQ) ($p = 0,18$), la dépression (BDI) ($p = 0,45$) et l'anxiété (BAI) ($p = 0,57$). Mais sur les mesures d'obsessions-compulsions (le Y-BOCS, le LPO), les sujets obsessionnels compulsifs présentent des scores plus élevés que les sujets phobiques sociaux (le Y-BOCS: $F(1,72) = 32,9$, $p < 0,0001$; le LPO: $F(1,72) = 5,5$, $p = 0,022$).

Tableau 24. Scores moyens et Déviation Standard des autres mesures:

	TOC (n=48)	Phobiques sociaux (n=36)	Statistiques (Ancova)
Y-BOCS	26,71 (5,96)	2,83 (2,23)	$F(1,72)=32,9$, $p<0,0001$
LPO	47,94 (18,76)	22,03 (13,29)	$F(1,72)=5,5$, $p=0,022$
BDI	22,31 (11,18)	13,53 (7,62)	$F(1,72)=0,57$, $p=0,45$
BAI	23,11 (15,323)	16,43 (11,22)	$F(1,72)=0,32$, $p=0,57$
FQ-SOC	14,52 (8,89)	19,53 (8,5)	$F(1,72)=1,8$, $p=0,18$
Y-BOCS = Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown; LPO = Liste des Pensées Obsédantes; BDI = Questionnaire de Dépression de Beck; BAI = Questionnaire d'Anxiété de Beck. FQ-SOC = le sous-score de phobie sociale de FQ			

Les résultats sur les caractéristiques psychométriques des deux groupes de malades nous montrent que, dans notre échantillon, les patients obsessionnels ne se différencient des patients phobiques sociaux que sur la pathologie obsessionnelle compulsive mais pas sur les symptômes de dépression ni d'anxiété.

3.2. Les résultats sur les pensées intrusives et sur les interprétations irrationnelles

Etant donné qu'il existe une différence d'âge significative entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale, nous avons donc utilisé l'ANCOVA avec un facteur (groupe) et avec l'âge comme covariant pour comparer les variables psychométriques entre les groupes, de manière à rééquilibrer les groupes sur le facteur âge.

3.2.1. Comparaison intergroupe des scores du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r)

Tout d'abord, le résultat nous démontre que les pensées intrusives existent presque chez tous les sujets interrogés sauf deux personnes dans le groupe de contrôle non-clinique. Le score total des pensées intrusives (PI-T) du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) est au minimum de 6 dans le groupe de TOC et de 4 dans le groupe de phobie sociale; le score total des pensées intrusives va de 6 à 39 chez les obsessionnels et de 4 à 30 chez les phobiques sociaux. Dans le groupe de contrôle, 96% des sujets normaux rapportent au moins un sur le score total des

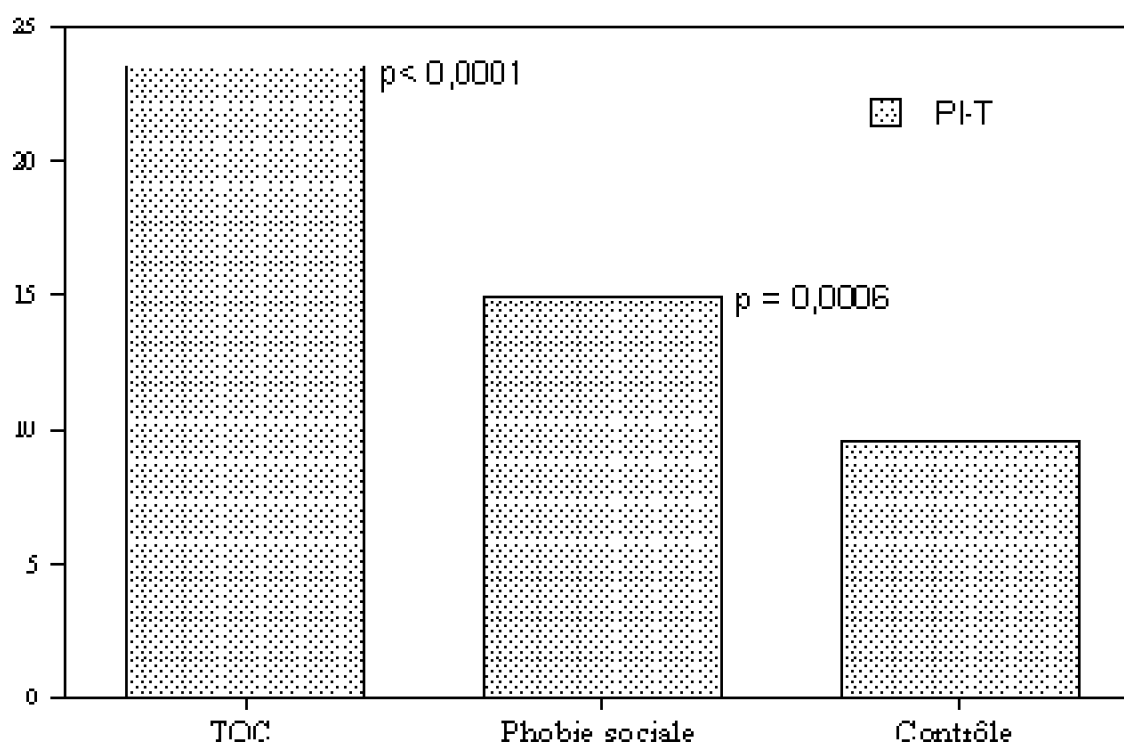
pensées intrusives, alors que l'étendue de la dispersion va de 1 à 19. Si on analyse leurs contenus des pensées intrusives, les quatre thèmes des pensées intrusives existent dans les trois groupes. On peut voir les exemplaires remplis typiques de ces trois groupes dans l'annexe.

Le recueil de données nous montre aussi que les interprétations irrationnelles de pensées intrusives existent aussi bien chez les patients atteints de TOC que chez les patients atteints de phobie sociale et chez les sujets normaux. Nos résultats révèlent que 60 % des sujets normaux reconnaissent des interprétations irrationnelles de pensées intrusives (Int/PI), bien qu'elles soient très faibles (la dispersion du score total de l'Int/PI va de 0 à 16); 92% des sujets phobiques sociaux et 100% des sujets obsessionnels-compulsifs accordent leurs opinions de « un peu » à « total » sur les interprétations de pensées intrusives (la dispersion du score total de l'Int/PI va de 0 à 59 dans le groupe de phobie sociale et de 1 à 72 dans le groupe de TOC).

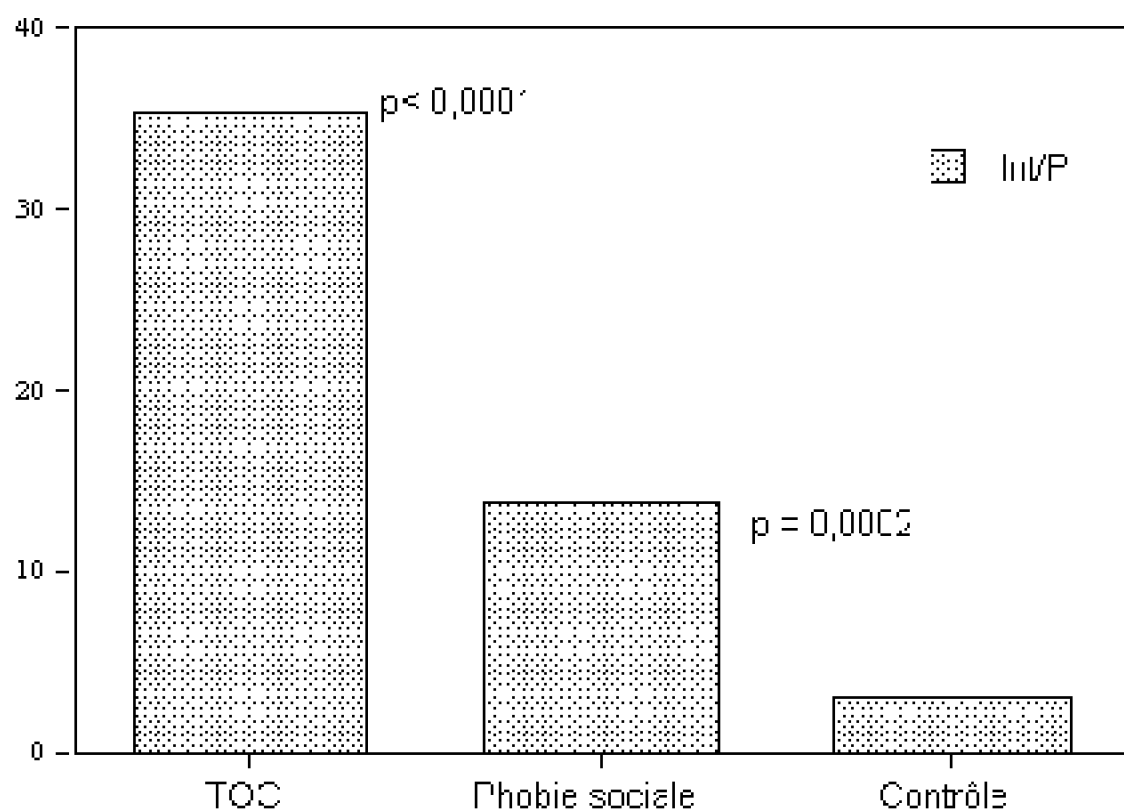
L'Ancova avec un facteur (groupe), en utilisant l'âge comme covariant, montre qu'il existe des différences significatives entre les trois groupes sur les deux scores principaux (PI-T: Pensées Intrusives -Total et Int-T: Interprétations des pensées intrusives - Total) du QPII-r. Les PLSD de Fisher indiquent que le groupe de TOC a un score total de Pensées Intrusives (PI-T) et un score total d'Interprétations (Int-T) significativement plus élevés que le groupe de phobie sociale (PI-T: score moyen: 23,6/14,89, $p < 0,0001$; Int-T: score moyen: 35,23/13,86, $p < 0,0001$) et que le groupe contrôle, (PI-T: score moyen: 23,6/9,56, $p < 0,0001$; Int-T: score moyen: 35,23/3,21, $p < 0,0001$). En plus, ces deux scores sont significativement plus élevés dans le groupe de phobie sociale que dans le groupe contrôle (PI-T: score moyen: 14,89/9,56, $p = 0,0006$; Int-T: score moyen: 13,86/3,21, $p = 0,0002$) (voir tableau 25, et graphiques 1 et 2).

Tableau 25. Comparabilité des groupes sur les scores du QPII-r: Scores moyens et Déviation Standard

	TOC (n=48)	Phob. Soc. (n=36)	Contrôle (n=48)	Statistiques (Ancova)
PI-T (Pensées Intrusives- Total)	23,6 (8,14)	14,89 (7,13)	9,56 (4,91)	F(2,126)=8,43, p=0,0004
PI-A: (Pensées Intrusives- Agressivité)	5,2 (3,58)	2,25 (2,25)	1,27 (1,54)	p<0,0001
PI-Pf: (Pensées Intrusives- Perfectionnisme)	8,15 (3,19)	6,78 (2,42)	4,46 (2,57)	p<0,0001
PI-S: (Pensées Intrusives- Sexualité)	4,02 (3,01)	2,19 (2,18)	0,98 (1,04)	p<0,0001
PI-Pt: (Pensées Intrusives- Perte)	6,23 (2,86)	3,67 (2,41)	2,85 (1,76)	p<0,0001
Int-T (Interprétations -Total):	35,23 (17,32)	13,86 (12,92)	3,21 (4,28)	F(2,126)=9,84, p=0,0001
1). Int-R (Responsabilité)	11,81 (6,61)	2,69 (3,89)	1,29 (1,85)	p<0,0001
2) Int-C (Culpabilité)	10,21 (7,06)	3,83 (5,41)	0,67 (1,21)	p<0,0001
3) Int-I (Infériorité)	13,21 (6,8)	7,33 (5,92)	1,25 (2,22)	p<0,0001
QPIL-r = Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations -version révisée; PI-T = score total de Pensées Intrusives; PI-A= pensées intrusives à thème d'Agressivité; PI-Pf = pensées intrusives à thème de perfectionnisme; PI-S = pensées intrusives à thème de sexualité; PI-Pt = pensées intrusives à thème de perte. Int-T= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; Int-R= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; Int-C= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; Int-I = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.				



Graphique 1: Comparaison du score total de pensées intrusives (PI-T) entre les groupes de TOC, de phobie sociale et de contrôle ($F(2,126) = 8,43$, $p = 0,0004$; TOC > phobie sociale > contrôle)

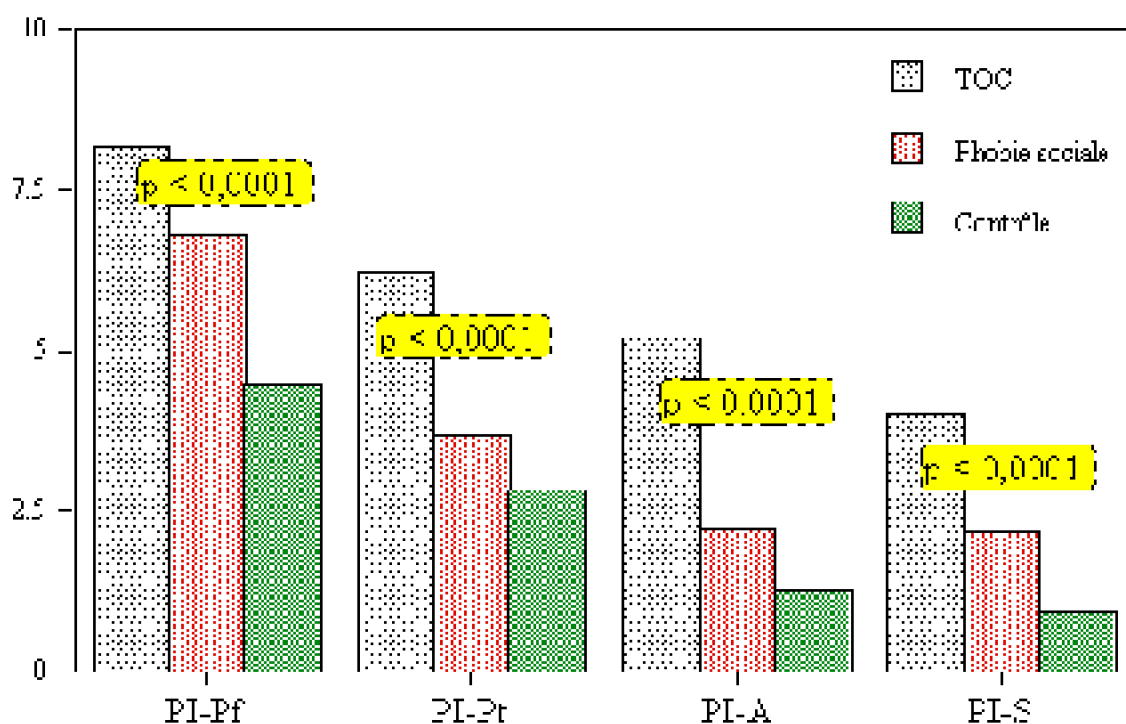


Graphique 2: Comparaison du score total d'interprétations sur les pensées intrusives

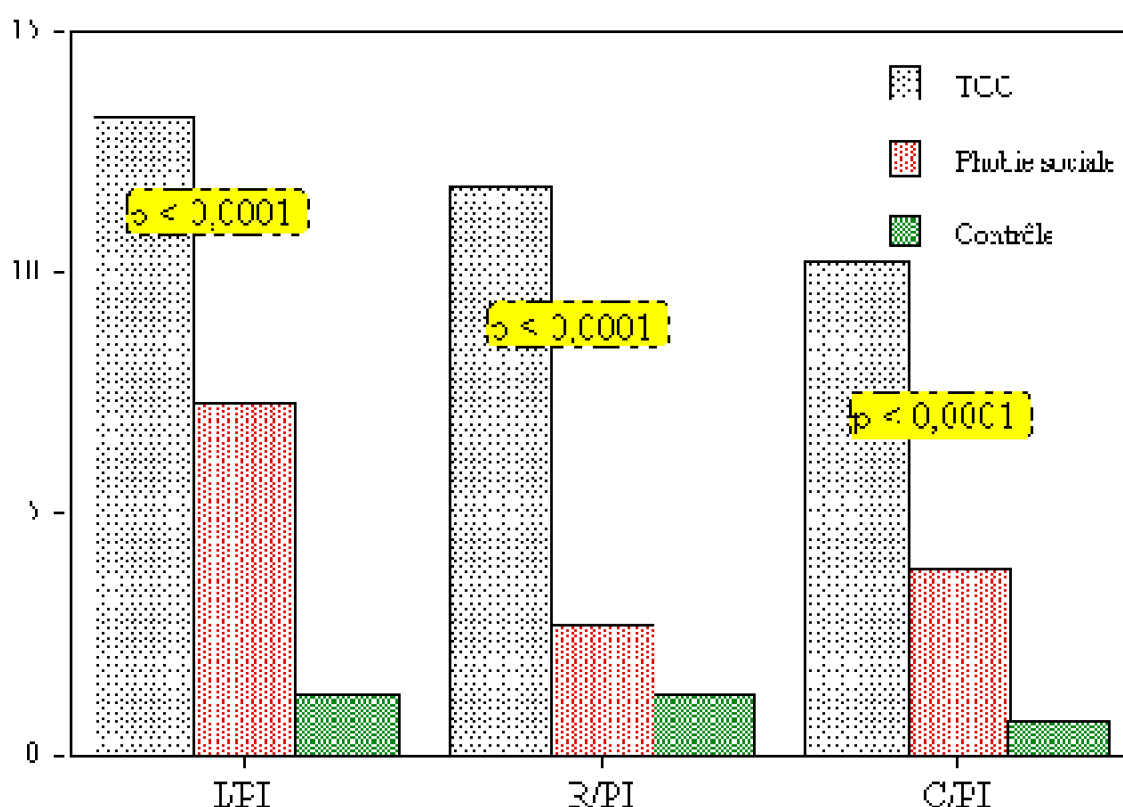
(Int-T) entre les trois groupes ($F(2,126) = 9,84, p = 0,0001$; TOC > phobie sociale > contrôle)

Par contre, il n'existe pas d'effet d'âge ou d'effet d'interaction entre groupe et âge pour tous ces scores ($p > 0,15$). Il n'existe pas non plus de différence entre sexes sur le score total de pensées intrusives (PI-T, score moyen: femme/homme = 17,0/15,2, $F(1,130)=1,24, p=0,27$) et sur le score total d'interprétations (Int-T, score moyen: femme/homme = 18,56/16,96, $F(1,130)=0,24, p=0,62$) du QPIL-r. Nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre l'âge et le score total de pensées intrusives ($r = -0,097, p = 0,27$) et le score total d'interprétations du QPIL-r ($r = -0,03, p = 0,73$).

En ce qui concerne les sous-scores du QPIL-r, l'Ancova avec un facteur (groupe) et avec l'âge comme covariant nous montre les résultats presque similaires par rapport à ceux des deux scores principaux du QPIL-r. C'est à dire que les patients souffrant de TOC rapportent quatre sous-scores de pensées intrusives (PI-A: agressivité, PI-Pf: perfectionnisme, PI-S: sexualité et PI-Pt: peur de perte) et trois sous-scores d'interprétation irrationnelle (Int-R: responsabilité, Int-C: culpabilité et Int-I: infériorité) significativement plus élevés que les sujets phobique sociaux (PI-A: $p < 0,0001$, PI-Pf: $p = 0,028$, PI-S: $p = 0,0003$, PI-Pt: $p < 0,0001$; Int-R: $p < 0,0001$, Int-C: $p < 0,0001$ et Int-I: $p < 0,0001$) et les sujets non-cliniques (sur tous les sous-scores: $p < 0,0001$) (voir tableau 25 et graphiques 3 et 4).



Graphique 3: Comparaison des sous-scores de pensées intrusives entre les groupes de TOC, de phobie sociale et de contrôle *



Graphique 4: Comparaison des sous-scores des interprétations sur les pensées intrusives entre les trois groupes *

1

Il y a également une différence entre le groupe de phobie sociale et le groupe contrôle sur les pensées intrusives à thème de perfectionnisme ($p = 0,0003$) et de sexualité ($p = 0,014$) et sur les interprétations en dimension d'infériorité ($p < 0,0001$) et de culpabilité ($p = 0,0054$).

Nous avons également utilisé le test-t apparié pour comparer les quatre sous-scores des pensées intrusives et les trois sous-scores des interprétations du QPII-r dans l'ensemble d'échantillon et dans chaque groupe.

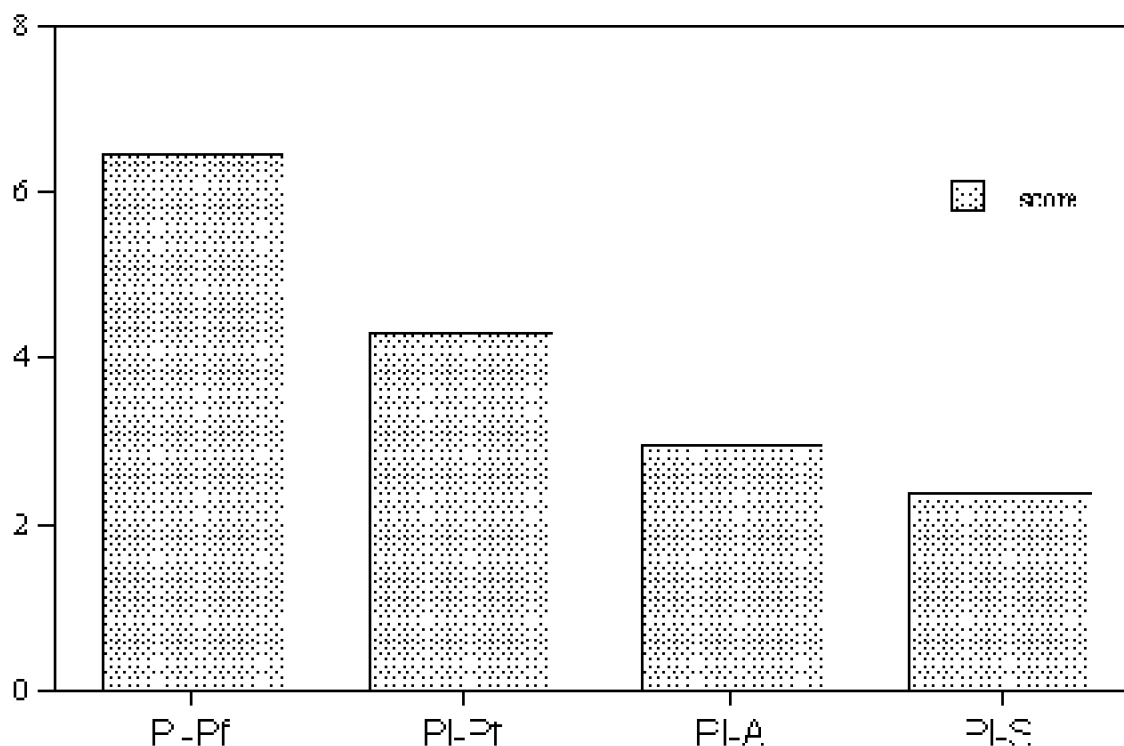
Tableau 26 . Test-t apparié pour les 4 sous-scores de pensées intrusives*

¹ * **PI-A**= pensées intrusives à thème d'Aggressivité; **PI-Pf** = pensées intrusives à thème de perfectionnisme; **PI-S** = pensées intrusives à thème de sexualité; **PI-Pt** = pensées intrusives à thème de perte. **R/PI** = interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **C/PI** = interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **I/PI** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

	Ensemble (n = 132)		TOC (n = 48)		Phobie sociale (n=36)		Contrôle (n = 48)	
	t	p	t	p	t	p	t	p
PI-Pf > PI-Pt	8,5	<,0001	3,68	=,0006	8,2	<,0001	4,9	<,0001
PI-Pf > PI-A	11,8	<,0001	4,52	<,0001	12,3	<,0001	8,5	<,0001
PI-Pf > PI-S	14,3	<,0001	6,78	<,0001	11,5	<,0001	9,5	<,0001

* **PI-A**= pensées intrusives à thème d'Agressivité; **PI-Pf** = pensées intrusives à thème de perfectionnisme; **PI-S** = pensées intrusives à thème de sexualité; **PI-Pt** = pensées intrusives à thème de perte.

Les résultats montrent que le sous-score de pensées intrusives à thème de perfectionnisme est un thème plus fréquemment rencontré que les trois autres thèmes des pensées intrusives, que ce soit dans l'ensemble d'échantillon (PI-Pf: 6,43 > PI-Pt: 4,3 > PI-A: 2,97 > PI-S: 2,42; $p < 0,0001$) ou dans chaque groupe (voir tableau 26 et graphique 5).



Graphique 5: Comparaison de la fréquence des 4 thèmes des pensées intrusives (n = 132)* (PI-Pf > PI-Pt > PI-A > PI-S, $p < 0,0001$)

2

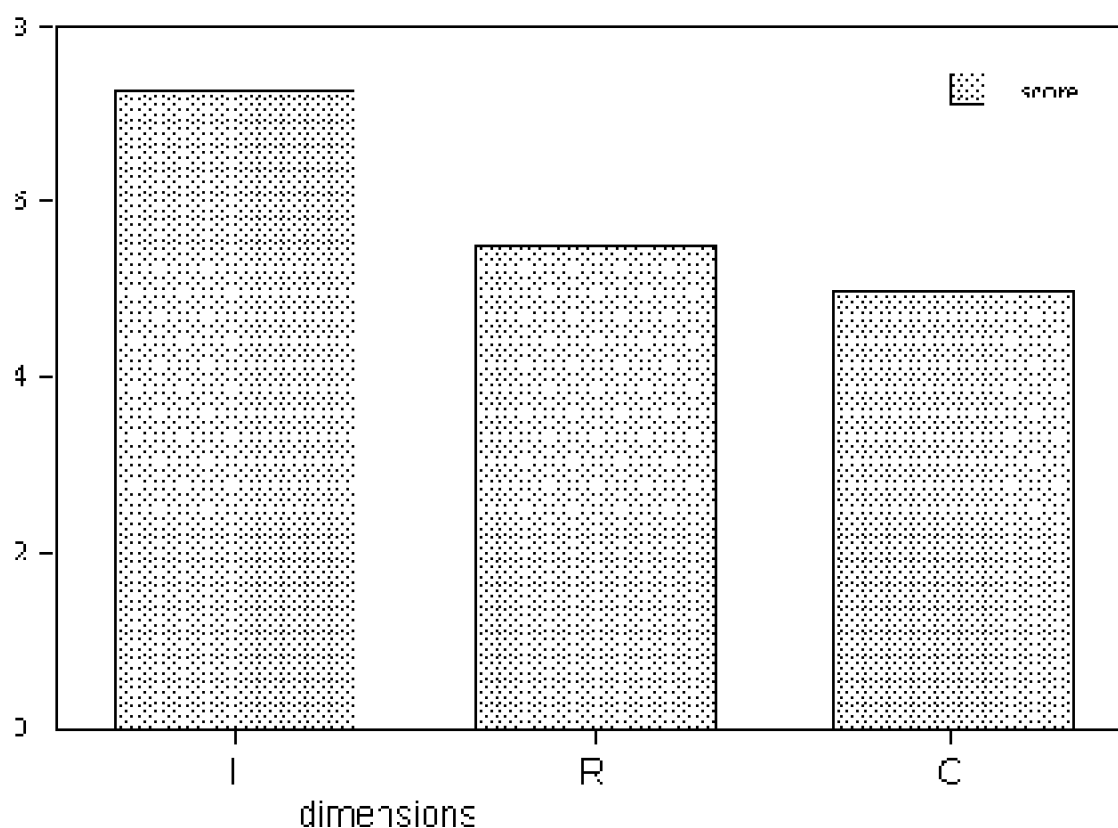
Par contre, le test-t (apparié) montre que dans l'ensemble d'échantillon, le sous-score

² * **PI-A**= pensées intrusives à thème d'Agressivité; **PI-Pf** = pensées intrusives à thème de perfectionnisme; **PI-S** = pensées intrusives à thème de sexualité; **PI-Pt** = pensées intrusives à thème de perte.

d'infériorité des interprétations irrationnelles est significativement plus élevé que le sous-score de la culpabilité ($I: 7,26 > C: 5,0$, $t = 5,28$, $p < 0,0001$) et que le sous-score de la responsabilité ($I: 7,26 > R: 5,5$, $t = 3,84$, $p = 0,0002$). Mais ce n'est pas le cas dans le groupe de TOC et dans le groupe de contrôle (voir tableau 27 et graphique 6).

Tableau 27 . Test-t apparié pour les 3 sous-scores des interprétations *

	Ensemble (n = 132)		TOC (n = 48)		Phobie sociale (n=36)		Contrôle (n = 48)	
	t	p	t	p	t	p	t	p
Int-I > Int-R	3,8	0002	1,46	15	5,37	<,0001	-,15	= ,88
Int-I > Int-C	5,28	<,0001	3,2	002	4,45	<,0001	2,02	<,05



Graphique 6: Comparaison des 3 dimensions des interprétations des pensées intrusives (n = 132) * ($I: 7,26 > C: 5,0$, $t = 5,28$, $p < 0,0001$; $I: 7,26 > R: 5,5$, $t = 3,84$, $p = 0,0002$)

3

Ces résultats peuvent être résumés ainsi: le score total de pensées intrusives et le score total d'interprétations ainsi que leurs sous-scores sont tous significativement plus élevés dans le groupe de TOC que dans le groupe de phobie sociale et le groupe contrôle; le

³ * **Int-R** (ou **R**) = interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C** (ou **C**) = interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** (ou **I**) = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

sous-score de pensées intrusives à thème de Perfectionnisme est plus élevé que les trois autres sous-scores de pensées intrusives (Agressivité, Perte, Sexualité) et le sous-score d'infériorité dans les interprétations est une dimension plus élevée que les deux autres dimensions: culpabilité et responsabilité.

Nous avons envisagé, dans nos objectifs initiaux, d'étudier les relations des pensées intrusives et de leurs interprétations avec la pathologie obsessionnelle compulsive. Nous allons donc maintenant présenter les résultats statistiques obtenus à ce sujet.

3.2.2. Les relations entre les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles et les autres variables psychométriques

- Les corrélations

Nous avons calculé les corrélations entre les scores du QPII-r et les autres mesures évaluant les obsessions compulsions (Y-BOCS et LPO), l'anxiété (BAI), la dépression (BDI) et la phobie sociale (FQ-SOC) avec le 'r' de Bravais Pearson chez les deux groupes de patients. Le résultat est présenté dans le tableau 28.

Tableau 28. Les corrélations (r) entre le QPII-r et les autres mesures chez les patients (n=76).

	PI-T	Int-T	Int-R	Int-C	Int-I
PIT	—	702**	685**	701**	743**
Y-BOCS	643**	674**	677**	527**	590**
LPO	834**	662**	596**	60**	567**
BDI	609**	548**	536**	420**	503**
BAI	539**	509**	483**	414**	458**
FQ-SOC	363*	136	054	102	211

(* p < 0,01; ** p < 0,0001.) **Y-BOCS**= Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown; **LPO**= Liste des Pensées Obsédantes; **BDI**= Questionnaire de Dépression de Beck; **BAI**= Questionnaire d'Anxiété de Beck. **FQ-SOC**= le sous-score de phobie sociale de FQ; **PI-T** = score total des pensées intrusives; **Int-T**= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; **Int-R**= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C**= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Le score total des pensées intrusives du QPII-r (PI-T) et le score total d'interprétations du QPII-r (Int-T) et les trois sous-scores d'interprétations (Int-R, Int-C, Int-I) sont tous significativement corrélés aux mesures des obsessions compulsions (Y-BOCS, LPO), de dépression (BDI) et d'anxiété (BAI) dans l'ensemble de patients. Mais les deux scores principaux du QPII-r (PI et Int/PI) sont plus corrélés avec les mesures de TOC (le Y-BOCS et la LPO) qu'avec les mesures de phobie sociale (le FQ-SOC), de dépression (le BDI) et d'anxiété (le BAI). En plus, les scores du QPII-r ne sont pas corrélés au sous-score de phobie sociale du FQ sauf le PI-T (r= 0,363, p = 0,001).

Pour confirmer cette relation privilégiée entre les scores du QPII-r et les mesures de

TOC (le Y-BOCS et la LPO), nous avons effectué des régressions multiples, dont nous allons maintenant présenter les résultats.

- Les régressions multiples:

Pour déterminer s'il existe, dans les deux groupes de patients, un rapport particulier entre les scores du QPII-r (comme variables dépendantes) et d'autres mesures: le Y-BOCS, le LPO, le BDI, le BAI, le FQ-SOC (comme variables indépendantes) nous avons fait les calculs des régressions multiples en entrant le score total des pensées intrusives et le score total d'interprétations du QPII-r comme variables dépendantes, et en entrant les scores d'autres mesures: Y-BOCS, LPO, BDI, BAI et FQ-SOC, comme variables indépendantes. Mais, pour les trois sous-scores d'interprétations du QPII-r comme variables dépendantes, nous n'avons entré que Y-BOCS, LPO, BDI et BAI, comme variables indépendantes, puisque FQ-SOC n'est pas corrélé avec ces trois sous-scores. Nous résumons les résultats de ces régressions multiples dans le tableau 29.

Tableau 29. Les régressions multiples (valeur de t) parmi les autres mesures pour les scores du QPII-r (n=76)

	PI-T	Int-T	Int-R	Int-C	Int-I
Y-BOCS	918	2,997**	3,891**	1,083	2,419*
LPO	6,215***	1,41	337	2,564*	951
BDI	2,965**	592	94	048	925
BAI	698	579	2,232*	1,522	1,877
FQ-SOC	1,98	2,302*	---	---	---

(* p < 0,05; **p < 0,01; *** p < 0,0001.) **Y-BOCS**= Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown; **LPO**= Liste des Pensées Obsédantes; **BDI**= Questionnaire de Dépression de Beck; **BAI**= Questionnaire d'Anxiété de Beck. **FQ-SOC**= le sous-score de phobie sociale de FQ; **PI-T** = score total des pensées intrusives; **Int-T**= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; **Int-R**= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C**= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Les résultats montrent que la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est le meilleur prédicteur pour le score total des pensées intrusives (PI-T) ($F = 45,69$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,75$) et que le Y-BOCS est le meilleur prédicteur pour le score total d'interprétations (Int-T) ($F = 18,14$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,53$). Les résultats montrent aussi que la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est le seul prédicteur pour le sous-score d'interprétation de culpabilité (Int-C) ($F = 11,6$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,36$) et que le Y-BOCS est le seul prédicteur pour le sous-score d'interprétation d'infériorité (Int-I) ($F = 13,7$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,4$) et aussi le meilleur prédicteur pour le sous-score d'interprétation de responsabilité (Int-R) ($F = 20,31$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,51$).

Après avoir examiné les relations entre les pensées intrusives et leurs interprétations irrationnelles et les autres mesures psychométriques, nous avons également effectué le calcul des corrélations entre les quatre sous-scores des pensées intrusives et les trois sous-scores d'interprétations du QPII-r. Ce qui nous permet d'aborder ce sujet dans le

chapitre suivant.

3.2.3 Les relations entre les sous-scores des pensées intrusives et les sous-scores d'interprétations

- Corrélations entre les sous-scores du QPII-r:

Nous avons calculé les corrélations entre les deux scores principaux et les sous-scores du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) pour analyser des liens entre eux. Les résultats sont présentés dans le tableau 30.

Tableau 30: Corrélations (r) entre les scores et les sous-scores du QPII-r (n = 132)*

	PI-T	PI-PT	PI-A	PI-PF	PI-S
Int/PI - T	0,779	0,573	0,706	0,522	0,624
Int-R	0,685	0,49	0,711	0,413	0,51
Int-C	0,701	0,53	0,61	0,454	0,594
Int-I	0,743	0,546	0,614	0,553	0,6

* $r > 0,40$, $p < 0,0001$ **PI-T** = score total des pensées intrusives; **PI-A**: pensées intrusives à thème d'agressivité; **PI-PF**: pensées intrusives à thème de perfectionnisme; **PI-S**: pensées intrusives à thème de sexualité; **PI-PT**: pensées intrusives à thème de la peur de perte; **Int-T**= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; **Int-R**= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C**= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Comme nous pouvons voir dans ce tableau, dans l'ensemble d'échantillon, le score total des interprétations (Int-T) et les trois sous-scores des interprétations (responsabilité: Int-R, culpabilité: Int-C et infériorité: Int-I) sont tous corrélés significativement avec le score total des pensées intrusives (PI-T) et avec les quatre sous-scores de pensées intrusives: le perfectionnisme, la peur de perte, l'agressivité et la sexualité (tous $p < 0,0001$).

Nous avons fait le même calcul dans le groupe de TOC (voir le tableau 31).

Tableau 31. Corrélations (r) entre les scores et les sous-scores du QPII-r chez les patients obsessionnels (n = 48)

	PI-T	PI-PT	PI-A	PI-PF	PI-S
Int/PI - T	0,662****	0,408**	0,502***	0,328*	0,457***
Int-R	0,516****	0,203	0,592****	0,197	0,287*
Int-C	0,540****	0,401**	0,313*	0,266	0,425**
Int-I	0,624****	0,426**	0,377**	0,368**	0,442**

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001, ****p < 0,0001 PI-T = score total des pensées intrusives; PI-A: pensées intrusives à thème d'agressivité; PI-PF: pensées intrusives à thème de perfectionnisme; PI-S: pensées intrusives à thème de sexualité; PI-PT: pensées intrusives à thème de la peur de perte; Int-T= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; Int-R= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; Int-C= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; Int-I = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Nous avons alors trouvé que le sous-score des interprétations de responsabilité (Int-R) est très significativement corrélé au sous-score des pensées intrusives à thème d'agressivité (PI-A: $p < 0,0001$). Le sous-score des interprétations de culpabilité (Int-C) est mieux corrélé au sous-score des pensées intrusives à thème de sexualité (PI-S: $p < 0,002$) et de perte (PI-PT: $p < 0,004$) qu'à celui à thème d'agressivité (PI-A: $p < 0,05$); mais il ne l'est pas significativement à celui à thème de perfectionnisme (PI-Pf: $p = 0,07$). Le sous-score des interprétations d'infériorité (Int-I) est corrélé significativement avec les quatre sous-scores des pensées intrusives ($p < 0,01$).

Pour déterminer ces relations particulières, nous avons aussi fait le calcul des régressions multiples. Les résultats sont présentés dans les pages suivantes.

- Les régressions multiples:

Les régressions multiples sont effectuées sur l'ensemble de l'échantillon pour rechercher s'il existe des liens particuliers entre certains thèmes des pensées intrusives (comme variable dépendante) et certains types des interprétations irrationnelles (comme variable indépendante). Nous avons entré, dans les équations, les quatre sous-scores de pensées intrusives comme variable dépendante, l'un après l'autre, et les trois sous-scores d'interprétations comme variables indépendantes pour chaque variable dépendante. Le tableau 32 résume les résultats des régression multiples pour les sous-scores de pensées intrusives.

Tableau 32. Les régressions multiples (valeur de t) parmi les sous-scores d'interprétations du QPIL-r pour les sous-scores de pensées intrusives du QPIL-r (n=132)

	PI-PT	PI-A	PI-PF	PI-S
Int-R	0,823	5,242 **	-0,095	0,136
Int-C	1,768	0,652	0,696	2,675*
Int-I	2,61*	1,839	4,136**	3,134*

***p < 0,01, **p < 0,0001** **PI-PT**: pensées intrusives à thème de la peur de perte; **PI-A**: pensées intrusives à thème d'agressivité; **PI-PF**: pensées intrusives à thème de perfectionnisme; **PI-S**: pensées intrusives à thème de sexualité; **Int-R**= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C**= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Les résultats confirment que parmi trois types d'interprétations irrationnelles, la responsabilité (Int-R) est le seul prédicteur pour les pensées intrusives à thème d'agressivité (PI-A: $F=47,69$, $p<0,0001$, $R^2= 0,52$), que l'infériorité (Int-I) est le seul prédicteur aussi bien pour les pensées intrusives à thème du perfectionnisme (PI/Pf: $F=19,06$, $p<0,0001$, $R^2= 0,29$) qu'à thème de la peur de la perte (PI-Pt: $F=21,36$, $p<0,0001$, $R^2= 0,31$), et que l'infériorité (Int-I) et la culpabilité (Int-C) sont tous deux les prédicteurs pour les pensées intrusives à thème de sexualité ($F=29,1$, $p<0,0001$, $R^2= 0,39$).

Enfin, pour examiner la validité factorielle du QPII-r, nous avons effectué l'analyse factorielle pour les deux scores principaux (ou deux échelles principales): l'échelle de Pensées Intrusives -Total (PI-T) et l'échelle d'Interprétations des pensées intrusives -Total (Int-T). Le chapitre suivant sera consacré à aborder les résultats de cette analyse factorielle.

3.2.4. Analyse factorielle sur le Questionnaire de Pensées Intrusives et de leurs Interprétations -version révisée (QPII-r)

Elle a été effectuée sur 132 sujets (84 patients et 48 sujets du groupe contrôle).

Les tableaux 33 et 34 reproduisent les coefficients de corrélations entre les facteurs et les variables pour l'échelle de PI-T et l'échelle de Int-T du QPII. Nous n'avons sélectionné que les coefficients supérieur à 0,3 pour chaque facteur.

1) Première échelle du QPII-r: PI-T (le score total des pensées intrusives): (voir tableau 33)

Tableau 33. QPII-r. Analyse factorielle: Structure de référence de la solution oblique pour l'échelle de PI-T (132 sujets)*:

Facteur Valeurs propres % de variance	facteur 1 4,73 (39,4%)	facteur 2 1,531 (12,8%)	facteur 3 1,168 (9,7%)
1) la peur d'être contaminé(e) et/ou	0,8		

Facteur Valeurs propres % de variance	facteur 1 4,73 (39,4%)	facteur 2 1,531 (12,8%)	facteur 3 1,168 (9,7%)
d'être malade			
2) l'impulsion ou la peur de se faire du mal			0,606
3) le besoin de tout savoir ou de tout comprendre ou de se souvenir		0,557	
5) l'impulsion ou la peur de faire du mal aux autres			0,841
6) la peur de se tromper ou de faire des erreurs		0,803	
8) la peur de perdre un objet important		0,665	
9) la peur d'être sali(e) par les sécrétions corporelles	0,62		
10) la peur de ne pas faire les choses correctement		0,841	
11) la peur de perdre quelqu'un de cher	0,317		0,352
12) la peur de provoquer une maladie ou une catastrophe chez les autres			0,653
* valeur de 'r' > 0,30.			

Sur la première échelle du QPII-r, trois facteurs ont une valeur propre supérieure à 1 et rendent compte de 62% de la variance.

Le premier facteur (peur de la perte et de saleté) qui explique 39,4% de la variance regroupe 3 items reflétant une peur de perte: perte de santé et de quelqu'un de cher, et une peur de saleté: peur d'être sali par les sécrétions corporelles.

Le facteur 2 (perfectionnisme) représentant 12,8% de la variance montre un thème de perfectionnisme: peur de faire des erreurs, peur de ne pas bien faire les choses, peur de ne pas tout savoir et peur de perdre un objet important.

Le facteur 3 (agressivité) qui explique 9,7% de la variance comprend 3 items correspondant à une agressivité: peur de faire du mal aux autres ou à soi-même, peur de provoquer une maladie ou une catastrophe chez les autres et peur de perdre quelqu'un de cher.

2) Deuxième échelle du QPII-r: Int-T (le score total des interprétations sur les pensées intrusives) (voir tableau 34).

Tableau 34: QPII-r. Analyse factorielle: Structure de référence de la solution oblique pour l'échelle de Int-T (132 sujets)*:

Facteur Valeurs propres % de variance	facteur 1 10,459 (58,1%)	facteur 2 1,446 (8)	facteur 3 1,076 (6)
1) C'est dangereux pour les autres si j'ai ces pensées.	0,645	-0,530	
2) C'est immoral d'avoir ces pensées.	0,746		0,414
3) C'est dévalorisant d'avoir ces pensées.	0,774		
4) C'est une honte d'y penser.	0,789		0,422
5) C'est un signe d'infériorité.	0,685	0,488	
6) C'est une perte de contrôle de soi et donc un risque pour les autres.	0,788		
7) Je me sens inférieur(e) aux autres avec ces pensées.	0,720	0,496	
8) Je me sens responsable de l'effet de ces pensées.	0,696		
9) Je me sens coupable d'avoir ces pensées.	0,841		0,36
10) J'ai l'impression d'être à l'origine du mal ou de dommages avec mes pensées.	0,833		
11) J'ai l'impression d'être mal vu(e) par les autres si j'ai ces pensées.	0,784	0,312	
12) J'ai l'impression qu'il m'est interdit d'y penser.	0,750		0,337
13) J'ai peur d'être mal jugé(e) ou mal considéré(e) par les autres si j'ai ces pensées.	0,796		
14) J'ai peur d'être puni(e) ou	0,785		

Facteur Valeurs propres % de variance	facteur 1 10,459 (58,1%)	facteur 2 1,446 (8 %)	facteur 3 1,076 (6 %)
condamné(e) si j'ai ces pensées.			
15) J'ai peur de causer du tort aux autres avec mes pensées.	0,747	-0,383	-0,35
16) Je vais me blâmer si j'ai ces pensées.	0,719		
17) Je risque de provoquer une catastrophe si j'ai ces pensées.	0,737	-0,427	
18) Je risque d'être rejeté(e) par les autres si j'ai ces pensées.	0,851		

Sur la deuxième échelle (Int-T) du QPII-r, trois facteurs ont une valeur propre supérieure à 1 et expliquent 72,1% de la variance.

Le premier facteur qui explique 58,1% de la variance et qui est plutôt un facteur général du fait qu'il corrèle bien avec les 18 items.

Le facteur 2 expliquant 8% de la variance oppose trois items de responsabilité (item 1, 15, 17: corrélation négative) à trois items d'infériorité (items 5, 7 et 11: corrélation positive).

Le facteur 3 expliquant 6 % de la variance comprend 5 items (item 2, 4, 9, 12, 15) correspondant à une culpabilité.

Nous allons maintenant présenter les résultats sur l'Echelle d'Infériorité dans les groupes de TOC, de phobie sociale et contrôle.

3.3. Les résultats sur le sentiment d'infériorité

3.3.1. Comparaison intergroupe des scores de l'Echelle d'Infériorité (EDI):

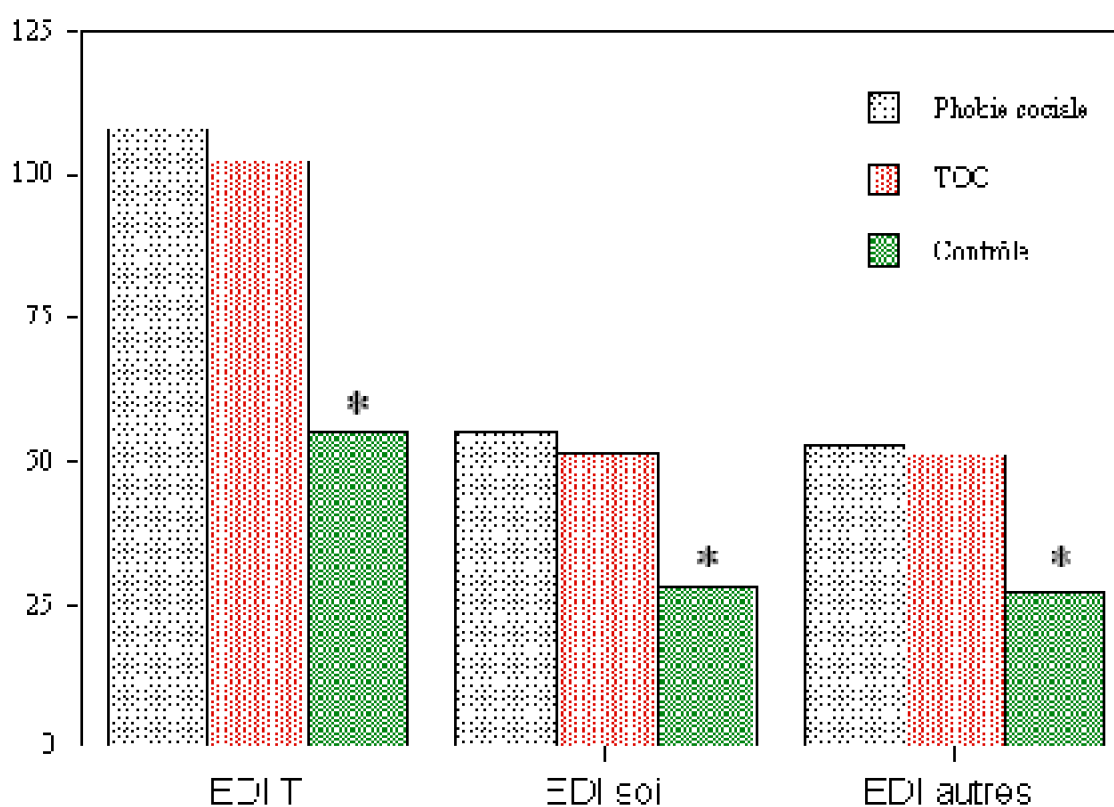
Nous avons aussi utilisé l'Ancova avec un facteur (groupe) en utilisant l'âge comme

covariant pour calculer les différences des scores de l'EDI entre les groupes. Le tableau 35 et le graphique 7 représentent les résultats.

Tableau 35. Comparabilité des groupes sur les scores de l'EDI: scores moyens et Déviation Standard

	TOC (n = 48)	Phobie sociale (n = 36)	Contrôle (n = 48)	p
EDI - T	102,19 (35,32)	108,06 (22,79)	55,35 (13,78)	F(2,126)=4,28, p =0,016
EDI - soi	51,29 (18,21)	55,19 (10,6)	28,19 (7,03)	p < 0,0001
EDI - autres	50,9 (17,65)	52,86 (12,93)	27,17 (7,42)	p < 0,0001

EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; **EDI- soi**: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même; **EDI- autres**: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.



Graphique 7. Comparabilité des groupes sur les scores de l'EDI:

4

L'analyse statistique montre une différence significative sur le score total de l'EDI entre les 3 groupes ($F(2,126) = 4,28, p = 0,016$). L'analyse par le PLSD de Fisher indique que les phobiques sociaux et les TOC ont un score total de l'EDI significativement plus élevé que les sujets non cliniques (scores moyens: phobie sociale / contrôle: 108,06 / 55,35,

⁴ * p < 0,0001 **EDI-T** : le score total de sentiment d'infériorité; **EDI- soi**: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même; **EDI- autres**: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.

$p < 0,0001$; TOC / contrôle: 102,19 / 55,35, $p < 0,0001$). Par contre, entre les phobiques sociaux et les TOC, il n'y a pas de différence significative (scores moyens: 108,06 / 102,19, $p = 0,3$). Il n'existe pas d'effet âge ($p = 0,49$) ni d'interaction entre groupe et âge ($p = 0,79$).

Sur les sous-scores de l'EDI, on peut voir aussi les mêmes résultats que le score total de l'EDI: une différence significative entre les 3 groupes sur le sous-score de SOI de l'EDI (EDI-soi: $F(2,129) = 56,3$, $p < 0,0001$) et le sous-score de Autres (EDI-autre: $F(2,129) = 51,77$, $p < 0,0001$). (voir aussi tableau 35 et graphique 7). Le PLSD de Fisher indique que le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même et le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux des autres de l'EDI sont significativement plus élevés dans les deux groupes de malades que dans le groupe de contrôle (EDI-soi: $p < 0,0001$ et EDI-autres: $p < 0,0001$). Par contre, entre les phobiques sociaux et les TOC, il n'y a pas de différences significatives sur l'EDI-soi ($p = 0,18$) ni sur l'EDI-autres ($p = 0,51$).

Pour examiner s'il existe de différence entre le sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même et le sentiment d'infériorité aux yeux des autres, nous avons comparé les deux sous-scores de l'EDI (l'EDI-soi et l'EDI-autres) dans chaque groupe et dans l'ensemble d'échantillon avec le test-t. Le tableau 36 résume les résultats.

Tableau 36. Comparaison des deux sous-scores de l'EDI dans l'ensemble d'échantillon et dans chaque groupe

	EDI-soi / EDI-autres	écart moyen	DDL	t	p
TOC	51,3/50,9	0,396	47	0,442	0,66
Phobie sociale	55,2/52,9	2,333	35	2,214	0,034
Contrôle	28,2/27,2	1,021	47	1,615	0,113
Ensemble	43,95/42,8	1,152	131	2,34	0,0021
EDI- soi: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même; EDI- autres: le sous-scores du sentiment d'infériorité aux yeux des autres.					

Nous trouvons que le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même (l'EDI-soi) est plus élevé que le sous-score de sentiment d'infériorité aux yeux des autres (l'EDI-autres) dans l'ensemble d'échantillon ($t = 2,34$, $p = 0,021$) et dans le groupe de phobie sociale ($t = 2,21$, $p = 0,034$). Mais il n'existe pas de différence entre ces deux sous-scores ni dans le groupe de TOC ($t = 0,442$, $p = 0,66$), ni dans le groupe de contrôle ($t = 1,615$, $p = 0,113$) (voir le tableau 36).

L'ANOVA avec un facteur (sexe) montre que dans l'ensemble d'échantillon, il n'y a pas de différence entre les sexes sur l'infériorité (le score moyen d'EDI-total: Femmes / Hommes : 87,39/86,12; $F(1,130) = 0,043$; $p = 0,84$) (voir le tableau 37).

Tableau 37. La différence de l'EDI entre sexes (Anova avec un facteur)

Tableau des Moy. pour edi-T

Effets: SEX

	Nombre	Moy.	Dev Std	Lm Std
MALE	66	86,121	34,570	4,250
FEMALE	66	87,394	35,751	4,401

Graphique des interactions pour edi-T

Effets: SEX

Bâtons d'erreurs: 95% Intervalle de confiance

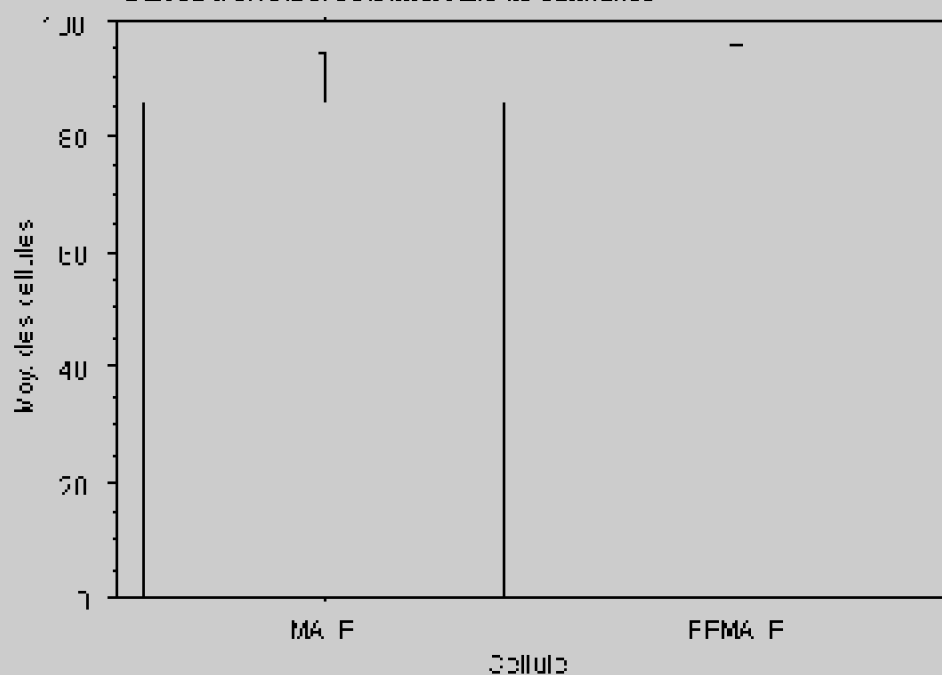


Tableau des Moy. pour edl-T

Effets: SEX

	Nombre	Moy.	Dev Std	Lm Std
MALE	66	80,121	34,570	4,290
FEMALE	66	87,394	35,751	4,401

Graphique des interactions pour edl-T

Effets: SLX

Barres d'erreurs: 95% Intervalle de confiance

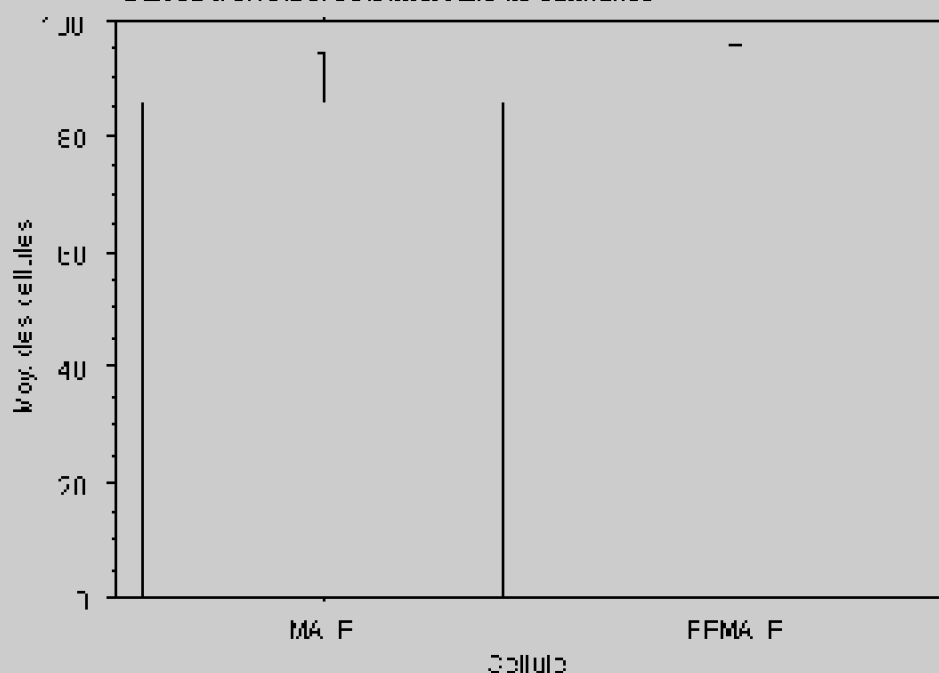


Tableau des Moy. pour edl-T

Effets: SEX

	Nombre	Moy.	Dev Std	Lm Std
MALE	66	80,121	34,570	4,290
FEMALE	66	87,394	35,751	4,401

Graphique des interactions pour edl-T

Effets: SLX

Barres d'erreurs: 95% Intervalle de confiance

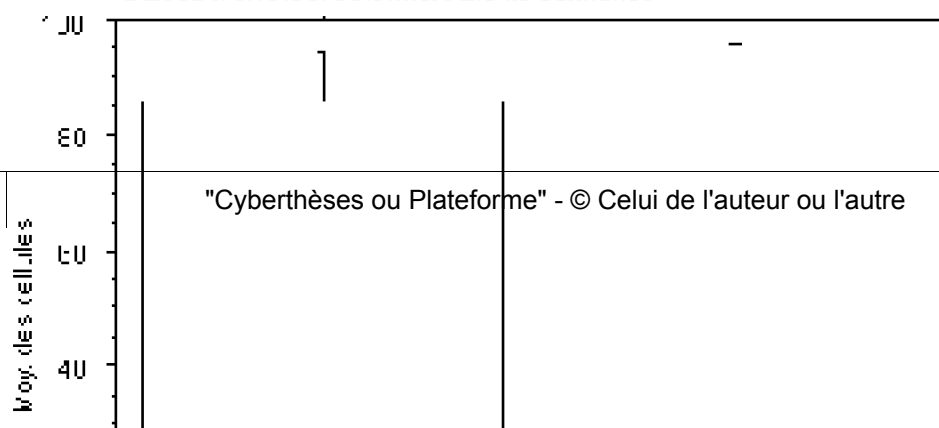


Tableau des Moy. pour edi-T

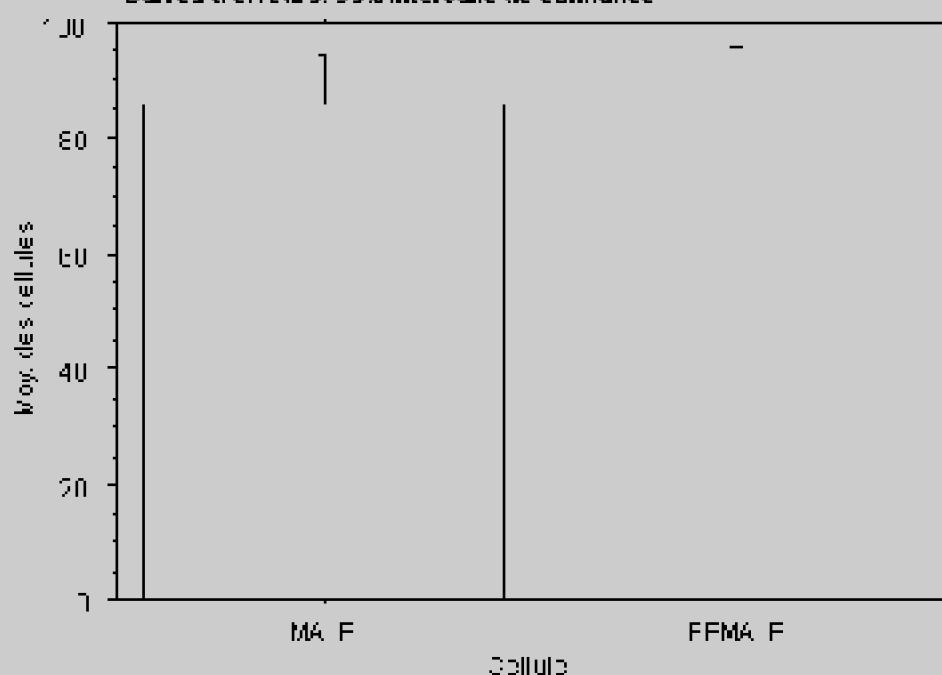
Effets: SEX

	Nombre	Moy.	Dev Std	Lim Std
MALE	66	80,121	34,570	4,250
FEMALE	66	87,391	36,75	4,101

Graphique des interactions pour edi-T

Effets: SEX

Bâtons d'erreurs: 95% Intervalle de confiance



Quant à l'ANOVA avec deux facteurs (groupe X sexe) pour l'EDI-total est utilisé, le résultat reste le même: il y a un effet principal groupe ($F(2,126) = 55,44, p < 0,0001$), mais pas d'effet sexe ($F(2,126) = 0,13, p = 0,72$), ni interaction entre groupe et sexe ($F(2,126) = 0,25, p = 0,78$) (voir le tableau 38).

Tableau 38. La différence de l'EDI entre sexes (Anova avec deux facteurs)

Tableau d'ANOVA pour ed1-1					
GRUPE	SS	Sum of squares	Corrected Total	Mean Square	Value of F
TOC	1	78094.000	37847.000	78094.000	1.29
Contrôle / TOC	2	104.000	167.400	52.000	0.00
Totaux	126	35101.000	677.200		

Nous avons aussi examiné la relation de l'EDI avec l'âge. Les résultats ne montrent pas de corrélation significative entre l'EDI-total et l'âge ni dans le groupe de TOC ($r = 0,014$, $p = 0,92$), ni dans le groupe de phobie sociale ($r = -0,13$, $p = 0,45$), ni dans le groupe de contrôle ($r = -0,16$, $p = 0,28$), bien qu'il y ait une corrélation négative mais non significative dans l'ensemble d'échantillon ($r = -0,149$, $p = 0,089$). Cette corrélation négative nous suggère une tendance où plus le sujet est jeune, plus le sentiment d'infériorité est élevé.

Comme prévu dans les objectifs de notre étude, nous allons maintenant présenter les résultats statistiques concernant les relations entre le sentiment d'infériorité et les autres mesures psychométriques.

3.3.2. Les relations entre le sentiment d'infériorité et les autres variables psychométriques

Les corrélations entre le score de l'EDI et les autres mesures évaluant les obsessions compulsions (Y-BOCS et LPO), l'anxiété (BAI), la dépression (BDI) et la phobie sociale (FQ-SOC) sont aussi calculées avec le 'r' de Bravais Pearson chez les deux groupes de patients. Les résultats sont présentés dans le tableau 39.

Tableau 39. Les corrélations (r) entre l'EDI et les autres mesures (n = 76)

	Y-BOCS	LPO	FQ-SOC	BDI	BAI
EDI-T	0,097	0,32	0,606	0,442	0,286
p	= 0,404	= 0,0046	< 0,0001	< 0,0001	= 0,012

EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; **Y-BOCS**= Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown; **LPO**= Liste des Pensées Obsédantes; **FQ-SOC**= le sous-score de phobie sociale de FQ; **BDI**= Questionnaire de Dépression de Beck; **BAI**= Questionnaire d'Anxiété de Beck.

Les résultats montrent que l'Echelle d'Infériorité est mieux corrélée avec le sous-score de la phobie sociale du FQ (FQ-SOC) ($p < 0,0001$) et avec le Questionnaire de Dépression de Beck (BDI) ($p < 0,0001$) qu'avec la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) ($p < 0,01$) et le Questionnaire d'Anxiété de Beck (BAI) ($p < 0,05$). Mais il ne corrèle pas avec le Y-BOCS ($p = 0,4$).

Pour examiner les relations entre le sentiment d'infériorité et les pensées intrusives et leurs interprétations, nous avons également effectué les corrélations entre le score de l'Echelle d'Infériorité (EDI) et les scores du QPII-r (voir tableau 40).

Tableau 40. Les corrélations (r) entre l'EDI et le QPII-r (n = 76)

	PI-T	Int-T	Int-R	Int-C	Int-I
EDI-T	0,486	0,296	0,156	0,246	0,392
p	<0,0001	<0,01	NS	= 0,032	= 0,0004

EDI-T : le score total de sentiment d'infériorité; **PI-T** = score total des pensées intrusives; **Int-T**= score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; **Int-R**= interprétation de responsabilité sur les pensées intrusives; **Int-C**= interprétation de culpabilité sur les pensées intrusives; **Int-I** = interprétation d'infériorité sur les pensées intrusives.

Les résultats montrent que l'EDI est significativement corrélé avec le score total des pensées intrusives (PI-T) ($p < 0,0001$), le score total des interprétations sur les pensées intrusives (Int-T) ($p < 0,01$), le sous-score d'interprétations d'infériorité (Int-I) ($p = 0,0004$) et le sous-score d'interprétations de culpabilité (Int-C) ($p = 0,032$). Mais il n'y a pas de corrélation entre l'EDI et le sous-score d'interprétations de responsabilité (Int-R) ($p = 0,178$).

Pour déterminer s'il y a un lien plus important de l'Echelle d'Infériorité avec un ou plusieurs des autres mesures dans les deux groupes de patients, nous avons fait une régression multiple en entrant le score total de l'Echelle d'Infériorité (EDI) comme variable dépendante, et en entrant les scores des autres mesures corrélés: le LPO, le BDI, le BAI, le FQ-SOC et les scores du QPII-r (le PI-T, le Int-T, le Int-C, et le Int-I) comme variables indépendantes. Le résultat nous montre que le score de phobie sociale du Questionnaire de Peur (FQ-SOC) est le meilleur prédicteur pour l'Echelle d'Infériorité (EDI) ($F=8,82$, $p < 0,0001$, $R^2 = 0,51$) parmi ces scores significativement corrélés avec l'EDI. Cependant, le résultat met aussi en évidence que le sous-score d'interprétation d'infériorité (le Int-T) est également un autre prédicteur indépendant pour l'EDI ($p = 0,03$).

3.4. Les influences des autres facteurs sur le sentiment d'Infériorité et sur les pensées intrusives et leurs Interprétations

3.4.1. Le sentiment d'Infériorité et d'autres facteurs

Nous avons calculé les corrélations entre l'EDI et le poids, la taille, la durée de la maladie et l'évaluation globale du fonctionnement (EGF) dans le DSM-IV comme variables continues avec le 'r' de Bravais Pearson chez les deux groupes de patients (voir le tableau 41).

Tableau 41. Corrélations (r) entre l'EDI et d'autres facteurs

	poids (kg)	taille (cm)	durée de maladie	EGF
EDI-T	0,011	0,119	0,172	- 0,156
p	0,93	0,35	0,18	0,22

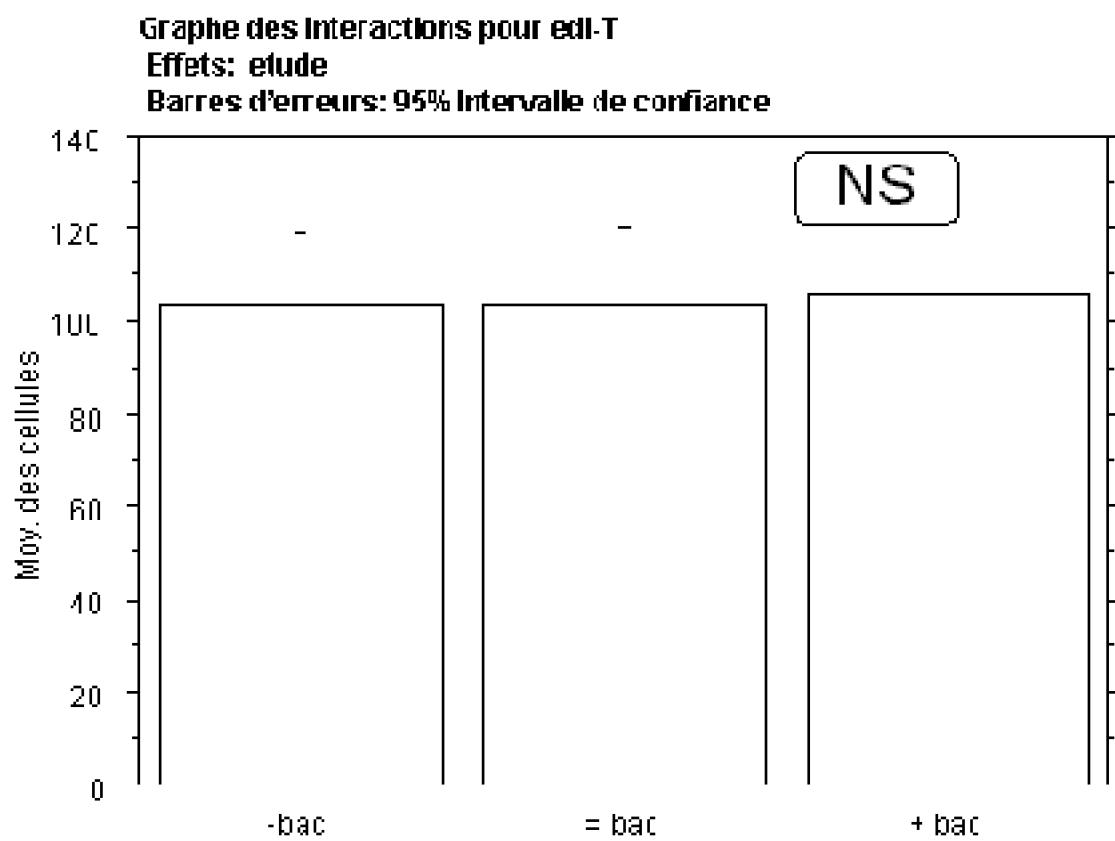
Les résultats montrent que l'Echelle d'Infériorité n'est pas corrélée avec ces variables. C'est à dire que le sentiment d'infériorité n'est pas lié au poids, à la taille, à la durée de la maladie ou au fonctionnement global du sujet.

Pour analyser des influences éventuelles d'autres variables discontinues, comme le niveau d'étude, le statut marital, etc., sur le sentiment d'infériorité, nous avons utilisé l'ANOVA avec un facteur pour l'ensemble des patients. Les résultats sont présentés dans le tableau 42.

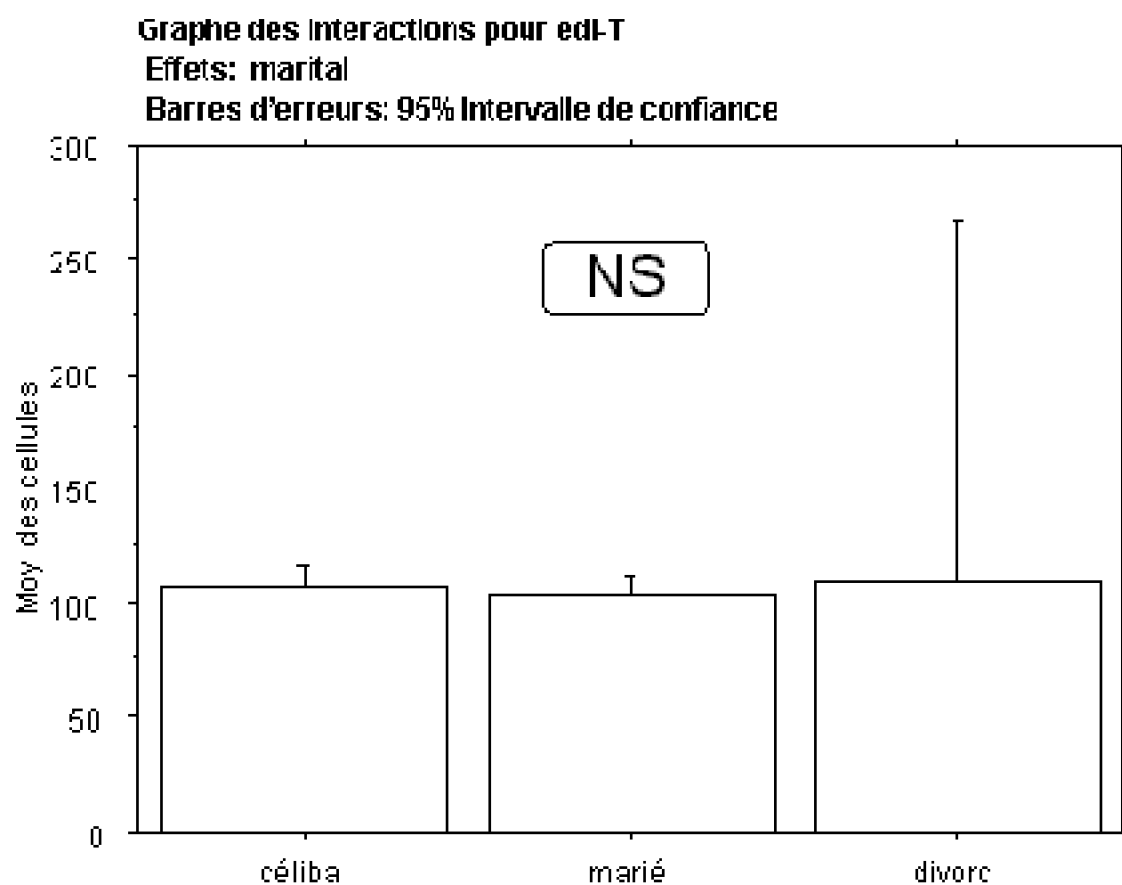
Tableau 42. L'EDI et des différents facteurs: Scores moyens et Déviation Standard (SD)

	Nombre	EDI (Score Moyen)	SD	ANOVA
Niveau d'étude Bac- Bac Bac+	24 12 48	103,38 103,33 103,71	37,05 26,08 28,56	F (2,81) = 0,059, p = 0,94
Statut marital Célibataire Marié Divorcé	35 46 3	107,23 102,46 109,67	26,89 31,42 63,13	F (2,81) = 0,278, p = 0,76
Profession travail sans activité	42 42	104,86 104,55	32,88 28,45	F (1,82) = 0,002, p = 0,96
Dépression associée oui non	15 69	114,13 102,65	25,92 31,27	F (1,82) = 1,755, p = 0,189
Médicaments actuels oui non	37 46	108,24 102,52	29,63 31,37	F (1,82) = 0,717, p = 0,4
Trouble personnalité groupe A groupe B groupe C Absent	3 4 53 24	118,67 119,25 109,87 89,13	6,66 35,86 29,36 29,54	/

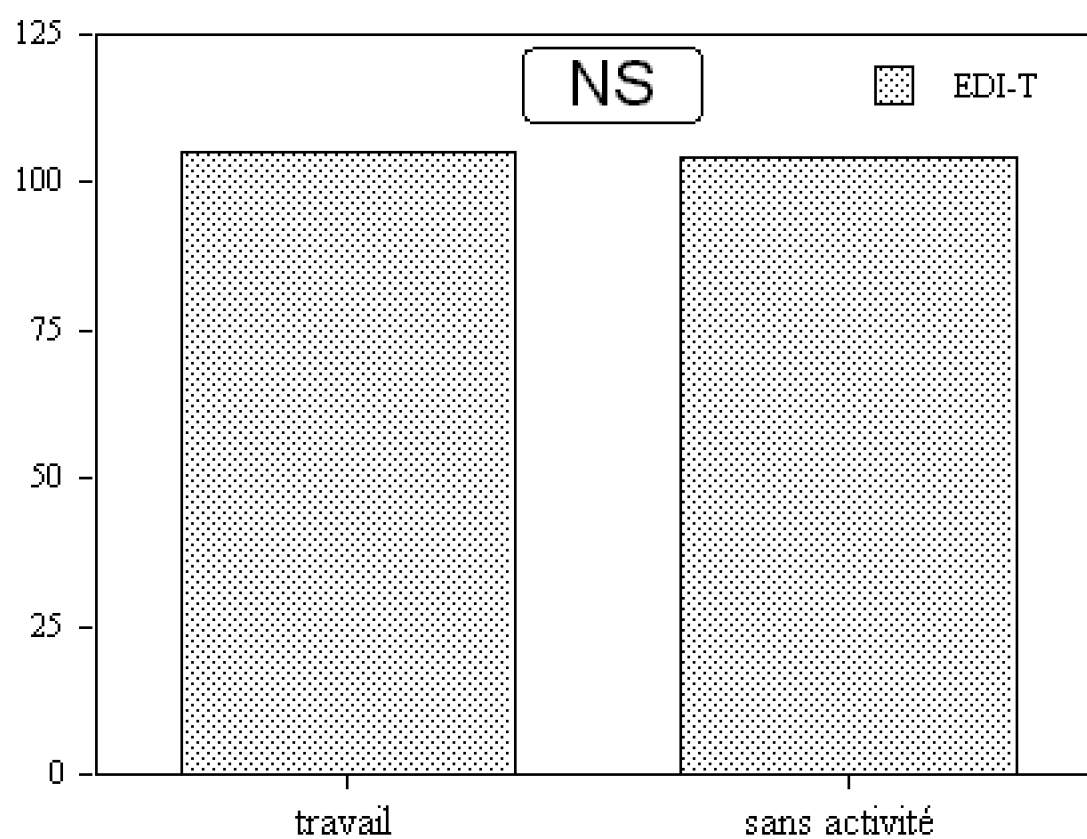
L'ANOVA avec un facteur montre qu'il n'existe pas de différence sur l'Echelle d'Infériorité entre les sujets de différents niveaux d'étude (Bac-, =Bac et Bac+) ($F(2,81) = 0,059$, $p = 0,94$), entre les sujets mariés, divorcés et célibataires ($F(2,81) = 0,278$, $p = 0,75$), entre les sujets avec et sans activités professionnelles ($F(1,82) = 0,002$, $p = 0,96$), entre les sujets présentant une dépression associée et non ($F(1,82) = 1,755$, $p = 0,189$) et entre les sujets sous médicaments et sans médicaments ($F(1,82) = 0,717$, $p = 0,4$) (voir tableau 42 et graphiques 8, 9, 10, 11, 12).



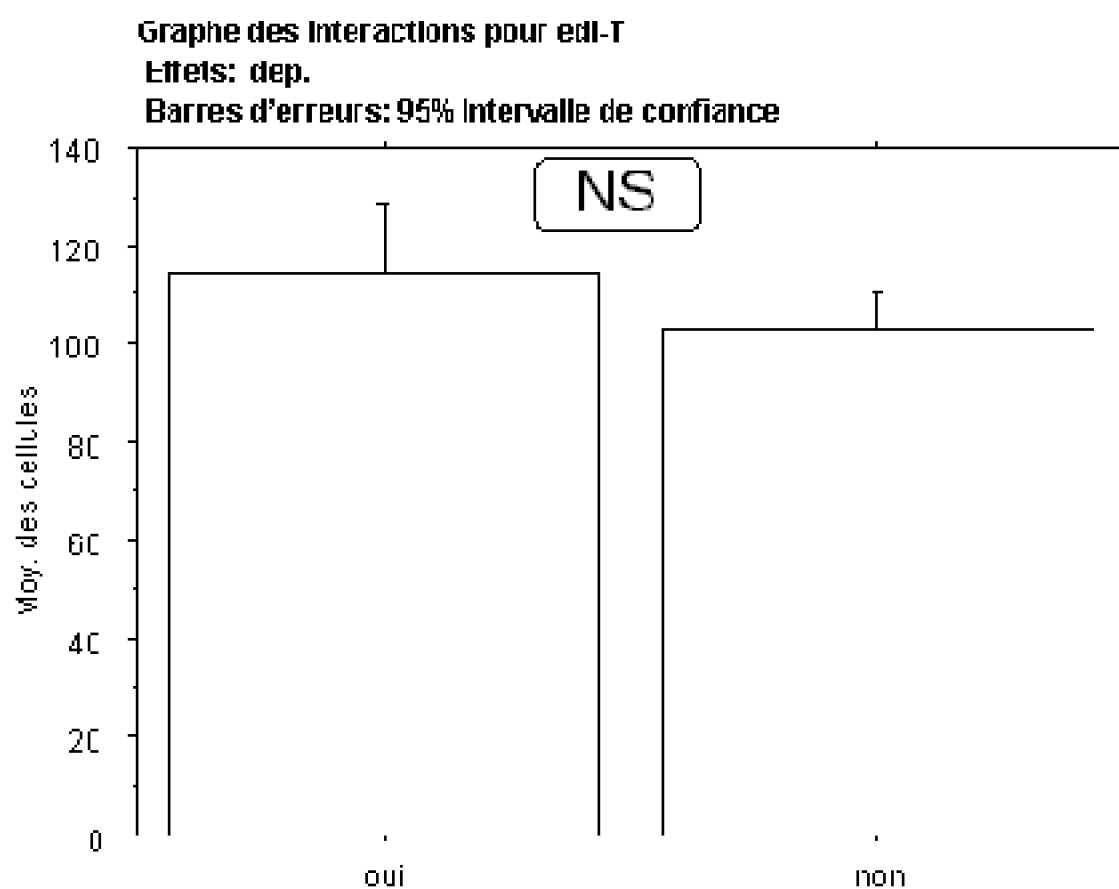
Graphique 8: Le niveau d'étude et l'EDI



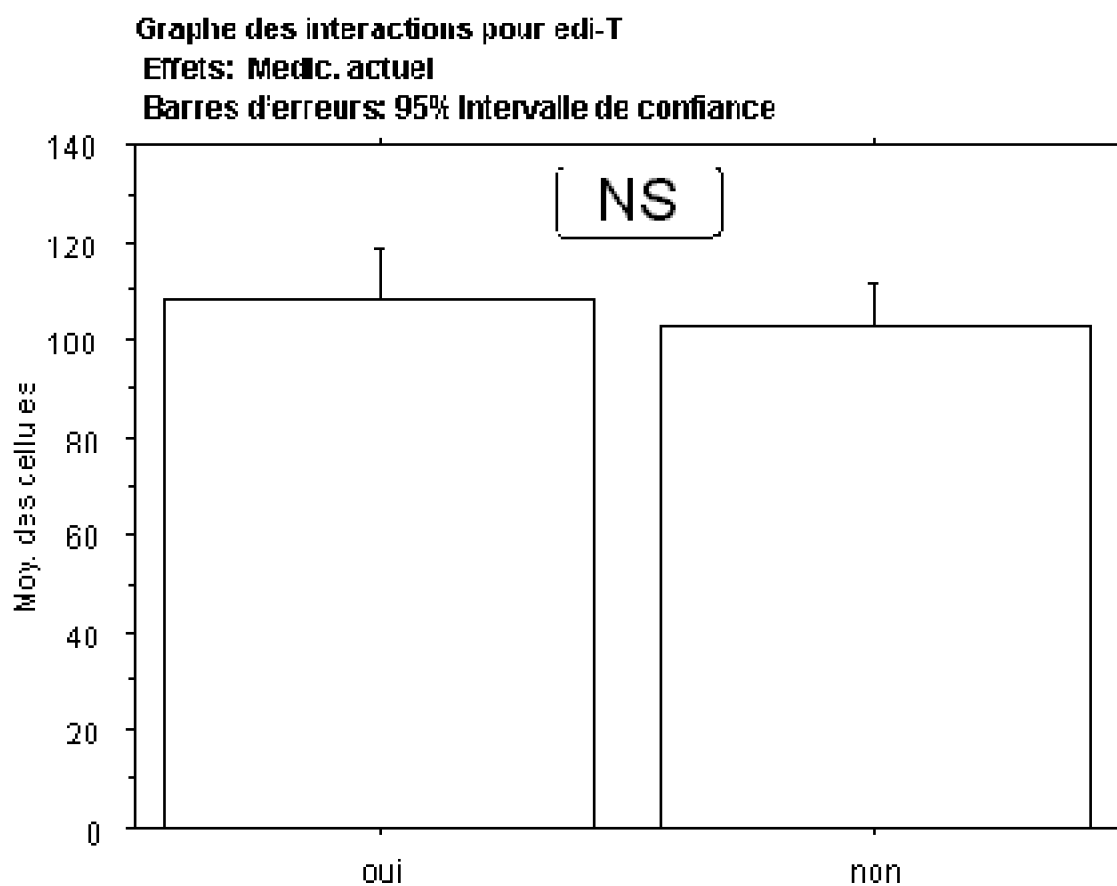
Graphique 9: Le statut marital et l'EDI



Graphique 10: La profession et l'EDI



Graphique 11: La dépression associée et l'EDI



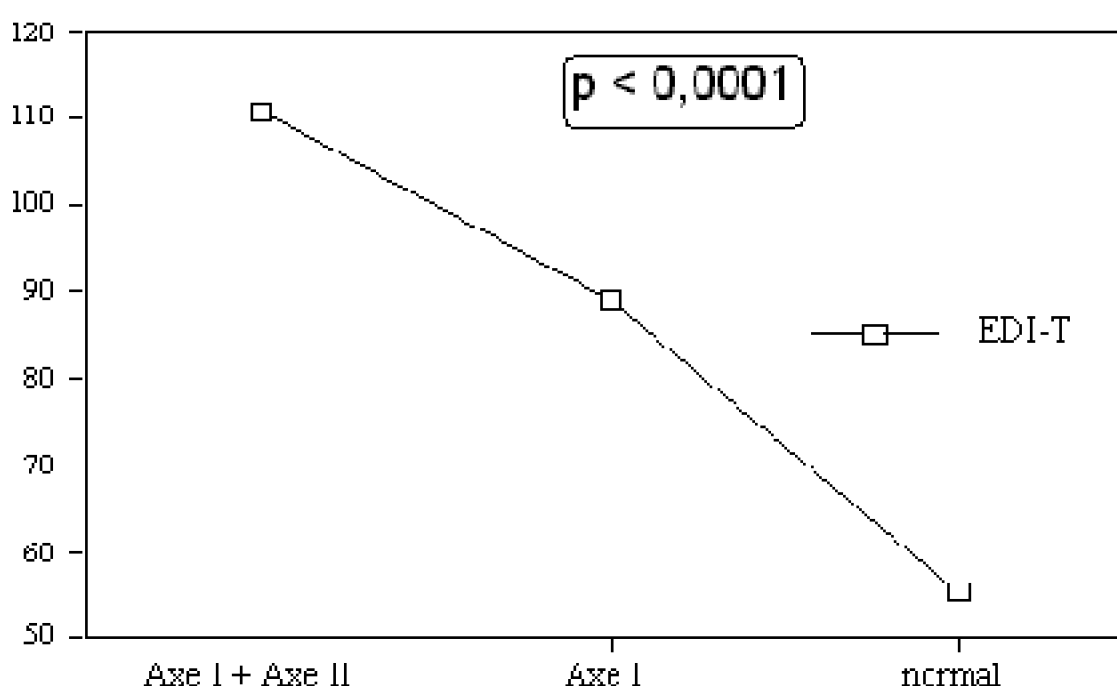
Graphique 12: Les médicaments actuels et l'EDI

Pour contrôler l'influence de la différence entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale quant aux niveaux d'études, nous avons aussi effectué un calcul de l'ANOVA avec deux facteurs (groupe niveau d'étude). Le résultat confirme que sur le score total de l'Echelle d'Infériorité, il n'existe ni effet groupe ($F(1,78) = 0,05$, $p = 0,82$), ni effet étude ($F(2,78) = 0,077$, $p = 0,93$), ni effet interaction entre groupe et étude ($F(2,78) = 0,319$, $p = 0,73$). En ce qui concerne le statut marital, vu qu'il n'y a pas de sujets divorcés dans le groupe de phobie sociale, nous avons du regrouper les sujets célibataires et divorcés dans une catégorie pour effectuer l'ANOVA avec deux facteurs (groupe statut marital). Le résultat confirme également que sur le score total de l'Echelle d'Infériorité, il n'existe pas d'effet groupe ($F(1,80) = 0,53$, $p = 0,46$), d'effet statut marital ($F(2,78) = 0,35$, $p = 0,55$), d'effet interaction entre groupe et statut marital ($F(2,78) = 0,172$, $p = 0,68$).

Par contre, étant donné que les sujets présentant les troubles de la personnalité du groupe A et du groupe B sont très peu nombreux, nous avons du effectuer le calcul de l'ANOVA en regroupant tous les sujets présentant des troubles de personnalité dans un groupe et en le comparant avec les patients qui ne présentent pas de troubles de personnalité et les sujets dans le groupe contrôle. Le tableau 43 et le graphique 13 montrent le résultat.

Tableau 43: Les troubles de la personnalité et l'EDI

	Nombre	EDI (Score Moyen)	SD	ANOVA
Patients avec Troubles de personnalité (axe I + axe II)	60	110,93	28,9	F (2,129) = 68,01, $p < ,0001$
Patients sans Troubles de personnalité (axe I)	24	89,13	29,54	
Sujets non-cliniques	48	55,35	13,78	



Graphique 13: Les troubles de la personnalité et l'EDI

L'ANOVA montre qu'il existe une différence significative sur le score total de l'Echelle d'Infériorité entre les patients présentant des troubles de personnalité associés, les patients sans troubles de personnalité associés et les sujets non-cliniques ($F(2,129) = 68,01$, $p < 0,0001$). C'est à dire que les patients avec des troubles de personnalité associés rapportent le score de l'Echelle d'Infériorité significativement plus élevé que les patients sans troubles de personnalité ($p = 0,0004$) et que ces deux groupes de patients ont le score de l'Echelle d'Infériorité significativement plus élevé que le groupe contrôle ($p < 0,0001$).

En résumé, le sentiment d'infériorité n'a pas de relation avec le poids, la taille, la durée de la maladie ou le fonctionnement global du sujet. En plus, le niveau d'étude, le statut marital, la profession, la dépression associée et les médicaments actuellement pris ne changent pas le score de l'Echelle d'Infériorité. Par contre, les sujets présentant des

troubles de personnalité associés ont le score de l'Echelle d'Infériorité plus élevé que les sujets sans troubles de personnalité.

Nous allons maintenant examiner des influences éventuelles de ces variables sur les pensées intrusives et sur leurs interprétations.

3.4.2. Les pensées intrusives, leurs interprétations et d'autres facteurs

Nous avons également calculé les corrélations entre les deux scores principaux du QPII-r et le poids, la taille, la durée de la maladie et l'évaluation globale du fonctionnement (EGF) dans le DSM-IV comme variables continues avec le 'r' de Bravais Pearson chez les deux groupes de patients. Le tableau 44 résume les résultats.

Tableau 44. Corrélations (r) entre le QPII-r et d'autres facteurs

	poids (kg)	taille (cm)	durée de maladie	EGF
PI-T	-0,117	-0,04	-0,04	- 0,555
p	0,36	0,75	0,75	< 0,0001
Int-T	-0,089	-0,018	0,033	-0,509
p	0,48	0,89	0,8	< 0,0001
PI-T = score total des pensées intrusives; Int-T = score total d'Interprétations sur les pensées intrusives; EGF = l'Evaluation Globale du Fonctionnement dans le DSM-IV.				

Les résultats montrent que le score total des pensées intrusives du QPII-r (PI-T) et le score total des interprétations du QPII-r (Int-T) ne sont pas corrélés avec le poids, la taille, ou la durée de la maladie. Mais tous deux sont corrélés négativement de façon significative avec le score de l'Evaluation Globale du Fonctionnement (EGF) (PI-T/EGF: $p < 0,0001$, Int-T /EGF: $p < 0,0001$).

Pour analyser si les pensées intrusives et leurs interprétations sont influencées ou pas par d'autres facteurs (variables discontinues), comme le niveau d'étude, le statut marital, etc., nous avons également utilisé l'ANOVA avec un ou deux facteurs dans l'échantillon de patients. Les résultats sont présentés dans le tableau 45.

Tableau 45. Le QPII-r et des différents facteurs: Scores moyens et Déviation Standard

	Nombre	PI-T	Int-T
Niveau d'étude Bac- Bac Bac+	24 12 48	22,0 (10,5) 22,75 (8,4) 18,08 (7,7)	ANOVA NS 28,88 (19,3) 37,58 (19,4) 21,79 (17,2)
Statut marital Célibataire Marié Divorcé	35 46 3	18,17 (8,5) 21,20 (8,6) 19,33(15,3)	NS 23,29 (17,1) 28,26 (19,2) 25,0 (34,1)
Profession travail sans activité	42 42	18,17 (7,0) 21,57(10,1)	NS 23,52 (17,8) 28,62 (19,6)
Dépression associée oui non	15 69	24,8 (7,97) 18,8 (8,68)	F (1,80) = 6,447, p = 0,013 38,73 (22,3) 23,32 (16,9)
Médicaments actuels oui non	15 46	22,11 (8,8) 18,24 (8,6)	NS 30,6 (17,6) 22,48 (19,3)
Tr. personnalité groupe A groupe B groupe C Absent	3 4 53 24	31,0 (6,2) 18,75(11,6) 21,06 (9,0) 16,04 (6,6)	/ 51,67 (9,45) 21,0 (11,6) 26,85 (19,6) 22,0 (16,5)

D'abord, sur le niveau d'étude, l'ANOVA avec deux facteurs (groupe niveau d'étude) montre qu'en dehors de l'effet groupe, il n'y a pas d'effet du niveau d'étude, d'interaction entre le groupe et le niveau d'étude. C'est à dire qu'entre les sujets de différents niveaux d'étude (Bac-, =Bac et Bac+), il n'y a pas de différence significative sur le score total des pensées intrusives (PI-T) ($F(2,78) = 0,238$, $p = 0,79$), sur le score total des interprétations du QPII-r (Int/PI-T) ($F(2,78) = 1,755$, $p = 0,18$) (voir tableau 46 et graphique 14).

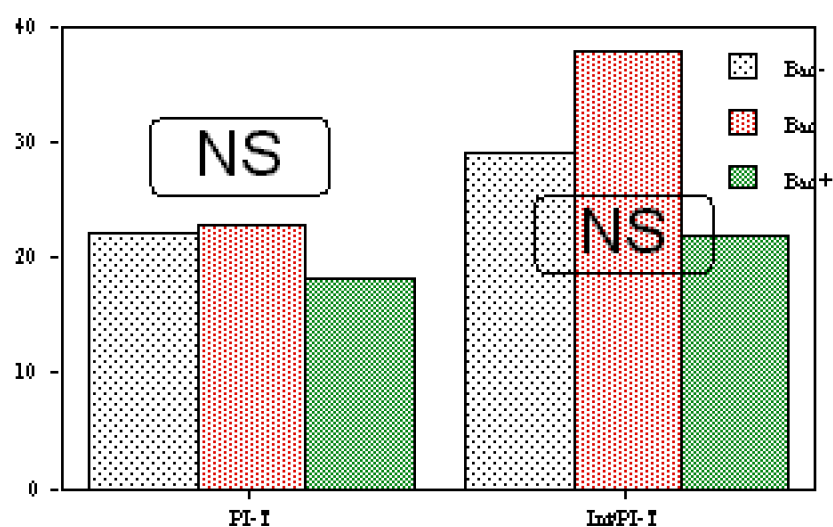
Tableau 46. ANOVA avec deux facteurs (groupe niveau d'étude):

Tableau d'ANOVA pour PI-I					
	DDL	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p
GROUP	1	1031,813	1031,813	17,273	<,0001
étude	2	28,831	14,415	,238	,7882
GROUP * étude	2	122,100	61,050	1,006	,3403
Résidus	76	7731,989	91,211		

Tableau d'ANOVA pour INT-T					
	DDL	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p
GROUP	1	3630,395	3630,395	15,244	,0002
étude	2	347,324	173,662	1,755	,1797
GROUP * étude	2	247,730	123,865	,510	,6007
Résidus	76	10003,516	131,456		

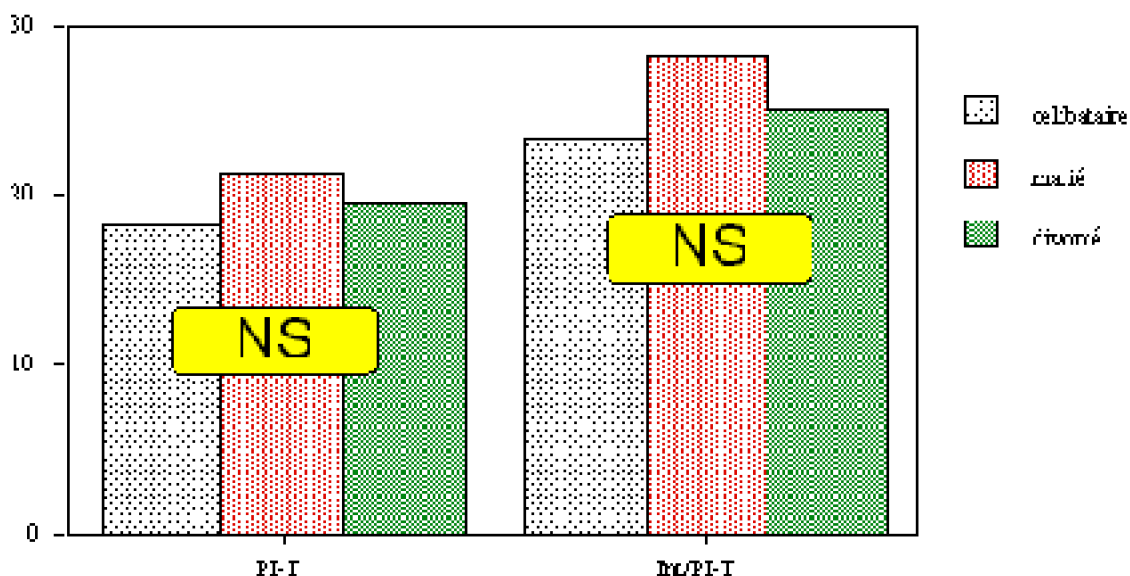
Tableau d'ANOVA pour PI-I					
	DDL	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p
GROUP	1	1031,813	1031,813	17,273	<,0001
étude	2	28,831	14,415	,238	,7882
GROUP * étude	2	122,100	61,050	1,006	,3403
Résidus	76	7731,989	91,211		

Tableau d'ANOVA pour INT-T					
	DDL	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	Valeur de p
GROUP	1	3630,395	3630,395	15,244	,0002
étude	2	347,324	173,662	1,755	,1797
GROUP * étude	2	247,730	123,865	,510	,6007
Résidus	76	10003,516	131,456		



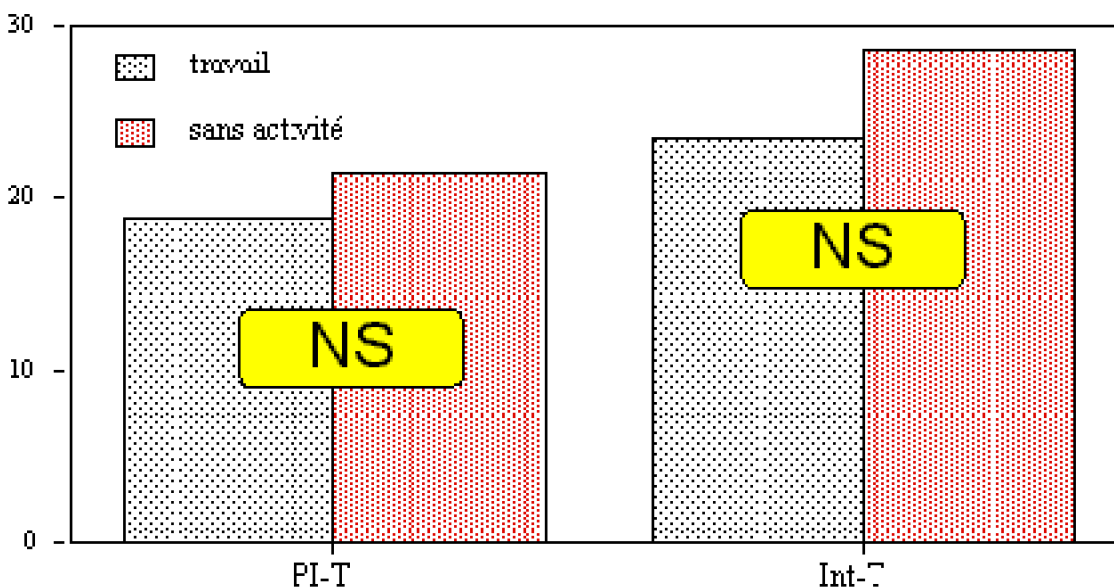
Graphique 14. Le niveau d'étude et le QPII-r

Ensuite, en ce qui concerne le statut marital, l'ANOVA avec un facteur montre qu'il n'y a pas de différence entre les sujets mariés, divorcés et célibataires ni sur les pensées intrusives (PI-T: $F(2,81) = 1,18$, $p = 0,31$), ni sur les interprétations (Int-T: $F(2,81) = 0,696$, $p = 0,5$). (voir graphique 15).



Graphique 15. Le statut marital et le QPII-r

Et, au sujet de la profession, l'ANOVA avec deux facteurs (groupe activité) ne montre pas non plus de différence entre les sujets avec activités et les sujets sans activités professionnelles ni sur les pensées intrusives (PI-T: $F(1,80) = 1,6$, $p = 0,21$), ni sur les interprétations (Int-T: $F(1,80) = 0,6$, $p = 0,44$) (voir graphique 16).



Graphique 16. La profession et le QPII-r

Ensuite, entre les sujets avec médicaments et sans médicaments, l'ANOVA à deux facteurs (groupe médicament) montre qu'en dehors d'un effet de groupe ($p < 0,0001$), il n'y a pas d'effet de médicament, ni d'effet d'interaction entre groupe et médicament sur

les deux scores du QPII-r. C'est à dire qu'entre les sujets avec médicaments et sans médicaments, il n'y a pas de différence significative sur le score total des pensées intrusives (PI-T) ($F(1,79) = 1,507$, $p = 0,22$), ni sur le score total des interprétations du QPII-r (Int-T) ($F(1,79) = 0,985$, $p = 0,324$). (voir tableau 47 et graphique 17).

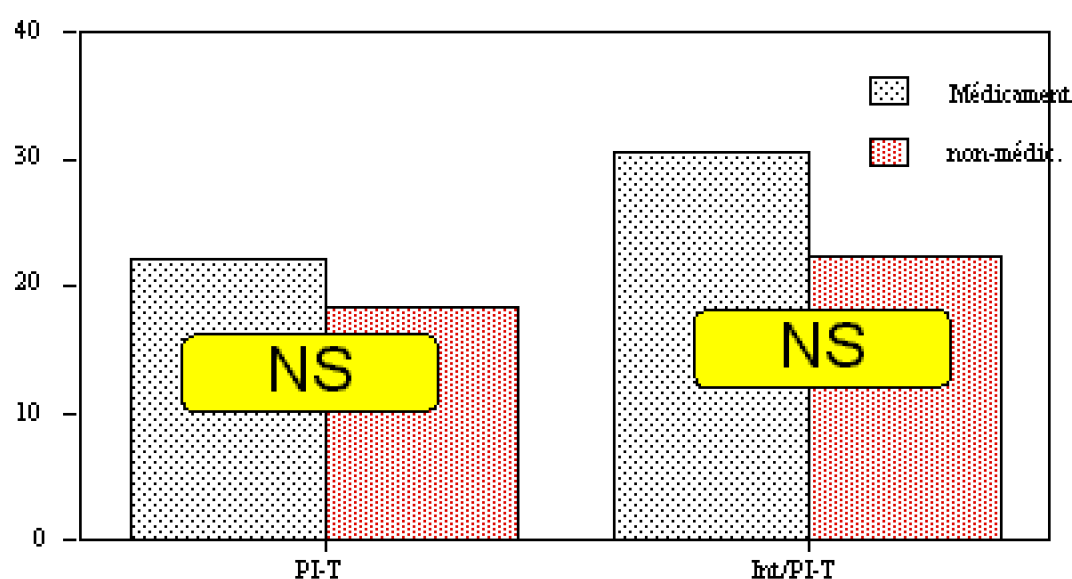
Tableau 47. ANOVA avec deux facteurs (groupe médicament):

Tableau d'ANOVA pour PI-T					
	Df1	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	valeur de p
GROUP	1	1389,101	1389,101	23,553	< 0,001
Medic. actuel	1	83,894	83,894	1,507	,2202
GROUP * Medic. actuel	1	,275	,275	,005	,9454
Résidus	79	4679,109	58,977		
Cas omis (manquants).					

Tableau d'ANOVA pour INT-T					
	Df1	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	valeur de p
GROUP	1	8555,648	8555,648	34,890	< 0,001
Medic. actuel	1	241,568	241,568	,985	,3241
GROUP * Medic. actuel	1	165,586	165,586	,490	,4838
Résidus	79	19081,358	241,567		
Cas omis (manquants).					

Tableau d'ANOVA pour PI-T					
	Df1	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	valeur de p
GROUP	1	1389,101	1389,101	23,553	< 0,001
Medic. actuel	1	83,894	83,894	1,507	,2202
GROUP * Medic. actuel	1	,275	,275	,005	,9454
Résidus	79	4679,109	58,977		
Cas omis (manquants).					

Tableau d'ANOVA pour INT-T					
	Df1	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur de F	valeur de p
GROUP	1	8555,648	8555,648	34,890	< 0,001
Medic. actuel	1	241,568	241,568	,985	,3241
GROUP * Medic. actuel	1	165,586	165,586	,490	,4838
Résidus	79	19081,358	241,567		
Cas omis (manquants).					



Graphique 17. Les médicaments actuels et le QPII-r

Puis, en ce qui concerne la dépression associée, l'ANOVA avec deux facteurs (groupe dépression) montre qu'en plus d'un effet de groupe, il existe aussi un effet de dépression sur les deux scores du QPII-r (PI-T: $F(1,80) = 6,447$, $p = 0,013$; Int-T: $F(1,80) = 8,266$, $p = 0,005$), mais on ne note pas d'effet d'interaction entre groupe et dépression. C'est à dire que les sujets avec dépression associée ont le score des pensées intrusives et le score des interprétations significativement plus élevés que les sujets non associés à la dépression (voir tableau 48 et graphique 18).

Tableau 48. ANOVA avec deux facteurs (groupe dépression):

Tableau d'ANOVA pour PI-T

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calc.	Valeur de p
GRUPE	1	612,341	612,341	9,163	0,003
cap	1	384,914	384,914	5,741	0,01
GRUPE * cap	1	68,541	68,541	1,033	0,313
Résidus	80	4701,888	58,774		

Tableau d'ANOVA pour INT-T

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calc.	Valeur de p
GRUPE	1	4363,311	4363,311	21,790	< 0,01
cap	1	1341,023	1341,023	6,866	0,002
GRUPE * cap	1	1,290	1,290	,013	0,911
Résidus	80	17801,067	223,142		

Tableau d'ANOVA pour P-LT

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calé	Valeur de p
ORCUL	1	611,741	611,741	9,163	0,00
cap	1	304,414	304,414	4,744	0,04
ORCUL * cap	1	66,641	66,641	1,003	0,32
Résidus	81	4191,888	51,629		

Tableau d'ANOVA pour INT-T

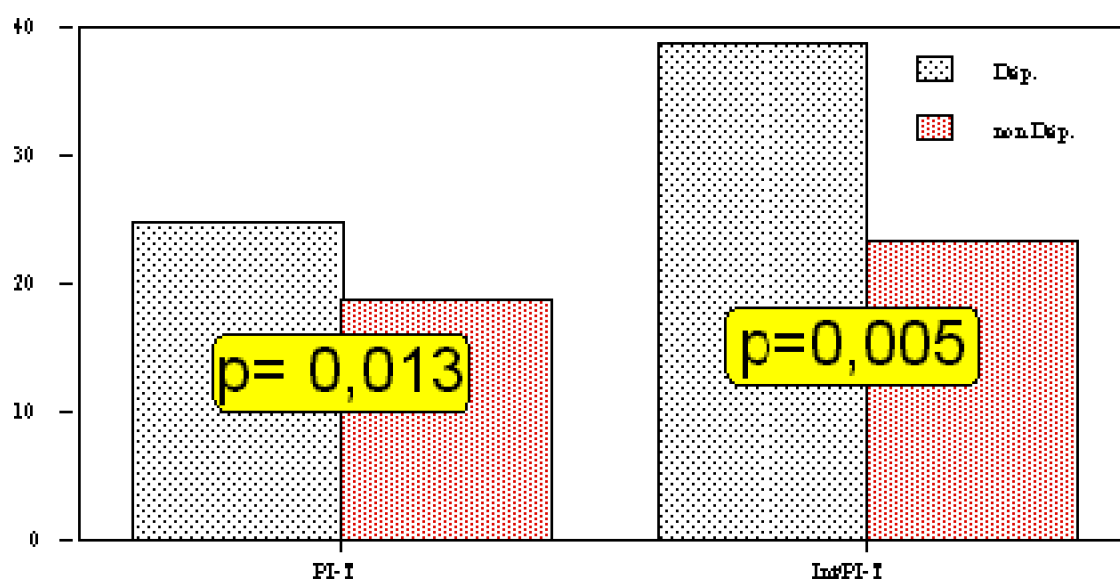
	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calé	Valeur de p
ORCUL	1	4363,341	4363,341	21,790	< 0,01
cap	1	1347,023	1347,023	6,806	0,02
ORCUL * cap	1	7,290	7,290	,019	0,89
Résidus	81	17891,067	220,878		

Tableau d'ANOVA pour P-LT

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calé	Valeur de p
ORCUL	1	611,741	611,741	9,163	0,00
cap	1	304,414	304,414	4,744	0,04
ORCUL * cap	1	66,641	66,641	1,003	0,32
Résidus	81	4191,888	51,629		

Tableau d'ANOVA pour INT-T

	ddl	Somme des carrés	Carré moyen	Valeur calé	Valeur de p
ORCUL	1	4363,341	4363,341	21,790	< 0,01
cap	1	1347,023	1347,023	6,806	0,02
ORCUL * cap	1	7,290	7,290	,019	0,89
Résidus	81	17891,067	220,878		

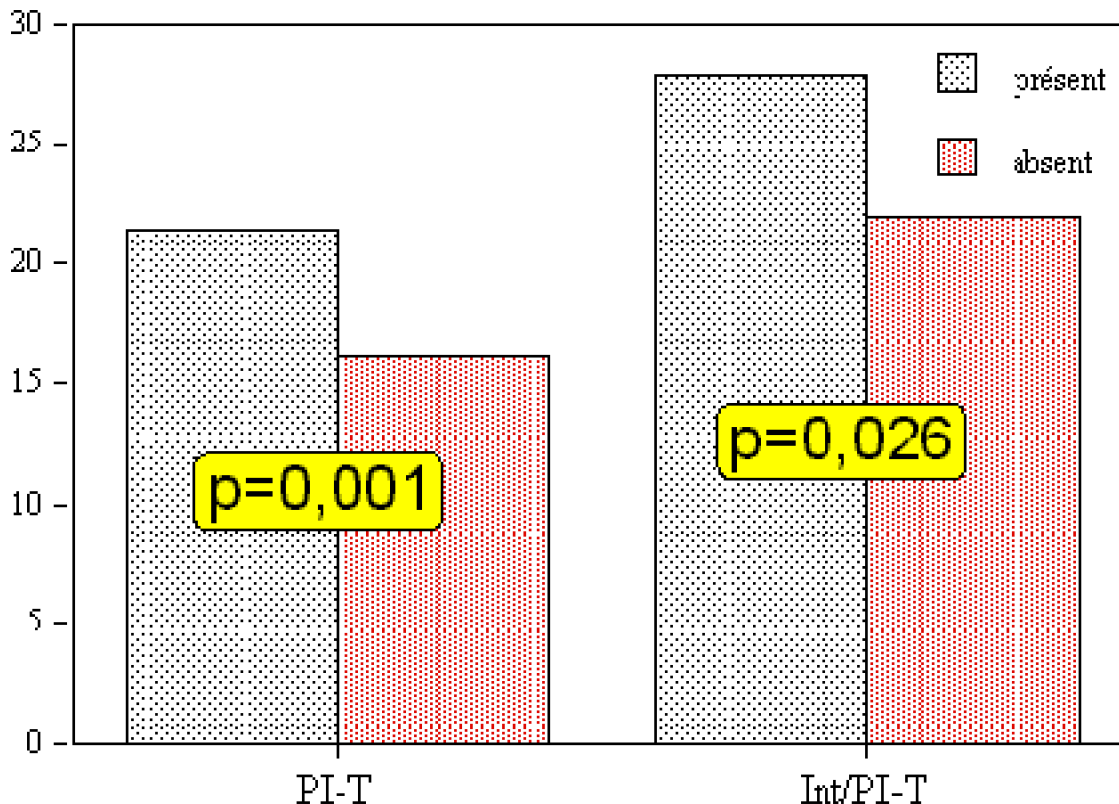


Graphique 18. La dépression associée et le QPII-r

Enfin, au niveau des troubles de personnalité associés, étant donné que les sujets présentant les troubles de la personnalité du groupe A et du groupe B sont très peu nombreux, nous avons dû effectuer le calcul en regroupant tous les sujets présentant des troubles de personnalité dans un groupe et en le comparant avec les sujets qui ne présentent pas de troubles de personnalité. L'ANOVA avec deux facteurs (groupe trouble de personnalité) montre qu'en dehors de l'effet groupe, il existe aussi un effet « trouble de personnalité » sur les deux scores du QPII-r (PI-T: $F(1,80) = 11,483$, $p = 0,001$; Int-T: $F(1,80) = 5,149$, $p = 0,026$) et qu'il n'y a pas d'interaction entre groupe et trouble de personnalité. C'est à dire que le score total des pensées intrusives (PI-T) et le score total des interprétations (Int-T) sont significativement plus élevés chez les sujets présentant des troubles de personnalité que chez les sujets sans troubles de personnalité (voir tableau 49 et graphique 19).

Tableau 49. Les troubles de la personnalité et le QPII-r

	Nombre	PI-T (Score Moyen et SD)	Int-T (Score Moyen et SD)
Trouble personnalité	60 24	21,4 (9,18) 16,04 (6,6)	27,7 (19,54) 22,0 (16,5)
ANOVA		$F(1,80) = 11,483$, $p = 0,001$	$F(1,80) = 5,149$, $p = 0,026$



Graphique 19. Les troubles de la personnalité et le QPII-r

Pour résumer les influences des autres facteurs sur les pensées intrusives et leurs interprétations, les résultats statistiques montrent que ces deux dernières variables n'ont pas de corrélations avec le poids, la taille ou la durée de la maladie, mais une corrélation significative avec le fonctionnement global du sujet (GAF du DSM-IV). Il n'existe pas de différences sur les pensées intrusives et sur les interprétations entre les sujets de différents niveaux d'étude (Bac-, =Bac et Bac+), entre les sujets mariés, divorcés et célibataires, entre les sujets avec et sans activités professionnelles, et entre les sujets sous médicaments et sans médicaments. Par contre, les sujets avec la dépression associée ou les sujets présentant des troubles de personnalité associés ont le score de pensées intrusives et le score d'interprétations du QPIL-r plus élevés que les sujets sans dépression ou les sujets sans troubles de personnalité.

Dans le chapitre suivant, nous allons essayer d'interpréter les résultats obtenus que nous venons de présenter et d'en discuter.

IV. INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSION

4.1. Interprétation sur les caractéristiques des groupes

Au niveau du sexe, les trois groupes sont complètement comparables ($p > 0,99$). Par contre, il existe une différence d'âge significative entre le groupe de TOC, le groupe de contrôle non-clinique et le groupe de phobie sociale. C'est à dire que le groupe de phobie sociale est plus jeune que les deux autres groupes bien qu'il n'existe pas de différence entre le groupe de TOC et le groupe de contrôle non-clinique. Cela nous oblige pour comparer les variables psychométriques à utiliser une Ancova, avec l'âge comme covariant, afin d'obtenir les résultats statistiques plus objectifs. En fait, l'analyse montre que la différence d'âge n'influence pas les résultats de comparaisons.

Quand on compare d'autres caractéristiques entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale, on ne trouve pas de différence statistique sur l'état professionnel ($p = 0,19$), sur la dépression associée ($p = 0,59$), sur le trouble panique associé ($p = 0,69$), sur les médicaments actuellement pris ($p = 0,11$) ou sur les troubles de la personnalité associés en trois classes ($p = 0,68$). Par contre, par rapport au groupe de phobie sociale,

le groupe de TOC a plus de sujets ayant un niveau d'étude plus bas et moins de sujets ayant un niveau d'étude plus haut ($p=0,0032$), et plus de sujets mariés et divorcés et moins de sujets célibataires ($p=0,015$). Mais l'ANOVA à deux facteurs confirme que ces différences n'influencent pas les résultats de comparaisons.

Il est intéressant de noter que, dans notre échantillon, deux tiers des patients atteints de TOC (32/48) et 77,8% des patients atteints de phobie sociale (28/36) présentent au moins un trouble de la personnalité. Ces résultats montrant la comorbidité des troubles de la personnalité chez les phobiques sociaux et chez les obsessionnels compulsifs ressemblent à ceux existant dans les travaux de la littérature (Johnson et coll., 1995, Baer et coll., 1992, Black et coll., 1993, Bejerot, Ekselius et von Knorring, 1998, Matsunaga et coll., 1998).

De plus, dans le groupe de TOC de notre échantillon, les troubles de personnalité les plus fréquemment observés sont le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (21/48, soit 44%) et la personnalité dépendante (18/48, soit 38%). Ce qui est différent de certaines études (ex. Joffe et coll., 1988, Matsunaga et coll., 1998) mais proche à d'autres (ex. Rasmussen et Tsuang, 1986, Black et coll., 1993, Bejerot, Ekselius et von Knorring, 1998). Joffe et coll. (1988) ne rapportent que 4,4% (1/23 cas) des patients atteints de TOC qui présentent un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive associé, ce qui est très bas dans les travaux publiés. Ils supposent que cela est sûrement lié au problème de l'instrument d'auto-évaluation dans lequel les traits compulsifs sont sous-rapportés. Dans notre étude, le diagnostic des troubles de personnalité est établi basé sur la liste simple des troubles de personnalité (mais en entretien structuré) selon le DSM-IV; le diagnostic de la personnalité obsessionnelle-compulsive et de la personnalité évitante est donné avec une liste détaillée des caractères selon les critères du DSM-IV dans un entretien structuré. Nous pouvons donc les considérer valables. L'étude de Bejerot et coll. (1998) a trouvé que 36 % de patients atteints de TOC présentent un trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive. Pour eux, il existerait une relation spécifique entre le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et les TOC. Le résultat de notre étude semble supporter cette hypothèse.

Par contre, Joffe et coll. (1988) et Black et coll. (1993) rapportent que la moitié de patients atteints de TOC dans leurs échantillon présentent un trouble de personnalité dépendante. Dans notre échantillon, le taux du trouble de la personnalité dépendante associé au TOC est atteint à 38 %. Ce qui montre le rôle important de la personnalité dépendante dans le TOC.

Tandis que dans le groupe de phobie sociale de notre échantillon, c'est le trouble de la personnalité évitante qui est le plus fréquemment observé (26/36, soit 72%). Ce résultat est identique à ceux que l'on trouve dans plusieurs études (Schneier et coll., 1991, Herbert et coll., 1992, Emmanuel et coll., 1993 et Cottraux et coll., 1997). Johnson et coll. (1995) concluent que le trouble de la personnalité évitante parmi des troubles de personnalité est le plus fréquemment trouvé chez les patients atteints de phobie sociale. Ces résultats mettent en évidence la relation particulière entre le trouble de la personnalité évitante et la phobie sociale.

4.2. Les pensées intrusives et leurs interprétations

4.2.1. L'expérience ou l'existence des pensées intrusives et de leurs interprétations

Les pensées intrusives existent aussi bien chez les sujets obsessionnels-compulsifs que chez les sujets phobiques sociaux ou que chez les sujets non-cliniques, peu importe le contenu. Quatre-vingt-seize pour-cent des sujets non-cliniques, 100% des sujets phobiques sociaux et 100% des sujets obsessionnels-compulsifs rapportent une expérience de pensées intrusives. Ces résultats sont identiques à ceux existant dans les travaux de la littérature (Rachman et De Silva, 1978; Salkovskis et Harrison, 1984; Niler et Beck, 1989; Purdon et Clark, 1993; Freeston et coll., 1991; Wells et Morrison 1994; Yao et coll., 1996; Bouvard et Cottraux, 1997; Yao et al, 1999).

Nous avons aussi trouvé que les interprétations irrationnelles des pensées intrusives existent aussi bien chez les patients atteints de TOC que chez les patients atteints de phobie sociale ou que chez les sujets non-cliniques. Nos résultats révèlent que 60% des sujets non-cliniques reconnaissent les interprétations irrationnelles, bien qu'elles soient très faibles, et que 92% des sujets phobiques sociaux et 100% des sujets obsessionnels-compulsifs accordent leurs opinions de un peu à total sur les interprétations irrationnelles des pensées intrusives. Le fait que les sujets non-cliniques et les sujets phobiques sociaux rapportent aussi de faibles interprétations irrationnelles nous suggère que les interprétations irrationnelles des pensées intrusives ne seraient pas forcément anormales et pas forcément pathologiques dans la mesure où elles n'atteignent pas un niveau élevé. Cela, comme les pensées intrusives, confirme l'hypothèse générale de modèle cognitif de TOC, qui insiste sur la continuité entre les phénomènes obsessionnels normaux et anormaux (Salkovskis, 1985, Rachman, 1993 et Cottraux, 1987).

4.2.2. Différences entre les sujets obsessionnels, phobiques sociaux et non-cliniques

Les résultats de notre étude montrent qu'il existe des différences significatives entre le groupe de TOC, le groupe de phobie sociale et le groupe de contrôle normal sur les pensées intrusives et sur les interprétations irrationnelles. Les patients présentant des troubles obsessionnels-compulsifs rapportent des pensées intrusives significativement plus fréquentes et des interprétations irrationnelles significativement plus élevées que les patients présentant la phobie sociale et que les sujets non-cliniques. Cela nous permet de dire que le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r) distingue bien les sujets obsessionnels-compulsifs des sujets phobiques sociaux et normaux. En d'autres termes, cela confirme une de nos hypothèses: les sujets

présentant les TOC sont différents des sujets phobiques sociaux et normaux en ce qui concerne les pensées intrusives et leurs interprétations. Il confirme aussi le modèle cognitif de TOC (Salkovskis, 1985, 1989, Rachman, 1993, Cottraux, 1998), qui présume l'existence et l'importance d'interprétations irrationnelles de pensées intrusives dans les TOC.

En ce qui concerne le sexe, le calcul n'a pas montré de différence significative sur les pensées intrusives ($p = 0,27$) ou sur les interprétations irrationnelles ($p = 0,62$). Pour les différences d'âge entre les trois groupes (le groupe de phobie sociale est plus jeune que les deux autres), l'analyse n'a pas montré de corrélation significative entre l'âge et le score total des pensées intrusives ($p = 0,27$), et entre l'âge et le score total des interprétations du QPII-r ($p = 0,73$). Cela nous permet de dire que les différences des pensées intrusives et des interprétations entre les trois groupes ne sont pas liées à la différence d'âge entre groupes.

Les patients souffrant de TOC rapportent également quatre thèmes de pensées intrusives (perfectionnisme, peur de perte, agressivité et sexualité) et trois types d'interprétation irrationnelle (responsabilité, culpabilité et infériorité) significativement plus élevés que les sujets phobique sociaux et que les sujets non-cliniques. Cela nous permet de dire que les sujets présentant les TOC se différencient bien des sujets phobiques sociaux et des sujets non-cliniques aussi bien sur les différents thèmes de pensées intrusives, comme le perfectionnisme, la peur de la perte, l'agressivité et la sexualité, que sur les différentes dimensions d'interprétations, comme l'infériorité, la responsabilité et la culpabilité. En d'autres termes, les quatre thèmes de pensées intrusives et les trois dimensions d'interprétations nous sembleraient bien tous faire partie des phénomènes obsessionnels-compulsifs. Les études récentes (Leckman et coll., 1997, Summerfeldt et coll., 1999) soulignent la multidimensionnalité des symptômes des obsessions-compulsions et l'hétérogénéité dans l'étiologie de la maladie. Alors, notre résultat montrant l'existence de plusieurs thèmes de pensées intrusives et de trois dimensions d'interprétations comme des pathologies obsessionnelles dans le TOC soutiendrait cette théorie. C'est à dire que les pensées intrusives, comme les symptômes obsessionnels, sont multidimensionnelles, tout comme les interprétations des pensées intrusives. Cela confirme également le modèle cognitif de TOC, qui suggère qu'il existe plusieurs dimensions d'interprétations dans le TOC (Rachman, 1997, Freeston et coll., 1996, Shafran et coll., 1996a, Yao, 1995).

Dans l'étude comparative des quatre thèmes de pensées intrusives, nous avons trouvé que le perfectionnisme est un thème plus fréquemment rencontré que les trois autres, que ce soit dans l'ensemble de l'échantillon ($p < 0,0001$), ou dans chaque groupe ($p < 0,001$). Cela nous suggère que le perfectionnisme serait un thème plus important que les autres thèmes de pensées intrusives. Rhéaume et coll. (1995b) ont trouvé que le perfectionnisme est un phénomène indépendamment associé aux symptômes obsessionnels compulsifs. Ils supposent que le perfectionnisme pourrait jouer un rôle important dans certains types de TOC. Mais récemment, les travaux publiés (Frost et Steketee, 1997, Antony et coll., 1998) ont étudié le rôle du perfectionnisme dans le TOC et dans les autres troubles anxieux, comme ceux de phobie sociale ou de trouble panique. Les résultats ont montré que les sujets obsessionnels ne sont pas différents des

autres sujets anxieux quant au perfectionnisme au sens général mais ils sont différents sur une des dimensions du perfectionnisme: le doute sur les actes. Leurs résultats sont un peu différents de celui de Rhéaume et coll. (1995b) et des nôtres. Nous supposons que la différence viendrait peut-être de l'utilisation de mesures différentes pour le perfectionnisme. On peut aussi se demander s'il existe, d'une part, un perfectionnisme général: une dimension de troubles de personnalité en particulier dans les troubles anxieux (Antony et coll., 1998) et, d'autre part, un perfectionnisme spécifique qui serait un thème de pensées intrusives dans les TOC.

Notre étude comparative des trois dimensions des interprétations trouve également que pour l'ensemble de notre échantillon, la dimension de l'infériorité est significativement plus élevée que la dimension de la culpabilité ($p < 0,0001$) et la dimension de la responsabilité ($p = 0,0002$). Cela nous montre que l'interprétation d'infériorité serait d'un ordre plus élevé que les autres dimensions d'interprétations des pensées intrusives. Il s'agirait de phénomènes très importants dans la pathologie obsessionnelle-compulsive. Cela nous confirme à nouveau l'importance de l'interprétation d'infériorité dans les TOC (Yao et al, 1996, 1999).

En résumé, les pensées intrusives ainsi que les quatre thèmes: perfectionnisme, agressivité, peur de la perte et sexualité, et les interprétations irrationnelles ainsi que les trois dimensions: infériorité, culpabilité et responsabilité, sont toutes significativement plus élevées chez les sujets obsessionnels-compulsifs que chez les sujets phobiques sociaux et chez les sujets non-cliniques. Cela confirme notre première hypothèse: les sujets présentant les TOC sont différents des sujets présentant la phobie sociale et des sujets non-cliniques quant aux pensées intrusives, aux interprétations irrationnelles et aux trois dimensions d'interprétation: l'infériorité, la culpabilité et la responsabilité.

4.2.3. Les relations des pensées intrusives et de leurs interprétations avec les obsessions compulsions

Les résultats des corrélations montrent que les pensées intrusives et leurs interprétations sont significativement corrélées aux mesures évaluant les obsessions compulsions (Y-BOCS et LPO), la dépression (BDI) et l'anxiété (BAI) dans l'ensemble de patients. Mais les régressions multiples nous montrent que parmi les mesures de TOC (Y-BOCS et LPO), de dépression (BDI), d'anxiété (BAI) et d'anxiété sociale (FQ-phobie sociale), la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est le meilleur prédicteur pour les pensées intrusives (PI-T) et que l'Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS) est le meilleur prédicteur pour les interprétations (Int-T). Cela nous permet de dire que les pensées intrusives et leurs interprétations ont toutes une relation significativement plus forte avec la pathologie obsessionnelle compulsive (Y-BOCS, LPO) qu'avec d'autres pathologies et que le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (version révisée) évalue plus spécifiquement la pathologie obsessionnelle compulsive. Ce résultat est aussi identique à ceux de nos études précédentes (Yao et al, 1997b, 1999).

Nous avons aussi trouvé dans les résultats des régressions multiples que la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est le seul prédicteur pour l'interprétation de culpabilité

(Int-C) et que l'Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS) est le seul prédicteur pour l'interprétation d'infériorité (Int-I) et aussi le meilleur prédicteur pour l'interprétation de responsabilité (Int-R). Cela nous suggère que les trois dimensions d'interprétations irrationnelles sont toutes liées plus spécifiquement à la pathologie obsessionnelle compulsive.

En résumé, les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles sont des phénomènes fortement liées à la pathologie obsessionnelle compulsive. Les trois dimensions d'interprétations irrationnelles: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité, sont toutes prédites par les mesures des obsessions-compulsions (Y-BOCS ou LPO). Ce résultat confirme la deuxième hypothèse de notre étude à savoir que les trois dimensions d'interprétations jouent leur rôle important et spécifique dans les phénomènes obsessionnels compulsifs.

4.2.4. Les relations entre les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles

Les corrélations entre les scores et les sous-scores du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée nous montrent que pour l'ensemble de notre échantillon, le score total des interprétations (Int-T) est corrélé significativement avec le score total des pensées intrusives (PI-T) ($p < 0,0001$) et avec les quatre sous-scores des pensées intrusives: le perfectionnisme ($p < 0,0001$), la peur de perte ($p < 0,0001$), l'agressivité ($p < 0,0001$) et la sexualité ($p < 0,0001$). Les trois sous-scores des interprétations (responsabilité: Int-R, culpabilité: Int-C et infériorité: Int-I) sont aussi tous corrélés significativement et respectivement avec le score total des pensées intrusives (PI-T) ($p < 0,0001$) et avec les quatre sous-scores des pensées intrusives ($p < 0,0001$). Cela nous confirme que plus les pensées intrusives sont fréquentes, que ce soit le score total ou un des sous-scores des pensées intrusives, plus les interprétations irrationnelles sont fortes, que ce soit le score total ou un des sous-scores des interprétations, et vice versa. Ce résultat va dans le sens du modèle cognitif de TOC (Salkovskis, 1985, Rachman, 1993, Cottraux, 1998, Yao, 1995), dans lequel les pensées intrusives seraient fortement associées aux interprétations irrationnelles.

Il est intéressant de noter que dans le groupe de TOC, l'interprétation de responsabilité (INT-R) est particulièrement corrélé aux pensées intrusives à thème d'agressivité et que sur l'ensemble de l'échantillon, la responsabilité est le seul prédicteur parmi les trois dimensions d'interprétations pour l'agressivité. Cela nous permet de suggérer qu'il y aurait un lien privilégié entre responsabilité et agressivité. En d'autres termes, plus l'interprétation de responsabilité augmente, plus les pensées intrusives à thème d'agressivité augmentent, et vice versa. En fait, dans son hypothèse que la responsabilité est un noyau central du TOC, Salkovskis (1985) a bien souligné que la croyance de responsabilité s'active au moment lors des pensées intrusives de faire du mal aux autres ou à soi-même. Alors cette croyance de responsabilité est bien une réponse cognitive vis-à-vis des pensées intrusives à thème d'agressivité. En effet, il est logique de se sentir responsable si l'on risque d'être l'origine de conséquences négatives pour autrui ou pour soi-même. Mais, chez les obsessionnels, la conséquence des

pensées intrusives à thème d'agressivité est souvent ressentie comme négative et grave, alors ils se sentent plus spécifiquement responsables pour leurs pensées intrusives à ce thème.

Le fait que l'interprétation de responsabilité n'a pas de corrélation avec les autres thèmes de pensées intrusives dans notre étude, pourrait expliquer pourquoi, dans certaines études (ex. Jones et Menzies, 1997), n'a pas été retrouvée la relation entre la responsabilité et les phénomènes obsessionnels-compulsifs.

De même que l'interprétation de culpabilité (INT-C) est mieux corrélée aux pensées intrusives à thème de sexualité dans le groupe de TOC et que dans l'ensemble de l'échantillon, la culpabilité est un prédicteur pour les pensées intrusives à thème de sexualité. Cela nous suggère que l'interprétation de la culpabilité a un lien plus fort avec les pensées intrusives à thème de sexualité qu'avec d'autres thèmes de pensées intrusives. La sexualité est souvent considérée par les obsessionnels comme un tabou ou une honte, comme quelque chose de mauvais et d'immoral. Alors ils se sentent d'abord coupables d'y penser.

De plus, l'interprétation d'infériorité (INT-I) est significativement corrélée avec les quatre thèmes des pensées intrusives dans l'ensemble de l'échantillon et dans le groupe de TOC. Mais, dans l'ensemble de l'échantillon, les régressions multiples nous montrent que l'infériorité est le seul prédicteur aussi bien pour les pensées intrusives à thème de perfectionnisme que pour les pensées intrusives à thème de peur de la perte. Cela nous suggère aussi que les interprétations d'infériorité auraient un lien particulier avec les pensées intrusives à thèmes de perfectionnisme et de peur de la perte. En d'autres termes, plus l'interprétation d'infériorité est forte, plus les pensées intrusives à thème de perfectionnisme et à thème de peur de la perte augmentent, et vice versa. Comme nous avons décrit plus haut (dans le chapitre sentiment d'infériorité, page 50), le sentiment d'infériorité peut se manifester ou s'extérioriser par le perfectionnisme; le perfectionnisme est une apparence qui cache ou tente de compenser un sentiment d'infériorité. Le perfectionnisme dans le TOC se montre dans les pensées intrusives et les pensées neutralisantes, ex.: « J'ai peur de ne pas bien faire des choses. » (pensée intrusive), « Je dois faire des choses parfaitement bien. » (pensée neutralisante). Et derrière cette pensée neutralisante du perfectionnisme, les obsessionnels cachent leur sentiment d'infériorité: « Si je ne suis pas parfait, je suis nul ou je suis inférieur. » Nous pouvons donc comprendre une relation plus forte entre les pensées intrusives à thème de perfectionnisme et l'interprétation d'infériorité. Comme nous avons aussi décrit plus haut (page 33-34) que tous les autres thèmes de pensées intrusives pourraient être réinterprétés dans le sens d'infériorité, nous pouvons expliquer les relations significatives de l'interprétation d'infériorité avec les quatre thèmes de pensées intrusives dans notre échantillon.

Les résultats nous permettent de suggérer que différents types de pensées intrusives seraient déclenchés et maintenus par différentes dimensions spécifiques d'interprétations irrationnelles. Ce fait est également potentiellement important pour la pratique des thérapies cognitivo-comportementales avec la modification des différentes interprétations irrationnelles dans les différents types de TOC.

Pour résumer, les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles sont très fortement liées les unes et les autres. Il existe des relations particulières entre certaines dimensions d'interprétations irrationnelles et certains thèmes de pensées intrusives. La responsabilité est liée à l'agressivité; l'infériorité est liée au perfectionnisme et à la peur de la perte, et la culpabilité est liée à la sexualité. Ce qui va à l'appui de notre hypothèse de départ: il existerait des liens particuliers entre certains types de pensées intrusives et certaines dimensions d'interprétations irrationnelles.

4.3. Le sentiment d'infériorité

4.3.1. Les différences de l'infériorité entre les sujets obsessionnels, phobiques sociaux et non-cliniques

L'analyse statistique (Ancova) nous montre des différences significatives sur le score total et les deux sous-scores de l'Echelle d'Infériorité entre le groupe de TOC, le groupe de phobie sociale et le groupe de contrôle. Mais l'analyse de PLSD de Fisher montre que les différences résident dans la comparaison du groupe de contrôle avec le groupe de phobie sociale et le groupe de TOC. C'est à dire que les sujets phobiques sociaux et les sujets obsessionnels rapportent un sentiment d'infériorité, que ce soit celui en total, ou celui aux yeux de soi-même ou celui aux yeux des autres, significativement plus élevé que les sujets non-cliniques. Par contre, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes de patients. Les phobiques sociaux ne sont pas différents des sujets obsessionnels sur le sentiment d'infériorité ni au total, ni dans les deux sous-scores. C'est à dire que le sentiment d'infériorité reste beaucoup plus fort chez les phobiques sociaux et chez les sujets obsessionnels que chez les sujets non-cliniques.

Récemment, les travaux publiés (Frost et Steketee, 1997, Antony et coll., 1998) ont trouvé que le perfectionnisme n'est pas spécifique pour le TOC et qu'il existe également dans les autres troubles anxieux, comme la phobie sociale et le trouble panique. Mais il est plus élevé chez les sujets agoraphobes, phobiques sociaux et obsessionnels que chez les sujets normaux. Antony et coll. (1998) ont supposé que tous les troubles anxieux pourraient être associés avec un caractère général correspondant aux pensées perfectionnistes. Comme pour nous, le sentiment d'infériorité se manifeste ou s'extériorise par le perfectionnisme, et puisque les sujets obsessionnels et les sujets phobiques sociaux sont tous plus perfectionnistes que les sujets normaux, alors ils auraient tous un sentiment d'infériorité plus élevé que les sujets normaux. Cela est confirmé dans notre résultat. Cela nous permet de suggérer que le perfectionnisme et l'infériorité seraient des caractères communs à la phobie sociale et aux troubles obsessionnels-compulsifs. Ils seraient comme le recto et le verso de la médaille, dont l'un apparaît à l'extérieur et l'autre se cache à l'intérieur, mais ils sont très proches l'un et l'autre. Cette relation reste à démontrer dans de futures études.

Une autre étude récente (Ehnholt, Salkovskis et Rimes, 1999) a essayé de trouver la

relation entre l'estime de soi et les problèmes obsessionnels. Mais les auteurs n'ont pas trouvé la spécificité de l'estime de soi dans les TOC. Leurs résultats ont montré que le groupe de TOC ne se différencie pas du groupe d'autres troubles anxieux quant à l'estime de soi au sens général; mais les deux groupes de patients sont significativement différents du groupe contrôle non-clinique à ce sujet. Ils ont aussi trouvé que l'estime de soi basse est associée à un haut niveau d'anxiété, d'obsession-compulsion et de dépression. En fait, l'estime de soi basse est, comme le sentiment d'infériorité élevé, considérée très intimement liée à des troubles anxieux et dépressifs. Nous avons argumenté plus haut (dans le chapitre « concept et définition du sentiment d'infériorité ») que l'estime de soi ferait partie du concept plus global d'infériorité. Si une estime de soi est très basse, le sentiment d'infériorité serait vraisemblablement très élevé. Ils pourraient représenter une vulnérabilité aux troubles psychologiques. Bien entendu, ceci reste à démontrer dans de futures études. En plus, les relations exactes entre sentiment d'infériorité et estime de soi restent aussi à étudier.

Notre étude n'a pas trouvé de différence entre TOC et phobie sociale sur le sentiment d'infériorité au sens général mesuré par l'Echelle d'Infériorité. Mais les deux groupes de patients sont différents en ce qui concerne une dimension d'interprétations des pensées intrusives: l'infériorité, qui sont plus élevées chez les obsessionnels. Cela nous suggère que les sujets obsessionnels auraient un sentiment d'infériorité spécifique qui se manifeste dans les interprétations vis-à-vis des pensées intrusives. Ce qui vient soutenir une de nos hypothèses: les patients obsessionnels et les patients phobiques sociaux ne sont pas différents quant au sentiment d'infériorité au sens général, mais ils sont différents en ce qui concerne le sentiment d'infériorité spécifique vis-à-vis de leurs pensées intrusives.

Le fait que les sujets non-cliniques rapportent aussi un score faible sur l'Echelle d'Infériorité, nous suggère que le sentiment d'infériorité existe aussi chez les sujets normaux mais il est faible et passager. Cela confirme qu'il existe un sentiment d'infériorité normal et un sentiment d'infériorité pathologique (Yao et Cottraux, 1999). En d'autres termes, il y aurait une continuité sur le sentiment d'infériorité entre les sujets anxieux et les sujets non-cliniques. Si le sentiment d'infériorité est très fort, il deviendra pathologique.

A noter que dans le groupe de phobie sociale, le sentiment d'infériorité aux yeux de soi-même est significativement plus élevé que le sentiment d'infériorité aux yeux des autres. Mais dans le groupe de TOC et dans le groupe de contrôle, cette différence n'est pas significative. Cela nous permet de supposer que les sujets phobiques sociaux auraient un sentiment d'infériorité lié plus à un auto-jugement de soi-même qu'à une évaluation du jugement des autres.

4.3.2. Les relations du sentiment d'infériorité avec les symptômes obsessionnels compulsifs et phobiques sociaux

Les résultats des corrélations entre l'Echelle d'Infériorité et les autres mesures évaluant les obsessions compulsions (Y-BOCS et LPO), l'anxiété (BAI), la dépression (BDI) et la phobie sociale (FQ-SOC) chez les deux groupes de patients nous montre que l'Echelle

d'Infériorité est corrélée significativement avec la mesure de phobie sociale (FQ-SOC) ($p < 0,0001$), de dépression (BDI) ($p < 0,0001$), des obsessions compulsions (LPO) ($p < 0,01$) et d'anxiété (BAI) ($p < 0,05$). Elle corréle aussi significativement avec les pensées intrusives (PI-T) ($p < 0,0001$), les interprétations sur les pensées intrusives (Int-T) ($p < 0,01$), l'interprétation d'infériorité (Int-I) ($p = 0,0004$) et l'interprétation de culpabilité (Int-C) ($p = 0,032$). Cela nous permet de dire que le sentiment d'infériorité aurait des liens aussi bien avec la phobie sociale qu'avec les obsessions compulsions.

Par ailleurs, la régression multiple nous montre que la mesure de phobie sociale est le meilleur prédicteur ($p < 0,0001$) pour l'Echelle d'Infériorité parmi toutes les variables corrélées avec l'Echelle d'Infériorité. Par contre, l'interprétation d'infériorité est également un autre prédicteur indépendant ($p = 0,03$) pour l'EDI. Cela nous suggère que le sentiment d'infériorité évalué par l'Echelle d'infériorité a un lien privilégié avec les symptômes de phobie sociale mais aussi un lien particulier avec les interprétations d'infériorité sur les pensées intrusives. Nous supposons que le sentiment d'infériorité, comme le perfectionnisme, serait un trait commun psychologique dans les symptômes de phobie sociale et des obsessions-compulsions. Comme nous l'avons montré précédemment, ce qui joue un rôle important dans les obsessions-compulsions, c'est la dimension d'infériorité dans les interprétations des pensées intrusives: c'est dire que c'est un sentiment d'infériorité spécifique et centré sur les pensées intrusives.

En résumé, le sentiment d'infériorité est plus élevé chez les patients obsessionnels et phobiques sociaux que chez les sujets non-cliniques. Il n'existe pas de différence entre le groupe de TOC et le groupe de phobie sociale sur le sentiment d'infériorité évalué par l'Echelle d'infériorité. Le sentiment d'infériorité a un lien privilégié avec la phobie sociale mais aussi un lien particulier avec l'infériorité dans les interprétations des pensées intrusives. Il serait un trait commun à la phobie sociale et aux troubles obsessionnels compulsifs. Cela confirme la quatrième hypothèse de notre étude: les patients obsessionnels et les patients phobiques sociaux ne se sont pas différents sur le sentiment d'infériorité dans le sens général, mais ils sont différents sur un sentiment d'infériorité plus spécifique vis-à-vis de leurs pensées intrusives.

4.4. Les influences éventuelles des autres facteurs sur le sentiment d'infériorité et sur les pensées intrusives et leurs interprétations

4.4.1. Facteurs généraux:

L'étude statistique issue de notre échantillon de patients montre qu'il n'y a pas de corrélations significatives entre l'Echelle d'Infériorité et le poids, la taille et la durée de la maladie. Il n'y a pas non plus de différences significatives sur l'Echelle d'Infériorité entre les sujets de différents niveaux d'étude, entre les sujets de différents statut de mariage et

entre les sujets avec ou sans activités professionnelles. Cela nous permet de dire que le sentiment d'infériorité n'est pas influencé par le poids, par la taille, par la durée de la maladie, par le niveau d'étude, par le statut marital, ni par les activités professionnelles. Le fait que le sentiment d'infériorité mesuré par l'Echelle d'Infériorité n'a pas de lien avec poids et taille nous suggère que l'infériorité physique, comme poids et taille, ne jouerait pas de rôle particulier dans le sentiment d'infériorité. Cela va dans la notion de la compensation des états d'infériorité physique d'Adler (1956), c'est à dire que l'infériorité physique serait compensée par la superstructure psychique.

Le score total des pensées intrusives et le score total des interprétations ne sont pas corrélés avec le poids, la taille, la durée de la maladie. Il n'y a pas non plus de différences significatives sur ces deux scores entre les sujets de différents niveaux d'étude, entre les sujets de différents statut de mariage et entre les sujets avec ou sans activités professionnelles. Cela nous permet aussi d'avancer que les pensées intrusives et les interprétations ne dépendraient pas du poids, de la taille, de la durée de la maladie, du niveau d'étude, du statut marital, des activités professionnelles.

4.4.2. Facteurs cliniques:

Au niveau des facteurs cliniques, le résultat statistique montre que l'évaluation globale du fonctionnement dans le DSM-IV a une corrélation négative avec le score des pensées intrusives et le score des interprétations du Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations. Cela nous permet de dire que l'intensité des pensées intrusives et des interprétations pourrait influencer le fonctionnement global du sujet, et vice versa. En d'autres termes, plus le sujet a des pensées intrusives et des interprétations irrationnelles, plus il est perturbé dans son fonctionnement global. Mais le fait qu'il n'existe pas de corrélation entre l'Echelle d'Infériorité et l'évaluation globale du fonctionnement dans le DSM-IV, nous fait supposer que le sentiment d'infériorité n'a pas de liaison directe avec le fonctionnement global du sujet.

L'étude statistique nous montre aussi qu'entre les sujets sous médicaments et sans médicaments, il n'y a pas de différence sur l'Echelle d'Infériorité, l'échelle de pensées intrusives et l'échelle d'interprétations des pensées intrusives. Par contre, les scores des pensées intrusives et des interprétations sont plus élevés chez les patients anxieux avec dépression associée que chez les patients anxieux sans dépression associée. L'étude de Ricciardi et McNally (1995) a également trouvé cette relation entre les symptômes obsessionnels et l'état de dépression. Ils ont constaté que les patients atteints de TOC avec dépression associée présentaient des symptômes obsessionnels plus sévères que les patients sans dépression associée. Cela nous incline à penser que les pensées intrusives et les interprétations pourraient être accentuées par l'état de dépression et que l'état de dépression pourrait être aggravé par l'intensité des pensées intrusives et des interprétations.

En ce qui concerne des troubles de personnalité associés, notre étude statistique montre que le score des pensées intrusives, le score des interprétations sur les pensées intrusives et le score de l'Echelle d'Infériorité sont tous significativement plus élevés chez les patients avec des troubles de personnalité associés que chez les patients sans

troubles de personnalité. Cela pourrait nous suggérer que les patients présentant des troubles de personnalité se sentent plus inférieurs et souffrent plus des pensées intrusives et de leurs interprétations par rapport aux patients sans troubles de personnalité. En d'autres termes, le sentiment d'infériorité, les pensées intrusives et les interprétations seraient influencés ou accentués par les troubles de personnalité. Cela semble confirmer une hypothèse souvent trouvée dans la littérature qui est celle que les troubles de la personnalité seraient un facteur aggravant ou précipitant des pathologies de l'axe I du DSM-IV (Mihaescu et coll., 1997). Cela nous expliquerait aussi pourquoi, en clinique, la présence de troubles de personnalité pourrait augmenter la difficulté de la thérapie comportementale et cognitive dans les troubles anxieux.

L'Echelle d'Infériorité ne différencie pas les sujets phobiques sociaux des sujets obsessionnels compulsifs, mais différencie les patients avec troubles de personnalité associés des patients sans troubles de personnalité associés et des sujets non-cliniques. Cela nous suggère que l'infériorité jouerait un rôle important dans les troubles de personnalité et que l'Echelle d'Infériorité mesurerait un trait cognitif: « l'infériorité », un trait commun à plusieurs troubles de personnalité. Le score de l'Echelle d'Infériorité augmente du groupe normal, au groupe de patients sans trouble de personnalité jusqu'au groupe de patients avec trouble de personnalité. Cette courbe d'accroissement est semblable à celle de l'étude de Mihaescu et coll. (1997). Ces derniers ont comparé trois échantillons: groupe pathologique avec troubles de personnalité associés (axe I + l'axe II du DSM-IV, n = 54), groupe pathologique sans troubles de personnalité (axe I seul du DSM-IV, n = 53) et groupe contrôle normal (n = 56), en utilisant le Questionnaire des Schémas Cognitifs de Young (1990), une échelle destinée à évaluer des troubles de personnalité. Leurs résultats ont aussi montré la courbe d'accroissement du score total du questionnaire de Young avec dans l'ordre: le groupe normal, le groupe de trouble d'axe I du DSM-IV pur, et enfin le groupe pathologique associant troubles d'axe I et d'axe II du DSM-IV. Ils ont conclu que le questionnaire des schémas de Young est une bonne échelle de mesure des troubles de la personnalité. De même, nous pouvons envisager que l'Echelle d'Infériorité évaluerait une dimension des troubles de personnalité (pathologie de l'Axe II du DSM-IV).

Les études récentes (Frost et Steketee, 1997, Antony et coll., 1998) ont suggéré que le perfectionnisme serait une dimension de trouble de personnalité dans les troubles anxieux. Notre étude a montré que l'infériorité est un trait commun dans les troubles obsessionnels-compulsifs et la phobie sociale et que ce trait est plus élevé chez les patients avec des troubles de personnalité que chez les patients sans troubles de personnalité. De plus, nous avons argumenté plus haut que l'infériorité est probablement la face cachée du perfectionnisme. Tout cela nous permet de suggérer que le sentiment d'infériorité serait aussi une dimension de troubles de personnalité dans les troubles anxieux. Mais comme nous avons regroupé toutes les catégories de troubles de la personnalité dans notre échantillon, faute de l'insuffisance de cas dans chaque catégorie, il ne nous a pas été possible d'étudier le rôle de l'infériorité dans les différents troubles de personnalité et les relations entre eux. Il serait nécessaire d'effectuer une autre étude dans le futur pour clarifier ces points.

Par contre, puisque le perfectionnisme est un caractère général dans les troubles anxieux et que l'infériorité est probablement la face cachée du perfectionnisme, des

travaux futurs seraient nécessaires pour analyser les relations entre ces deux dimensions.

En résumé, les facteurs généraux, tels que le poids, la taille, la durée de la maladie, le niveau d'étude, le statut marital, les activités professionnelles, ne montrent pas d'influence sur le sentiment d'infériorité, les pensées intrusives et leurs interprétations. Par contre, l'état de dépression associé et des troubles de personnalité associés aux symptômes obsessionnels compulsifs et phobiques sociaux seraient des facteurs aggravants des pensées intrusives et des interprétations irrationnelles. Le sentiment d'infériorité jouerait un rôle important dans les troubles de personnalité et serait une dimension des troubles de personnalité dans les troubles anxieux.

V. CONCLUSION

Le modèle cognitif des troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) suggère que les interprétations irrationnelles vis-à-vis des pensées intrusives pourraient être des structures cognitives sous-jacentes aux obsessions compulsions. Elles déclencheraient des pensées neutralisantes et maintiendraient des pensées intrusives, des émotions négatives (ex. anxiété, dépression) et des rituels. Les études récentes sur les interprétations des pensées intrusives se sont focalisées sur trois domaines: la responsabilité, la culpabilité et l'infériorité. Notre travail avait pour but d'étudier les pensées intrusives et leurs interprétations dans ces trois dimensions chez des patients présentant des TOC, comparés à des patients phobiques sociaux et à des sujets non-cliniques.

Dans notre étude, nous avons examiné 48 patients atteints de TOC, 36 patients atteints de phobie sociale et 48 sujets non-cliniques. Le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leur Interprétations -version révisées (QPII-r) et l'Echelle d'Infériorité sont utilisés dans les trois groupes. De plus, l'Echelle d'Obsession Compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS), la Liste des Pensées Obsédantes (LPO), le Questionnaire des Peurs (FQ), le Questionnaire de Dépression de Beck-21 items (BDI-21) et le Questionnaire d'Anxiété de Beck-21 items (BAI-21) sont employés chez les patients atteints de TOC et de phobie sociale.

Les résultats de notre étude mettent en évidence les points suivants :

1.

Les pensées intrusives et les interprétations irrationnelles des pensées intrusives existent aussi bien chez les sujets obsessionnels-compulsifs que chez les sujets phobiques sociaux et chez les sujets non-cliniques, quel que soit le contenu. 96% des sujets non-cliniques et 100% des sujets phobiques sociaux et obsessionnels rapportent l'expérience des pensées intrusives. De plus, 60 % des sujets non-cliniques, 92% des sujets phobiques sociaux et 100% des sujets obsessionnels-compulsifs reconnaissent des interprétations irrationnelles.

2.

Les pensées intrusives et leurs interprétations sont plus élevées chez les sujets obsessionnels-compulsifs que chez les sujets phobiques sociaux et chez les sujets non-cliniques. Le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée distingue bien la pathologie obsessionnelle compulsive de la pathologie de phobie sociale et de la normalité. En d'autres termes, les patients présentant des troubles obsessionnels compulsifs sont différents des patients phobiques sociaux et des normaux à ce sujet.

3.

Les quatre thèmes de pensées intrusives: perfectionnisme, peur de la perte, agressivité et sexualité, et les trois dimensions d'interprétations irrationnelles: responsabilité, culpabilité et infériorité, sont tous aussi plus élevés chez les patients souffrant de TOC que chez les patients souffrant de phobie sociale et chez les sujets non-cliniques. Chacune de ces sous-échelles est spécifique dans les TOC et différencie bien les TOC de la phobie sociale et de la normalité. En d'autres termes, toutes ces sous-échelles jouent un rôle important dans les différents symptômes des TOC.

4.

Parmi les quatre thèmes de pensées intrusives, le thème du « perfectionnisme » est le plus rencontré que ce soit dans l'ensemble de l'échantillon ou dans chaque groupe; parmi les trois dimensions d'interprétations, la dimension « d'infériorité » est la plus élevée. Le perfectionnisme et l'interprétation d'infériorité seraient une partie plus importante dans les phénomènes obsessionnels compulsifs.

5.

Les pensées intrusives et leurs interprétations correspondent plus particulièrement à la pathologie obsessionnelle compulsive dans la mesure où la Liste des Pensées Obsédantes (LPO) est le meilleur prédicteur pour l'échelle des pensées intrusives et l'Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown (Y-BOCS) le meilleur prédicteur pour l'échelle des interprétations des pensées intrusives.

6.

Chacune de trois dimensions d'interprétations des pensées intrusives sont toutes liées plus spécifiquement avec la pathologie obsessionnelle compulsive, puisque la Liste des Pensées Obsédantes est le seul prédicteur pour la dimension de culpabilité, que l'Echelle des Obsessions-Compulsions de Yale-Brown est le seul prédicteur pour la dimension d'infériorité et aussi le meilleur prédicteur pour la dimension de responsabilité.

7.

Il existe des corrélations très élevées et significatives entre l'échelle des pensées intrusives, les quatre sous-échelles de pensées intrusives et l'échelle des interprétations irrationnelles, les trois sous-échelles des interprétations irrationnelles. Cela confirme que plus les pensées intrusives sont fréquentes, que ce soit le score total ou un des sous-scores de pensées intrusives, plus les interprétations irrationnelles sont élevées, que ce soit le score total ou une des sous-dimensions des interprétations, et vice versa.

8.

Il existe des relations particulières entre certaines dimensions d'interprétations irrationnelles et certains thèmes de pensées intrusives. Par exemple, l'interprétation de la responsabilité a un lien privilégié avec les pensées intrusives à thème de l'agressivité; l'interprétation de l'infériorité est surtout liée aux pensées intrusives à thème du perfectionnisme; et l'interprétation de la culpabilité est liée aux pensées intrusives à thème de la sexualité.

9.

Le sentiment d'infériorité est significativement plus élevé chez les patients phobiques sociaux et obsessionnels que chez les normaux. Mais il n'existe pas de différence entre les sujets phobiques sociaux et les sujets obsessionnels. Il est possible que le sentiment d'infériorité soit un trait commun dans la phobie sociale et les troubles obsessionnels compulsifs.

10.

Le sentiment d'infériorité est significativement corrélé avec les mesures de phobie sociale, de dépression, d'anxiété et des obsessions compulsions. Mais la régression montre que le sentiment d'infériorité est mieux prédit par la mesure de phobie sociale et aussi prédit par les interprétations d'infériorité vis-à-vis des pensées intrusives.

11.

L'état de dépression associé et des troubles de personnalité associés aux symptômes obsessionnels compulsifs et phobiques sociaux seraient des facteurs aggravants des pensées intrusives et des interprétations irrationnelles, puisque les pensées intrusives et leurs interprétations irrationnelles sont toutes plus élevées chez les patients avec dépression associée ou avec des troubles de personnalité associés que chez les patients sans ces problèmes.

12.

Le sentiment d'infériorité évalué par l'Echelle d'Infériorité est significativement plus élevé chez les patients avec des troubles de personnalité associés que chez les patients sans troubles de personnalité associés et chez les sujets normaux. L'Echelle d'Infériorité mesurerait une dimension des troubles de personnalité. Le sentiment d'infériorité jouerait un rôle important dans les troubles de personnalité.

Notre étude suggère des recherches ultérieures à conduire sur les points suivants:

1.

recherche sur les relations entre infériorité et perfectionnisme, soulignées dans notre

étude, et sur leurs liens avec des troubles psychologiques;

2.

recherche sur les relations entre infériorité et estime de soi, et leurs liens avec des troubles psychologiques;

3.

étude de schéma cognitif sur un mode différentiel en comparant l'infériorité (mesurée par l'Echelle d'Infériorité) dans les différents troubles de personnalité et en situation de sujet normal; et étude sur l'analyse de ses relations avec les autres schémas cognitifs, tels qu'ils peuvent être mesurés avec l'Echelle de Young (1990).

Notre étude attire également l'attention sur le rôle potentiel des schémas d'infériorité en thérapie cognitive chez les sujets souffrant de TOC et de phobie sociale, et pourrait déboucher sur une modification de tels schémas cognitifs au cours des séances de thérapie. Peut être les thérapies comportementale et cognitive le font déjà et des mesures systématiques pré-post traitement pourraient le révéler. Un mécanisme fondamental d'accroissement de l'estime de valeur de soi-même et de réduction du sentiment d'infériorité pourrait être impliqué dans les thérapies comportementale et cognitive. Mais il reste à le démontrer par de nouvelles études.

En conclusion, les pensées intrusives, les interprétations des pensées intrusives et les trois dimensions d'interprétations irrationnelles: responsabilité, culpabilité et infériorité, existent bien chez les sujets obsessionnels-compulsifs, les sujets phobiques sociaux et les sujets non-cliniques. Mais elles sont toutes significativement plus élevées chez les patients présentant les troubles obsessionnels-compulsifs que chez les patients phobiques sociaux et chez les sujets non-cliniques. Elles sont toutes particulièrement liées à la pathologie obsessionnelle compulsive. Plus les pensées intrusives sont fréquentes, plus les interprétations irrationnelles sont élevées, et vice versa. On note aussi que certains types de pensées intrusives ont un lien particulier avec certaines dimensions d'interprétations sur les pensées intrusives. Nous supposons que l'interprétation de responsabilité jouerait son rôle particulier dans l'existence des pensées intrusives à thème d'agressivité et que l'interprétation d'infériorité jouerait son rôle spécifique dans l'existence des pensées intrusives à thème de perfectionnisme et à thème de la perte. Les pensées intrusives à thème de sexualité seraient particulièrement liées aux interprétations de culpabilité et d'infériorité.

Le sentiment d'infériorité est plus élevé chez les patients obsessionnels et phobiques sociaux que chez les sujets non-cliniques. Il serait un trait commun à la phobie sociale et aux troubles obsessionnels compulsifs, et jouerait un rôle important dans les troubles de personnalité. Les patients obsessionnels et les patients phobiques sociaux ne sont pas différents sur le sentiment d'infériorité au sens général, mais ils sont différents sur un sentiment d'infériorité plus spécifique vis-à-vis de leurs pensées intrusives.

Le Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations -version révisée possède une bonne validité empirique et concourante. Il mesure essentiellement les pensées intrusives et leurs interprétations comme des troubles cognitifs dans les

obsessions compulsions. L'Echelle d'Infériorité présente aussi sa validité empirique. Elle distingue bien les patients anxieux avec des troubles de personnalité associés des patients anxieux sans troubles de personnalité et des sujets normaux. Elle évaluerait probablement une dimension des troubles de personnalité.

Les outils peuvent présenter un intérêt certain dans la pratique des thérapies comportementales et cognitives; leur utilisation suggère aussi qu'ils peuvent contribuer à des études ultérieures portant sur l'infériorité ou sur les schémas cognitifs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adler, A. (1935) The fundamental views of individual psychology. International journal of Individual Psychology, 1, 5-8
2. Adler, A. (1956) La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes, (la traduction française de: *Studie über die Minderwertigkeit des Organes*, 1907) Paris, Payot, 1956
3. Adler, A. (1969) Les Névroses, (la traduction française de : *Problems of Neurosis*, 1929), Aubier, 1969
4. American Psychiatric Association. Diagnostic And Statistical Manual, 4rd edition, (DSM IV), A.P.A, Washington, DC, 1994. Traduction française: Equipe de traduction. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris, 1996.
5. Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Richard, P. S. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy, 36, 1143-1154.
6. Baer, L., Jenike, M.A., Ricciardi, J.N., Holland, A.D., Seymour, R.J., Minichiello, W.E., & Buttolph, M.L. (1990) Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. Arch. Gen. Psychiatry, 1990: 47, 826-830
7. Baer L & Jenike M.A., Black D.W., Treece C., Rosenfeld R. & Greist J. (1992) Effect of axis II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry, 1992, 49, 862-866.
8. Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. British journal of Psychiatry, 1998, 173, 2-6
9. Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. International Univ. Press, New York. (1976)
10. Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.
11. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1987). Manuel for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
12. Beck, A. T. & Steer, R. A. (1990). Manuel for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
13. Beck A.T. et Freeman A. (1990) Cognitive therapy of personality disorders, Guilford Press, New York, 1990.
14. Beech, H.R. (1974) Obsessional states, Methuen, London, 1974.
15. Black D.W., Noyes R., Pfohl B., Goldstein R.B. & Blum N. (1993). Personality disorder in obsessive compulsive volunteers, well comparison subjects and their first-degree relatives. American Journal of Psychiatry, 1993, 150, 8, 1226-1232.
16. Bouvard, M., Mollard, E., Cottraux, J., Guerin, J. (1989) Etude préliminaire d'une liste de pensées obsédantes. Validation et analyse factorielle. l'Encéphale, 1989, XV, 351-354.
17. Bouvard M., Sauteraud A., Note I., Bourgeois M., Dirson S. et Cottraux J. (1992) Etude de validation et analyse factorielle de la version française de l'échelle d'obsession compulsive de Yale-Brown. J. Thérapie comportementale et cognitive, 2,

- 4, 18-22.
18. Bouvard M. & Cottraux J. (1996) Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie, Masson, Paris.
 19. Bouvard M. et Cottraux J. (1997) Etude comparative chez le sujet normal et le sujet obsessionnel-compulsif des pensées intrusives et de la mémoire. *L'Encéphale*, 1997, 23, 175-179.
 20. Bouvard, M., Cottraux, J., Mollard, E., Arthus, M., Lachance, S., Guérin, J., Sauteraud, A. et Yao, S.-N., (1997), Validity and factorial Structure of the Obsessive-Thoughts Checklist. *Behavioural and Cognitive Therapy*, 1997, 25, 51-66
 21. Cacioppo, J. T., Glass, C. R., & Merluzzi, T. V. (1979). Selfstatements and selfevaluations: A cognitive response analysis of heterosocial anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 249-262.
 22. Carr, A.T. (1974) Compulsive neurosis: a review of the literature. *Psychological bulletin*, 81, 311-318.
 23. Clance, P. Rose (1986). *Le complexe d'imposture*. Traduit de l'américain par M. Laroche, Edition Flammarion, 1986.
 24. Clark, D. A. (1986) Cognitive-affective interaction: A test of the 'specificity' and 'generality' hypotheses. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 607-623.
 25. Clark, D.A. & Helmsley, D.R. (1985). Individual differences in the experience of depressive and anxious, intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 625-633.
 26. Clark D.M. & Wells A. (1995). A cognitive model of social phobia, in *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and treatment*. Edited by Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. & Schneier, F. R., New York: Guildford (1995).
 27. Clark, D. A. & Nicki, R.M. (1989). Frequency as a moderating variable in self-report measures of negative cognition. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 475-478.
 28. Cottraux, J. (1989) *Obsessions et compulsions - nouvelles approches théoriques et thérapeutiques*, PUF, 1989, Paris.
 29. Cottraux, J. (1995) *Les thérapies comportementales et cognitives*, 2e édition, Masson, 1995, Paris.
 30. Cottraux, J. (1998) *Les ennemis intérieurs - obsessions et compulsions*, Editions Odile Jacob, 1998, Paris.
 31. Cottraux J., Bouvard M. & Messy P. (1987), Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies: la version française du questionnaire des peurs de Marks et Mathews. *L'Encéphale*, 1987, 13, 23-29.
 32. Cottraux J. , Note I. , Albuissou E. , Yao S.N. , Etkmedjian N. , Jalencques I. Cognitive-Behavior Therapy versus Supportive Therapy in social phobia : a controlled study. American Psychiatric Association, San Diego, May 22, 1997.
 33. Deffenbacher, J. L., Zwemer, W. A., Hill, R. A., & Sloan, R. D. (1986). Irrational beliefs and anxiety. *Cognitive Therapy and research*, 10, 281-291.
 34. Edwards, S. & Dickerson, M. (1987). On the similarity of positive and negative intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 207-211.

- 35.Ehnholt, K.A., Salkovskis, P.M.& Rimes, K.A. (1999). Obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders, and self-esteem: an exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 771-781.
- 36.Ekselius, L. & von Knorring, L. (1998). Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. *Acta Psychiatrica Scand* 1998: 97: 398-402.
- 37.Emmanuel NP., Mintzer O., Jognson MR., et al: (1993). Personality disorders in social phobia. Paper presented at the 13th national conference of the Anxiety Disorders Association of America, Charleston, SC, March 18-21, 1993.
- 38.England, S. L. & Dickerson, M. (1988). Intrusive thoughts; Inpleasantness not the major cause of uncontrollability. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 279-282.
- 39.Freeston, M. H, Ladouceur, R., Thibodeau, H. & Gagnon, F. (1991) Cognitive intrusions in non-clinical population. I-Response style subjective experience and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 6, 585-597.
- 40.Freeston, M. H, Ladouceur, R., Thibodeau, H. & Gagnon, F. (1992) Cognitive intrusions in a non-clinical population II. Association with depressive, anxious and compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 3, 263-271.
- 41.Freeston, M. & Ladouceur, R. (1993) Appraisal of cognitive intrusions and response style: replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 2, 185-191.
- 42.Freeston, M., Rhéaume, J. et Ladouceur, R.(1996) Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy* , 34, 433-446, 1996.
- 43.Frost, R.O. & Steketee,G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 4, 291-296.
- 44.Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., S Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a selfstatement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 375-385.
- 45.Goodman, W., Price, H., Rasmussen, S. et coll.. (1989a) The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). Part I. Development use and reliability, *Arch. Gen. Psychiatry* 1989, vol. 46, 1006-1011.
- 46.Goodman, W., Price, H., Rasmussen, S. et coll.. (1989b) The Yale-Brown obsessive compulsive scale 5Y-BOCS). Part. II. Validity, *Arch. Gen. Psychiatry*, 1989, vol. 46, 1012-1016.
- 47.Hantouche, E-G. (1993). Expérience récente des troubles obsessionnels-compulsifs. Exposé présenté au Salon SNC, 8 oct. 1993, Paris.
- 48.Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 269-280.
- 49.Herbert JD., Hope DA.,et Bellack AS. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1992, 101: 332-339.
- 50.Joffe, R., Swinson, R., & Regan, J. (1988). Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*, 145: 1127-1129
- 51.Johnson, M. R., Turner, S. M., Beidel, D. C. & Lydiard, R. B. (1995). Personality Function. in *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives*. pp 77-117. Edited by

-
- Stein, M. B., American Psychiatric Press, Inc. 1995.
52. Jones, R. G. (1969). A factored measure of Ellis' irrational belief system, with personality and maladjustment correlates (Doctoral dissertation, Texas Technological College, 1968). Dissertation Abstracts International, 29, 4739B-4380B. (University Microfilms No. 69-6443)
53. Jones, M. K. & Menzies, R. G. (1997). The cognitive mediation of obsessive-compulsive handwashing. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 843-850.
54. Kelly, G. (1955) A theory of personality. The psychology of personal constructs, Norton, New York, 1965.
55. Kugler, K., & Jones, W. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 318-327.
56. Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston M., Aublet, F., Jean K., Lachance, S., Langlois, F. et De Pokomandy-Morin. (1995) Experimental manipulation of responsibility in a non-clinical population: an analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946, 1995.
57. Ladouceur, R., Rhéaume, J. & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 423-427. 1997.
58. Lampérière, T. (1993) Nevrose obsessionnelle. Exposé présenté au Salon SNC, 8 oct. 1993, Paris.
59. Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang, H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997). Symptoms of Obsessive-compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*, 1997, 154: 911-917
60. Lopatka, C. & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 673-684
61. Lucock, M. P. & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 297-302.
62. Marks, I. M. (1986) Genetics of fear and anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 149, 406-418.
63. Marks, I. M. (1987) Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders. Oxford University Press, New York, 1987.
64. Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy* 17, 263-267.
65. Matsunaga H., Kirike N., Miyata A., Iwasaki Y., Matsui T., Nagata T., Takei Y., & Yamagami S. (1998). Personality disorders in patients with obsessive-compulsive disorder in Japan. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98:128-134.
66. Mavissakalian, M., Hamann, M., Abou Haidar, S., & de Groot, C. (1993). DSM - III personality disorders in generalized anxiety, panic/agoraphobia, and obsessive-compulsive disorders. *Compr. Psychiatry*, 1993, 34: 243-248.
67. McFall, M. E. et Wollersheim, J. P. (1979), Obsessive-compulsive neurosis: a cognitive behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and*
-

- Research, 3, 333-348.
- 68.Mihaescu G., Sechaud M., Cottraux J., Velardi A., Heinze X., Finot S.C., & Baettig D. (1997). Le questionnaire des schémas cognitifs de Young: traduction et validation préliminaire, *L'Encéphale*, 1997, 23: 200-208
- 69.Mowrer, O. (1960) Learning theory and behaviour. New York, Wiley, 1960.
- 70.Niler, E.B & Beck, S.J. (1989) The relationship among guilt dysphoria, anxiety and obsessions in a normal population. *Behaviour Research and Therapy*. 27, 3, 213-220.
- 71.van Oppen P., de Haan E, van Balkom A.J.L.M., Spinhoven Ph., Hoogduin K and van Dyck R., (1994) Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder, *Behaviour Research and therapy*, in presse, 1994.
- 72.Parkinson, L. & Rachman, S. J. (1981). Part II. The nature of intrusive thoughts. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 101-110.
- 73.Purdon, C. et Clark, D.A., (1993) Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behav. Res. Ther.* Vol. 31. No. 8 pp 713-720.
- 74.Purdon, C. et Clark, D.A., (1994) Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behav. Res. Ther.* Vol. 32. No. 4 pp 403-410.
- 75.Rachman, S. (1981) Special issue on unwanted intrusive cognitions. *Adv. Behav. Ther.* 3, 87-123.
- 76.Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154
- 77.Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsession. *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35, 9, 793-802.
- 78.Rachman, S. & De Silva P. (1978) Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- 79.Rachman, S., Thordarson, D.S., Shafran, R. & Woody, S.R. (1995). Perceived responsibility: structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 889-898.
- 80.Rachman, S., Shafran, R., Trant, J., & Teachman, B. (1996). How to remain neutral: an experimental analysis of neutralization. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 779-784
- 81.Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728-731.
- 82.Rasmussen, S.A. & Tsuang M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143: 317-322.
- 83.Reynolds, M. & Salkovskis, P. (1991) The relation among guilt anxiety and obsessions in a normal population. An attempted replication. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 3, 259-265.
- 84.Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M.H. & Letarte, H. (1994) Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder: -- II. Psychometric studies of a semi-idiographic measure. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*.

- 16, 265-276.
85. Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M.H. & Letarte, H. (1995a) Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder:--I. Validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
 86. Rheaume, R., Freeston, M.H., Dugas, M.J., Letarte, H. & J., Ladouceur, (1995b). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
 87. Ricciardi J. N., & McNally R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsion, in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 1995, 9: 249-256.
 88. Salkovskis, P.M. (1985) Obsessional-compulsive problem: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 23, 571- 583.
 89. Salkovskis, P.M. (1989), Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
 90. Salkovskis, P. M. & Harrison, J. (1984) Abnormal and normal obsessions-A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 5, 549-552.
 91. Salkovskis, P.M. & Campbell, P. (1994). Thought repression induces intrusions in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1-8.
 92. Salkovskis, P.M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill, A. (1997). Effects of neutralising on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology on obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-219.
 93. Sauteraud, A., Cottraux, J., Michel, F., Henaff, M.A. & Bouvard, M. (1995). Processing of obsessive, responsibility, neutral words and pseudo-words in obsessive-compulsive disorder: a study with lexical decision test. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 129-143.
 94. Schneier FR., Spitzer RL., Gibbon M., Fyer, A. J., & Liebowitz, M. R. (1991): The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Compr Psychiatry* 1991, 32: 496-502.
 95. Shafran, R. (1995) The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. In Symposium of « Towards a better understanding of obsessive-compulsive problems » at the World Congress of Behavioural and cognitive therapies, Copenhagen, Denmark, July 1995.
 96. Shafran, R., Watkins, E. & Charman, T. (1996a). Guilt in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 509-516, 1996
 97. Shafran, R., Thordarson, M. A. & Rachman, S. (1996b). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391, 1996
 98. Shorkey, C. T., Reyes, E. & Whiteman, V. L. (1977). Development of the Rational Behavior Inventory: Initial validity and reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 37, 527—534.
 99. Steketee, G. S. (1993). Treatment of obsessive compulsive disorder. The Guilford Press, New York.

100. Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255-267.
101. Summerfeldt, L., Richter, M.A., Antony, M.M., & Swinson, R. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 297-311.
102. Tangney, J.P. (1996) Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 741-754. 1996
103. Turner, S. M., Beidel, D. C. & Larkin, K. T. (1986). Situational determinants of social anxiety in clinic and nonclinic samples: physiological and cognitive correlates. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 523-527.
104. Weiner, M.F. et Mohl, P.C. (1996). *Comprehensive textbook of psychiatry/VI - Sixth edition*. Williams & Wilkins.
105. Wells, A. & Davies, M.I., (1994). The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
106. Wells, A. & Morrison, A.P. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867-870.
107. Wilson, K. A. & Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (1999), 325-335.
108. Yao S-N, (1995) Étude comparative de l'interprétation sur les pensées intrusives chez des sujets obsessionnels-compulsifs et chez des sujets normaux, Mémoire du DEA de psychologie, soutenu le 20/09/95, à l'Université 2 de Lyon, France.
109. Yao, S-N, Cottraux J., Martin R., et Bouvard M. (1996) Étude de validation d'un questionnaire des pensées intrusives et de leurs interprétations (QPII) dans les troubles obsessionnels-compulsifs: importance de l'infériorité, *Journal Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 1996. Vol.1, pp 14-24.
110. Yao, S-N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J. & Hanauer, M.-T. (1997a). Inferiority in social phobics and controls. A study with the Inferiority Questionnaire. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol.3, n. 2, 210.
111. Yao, S-N, Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Bouvard, M., Hanauer, M.-T. et Ladouceur, R. (1997b) Inferiority, Guilt And Responsibility In OCD, Social Phobics And Controls. A Study With The Intrusive Thoughts And Their Interpretations Questionnaire Revised (ITIQR). Paper presented at the Symposium of « Worry, obsession and intrusion » in 27th Congress of European Association for Behavioural & Cognitive Therapies, 24-27 september, 1997, Venice, Italy.
112. Yao, S-N, Cottraux, J., Mollard, E., Albuisson, E., Note, I., Jalencques, I., Fanget, F., Robbe-Grillet P., Dechassey, M., Ektmedjian, N., Bouvard, M. & Coudert, A. J. (1998a) . The French version of the Social Interaction Self-Statement Test (SISST): a Validation and Sensitivity Study in Social Phobics. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 247 - 259, 1998
113. Yao, S-N, Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Bouvard, M., Guerin, J. & Hanauer, M.-T. (1998b) Inferiority In Social Phobics, Obsessive-Compulsives And Non-clinical

-
- Controls - A Controlled Study With The Inferiority Scale. in Behaviour and cognitive therapy today: Essays in honour to Hans J. Eysenck. Edited by E. Sanavio (ed), Pp. 305-318, Oxford: Elsevier Press. 1998
114. Yao, S-N, Note, I., Fanget, F., Albuisson, E., Bouvard, M., Jalencques, I., & Cottraux, J. (1998c). L'Anxiété Sociale chez les Phobiques Sociaux: Validation de l'Echelle d'Anxiété Sociale de LIEBOWITZ (EPSL): Version Française, article accepté par l'Encephale.
115. Yao, S-N, Cottraux, J. et Martin, R., (1999) Une Etude Contrôlée sur les Interprétations Irrationnelles des Pensées Intrusives dans les Troubles Obsessionnels Compulsifs, article accepté par l'Encephale.
116. Yao, S-N, (1999), Les pensées intrusives et leurs interprétations chez les sujets non-cliniques (n=261), manuscrit non publié.
117. Yao S-N et Cottraux J. (1999). Le sentiment d'infériorité chez les sujets non-cliniques. Papier présenté dans le Symposium « TCC des troubles de la personnalité », in 5e Journée Scientifiques de l'AFFORTHECC, 27, 28 et 29 mai 1999 à Lyon, France.
118. Young J. (1990) Cognitive therapy for personality disorders: a schema focused approach. Professional Resource Exchange, Sarasota, 1990

Annexes

Annexes 1: Echelle d'Obsession Compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS)

- LISTE DE SYMPTOMES CIBLES

OBSESSIONS

i.

ii.

iii.

COMPULSIONS

i.

ii.

iii.

EVITEMENT

i.

ii.

iii.

- VEUILLEZ ENTOURER LE SCORE ADEQUAT

	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important
	0h/j	0-1h/j	1-3h/j	3-8h/j	>8h/j
1. Temps passé aux obsessions	0	1	2	3	4
2. Gêne liée aux obsessions	0	1	2	3	4
3. Angoisse associée aux obses.	0	1	2	3	4
	Résiste totalement				Cède complètement
4. Résistance	0	1	2	3	4
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle
5. Contrôle sur les obses.	0	1	2	3	4
SOUS-TOTAL OBSESSIONS : I__I__I (additionner les items 1 à 5)					
	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important
	0h/j	0-1h/j	1-3h/j	3-8h/j	>8h/j
6. Temps passé aux compuls.	0	1	2	3	4
7. Gêne liée aux compulsions	0	1	2	3	4
8. Angoisse associée aux comp.	0	1	2	3	4
	Résiste totalement				Cède complètement
9. Résistance	0	1	2	3	4
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle
10. Contrôle sur les comp.	0	1	2	3	4
SOUS-TOTAL COMPULSIONS : I__I__I (additionner les items 6 à 10)					
SCORE TOTAL (additionner les items 1 à 10) : I__I__					

Annexes 2: Liste des Pensées Obsédantes (LPO)

Il se peut que des pensées s'imposent à vous et que vous ne puissiez vous en débarrasser.

Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées que nous vous demandons de bien vouloir côter de 0 à 4 selon l'échelle suivante qui mesure le degré de perturbation que vous avez ressenti au cours de la semaine dernière.

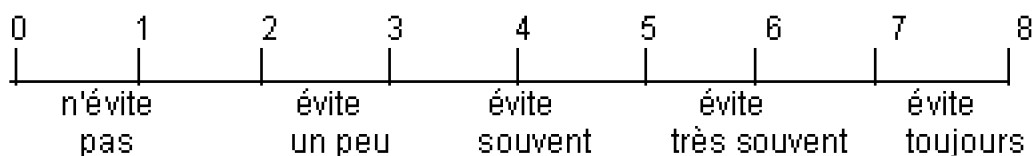
- | | |
|---|----|
| Je ne suis pas du tout troublé(e) par cette pensée. | 1. |
| Je suis peu souvent troublé(e) par cette pensée. | 2. |
| Je suis souvent troublé(e) par cette pensée. | 3. |
| Je suis très souvent troublé(e) par cette pensée. | 4. |
| Je suis en permanence troublé(e) par cette pensée. | 5. |

	1 - Je pense que je risque d'être contaminé(e).
	2 - Je fais très attention à ce que les objets et les meubles aient toujours la même position.
	3 - J'ai peur d'avoir oublié quelque chose aussi je récapitule sans cesse ce que je fais.
	4 - Je pense que je suis responsable de ce qui va mal dans le monde.
	5 - J'ai besoin d'être pardonné(e).
	6 - Je suis préoccupé(e) par la pensée que je pourrai avoir des gestes déplacés en public.
	7 - Je me sens responsable de ce qui peut arriver aux autres (accident, maladie).
	8 - Je suis préoccupé(e) par le fait que les choses soient en ordre.
	9 - Je pense à des mots qui passent et repassent sans cesse dans mon esprit.
	10 - Il faut que je dise des mots ou des chiffres pour éviter qu'il n'arrive des catastrophes à d'autres personnes.
	11 - Je dois toujours atteindre la perfection.
	12 - Je me sens obligé(e) de relaver le linge dès qu'il touche mes vêtements ou qu'il m'échappe des mains.
	13 - Je pense avoir oublié de fermer le gaz, l'eau, l'électricité et les portes et je vérifie.
	14 - J'ai l'impression que lorsqu'un objet a été touché, utilisé par quelqu'un d'autre, cet objet est souillé.
N° Patient : _ _ _ _ /. TSVP	
(suite)	
	15 - Je ne peux voir un couteau ou autre objet dangereux sans être préoccupé(e) par la pensée de blesser les autres.
	16 - J'ai l'impression d'avoir causé du tort aux autres.
	17 - Je pense que je peux provoquer ma mort ou celle des autres par mes pensées.
	18 - Je me sens obligé(e) de laver tout ce qui vient de l'extérieur.
	19 - Je suis préoccupé(e) par la pensée que je pourrai faire du mal à quelqu'un voire le tuer sans le vouloir.
	20 - Je me sens obligé(e) de me relaver lorsque j'ai une pensée decontamination ou de

	1 - Je pense que je risque d'être contaminé(e).
	saleté.
	21 - Je me sens obligé(e) de relire ou de ré-écrire pour être sûr(e) de ce que j'ai fait.
	22 - Je doute de ce que je fais au point de vérifier les choses plus d'une fois.
	23 - J'ai l'impression qu'un léger contact avec les sécrétions corporelles (sueur, salive, urine, sperme) est dangereux et peut contaminer mes vêtements et tout ce qui m'appartient.
	24 - Je me sens mal à l'aise si je n'ai pas été capable de faire quelque chose exactement comme je l'aurais souhaité.
	25 - Je me sens obligé(e) d'enlever la moindre poussière sur les meubles ou par terre dès que je la vois et quelque soit le moment.
	26 - J'imagine que je pourrais nuire à moi-même ou aux autres, cette pensée survenant sans aucune raison.
	27 - Je suis préoccupé(e) outre mesure par les microbes ou les maladies.
	28 - Je me sens obligé(e) de compter mentalement ou d'énumérer certains objets.
Signature du patient: _____	
Score total __ __ __	

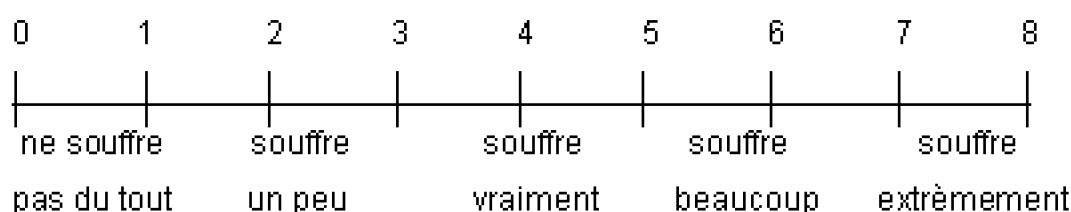
Annexes 3: Questionnaire des Peurs (FQ) AUTO-EVALUATION DES PHOBIES

1°) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensations ou sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.



1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez la à votre façon, puis cotez la de 0 à 8).				
2. Injections et interventions chirurgicales minimales				
3. Manger et boire avec les autres				
4. Aller dans les hôpitaux				
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car				
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule				
7. Etre regardé(e) ou dévisagé(e)				
8. Aller dans des magasins remplis de monde				
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité				
10. Voir du sang				
11. Etre critiqué (e)				
12. Partir seul(e) loin de chez vous				
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade				
14. Parler ou agir en public				
15. Les grands espaces vides				
16. Aller chez le dentiste				
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez la puis cotez la de 0 à 8)				
Ne pas remplir				
	AG	SA-B	SOC	TOTAL

2°) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.



18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé	
19. Sentiment d'être irritable ou en colère	
20. Se sentir tendu ou paniqué	
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez les) :	
TOTAL	

3°) A combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
pas de		légèrement		nettement		très		extrêmement	
phobies		gênant		gênant		gênant		gênant	

Annexes 4: Inventaire de Dépression de Beck (item 21)

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement **tous les énoncés** pour chaque groupe, puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des **sept derniers jours, aujourd'hui compris**. Si plusieurs énoncés semblent convenir également bien, encerclez chacun d'eux. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

1. a Je ne me sens pas triste. b Je me sens triste. c Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir. d Je suis si triste que je ne peux le supporter. 2. a Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir. b Je me sens découragé(e) par l'avenir. c J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie. d J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer. 3. a Je ne me considère pas comme un(e) raté(e). b J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels. c Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs. d J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie. 4. a Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant. b Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant. c Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit. d Tout me rend insatisfait ou m'ennuie. 5. a Je ne me sens pas particulièrement coupable. b Je me sens coupable une bonne partie du temps. c Je me sens coupable la plupart du temps. d Je me sens continuellement coupable.	6. a Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). b J'ai l'impression que je pourrais être puni(e). c Je m'attends à être puni(e). d J'ai l'impression d'être puni(e). 7. a Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même b Je suis déçu(e) par moi-même. c Je suis dégoûté(e) de moi. d Je me hais. 8. a Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque. b Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs. c Je me blâme tout le temps pour mes erreurs. d Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent. 9. a Je ne pense aucunement à me suicider. b J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes. c J'aimerais me suicider d J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion 10. a Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire. b Je pleure plus qu'avant. c Je pleure continuellement maintenant. d Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable. 11. a Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant b Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant. c Je suis continuellement irrité(e). d Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.
1. a Je ne me sens pas triste. b Je me sens triste. c Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir. d Je suis si triste que je ne peux le supporter. 2. a Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir. b Je me sens découragé(e) par l'avenir. c J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie. d J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer. 3. a Je ne me considère pas comme un(e) raté(e). b J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels. c Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs. d J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie. 4. a Je retire autant de	6. a Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). b J'ai l'impression que je pourrais être puni(e). c Je m'attends à être puni(e). d J'ai l'impression d'être puni(e). 7. a Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même b Je suis déçu(e) par moi-même. c Je suis dégoûté(e) de moi. d Je me hais. 8. a Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque. b Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs. c Je me blâme tout le temps pour mes erreurs. d Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent. 9. a Je ne pense aucunement à me suicider. b J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes. c J'aimerais me suicider d J'aimerais me

1. a Je ne me sens pas triste. b Je me sens triste. c Je suis tout le temps triste et je ne peux m'en sortir. d Je suis si triste que je ne peux le supporter. 2. a Je ne suis pas particulièrement découragé(e) par l'avenir. b Je me sens découragé(e) par l'avenir. c J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie. d J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer. 3. a Je ne me considère pas comme un(e) raté(e). b J'ai l'impression d'avoir subi plus d'échecs que le commun des mortels. c Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs. d J'ai l'impression d'avoir complètement échoué dans la vie. 4. a Je retire autant de satisfaction de la vie qu'auparavant. b Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant. c Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit. d Tout me rend insatisfait ou m'ennuie. 5. a Je ne me sens pas particulièrement coupable. b Je me sens coupable une bonne partie du temps. c Je me sens coupable la plupart du temps. d Je me sens continuellement coupable.	6. a Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). b J'ai l'impression que je pourrais être puni(e). c Je m'attends à être puni(e). d J'ai l'impression d'être puni(e). 7. a Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même b Je suis déçu(e) par moi-même. c Je suis dégoûté(e) de moi. d Je me hais. 8. a Je n'ai pas l'impression d'être pire que quiconque. b Je suis critique vis-à-vis de mes faiblesses ou de mes erreurs. c Je me blâme tout le temps pour mes erreurs. d Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent. 9. a Je ne pense aucunement à me suicider. b J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'irais pas jusqu'à passer aux actes. c J'aimerais me suicider d J'aimerais me suicider si j'en avais l'occasion 10. a Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire. b Je pleure plus qu'avant. c Je pleure continuellement maintenant. d Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable. 11. a Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant b Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant. c Je suis continuellement irrité(e). d Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.
satisfaction de la vie qu'auparavant. b Je ne retire plus autant de satisfaction de la vie qu'auparavant. c Je ne retire plus de satisfaction de quoi que ce soit. d Tout me rend insatisfait ou m'ennuie. 5. a Je ne me sens pas particulièrement coupable. b Je me sens coupable une bonne partie du temps. c Je me sens coupable la plupart du temps. d Je me sens continuellement coupable.	suicider si j'en avais l'occasion 10. a Je ne pleure pas plus qu'à l'ordinaire. b Je pleure plus qu'avant. c Je pleure continuellement maintenant. d Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable. 11. a Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant qu'auparavant b Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'auparavant. c Je suis continuellement irrité(e). d Je ne suis plus du tout irrité(e) par les choses qui m'irritaient auparavant.

Inventaire de Beck (suite)

12. a Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. b Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois. c J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens. d J'ai perdu tout intérêt pour les gens. 13. a Je prends des décisions aussi facilement qu'avant. b Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant. c J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant. d Je ne peux plus prendre de décisions. 14. a Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant. b J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e). c J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant(e). d J'ai l'impression d'être laid(e). 15. a Je travaille aussi facilement qu'avant. b Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose. c Je dois faire un très grand effort pour faire quoi que ce soit. d Je ne peux faire aucun travail. 16. a Je dors aussi bien que d'habitude. b Je ne dors pas aussi bien qu'avant. c Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir. d Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.	17. a Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé. b Je me fatigue plus facilement qu'auparavant. c Je me fatigue pour un rien d Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. 18. a Mon appétit est aussi bon que d'habitude. b Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était. c Mon appétit a beaucoup diminué. d Je n'ai plus d'appétit du tout. 19. a Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement. b J'ai perdu plus de 2 kilos. c J'ai perdu plus de 4 kilos. d J'ai perdu plus de 7 kilos. Je suis présentement un régime. Oui__ Non__ 20. a Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude. b Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation. c Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose. d Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose. 21. a Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe. b J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant. c J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels. d J'ai perdu tout désir sexuel.
12. a Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. b Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois. c J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens. d J'ai perdu tout intérêt pour les gens. 13. a Je prends des décisions aussi facilement qu'avant. b Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant. c J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant. d Je ne peux plus prendre de décisions. 14. a Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant. b J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e). c J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence	17. a Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé. b Je me fatigue plus facilement qu'auparavant. c Je me fatigue pour un rien d Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. 18. a Mon appétit est aussi bon que d'habitude. b Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était. c Mon appétit a beaucoup diminué. d Je n'ai plus d'appétit du tout. 19. a Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement. b J'ai perdu plus de 2 kilos. c J'ai perdu plus de 4 kilos. d J'ai perdu plus de 7 kilos. Je suis présentement un régime. Oui__ Non__ 20. a Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude. b Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé

12. a Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. b Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'autrefois. c J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens. d J'ai perdu tout intérêt pour les gens. 13. a Je prends des décisions aussi facilement qu'avant. b Je remets des décisions beaucoup plus qu'auparavant. c J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant. d Je ne peux plus prendre de décisions. 14. a Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant. b J'ai peur de paraître vieux (vieille) ou peu attrayant (e). c J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attrayant(e). d J'ai l'impression d'être laid(e). 15. a Je travaille aussi facilement qu'avant. b Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose. c Je dois faire un très grand effort pour faire quoi que ce soit. d Je ne peux faire aucun travail. 16. a Je dors aussi bien que d'habitude. b Je ne dors pas aussi bien qu'avant. c Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir. d Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.	17. a Je ne suis pas plus fatigué(e) qu'à l'accoutumé. b Je me fatigue plus facilement qu'auparavant. c Je me fatigue pour un rien d Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. 18. a Mon appétit est aussi bon que d'habitude. b Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était. c Mon appétit a beaucoup diminué. d Je n'ai plus d'appétit du tout. 19. a Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement. b J'ai perdu plus de 2 kilos. c J'ai perdu plus de 4 kilos. d J'ai perdu plus de 7 kilos. Je suis présentement un régime. Oui__ Non__ 20. a Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude. b Je suis préoccupé(e) par des problèmes de santé comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation. c Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose. d Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose. 21. a Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe. b J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant. c J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels. d J'ai perdu tout désir sexuel.
qui me rendent peu attrayant(e). d J'ai l'impression d'être laid(e). 15. a Je travaille aussi facilement qu'avant. b Il faut que je fasse des efforts supplémentaires pour commencer quelque chose. c Je dois faire un très grand effort pour faire quoi que ce soit. d Je ne peux faire aucun travail. 16. a Je dors aussi bien que d'habitude. b Je ne dors pas aussi bien qu'avant. c Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir. d Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux me rendormir.	comme les douleurs, les maux d'estomac ou la constipation. c Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose. d Je suis tellement préoccupé(e) par mon état de santé qu'il m'est impossible de penser à autre chose. 21. a Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe. b J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant. c J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels. d J'ai perdu tout désir sexuel.

SCORE TOTAL : |_|_|_|

Annexes 5: Inventaire d'Anxiété de Beck

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

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très dé-plaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement				
2.	bouffées de chaleur				
3.	"jambes molles", tremblements dans les jambes				
4.	incapacité de se détendre				
5.	crainte que le pire ne survienne				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	battements cardiaques marqués				
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9.	terrifié(e)				
10.	Nervosité				
11.	sensation d'étouffement				
12.	tremblement de mains				
13.	tremblements, chancelant(e)				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	respiration difficile				

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très dé-plaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
16.	peur de mourir				
17.	sensation de peur, "avoir la frousse"				
18.	indigestion ou malaise abdominal				
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20.	rougissement du visage				
21.	transpiration (non associée à la chaleur)				

Annexes 6: Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations (QPII, Yao, 1995)

Instructions: " Les pensées intrusives sont des pensées, des images ou des impulsions répétitives, désagréables et involontaires qui peuvent apparaître brutalement dans votre conscience. Vous les considérez comme irrationnelles et irréalistes, elles ne correspondent pas à votre personnalité et peuvent être difficiles à contrôler. Vous trouverez ci-dessous un questionnaire sur les pensées intrusives et leurs interprétations. "

I.Expérience:

Est-ce que vous avez eu depuis un mois l'expérience des idées, des pensées ou des images intrusives concernant:

	0 jamais	1 rarement	2 parfois	3 souvent	4 tout le temps
1). des problèmes physiques					
2) la peur de la saleté (contaminer les autres ou être contaminé)					
3) le besoin de savoir ou de se souvenir					
4) l'impulsion de dire des obscénités ou des insultes					
5) l'impulsion de se faire du mal					
6) l'impulsion de faire du mal aux autres					
7) la peur de perdre un objet important					
8) la peur de perdre quelqu'un de cher					
9) la peur de se tromper ou de faire des erreurs					
10) la peur de la sexualité					
11) la peur de ne pas faire les choses correctement					
12) autres:					
TOTAL:					

SCORE TOTAL : I _ I _ I;

SOUS-SCORE: - PINF: I__I__I - PIF: I__I__I

TSVP

II. Quand ces pensées intrusives viennent dans votre esprit, comment les interprétez-vous ?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'interprétations possibles. Veuillez coter votre degré d'accord de 0 à 8 selon l'échelle suivante avec chacune de ces interprétations:

.
0 = totalement en désaccord ;

.
2 = 25% d'accord;

.
4 = 50% d'accord ;

.
6 = 75% d'accord;

.
8 = totalement d'accord ;

Veillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes que vous avez repérées dans les colonnes «souvent» ou «tout le temps» de la page précédente. Sinon, veuillez vous référer aux pensées intrusives moins fréquentes classées dans les colonnes « rarement » ou « parfois ».

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	R	C	I
1) C'est grave d'y penser.												
2) C'est interdit d'y penser.												
3) C'est anormal d'y penser.												
4) C'est immoral d'y penser.												
5) C'est mauvais d'y penser.												
6) C'est une honte d'y penser.												
7) C'est un signe d'infériorité.												
8) C'est une perte de contrôle de soi.												
9) Je												

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	R	C	I
dois m'interdire d'y penser.												
10) C'est sale, c'est une souillure.												
11) Je me sens coupable d'avoir ces pensées.												
12) Je me sens inférieur(e) aux autres avec ces pensées.												
13) Je me sens responsable d'avoir ces pensées.												
14) Je risque d'être mal vu(e) ou d'être critiqué(e) par les autres												

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	R	C	I
si j'y pense.												
15) Je risque d'être rejeté(e) par tout le monde si j'y pense.												
Score Total												

SCORE TOTAL: I _ I _ I _ I

Annexes 7: Cahier d'évaluation (pour les TOC)

Trouble cognitif dans les obsessions-compulsions
- Etude comparative de l'interprétation des pensées intrusives
dans les trois dimensions: responsabilité, culpabilité et
infériorité chez des sujets obsessionnels-compulsifs,
phobiques sociaux et normaux

CAHIER
D'évaluation
(pour les TOC)

N° de PATIENT:

NOM:

PRENOM:

Date d'évaluation: ____/____/0__

INVESTIGATEUR: Dr.Sai-Nan YAO

IDENTIFICATION

Date d'évaluation: ____/____/19____

NOM: _____ PRENOM: _____

Sexe: **M**__ **F**__ Age: ____ ans (Date de naissance: ____/____/____)

Poids: ____ kg Taille: ____ cm

Niveau d'études: ____ 1. Doct.; 2. Doct.; 3. Doct.; 4. Doct.

Statut marital: ____

1. Célibataire; 2. Marié(e) concubin(e); 3. Divorcé(e) séparé(e); 4. Veuf(ve).

Profession: ____*

* Code INSEE

1. Agriculteurs, exploitants	6. Ouvriers
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	7. Retraités
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	8. Autres personnes sans activité professionnelle (préciser SVP)
4. Professions intermédiaires	
5. Employés	9. Autres

Diagnostic:

- Trouble obsessionnel compulsif (DSM-IV): ____ 1. Oui, ____ 2. non

Personnalité obsessionnelle compulsive (DSM-IV): ____ 1. Oui, ____ 2. non

- Score de Y-BOCS: ____

Autres troubles psychiatriques: ____ 1. Oui, ____ 2. non

si oui, veuillez préciser ci-dessous:

N° Patient : _____

Critères du DSM-4 pour TOC :

Voir le tableau ci-joint en annexe

A. ÉARTEMENT DES PENSÉES OU DES COMPULSIONS :	OUI	NON
<u>Les pensées ont été définies par (1) (2) (3) (4) :</u>		
1) Pensées intrusives ou images répétitives et persistantes, souvent excessives à un certain moment durant la perturbation, comme intrusives et inappropriées et qui ont souvent entraîné ou une détresse marquée	☐	☐
2) Les pensées, les impulsions ou les images sont passées dans l'esprit sans volonté, souvent à propos de problèmes de la vie réelle.	☐	☐
3) « Personne n'aide à guérir ou de refondre de telles pensées ou impulsions ou les pensées sont neutralisées avec une autre pensée ou une autre action.	☐	☐
4) La personne reconnaît que les pensées obsessionnelles, les impulsions ou les images sont le produit de son propre esprit (ce qui ne sont pas imposer de l'extérieur, comme dans le pensée « forcé »)	☐	☐
Les compulsions sont définies par (1) et (2) :		
1) Des comportements répétés (lavages de main, mise en ordre, vérification) ou des actes mentaux qui sont souvent obligés d'être effectués, en réponse à une obsession, ou selon des règles qui doivent être appliquées rigoureusement.	☐	☐
2) « Comportement ou acte mental que la personne croit nécessaire de faire pour prévenir un événement ou une situation redoutée. Cependant, l'acte ou le comportement ou les actes mentaux ne sont pas liés à une façon réelle avec laquelle on peut se débarrasser de l'anxiété ou d'une anxiété, ou bien de l'émotion ou de l'émotion »	☐	☐
B. A certains points de l'évolution de la maladie le patient reconnaît que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables. (Cependant, cela ne doit pas être appliqué aux enfants)	☐	☐
C. Les obsessions ou les compulsions causent une détresse marquée : elles sont sévères, assez de temps (souvent plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon importante avec la vie de tous les jours, le travail, les activités sociales habituelles, ou les relations avec les autres.	☐	☐
D. Si un autre trouble de l'axe I est présent le contenu des obsessions ou des compulsions n'est pas lié à la cause (par exemple, préoccupation avec la nourriture en présence d'un trouble des conduites alimentaires, préoccupation de contamination des aliments si la personne souffre d'une phobie, préoccupation avec l'apparence en présence d'un trouble dysmorphophobique, préoccupation avec la longueur en présence d'un trouble de la croissance, préoccupation d'arrêter une maladie sévère en présence d'hypertension, ou l'incertitude de culpabilité en présence de l'insécurité majeure)	☐	☐
E. Pas de diagnostic d'abus de substances ou d'un trouble anxieux secondaire	☐	☐
Spécifier : <u>si les pensées ou compulsions sont</u> le plus part du temps durant l'épisode actuel, la personne ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou déraisonnables	☐	☐

Signature du psychologue :

Date :

Signature du psychiatre :

Date :

N° Patient : [][][][]

Critères du DSM-5 pour la personnalité O-C

PO187 Personnalité obsessionnelle-compulsive (tride général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans divers contextes, comme en l'évoquant en routine, plutôt que les manifestations suivantes)

	OUI	NON
1) préoccupations pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue;	☐	☐
2) perfectionnisme qui entrave l'achèvement des tâches (p.ex., incapacité d'achever un projet parce que des exigences personnelles trop strictes ne sont pas remplies);	☐	☐
3) dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés (sans que cela soit expliqué par des impératifs économiques évidents);	☐	☐
4) être trop consciencieux scrupuleux dans des cas où il n'y a ni question de morale, d'éthique ou de valeurs (sans que cela soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle);	☐	☐
5) incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale;	☐	☐
6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui, à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses;	☐	☐
7) se montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres; l'argent est perçu comme quelque chose qu'il faut le économiser en vue de besoins ou projets futurs;	☐	☐
8) se montre rigide et têtu;	☐	☐
Personnalité obsessionnelle-compulsive (Présence d'au moins 4 symptômes sur les 8):	☐	☐

Signature du 1er psychiatre:
Date:

Signature du 2ème psychiatre:
Date:

N° Patient : _____

Critères du DSM-4 pour phobie sociale

500.29 Phobie sociale (phobie de l'anxiété sociale)

	OUI	NON
A. Une peur ou anxiété persistante d'une ou de plusieurs situations sociales ou publiques, où l'individu est exposé à ces personnes inconnues ou à l'éventuelle observation attendue d'autrui. Le sujet craint d'agir de manière humiliante ou embarrassante (généralement des symptômes anxiés).	☐	☐
B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque invariablement de l'anxiété, qui peut se manifester sous la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou conditionnée par la situation.	☐	☐
C. Le sujet reconnaît la nature excessive ou déraisonnable de ses craintes.	☐	☐
D. La (les) situation(s) socia(l)es redoutée(s) ou situation publique sont évitées ou vécues avec une anxiété intense ou une certaine détresse.	☐	☐
E. La conduite évitant l'anxiogène anxiéogène et la détresse liées aux situations socialement redoutées ou aux actes publics ou privés du sujet, se traduit par une détresse ou une détérioration de l'individu avec des fonctions sociales, professionnelles ou avec des activités sociales ou relationnelles ou bien il éprouve un sentiment important de détresse à l'idée d'avoir cette phobie.	☐	☐
F. Pour les sujets n'ayant pas encore 18 ans, la durée de la perturbation est au moins de 6 mois.	☐	☐
G. La peur ou l'évitement n'est pas directement dû aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, un abus de drogue, un médicament ou d'un état physiologique général) et ne correspond pas à un autre trouble mental (par exemple, le trouble anxieux avec ou sans agoraphobie, l'anxiété de séparation, la dysmorphophobie, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble panique, le trouble de la personnalité schizoïde).	☐	☐
H. Lorsqu'un état physique général ou un autre trouble mental est présent, la phobie sociale se manifeste en l'absence d'être indépendante de ces troubles, par exemple, le trouble redouté par le bégaiement (Bégaiement), la tremble (maladie de Parkinson) ou de révéler un comportement d'orientation anormal (une réaction mortelle ou blessure).	☐	☐
Spécifier quel degré d'un type généralisé si les deux s'appliquent à la plupart des situations sociales (peut-être ou maintenir des conversations, participer à des fêtes, un repas, une rencontre, parler à des personnes, à un groupe, à l'école, à l'emploi, à l'assemblée).		
Phobie de type généralisé	☐	☐

Signature du 1er psychiatre: _____
Date: _____Signature du 2^e psychiatre: _____
Date: _____

N° Patient :

Critères du DSM-4 pour la personnalité évitante

301.82 Personnalité évitante: Mode général d'inhibition sociale, de sentiments d'imperfection, et d'hyper-sensibilité à un jugement négatif, apparaissant au début de l'âge adulte et présent dans divers contextes, comme en témoignent quatre (ou plus) des manifestations suivantes :

	OUI	NON
1) Le sujet évite les activités professionnelles qui impliquant des contacts interpersonnels importants par peur de la critique, de la désapprobation ou du rejet par autrui.	☐	☐
2) Réticence à s'impliquer avec autrui à moins d'être certain d'être aimé.	☐	☐
3) Se montre réservé dans les relations intimes par crainte d'avoir honte ou d'être ridicule.	☐	☐
4) Crainte d'être critiqué ou rejeté dans les situations sociales.	☐	☐
6) Est inhibé dans les situations interpersonnelles nouvelles à cause d'un sentiment d'imperfection.	☐	☐
6) Se considère lui-même comme socialement incompétent, sans attrait, ou intérieurement inférieur aux autres.	☐	☐
7) Est particulièrement réticent à prendre des risques personnels ou à s'engager dans de nouvelles activités par crainte d'éprouver de l'embarras.	☐	☐
Personnalité évitante (Présence d'au moins 4 symptômes sur les 7)	☐	☐

Signature du 1^{er} psychiatre: _____
Date: _____

Signature du 2nde psychiatre: _____
Date: _____

N° Patient : | | | |

HETERO-CHECKLIST SUR LA PERSONNALITE

Avez-vous les caractéristiques suivants qui sont appares au **début de l'âge adulte** et qui sont encore présentes dans divers contextes ?

1. Êtes-vous caractérisé(e) par une morale extrêmement stricte envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes ? oui__ non__
2. Êtes-vous caractérisé(e) par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les rapports avec autrui ? oui__ non__
3. Êtes-vous caractérisé(e) par une peine aiguë et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excentriques ? oui__ non__
4. Êtes-vous caractérisé(e) par un mépris et une transgression des droits d'autrui ? oui__ non__
5. Êtes-vous caractérisé(e) par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'usage de soi et des efforts ? oui__ non__
6. Êtes-vous caractérisé(e) par des réponses émotionnelles excessives et une réduction permanente de l'attention d'autrui ? oui__ non__
7. Êtes-vous caractérisé(e) par des fantaisies ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie ? oui__ non__
8. Êtes-vous caractérisé(e) par une inhibition sociale, des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ? oui__ non__
9. Êtes-vous caractérisé(e) par un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement «aimé et «collant » et à une peur de la séparation ? oui__ non__
10. Êtes-vous caractérisé(e) par une préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel ? oui__ non__

N° Patient : | | |

DSM-IV

AXI I: Troubles cliniques:

TOC: oui__ non__
 Phobie sociale: oui__ non__
 Dépression: oui__ non__
 Trouble panique: oui__ non__
 Autres:

AXI II: Trouble de la personnalité

	NON OUI			NON OUI	
PARANOÏQUE	☐	☐	NARCISIQUE	☐	☐
SCHIZOÏDE	☐	☐	ÉVITANTE	☐	☐
SCHIZOTYPIQUE	☐	☐	DÉPENDANTE	☐	☐
ANTISOCIALE	☐	☐	OBSESSIONNELLE-COMPULSIVE	☐	☐
LIMITE	☐	☐	NON SPÉCIFIÉ ou MIXTE	☐	☐
HYPER SENSITIVE	☐	☐	ASÉMI	☐	☐

AXE III: Maladie physique : non ☐ oui ☐

- Décrire brièvement ou lister les maladies physiques éventuelles:

-
-
-

AXE IV: Problèmes psychosociaux et environnementaux

	NON	OUI
1 Problèmes avec le groupe de soutien scolaire	☐	☐
2 Problèmes liés à l'environnement social	☐	☐
3 Problèmes liés à l'enseignement	☐	☐
4 Problèmes professionnels	☐	☐
5 Problèmes de logement	☐	☐
6 Problèmes économiques	☐	☐
7 Problèmes liées aux soins médicaux	☐	☐
8 Problèmes avec le système légal et la criminalité	☐	☐
9 Autres problèmes psychosociaux et environnementaux	☐	☐

AXE V: Évaluation globale du fonctionnement (0-100): | | |

N° Patient : _____

ANAMNESE PSYCHIATRIQUE**Histoire des TOC:**

Début: ____/____/____ Durée: ____ (Années) ____ (Mois)

Traitements non pharmacologiques antérieurs: OUI | NON |

Si oui, spécifier dans le tableau suivant:

TRAITEMENT	DURÉE	DATES
☐ Thérapie comportementale et cognitive	____ années ____ mois	DEB: ____ ARR: ____
☐ Psychothérapie analytique	____ années ____ mois	DEB: ____ ARR: ____
☐ Autres, spécifier:	____ années ____ mois	DEB: ____ ARR: ____

Traitements psychotropes actuels:

NON | OUI |

Si oui, préciser dans le tableau suivant:

NOM COMMERCIAL	POSOLOGIE (____) PAR JOUR (n°j)	DATE de DÉBUT (L/M/A)	DATE d'ARRÊT (L/M/A)	DURÉE du traitement	RÉPONSE 1. aucune 2. moins 3. plus 4. améliorée

Antécédents familiaux: Si non pertinent, cochez ici ☐

	Membre(s) de la famille				
	père	mère	frère	sœur	autres
☐ Trouble obsessionnel compulsif					
☐ Troubles de l'humeur					
☐ Schizophrénie					
☐ Troubles anxieux					
☐ Alcoolisme / Toxicomanie					
☐ Autres (spécifier): _____					

N° Patient : **Critères d'inclusion pour les TOC***homme ☐*femme ☐

	OUI	NON
- âge de 18 ans à 65 ans	☐	☐
- critères du DSM-IV pour le TOC	☐	☐
- *critères du DSM-IV pour la phobie sociale	☐	☐
- *critères du DSM-IV pour la personnalité évitante	☐	☐
- le score du Y-BOCS > 15	☐	☐

*Si oui, le(la) patient(e) ne peut être inclus(e).

signature de l'investigateur: _____

N° Patient :

LISTE DES PENSEES OBSEDIANTES

Il se peut que des pensées s'imposent à vous et que vous ne puissiez vous en débarrasser.

Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées que nous vous demandons de bien vouloir noter de 0 à 4 selon l'échelle suivante qui mesure le degré de perturbation que vous avez ressentie au cours de la semaine dernière.

- 0 - Je ne suis pas du tout troublé(e) par cette pensée.
- 1 - Je suis peu souvent troublé(e) par cette pensée.
- 2 - Je suis souvent troublé(e) par cette pensée.
- 3 - Je suis très souvent troublé(e) par cette pensée.
- 4 - Je suis en permanence troublé(e) par cette pensée.

- 1 - Je pense que je risque d'être contaminé(e)
- 2 - Je fais très attention à ce que les objets et les meubles aient leur cours la même position.
- 3 - J'ai peur d'avoir oublié quelque chose aussi important sans l'essayer d'abord.
- 4 - Je pense que je suis responsable de ce qui va mal dans le monde.
- 5 - J'ai beaucoup de mal à dormir.
- 6 - Je suis préoccupé(e) par la pensée que je pourrais avoir des gestes déplacés en public.
- 7 - Je me sens responsable de ce qui peut arriver aux autres (accident, maladie).
- 8 - Je suis préoccupé(e) par le fait que les choses aient en ordre.
- 9 - Je pense à des objets qui causent et représentent une nuisance dans mon appartement.
- 10 - Le fait que je dois donner des chiffres ou donner quelque chose de catastrophes à d'autres personnes.
- 11 - Je dois toujours atteindre la perfection.
- 12 - Je me sens obligé(e) de relâcher leinge dès qu'il touche mes vêtements ou qu'il m'échappe des mains.
- 13 - Je pense avoir oublié de fermer le gaz, l'eau, l'électricité et les portes du jardin.
- 14 - J'ai l'impression que quelque chose a été touché, utilisé par quelqu'un d'autre, cet objet est souillé.

J. TREV

N° Patient : | | | |

LISTE DES PENSEES OBSEDANTES (suite)

- 0 Je ne suis pas du tout troublé(e) par cette pensée.
 1 Je suis peu souvent troublé(e) par cette pensée.
 2 Je suis souvent troublé(e) par cette pensée.
 3 Je suis très souvent troublé(e) par cette pensée.
 4 Je suis en permanence troublé(e) par cette pensée.

- ☐ 10 - Je ne peux voir un couteau ou autre objet dangereux sans être préoccupé(e) car la pensée de blesser les autres.
☐ 11 - J'ai l'impression d'avoir causé du tort aux autres.
☐ 12 - Je pense que je peux provoquer ma mort ou celle des autres par mes pensées.
☐ 13 - Je me sens obligé(e) de laver tout ce qui vient de l'extérieur.
☐ 14 - Je suis préoccupé(e) par la pensée que je pourrais faire du mal à quelqu'un voire le tuer sans le vouloir.
☐ 15 - Je me sens obligé(e) de me relaver lorsque j'ai une pensée de contamination ou de saleté.
☐ 16 - Je me sens obligé(e) de relire ou de ré-écrire pour être sûr(e) de ce que j'ai fait.
☐ 17 - Le doute de ce que je fais ou celui de vérifier les choses plus d'une fois.
☐ 18 - J'ai l'impression qu'un léger contact avec les sécrétions corporelles (sueur, salive, urine, sperme) est dangereux et peut contaminer mes vêtements et tout ce qui m'appartient.
☐ 19 - Je me sens mal à l'aise si je n'ai pas été capable de faire quelque chose exactement comme je l'aurais souhaité.
☐ 20 - Je me sens obligé(e) d'éviter le moindre contact avec les métaux ou par terre dès que je la vois et quelque soit le moment.
☐ 21 - J'imagine que je pourrais nuire à moi-même ou à d'autres, sans pensée survenant sans aucun raison.
☐ 22 - Je suis préoccupé(e) outre mesure par les microbes ou les maladies.
☐ 23 - Je me sens obligé(e) de complètement serrer ou d'écraser certains objets.

Signature du patient: _____

Score total | | | |

N° Patient : [] [] [] []

Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r)

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____
Sexe : _____ Date de l'examen : _____

Instructions : Les pensées intrusives sont des pensées, des images ou des impressions dérangeantes, inattendues et indésirables qui peuvent apparaître brusquement dans votre conscience. Avec les années, comme avec toutes les pensées, elles ne comprennent rien à votre personnalité et peuvent être difficilement contrôlées. Vous devez répondre à ce questionnaire sur les pensées intrusives et leurs interprétations.

I. **Expérience :** Est-ce que vous avez eu depuis au moins l'expérience des pensées intrusives concernant :

	0 jamais	1 rarement	2 parfois	3 souvent	4 tout le temps
1) la peur d'être contaminé(e) et/ou d'être malade					
2) l'impulsion ou la peur de se faire du mal					
3) la peur de commencer ou de se soulever					
4) l'impulsion de dire des choses à propos de ou des insultes					
5) l'impulsion ou la peur de faire du mal aux autres					
6) la peur de se montrer de la manière suivante					
7) la peur de se soulever					
8) la peur de perdre un objet important					
9) la peur d'être mal(e) par les situations corporelles					
10) la peur de ne pas faire les choses correctement					
11) la peur de perdre quelqu'un de cher					
12) la peur de provoquer une maladie ou une infection					
13) la peur					
TOTAL					

SCORE TOTAL : [] [] []

TSP

II. Interprétations: Quand des pensées intrusives viennent dans votre esprit, comment les interprétez-vous ?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'interprétations possibles. Veuillez noter votre degré d'accord de 0 à 4 selon l'échelle suivante avec chaque item :

0 1 2 3 4
totalement **25% d'accord** **50% d'accord** **75% d'accord** **totalement**
en désaccord **d'accord**

Veuillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes que vous avez reporté dans l'expérience associée ou état de tension de la page précédente). Sinon, veuillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes placées dans l'expérience stressante ou spatiale).

	0	1	2	3	4	REPLY
1) C'est dangereux pour les autres si j'ai ces pensées.						
2) C'est mauvais d'avoir ces pensées.						
3) C'est dévalorisant d'avoir ces pensées.						
4) C'est une honte d'y penser.						
5) C'est une grande infirmité.						
6) C'est une preuve de contrôle de soi si donc un risque pour les autres.						
7) Je me sens responsable, aux autres avec ces pensées.						
8) Je me sens responsable de l'existence de ces pensées.						
9) Je me sens responsable d'avoir ces pensées.						
10) J'ai l'impression d'être à l'origine du mal ou de dommages avec mes pensées.						
11) J'ai l'impression d'être mal vu(e) par les autres si j'ai ces pensées.						
12) J'ai l'impression que j'ai le droit de penser.						
13) J'ai peur d'être jugé(e) mal ou mal vu(e) par les autres si j'ai ces pensées.						
14) J'ai peur d'être puni(e) ou condamné(e) si j'ai ces pensées.						
15) J'ai peur de causer du tort aux autres avec mes pensées.						
16) Je n'ai rien à dire si j'ai ces pensées.						
17) Je risque de provoquer une catastrophe si j'ai ces pensées.						
18) Je risque d'être rejeté(e) par les autres si j'ai ces pensées.						
Score Total						

SCORE TOTAL: | | | |

N° Patient : | | | | |

EDI

Nom _____ Prénom _____ Âge _____
Sexe _____ Date de l'examen: _____

Instructions: Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées. Pour chaque des pensées, veuillez évaluer la degré de 1 à 5 qui correspond le mieux à votre façon de penser selon l'échelle suivante:

1	2	3	4	5
Ne correspond pas du tout	Correspond faiblement	Correspond moyennement	Correspond assez fortement	Correspond exactement
1. J'ai souvent peur d'être moins bien que les autres.			1	2 3 4 5
2. J'ai souvent peur que les choses soient mal faites, ou ne soient que je suis moins capable que les autres.			1	2 3 4 5
3. J'ai toujours l'impression que je ne vois pas mes qualités.			1	2 3 4 5
4. Il faut que je sois toujours à la hauteur, sinon je suis inférieur(e) à tout le monde.			1	2 3 4 5
5. J'ai souvent peur que l'on ait une mauvaise image de moi.			1	2 3 4 5
6. Même si j'ai beaucoup de qualités, j'ai toujours l'impression que je n'en ai pas.			1	2 3 4 5
7. Je supporte mal d'être ridiculisé, car cela me diminue.			1	2 3 4 5
8. Si les autres me font un compliment, ils vont s'apercevoir que je suis très bête.			1	2 3 4 5
9. J'ai peur d'être puni(e) si je fais quelque chose de mal.			1	2 3 4 5
10. Même si je pense être capable de faire certaines choses difficiles, je me sens toujours moins capable que les autres.			1	2 3 4 5
11. Si j'ai commis une erreur, je serai mal considéré(e) par les autres.			1	2 3 4 5
12. Il faut que je fasse toujours mieux que les autres, sinon je serai sous-évalué(e) par tout le monde.			1	2 3 4 5
13. Si je suis en difficulté par les autres, je me sens humilié(e).			1	2 3 4 5
14. Si les autres voient mes faiblesses, ils vont croire que je suis incapable.			1	2 3 4 5
15. Je voudrais toujours que toutes les choses soient bien faites, sinon je suis inférieur(e) aux autres.			1	2 3 4 5
16. Si les autres croient que je ne suis pas capable par les autres.			1	2 3 4 5

TSVP

1	2	3	4	5			
Ne correspond pas du tout	Correspond un peu	Correspond moyennement	Correspond assez bien	Correspond très bien			
17. Il faut au moins que le cadre tout de suite des autres savoirs pour être « bon(e) élève »			1	2	3	4	5
18. Le me rend d'un côté (et/ou) demande de l'élève.			1	2	3	4	5
19. J'ai l'impression que j'ai à la hauteur, car je n'ai pas « échoué(e) » par rapport à moi-même			1	2	3	4	5
20. J'ai l'impression que j'ai la mesure de moi-même car je n'ai pas de « mauvaise image de moi-même »			1	2	3	4	5
21. Si je me considère moins digne d'attention, je suis être plus(e) pour quelqu'un d'autre (s'il y a)			1	2	3	4	5
22. J'ai l'impression que l'on remarque souvent mes forces ou mes « réussites » par rapport à moi-même			1	2	3	4	5
23. Il faut que je sois meilleur que plus de choses que les autres, sinon l'ai l'impression de « ne rien valoir »			1	2	3	4	5
24. Je ne suis que mes « réussites » (et/ou) « me rend d'un côté(e) »			1	2	3	4	5
25. Si, pour une raison que ce soit, je ne puis pas faire ce que l'on me demande, je suis « incapable ».			1	2	3	4	5
26. Si je ne suis pas capable de répondre à toutes les questions qu'on me pose « moi-même », j'ai l'impression que j'ai échoué			1	2	3	4	5
27. Si j'accepte mes faiblesses je risque de diminuer mes qualités			1	2	3	4	5
28. Je ne suis pas content(e) de moi-même car je suis « négatif(ve) »			1	2	3	4	5
29. Même si on me fait un compliment, j'ai l'impression que je n'ai pas assez bien fait.			1	2	3	4	5
30. Si je commets une erreur, je suis « nul(e) » par rapport à moi-même			1	2	3	4	5
31. Le me rend (jamais content(e)) de ce que j'ai fait, car les autres sont « meilleurs » que moi-même			1	2	3	4	5
32. Si je ne réussis pas à une chose que je veux faire, je me considère « nul(e) » par rapport à moi-même			1	2	3	4	5
33. Le me rend toujours fier(e) par rapport à moi-même car je suis « meilleur(e) » que moi-même			1	2	3	4	5
34. Si je n'arrive pas à faire tout ce que l'on attend de moi, on me considère « incapable ».			1	2	3	4	5
Signature du patient:							

Signature du patient :

Date : / /

N° Patient :

AUTO-EVALUATION DES PHOBIES

1) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : 1 permet de donner à quel point vous êtes peiné(e) du fait de constater ou de vivre de façon anormale(e) chacune des situations ci-dessous. Ensuite, veuillez cocher le nombre correspondant à votre réponse concernant la situation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
rien du tout	très peu	un peu	assez	souvent	très souvent	assez	très	beaucoup

1. Principe phobique que vous voulez maîtriser (de peur à à votre façon, pour la contrôler) (1-8)
2. Injections et interventions chirurgicales minimales (1-8)
3. Manger et boire avec les autres
4. Aller dans les hôpitaux (1-8)
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en métro (1-8)
6. Se promener seul(e) dans des lieux où il y a foule (1-8)
7. Être regardé(e) ou observé(e) (1-8)
8. Aller dans des magasins où il y a des animaux (1-8)
9. Porter des suppositoires hermétiques ou à bulle de son ne exerçant une anxiété
10. Voir du sang (1-8)
11. Être touché(e) (1-8)
12. Faire seul(e) rien à la maison
13. Penser que vous pouvez être touché(e) ou malade (1-8)
14. Travailler en public
15. Les grandes espaces vides (1-8)
16. Être chez soi seul(e)
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez la puis cochez la de 0 à 8) (1-8)

Ne pas remplir

17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

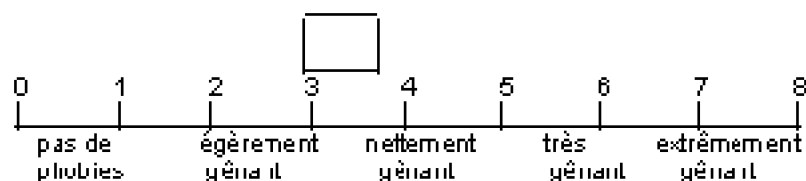
2°) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.



18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé.....	
19. Sentiment d'être irrité ou en colère.....	
20. Se sentir tendu ou paniqué... ..	
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes.....	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étranges.....	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez les)	

TOTAL

3°) A combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique ? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :



Signature du patient: _____

N° Patient : 1 1 1 1

Inventaire de Beck

Ce questionnaire concerne les groupes différents. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe puis entourez la lettre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés semblent convenir également lisez en dessous et surlignez le meilleur vous assurer d'avoir la plus grande deserve et votre groupe avant d'effectuer vos notations.

1.	a. Je ne me sens pas triste. b. Je me sens triste. c. Je suis tout le temps triste et je ne peux rien faire. d. Je suis triste jusqu'à ne plus pouvoir supporter.	6.	a. Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). b. J'ai l'impression que je pourrais être puni(e). c. Je m'attends à être puni(e). d. J'ai l'impression d'être puni(e).
2.	a. Je ne suis pas particulièrement déçu(e) par l'avenir. b. Je me sens déçu(e) par l'avenir. c. J'ai l'impression d'être déçu(e) par l'avenir. d. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.	7.	a. Je n'ai pas l'impression d'être déçu(e) par moi-même. b. Je suis déçu(e) par moi-même. c. Je suis très déçu(e) par moi-même. d. Je me hais.
3.	a. Je ne me considère pas comme un(e) vaincu(e). b. J'ai l'impression d'être le ou la plus effrayé(e) que je connais des mortels. c. Quelque chose s'est passé, je ne peux rien faire. d. J'ai l'impression d'être complètement vaincu(e) dans la vie.	8.	a. Je n'ai pas l'impression d'être pire que d'autres. b. Je suis sûr(e) d'être plus faible que d'autres. c. Je me considère comme un(e) des plus faibles. d. Je me considère comme l'un(e) des plus faibles.
4.	a. Je ne ressens pas de satisfaction de vivre qui dépasse tout. b. Je ne ressens pas de satisfaction de la vie du tout. c. Je ne ressens pas de satisfaction de quoi que ce soit. d. Tout me rend insatisfait ou mécontent.	9.	a. Je ne pense aucunement à me suicider. b. J'ai parfois l'idée de me suicider, mais je n'ai pas pu le passer à l'acte. c. J'ai essayé de suicider. d. J'ai essayé de suicider et j'en suis fier(e).
5.	a. Je ne me sens pas particulièrement fatigué(e). b. Je me sens coupable une bonne partie du temps. c. Je me sens coupable la plupart du temps. d. Je me sens coupable en tout temps.	10.	a. Je ne pleure pas plus qu'il le faut. b. Je pleure plus qu'il faut. c. Je pleure ou larme en larmes. d. Avez-vous pleuré, mais malheureusement, je n'ai rien pu faire.
		11.	a. Je ne suis pas ou n'étais maintenant ou n'étais pas. b. Je suis agité(e) ou irrité(e) ou fatigué(e). c. Je suis irrité(e) ou fatigué(e). d. Je ne suis plus du tout irrité(e) ou fatigué(e).

Inventaire de Beck (suite)

12. a. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres. b. Je suis moins intéressé(e) par les gens d'aujourd'hui. c. J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les gens. d. J'ai perdu tout intérêt pour les gens.	17. a. Je ne suis pas ou fatigué(e) ou % satisfait(e). b. Je me fatigue plus facilement qu'auparavant. c. Je me fatigue pour un rien. d. Je suis épuisé(e) pour faire quoi que ce soit.
13. a. Je n'ai pas des difficultés d'endormissement. b. Je n'ai pas des difficultés beaucoup plus d'endormissement. c. J'ai beaucoup plus de difficultés à m'endormir ces derniers temps. d. Je n'ai plus du tout de difficultés.	18. a. Mon appétit est toujours bon quand j'ai le droit. b. Mon appétit n'est pas bon quand j'ai le droit. c. Mon appétit a beaucoup diminué. d. J'ai plus d'appétit d'habitude.
14. a. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant. b. J'ai peu de peine à me raser (se raser) ou peu d'hygiène. c. J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me gênent peu (gênent). d. J'ai l'impression d'être dégoûté.	19. a. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement. b. J'ai perdu plus de 2 kilos. c. J'ai perdu plus de 4 kilos. d. J'ai perdu plus de 7 kilos. Je suis présentement un régime ou non.
15. a. Je n'ai pas du tout l'impression que je devrais faire des efforts supplémentaires pour accomplir quelque chose. b. Je dois faire un très grand effort pour faire quelque chose. c. Je ne peux faire aucun travail.	20. a. Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe. b. J'ai moins de désirs sexuels qu'auparavant. c. J'ai malheureusement perdu tout intérêt sexuel. d. J'ai perdu tout désir sexuel.

SCORE = 10-20 1-4

Signature du patient: _____

N° Patient : []

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes associés à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez en notant un 0 à 3 dans la colonne appropriée quel degré vous en avez ressenti pendant la semaine symptomatique de la dernière semaine, se prolongeant encore.

		Pas du tout	Un peu (Cela m'est parvenu une fois)	Moyennement (Cela m'est parvenu plus souvent que une fois)	Beaucoup (Cela m'est parvenu souvent)
1.	sensations d'engourdissement ou de fourmillement				
2.	bouillonnement cardiaque				
3.	"jambes molles", tremblements des jambes				
4.	incapacité de se défendre				
5.	crampes que la peur ou l'excitation				
6.	étourdissement ou vertige, désorientation				
7.	batttements cardiaques courtois				
8.	nausées (ou vomissements) sans cause physiologique				
9.	terreur				
10.	Hyperventilation				
11.	sensations d'engourdissement				
12.	tremblement de mains				
13.	tremblement de la gorge ou de la voix				
14.	crainte de perdre le contrôle				
15.	absence d'initiative				
16.	peur de mourir				
17.	sensation de peur "sans la source"				
18.	mélancolie ou tristesse profonde				
19.	sensation de défaillance ou d'épuisement				
20.	nausées sans cause physiologique				
21.	transpiration (surtout au visage)				

Signature du patient: _____

Annexes 8: Cahier d'évaluation (pour les phobies sociales)

Trouble cognitif dans les obsessions-compulsions

- Etude comparative de l'interprétation des pensées intrusives dans les trois dimensions: responsabilité, culpabilité et infériorité chez des sujets obsessionnels-compulsifs, phobiques sociaux et normaux

CAHIER D'évaluation (pour les Ph.Soc)

N° de PATIENT: __ __

NUM: _____ PRENUM: _____

Date d'évaluation: __/__/19__

INVESTIGATEUR: Dr.Sai Nan YAO

IDENTIFICATION

Date d'évaluation: ____ / ____ / 19__

NOM: _____ PRENOM: _____

Sexe: M F Age: ____ ans (Date de naissance: ____ / ____ / ____)

Poids: ____ kg Taille: ____ cm

Niveau d'études: ____ 1. 5ème ; 2. Bac ; 3. Bac+1

Statut marital: ____

1. célibataire ; 2. marié ; 3. concubinaire ; 4. divorcé(e) ; 5. veuf(ve) ; 6. séparé(e)

Profession: ____

* Code INSEE

1. Agriculteurs, exploitants	6. Ouvriers
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	7. Retraités
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures	8. Autres personnes sans activité professionnelle (préciser CVP)
4. Professions intermédiaires	9. Autres
5. Employés	

Diagnostic:

- Phobie sociale (DSM-4): ____ 1 oui, ____ 2 non

- Personnalité égoïste (DSM-4): ____ 1 oui, ____ 2 non

- Score de Y-BOCS:

Autres troubles psychiatriques: ____ 1 oui, ____ 2 non

si oui, veuillez préciser ci-dessous:

N° Patient : _____

Critères du DSM-5 pour la personnalité évitante

11.31. Personnalité évitante : Mode général d'interaction caractérisé de sentiments d'insécurité, et d'une sensibilité à la jugement négatif, s'exprimant au début de l'âge adulte, se présentant dans deux contextes, comme en témoignent quatre (ou plus) des manifestations suivantes :

	OUI	NON
1) Les sentiments de craintes obsessionnelles impliquant des évènements impliqués sont si intenses qu'ils peuvent entraîner l'absence, le retard, l'absence ou le retard par défaut.	☐	☐
2) Préférence des multiples avec au moins deux autres personnes.	☐	☐
3) Le monde est perçu dans les relations sociales par craintes d'être humilié ou de se sentir humilié.	☐	☐
4) Craintes d'être ridiculisé ou ridiculisé dans des situations sociales.	☐	☐
5) Est irrité dans des situations interpersonnelles conduites à cause d'un sentiment d'impénétration.	☐	☐
6) Se voit à l'isolement social et se voit à l'isolement, sans avoir eu l'occasion d'être isolé.	☐	☐
7) Ne participe généralement pas à projets des autres personnes, ni à engagements avec ces personnes, même lorsqu'il s'agit d'éprouver de l'embaras.	☐	☐
Personne caractérisée (Personne caractérisée) (Ensemble des 7)	☐	☐

Signature du 1er psychologue : _____ Signature du 2nd psychologue : _____
Date : _____ Date : _____

N° Patient : [][][][]

Critères du DSM-4 pour la personnalité O-C

501.82 Personnalité obsessionnelle-compulsive (trouble généralisé, généralement persistant, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans divers contextes, comme en l'énumérant ci-dessous, les manifestations suivantes :

	OUI	NON
1) préoccupations pour les détails, les règles, les inventaires, l'organisation ou les plans au point que le but principal de l'activité est perdre du temps	[]	[]
2) perfectionnisme qui est une lésion des idées (ex : insécurité, l'achèvement, un projet pour lequel des exigences personnelles ou d'idées ne sont pas admises)	[]	[]
3) dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'excus on des loisirs et des amitiés (sans que cela soit imposé par des impératifs économiques évidents)	[]	[]
4) astroph obsessionnels, scrupuleux et rigoureux des questions de moralité, d'éthique ou de valeurs (sans que ce la soit expliqué par une appartenance religieuse ou culturelle)	[]	[]
5) incapacité de jeter des objets usés ou sans utilité même si ceux-ci n'ont pas de valeur sentimentale.	[]	[]
6) réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses.	[]	[]
7) sa montre avare avec l'argent pour soi-même et les autres, l'argent est perçu comme quelque chose qui doit être très utilisé en vue de catastrophes futures.	[]	[]
8) sentiment d'ignominie	[]	[]
Personnalité obsessionnelle-compulsive (Présence d'au moins 4 symptômes sur les 8):	[]	[]

Signature du 1er psychologue.

Date.

Signature du 2^{ème} psychologue.

Date

N° Patient : 1 1 1 1

HETERO-CHECKLIST SUR LA PERSONNALITÉ

Avez-vous des caractères suivants qui sont apparus au début de l'âge adulte et qui sont encore présents dans divers contextes ?

1. Êtes-vous caractérisé(e) par une méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes ? oui non
2. Présentez-vous caractéristique) par un détachement des relations sociales et une restriction de la variété des expressions émotionnelles dans les moments de intimité ? oui non
3. Présentez-vous caractéristique) par une gêne origin et des compétences réduites dans les relations proches, par des distorsions cognitives et perceptuelles et des conduites excessives ? oui non
4. Êtes-vous caractérisé(e) par un mépris et une transgression des droits d'autrui ? oui non
5. Êtes-vous caractérisé(e) par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects ? oui non
6. Présentez-vous caractéristique) par des réproches émotionnelles excessives et une tendance permanente d'attention à l'intimité ? oui non
7. Êtes-vous caractérisé(e) par des fantasmes ou des comportements grandioses, un besoin d'être admiré et un manque d'empathie ? oui non
8. Êtes-vous caractérisé(e) par une attitude sociale des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ? oui non
9. Présentez-vous caractéristique) par un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement amical et collant et à une peur de la réprimande ? oui non
10. Êtes-vous caractérisé(e) par une préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme et le contrôle mental et interpersonnel ? oui non

N° Patient : _____

DSM-IV

AXE I: Troubles cliniques:

Phobie sociale: oui___non___
 TOC: oui___non___
 Dépression: oui___non___
 Trouble panique: oui___non___
 Autres: _____

AXE II: Trouble de la personnalité

	NON	OUI		NON	OUI
PARANOÏQUE	☐	☐	HAUTE SENSIBILITÉ	☐	☐
SCHIZOÏDE	☐	☐	EUTHYME	☐	☐
SCHEMATIQUE	☐	☐	DEPRESSIF	☐	☐
ANTISOCIAL	☐	☐	OBSESSIONNEL COMPULSIF	☐	☐
LIKITE	☐	☐	NON SPECIFIÉ LIKITE	☐	☐
ALTIÉRÉ	☐	☐	ALTIÉRÉ	☐	☐

AXE III: Maladie physique non () oui ()

- Les troubles énoncés ou listés sur maladie physique éventuelle(s)

•
•
•

AXE IV: Problèmes psychosociaux et environnementaux

	OUI	NON
1 Problèmes avec le groupe de soutien primaire	☐	☐
2 Problèmes de développement social	☐	☐
3 Problèmes de rôle familial	☐	☐
4 Problèmes professionnels	☐	☐
5 Problèmes de logement	☐	☐
6 Problèmes économiques	☐	☐
7 Problèmes d'accès aux soins médicaux	☐	☐
8 Problèmes de culture, langue et ethnicité	☐	☐
9 Autres problèmes psychosociaux / environnementaux	☐	☐

AXE V: Facteur biologique ou fondamental (0-100) _____

N° Patient : [][][][]

ANAMNESE PSYCHIATRIQUE

Histoire de la phobie sociale :

Début : [][][][] Durée : [] (Année) [] (Mois)

Traitements non pharmacologiques antérieurs : NON [] OUI []

Si oui, spécifier dans le tableau suivant :

NATURE	DURÉE	EFFETS
☐ Thérapie comportementale enseignée	[] années [] mois	PSY : AIT GÉN : AIT
☐ Exposition graduelle	[] années [] mois	PSY : AIT GÉN : AIT
☐ Autre : []	[] années [] mois	PSY : AIT GÉN : AIT

Traitements psychotropes actuels : NON [] OUI []

Si oui, préciser dans le tableau suivant :

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE PAR JOUR (g/s)	DATE de DÉBUT (J/M/A)	DATE d'ARRÊT (J/M/A)	DURÉE de traitement (mois)	EFFETS PSYCHOTROPES GÉNÉRAUX
					PSY : AIT GÉN : AIT
					PSY : AIT GÉN : AIT
					PSY : AIT GÉN : AIT
					PSY : AIT GÉN : AIT

Antécédents familiaux : Si non préciser cochez ici []

Membre(s) de la famille				
J	M	F	A	Autres
☐ Troubles mentaux compliqués				
☐ Troubles de l'humeur				
☐ Schizophrénie				
☐ Troubles anxieux				
☐ Alcoolisme / Drogues				
☐ Autres : []				

N° Patient : 1 1

Y-BOCS

LISTE DE SYMPTÔMES DES OBSSESSIONS

1 _____
2 _____
3 _____

COMPULSIONS

1 _____
2 _____
3 _____

EVITEMENT

1 _____
2 _____
3 _____

5. DUREE D'ENTREE ET DE SOUS-TOTALS

	Nul	Un peu	Moyen	Important	Très important
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Impulsions, idées, images	1	1	2	3	4
2. Contrôle de la peur obsessionnelle	1	1	2	3	4
3. Angoisse associée aux idées	1	1	2	3	4
4. Résistance	1	1	2	3	4
5. Contrôle sur les idées	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Pas de contrôle	Pas de contrôle
	0	1	2	3	4
Sous-total obsessions					0 0 0
(sur 40 items à items 1 à 5)					
	Nul	Un peu	Moyen	Important	Très important
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Temps passé aux compulsions	0	1	2	3	4
7. Contrôle de la peur compulsive	1	1	2	3	4
8. Angoisse associée aux compulsions	1	1	2	3	4
9. Résistance	1	1	2	3	4
10. Contrôle sur les comp	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Pas de contrôle	Pas de contrôle
	1	1	2	3	4
Sous-total compulsions					0 0 0

N° Patient : |_|_|_|_|

Critères d'inclusion pour les phobiques sociaux

*homme |_|

*femme |_|

	OUI	NON
- âge de 18 ans à 65 ans		
- critères du DSM-IV pour la phobie sociale		
- *critères du DSM-IV pour la TOC		
- *critères du DSM-IV pour la personnalité c'OC		
- le score du Y BOCS < 3		

*Si oui, le(la) patient(e) ne peut être inclus(e).

signature de l'investigateur : _____

N° Patient : [][][][]

LISTE DES PENSÉES OPÉRANTES

Il se peut que des pensées s'invitent à vous et que vous ne puissiez vous en débarrasser.

Vous trouverez ci-dessous une liste de pensées que nous vous demandons de leur valeur être de 0 à 4 selon l'échelle suivante qui mesure le degré de perturbation que vous avez ressentie au cours de la semaine dernière.

- 1 - Je me suis pas du tout troublé(e) par cette pensée.
- 2 - Je suis peu souvent troublé(e) par cette pensée.
- 3 - Je suis souvent troublé(e) par cette pensée.
- 4 - Je suis très souvent troublé(e) par cette pensée.
- 5 - Je suis en permanence troublé(e) par cette pensée.

- | | |
|--------------------------|--|
| ☐ | 1 - Je pense que je risque d'être mordu(e). |
| ☐ | 2 - Je fais très attention à ce que les objets et les meubles restent à la même position. |
| ☐ | 3 - J'ai peur d'avoir oublié quelque chose à l'école ou au travail sans cesse ce que je fais. |
| ☐ | 4 - Je pense que je suis responsable de ce qui va mal dans le monde. |
| ☐ | 5 - J'ai peur d'être condamné(e). |
| ☐ | 6 - Je suis gêné(e) par la pensée que je pourrais avoir des gestes déplacés en public. |
| ☐ | 7 - Je me sens responsable de ce qui peut arriver aux autres (accident, maladie). |
| ☐ | 8 - Je suis préoccupé(e) par le fait que les choses aient en ordre. |
| ☐ | 9 - Je pense à des mots qui blessent et représsent sans cesse dans mon esprit. |
| ☐ | 10 - Il faut que je dise de mal de mes collègues au travail ou de mes catastrophes à d'autres personnes. |
| ☐ | 11 - Je dois toujours attendre la perfection. |
| ☐ | 12 - Je me sens obligé(e) de regarder de près dès qu'il touche mes vêtements ou qu'il m'échappe des mains. |
| ☐ | 13 - Je pense avoir oublié de fermer le gaz, l'eau, l'électricité et les portes et fenêtres. |
| ☐ | 14 - J'ai l'impression que lorsqu'un objet a été touché, utilisé par quelqu'un d'autre, cet objet est souillé. |

J. L. TOUP

N° Patient : | | |

LETTRE D'ÉTAT D'ÉTAT D'ÉTAT D'ÉTAT (suite)

C. Je ne suis pas du tout troublé(e) par cette pensée.

1. Je suis peu souvent troublé(e) par cette pensée.

2. Je suis souvent troublé(e) par cette pensée.

3. Je suis très souvent troublé(e) par cette pensée.

4. Je suis en permanente trépidation par cette pensée.

- ☐ 15. Je ne peux voir un couteau ou autre objet dangereux sans être préoccupé(e) par la pensée de blesser les autres.
- ☐ 16. La l'impression d'avoir causé du tort aux autres.
- ☐ 17. Je pense que je pourrais provoquer ma mort ou celle des autres par mes pensées.
- ☐ 18. Je me sens obligé(e) de savoir tout ce qui vient de l'extérieur.
- ☐ 19. Je suis préoccupé(e) par la pensée que je pourrais nuire à quelqu'un voire le tuer sans le vouloir.
- ☐ 20. Je me sens obligé(e) de me réveiller souvent, même par une pensée de contamination ou de saleté.
- ☐ 21. Je me sens obligé(e) de relire ou de ré-écouter pour être sûr(e) de ce que j'ai fait.
- ☐ 22. Le doute de ce que je fais au point de vérifier les choses plus d'une fois.
- ☐ 23. La l'impression qu'un léger contact avec les sécrétions corporelles (salive, urine, sperme) est dangereux et peut nuire à la santé.
- ☐ 24. Je me sens mal à l'aise si je n'ai pas été capable de faire quelque chose exactement comme je l'aurais souhaité.
- ☐ 25. Je me sens obligé(e) d'enlever la moindre poussière sur les meubles ou par terre dès que je la vois et que qu'il soit le même.
- ☐ 26. J'imagine que je pourrais nuire à moi-même ou aux autres, cette pensée survient sans aucune raison.
- ☐ 27. Je suis préoccupé(e) outre mesure par les microbes ou les maladies.
- ☐ 28. Je me sens obligé(e) de compter mentalement ou d'énumérer certains objets.

Signature du patient:

Score total | | |

N° Patient: | | |

Questionnaire des Pensées Intrusives et de leurs Interprétations - version révisée (QPII-r)

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____
 Sexe : _____ Date de l'examen : _____

Instructions : "Les pensées intrusives sont des pensées, des images ou des sensations répétitives désagréables et choquantes qui peuvent apparaître soudainement dans votre conscience. Vous les considérez comme indésirables et gênantes, elles ne correspondent pas à votre personnalité et peuvent être difficiles à contrôler. Vous noterez chacune un questionnaire sur les pensées intrusives et leurs interprétations."

1. Expérience. Indiquez que vous avez eu depuis un mois l'expérience des pensées intrusives : **aucune**.

	1 jamais	2 rarement	3 parfois	4 souvent	5 tous les jours
1) le désir d'être contaminé(e) en contact avec malade					
2) l'envie d'être puni(e) ou de faire du mal					
3) le désir de tuer quelqu'un ou de lui faire prendre du plaisir avec lui					
4) l'injure ou la honte des obsessions ou des rituels					
5) l'injure ou du le désir de faire du mal aux autres					
6) le désir d'être témoin ou de faire des erreurs					
7) le désir d'être sexuellement					
8) le désir d'être puni(e) ou de faire du mal					
9) le désir d'être puni(e) par les autres ou corporelles					
10) le désir de se faire punir les choses ou malades					
11) le désir de perdre quelque chose de cher					
12) le désir de provoquer une réaction ou une réaction aux autres					
13) autres :					
14-20					

SCORE TOTAL : | | |

TEMP

II. Interprétations: Quand vos pensées intrusives viennent dans votre esprit, comment les interprétez-vous?

Vous trouverez ci-dessous une liste d'interprétations possibles. Veuillez noter votre degré d'accord ou de désaccord avec chacune d'elles.

0 1 2 3 4
 totalement 25% d'accord 50% d'accord 75% d'accord totalement
 en désaccord d'accord
Veuillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes (vous avez noté dans l'explication ci-dessus ou dans le temps de la page précédente). Sinon, veuillez vous référer aux pensées intrusives les plus fréquentes (obtenues dans l'expérience auparavant ou spontanées).

	0	1	2	3	4
1) C'est dangereux pour les autres si j'ai ces pensées.					
2) C'est humiliant d'avoir ces pensées.					
3) C'est déshonorant d'avoir ces pensées.					
4) C'est une honte d'y penser.					
5) C'est un signe d'infirmité.					
6) C'est une perte de contrôle de soi et donc un risque pour les autres.					
7) C'est sans importance par rapport aux autres avec ces pensées.					
8) Je me sens responsable de l'effet de ces pensées.					
9) Je me sens coupable d'avoir ces pensées.					
10) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
11) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
12) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
13) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
14) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
15) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
16) La l'expression de l'acte a l'origine d'un mal ou de dommages avec ces pensées.					
17) Le risque de provoquer une catastrophe si j'ai ces pensées.					
18) Le risque d'être ridiculisé par les autres si j'ai ces pensées.					
Score total					

SCORE TOTAL: ____

N° Patient : ____

EDI

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____
Sexe : _____ Date de l'examen : _____

Instructions : *Vous lirez ces items et vous devrez répondre par oui ou non à chaque item. Vous devrez répondre à chaque item à la fin de l'échelle, même quand le nombre de votre réponse est inférieur à six.*

1	2	3	4	5
Ne correspond pas du tout	Correspond faiblement	Correspond moyennement	Correspond assez fortement	Correspond exclusivement
1. Je pourrais peut-être être moins bien que les autres.				
2. Je pourrais être moins bien que les autres en ce qui concerne les moins compétent(e) que les autres.				
3. Je pourrais être moins bien que les autres en ce qui concerne la façon dont je suis toujours à l'aise.				
4. Il est possible que je sois toujours à l'aise, sinon je suis sûr(e) que je suis à l'aise.				
5. Je pourrais peut-être être sûr(e) d'être à l'aise en ce qui concerne moi.				
6. Même si je suis sûr(e) de moi, je pourrais être sûr(e) que je suis à l'aise.				
7. Je pourrais peut-être être sûr(e) d'être à l'aise en ce qui concerne moi.				
8. Si les autres ne font rien, ils ne font rien de mieux que je ne fais rien.				
9. Je pourrais peut-être être sûr(e) d'être à l'aise en ce qui concerne moi.				
10. Même si je suis sûr(e) de moi, je pourrais être sûr(e) que je suis à l'aise en ce qui concerne moi.				
11. Si j'apprends mal, je serai considéré(e) par les autres.				
12. Il est possible que je sois toujours à l'aise, sinon je suis sûr(e) que je suis à l'aise.				
13. Si je suis sûr(e) de moi, je pourrais être sûr(e) que je suis à l'aise en ce qui concerne moi.				
14. Si les autres voient mes pensées, ils vont dire que je suis à l'aise.				
15. Je pourrais peut-être être sûr(e) d'être à l'aise en ce qui concerne moi.				
16. Si on me dit que je suis à l'aise, je pourrais être sûr(e) que je suis à l'aise.				

TSVP

	1 Ne correspond pas du tout	2 Correspond faiblement	3 Correspond moyennement	4 Correspond assez fortement	5 Correspond complètement
17. Il faut au moins que je sache tout ce que les autres savent pour être apprécié(e) (je).	1	2	3	4	5
18. Je me sens éliminé(e) par les personnes de l'école.	1	2	3	4	5
19. Je n'ai pas le courage d'être un leader, j'ai peur d'être en avant.	1	2	3	4	5
20. Je suis sûr de faire le monde en eux car je n'ai eu de chance que moi.	1	2	3	4	5
21. Si je montre la moindre signification (M), je vais être persécuté(e) pour ça quand je mène tout.	1	2	3	4	5
22. Je n'ai jamais pu me faire remarquer en tant que leader à cause de ma timidité.	1	2	3	4	5
23. Il faut que je fasse beaucoup plus de choses que les autres, sans ça, ils me méprisent.	1	2	3	4	5
24. Je ne sais pas que mes collègues, alors je me sens éliminé(e).	1	2	3	4	5
25. Si j'ai une relation à l'école, je ne peux pas être en avant, ils me persécutent.	1	2	3	4	5
26. Si je ne sais pas répondre à toutes les questions, ça me pousse, je me fais voir moins intelligent(e) que les autres.	1	2	3	4	5
27. Si j'annonce mes collègues, je ne peux pas être en avant, ils me persécutent.	1	2	3	4	5
28. Je me sens sûr(e) d'être en avant, les gens me regardent également.	1	2	3	4	5
29. Même si on me fait un compliment, j'ai toujours l'impression que je n'ai pas assez bien fait.	1	2	3	4	5
30. Si je n'ai pas de courage, je n'ai pas le courage de me faire en avant.	1	2	3	4	5
31. Je n'ai pas le courage de le dire, ce que j'ai réussi, car les autres trouvent que c'est banal.	1	2	3	4	5
32. Si je n'ai pas fait une chose que je veux faire, je ne suis pas apprécié(e).	1	2	3	4	5
33. Je me compare toujours avec les gens, car ils sont meilleurs, alors je me sens toujours inférieur(e).	1	2	3	4	5
34. Si j'ai réussi à faire tout ça, ça m'a fait plaisir, mais je n'ai pas le courage.	1	2	3	4	5
Signature du patient: _____					SCORE TOTAL: _____

N° Patient : | | | |

AUTO-EVALUATION DES PHOBIES

1) Vérifiez et indiquez l'intensité de la phobie (selon le chiffre de 0 à 8) minimes à très graves (ou du fait de la situation ou de l'endroit d'apparition) et avec des situations à éviter ou évitées. Ensuite, notez la gêne due à la phobie de la cause évaluée sur une à chaque situation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	
rien du tout		épis		souvent		épis		souvent	
pas		un peu		souvent		très souvent		toujours	

1. L'incapacité phobique que vous voulez traiter (décrivez la à votre façon, vous pouvez la décrire).....	
2. Injections et interventions chirurgicales mineures.....	
3. Minceur et belle avec les autres.....	
4. Utiliser dans les transports.....	
5. La prise de billets en bus ou en car.....	
6. Se promener seul(e) dans des lieux publics.....	
7. Faire usage d'argent.....	
8. Aller dans des magasins d'habillement.....	
9. L'usage des supermarchés ou à toute personne exerçant une activité.....	
10. Voir du sang.....	
11. Etaler les choses.....	
12. Parler seul(e) à la chambre.....	
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade.....	
14. Penser ou agir en public.....	
15. Les grands espaces vides.....	
16. Aller chez le dentiste.....	
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez la puis indiquez la de 0 à 8).....	

Ne pas remplir

43	34-F	30-F	TOTAL

27) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous. Puis insérez ce chiffre dans la case correspondante.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
ne souffre		souffre		souffre		souffre		souffre
pas du tout		un peu		vraiment		beaucoup		extrêmement

18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé.....	
19. Sentiment d'être irrité ou en colère.....	
21. Se sentir tendu ou paniqué.....	
21. Avoir l'esprit tourmenté de pensées inquiétantes.....	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont inréels ou étranges.....	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez les):	

TOTAL

28) A combien évaluez-vous actuellement le gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique ?
Veuillez inscrire un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
pas de		légèrement		nettement		très		extrêmement
phobies		gênant		gênant		gênant		gênant

Signature du patient: _____

N° Patient : 1 1 1

Inventaire de Beck

Ce questionnaire concerne vos groupes d'obsessions. Il faut attentionner toutes les énoncés aux chaque groupe vous enroulez à elle correspondrait à l'état qui était le mieux à l'époque où vous vous êtes senti(e) au cours des sept derniers jours, aujourd'hui compris. Si plusieurs énoncés se lient couramment à votre état, enregistrez deux fois. Veuillez vous assurer d'avoir lu tous les énoncés de chaque groupe avant d'effectuer votre choix.

1. a. Je ne me sens pas utile. b. Je me sens inutile. c. Je suis tout le temps triste et je ne peux rien faire. d. Je suis si triste que je ne peux le supporter.	3. a. Je n'ai pas l'impression d'être ou d'être en train. b. J'ai l'impression que je pourrais être absent(e). c. Je m'efforce d'être absent(e). d. J'ai l'impression d'être absent(e).
2. a. Je ne suis pas particulièrement enthousiasmé(e) par l'avenir. b. Je me sens découragé(e) par l'avenir. c. J'ai l'impression de n'avoir aucune attente dans la vie. d. J'ai l'impression que l'avenir est sans espoir et que les choses ne peuvent s'améliorer.	7. a. Je n'ai pas l'impression d'être déjà en par moi-même. b. Je suis déçu(e) par moi-même. c. Je suis découragé(e) de moi. d. Je me lève.
3. a. Je ne me considère pas comme un(e) valeur. b. J'ai l'impression d'être subi(e) de déshonneur que je communique mal. c. Quand je pense à mon passé, je ne peux voir que des échecs. d. J'ai l'impression d'être complètement épuisé(e) dans la vie.	8. a. Je n'ai pas l'impression d'être avec qui j'aime. b. Je culpabilise mes évas de mes malheurs ou de mes erreurs. c. Je me blâme tout le temps pour mes erreurs. d. Je me blâme pour tous les malheurs qui arrivent.
4. a. Je n'ai pas autant de satisfaction de la vie que j'espérais. b. Je ne suis plus satisfait de satisfaction de la vie que j'espérais. c. Je ne suis plus de satisfaction de quelque chose. d. Tout me rend insatisfait ou ennuyeux.	9. a. Je n'ai pas autant de satisfaction de la vie que j'espérais. b. J'ai parfois l'impression de me sentir mal, mais je n'ai pas jusqu'à maintenant le temps. c. J'ai parfois l'impression de me sentir mal, mais je n'ai pas jusqu'à maintenant le temps. d. J'ai parfois l'impression de me sentir mal, mais je n'ai pas jusqu'à maintenant le temps.
5. a. Je ne me sens pas particulièrement enthousiasmé(e). b. Je me sens coupable d'une autre personne. c. Je me sens coupable de la plupart ou de la plupart. d. Je me sens coupable de la plupart ou de la plupart.	10. a. Je ne suis pas plus qu'il le mérite. b. Je pleure ou je pleure. c. Je pleure et je pleure malheureusement. d. Avant, je pouvais pleurer, mais maintenant, j'en suis incapable.
	11. a. Je ne suis pas plus intéressé(e) par la vie que j'espérais. b. Je suis agacé(e) ou irrité(e) plus souvent maintenant que j'espérais. c. Je suis continuellement irrité(e). d. Je ne suis plus ou tout irrité(e) par les autres, j'ai l'impression d'être en colère.

Inventaire de Beck (suite)

12. a. Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
b. Je suis moins intéressé(e) par les gens qu'auparavant.
c. J'ai perdu le plus grand intérêt pour les gens.
d. J'ai perdu tout intérêt pour les gens.
13. a. Je prends des décisions aussi facilement qu'avant.
b. Je prends des décisions beaucoup plus facilement qu'avant.
c. J'ai beaucoup plus de difficulté à prendre des décisions qu'auparavant.
d. Je ne peux plus prendre de décisions.
14. a. Je n'ai pas l'impression que mon apparence soit pire qu'auparavant.
b. J'ai perdu du poids (moins) ou pris du poids (plus).
c. J'ai l'impression qu'il y a des changements permanents de mon apparence qui me rendent peu attirant(e).
d. J'ai l'impression d'être laid(e).
15. a. Je n'ai eu aucun problème pour avant.
b. Il faut éviter l'usage des efforts supplémentaires pour accomplir quelque chose.
c. Je dois faire un très grand effort pour faire quelque chose.
d. Je ne peux rien faire de travail.
16. a. Je dors aussi bien qu'avant.
b. Je ne dors pas aussi bien qu'avant.
c. Je me lève une à deux heures plus tôt qu'avant et j'ai du mal à me rendormir.
d. Je me réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et je ne peux pas me rendormir.
17. a. Je ne suis pas aussi fatigué(e) qu'auparavant.
b. Je me fatigue plus facilement qu'auparavant.
c. Je me fatigue pour rien.
d. Je suis maintenant fatigué(e) sans raison quelconque.
18. a. Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
b. Mon appétit n'est pas aussi bon qu'il était.
c. Mon appétit a beaucoup diminué.
d. Je n'ai plus d'appétit du tout.
19. a. Je n'ai pas perdu beaucoup de poids dernièrement.
b. J'ai perdu plus de 2 kilos.
c. J'ai perdu plus de 4 kilos.
d. J'ai perdu plus de 7 kilos.
Je suis actuellement au régime. Oui, ☐ Non, ☐
20. a. Ma santé se me beaucoup plus que d'habitude.
b. Je suis souvent fatigué(e) par les symptômes de santé comme les crampes, les maux d'estomac ou la toux persistante.
c. Mon état de santé me préoccupe beaucoup et il m'est difficile de penser à autre chose.
d. Je suis tellement malade qu'il est impossible de penser à autre chose.
21. a. Je n'ai remarqué récemment aucun changement dans mon intérêt pour le sexe.
b. Je moins de désirs sexuels qu'auparavant.
c. J'ai maintenant beaucoup moins de désirs sexuels.
d. J'ai perdu tout désir sexuel.

SCORE TOTAL :

Signature du patient:

N° Patient : ____

Inventaire d'Anxiété de Beck

Noter les items de symptômes suivants sur 4 (aucun, 1, 2, 3, 4) selon les scores (symptôme présentement, 0 à 4) ou (symptôme à quel degré vous a-t-il effrayé) pendant la semaine précédente.

	Parfois Cela ne m'a pas beaucoup effrayé	Beaucoup Cela m'a effrayé	Beaucoup Cela m'a effrayé
1. sensations d'agrandissement ou de picotement			
2. l'air d'être dans la rue			
3. l'absence de tout fondement à mes peurs			
4. l'absence de sensibilité			
5. l'absence de peur des autres			
6. l'absence de peur des animaux			
7. l'absence de peur des objets			
8. l'absence de peur des situations			
9. l'absence de peur des personnes			
10. l'absence de peur des situations			
11. l'absence de peur des situations			
12. l'absence de peur des situations			
13. l'absence de peur des situations			
14. l'absence de peur des situations			
15. l'absence de peur des situations			
16. l'absence de peur des situations			
17. l'absence de peur des situations			
18. l'absence de peur des situations			
19. l'absence de peur des situations			
20. l'absence de peur des situations			
21. l'absence de peur des situations			

Signature du patient :

Annexes 9: Exemples de questionnaires remplis par un sujet des trois groupes 251

1cas de TOC	252
1 cas de phobie sociale	259
1 cas normal	266