

# Info LR-TOC

Magazine  
officiel du  
Laboratoire de  
recherche sur  
les troubles  
obsessionnels-  
compulsifs

Magazine LR-TOC · Édition 2021

Le Laboratoire de recherche sur les troubles obsessionnels compulsifs est dédié à l'amélioration de notre compréhension et au traitement des troubles obsessionnel-compulsif et apparentés à travers la recherche scientifique et sa dissémination mondiale afin de fournir aux cliniciens et aux patients des options de traitements viables et efficaces.



**LABORATOIRE DE RECHERCHE  
SUR LES TROUBLES  
OBSESSIONNELS COMPULSIFS**



# LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

## Directeur

Frederick Aardema, Ph.D.

## Coordination

Lysandre Bourguignon, B.Sc., coordonnatrice d'équipe  
Natalia Koszegi, D.Psy, coordonnatrice clinique

## Gestion administrative et des projets

Jean-Sébastien Audet, gestionnaire des données  
Louis-Philippe Baraby, gestionnaire des dossiers de participants

## Cliniciens

Roula Daghfal, L.Ps., D.Psy  
Catherine Dalpé, D.Psy. Cand.  
Annik Guitard, M.Ps.  
Natalia Koszegi, D.Psy.  
Elie Rizkallah, Ph.D./D.Psy.  
Melha Zidani, MD, M.Sc  
Jean-Philippe Gagné, Ph.D/D.Psy  
Catherine Ouellet-Courtois, Ph.D/D.Psy  
Audrey Livet, Ph.D.

## Évaluateurs cliniques

Alice Girouard  
Marianne Lemay  
Ariel Garand  
Adriana Ursulet

## Étudiants aux cycles supérieurs

Jean-Sébastien Audet  
Louis-Philippe Baraby  
Lysandre Bourguignon  
Louis Dubé  
Tina Farshadgohar  
Sarah Houazene  
Stella-Marie Paradisis  
Julie Sauvageau

## Stagiaire postdoctorale

Shiu Wong, Ph.D.

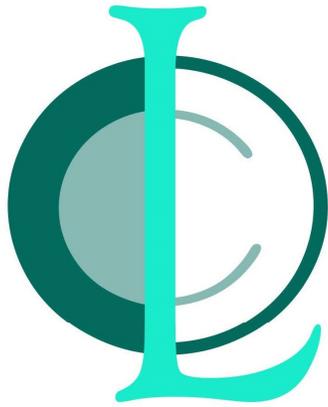
## Comité de rédaction

Frederick Aardema  
Jean-Sébastien Audet  
Louis-Philippe Baraby  
Lysandre Bourguignon  
Philippe Valois



**CENTRE  
DE RECHERCHE  
DE L'IUSMM**

CENTRE AFFILIÉ À  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



# LABORATOIRE DE RECHERCHE SUR LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

Le Laboratoire de recherche sur les troubles obsessionnels compulsifs (LR-TOC), dirigé par Frederick Aardema, se concentre sur l'amélioration de notre compréhension et du traitement des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés. Ces objectifs sont accomplis à travers quatre axes de recherche interconnectés, incluant 1) l'identification des marqueurs environnementaux, cognitifs et comportementaux; 2) l'amélioration du diagnostic différentiel; 3) l'identification des prédicteurs et des marqueurs des résultats de traitements; et 4) le développement et la validation d'option de traitement cognitive-comportementale spécialisé pour les troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Dr. Frederick Aardema est un professeur agrégé à l'Université de Montréal et un chercheur sénior financé par les Fonds de Recherche du Québec au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal.

## Éditorial

Par Frederick Aardema

Il me fait plaisir d'écrire cet éditorial pour souligner nos récentes réalisations au laboratoire. En particulier, malgré les circonstances difficiles posées par la pandémie au cours des dernières années, notre travail a connu des progrès et une productivité considérables, et je tiens à remercier tous les membres de notre équipe qui ont contribué à faire progresser notre compréhension et le traitement des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés.

*L'amélioration du raisonnement et les perceptions de soi redoutées sont fortement associées au résultat thérapeutique*

Nous avons développé de nouvelles mesures et tâches expérimentales montrant que les personnes atteintes de troubles-obsessionnels compulsifs et apparentés présentent et maintiennent des niveaux de doute plus élevés, souvent à la suite d'un raisonnement

dysfonctionnel qui donne lieu à des obsessions. De plus, ces erreurs de raisonnement semblent souvent se produire à l'unisson dans des domaines de la vie où la personne manque de confiance, en particulier lorsque des aspects valorisés de l'identité personnelle sont menacés. Il s'agit d'un domaine d'investigation important, car



lorsque les distorsions du raisonnement et les perceptions de soi redoutées ne sont pas prises en compte dans le traitement, elles peuvent donner lieu à une résistance au traitement. En effet, une découverte importante de notre laboratoire est que l'amélioration du raisonnement et les perceptions de soi redoutées sont

fortement associées au résultat thérapeutique.

Ce travail a abouti à un récent numéro spécial publié dans le *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* avec un grand nombre de contributeurs internationaux aidant à faire avancer ce nouveau domaine de recherche prometteur. Le même numéro spécial a proposé un nouveau modèle cognitif-comportemental prometteur des troubles obsessionnels compulsifs et apparentés, basé sur le rôle du raisonnement dysfonctionnel et des perceptions de soi redoutées. Grâce à ces efforts, LR-TOC a maintenant un rôle de leader international dans la recherche sur les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés.

Un autre domaine de recherche crucial qui s'est encore renforcé ces dernières années est le développe-

### *LR-TOC a un rôle de leader international dans la recherche sur les troubles obsessionnels compulsifs et apparentés.*

ment et la validation de stratégies et d'interventions pour les personnes atteintes de troubles obsessionnels compulsifs et apparentés pour lesquels les traitements n'ont jusqu'à présent pas fonctionné. Malgré l'efficacité globale de divers types de traitements, il reste une proportion importante de personnes atteintes de troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés qui n'en bénéficient pas autant que nous le souhaiterions. Pour remédier à cette situation, sur la base de nombreux travaux théoriques et empiriques, nous avons développé et validé une thérapie cognitive-comportementale alternative basée sur l'inférence (TCC-BI). Nous avons produit deux livres basés sur ce travail, y compris un manuel de traitement intitulé *Clinicians OCD Manual* publié par *Wiley and sons*. Un manuel d'autoassistance pour rendre ce traitement plus largement disponible est actuellement en préparation.

L'adaptation de nouvelles conceptualisations cognitives et d'études empiriques en interventions thérapeutiques viables au LR-TOC a conduit au développement et à la validation continue de la TCC-BI. Cette approche a suscité un grand intérêt tant au niveau national qu'à l'étranger, et en plus de nos propres études, la TCC-BI est maintenant en cours de validation dans des essais randomisés dans des laboratoires indépendants. Les cliniciens et d'autres établissements de santé mentale manifestent également un intérêt considérable, et nous proposons actuellement une formation et un soutien en matière de TCC-BI à travers le monde, comme par exemple l'unité de services d'intervention avancée de l'hôpital et de l'école de médecine de Ninewells, qui fait partie du *National Health Services in Scotland*.

Dans le cadre de notre essai randomisé à grande échelle actuel sur l'efficacité de la TCC-BI, nous menons plusieurs études pour mieux comprendre pourquoi tout le monde ne bénéficie pas du traitement et pour trouver des solutions à cette situation. En particulier, certaines personnes atteintes de troubles obsessionnels compulsifs et apparentés estiment que leurs obsessions sont tout à fait réalistes et raisonnables, et elles peuvent nécessiter une approche thérapeutique différente, davantage axée sur le rôle du raisonnement. Au cours des prochaines années, nous mènerons un certain nombre d'études supplémentaires dans ce domaine dans le but d'améliorer le traitement des personnes atteintes de troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés qui ont des difficultés à bénéficier des

traitements existants. De plus, nous prévoyons d'étendre le programme de recherche aux troubles dysmorphiques corporels. Cette condition est caractérisée par une préoccupation pour sa propre apparence, et bien qu'elle soit différente du trouble obsessionnel-compulsif, il existe également de nombreuses similitudes. Notre programme de recherche actuel est idéalement adapté pour approfondir notre compréhension de cette condition.

La dernière année sous le couvert de la COVID-19 a certainement été difficile pour tout le monde, mais nous avons paradoxalement réussi à augmenter notre productivité, y compris plusieurs articles sur l'impact de COVID-19 sur les personnes atteintes de troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Le plus grand défi a été de déplacer toute notre équipe et le traitement de nos patients vers un environnement de travail en ligne, ce que grâce à une équipe très dévouée et professionnelle, nous avons pu accomplir dans un délai court. Le passage à un environnement de travail virtuel a également paradoxalement conduit à des progrès significatifs dans l'exécution de notre essai contrôlé randomisé en cours. Ceci parce que la prestation du traitement par vidéoconférence pourrait désormais être offerte de manière

*La résilience et l'innovation que cette crise a mises de l'avant sont quelque chose que nous visons certainement à poursuivre.*

réaliste à ceux de l'extérieur de Montréal sans que les participants aient à parcourir de longues distances, ce qui entraînerait une augmentation du nombre de participants à notre essai. Au cours de la dernière année seulement, nous avons pu recruter plus de 50 participants cliniques.

De toute évidence, le développement de la technologie et son effet bénéfique potentiel pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, comme la numérisation des environnements de travail, sont en cours depuis un certain temps déjà, mais sa mise en œuvre a été radicalement accélérée par COVID-19. La douleur et le stress causés par COVID-19 ont été énormes pour beaucoup, mais la résilience et l'innovation que cette crise a mises de l'avant sont quelque chose que nous visons certainement à poursuivre. En fait, la diffusion et la livraison de la TCC-BI par le biais

de l'innovation technologique, y compris la recherche sur sa livraison numérique, sera un axe de recherche important pour nous au cours des prochaines années.

Nous avons une excellente équipe en place pour réaliser nos objectifs au cours des années à venir, qui a travaillé sans relâche pour que notre essai et de nombreux projets se déroulent efficacement. Notre équipe ne cesse de s'agrandir, et un grand merci à vous tous, votre dévouement, votre éthique de travail et votre efficacité. Cela a fait toute la différence l'année dernière. De même, je tiens à remercier tous ceux qui participent à nos études. Ce ne serait pas possible sans vous. Ensemble, je suis convaincu que les prochaines années seront très productives avec des travaux cliniques et de nouvelles découvertes de recherche pour améliorer la vie des personnes aux prises avec ce problème de santé mentale sérieux et souvent grave.

---

## Édition Spéciale sur les soi possibles craints

### *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*

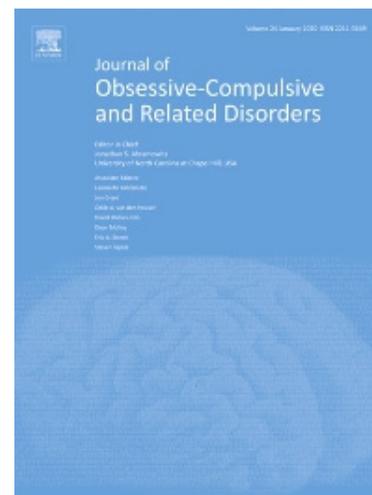
Le *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* a publié une édition spéciale sur les soi craints possibles dans le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles apparentés avec Frederick Aardema et Shui Wong comme éditeurs et avec des contributions d'une grande variété d'auteurs investiguant le rôle des perceptions d'un soi craint dans le trouble obsessionnel-compulsif.

#### Résumé de l'Éditorial

Les modèles cognitifs comportementaux du trouble obsessionnel compulsif (TOC) ont largement ignoré la conceptualisation des thèmes de soi vulnérable comme une caractéristique principale du TOC, malgré de nombreux rapports historique et empiriques insinuant son importance. L'édition spéciale actuelle du *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders* vise à mettre en lumière le rôle d'un tel construit de soi dans le TOC, à savoir le soi possible craint – qui décrit un ensemble de qualité que la personne craint ou s'inquiète de faire partie de soi, dans le présent ou dans le futur. À cette fin, cet éditorial situe premièrement le soi craint dans un contexte historique ainsi que dans la littérature récente, et nous avons fournit un modèle de travail du TOC afin de guider les investigations futures sur ce sujet. Les auteurs contri-

buant à cette édition spéciale ont eu la demande de décrire leurs résultats empiriques sur l'association entre le soi craint et le TOC, obtenus de recherches conduites dans utilisant une variété d'approches méthodologiques. À travers ce format unique, nous espérons fournir une fondation solide

qui inspirera de plus amples recherches autour des perceptions de soi craintes et ces élaborations en théories, ce qui pourrait avancé notre compréhension, traitement et même la prévention du TOC et des troubles apparentés.



Source: Aardema, F., & Wong S.F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 4, 100479.

## Publications récentes du LRTOC



- Aardema, F. (2020). COVID-19, Obsessive-Compulsive Disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100558. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100558>
- Aardema, F., & Wong S.F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 4, 100479. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100479>
- Aardema, F., Radomsky, A.S., Moulding, R., Wong, S.F., Bourguignon, L., & Giraldo-O'Meara, M. (2021). Development and validation of the multidimensional version of the Fear of Self Questionnaire: Corrupted, culpable and malformed feared possible selves in obsessive-compulsive and body-dysmorphic symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2565>
- Audet, J-S., Aardema, F., Wong, K., Radomsky, A.S. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared-self perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100537. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100537>
- Baraby, L-P., Wong, S.F., Radomsky, A.S., & Aardema, F. (2021). Dysfunctional reasoning processes and their relationship with feared self-perceptions and obsessive-compulsive symptoms: An experimental investigation with a new task-based measure of inferential confusion. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100593. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100593>
- Beaulieu, S.M., O'Connor, K.P., Aardema, F., & Lavoie, M.E. (2021). Lateralized readiness potentials and sensorimotor activity in adults with obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 104, 110061. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110061>
- Houazene, S., Aardema, F., Leclerc, J., & O'Connor, K. (2021). The role of self-criticism and shame in body-focused repetitive behaviors and eating disorders symptoms. *Behavior Change*, 38, 10-24. <http://dx.doi.org/10.1017/bec.2020.16>
- Houazene, S., Leclerc, J., O'Connor, K., & Aardema, F. (2021). "Shame on you": the impact of shame in body-focused repetitive behaviors and binge eating. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103804>
- Khosravani, V., Aardema, F., Ardestani, S. M. S., & Bastan, F.S. (2021). The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 100626. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100626>
- Krause, S., Wong, S., O'Meara, M., Aardema, F., & Radomsky, A.S. (2020). It's not so much about what you touch. Mental contamination mediates the relationship between feared self-perceptions and contact contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related disorders*, 4, 100507. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100507>
- Lorens-Aguilar, S, Garcia-Soriano, G., Maria R., Barrada, J.R., Aardema, F., & O'Connor K. (2020). Spanish version of the Inferential Confusion Questionnaire expanded version: further support for the role of inferential confusion on obsessive-compulsive symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27, 515-527. <https://doi.org/10.1002/cpp.2435>
- Lorens-Aguilar, S, Garcia-Soriano, G., Arnáez, S. Aardema, F., & O'Connor K. (2021). Is context a crucial factor to distinguish between intrusions and obsessions in patients with obsessive-compulsive disorder? *Journal of Clinical Psychology*, 77, 804-817. <https://doi.org/10.1002/jclp.23060>
- Ouellet-Courtois, C., Aardema F., & O'Connor, K. (2020). Cognitive Confidence and Inferential Confusion in Obsessive-Compulsive Disorder: Differences Across Subtypes. *International journal of Cognitive Therapy*, 13, 358-378. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00087-2>
- Ouellet-Courtois, C., Aardema F., & O'Connor, K. (2021). Reality Check: An Experimental Manipulation of Inferential Confusion in Eating Disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 70, 101614. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101614>
- Sauvageau, J., O'Connor, K., Dupuis, G., & Aardema F. (2020). Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100557. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100577>
- Silke, J-C, Bourdon, O, Larocque, O, Rosie, M., Kheloui, S., Beachamp-Kerr, P., Barbosa Da Torre, M, Gariépy, G., Geoffrion, S., Abdel-Baki, A., Marin, M-F, Aardema, F., Juster, R-P (2020). Sex- and Gender-Based Analysis of Coronavirus Crisis Competence. *Psychoneuroendocrinology*, 119, 104957. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104957>
- Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2020). What do I look like? Perceptual confidence in bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25, 177-183. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0542-x>
- Wong, S.F., Aardema, F., Mendel, B., Trespalacios, F., & Radomsky, A.S. (2020). Manipulating feared self-perceptions in an analogue sample using virtual reality and its impact on harm-related intrusions and urge to neutralize. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100585. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100585>
- Wong, S.F., Aardema, F., O'Meara, M.G., Johansson, P., & Hall, L. (2020). Choice blindness, confabulatory introspection, and obsessive-compulsive symptoms: Investigation in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 376-385. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10066-3>

# Dans les médias: Frederick Aardema: le hasard fait bien les choses

Par Annik Chainey

**D**ébut des années 2000. Originaire des Pays-Bas, Frederick Aardema, qui vient tout juste de s'installer de ce côté-ci de l'Atlantique par amour pour une Québécoise, travaille comme psychologue clinicien à l'Hôpital Royal Victoria et songe à faire un doctorat. Alors qu'il explore les possibilités s'offrant à lui pour la poursuite de ses études, il fait une découverte surprenante : Kieron O'Connor, un chercheur ayant eu une influence déterminante sur la maîtrise qu'il a effectuée dans son pays natal à la fin des années 1990, sur les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), habite à Montréal, sa nouvelle ville d'adoption. « Durant ma maîtrise, j'étais tombé sur deux articles de M. O'Connor proposant une approche différente par rapport à la compréhension et au traitement des TOC, approche que j'avais trouvée extrêmement novatrice et originale, raconte le chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM). Sur le coup, je ne m'étais pas attardé à sa nationalité et ce fut une belle coïncidence de découvrir qu'il vivait au Québec. »

Cette approche, c'est la thérapie basée sur les inférences, qui offre une nouvelle manière de voir le TOC. On peut définir le TOC comme une maladie psychologique caractérisée par la présence d'obsessions, soit des images ou pensées persistantes ne pouvant être dissipées, et de compulsions, c'est-à-dire un comportement ou un acte mental visant à prévenir une situation redoutée ou à réduire la souffrance causée par l'obsession. Ces obsessions et compulsions sont assez sévères pour avoir un impact négatif sur le fonctionnement de la personne atteinte. Si le type d'obsessions varie, la séquence du TOC est toujours la même : un événement déclencheur provoque un doute obsessionnel, ce dernier entraîne l'anticipation d'une conséquence qui, elle, cause une émotion négative menant à une compulsion.

À l'époque de la publication des articles de Kieron O'Connor, il existe deux thérapies pour les TOC. La première, la thérapie comportementale, aussi appelée "exposition avec prévention de la réponse", existe depuis les années 1960 et est centrée sur la compulsion. Elle consiste à exposer directement le patient à ce qui lui fait peur jusqu'à ce qu'il s'habitue à l'anxiété suscitée par cet objet. La seconde, la thérapie cognitivo-



Photo par Bonesso-Dumas

comportementale, date des années 1980 et est le premier modèle à tenir compte de l'aspect cognitif des TOC. Elle porte sur l'étape de l'anticipation des conséquences, soit le moment dans la séquence où le patient évalue le doute obsessionnel. « Selon ce modèle, l'obsession trouve son origine dans les pensées intrusives qui font quotidiennement irruption dans notre esprit sans réelle explication, explique Frederick Aardema. Les tenants de ce modèle estiment que le problème se situe non pas du côté de la pensée intrusive, considérée comme normale, mais de celui de l'évaluation, soit de l'anticipation de la conséquence. L'objectif du traitement est donc d'amener le patient à évaluer différemment son doute obsessionnel. »

Ces deux approches ne font toutefois pas l'unanimité au sein de la communauté scientifique. « L'exposition avec la prévention de la réponse est un traitement très difficile que de nombreux patients refusent de suivre ou abandonnent en cours de route, révèle M. Aardema. Quant à la thérapie cognitivo-comportementale, elle est toujours utilisée de concert avec l'exposition et il y a consensus au sein de la littérature sur le fait que ce type d'intervention cognitive n'augmente pas l'efficacité du traitement. » C'est là que M. O'Connor entre en jeu. « Les deux articles théoriques qu'il a publiés en 1995 proposent une reconceptualisation des TOC, les présentant non plus comme un trouble phobique, mais plutôt comme un trouble relevant des croyances primaires, précise le directeur du Laboratoire de recherche sur les troubles obsessionnels-compulsifs du CRIUSMM. Le premier modèle cognitif considérait que l'obsession découlait de pensées intru-

sives normales. Mais Kieron O'Connor a avancé l'idée que le doute obsessionnel était plutôt le fruit d'un raisonnement. Il a donc suggéré de traiter non seulement le doute obsessionnel, mais aussi le processus de raisonnement qui le sous-tend afin d'y identifier les erreurs qui amènent la personne à développer une obsession. C'est à partir de ce principe qu'il a élaboré la première ébauche de l'approche basée sur les inférences. »

Les hypothèses de M. O'Connor ont un grand effet sur Frederick Aardema, qui se donne aussitôt pour mission de tester les hypothèses du chercheur québécois dans le cadre de sa maîtrise, un travail qu'il poursuivra

*Peu importe les raisons évoquées par le patient pour justifier le fait de, par exemple, vérifier si la porte est verrouillée, elles ne sont jamais basées sur une perception réelle.*

avant et pendant ses études doctorales. « Durant mon doctorat, j'ai considérablement développé le modèle, notamment en créant un questionnaire permettant de mesurer ce qu'on appelle la "confusion inférentielle" dans les TOC, c'est-à-dire la tendance des patients à confondre l'imaginaire et la réalité, explique le professeur agrégé sous octroi au Département de psychiatrie et d'addictologie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Parce que, peu importe les raisons évoquées par le patient pour justifier le fait de, par exemple, vérifier si la porte est verrouillée, elles ne sont jamais basées sur une perception réelle. Il peut voir et sentir que la porte est verrouillée et tout de même douter. Un doute minime suffit à le convaincre de vérifier. Ce que la thérapie basée sur les inférences essaie de faire, c'est de lui montrer que ce doute n'est pas ancré dans la réalité et qu'il n'y a donc aucune raison de lui accorder de l'importance. »

Toujours durant ses études doctorales, M. Aardema

a participé à l'un des premiers essais randomisés contrôlés comparant les thérapies comportementale, cognitivo-comportementale et basée sur les inférences. « Nous avons découvert qu'elles étaient toutes égales sur le plan des résultats, révèle le chercheur, qui a aussi fait un postdoctorat sur le rôle des thèmes du moi dans les TOC. Mais en y regardant de plus près, nous avons vu que la thérapie basée sur les inférences fonctionnait mieux pour les patients souffrant d'un TOC avec idéation surinvestie, soit ceux qui sont convaincus de la véracité de leur raisonnement et de la validité de leur obsession. » Encouragés par cette découverte, Frederick Aardema et son équipe ont récemment entamé un

nouvel essai randomisé contrôlé afin de voir si la thérapie basée sur les inférences est plus efficace que les deux autres, du moins pour le sous-groupe mentionné plus haut, et vérifier si elle engendre des taux de refus et d'abandon moins élevés.

Plus de 20 ans après ses débuts sous la plume de Kieron O'Connor, l'approche basée sur les inférences ne cesse de gagner en popularité, et ce, tant ici qu'ailleurs dans le monde. « J'ai été très chanceux de pouvoir prendre part à cette aventure dès le départ, confie M. Aardema. Même si je n'ai rencontré M. O'Connor que huit ans après avoir lu ses articles, notre relation professionnelle a vraiment été fructueuse et continue d'être très inspirante pour moi. » Comme quoi le hasard fait parfois bien les choses.

Originellement publié au <https://medecine.umontreal.ca/recherche/les-chercheurs-de-la-faculte/portraits-chercheurs/frederick-aardema-le-hasard-fait-bien-les-choses/>

## L'approche basée sur les inférences à travers le monde

Depuis sa création en 1995 à Montréal, la thérapie basée sur les inférences n'a cessé de s'étendre. D'abord pratiquée en clinique privée, elle s'est peu à peu répandue dans le réseau public québécois. Elle est maintenant aussi pratiquée dans plusieurs régions du monde, dont dans des cliniques spécialisées de Hollande et d'Écosse grâce à la formation et au support du LR-TOC.



**Advanced Interventions Service**

Ninewells Hospital & Medical School | Dundee | Scotland, UK

# Essai d'une nouvelle thérapie pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif

Résumé d'article par Jean-Sebastien Audet

Le traitement de choix pour le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est la thérapie cognitive comportementale. Ce traitement comporte habituellement deux composantes : la restructuration cognitive et l'exposition avec prévention de la réponse. La restructuration cognitive cible les croyances dites obsessionnelles, qui seraient la cause des obsessions. Toutefois, bien que le consensus dans la communauté scientifique soit que les croyances obsessionnelles soient à la base des obsessions, les preuves supportant ce point ne soutiennent pas cette affirmation sans l'ombre d'un doute. De plus, bien que l'exposition avec prévention de la réponse soit un traitement efficace pour le TOC, un nombre élevé de personnes suivant ce traitement ne le termine pas à cause de la détresse intense qu'elles ressentent. D'autres personnes, qui ont une forte conviction dans la véracité de leurs obsessions, habituellement appelée idées surévaluées, abandonnent le traitement ou n'en

ces sens. Pour ce faire, les raisons qui amènent la personne à donner de la crédibilité à son TOC sont examinées et remplacées par des raisons qui montrent que son TOC n'a pas de fondement dans la réalité.



Pour vérifier si cette nouvelle thérapie est efficace, 102 participants ont complété 24 séances de TBI. Les résultats de l'étude montrent que la TBI est efficace pour réduire les symptômes du TOC, avec des résultats comparables à la thérapie cognitive comportementale. Tous les sous-types de TOC affichaient des gains comparables durant la thérapie, mais ceux qui souffraient de problématique de vérification obtenaient les meilleurs résultats. Les gains obtenus en thérapie ont été généralement maintenus lorsqu'évalués 6 mois après la fin de la TBI. Finalement, la diminution de la confusion inférentielle

*Contrairement à la thérapie cognitive comportementale, la TBI ne cible pas les croyances obsessionnelles, mais plutôt la confusion inférentielle, une manière de raisonner qui amène à douter des sens au profit de son imaginaire.*

bénéficient peu. De plus, chez les personnes qui complètent la thérapie cognitive comportementale pour le TOC, plusieurs souffrent encore de symptômes importants, ce qui souligne le besoin d'avoir des interventions alternatives pour tenter de diminuer leur souffrance.

Afin de compléter ces lacunes, un nouveau traitement a été créé, la thérapie basée sur les inférences (TBI). Contrairement à la thérapie cognitive comportementale, la TBI ne cible pas les croyances obsessionnelles, mais plutôt la confusion inférentielle, une manière de raisonner qui amène à douter de sens au profit de son imaginaire. Concrètement, cette thérapie amène la personne à faire à nouveau confiance en

durant le traitement était le meilleur prédicteur de la diminution des symptômes. De plus, la TBI avait une efficacité similaire, peu importe le niveau d'idée surévaluée. Cette étude montre donc que la TBI est un traitement qui est efficace pour tous les types de TOC et d'autres études sont nécessaires afin de vérifier s'il s'agit d'un traitement qui est au moins aussi efficace que la thérapie cognitive comportementale.

Cet article est basé sur : Aardema, F., O'Connor, K. P., Delorme, M.-E., & Audet, J.-S. (2017). The Inference-Based Approach (IBA) to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial Across Symptom Subtypes and Treatment-Resistant Cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 289-301. DOI: 10.1002/cpp.2024

# Soi craint: Dernier résultats de deux études au LR-TOC

## Résumé d'article par Louis-Philippe Baraby

Les modèles cognitifs comportementaux considèrent de manière croissante la rôle causal potentiel des thèmes de soi vulnérables et des croyances à propos de soi dans le développement et le maintien du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Ces modèles tiennent pour compte que les obsessions trouvent leur origine dans les pensées, images et impulsions involontaires et non-voulues qui, si interprétées de manière négative, amènent de la détresse et des tentatives de se débarrasser des pensées

Plus récemment, le rôle des domaines sensible dans le concept de soi et les perceptions d'un soi craint ont été étudiées. La notion de « soi craint » réfère à un ensemble de caractéristiques que la personne a peur de posséder. En d'autres mots, il s'agit de la peur de qui quelqu'un pourrait être pour pourrait devenir. Le soi craint semble particulièrement apparent dans les obsessions répugnantes, qui réfère aux intrusions qui suggèrent à un individu qu'il pourrait commettre ou vouloir commettre des actions contraires à son identité (par exemple commettre un meurtre).

*Plusieurs études ont supporté la vision que le soi craint d'individus souffrant de TOC est plus à même de contenir des représentations de soi comme étant mauvais, immoral, dangereux ou « fou »*

Le concept de soi craint a été récemment suggérer comme un construit cognitif central dans le TOC. En fait, plusieurs études ont supporté la vision que le soi craint d'individus souffrant de TOC est plus à même de contenir des représentations de soi comme étant mauvais, immoral, dangereux ou « fou ». Considérant que la prévalence à vie des obsessions répugnantes est estimée à 73% chez ceux souffrant de TOC, de plus amples recherches sont donc nécessaire afin de faire progresser le traitement pour les patients de souffrent de telles obsessions.

Considérant ces résultats de recherche, le La-

boratoire de recherche sur les troubles obsessionnels compulsifs a développé le questionnaire sur le soi craint (FSQ) en 2013, afin d'étudier le construit du soi craint. Les résultats ont montré que le FSQ était un prédicteur important des pensées non-voulues, telles les obsessions répugnantes. Deux autres recherches affinant notre compréhension du concept du soi craint ayant été conduites dans notre laboratoire seront présentées



## Le rôle des soi craints possibles dans le trouble obsessionnel compulsif et les troubles reliées

Une étude de 2017 du LR-TOC visait à investiguer d'avantage la perception d'un soi craint en utilisant le FSQ dans un échantillon de participants souffrant de TOC et des troubles apparentés (troubles alimentaire et peur d'une dysmorphie corporelle) en comparaison à des groupes contrôle clinique (souffrant d'anxiété et de dépression) et non-clinique.

Les résultats ont montré que les participants souffrant de TOC n'endossait pas le soi craint plus que le groupe de comparaison clinique. Toutefois, les participants qui avaient des obsessions répugnantes endossai fortement ces caractéristiques. De plus, l'endossment du soi craint était significative plus élevé chez ceux souffrant de trouble alimentaire ou d'une peur d'une dysmorphie corporelle comparativement aux groupes contrôle clinique et non-clinique.

Globalement, les résultats de cette étude supporte l'utilisation du FSQ à la fois dans la recherche et à la clinique afin de mesurer les perceptions de soi craintes dans le TOC et potentiellement dans d'autres troubles où la honte et le dégoût de soi sont à l'avant plan dans la symptomatologie. Un soi craint semble s'appliquer particulièrement à ceux qui ont des obsessions répugnantes où les obsessions elle-même réfère à la personne et font souvent un contraste fort (et tragique) avec le soi actuel de la personne et la réalité. Compte tenu de cela, nous espérons que cette étude aidera à informer et ultimement à améliorer l'efficacité des interventions cognitives pour le TOC et les troubles apparentés.

## Le soi craint et l'amélioration thérapeutique

Cette étude portant sur les processus pertinents au traitement psychologique dans le TOC avait pour but d'amener des preuves convergentes sur l'implication du soi craint dans le TOC, en examinant si l'amélioration des symptômes du TOC étaient prédites par la réduction des perceptions d'un soi craint. Cette étude a utilisé les résultats de 93 participants souffrant de TOC et recevant une thérapie de style cognitive comportementale (plusieurs types de thérapies ont été utilisées). Les résultats ont montré que la réduction du soi craint pendant le traitement prédisait la diminution des obsessions répugnantes et des préoccupations de contaminations en tenant compte d'autres processus expliquant la diminution des symptômes.

Cette étude confirme donc les conclusions de recherches précédentes suggérant la pertinence d'un soi craint possible dans les troubles psychologiques tel le TOC, où les perceptions de soi négatives sont un thème dominant. Cela soutient l'attention croissante donnée à la modification des thèmes de soi vulnérables dans les

traitements cognitifs comportementaux du TOC, tel que thérapie cognitive basée sur les inférences, un des traitements utilisés dans cette étude. Ce traitement cible explicitement les perceptions d'un soi craint dans le TOC, et vise à aider les clients à développer un plus grand niveau de confiance en son soi en utilisant des critères basés sur la réalité afin de définir son sens de soi et, encore plus important, en leur montrant que leur soi craint possible se présente seulement sur la base de « preuves » non-directe et se tient en contraste avec leur soi réel.

Ce texte est basé sur les résultats présentés dans les articles: Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S., & Purcell-Lalonde, M. (2018). The role of feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), e19-e29. Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J.-S., Melli, G., & Baraby, L.-P. (2018, in press). Reduced Fear of Self is Associated with Improvement in Concerns Related to

---

## Dans les médias : La « peur de soi » à l'origine de certains TOC

**V**ous vérifiez dix fois si votre four est bien éteint ? Vous rangez vos boîtes de conserve en ordre alphabétique ? Vous avez une peur bleue des microbes ? Vous souffrez probablement d'un trouble obsessionnel-compulsif ou TOC, une maladie psychologique qui touche 750 000 Canadiens et Canadiennes. Chez 40 % d'entre eux, la thérapie cognitive comportementale n'arrivera pas à contrôler les comportements obsessionnels. Selon Frederick Aardema, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, une partie de la solution serait de traiter la « peur de soi », qui n'est pas prise en compte actuellement par la thérapie.

La « peur de soi » se trouverait à l'origine de plusieurs sous-types de TOC, notamment l'obsession agressive ou phobie d'impulsion. Les gens souffrant de ce TOC s'empêcheront, par exemple, de se retrouver en présence d'enfants, car ils sont convaincus d'être des agresseurs. D'autres n'auront pas de couteaux chez eux, de peur de les utiliser comme arme contre quelqu'un. À la base, ces individus ont développé une « peur de soi », soit la crainte de ce qu'ils pourraient devenir ou faire s'ils suivaient leurs pensées imaginaires.

Frederick Aardema et son équipe ont développé un questionnaire pour diagnostiquer et changer cette mauvaise perception du soi-même, en se basant sur une revue de littérature et des études cliniques. Ils ont

ensuite testé leur approche thérapeutique auprès de 93 patients, afin de valider si elle permet non seulement de diminuer la peur de soi, mais aussi d'améliorer les symptômes d'obsession-compulsive. Et cela semble le cas. En combinant le questionnaire à la thérapie cognitive comportementale, les patients arrivent à mieux distinguer les doutes obsessionnels issus de leur imagination des doutes normaux, et à contrôler plus efficacement leur TOC.

Cette approche pourrait également être utilisée pour traiter des désordres alimentaires, l'anxiété et les troubles dysmorphiques – obsession sur un défaut imaginaire physique –, parce qu'ils sont également liés à une peur de soi-même.



Originellement publié au : <http://www.frqs.gouv.qc.ca/la-recherche/la-recherche-en-vedette/histoire?id=yjup0ax81556109746882&>

---

## Dans les medias: Entrevue du Dr. Natalia Koszegi avec Florence K

**N**atalia Koszegi, docteure en psychologie et coordonnatrice clinique au LR-TOC, a donnée une entrevue à Florence K pour une nouvelle série consacrée à la santé mentale. Elle a parlé de son expertise sur les troubles obsessionnels-compulsifs. L'entrevue a été diffusée dans la série *Vivre en funambule* par Savoir Media et elle est disponible à l'adresse suivante: <https://savoir.media/vivre-en-funambule/clip/trouble-obsessionnel-compulsif>



savoir.

---

## La relation entre la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles avec des symptômes obsessionnels-compulsifs

### Résumé d'article par Louis-Philippe Baraby

**L**es modèles cognitifs comportementaux mettent l'emphase sur le rôle des croyances obsessionnelles et des interprétations des intrusions dans le développement et le maintien du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Un des domaines cognitifs qui reçoit une attention grandissante dans son habilité à expliquer une proportion unique des symptômes du TOC est ancré dans l'approche basée sur les inférences (ABI) pour le TOC. Un aspect clé de ce modèle est que le doute obsessionnel est construit sur une base imaginaire, une inférence menant au doute pathologique. Dans ce modèle cognitif, peu importe que le thème obsessionnel soit relié aux pensées « tabou », à la vérification, à la contamination ou à la symétrie, il est hypothétisé qu'elles se développent suite à un raisonnement dysfonctionnel qui est caractérisé par la méfiance envers les sens et un excès de confiance envers des possibilités hypothétiques, un processus qui est communément appelé la confusion inférentielle.

L'ABI maintient qu'un raisonnement dysfonctionnel joue un rôle central dans le développement du TOC, alors que d'autres modèles cognitifs ont plutôt mis l'emphase sur le rôle des croyances obsessionnelles dans l'évolution des pensées intrusives vers les obses-

sions. Cette étude a donc cherché à investiguer la spécificité de la confusion inférentielle et des croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC.

Afin d'investiguer le rôle de la confusion inférentielle et des croyances obsessionnelles, un groupe d'individu souffrant de TOC a rempli le questionnaire de confusion inférentielle et le questionnaire des croyances obsessionnelles. Les résultats montrent que la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles prédisent les symptômes du TOC de manière uniques. Spécifiquement, l'importance et le contrôle des pensées étaient particulièrement pertinents aux obsessions taboues, le perfectionnisme et le besoin de certitude aux symptômes de symétrie et la confusion inférentielle à l'indécision et à la rumination. Les croyances à propos de la responsabilité et au danger n'offraient aucune prédiction unique des symptômes du TOC.

En général, ces résultats montrent que la confusion inférentielle contribue une variance unique à la prédiction de certains symptômes du TOC, et donc mérite de plus grandes considérations en tant que domaine cognitif pertinent au TOC, particulièrement pour les symptômes où le doute est au-devant de l'expérience. Bien que le construit de la confusion inférentielle est conceptuellement et empiriquement distinct d'autres construits cognitifs proposé comme étant pertinent au TOC, elle n'est pas incompatible avec les approches basées sur les interprétations. Une approche basée sur

les inférences se centre sur le contexte inapproprié dans lequel les pensées obsessionnelles arrivent suite à des erreurs de raisonnement, alors que les modèles basés sur les interprétations se centrent sur la manière dont ces pensées sont interprétées et les conséquences qui s'en suivent. Par conséquent, la recherche sur les croyances obsessionnelles et la confusion inférentielle pourraient permettre le raffinement et l'élaboration

des modèles cognitifs comportementaux pour le TOC.

Ce texte est basé sur les résultats rapportés dans l'article suivant: Aardema, F., Wu, K., Moulding, R., Audet, J. S., & Baraby, L. P. (2018). The relationship of inferential confusion and obsessive beliefs with specific obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18(7), 98–105.

Présenté à

E A B C T  
ATHENS 2020

Aardema, F. (Président de session) Feared possible selves in obsessive-compulsive and related disorders. Symposium au 50th Annual Conference of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (virtuelle). Septembre, 2020, Athens, Greece.

Aardema, F. Development and validation of the multidimensional feared self questionnaire. Présentation orale au 50th Annual Conference of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (virtuelle). Septembre, 2020, Athens, Greece.

Audet J-S, Wong S.F, Radomsky, A.S, Aardema F. Not all intrusions are created equal: The role of context, feared-self perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. Présentation orale au 50th Congress of the European Association of Behavioral and Cognitive Therapy (virtuelle). Septembre, 2020 Athens, Greece

Baraby, L-P., Wong, S.F., Radomsky, A.S., & Aardema, F.. Dysfunctional reasoning processes and their relationship with feared self-perceptions and obsessive-compulsive symptoms. Présentation orale au 50th Annual Conference of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (virtuelle). Septembre, 2020, Athens, Greece.

Giraldo-O'Meara, M., Aardema, F., Wong, S-F & Radomsky, A.S. Exploring the role of fear of self in body dysmorphic disorder. Présentation orale au 50th Annual Conference of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (virtuelle). Septembre, 2020, Athens, Greece.

Wong, S.F., Aardema, F., Mendel, B., Trespalacios, F., & Radomsky, A.S. Manipulating feared self-perceptions in virtual reality and its impact on obsessive-compulsive symptoms in an analogue sample. Présentation orale au 50th Annual Conference of the European Association for Behavioral and Cognitive Therapies (virtuelle). Septembre, 2020, Athens, Greece.

# Quand santé mentale rime avec nouvelles technologies

Article par William Djomo

Depuis l'avènement d'internet, les nouvelles technologies occupent une place de plus en plus grande dans nos vies, notamment avec l'arrivée et la sophistication croissante des téléphones intelligents. Ces derniers de nos jours offrent un grand nombre d'applications censées nous offrir des services utiles et rapidement accessibles.

Le domaine de la santé et la santé mentale en particulier n'est pas en reste. De plus en plus de chercheurs s'intéressent à l'utilisation de ces technologies pour venir en aide aux personnes souffrant de diverses conditions. Les avantages que pourrait procurer cette approche sont nombreuses; nous pouvons citer l'accessibilité, le moindre coût, la possibilité d'intervenir à distance, l'autogestion.

L'application MUZZZ, que je vais tester dans le cadre de ma maîtrise en sciences biomédicales option sciences psychiatriques se situe dans ce contexte. Elle se propose de venir en aide aux personnes issues de la population générale et présentant des symptômes appartenant au spectre de l'anxiété associés ou non à de l'insomnie.

Nous savons que les troubles anxieux sont parmi les troubles psychiatriques les plus répandus pouvant affecter selon certaines statistiques plus de 20% de la population. Les conséquences de ces affections sont nombreuses, soit au niveau personnel (souffrance, isolement perte de productivité...) que familial ou même de la société en général. (Coûts pour le système de santé coûts sociaux causé par exemple par l'absentéisme au travail.) Très souvent les troubles anxieux sont associés aux troubles de sommeil ce qui complique la situation des personnes affectées en exacerbant les difficultés déjà présentes.

La prise en charge des troubles anxieux et de l'insomnie peut se faire avec un traitement pharmacologique mais les molécules les plus utilisées comme les benzodiazépines par exemple ont leur lot d'effet indésirable et tendent à perdre leur efficacité avec le temps à cause de l'installation d'une certaine tolérance. Les thérapies les plus efficaces pour

affronter ces troubles sont représentées par la thérapie cognitivo-comportementale. Malheureusement les temps d'attente sont souvent élevés de sorte que les personnes affectées doivent subir leur condition pendant de longs mois avec toutes les conséquences déjà mentionnées.

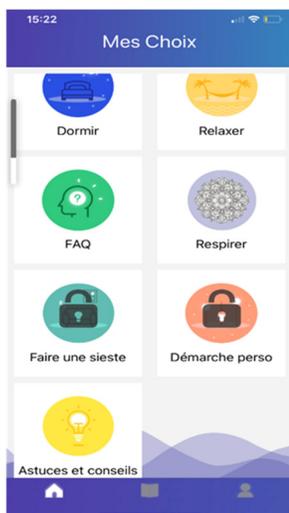


MUZZZ veut faire partie de la solution à ce problème. Elle se propose en effet après quelques semaines d'utilisation, de réduire l'anxiété et d'améliorer la qualité du sommeil. Son fonctionnement est basé sur l'écoute tous les jours de suggestions positives progressivement masquées par une musique relaxante. Ces suggestions ainsi masquées sont qualifiées de préconscientes ou de subliminales. La personne qui écoute n'a pas besoin de concentrer son attention sur les suggestions qui agissent en arrière-plan selon une modalité qui est plus proche des émotions et donc plus efficaces.

Cette application a été conçue sur la base du programme APAP (Augmentation de la Psychothérapie par Amorçage Préconscient) développé par le Dr François Borgeat qui est une approche utilisée en thérapie cognitive qui a été l'objet de publication de 2 articles scientifiques et qui a et qui a montré que les effets de la psychothérapie de type cognitivo-comportementale peuvent être amplifiés si les personnes avec des symptômes résiduels sont soumises de façon inconsciente à certaines stimulations positives.

La conception de l'application est presque à son terme et elle sera testée prochainement sur un échantillon de 20 personnes issues de la population générale qui ont manifesté des symptômes assimilables à ceux de l'anxiété associée ou non à l'insomnie et qui se trouvent sur une liste d'un CLSC en attente de rencontrer un spécialiste. Une fois que les participants auront téléchargé l'application sur leur téléphone intelligent elles seront invitées à écouter les suggestions de façon quotidienne. L'effet de cette intervention sera évalué en mesurant les scores obtenus par ces participants à des tests mesurant l'anxiété, les inquiétudes et le sommeil avant et après l'intervention.

*L'équipe éditoriale aimerait féliciter William pour la completion de son mémoire de maîtrise supervisé par Dr. Frederick Aardema et Dr. François Borgeat portant sur la validation de l'application MUZZZ.*



# Présentation de l'approche basée sur les inférences et des preuves supportant sa validité pour le trouble obsessionnel-compulsif

Résumé d'article par Jean-Sebastien Audet

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est traditionnellement traité par la thérapie cognitive comportementale qui postule que les obsessions sont des pensées intrusives normales qui sont sujettes à des interprétations erronées (par exemple, penser que l'on doit contrôler une pensée afin d'éviter qu'elle devienne réalité). Ces interprétations erronées viendraient de croyances dysfonctionnelles qui seraient à l'origine du TOC. La thérapie cognitive comportementale cible donc ces croyances dysfonctionnelles en les mettant à l'épreuve avec la personne qui souffre de TOC. Toutefois, 25 à 76% des personnes souffrant de TOC ne rapportent pas plus de croyances dysfonctionnelles reliées au TOC que la population générale. Ces observations montrent qu'il est important de considérer d'autres modèles théoriques pouvant expliquer le TOC, comme l'approche basée sur les inférences. Contrairement à la thérapie cognitive comportementale, l'approche basée sur les inférences commence avec l'expérience subjective de la personne qui souffre de TOC. Cette approche est née en regardant les narratifs de personnes qui souffrent de TOC, c'est-à-dire en regardant l'histoire ou les raisons qui justifient, pour la personne qui souffre de TOC, la présence des obsessions et la nécessité de faire les compulsions.

*La thérapie basée sur les inférences est efficace pour diminuer les symptômes du TOC, l'anxiété associée au TOC, les symptômes de dépression associés au TOC et la confusion inférentielle.*

Ce qui est frappant dans ces narratifs, c'est qu'ils entretiennent le doute. Cependant, il s'agit d'un doute différent que celui que nous avons lorsque nous nous demandons s'il y aura de la pluie ou du verglas lorsque la température approche le 0°C, il s'agit plutôt d'un doute qui est basé sur l'imaginaire. Ce doute ne se base pas sur l'information que les sens nous donnent et donc la logique et le sens commun en prennent un coup. Des processus de raisonnements qui font appel à

l'imaginaire (regroupé sous le nom de confusion inférentielle) se retrouvent chez les narratifs de personnes souffrant de TOC. Ces processus sont : l'inférence inverse (se basé sur son imagination (plutôt que les sens) pour comprendre ce qui se passe dans la réalité), la méfiance envers les sens, les erreurs de catégories (confondre ou « fusionner » des catégories d'objets ou d'attributs distincts), les événements apparemment comparables (confondre ou « fusionner » des événements qui se distinguent dans le temps ou l'espace), l'utilisation sélective de faits hors contexte (utilisés des faits généraux et les appliqués dans une situation personnelle qui n'est pas reliée) et les séquences purement imaginaires (s'imaginer des histoires ou des scénarios et en être tellement absorbé qu'on les « vit »). Ce narratif proviendrait d'une qualité ou d'un attribut que la personne croit posséder (à tort) et qu'elle juge négativement (une image de soi crainte).

Le narratif TOC entretiendrait le doute (peut-être que...) duquel découlerait une conséquence anticipée (...alors il se passera...), ce qui donne l'obsession (peut-être que mes mains sont contaminées, alors je pourrais rendre mes enfants malades en les touchant). Les deux composantes de l'obsession provoqueraient des émotions que la personne préférerait ne pas vivre (principalement de l'anxiété, mais aussi de la honte, de la culpabilité et/ou du dégoût). En retour, ces émotions seraient neutralisées (mise temporairement hors service) par les compulsions.

La recherche a montré que les participants souffrant de TOC jugeaient leurs obsessions comme étant principalement présentes sans contexte direct justifiant leur présence, ce qui supporte l'affirmation que les obsessions proviennent d'une information qui n'est pas donnée par les sens. Les personnes souffrant de TOC ont aussi tendance à utiliser un style de raisonnement qui va du particulier au général comparativement aux personnes de la communauté et à celles souffrant de troubles anxieux. Ce style de raisonnement est en lien avec les processus de raisonnements du TOC présenté plus haut puisqu'il généralise à outrance les événements vécus. Les personnes souffrant de TOC sont aussi plus sujettes à se fier aux possibilités hypothétiques que les personnes ne souffrant pas de TOC. Toutefois, certains ont suggéré que cette influence par les possibilités était due à la recherche de prudence dont feraient preuve les personnes souffrant de TOC. Toutefois, aucune

preuve convaincante n'a été amenée afin d'appuyer ce point.

Lorsque l'on mesure la confusion inférentielle (l'ensemble des processus de raisonnement du TOC) à l'aide d'un questionnaire, on remarque que les personnes souffrant de TOC présentent ce type de raisonnement plus fréquemment que les personnes souffrant d'un autre trouble anxieux ou que les personnes ne souffrant d'aucun trouble mental. La confusion inférentielle est reliée à l'ensemble des symptômes du TOC même en tenant compte de l'anxiété et de la dépression de sévissent parfois chez les personnes qui souffrent de TOC. Finalement, il est possible d'analyser une obsession selon le modèle doute/conséquence anticipée et l'importance du doute et l'importance des conséquences anticipées sont reliées.

Finalement, la thérapie basée sur les inférences (le traitement de l'approche basée sur les inférences) est

efficace pour diminuer les symptômes du TOC, l'anxiété associée au TOC, les symptômes de dépression associés au TOC et la confusion inférentielle. Ce traitement aide les personnes qui souffrent de TOC à se fier à nouveau à leur sens afin de diminuer la crédibilité de du narratif du TOC. Cela entraîne par conséquent une diminution de doute et des conséquences anticipées, ce qui diminue la fréquence des compulsions. L'approche basée sur les inférences est donc un modèle théorique du TOC qui tient la route et dont le traitement pourrait être utile pour les personnes qui souffrent de TOC.

Cet article est basé sur : Julien, D., O'Connor, K. & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-196. doi:10.1016/j.jad.2016.05.060

## Nouvelles de notre équipe



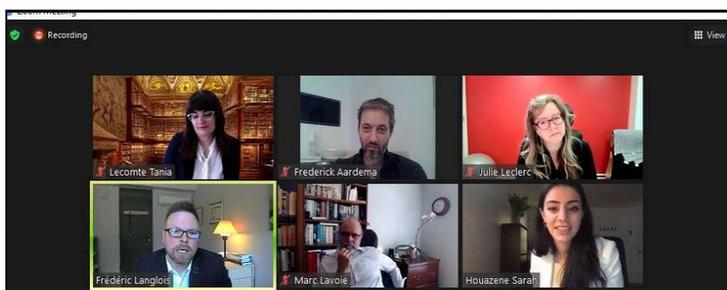
Catherine Ouellet-Courtois, supervisée par Frederick Aardema, lors de sa soutenance de thèse. Le LR-TOC tient à la féliciter pour la réussite de son parcours doctoral!



Remise de prix Fernand-Séguin. De gauche à droite : Stéphane Guay, Jean-Sebastien Audet (récipiendaire) et Frederick Aardema



Remise de prix Fernand-Séguin . De gauche à droite: Stéphane Guay, Louis-Philippe Baraby (récipiendaire), Frederick Aardema



Sarah Houazene, supervisée par Frederick Aardema, lors de sa soutenance de thèse. Le LR-TOC tient à la féliciter pour la réussite de son parcours doctoral!

# Manipulation des perceptions de soi craintes en réalité virtuelle et impact sur les symptômes du trouble obsessionnel compulsif dans un échantillon analogue

Résumé d'article par Shiu F. Wong

Une meilleure compréhension de ce qui cause et maintient le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est cruciale pour traiter efficacement ce trouble. Les théories cognitives traditionnelles suggèrent que la mauvaise interprétation des intrusions universellement vécues comme étant personnellement significatives est le facteur clé de leur transition vers les obsessions. Cependant, comme les intrusions ne sont pas universelles en termes de contenu, ces théories cognitives ont commencé à reconnaître le rôle potentiel des thèmes personnels vulnérables en tant que déterminant antérieur du contenu intrusif et donc de la genèse des obsessions cliniques. En effet, les personnes atteintes de TOC ont tendance à afficher une idée ou une peur de qui elles pourraient être ou devenir (par exemple, un meurtrier), et il est proposé que cette peur de soi dicte un contenu intrusif (par exemple, des pensées sur le fait de poignarder un être cher), la fréquence et détresse des obsessions, et motive les efforts répétitifs pour empêcher une personne de devenir son soi craint (par exemple, cacher compulsivement les couteaux).

*Les résultats fournissent des preuves préliminaires de la relation causale proposée entre la peur de soi et les symptômes du TOC*

L'étude actuelle visait à tester si une peur de soi provoque des symptômes de TOC en les manipulant à l'aide d'une nouvelle tâche basée sur la réalité virtuelle. Cent trente participants ont été assignés au hasard soit à la manipulation induisant une peur de soi ou à la manipulation de contrôle (n'induisant rien). Pour induire une peur de soi, les participants ont regardé, à la première personne, plusieurs vidéos de scénarios pertinents pour le TOC (obsessions répugnantes, faire du mal à soi-même ou aux autres, contamination) dans la réalité virtuelle où il leur semblait agir personnellement avec des personnes ou des objets. Par exemple, dans une vidéo, les participants devaient interagir avec un homme âgé avant d'avoir le choix de jeter du café chaud sur l'homme (en accord avec le soi redouté) ou

de lui donner le café (incongru avec le soi redouté). Grâce à un objectif de pointage, les participants à la condition de peur de soi étaient encouragés à choisir l'action congruente tandis que les participants à la condition de contrôle étaient encouragés à choisir l'action incongrue. Un collègue, se faisant passer pour un expert de la psychologie de la personnalité et de la réalité virtuelle, a ensuite informé les participants que les choix qu'ils ont faits en réalité virtuelle reflétaient des désirs et des caractéristiques cachés réels.

Les participants dans la condition « peur de soi », par rapport à ceux dans la condition contrôle, ont rap-



porté significativement plus de craintes autour de qui ils pourraient être ou devenir. Sur une mesure comportementale des symptômes du TOC, ils ont démontré un plus grand nombre d'intrusions liées à causer du tort et une plus grande envie de les supprimer. Des analyses exploratoires ont également montré que les jeunes adultes, qui devraient avoir une identité de soi plus vulnérable, étaient plus affectés par notre manipulation de cette peur de soi.

En résumé, les résultats fournissent des preuves préliminaires de la relation causale proposée entre la peur de soi et les symptômes du TOC. Cela confirme la

nécessité de les cibler dans les traitements cognitifs-comportementaux. De plus, la présente étude s'ajoute à la littérature croissante sur l'utilisation de traitements basés sur la réalité virtuelle pour modifier les perceptions négatives de l'individu et ses conséquences émotionnelles et comportementales.

Cet article est basé sur: Wong, S.F., Aardema, F., Mendel, B., Trespacios, F., & Radomsky, A. (2020). Manipulating feared self-perceptions in an analogue sample using virtual reality and its impact on harm-related intrusions and urges to neutralise. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 27. doi: 10.1016/j.jocrd.2020.100585

---

## Conséquences et identités craintes dans la boulimie nerveuse : L'impact des processus de raisonnement

### Résumé d'article par Samantha Wilson

Les troubles alimentaires sont des troubles mentaux sévères qui affecte de manière disproportionnée les femmes. Même si des traitements efficaces existent, les troubles alimentaires peuvent avoir un cours chronique et avoir des conséquences psychosociales et médicales significatives. Il est donc important que nous continuions d'investiguer les facteurs contribuant au développement et à la persistance de ces troubles afin de faciliter le perfectionnement des stratégies de traitements.

*Il a été trouvé que les participantes souffrant de BN étaient plus influencées par les informations basées sur les probabilités*

La boulimie nerveuse (BN) est un type de trouble alimentaire qui est caractérisé par des frénésies alimentaires récurrentes (c'est-à-dire, manger une quantité objectivement importante de nourriture en vivant une perte de contrôle) ainsi que par l'utilisation de comportements compensatoires (par exemple, se faire vomir, l'utilisation de laxatif et l'exercice excessif, etc.) Il a été trouvé que la BN a un haut taux de comorbidités avec le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), c'est-à-dire que plusieurs personnes souffrant de BN ont aussi un diagnostic de TOC. Ce haut taux de co-occurrence suggère que des processus similaires pourraient être impliqués à la fois dans la BN et dans le TOC.

De tel, la recherche sur le TOC peut être utilisée afin d'aider à guider la recherche pour la BN, fournissant une carte des processus potentiellement commun pertinent aux deux troubles.

La confusion inférentielle est un processus de raisonnement caractérisé par deux composantes inter-reliées : la méfiance envers les sens et le surinvestissement dans l'information basée sur les possibilités. Ce processus de raisonnement a été largement étudié chez des individus souffrant de TOC et il a été associé avec leurs symptômes TOC. Par exemple, une personne souffrant de TOC peut se méfier de ses sens (« Je peux voir que la porte est verrouillée, mais... ») et investir dans des possibilités éloignées de la réalité (« ... peut-être que le mécanisme à l'intérieur de la porte est défectueux. ») Conséquemment, la confusion inférentielle peut amener une personne à agir comme si une possibilité improbable était réelle (par exemple vérifier la porte plusieurs fois), malgré ce que leurs sens leur disent.

Dans une étude récente, une tâche de raisonnement mesurant le surinvestissement dans l'information basée sur les possibilités (une composante de la confu-



sion inférentielle) a été administrée à 25 femmes souffrant de BN et 25 femmes sans diagnostics de santé mentale. Dans cette tâche, les participantes ont été présentées avec un scénario qui décrit un repas dans un fast food et qui leur demande d'évaluer la probabilité de conséquences craintes (par exemple, prendre du poids après avoir manger le repas). Ensuite, 12 informations alternant entre des informations basées sur la réalité (par exemple « Vous regardez votre corps et vous voyez qu'il est de la même taille qu'avant ») et des informations basées sur les possibilités (par exemple « Il est possible qu'il vous soit impossible de dire combien de poids vous avez pris puisque vous portez des vêtements amples ») ont été présentées aux participantes. Après la présentation de chaque information, les participantes devaient réévaluées la probabilité de la conséquence crainte. Dans cette étude, il a été trouvé que les participantes souffrant de BN étaient plus influencées par les informations basées sur les probabilités que les participantes sans diagnostic de santé mentale, et donc, croyaient que la conséquence crainte était plus probable. De plus, les résultats obtenus auprès des participants souffrant de BN dans la présente étude étaient similaires à ceux d'autres études utilisant cette tâche chez des participants souffrant de TOC. Cela suggère que les personnes souffrant de BN pourraient aussi avoir un style de raisonnement caractérisé par la confusion inférentielle tel que documenté dans le TOC.

Cette étude a aussi mesuré le soi craint, un concept qui réfère à la crainte de posséder des qualités ou caractéristiques non-désirées. Comme il a été trouvé dans les études sur le TOC, cette étude a aussi trouvé que les individus avec BN rapportent de plus haut niveau de soi craint que les participants sans diagnostics de santé mentale. Cela suggère que la BN pourrait être associé à l'investissement dans un possible identité crainte (par exemple, quelqu'un qui pourrait devenir obèse).

En générale, les résultats de cette étude suggèrent que les individus avec BN pourraient être influencé, au moins en parti, par un investissement dans des conséquences et des identités craintes. Le rôle des processus de raisonnement tel que la confusion inférentielle dans la BN et d'autres troubles alimentaires mérites de plus amples recherches. La recherche de ce genre contribue à la compréhension de ces troubles mentaux et, idéalement, au développement de stratégies de traitements plus efficaces.

Ce texte est basée sur l'article suivant: Wilson, S., Aardema, F., & O'Connor, K. (2017). Doubt and fear of self in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 1437-1441. doi: 10.1002/eat.22789

---

## La relation entre le Padua Inventory et le Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

### Résumé d'article par Louis-Philippe Baraby

**L**e trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est une maladie mentale hautement handicapante et perturbe le fonctionnement des gens qui en sont atteints dans toutes les sphères de leur vie. Puisque le TOC est souvent de nature chronique, il est essentiel pour les professionnels de la santé d'avoir les bons outils pour poser un diagnostic tôt et traiter la maladie. Mais est-ce qu'on peut se fier aux outils existants?

C'est pourquoi les chercheurs s'efforcent à créer des outils sensibles, valides, et fiables afin de bien mesurer la sévérité et la complexité des symptômes. Dans le domaine des TOC, il existe plusieurs instruments cliniques qui peuvent être regroupés en deux

catégories : des questionnaires auto-rapportés, qui sont remplis par la personne souffrante, et des questionnaires administrés par le clinicien, souvent pendant une entrevue clinique. L'un des questionnaire auto-rapporté les plus utilisé se nomme le Padua Inventory, et celui-ci vient en trois versions. De l'autre côté, le questionnaire administré par le clinicien le plus utilisé se nomme le Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS).

Bien qu'ils soient utilisés depuis de nombreuses années, peu est encore connu sur leur sensibilité à mesurer les résultats de psychothérapie. De plus, plusieurs études ont trouvé des faibles liens entre le Padua et le Y-BOCS, mais aucune justification adéquate n'a encore été avancée pour expliquer cela. Les objectifs de cette étude étaient donc de 1) comparer la sen-

sibilité de ces instruments à mesurer les résultats de traitement, et 2) examiner si une différence dans leur façon de mesurer les symptômes pourrait expliquer les faibles corrélations entre les instruments.

### *Notre étude supporte davantage l'utilisation du Y-BOCS que du Padua par les professionnels de la santé*

Pour ce faire, notre équipe a administré le Y-BOCS et le Padua à 118 participants avant et après 24 séances de thérapie cognitive-comportementale. Les résultats ont démontré que 1) le Y-BOCS était significativement plus sensible à mesurer les résultats de traitement que le Padua. Et 2) des différences entre les

questionnaires dans leur façon de mesurer les symptômes avec ou sans leur contenu expliquaient partiellement les faibles corrélations obtenues. Toutefois, une limite de l'étude est que 3 versions du même questionnaire auto-rapporté ont été utilisées. Une étude future pourrait utiliser plusieurs questionnaires pour les comparer avec le YBOCS.

Somme toute, notre étude supporte davantage l'utilisation du Y-BOCS que du Padua par les professionnels de la santé pour mesurer efficacement la sévérité des symptômes TOC des gens qui en souffrent.

Ce texte est basé sur les résultats rapportés dans l'article scientifique suivant : Baraby, L.-P., Audet, J.-S., et Aardema, F. (2018). The sensitivity of three versions of the Padua Inventory to measuring treatment outcome and their relationship to the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Behaviour Change*, 35(1), 39-53.

## Présenté au



9th World Congress of  
Behavioural and Cognitive Therapies  
COGNITIVE AND BEHAVIOURAL  
THERAPIES AT THE **CROSSROADS**

- Baraby, P., Aardema, F., Wong, S.F., Audet, J-S, Melli, G., & Baraby, P. (2019). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive symptoms. Présentation orale au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Berlin.
- Baraby, L-P., Aardema, F., Moulding, R., & Wu, K., Audet, J-S., & (2019). The relationship of inferential confusion and obsessive beliefs with symptom severity across obsessive-compulsive spectrum groups. Présentation orale au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Berlin.
- Baraby, L.-P., Wong, S. F., Radomsky, A.S. & Aardema, F. (2019). Feared self-perception interacts with dysfunctional reasoning in the prediction of obsessive-compulsive symptoms. Affiche présenté au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Berlin.
- Krause, S., Wong, S. F., Radomsky, A.S. & Aardema, F. (2019). I might be disgusting: An investigation of fear of self, disgust sensitivity and mental contamination. Affiche présenté au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Berlin.
- O'Meara, M.G., Wong, S., Radomsky, A.S., & Aardema, F. (2019). The Feared Self: A Multidimensional Construct. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Berlin.
- Wilson, S., Aardema, F. & O'Connor, K. Inferential Confusion in Bulimia Nervosa: The Role of Over-Investment in Possibility and Distrust of the Senses. (2019). Présentation orale au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Berlin.
- Wong, S., Aardema, F. & Grisham, J. (2019). Inverse Reasoning in Obsessive-Compulsive Disorder. Présentation orale au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Berlin.
- Wong, S., Aardema, F. & Radomsky, A.S. (2019). Feared Self and Obsessive-Compulsive Symptoms: An Experimental Manipulation Using Virtual Reality. Présentation orale au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Berlin.

## Entrevue avec Natalia Koszegi – Coordonnatrice clinique au LR-TOC

Cette entrevue a été réalisée avec Natalia Koszegi, Ph.D., psychologue clinicienne et coordonnatrice clinique au LRTOC qui cumule plus de 20 ans d'expérience dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif.

**Question :** *Qu'est-ce qui t'a poussé à faire de la thérapie pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC)?*

**Natalia :** En fait, c'est par hasard que je me suis intéressée au TOC. Je m'intéressais surtout aux troubles anxieux, mais le hasard a fait en sorte que je rencontre Kieron O'Connor et qu'il m'explique le modèle conceptuel du TOC selon l'approche basée sur les inférences (modèle qu'il avait développé avec son équipe vers la fin des années 1990, début 2000). Ça a été pour moi une espèce de révélation. J'étais déjà portée à m'intéresser aux cognitions dans la thérapie plutôt qu'aux comportements et aux émotions, bien que tous ces éléments soient indissociables dans la réalité. J'avais été fascinée par le modèle de Dr O'Connor parce qu'il cernait un processus qui expliquait beaucoup de choses dans le TOC : c'était celui de la confusion entre l'imaginaire et la réalité. Je pense que si je n'avais pas connu ce modèle, je ne me serais pas intéressée autant au TOC. Il y a un côté inédit, complètement innovateur dans ce modèle qui menait à une nouvelle façon de travailler avec les clients.

**Q :** *Quelle est la plus grande difficulté pour un thérapeute lorsqu'on utilise la thérapie basée sur les inférences (TBI) pour le TOC?*

**N :** Je pense que la difficulté peut venir du fait que le thérapeute peut lui-même être aux prises avec la confusion entre l'imaginaire et la réalité (ce qu'on appelle la confusion inférentielle). Lorsque cela arrive, le théra-

Une autre difficulté se présente quand un thérapeute a l'habitude d'utiliser d'autres techniques d'intervention (comme par exemple la restructuration cognitive classique). Parfois, il ne se rend pas compte qu'il n'est plus dans le modèle de la TBI. Il peut y avoir des glissements subtils qui nous amènent à l'extérieur de la TBI.



Aussi, parfois, la TBI peut sembler contre-intuitive. Par exemple, quand un client nous dit qu'on n'est pas en sécurité face aux risques de contamination parce que les germes sont invisibles, on a tendance à vouloir lui donner raison. Pourtant, ce n'est pas le cas; on peut être en sécurité même si on ne les voit pas, et ce, sans faire de compulsions. Au début, il faut donc faire confiance au modèle et s'en tenir à celui-ci. Plus tard, après l'avoir utilisé avec plusieurs clients, on comprend l'angle dans lequel on doit orienter nos interventions.

**Q :** *Qu'est-ce qui est le plus important lorsque l'on fait de la thérapie avec des personnes souffrant de TOC?*

**N :** Comme pour toute forme de thérapie, il faut d'abord un bon lien de confiance et une alliance de

*Dans une thérapie TBI, on ne dira pas au client d'éviter de se laver les mains... ce qu'on fera cependant, ce sera d'examiner le raisonnement du client et de départager la part de l'imaginaire de la part de la réalité*

peute se retrouve dans l'impasse avec son client et ne sait plus comment en sortir. Il s'agit d'une impasse sur le plan du raisonnement. C'est normal que cela arrive; on n'est pas toujours conscient de nos processus de raisonnement. Il faut alors prendre un bref recul et se poser la question à savoir qu'est-ce qu'on n'a pas vu? Où est-ce qu'on s'est perdu?

travail. Cela s'acquiert par une bonne écoute empathique et sans jugement. Les objectifs du client ainsi que les moyens pour les atteindre doivent être discutés et chacun doit être d'accord sur ces points avant de débiter la thérapie.

Ensuite, il faut arriver à bien saisir les facteurs en jeu dans le TOC du client : son raisonnement et les élé-

ments qui maintiennent son TOC. Pour cela, il est important pour le thérapeute de bien connaître le TOC. Sinon, il risque de ne pas bien reconnaître les différentes manifestations obsessionnelles et compulsives, notamment celles qui sont plus subtiles et qui empêchent le client de profiter de la thérapie (comme par exemple, les demandes de réassurance subtiles ou les compulsions mentales non détectées).

**Q :** *Comment est-ce que la TBI diffère en cette période de pandémie à la COVID-19?*

**N :** Je ne pense pas qu'elle diffère, au contraire. Je crois que c'est dans des contextes comme celui de la COVID-19 que la TBI apporte l'angle qui peut réellement aider le client. Dans une thérapie TBI, on ne dira pas au client d'éviter de se laver les mains. On ne discutera pas non plus avec lui des probabilités qu'il contracte le virus ou encore on ne cherchera pas à minimiser les conséquences d'une réelle contamination au virus. Ce qu'on fera cependant, ce sera d'examiner le raisonnement du client et de départager la part de l'imaginaire de la part de la réalité. Ainsi, se laver les mains souvent et garder une distance sociale de 2 mètres sont des comportements basés sur des informations réelles. Par contre, penser que le virus peut sauter sur soi comme un insecte le ferait proviendrait de l'imaginaire (puisque cela n'a jamais été affirmé par des sources crédibles et surtout, que cela contredit les quelques informations claires que nous avons sur le virus de la COVID-19).

**Q :** *Quel est l'impact de la distanciation sociale sur le traitement du TOC et sur la TBI?*

**N :** Essentiellement, je vois deux catégories d'impacts, l'une défavorable et l'autre moitié/moitié.

Premièrement, la distanciation a permis, d'une part, de réduire l'anxiété, ce qui est favorable pour la thérapie lorsqu'on veut transmettre des concepts aux

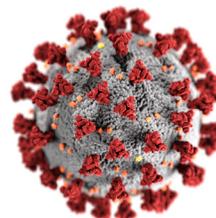
clients. N'étant pas envahis par leurs obsessions et n'étant pas parasités par les compulsions, ils sont plus disposés à se concentrer et intégrer ces concepts. D'autre part, lorsque les obsessions/compulsions sont moindres, on a l'impression d'avoir fait le tour plus rapidement et on doit attendre que des situations déclenchant le TOC se présentent pour recueillir les éléments plus pertinents à ces situations (que le client ne semble pas prendre conscience lorsqu'il n'est pas en contact avec ces situations). P.ex. j'ai un client qui revient sur ses pas souvent, mais cela ne se produit qu'au travail. Le temps qu'il était à la maison, il me disait qu'il n'avait pas de pensées associées à ses compulsions. Puisqu'il a un SGT, il se demandait si c'étaient des tics. Il a fallu qu'il retourne au travail pour que je lui demande de pousser un peu plus loin et observer ce qui se passait juste avant qu'il veuille revenir sur ses pas. Donc, la distanciation peut diminuer l'anxiété et les obsessions/compulsions ce qui est bon dans une certaine mesure, mais freine la prise de conscience.

Deuxièmement, la distanciation a fait en sorte que nous devons traiter par téléphone ou vidéoconférence. Pour la TBI, je trouve un léger désavantage. Ce n'est pas insurmontable par contre. En fait, puisque les concepts sont souvent abstraits, je trouve utile d'utiliser le tableau pour dessiner ou écrire des concepts. Le visuel aide à illustrer les symptômes et les placer quelque part à l'extérieur de la tête du client et aide à intégrer les concepts. Envoyer un dessin par courriel ou le montrer sur la caméra en ZOOM ne crée pas tout à fait le même effet selon moi, mais peut quand même aider. Autre point : en face à-face, je me permets de faire des mini expérimentations qu'il serait possible de faire à distance, mais en moins efficace selon moi. Par exemple, pour démontrer au client qu'il peut se fier à ses sens, je peux entrouvrir très légèrement ma porte et lui demander s'il peut juger si elle est ouverte ou

## COVID-19, trouble obsessionnel-compulsif et les formes de vies invisibles qui menacent le Soi

Article original par Frederick Aardema

Dans les yeux du grand public, ceux souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) sont communément vus comme des germaphobes et des nettoyeurs excessifs qui se lavent les mains compulsivement. Les mêmes comportements sont encouragés afin de diminuer le risque d'une infection et de la propagation de la COVID-19. Sans surprise, des rapports alarmants des médias ont fait référence à l'épidémie actuelle comme



un « cauchemar personnel » ou le « pire scénario » pour ceux souffrant de TOC (Collie, 2020; Kingkade, 2020). Un guide clinique récent

sur la gestion du TOC sous la COVID-19 fait écho d'inquiétudes similaires, suggérant que ceux souffrant de TOC peuvent être plus affectés que tout autre groupe

d'individus avec un trouble mental (Fineberg, Van Ameringen, Drummond, et al, 2020).

Il est raisonnable d'émettre l'hypothèse que le stress et l'anxiété qui résultent de la pandémie actuelle pourraient empirer les problèmes de santé mentale, ou même engendrer des problèmes de santé mentale chez ceux qui n'en souffraient pas précédemment. L'épidémie de SRAS de 2003 a eu un effet psychologique immédiat et à long terme chez les travailleurs de la santé (Nickell et al., 2004; Maunder et al. 2014). De même, un impact psychologique négatif significatif est anticipé parmi le grand public étant donné l'expérience des pandémies précédentes (Brooks et al., 2020; Taylor, 2019). Toutefois, la mesure dans laquelle ces effets sont particulièrement pertinents chez ceux souffrant du TOC n'est pas connue.

Les peurs irrationnelles concernant la contamination ne sont qu'une des manifestations du TOC. D'autres formes communes du TOC ont peu de relation directe avec les virus et les germes, incluant celles avec des obsessions reliées au mal fait à autrui, des préoccupations en lien avec la symétrie et des compulsions reliées à la vérification. Même dans le cas de craintes reliées à la contamination, toutes ne sont pas liées aux virus et aux germes, mais elles peuvent aussi impliquer une catégorie complètement différente de contaminant (par exemple les pesticides, la moisissure, la radioactivité, les produits chimiques, le plomb, l'amiante, l'énergie électromagnétique et même les produits désinfectants). En d'autres mots, le haut niveau d'hétérogénéité et de sélectivité, à la fois à travers et à l'intérieur des sous-types du TOC, est incongru avec la notion que la COVID-19 est toujours directement pertinente au TOC.

Il est très possible que les effets négatifs de la présente pandémie soient plus forts chez certains individus souffrant du TOC. En tant que clinicien, il n'est pas difficile d'imaginer que ceux avec des obsessions reliées au fait de faire du mal aux autres puissent soudainement commencer à développer des obsessions à propos d'infecter les autres. De même, ceux qui souffrent de préoccupations reliées à la contamination peuvent avoir plus de difficultés que d'habitude puisque les événements présents peuvent se glisser dans leur narratif obsessionnel. Mais, même là, nous devons faire attention à ne pas surgénéraliser.

Par exemple, une cliente avec des craintes de contamination a été étonnamment surprise de voir tout le monde s'engager dans les mêmes comportements qu'elle. Elle n'avait plus à se sentir embarrassée d'utiliser des gants de protection, ou de refuser de serrer

des mains. C'était un répit bienvenu de l'habituel stigma, blâme et honte que le trouble a tendance à amener avec lui. Toutefois, elle prenait ces mesures protectrices pour des raisons autres que la COVID-19. Elle lavait ses mains à cause d'une crainte d'attraper l'hépatite C. Elle n'avait aucune préoccupation obsessionnelle à propos du coronavirus. En effet, elle était protégée de tout effet négatif grâce à la haute « résilience » et « imperméabilité » de son obsession spécifique.

Le TOC est un trouble difficile à cerner, immunisé aux généralisations, refusant toujours de manière obstinée à se laisser mettre dans un coin. Cela est reflété dans le guide clinique mentionné précédemment, qui note les difficultés inhérentes à la distinction entre les craintes normales et anormales de contamination, questionnant ainsi la manière de gérer les symptômes du TOC durant la présente pandémie (Fineberg, Van Ameringen, Drummond, et al, 2020). En surface, il apparaît y avoir un « nouveau normal » où ce qui était précédemment considéré comme exagéré et anormal semble maintenant entièrement justifié et normal. En effet, quand est-ce que les craintes irrationnelles de contamination commencent à diverger de craintes entièrement normales et rationnelles? Qu'est-ce qui différencie une crainte de la contagion entièrement justifiée d'une crainte obsessionnelle de la contamination?

Le présent article adressera ces questions en considérant les développements récents de la recherche sur les perceptions d'un soi craint dans le TOC (Aardema & Wong, 2020). Premièrement, il sera démontré que la signification personnelle donnée aux virus et aux germes, incluant la personnification des virus comme une entité possédant des caractéristiques humaines, autorise une posture envers ces formes de vie qui leur permet non seulement de menacer le corps physique, mais aussi le Soi. Deuxièmement, il sera argumenté qu'une crainte de contamination devient obsessionnelle due à une peur d'une corruption interne où les compulsions servent à sauvegarder le Soi plutôt que seulement le corps. Troisièmement, les différences entre les craintes de contamination normales et anormales seront illustrées à travers la manière spécifique dont le TOC se manifeste cliniquement en comparaison à des craintes normales, même des craintes exagérées, mais non obsessionnelles de contagions. Finalement, l'article conclut avec des recommandations cliniques concernant la psychopédagogie et les interventions cognitives spécifiques à réaliser durant le traitement pour le TOC dans le contexte de la pandémie actuelle.

## La signification personnalisée attribuée aux virus et aux germes

Comme mentionné par Schlozman (2014), à un niveau objectif, les virus et les germes sont « interpersonnellement ennuyeux ». Ils n'ont pas de personnalité ou de volonté. Ils sont seulement ce qu'ils sont; des entités microscopiques qui font ce qu'elles font, causant parfois la maladie et la mort. Aucune de ces caractéristiques n'est susceptible de causer le TOC. Si tel était le cas, la plupart des spécialistes en maladie infectieuse souffriraient de ce trouble et, à part de voir la valeur d'un lavage de main fréquent, d'éternuer dans le coude et de ne pas se toucher le visage, il n'y a aucune preuve qu'ils ont plus de risque de souffrir du TOC que n'importe qui d'autre. Toutefois, le sens que nous pouvons attacher à ces formes de vie est très différent. Dans notre imagination, ils peuvent être comme des monstres qui essaient de nous avoir, et même si le « Bonhomme Sept Heures » ne vous a pas eu aujourd'hui, il pourrait toujours vous avoir demain (Schlozman, 2014).

Nous avons tous tendance à personnifier les virus et les germes. Très tôt, le président chinois, Xi Jinping, a nommé le coronavirus le « virus du diable » comme s'il était une entité malveillante qui avait l'intention de nous avoir avec l'intention de raser l'humanité (Blanchard, 2020). De même, d'autres politiciens et preneurs de décisions ont référé au coronavirus comme étant « l'ennemi invisible » or « l'ennemi caché » en développant simultanément des « plans de bataille » et en partant « en guerre » pour combattre un ennemi qui est incapable de retourner le même sentiment (Serhan, 2020).

Une identité locale et une nationalité a aussi été attribué au présent coronavirus en tant que le « virus de Wuhan » et le « virus chinois ». La nomenclature d'un virus selon son lieu d'origine s'est produite à travers l'histoire dans la personnification des virus (par exemple, le coronavirus causant le « syndrome respiratoire du Moyen-Orient »), alors que plus récemment formellement abandonnée à cause de l'effet stigmatisant inutile sur les nations et leur population (World Health Organization, 2015). Malgré cela, ces noms continuent à être utilisés même si les virus et les germes n'ont pas de nationalité, ou ne transportent pas de passeport. Cela leur donne beaucoup plus d'identité qu'ils ne le « méritent » (ce qui est incidemment une formulation qui leur donne par inadvertance une identité).

Il est très difficile de parler des germes et des virus sans impliquer simultanément qu'ils ont une conscience, une volonté et une personnalité. Cela n'est pas

unique à ceux qui souffrent de TOC et se produit à travers la population générale. Dans plusieurs situations, cela semble relativement sans danger, comme dans les dessins animés pour enfant qui montre des germes méchants et délinquants qui se font pourchasser par des globules blancs héroïques. Alors que la personni-

## *La personnification des maladies permet à ces formes de vie de menacer et de « polluer » psychologiquement le Soi*

fication des virus et des germes a été trouvée comme étant associée à des craintes de contamination plus élevées chez les contrôles non cliniques (Riskind & Richards, 2018), il est peu probable que cela joue un rôle causal direct dans le TOC, comme on ne s'attendrait pas nécessairement à ce que la tendance à personnifier les virus et les germes puisse différencier entre les craintes normales et anormales de contamination. Toutefois, la personnification des virus et des germes illustre comment ces formes de vies ne sont pas seulement un danger physique, mais peuvent aussi représenter un danger psychologique comme un ennemi ou un envahisseur capable de menacer le Soi (Connelly and Macleod, 2004). En effet, une littérature plus large suggère que ceux souffrant du TOC pourraient être particulièrement vulnérables à l'expérience des virus et des germes comme étant un danger psychologique dû à une identité déjà fragile et incohérente (Aardema & Wong, 2020). Cela nous mène à un historique de la crainte d'une corruption interne chez ceux qui souffrent du TOC.

## Historique de la crainte d'une corruption interne

Dans une récente analyse historique des obsessions, Aardema et Wong (2020) ont observé que bien que la peur de la contagion et des maladies ait toujours existé, la peur des virus et des germes n'existait pas avant la fin du 19e siècle, au moment où la théorie des germes a été largement acceptée comme explication scientifique de la transmission des maladies. Avant cette époque, les idées sur l'origine des maladies n'étaient pas établies, étant soit vue comme le résultat d'influences Malines ou considérée comme se propageant dans l'air vicié par la matière organique en putréfaction. De plus, la vision que l'on se faisait sur ce qui constituait un contaminant était très différente dans les temps plus lointains. Avant le 17e siècle, les documents historiques décrivant les craintes obsessionnelles de

contamination étaient rares voire inexistants. Par ailleurs, ces récits antérieurs décrivaient beaucoup plus communément une crainte d'une corruption interne qui résulterait d'influences malveillantes (Luibheid & Russell, 1982; p. 212; Kempe, 1436/2015), et plus tard, de doctrines théologiques dérivées de la notion du péché originel (Bunyan, 1666), ainsi que de notions laïques d'une corruption interne provenant du « diable » existant à l'intérieur de nous (McAdams, 1993). En d'autres mots, l'évolution historique du TOC suggère qu'une crainte d'une contamination mentale pourrait être plus centrale dans la compréhension de ce trouble que la crainte d'une contamination physique. Donc, dans le cas des obsessions, la contamination orientée sous forme physique représente une continuation historique de la crainte d'une corruption interne par d'autres moyens.

La théorie des germes, bien que provenant d'une description scientifique et objective de la maladie, n'a jamais réussi à complètement dépersonnaliser l'origine des maladies dans les yeux du grand public, permettant à la vie microscopique de menacer non seulement le corps physique, mais aussi l'identité personnelle. Dans les leçons apprises de l'épidémie d'Ebola de 2014, Schlozman (2014) fait l'observation suivante sur le vrai danger insidieux de l'infection :

*« Nous personnifions une maladie et ensuite nous attribuons la « personnalité » de la maladie à ceux qui ont eu le malheur de l'avoir. Les personnes infectées passent d'être une personne unique à simplement des personnes qui ont l'Ebola... La maladie, que nous avons personnifiée, devient la personne elle-même, et la personne perd par le fait même sa personnalité. »* [Traduction ad libitum]

La personnification des maladies, incluant les virus et les germes qui les causent, permet à ces formes de vie de non seulement menacer le corps physique, mais aussi de menacer et de « polluer » psychologiquement le Soi. Ce problème est particulièrement pertinent au TOC, qui est proposé d'être caractérisé par les perceptions d'un Soi craint entraînant ses symptômes, à la fois en ce qui concerne la survenue d'obsessions répugnantes, et plus récemment, des craintes obsessionnelles de contamination (Aardema & O'Connor, 2007; Aardema, Wong, Audet, Melli & Baraby, 2018). Les traits et les qualités du Soi craint par ceux souffrant de TOC sont variés et diversifiés, mais la peur d'une corruption interne est un thème commun à travers la littérature historique, clinique et empirique du TOC (Aardema & Wong, 2020).

Particulièrement, le travail séminal de Rachman (1994) a surligné les construits reliés de près à la crainte d'une corruption interne, particulièrement en relation avec la notion de « pollution de l'esprit » et de « contamination mentale », représentant une sensation de saleté interne provenant de sources autres que les contaminants physiques visibles (Radomsky, Coughtrey, Sahfran, Rachman, 2017). En d'autres mots, dans le cas de crainte de contamination obsessionnelle, ce ne serait pas à propos de caractéristiques objectives des virus et des germes, mais plutôt de la façon que ces formes de vie personnifiées profaneraient et violeraient le Soi et la personnalité, non différemment des sentiments de contamination qui surviennent à la suite d'une violation imaginée ou réelle (Fairbrother & Rachman, 2004; Elliott & Radomsky, 2012).

En effet, malgré l'autorisation donnée par la théorie des germes sur la peur objective d'une vie microscopique, les premières descriptions de la « germaphobie » n'identifient pas toujours clairement une véritable peur des virus ou des germes, ni même d'une maladie spécifique en résultant, mais semblent décrire plutôt une peur intangible tournant autour de la profanation et de la violation du Soi (Hammond, 1883; cité dans Aardema and Wong, 2020) :

*« Je n'ai pas d'appréhension particulière d'attraper la variole ou n'importe quelle autre maladie à laquelle je peux penser. C'est un sentiment irrésistible que je pourrais être profané d'une manière mystérieuse, qui me presse avec une force que je ne peux résister... une influence subtile, quelle qu'elle soit, [qui] est capable de passer à travers (mes gants) jusqu'à mes mains. »* [Traduction ad libitum]

Ceux qui souffrent d'une crainte de contamination physique sont souvent incapables de décrire exactement ce avec quoi ils pourraient être contaminés; ils n'expriment pas non plus nécessairement de préoccupations claires avec les conséquences d'attraper des virus et des germes, telles la mort ou la maladie. Cette difficulté dans l'expression des craintes d'une manière concrète est constante avec la notion des craintes de contamination qui proviennent d'une crainte d'une corruption interne et de la violation perçue du soi incarné. Cela peut aussi aider à expliquer la nature égo-dystone des obsessions, où la personne est capable de reconnaître intellectuellement que les caractéristiques et conséquences objectives des germes et des virus ne présentent aucune base réaliste pour sa crainte, mais se montre en même temps, incapable de prendre de la distance des sentiments intenses de contamination qui

surviennent en association avec le thème psychologique sous-jacent de corruption interne.

Des preuves récentes supportent la notion que des préoccupations à propos de la contamination physique ou par contact, résultant en des comportements de lavage, sont fortement entrelacées de sentiments de contamination ou de pollution mentale qui prennent racine dans des craintes d'une identité soit souillée ou corrompue (Krause, Wong, Giraldo-O'Meara, Aardema & Radomksy, 2020). De plus, des améliorations dans les perceptions d'un soi craint lors d'un traitement psychologique sont significativement associées à une atténuation des inquiétudes à propos de la contamination physique (Aardema, Wong, Audet, Melli & Baraby, 2018). Cela suggère qu'une crainte obsessionnelle des germes et des virus est quelque chose d'entièrement différent de toute peur et tout comportement de nettoyage normal qui surviennent à cause d'une pandémie. Il ne s'agit même pas d'une simple exagération d'une crainte de contamination. Les réactions de types phobiques à la pandémie dues à une surestimation de

d'objets et de substances craintes expliquant, par exemple, qu'une personne vérifie la présence de morceaux de papier près d'un radiateur par crainte d'un feu, sans pour autant être préoccupée par l'éventualité que le four soit resté allumé. Les personnes aux prises avec une phobie ne montrent pas le même degré de sélectivité. Leurs peurs tournent autour d'une catégorie constante et objectivement quantifiable d'objets ou de situations où, par exemple, toutes les araignées, toutes les hauteurs ou tous les avions sont évités. Par contraste, les craintes obsessionnelles sont hautement idiosyncratiques et spécifiques à certains domaines et pouvant varier même à l'intérieur des sous-domaines spécifiques. Cela était le cas de la cliente qui craignait le virus de l'hépatite C, mais qui ne montrait pas de préoccupations augmentées à propos du coronavirus. Ce haut niveau de sélectivité peut même avoir un impact protecteur contre les effets négatifs de la pandémie comparativement à d'autres troubles qui sont caractérisés par une tendance plus généralisée à surestimer le danger.

### *Ce haut niveau de sélectivité [du TOC] peut même avoir un impact protecteur contre les effets négatifs de la pandémie.*

la probabilité du danger existent probablement, mais ces tendances ne sont pas uniques au TOC et sont présentes dans une variété de troubles anxieux (Tolin, Worhunsky, & Matlby, 2004). Cependant, ce qui rend une crainte de contamination réellement obsessionnelle est lorsque cette menace devient personnelle, non seulement en termes de ses conséquences potentielles objectives, mais aussi lorsqu'elle est perçue comme pouvant corrompre et souiller le soi à travers le sens psychologique attaché au fait de contracter des virus et des germes.

#### **La nature spécifique du TOC**

Le TOC est unique en comparaison aux autres troubles caractérisés par de hauts niveaux d'anxiété, mais en même temps, il peut facilement apparaître comme une peur normale, et même comme une aversion phobique. Cela rend facile de supposer que ceux qui souffrent de TOC seront particulièrement affectés par la présente pandémie à cause des réactions catastrophiques ou exagérées similaires à celles de la phobie. Toutefois, le TOC n'est pas une phobie.

Le travail initiateur de O'Connor et Robillard (1995) rapporte certaines incohérences avec la notion d'un parallèle entre l'aversion phobique et le TOC. La première incohérence porte sur le fait que le TOC est hautement sélectif dans une catégorie particulière

La deuxième incohérence est la catégorisation sélective de stimuli aversifs en association avec un autre thème. Par exemple, la « saleté » pourrait n'être seulement classifiée comme de la saleté si elle était associée à une personne en particulier. Les craintes obsessionnelles sont conditionnelles à la signification idiosyncratique attachée à l'objet, la substance ou l'événement craint au-delà des caractéristiques objectives et visibles de cet objet, substance ou événement. Par conséquent, en surface, il pourrait sembler que ceux souffrant du TOC craignent la saleté, les virus et les germes, mais en réalité, il en est autrement puisque les craintes concernent que ce qu'ils se représentent ou symbolisent, et particulièrement en relation avec une crainte plus centrale et sous-jacente au thème de vulnérabilité du Soi. Cette dernière crainte liée au Soi vulnérable engendre une menace au-delà de n'importe quelle menace objective comme la maladie ou la mort.

Troisièmement, ceux qui souffrent du TOC ne portent pas souvent attention à la réalité, et peuvent même être incapables de rapporter ce qu'ils essaient d'accomplir en nettoyant ou en lavant, par exemple. Ils ne savent pas nécessairement à quoi ressemble un virus ou un germe, du moins, pas plus que n'importe qui, alors que souffrant de phobie simple savent exactement de quoi ils ont peur. Bien que le danger lui-

même est presque toujours une préoccupation dans le TOC, ce danger est relié à la perception du lien fait entre le stimulus aversif et la menace du thème de vulnérabilité du Soi sous-jacent. Par conséquent, la fonction des comportements de lavage chez ceux souffrant du TOC est entièrement différente de n'importe quelle réaction normale, ou même exagérée, retrouvée dans le contexte de pandémie actuelle. De prime abord, ces comportements sont effectués afin de sauvegarder et de protéger l'intégrité du Soi plutôt que contre des dangers envers le corps physique.

Finalement, les craintes obsessionnelles sont le résultat d'un narratif fonctionnel qui est basé sur l'imagination plutôt que la réalité. Ceux souffrant du TOC n'agissent pas réellement selon les demandes du monde réel lorsqu'ils s'engagent dans des rituels et des comportements compulsifs. Les personnes atteintes du TOC peuvent agir comme si, et même croire, qu'elles agissent sur la réalité lorsqu'elles craignent la contagion, mais en réalité elles agissent sur leur imagination. La nature symbolique de ce qui est craint est confondue avec la réalité due à un échec d'apprécier pleinement l'origine imaginaire des craintes obsessionnelles. C'est pour cette même raison que les préoccupations obsessionnelles se présentent typiquement dans des contextes inappropriés, qui ne sont pas directement reliés aux événements ou aux situations qui se produisent dans l'ici et maintenant.

L'apparition hors contexte des obsessions a récemment trouvé un appui empirique dans une tâche expérimentale qui a relevé que les intrusions se produisant sans preuve directe prédisaient de manière significative les symptômes du TOC (Audet, Wong, Radomsky, & Aardema, 2020). Par contraste, les intrusions se produisant avec preuves directes ne prédisaient pas les symptômes du TOC même si elles étaient associées avec des niveaux plus élevés de détresse. En d'autres mots, les craintes obsessionnelles surviendraient sans preuve directe d'un risque d'infection. Par exemple, comparons la crainte qu'un virus trouve son chemin à travers un mur (aucune preuve directe) avec les sentiments d'inconfort ressentis lorsqu'une personne s'approche de nous pour nous serrer la main en pleine pandémie (preuve directe). Dans le second cas, quelqu'un ayant des craintes obsessionnelles de contamination risque évidemment de ressentir de l'anxiété, mais cette réaction n'impliquerait pas nécessairement le TOC. Ainsi, la pensée d'être contaminé serait une pensée intrusive complètement normale même si elle se produisait chez une personne ayant des craintes obsessionnelles de contamination. En d'autres mots, une réaction réellement obsessionnelle ne se produit pas sur la base

de preuves directes pertinentes dans l'ici et maintenant, mais comme le résultat d'un surinvestissement dans l'imaginaire qui prend les objets, événements et faits réels hors contexte (dû à son association avec un thème vulnérable du Soi relié à la corruption interne).

### Quelques implications cliniques

Les plus récentes lignes directrices sur la gestion du TOC pendant la COVID-19 conseillent de suspendre ou d'adapter la thérapie cognitive comportementale en cours durant la pandémie actuelle, du moins pour ceux avec des craintes de contamination. Ces lignes directrices notent comment la différence entre les craintes normales et anormales de la contamination peut être difficile à distinguer et, étant donné les risques potentiels pour les clients de s'engager dans l'exposition et la prévention de la réponse (EPR), la pharmacothérapie est proposée comme la première option pour les clients avec des craintes de contamination. Toutefois, les caractéristiques uniques du TOC rendent différentes recommandations possibles. En particulier, il existe une approche cognitive basée sur des données probantes qui s'aligne fortement avec une formulation cognitive des craintes de contamination tel que résumé dans le présent article (O'Connor, Aardema & Pelissier, 2005; Julien, O'Connor, & Aardema, 2016).

Tout d'abord, elle conseillerait aux thérapeutes de s'engager dans des efforts de psychoéducation qui mettent en lumière les différences entre les craintes de contamination normales et obsessionnelles. Apprendre comment faire la différence entre des doutes normaux et obsessionnels est déjà une partie intégrante de la thérapie basée sur les inférences pour le TOC (O'Connor & Aardema, 2012). Cela enseigne à ceux qui souffrent du TOC que les obsessions se produisent typiquement hors contexte et sans preuve directe justifiant leurs doutes. Des exemples spécifiques en lien avec les événements récents peuvent être fournis pour illustrer la différence entre les craintes de contamination normales et les craintes obsessionnelles. Pour illustrer une crainte normale, prenons par exemple le sentiment urgent de se laver les mains suite à une livraison d'épicerie, ou après avoir accidentellement foncé sur quelqu'un sur la rue. Cette crainte serait entièrement justifiée dans le contexte de la pandémie actuelle. Il s'agit d'une préoccupation qui se produit en cohérence avec le contexte actuel, avec des preuves directes d'une contamination possible, et est cohérente avec les faits entourant cette possible contamination. Ensuite, nous pouvons contraster ce dernier exemple par l'utilisation d'un exemple de crainte obsessionnelle

(n'appartenant pas au client) en surlignant les caractéristiques uniques des préoccupations obsessionnelles.

Le cas de la cliente ayant une crainte très spécifique d'attraper l'hépatite C permet de faire un parallèle avec l'exemple de la COVID-19 en faisant référence à ses scénarios conduisant à une contamination possible à l'hépatite C. Un scénario (obsessionnel) proposé par lequel elle pourrait attraper la COVID-19 fait état de quelqu'un marchant devant sa maison; qui est plutôt âgé; qui pourrait peut-être vivre dans une résidence pour personnes âgées avec d'autres individus contaminés; qui pourrait avoir touché des choses devant la maison; qui à leur tour, pourraient avoir été touchés par les enfants et amenés dans la maison; ce qui résulterait en l'infection de l'entièreté de la famille. Face à ce type d'exemple, les clients sont habituellement capables de reconnaître la nature imaginaire du raisonnement obsessionnel, et réalisent aussi qu'eux-mêmes justifient leurs craintes d'une manière similaire. Cette prise de conscience a pour effet de réduire la crédibilité de leurs propres obsessions. Dans les mots de la cliente :

*« D'une certaine manière, je peux voir comment toutes ces peurs de la COVID invalident mes préoccupations à propos de l'hépatite C. Il est sensé que les gens prennent des mesures pour se protéger de la COVID. Il y a des preuves réelles de s'inquiéter de la COVID, mais avec l'hépatite C il n'y a rien de cela. Il n'y a pas d'épidémie, ce virus ne se transmet pas facilement et je n'ai pas de risque spécifique de l'attraper. La ligne est mince entre la réalité et l'imagination, mais pour une quelconque raison, ça ne se transpose pas à la COVID-19. Quand je vois des gens qui marchent à moins de 6 pieds de moi, mon TOC ne s'y attarde pas. Il semblerait que cette affaire-là met le TOC en perspective. Cela me fait me demander si j'ai réellement besoin de me laver les mains pour l'hépatite C. »*

Il mérite d'être noté que cette cliente avait déjà eu des améliorations significatives résultant de la thérapie cognitive, les efforts de psychoéducation peuvent être plus difficiles au début du traitement. Toutefois, rien de cela n'enlève au message que les interventions cognitives peuvent être utilisées avec succès en thérapie durant la présente pandémie pour illustrer la fausseté des obsessions, en conjonction avec d'autres techniques et intervention cognitives qui ont pour but de réduire la crédibilité de l'obsession (O'Connor & Robillard, 1999; O'Connor, Koszegi, Aardema, Van Niekerk & Taillon, 2009). De plus, les interventions cognitives adressant les thèmes du Soi sous-jacent ont été

incorporées avec succès dans l'approche basée sur les inférences pour le TOC (Aardema & O'Connor, 2007).

Bien que la thérapie cognitive basée sur les inférences n'inclut pas d'exposition, l'approche a été combinée avec succès à l'EPR (Van Niekerk, Brown, Aardema, & O'Connor (2014). La pandémie actuelle a soulevé une préoccupation particulière à propos de l'EPR où les exercices d'exposition pouvaient mettre les patients à risque. En effet, dans le contexte de la présente pandémie, certaines formes d'exposition aux craintes de contamination vont à l'encontre des lignes directrices sur la distanciation sociale et pourraient augmenter le risque de contagion si elles ne sont pas suivies. Cela dit, une perspective basée sur les inférences s'attendrait à moins de problèmes dans l'administration de l'EPR si les exercices d'exposition s'alignaient pleinement avec la différence entre les craintes de contamination normales et anormales comme exposé dans le présent article. Autrement dit, puisque les craintes obsessionnelles sont des peurs irrationnelles de contamination qui se produisent hors contexte et sans preuve directe, il ne devrait pas y avoir lieu d'exposer les individus à des situations où des risques s'appliqueraient. Il est important de souligner qu'il ne s'agit pas d'exposition comportant des comportements sécurisants, mais bien d'exposition ciblant plus particulièrement les caractéristiques uniques des craintes obsessionnelles. Après tout, le point central de l'exposition est de soulager ceux qui souffrent du TOC de leurs peurs qui se produisent lors de situations irréalistes, pas de leurs peurs adaptatives en les exposant à

*La différence entre les craintes de contamination normales et anormales [...] pourrait aider à assister à l'élaboration d'exercices d'exposition appropriés.*

des risques.

Les mesures de distanciation sociale pourraient rendre l'élaboration d'exercices d'exposition plus difficile, mais puisque ceux qui souffrent de craintes obsessionnelles de contamination sont tout à fait capables de craindre des situations sans aucun risque réel ou contact physique, il devrait y avoir beaucoup d'opportunités permettant une exposition sécuritaire. L'EPR n'a pas nécessairement besoin d'inclure des exercices extrêmes où la personne doit mettre sa main dans la toilette, ou encore qu'elle fasse des câlins à des étrangers dans la rue. La différence entre les craintes

de contamination normales et anormales décrites dans le présent article pourrait aider à assister à l'élaboration d'exercices d'exposition appropriés. Il pourrait même être hypothétisé que les exercices d'exposition basés sur la différence entre la contamination normale et anormale soient plus efficaces que ceux qui ciblent au hasard la contamination d'une manière exagérée, bien qu'il s'agisse d'une question empirique qui requière d'autres tests.

## Conclusion

Le présent article a exploré les craintes de contamination dans le contexte de la présente pandémie en élaborant sur la littérature historique et empirique récente qui met l'accent sur le rôle des perceptions d'un Soi craint, et en particulier, de la crainte d'une corruption interne donnant lieu aux obsessions. Il propose que les craintes obsessionnelles de contamination puissent être expliquées par l'interaction entre le sens psychologique attaché à la contraction des virus et des germes, les qualités spécifiques que la personne craint le plus d'acquiescer et l'imagination d'un effet de corruption du Soi qui s'en suit. Ce ne sont pas les caractéristiques objectives des virus et des germes qui sous-tendent les craintes obsessionnelles, ni une peur exagérée, mais plutôt la façon dont ces formes de vies menacent le Soi. Conséquemment, ceux qui souffrent du TOC n'ont jamais « raison » de laver leurs mains en réponse à une obsession. En fait, ils essaient d'enlever de la « saleté » qui n'est pas vraiment là.

Bien que la présente communication soit basée sur des preuves empiriques récentes sur le rôle des perceptions d'un Soi craint dans le TOC, il y a une nécessité pour la recherche transversale et empirique de tester quelques-unes des idées et des prédictions dérivées de la conceptualisation actuelle. Ce modèle prédirait qu'une crainte d'une corruption interne apportant avec elle l'acquisition d'attributs et de traits psychologiquement négatifs, soit fortement alignée avec les qualités négatives attribuées à la contraction de contaminants tels les virus et les germes. Il en résulte donc l'apparition d'obsessions hors contextes et de pulsions compulsives telles de se laver et de se nettoyer afin de préserver un sens de Soi normal et non d'un Soi souillé. De plus, en lien avec les découvertes récentes, il serait prédit qu'une thérapie qui cible spécifiquement les craintes d'une corruption interne résulterait en une diminution des craintes de contamination physique médiée par la contamination mentale (Aardema, Wong, Audet, Melli & Baraby, 2018; Krause, Wong, Giraldo-O'Meara, Aardema & Radomksy, 2020).

Les effets potentiels de la pandémie actuelle sur la

santé mentale ne devraient pas être sous-estimés, et le présent article ne nie pas que les préoccupations et les anxiétés actuelles concernant la COVID-19 peuvent contribuer ou empirer les symptômes des individus. Toutefois, cet effet pourrait ne pas être aussi spécifique au TOC que ce qui est présumé, puisque ce dernier ne se caractérise pas par une préoccupation accrue pour le danger mais plutôt, par la menace associée à un thème de Soi vulnérable. Chez certains individus souffrant du TOC, les événements récents pourraient être incorporés ou encore renforcer les narratifs obsessionnels menant aux craintes obsessionnelles de contamination et de contagion, mais ils ne peuvent jamais former une justification réelle d'une obsession puisque qu'elle surgit de l'imagination. En d'autres mots, pour qu'un effet spécifiquement obsessionnel se produise, la crainte des virus et des germes doit coïncider avec le thème du Soi vulnérable de la personne et l'ampleur avec laquelle cet effet est capable de le faire reste à voir. Pour les mêmes raisons, la thérapie ciblant les perceptions d'un Soi craint pourrait être particulièrement bénéfique pour ceux qui souffrent de craintes obsessionnelles de contamination.

Cet article est une traduction d'une version pré-imprimée du manuscrit publiée: Aardema, F. (2020). COVID-19, Obsessive-Compulsive Disorder and invisible life forms that threaten the self. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100558.

<https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2020.100558>

## Références

- Aardema, F., & O'Connor, K. P. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 21, 182-197. doi:10.1891/088983907781494573
- Aardema, F., Wong, S. F., Audet, J. S., Melli, G., & Baraby, L. P. (2018). Reduced fear-of-self is associated with improvement in concerns related to repugnant obsessions in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. doi:10.1111/bjc.12214
- Aardema, F., & Wong, S.F. (2020). Feared possible selves in cognitive-behavioral theory: An analysis of its historical and empirical context, and introduction of a working model. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 24, 100479.
- Audet, A., Wong, S.F., Radomksy, A.S., & Aardema, F. (2020). Not all intrusions are created equal: The role of context, feared-self perceptions and inferential confusion in the occurrence of abnormal intrusions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*.
- Blanchard, B. (2020, January 28). China's Xi says coronavirus is a 'devil'. Reuters. <https://www.reuters.com/article/us-china-health-xi/chinas-xi-says-coronavirus-is-a-devil-idUSKBN1ZR182>.

- Bunyan, J. (1666). *Grace abounding to the chief of sinners*. London, UK: George Larkin.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Durbin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912-920.
- Collie, M. (2020, April 11). For people with OCD and illness anxiety, the coronavirus outbreak is a 'worst-case scenario'. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/6788114/coronavirus-ocd-illness-anxiety/>.
- Connelly, M., & Macleod, C. (2004). Waging war: discourses of HIV/AIDS in South African media. *African Journal of AIDS Research*, 2, 63-73.
- Elliott, C.M., & Radomsky, A.S. (2012). Mental contamination: The effects of imagined physical dirt and immoral behaviour. *Behaviour Research & Therapy*, 50, 422-427.
- Fairbrother, N., & Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 173-189.
- Fineberg, N.A., Van Ameringen, M., Drummond, L. et al., How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCs) and the Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology (2020). *Comprehensive Psychiatry*, 152174. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152174>.
- Julien, D., O'Connor, K, & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-196.
- Kempe. (1436/2015). *The book of Margery Kempe* (A. Bale, Trans.). In. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Kingkade, T. (2020, March 20). Coronavirus is a 'personal nightmare' for people with OCD and anxiety disorders. *ABC News*. <https://www.nbcnews.com/news/us-news/coronavirus-personal-nightmare-people-ocd-anxiety-disorders-n1164066>.
- Krause, S. Wong, S.F., Giraldo-O'Meara, M., Aardema, F, & Radomsky, A.S. (2020). It's not so much about what you touch. Mental contamination mediates the relationship between feared self-perceptions and contact contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 100507.
- Luibheid, C., & Russell, N. (1982). *The ladder of divine ascent*. Ramsey, NJ: Paulist Press.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L.M., Steinberg R, & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 1245-51.
- Nickell, L.A., Crighton, E.J., Tracy, C.S., Al-Enazy, H., Bolaji, Y., Hanjrah, S., Hussain, A., Makhlof, S., & Upshur, R.E. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: survey of a large tertiary care institution. *Canadian Medical Association Journal*, 170, 793-798.
- O'Connor, K.P. (2002) Intrusions and inferences in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 38-46.
- O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2012). *The clinician's OCD manual: Inference based therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pelissier, M. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- O'Connor, Koszegi, Aardema, Van Niekerk & Taillon, 2009. An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 420-429
- Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. *Behavior Research and Therapy*, 32, 311-314.
- Radomsky, A.S., Coughtrey, A.E., Shafran, R, & Rachman, S. (2018). Abnormal and normal contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 17, 46-51.
- Riskind, J. H., & Richards, D. K. (2018). The effect of germ movement on the construal of mental states in germs: The moderating role of contamination fear. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 36-47. doi:10.1007/s10608-017-9877-2.
- Schlozman, S. (2014, October 3). The personification of Ebola: Fighting the true enemy. *Psychology Today*. <https://www.psychologytoday.com/ca/blog/grand-rounds/201410/the-personification-ebola-fighting-the-true-infection>.
- Serhan, Y. (2020, March 31). The case against waging 'war' on the coronavirus. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/international/archive/2020/03/war-metaphor-coronavirus/609049/>.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne, UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2004). Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Van Niekerk, J, Brown, G., Aardema, F., & O'Connor, K. (2014). Integration of inference-based therapy and cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder – a case series. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7, 156-169.
- World Health Organization (2015, May 15). WHO issues best practices for naming new human infectious diseases. *World Health Organization*. <https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/naming-new-diseases/en/>.

**Titre de l'étude :** Essai clinique randomisé pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez l'adulte.

**Description :** Essai clinique randomisé comparant deux psychothérapies traitant le trouble obsessionnel-compulsif. Les participants sont associés aléatoirement à l'une ou l'autre des thérapies.

**Critères d'inclusion pour l'étude :**

1. Avoir un diagnostic principal du trouble obsessionnel-compulsif (ceci est évalué par notre équipe lors du processus d'évaluation, aucun diagnostic préalable nécessaire)
2. Être âgé(e) de 18 ans et plus et demeurer au Québec.
3. Horaire flexible pour participer aux évaluations et aux séances (en ligne actuellement en raison de la COVID-19).
4. Ne pas suivre une autre psychothérapie durant votre participation à l'étude.
5. Être stable sur votre médication depuis 12 semaines et avoir l'intention de la maintenir stable jusqu'à la fin de l'étude.
6. Aucune autre condition qui pourrait interférer avec le traitement.

**Tâches demandées pendant votre participation:**

- Faire une entrevue téléphonique et une évaluation diagnostique et clinique de votre profil psychologique

# Étude clinique sur le trouble obsessionnel-compulsif

## Thérapie en ligne



CENTRE  
DE RECHERCHE  
DE L'IUSMM  
CENTRE AFFILIÉ À  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Université   
de Montréal



et de vos symptômes (3 à 4 heures).

- S'engager dans un traitement psychologique pour le TOC (18 rencontres).
- Compléter trois (3) autres courtes évaluations de vos symptômes à différents moments.
- Remplir des questionnaires en ligne à la maison.

Pour tous les détails, contactez-nous! Il nous fera plaisir de répondre à toutes vos questions.

**Personne à contacter:**

Lysandre Bourguignon, coordonnatrice du laboratoire  
514-251-4015 #3585  
lysandre.bourguignon.cemtl@ssss.gouv.qc.ca

Fonds de recherche  
Santé

Québec 



CENTRE  
DE RECHERCHE  
DE L'IUSMM

CENTRE AFFILIÉ À  
L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



FONDATION DE  
L'INSTITUT UNIVERSITAIRE  
EN SANTÉ MENTALE  
DE MONTRÉAL



CIHR IRSC

Canadian Institutes of Health Research Institut de recherche en santé du Canada

Université   
de Montréal



**LABORATOIRE DE RECHERCHE**  
SUR LES TROUBLES  
**OBSESSIONNELS COMPULSIFS**