Table des matières

Sommaire iv

Liste des tableaux viii

Remerciements ix

Chapitre 1. Le trouble d'accumulation compulsive 1

Définition et manifestations 2

Comorbidité 9

Prévalence 10

Causes 13

Pensées 15

Émotions 21

Comportements 23

Lien entre accumulation compulsive et trouble obsessionnel-compulsif (TOC) 24

Traitements 26

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC) 26

Thérapie basée sur les inférences (TBI) 28

Autres modalités thérapeutiques 29

Conclusion 33

Chapitre 2. Évaluation de l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un trouble d'accumulation compulsive 35

Résumé 37

Introduction 38

Méthode 44
Participants 45
Instruments de mesure 49
Auto-enregistrements quotidiens 49
Mesures cliniques 49
Mesures auto-révélées 51
Thérapeute et évaluateur 53
Protocole de traitement 54
Intégrité de traitement 57
Résultats 58
Mesures de l'impact du traitement sur le fonctionnement 58
Auto-enregistrements quotidiens 59
Mesures cliniques 63
Mesures auto-révélées 66
Discussion 68
Références 76
Conclusion 80
Références 84

Liste des tableaux

Tableau

1 Objectifs et éléments thérapeutiques de la TBI 56

2 Mesures de résultat au traitement : scores cliniques et résultats obtenus par les participants aux mesures auto-révélées et aux mesures cliniques, en pré, post et 6 mois post-traitement 65

Remerciements

Je tiens à débuter mes remerciements en témoignant toute ma gratitude à mon directeur d'essai, docteur Frédéric Langlois. Il s'est montré d'un soutien rigoureux et professionnel, tout en demeurant chaleureux et d'une telle générosité. Son soutien fut incontestablement un facteur essentiel m'ayant permis de persévérer pendant les quatre années de cet essai doctoral. Son apport à ma réussite est inestimable. Merci Frédéric! Je souhaite également remercier, du plus profond de mon cœur, mon mari Christian. Il a été présent jour après jour pendant les huit années de mon parcours universitaire. Il a fait preuve de tant de patience. Et merci à ma famille d'avoir manifesté de l'intérêt envers mes études et d'avoir cru en ma réussite. Des remerciements sont également indispensables à l'équipe de recherche du Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs et les tics, dirigée par docteur Kieron O'Connor. Dr O'Connor m'a gracieusement permis d'expérimenter son protocole thérapeutique. Son équipe m'a fourni un riche appui tout au long de ce projet : merci à mesdames Natalia Koszegi, Marie-Ève St-Pierre-Delorme, Karine Bergeron et Geneviève Goulet. Enfin, merci à docteur Frédérick Dionne, pour ses corrections et commentaires lors de mon activité de synthèse et en regard de cet essai.

Chapitre 1
Le trouble d'accumulation compulsive

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Le présent essai proposera d'abord une description du portrait clinique du trouble d'accumulation compulsive (TAC) incluant sa définition, ses multiples manifestations, sa prévalence, ses causes, ses comorbidités et ses traitements. Par la suite, une étude visant à vérifier l'efficacité d'une thérapie de groupe pour les accumulateurs compulsifs sera présentée. Il sera question de la méthodologie utilisée, des résultats de l'étude et d'une discussion de l'ensemble de l'étude. Puis une conclusion terminera cet essai.

Définition et manifestations

Pour la majorité des gens, il est normal d'acquérir au cours de sa vie diverses possessions. Il est aussi facile de s'en départir lorsque celles-ci sont devenues inutiles ou désuètes en les donnant, les vendant, les recyclant ou en les jetant (Steketee & Frost, 2007). Il arrive que certains individus aient du mal à se départir d'objets et que l'accumulation devienne malsaine. Pour les personnes qui souffrent d'un TAC, se départir d'objets physiques est une épreuve émotionnelle insupportable. Elles accumulent principalement des choses que la population générale possède, mais en plus grande quantité. D'autres choses hors de l'ordinaire comme des déchets ou des animaux peuvent également être accumulées. L'accumulateur compulsif se distingue cependant du collectionneur; ce dernier regroupe des objets correspondant à un thème précis et cette activité de collection, généralement ludique, consiste à réunir, entretenir et gérer ce regroupement d'objets. Le collectionneur prend plaisir dans cette activité, il partage

aisément sa passion avec son entourage. Le comportement d'accumulation chez l'humain s'étend sur un continuum allant de la collection normale à une négligence de soi pathologique, pouvant être associée à divers désordres mentaux (Damecour & Charron, 1998).

Le TAC bénéficie de l'attention de la communauté scientifique depuis une vingtaine d'années. Frost et Hartl (1996) ont d'abord défini l'accumulation compulsive selon trois caractéristiques indissociables et requises pour statuer sur la présence du trouble : 1) l'accumulation excessive de diverses possessions et l'incapacité de s'en débarrasser; 2) le désordre dans l'espace de vie qui empêche l'utilisation normale des pièces; et 3) une détresse significative ou une diminution du fonctionnement causée par l'accumulation. En l'absence de critères et de diagnostic au Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux - 4e édition révisée (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) et en regard de leurs nombreuses recherches, Steketee et Frost (2007) ont proposé des critères diagnostiques pour la nouvelle édition du DSM.

Le TAC se distingue du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) à certains niveaux. D'abord, les pensées TAC ne sont pas intrusives comme dans le TOC; elles ne provoquent pas de détresse, ne sont pas répétitives ni déplaisantes. Puis, un des comportements majeurs du TAC, la conservation d'objets, est un comportement passif. Contrairement aux comportements TOC, qui visent la réduction des pensées obsessionnelles, la conservation passive résulte d'une difficulté à se départir de ses

Rapport-Gratuit.com

objets. Les émotions difficiles du TAC, telles que la colère et l'anxiété, se manifestent au moment où l'accumulateur craint devoir se départir de ses possessions. Chez le TOC, l'anxiété est générée par les pensées obsessionnelles. Dans le TAC, les pensées sont dites égosyntones, soit en accord avec les valeurs de la personne. Cette forme de pensée rend la problématique beaucoup plus difficile à traiter, car elle rend la personne moins disposée à porter un regard critique sur son fonctionnement, tandis que les pensées dans le TOC sont souvent égodystones, soit en désaccord avec les valeurs personnelles. Les gens souffrant de TOC sont davantage en mesure de distinguer le caractère irrationnel de leurs pensées (Pertusa et al, 2010; Steketce & Frost, 2003).

L'APA a reconnu le TAC comme trouble spécifique dans la 5e édition du DSM-5. La version française du DSM-5 nomme le trouble Thésaurisation pathologique (syllogomanie).Les critères le définissant sont : a) une difficulté persistante à se départir des possessions, nonobstant leur valeur; b) cette difficulté est due à un besoin de conserver les possessions ou à une détresse associée au fait de s'en départir; c) cette difficulté à se départir des possessions résulte en une accumulation de possessions, provoquant un désordre de l'espace de vie qui empêche l'utilisation normale des pièces. Si les pièces sont désencombrées, cela est seulement attribuable à l'intervention de tiers; d) le trouble entraine une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants; e) le trouble n'est pas attribuable à une autre condition médicale; et f) le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental (Traduction libre, APA, 2013). Il est

apparu important de faire une distinction entre les TOC et autres troubles apparentés et les troubles anxieux dans la cinquième édition du DSM. Les TOC présentent un profil spécifique en ce qui a trait aux manifestations cliniques, tel que l'engagement dans des comportements compulsifs visant à faire diminuer l'anxiété, et aux traitements. Pour sa part, le TAC est principalement caractérisé par des symptômes cognitifs et est reconnu pour être résistant au traitement. Contrairement au TOC spécifique, où les comportements sont réalisés de façon plus involontaire et où ils génèrent de la détresse, dans le TAC, les compulsions sont réalisées de façon plus volontaire et ils procurent généralement du plaisir (APA, 2015).

Divers items sont accumulés : de vieux vêtements, des journaux et magazines, des cassettes vidéo, des lettres, des crayons, des factures, de la médication, de la nourriture périmée, des livres, des sacs, des animaux, des ordures (Frost & Hartl, 1996; Frost, Steketee, & Williams, 2000; Pertusa et al., 2008). Des accumulateurs rapportent sauvegarder jusqu'au 100 types d'items différents (Frost & Gross, 1993). La compulsion d'accumulation peut prendre la forme d'achats compulsifs ou l'accumulation d'articles gratuits ou promotionnels, de tri dans les poubelles ou dans les bennes à ordures (Frost et al., 1998; Tolin, Frost, & Steketee, 2007a). L'accumulation peut même se manifester à l'extérieur de la maison. L'accumulateur transporte, *juste au cas*, davantage de choses que la majorité des gens dans ses poches ou sa bourse (p. ex. : crayons, maquillage, papier, crème à mains, couteaux) et dans sa voiture (p. ex. : vêtements, couverture,

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

livres, chaussures) (Frost & Gross, 1993). Il va voir plusieurs possibilités de réutiliser les articles qu'il accumule (Tolin et al., 2007a).

Les achats compulsifs seraient associés aux symptômes du TOC (Frost et al., 1998). Les achats compulsifs consistent en l'achat incontrôlable d'objets qui entrainent une détresse significative. La personne y consacre beaucoup trop de temps et en résulte des difficultés financières et sociales. Ils surviennent en réponse à une envie récurrente et intrusive d'acheter, accompagnée d'une montée d'anxiété dont le but est de neutraliser cette anxiété (Steketee & Frost, 2007). Les achats compulsifs surviennent fréquemment simultanément avec l'accumulation compulsive. L'achat et l'accumulation compulsive présentent les mêmes caractéristiques que le TOC : une difficulté à contrôler l'activité mentale, une difficulté à chasser les pensées indésirables et une difficulté dans la prise de décision. Dans le TAC, la personne rumine activement à l'utilisation potentielle qu'elle peut faire des objets qu'elle achète. Selon Frost et Hartl (1996), les conséquences associées à ce trouble sont diverses. Le fait que d'autres personnes touchent ou déplacent leurs possessions provoque une anxiété incontrôlable. Les conflits avec le conjoint par rapport au désordre sont fréquents. Des problèmes de santé peuvent même être provoqués ou liés au désordre (p. ex. : des allergies). L'incapacité de réaliser les activités de la vie quotidienne à cause du désordre (la préparation de repas, le paiement des comptes, etc.) nuit à l'estime de soi. Il arrive que l'accumulation et le désordre soient importants au point que les pièces ne puissent pu être utilisées pour leur fonction primaire, comme ne plus pouvoir cuisiner et se laver ou ne plus pouvoir dormir dans le

lit (Frost, Steketee, & Williams, 2000; Tolin et al., 2007a). Cela place ces gens dans diverses situations à risque (incendies, chutes, insalubrité, problèmes de santé).

Il arrive que l'accumulation crée des conditions ignobles qui constituent un problème pour la santé publique. Steketee et Frost (2007) citent l'exemple d'un cas d'accumulation excessive d'animaux où le milieu de vie était inadéquat, la nourriture insuffisante et les soins inappropriés. Lorsqu'il y a accumulation d'animaux, la salubrité du milieu de vie risque de se détériorer rapidement (Tolin et al., 2007a). L'accumulateur souffre de voir qu'il ne peut fournir un environnement de vie adéquat à ses enfants et qu'il est incapable de recevoir des gens chez lui (Frost & Hartl, 1996). Les conflits familiaux sont fréquents, entre autres en raison de l'incompréhension des membres de la famille et d'un manque de communication (O'Connor, St-Pierre-Delorme, & Koszegi, 2012). Les gens souffrant de TAC auraient de la difficulté à initier et maintenir des relations interpersonnelles (Frost, Steketee, Williams, & Warren, 2000).

Le manque d'organisation cohérente de l'espace de vie est un indice du niveau de sévérité de la problématique. Le désordre provoqué par l'accumulation et l'acquisition, l'incapacité de se débarrasser, peut représenter un déficit d'habileté à l'organisation. Par exemple, dans les cas sévères, les objets sont distribués de façon aléatoire dans l'espace de vie, sans catégorisation établie. Et parce que l'espace disponible diminue progressivement, les nouvelles acquisitions sont rajoutées sur le dessus des piles existantes, sans structure prédéfinie (Frost & Hartl, 1996; Tolin et al., 2007a).

Certains accumulateurs sont évincés de leur milieu de vie par les services municipaux à cause de l'accumulation et du désordre qui les placent à risque d'incendie, de blessures ou de maladies. La majorité d'entre eux reçoivent la visite de l'agence de santé publique, et plusieurs d'entre eux reçoivent en plus la visite d'autres agences telles le service des incendies, les services de santé mentale, les services aux personnes âgées, la protection des animaux et la protection de l'enfance (Frost, Steketee, & Williams, 2000). Plusieurs accumulateurs refusent les services qui leur sont offerts, et ce, malgré les pressions de leur entourage, des services sociaux ou des services de sécurité (Frost, Steketee, & Williams, 2000). Des agents des services sanitaires ont rapporté que l'environnement extérieur d'accumulateurs était en désordre chez 52 % d'entre eux, que le salon était l'endroit de préférence pour y disposer des objets chez 90 % des accumulateurs, suivi de la cuisine à 79 %. Ce sont le voisinage, les policiers et le service des incendies qui déclarent le plus souvent les accumulateurs aux services de santé publique, soit à cause du désordre, des risques reliés à la santé ou à la sécurité (Frost, Steketee, & Williams, 2000).

Il arrive que du désencombrement ait été réalisé dans le domicile d'accumulateurs, par des membres de la famille, des amis ou des agences extérieures, et ce, parfois en leur absence. Lorsque ce désencombrement est réalisé en l'absence de l'accumulateur, ou en sa présence mais sans qu'il bénéficie de support thérapeutique, la problématique risque de resurgir (O'Connor et al., 2012; Tolin, Frost, & Steketee, 2007b). Il est préférable que

de telles interventions soient réalisées avec la collaboration de la personne souffrant de TAC.

Comorbidité

Comme nous l'avons déjà démontré, les conséquences du TAC sur la santé mentale sont indéniables, mais il s'avère difficile de déterminer si ces conséquences sont le fruit du TAC ou le résultat de son interaction avec d'autres troubles concomitants. L'accumulation compulsive survient souvent en comorbidité avec d'autres problématiques. Les troubles les plus souvent rapportés sont la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), la phobie sociale, le TOC, des problématiques de la personnalité obsessionnelle-compulsive (Gilliam, Norberg, Villavicencion, Hannan, & Tolin, 2011; Muroff et al., 2009; Pertusa et al., 2008; Samuels et al., 2002; Steketee & Frost, 2007). L'anxiété sociale serait un prédicateur de plus faibles résultats face à la psychothérapie (Muroff, Steketee, Frost, & Tolin, 2014). Les comorbidités représentent un défi clinique : elles doivent être évaluées et traitées au besoin afin de s'assurer que la personne soit en mesure de s'investir dans un processus thérapeutique. Par exemple, une personne présentant une dépression majeure en comorbidité du TAC, qui se plaint de fatigue extrême, risque de ne pas être en mesure de s'investir dans le désencombrement. Dans l'étude de Tolin et al. (2007a), tous les participants (n = 10) avaient au moins un trouble comorbide à l'axe I. Dans une autre étude, une probabilité élevée de dépression, ajouté à un niveau élevé d'impulsivité, est relevée chez 42 % des participants, et

chez 16 % des participants, une dépression cliniquement significative ainsi que des symptômes d'inattention (Hall, Tolin, Frost, & Steketee, 2013).

Prévalence

Une étude épidémiologique réalisée avant que le TAC soit reconnu comme trouble spécifique dans le DSM suggère que les comportements d'accumulation compulsive toucheraient environ 5 % de la population (Samuels et al., 2008). Les comportements d'accumulation ayant fait l'objet de l'étude sont l'acquisition d'une large quantité d'objets apparemment inutiles et l'incapacité de s'en départir, et le désordre de l'espace de vie causant de la détresse et ayant un impact sur le fonctionnement individuel et familial.

L'âge du début des comportements d'accumulation compulsive s'avère difficile à établir, car la prise de conscience de la gravité de la problématique par l'accumulateur lui-même, des membres de sa famille ou de la communauté survient longtemps après l'apparition des premiers comportements (Grisham, Frost, Steketee, Kim, & Hood, 2006). Selon certains auteurs, l'accumulation compulsive débuterait à l'adolescence (Frost & Gross, 1993; Seedat & Stein, 2002). Les gens souffrant d'un TAC sans comorbidité rapportent avoir commencé à ressentir des difficulté significatives à se départir de leurs objets vers l'âge moyen de 19,6 ans, à acquérir des choses de façon excessive vers l'âge moyen de 26,2 ans et à vivre dans un espace de vie excessivement en désordre aux environs de 31,3 ans (Pertusa et al., 2008). Ainsi, il semble que le

trouble évolue insidieusement et graduellement dans la vie des individus. Grisham et al. (2006) expliquent que cela peut être dû à la plus grande indépendance financière et physique au moment de l'âge adulte, qui permet d'acquérir davantage de biens et de les entreposer dans l'espace de vie personnel. L'accumulateur adulte a généralement plus de moyens financiers et habite son propre milieu de vie.

Pour Grisham et al. (2006), la sévérité de la problématique d'accumulation parait accroitre avec l'âge, et les gens attendent en moyenne jusqu'à 50 ans avant de rechercher de l'aide. Dans plusieurs études, l'âge moyen des participants est dans la cinquantaine et est principalement de sexe féminin (Gilliam et al., 2011; Muroff et al., 2009, 2014). Dans l'étude de Pertusa et al. (2008), les gens soufrant du TAC avec ou sans TOC sont davantage de sexe féminin, vivent davantage seuls et sont significativement plus âgés que ceux souffrant de TOC sans accumulation ou d'anxiété. Les femmes semblent plus enclines que les hommes à contribuer à des études recherchant des participants volontaires sur les accumulateurs compulsifs (Frost et al., 1998; Frost & Gross, 1993; Grisham et al., 2006; Muroff et al., 2009, 2014; Seedat & Stein, 2002; Steketee, Frost, & Kim, 2001). Moins de la moitié des accumulateurs sont mariés (Frost & Gross, 1993; Grisham et al., 2006; Muroff et al., 2009; Muroff, Steketee, Bratiotis, & Ross, 2012; Samuels et al., 2002). La plupart d'entre eux travaillent à temps plein ou partiel (Grisham et al., 2006, Muroff et al., 2012, 2014).

L'autocritique des gens face à leurs comportements d'accumulation est variable. Certains constatent que leurs comportements sont souvent problématiques ou gênants, d'autres considèrent que c'est parfois problématique et certains n'y voient aucun problème (Frost & Gross, 1993). Plusieurs accumulateurs auraient une faible autocritique face à leurs comportements (Frost, Krause, & Steketee, 1996; Grisham et al., 2006; Tolin, Frost, & Steketee, 2010). Certains accumulateurs se disent dérangés par leur problématique, ils se sentent honteux mais malgré leurs efforts, ils sont incapables de modifier leurs comportements. D'autres manquent considérablement de conscience face à leur fonctionnement global (Tolin et al., 2007a). Parallèlement, l'homme et la femme décrivent leurs comportements d'accumulation de façon similaire. Des accumulateurs relatent avoir pris conscience de la nature excessive de leurs comportements une décennie après leur apparition (Grisham et al., 2006). La sensibilisation et la conscientisation du trouble augmente pour certains accumulateurs en cours de processus thérapeutique (Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglas, 2000). La conscientisation de trouble est une cible thérapeutique importante (O'Connor et al., 2012).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

L'accumulation compulsive est souvent rapportée dans l'historique familial de gens aux prises avec cette problématique (Frost & Gross, 1993; O'Connor et al., 2012; Pertusa et al., 2008; Samuels et al., 2002; Seedat & Stein, 2002). Selon Pertusa et al. (2008), jusqu'à 50 % des accumulateurs auraient un parent de premier degré qui serait atteint de TAC.

Plusieurs accumulateurs sont traités par médication. La symptomatologie généralement traitée est de nature obsessionnelle-compulsive, ainsi que les comorbidités telles que la dépression, l'anxiété et les déficits attentionnels (Gilliam et al., 2011; Hartl, Duffany, Allen, Steketee, & Frost, 2005). Selon certaines études, jusqu'au trois quart des participants sont médicamentés (Gilliam et al, 2011; Steketee et al., 2000). Dans une revue de littérature, Pertusa et al. (2010) ont comparé l'efficacité des traitements à base d'inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) chez des TOC avec symptômes d'accumulation : les résultats sont mitigés. L'accumulation est souvent reconnue comme prédicteur de mauvaise réponse au traitement pharmacologique. L'ajout d'un antipsychotique atypique à l'ISRS, chez un échantillon de TOC réfractaire à un mono-traitement ISRS, présente des résultats ne supportant pas suffisamment l'efficacité de ce traitement. Toutefois, une certaine efficacité serait notée dans des sous-types de TOC, tels que les accumulateurs (Matsunaga et al., 2009). Selon la méta-analyse réalisée par Dold, Aigner, Lanzenberger et Kasper (2013), le risperidone serait l'antipsychotique offrant l'efficacité la plus significative chez les TOC réfractaires à une monothérapie ISRS.

Causes

Le modèle développé par Steketee et Frost (2007) présume que les problèmes au niveau de l'accumulation, de la conservation et du désordre sont issus de causes multifactorielles. Ils résulteraient d'une vulnérabilité personnelle, de croyances à propos des possessions, qui elles, suscitent une réponse émotionnelle positive et négative

Rapport-Gratuit.com

menant aux comportements d'accumulation, de conservation, à la difficulté à se départir et au désordre.

Tel que mentionné précédemment, une proportion non négligeable d'accumulateurs a un proche souffrant de ce trouble. Cela pose la question de l'inné versus l'acquis. L'indécision relevée chez les accumulateurs pourrait être une caractéristique familiale, possiblement due à une vulnérabilité génétique. La même indécision a été relevée chez les enfants de personnes souffrant d'accumulation, une fois devenus adultes (Bratiotis, Frost, Steketee, & Tolin, 2011).

Un événement traumatique prédisposerait à l'installation du TAC, tel un désastre naturel, un accident de voiture, la mort tragique d'un être cher, la maladie d'un être cher, les mauvais traitements physiques et d'autres traumas (Hartl et al., 2005). Un nombre plus élevé d'accumulateurs ont vécu un événement de vie traumatique comparativement aux gens atteints d'un TOC. Il y aurait également une association plus marquée entre le niveau de désordre et la présence d'un événement traumatique chez les accumulateurs (Cromer, Schmidt, & Murphy, 2007). Dans l'étude de Grisham et al. (2006), plus de la moitié des participants rapportent que l'accumulation succède à un événement de vie stressant (positif ou négatif).

Selon une étude réalisée auprès de jumeaux, la prévalence et l'héritabilité de l'accumulation compulsive seraient plus élevées chez les hommes que chez les femmes.

Toutefois, celles-ci consulteraient davantage (Iervolino et al., 2009). Des facteurs génétiques contribueraient à expliquer environ 50 % de la variance de l'accumulation compulsive. Une sensibilité à l'anxiété et une intolérance à la détresse sont d'importants facteurs de vulnérabilité au niveau des comportements d'accumulation et constituent des variables à considérer durant le traitement (Timpano, Buckner, Richey, Murphy, & Schmidt, 2009).

Dans une étude de deux cas d'accumulation chez des personnes âgées, Damecour et Charron (1998) suggèrent que les comportements d'accumulation compulsive chez la personne âgée semblent un mécanisme de défense compensatoire contre la menace. En réaction aux événements de vie stressants et en réaction à leur perception de perte de contrôle sur ces événements, l'accumulation aurait l'effet d'apporter un sentiment de contrôle sur l'environnement. Cependant, il n'y aurait pas de lien scientifiquement établi avec une expérience de manque pendant l'enfance.

Pensées

Une étude de Furby (1978), citée dans Frost et Gross (1993), a abordé la signification et les raisons associées au besoin de posséder des objets. Elle dégage deux motivations prédominantes. Premièrement, les possessions comblent des besoins instrumentaux et sentimentaux, ce qui leur confère des valeurs instrumentales et sentimentales, à la base de la motivation. Pour Furby, la signification centrale liée au besoin de posséder des objets est le contrôle. Les possessions donnent un sentiment de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

contrôle sur l'environnement. Selon O'Connor et al. (2012), le motif est une part importante du TAC puisque ce n'est pas la valeur associée à l'objet qui suscite le comportement d'accumulation, mais ce que cet objet représente pour l'individu. C'est donc le motif ou la fonction donnée aux objets qui décrivent la relation entre l'accumulateur et son problème. Lorsqu'une autre personne touche, déplace ou utilise un de ses biens, l'accumulateur se sent violé, en perte de contrôle de son environnement (Frost, Hartl, Christian, & Williams, 1995).

Sur la base de recherches préliminaires et d'observations, Frost et Hartl (1996) proposent un modèle multifactoriel contenant des déficits de traitement de l'information, des problèmes au niveau de l'attachement émotionnel, de l'évitement comportemental et des croyances erronées à propos de la nature des possessions.

La prise de décision des gens souffrant du TAC serait une importante variable impliquée dans l'occurrence et le maintien du trouble (Frost & Hartl, 1996). La difficulté à prendre une décision serait marquée par l'indécision, une tendance à éviter ou à remettre à plus tard afin d'éviter une erreur. Les accumulateurs auraient du mal à savoir ce qui est normal de garder ou de jeter (Frost & Gross, 1993; Steketee & Frost, 2007). Une indécision chronique est également relevée dans le TOC (Reed, 1991). Toutefois, l'indécision dans le TAC serait plus importante (Frost & Gross, 1993; Frost & Hartl, 1996; Frost, Tolin, & Maltby, 2010; Steketee, Frost, & Kyrios, 2003). L'indécision se reflète également en cours de processus thérapeutique, lors de la collecte de données

(mesures auto-révélées); l'observance est parfois pauvre alors que le client doit compléter des mesures auto-révélées à son domicile. Cela reflète une difficulté dans la prise de décision (Muroff et al, 2009). Les tendances perfectionnistes sont également identifiées comme faisant partie du mode de pensée des accumulateurs (Frost et al., 2010). Il se manifeste entre autres par la peur de prendre la mauvaise décision (Tolin et al., 2007a) et cette tendance semble inhiber l'apprentissage et la mise en application des habiletés développées en thérapie (Muroff et al., 2014). Il pourrait paraitre incohérent ou contradictoire de parler de perfectionnisme dans un contexte de désordre et d'encombrement. Ici, cette contradiction s'explique par la crainte de faire une erreur ou de prendre la mauvaise décision et le désir que tout soit fait de manière parfaite. L'évitement de la mise en action et la procrastination deviennent alors les stratégies de gestion privilégiée.

Les accumulateurs passent plus de temps à penser aux conséquences associées au fait de se départir et aux conséquences anticipées qu'aux inconvénients de tout garder (Frost & Hartl, 1996; O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005). En conservant tout, ils croient pouvoir se prémunir face à un besoin futur. La prévention justifie d'autre part qu'un objet sans valeur actuellement peut prendre de la valeur plus tard et que chaque bien est unique (Frost & Hartl, 1996).

L'accumulation impliquerait aussi un déficit au niveau de la catégorisation/organisation de l'information, et conséquemment, de ses possessions

(Frost et al., 2010; Tolin et al., 2007a). Ce processus cognitif amène l'accumulateur à considérer tous les attributs de chacune de ses possessions avant de décider de s'en départir. Parce que chaque chose est unique, il devient complexe, voire impossible, d'établir différents niveaux d'importance, de valeur et de catégorie pour les objets. Des examens approfondis et excessifs s'avèrent requis pour décider si un objet peut être rejeté. Et ces examens approfondis augmentent la valeur des objets, car ils enclenchent les processus obsessionnels (O'Connor et al., 2012). Le parallèle peut être fait avec les tendances perfectionnistes, à l'effet qu'en l'absence d'un examen minutieux, l'accumulateur ne sait pas ce qui lui est possible de faire ou non par rapport à ses possessions (Frost & Hartl, 1996). Cela s'apparente également avec l'indécision décrite précédemment.

Des difficultés mnésiques semblent également présentes. La personne qui souffre du TAC aurait aussi une perception erronée du fonctionnement de sa mémoire. Elle a peu confiance en sa mémoire et surestime l'importance de mémoriser ou d'enregistrer l'information. Cela peut expliquer le désordre; les possessions doivent demeurer à la vue afin d'éviter de les mémoriser (Frost & Hartl, 1996; Tolin et al., 2007a). Au niveau du fonctionnement cognitif, des difficultés au niveau de l'attention soutenue et une sensibilité à la distraction affecteraient également les gens atteints de TAC (Tolin et al., 2007a). Les symptômes d'inattention augmenteraient la sévérité des impacts du TAC dans le fonctionnement quotidien (Hall et al., 2013).

Le modèle de Frost et Hartl (1996) stipule que certaines croyances erronées sont caractéristiques du TAC et agissent comme facteurs de maintien du trouble. Trois types spécifiques de croyances déterminent le rôle et la signification des possessions. D'abord, l'accumulateur croit devoir maintenir un contrôle sur ses possessions étant donné l'attachement émotionnel et le sentiment de sécurité qu'elles lui apportent. Ensuite, l'accumulateur croit avoir un niveau très élevé de responsabilités en regard de ses possessions. Il se sent d'une part responsable de se préparer à rencontrer un besoin futur, puis de protéger ses possessions face à un éventuel endommagement de celles-ci (Frost & Gross, 1993; Frost & Hartl, 1996). Ces croyances TAC sont hautement corrélées à la sévérité du trouble (Steketee et al., 2003). Des distorsions cognitives et erreurs de logique telles la pensée « tout ou rien », la catastrophisation et la surgénéralisation sont également caractéristiques du TAC et agissent comme facteurs de maintien (Steketee & Frost, 2007).

Tel que décrit précédemment, les pensées des accumulateurs sont empreintes de croyances erronées et de distorsions cognitives. Celles-ci représentent des caractéristiques qui sont partagées avec les gens souffrant de TOC. Toutefois, d'autres pensées spécifiques sont caractéristiques chez les TOC. Ces pensées seraient la source de la problématique; il s'agit de doutes obsessionnels. Ces mêmes doutes se retrouvent dans le TAC. L'approche basée sur les inférences (ABI) nomme ces doutes obsessionnels, des inférences primaires (O'Connor & Aardema, 2011). Selon cette approche, le doute est une inférence, une opération logique à propos de l'état des choses.

Un doute est initialement déclenché par une situation réelle. Par exemple : « Le contenant de margarine est vide, est-il possible que je le réutilise? ». Dans le doute normal, la personne se basera sur ses besoins réels et sur les évidences du bon sens pour résoudre rapidement ce doute en prenant une décision. Chez la personne TAC, le doute TAC surgit sans que quelque chose se présente dans la réalité. Par exemple : « Peut-être que j'en aurai encore de besoin, peut-être que je peux le réutiliser » (O'Connor et al., 2012). La personne utilise des arguments afin de soutenir son doute, et ces arguments s'écartent des sens, du bon sens et du sens commun de la réalité. S'installe alors une confusion lorsque la personne traite son doute et les associations imaginaires qui en découlent comme une réalité objective. Ce trouble de raisonnement se nomme la confusion inférentielle (O'Connor et al., 2005). Par la suite s'installent des inférences secondaires, soit les conséquences anticipées des inférences primaires. Par exemple : « Jeter ce contenant ferait de moi une gaspilleuse » (O'Connor & Aardema, 2011).

Dans les troubles du spectre obsessionnel-compulsif, la préoccupation n'est pas ce qui est présent dans la réalité mais ce qui pourrait être présent; cette préoccupation prend alors la forme d'une conviction qui s'éloigne de la réalité (O'Connor & Robillard, 1996). Par exemple : « Je ne vois pas de bactéries sur mes mains, mais je suis convaincue qu'il peut tout de même y en avoir, alors je dois me laver les mains encore et encore ». C'est à ce moment que le comportement compulsif s'installe. La personne accorde beaucoup d'importance à cette conviction qui devient obsessionnelle. Pour elle, sa conviction est justifiée. O'Connor et Robillard (1996) expliquent ce processus par la

présence d'un monologue interne basé sur des faits imaginaires et sur les conséquences qui en découlent, amenant ainsi la personne à agir de façon cohérente avec sa pensée. Demander à la personne de verbaliser à voix haute son monologue interne est une bonne façon de connaitre son raisonnement par rapport à ses possessions. Il existe un manque d'introspection de la part de la personne en regard de la confusion entre la réalité et son imaginaire. Ce processus s'apparente au concept des idées surévaluées; il s'agit d'un surinvestissement dans une conviction obsessionnelle. Dans le TAC, les idées surévaluées sont souvent présentes (Steketee et al., 2000), et ce, de manière habituellement égosyntone soit en harmonie avec les valeurs (O'Connor et al., 2005; O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009). Les personnes ne considèrent pas leurs comportements compulsifs comme déraisonnables; leur regard critique sur leur fonctionnement devient ainsi biaisé.

Contrairement à la majorité des gens qui se définissent sur la base de leur accomplissement, il arrive que l'accumulateur se définisse sur la base de ses possessions; ses objets lui procurent un sentiment d'identité. Par exemple : « Je conserve plusieurs objets tels les contenants vides afin de leur donner une deuxième vie, car je suis une personne écologique » (Tolin et al., 2007a).

Émotions

L'accumulation compulsive ne serait pas un comportement compensatoire en lien avec des carences affectives ou matérielles pendant l'enfance (Furby, 1978, cité dans

Frost & Gross, 1993). Cependant, l'attachement émotionnel est une composante du modèle de Frost et Hartl (1996). Il existe un sentiment naturel et normal d'être attaché à certaines choses que l'on possède. Ce sentiment permet de demeurer attaché et en relation avec les autres. Toutefois, lorsqu'un attachement aussi important se manifeste pour un article banal tel une liste d'épicerie ou un vêtement n'ayant pas été porté depuis plus de 20 ans, et qu'une réaction émotionnelle excessive surgit lorsque la personne craint devoir s'en départir, il s'agit d'un attachement anormal (Tolin et al., 2007a). L'incapacité, voire l'échec de l'accumulateur de se débarrasser d'objets qu'il possède, s'expliquerait en partie par sa tendance à attribuer une valeur sentimentale excessive, instrumentale ou intrinsèque aux objets (Frost & Hartl, 1996). L'accumulateur perçoit les biens matériels comme un prolongement de lui-même et leur attribue des qualités humaines. Pour certains accumulateurs, les possessions procurent un réconfort et un sentiment de sécurité dans leur environnement (Steketee et al., 2003; Tolin et al., 2007a). Simultanément, acheter ou acquérir de nouvelles possessions, qu'elles soient futiles ou non nécessaires, semble fournir un certain degré de réconfort. Frost et Hartl (1996) précisent une « hypersentimentalité » face aux possessions, même lorsque celles-ci ne sont pas associées à une expérience mémorable. Ce qui parait le plus lourd n'est pas de se débarrasser des possessions, mais le processus de prise de décision qui précède. La personne qui souffre de TAC ressent de l'anxiété à l'idée de jeter la mauvaise chose. Une fois la décision prise, la réaction émotionnelle excessive disparait (Frost & Hartl, 1996). Il y a une augmentation de l'anxiété lorsque la personne initie une action visant le désencombrement, et une baisse de l'anxiété lorsque l'action est

complétée (Wincze, Steketee, & Frost, 2007). Dans une visée thérapeutique, il devient important de renseigner la personne sur ces résultats de recherche et de favoriser son investissement à ce niveau; une expérience positive est susceptible de la motiver à persévérer dans le processus thérapeutique.

L'anxiété surgit lorsque la personne est envahie par la confusion inférentielle et qu'elle se retrouve confrontée aux conséquences qu'elle anticipe face au doute initial (O'Connor et al., 2009). Par exemple : « Et si j'avais envie de cuisiner du poulet, et que j'avais jeté mes livres de recettes, je m'en voudrais car il aurait s'agit d'une erreur de ma part. Je dois donc conserver tous mes livres de recettes afin d'éviter de faire une erreur ».

L'action d'acquérir est associée à un sentiment positif et parfois même à l'euphorie, ce qui renforce le comportement et le rend difficile à restreindre (Steketee & Frost, 2007; Tolin et al., 2007a). De plus, sauvegarder les possessions évite aux sujets les conséquences émotionnelles négatives de se départir (Frost & Gross, 1993).

Comportements

Dans le modèle de Steketee et Frost (2007), les comportements compulsifs des accumulateurs se manifestent sous la forme d'acquisitions excessives, d'achats excessifs, de la fréquentation routinière des endroits de préférence où les acquisitions sont réalisées.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Les comportements compulsifs sont également vus comme la résultante de pensées obsessionnelles. Comme dans le TOC, la compulsion est un rituel visant à neutraliser l'anxiété générée par l'obsession (O'Connor & Robillard, 1996). Dans le TAC, le comportement compulsif vise à éviter les conséquences anticipées (les inférences secondaires).

L'évitement comportemental, quoiqu'il s'agisse d'un comportement passif, est une caractéristique importante du TAC (Frost & Hartl, 1996; Steketee & Frost, 2007; St-Pierre-Delorme, Purcell Lalonde, Koszegi, & O'Connor, 2011). Les accumulateurs sont les rois de l'évitement (O'Connor et al., 2012). L'évitement réside dans le report du processus de prise de décision précédemment noté, dans l'évitement de la mise en action pour le désencombrement, dans l'évitement de jeter des objets. Il se manifeste également sous la forme de procrastination (Frost et al., 2010). L'évitement serait en grande partie responsable du désordre (Frost & Hartl, 1996). Il permettrait à l'accumulateur de ne pas vivre le bouleversement émotionnel que provoque la séparation des possessions auxquelles il est attaché (Tolin et al., 2007a).

Lien entre accumulation compulsive et trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

La majeure partie des études réalisées sur l'accumulation compulsive a été menée avec des clients recrutés dans des cliniques de traitement du TOC et non dans la communauté ou d'autres sources de référence. Cela favorise naturellement la relation entre les deux problématiques (Steketee & Frost, 2007). De ces études, l'accumulation

compulsive est un symptôme présent dans une proportion de 18 à 33 %. Il est possible qu'un échantillon exclusif d'accumulateurs produise un rapport différent. Toutefois, depuis la parution du DSM-5, il est reconnu que le TAC fait partie du spectre du TOC.

Les accumulateurs ont des scores plus élevés que les TOC sur les échelles des comportements d'accumulation, des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux. (Steketee et al., 2003). Selon cette même étude, les accumulateurs et les TOC présentent un niveau de sévérité similaire en ce qui a trait aux obsessions-compulsions telles que mesurées par l'échelle Yale-Brown d'obsession-compulsion (Y-BOCS) et Padua.

Afin d'étudier le chevauchement entre l'accumulation compulsive et le TOC en général, Pertusa et al. (2008) ont mené une étude comparant un groupe souffrant d'accumulation compulsive sévère rencontrant les critères du TOC et un groupe souffrant d'accumulation compulsive sévère mais ne rencontrant pas les critères du TOC. Selon les résultats, tous les participants du groupe accumulateur sans TOC affirment accumuler en raison de valeurs émotionnelles et/ou intrinsèques. Par contre, pour 28 % des accumulateurs avec TOC, d'autres explications pour le besoin d'accumuler s'ajoutent; c'est-à-dire la peur de conséquences catastrophiques suite à la dépossession des biens, la peur de perdre quelque chose d'important.

En comparant un groupe d'accumulateurs compulsifs à un groupe de non accumulateurs, Frost et al. (1996) établissent une différence significative entre les deux

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

groupes dans toutes les catégories de l'échelle Y-BOSC. Le groupe d'accumulateurs présente des scores totaux significativement plus élevés. Les accumulateurs compulsifs démontrent moins d'autocritique, plus d'évitement, un plus grand sentiment de responsabilité pathologique, plus d'indécision, plus de doute pathologique, plus de lenteur et plus de sévérité globale. Les accumulateurs ont plus de symptômes répondant aux critères du TOC.

Frost et Gross (1993) démontrent que l'accumulation est positivement corrélée avec plusieurs traits de la personnalité obsessionnelle-compulsive mais davantage avec des symptômes du TOC. On note principalement une relation avec l'indécision; l'indécision à savoir quoi jeter. D'ailleurs, l'incapacité à jeter des objets est un critère diagnostique du trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Les accumulateurs rapportent significativement plus de difficultés au niveau de la prise de décision que les TOC (Steketee et al., 2003).

Traitements

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une forme de psychothérapie qui considère que les difficultés de la personne relèvent d'un mode de pensées ou de comportements inadéquats. Les pensées, les comportements et les émotions sont reconnus comme étant interdépendants chez la personne. La TCC vise à aider la

personne à mettre en relation les émotions qu'elle ressent, ses comportements et ses perceptions.

La thérapie de nature traditionnelle, dite thérapie par la parole, n'est pas aidante auprès des accumulateurs (Tolin et al., 2007a). Selon certaines études, l'accumulation compulsive est un indice d'échec, d'abandon ou de résultats mitigés ou pauvres lors de traitements pharmacologiques et comportementaux (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003; Mataix-Cols, Rauch, Manzo, Jenike, & Baer, 1999; Steketee & Frost, 2003).

Frost et Hartl (1996) ont d'abord proposé une thérapie d'une durée de 24 à 26 semaines consistant en deux tâches différentes mais reliées. Premièrement, se débarrasser d'un nombre significatif de possessions afin de rendre l'espace vivable. Pour y parvenir, l'accumulateur doit catégoriser chacune de ses possessions dans des boites disposées à l'extérieur de l'espace de vie. La thérapie débute avec trois catégories : à se départir, à jeter et à revoir plus tard. Ensuite, l'accumulateur est amené à développer les habiletés pour maintenir un nombre relativement constant de possessions et un espace de vie suffisant.

Le modèle de traitement d'approche cognitivo-comportementale élaboré par Steketee et Frost (2007) cumule 10 années de travail nécessaires à la compréhension de cette problématique et ses nombreuses composantes. La thérapie est d'une durée d'environ 20 à 26 semaines, combinant des rencontres en clinique et des visites à

domicile. Elle cible des entretiens motivationnels, l'entrainement aux habiletés d'organisation et de résolution de problèmes, à la modification des pensées et des croyances à propos des possessions, des devoirs à réaliser à la maison. La TCC démontre des résultats prometteurs au niveau de l'amélioration de la symptomatologie TAC (Muroff et al., 2014; Steketee & Frost, 2007; Tolin, Frost, & Steketee, 2007a) comme une amélioration de 60 % de la symptomatologie TAC mesurée par le SI-R ($n = 10$) (Tolin, Frost, & Steketee, 2007a). Le manque de flexibilité et les difficultés motivationnelles associées, relevés chez les accumulateurs, a mené l'équipe de Steketee et Frost à conclure que la combinaison de méthodes d'intervention diversifiées offre de meilleures chances de succès thérapeutique. Une des méthodes cognitives, qui rehausse la motivation, consiste à la visualisation de la pièce encombrée et l'identification du niveau d'inconfort suscité chez l'accumulateur. Par la suite, il doit visualiser cette même pièce, désencombrée, et identifier le niveau de confort ressenti. Cette méthode a été reprise dans la thérapie basée sur les inférences pour le traitement du TAC (O'Connor et al., 2012).

Thérapie basée sur les inférences (TBI)

La TBI adopte une approche cognitive distincte (O'Connor & Aardema, 2011). Elle a été initialement développée pour la compréhension et le traitement du TOC, puis adaptée pour le TAC, considérant que le processus obsessionnel est similaire. Ce type d'intervention est centré sur les processus cognitifs, l'obsession; dans ce cas-ci, le doute et le raisonnement qui le soutient. En intervenant directement sur le doute, des

répercussions sont attendues au niveau des compulsions. Cette approche vise à disqualifier le raisonnement produit par l'inférence primaire, le doute, et ramener la personne dans le monde de la réalité, des sens et du sens commun (O'Connor et al., 2009). Elle favorise la prise de conscience des processus cognitifs, l'introspection et l'exposition aux conséquences anticipées (inférences secondaires) tout en n'accomplissant pas le rituel. Elle vise également la généralisation des habiletés apprises en thérapie, en regard de tous les objets à la maison. Une étude de cas démontre une diminution significative de la symptomatologie TAC sur la majorité des mesures, suite à une thérapie de 20 semaines (St-Pierre-Delorme et al., 2011).

Autres modalités thérapeutiques

D'autres méthodes thérapeutiques, n'ayant pas leur origine dans la TBI, sont profitables auprès des accumulateurs. L'entretien motivationnel est reconnu pour explorer et réduit l'ambivalence en psychothérapie, pour une multitude de problématiques. Dans le TAC, il permet d'améliorer la prise de conscience des comportements d'accumulation (Grisham et al., 2006). De plus, considérant que la motivation est souvent problématique ou fluctuante chez la personne TAC, il est important d'intervenir régulièrement à ce niveau (Steketee & Frost, 2007; Tolin, Frost, & Steketee, 2007b). La pression d'un conjoint ou d'un membre de la famille peut être une source de motivation ou un levier thérapeutique pour s'investir ou persévérer dans un processus thérapeutique (Steketee et al., 2000). Toutefois, cette intervention d'un membre de la famille peut devenir une pression supplémentaire pour l'accumulateur,

pour différentes raisons, comme le fait qu'il chemine à un rythme différent que ce qu'attend le proche. À ce moment, l'intervention d'une personne objective extérieure peut s'avérer plus aidante.

La prise de photos à domicile, par le client lui-même ou par le thérapeute, est une méthode servant de mesure du niveau de base de l'encombrement et du désordre (St-Pierre-Delorme et al., 2011). Cela permet également de soutenir la motivation et la mobilisation, à aider à décider de la prochaine étape et à objectiver les progrès (Steketee & Frost, 2007).

Certaines variables mesurées en prétraitement sont considérées comme des prédicteurs de faibles résultats au traitement tels la présence d'un TAC sévère, la présence d'anxiété sociale, la présence de perfectionnisme et le genre masculin (Muroff et al., 2014).

Quoiqu'une faible observance soit observée au niveau des devoirs à réaliser à la maison (Muroff et al, 2014; St-Pierre-Delorme et al., 2011), ceux-ci s'avèrent de mise pour rehausser le prise de conscience des processus TAC et la pratique des habiletés acquises en cours de processus thérapeutique (Muroff et al., 2014; Steketee & Frost, 2007). Une corrélation positive est observée entre l'observance aux devoirs à réaliser à la maison et une amélioration de la symptomatologie en post-traitement (Tolin, Frost, &

Steketee, 2007a). La poursuite des exercices acquis en thérapie, après la fin du traitement, favorise le maintien des gains 12 mois post-traitement (Muroff et al., 2014).

Une thérapie de groupe réduit l'isolement et la stigmatisation présents chez les accumulateurs (Muroff et al., 2009) et rehausse la motivation, souvent problématique chez la clientèle TAC (Muroff et al., 2009; Steketee & Frost, 2007). Elle fournit l'occasion aux participants d'apprendre en observant les autres. Ce type de thérapie permet également à cette clientèle d'avoir accès à des services spécialisés, actuellement limités, et se veut moins coûteuse pour le thérapeute (Gilliam et al., 2011; Muroff et al., 2009). Une thérapie de groupe d'approche TCC pour le TAC se montre efficace au niveau de l'amélioration de la symptomatologie TAC (Gilliam et al., 2011; Muroff et al., 2009) ainsi qu'au niveau des symptômes dépressifs, anxieux et de la qualité de vie (Gilliam et al., 2011). La TCC de groupe pour le TOC et autres troubles où l'accumulation se présente comme symptôme comorbide avec la dépression et l'anxiété sociale démontre des résultats significatifs (Anderson & Rees, 2007; van Oppen, Steketee, McCorkle, & Pato, 1997). La thérapie de groupe semble augmenter l'investissement dans la réalisation des devoirs à la maison; les participants doivent partager leur cheminement, à travers les devoirs réalisés, lors des séances de groupe (Steketee et al., 2000).

Les visites à domicile procurent différents bénéfices : a) permettre de confirmer les impressions cliniques; b) comprendre les pensées et le vécu expérientiel en regard de

leurs possessions; c) aider à déterminer la quantité de désordre; d) fournir l'occasion d'échanger avec les membres de la famille qui le souhaitent; et e) permettre également aux accumulateurs de faire des progrès en renforçant leurs efforts (Steketee & Frost, 2007). Toutefois, une amélioration significative de la symptomatologie TAC est objectivée par une thérapie de groupe sans visite à domicile (Gilliam et al, 2011). Il est possible que certains accumulateurs ressentent de la honte, soient embarrassés ou perçoivent ces visites comme intrusives. Il est donc important d'éviter les jugements et de demeurer neutre et bienveillant au niveau des interventions. Les visites à domicile sont l'occasion d'expérimenter « in vivo » l'exposition graduelle par imagerie, puis dans l'action orientée vers le désencombrement (Muroff et al, 2009; Steketee & Frost, 2007). Des études réalisées auprès de clients souffrant de TOC démontrent que l'exposition in vivo et la prévention de la réponse lors de traitement à domicile résulte en une amélioration significative de la symptomatologie TOC, ainsi que des pensées obsessionnelles et des intrusions (Emmelkamp, van Oppen, & van Balkom, 2002). L'exposition chez le client TAC vise à augmenter la prise de conscience de ses processus cognitifs obsessionnels. Des participants ont verbalisé le besoin d'une assistance extérieure lors du désencombrement à la maison, pour déplacer les objets, appliquer et pratiquer les habiletés développées en clinique et soutenir leur motivation (Muroff et al., 2012).

La littérature a démontré que la TCC et la TBI ont des limites au niveau de leur efficacité thérapeutique. Les interventions sont limitées chez les accumulateurs ayant un

faible niveau d'introspection et chez ceux pour qui la sévérité de la problématique est élevée (Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak, & Baer, 2002). Le niveau de motivation et d'engagement de la personne dans l'ensemble du processus sont des variables pouvant appartenir uniquement à la personne. Malgré que les traitements visent à intervenir directement sur ces variables, il arrive que la personne soit nullement réceptive. Elles influencent l'efficacité thérapeutique et peuvent donc être considérées comme une limite. La TBI ne prévoit actuellement aucune visite à domicile. Les accumulateurs doivent donc expérimenter seuls, in vivo, les méthodes thérapeutiques apprises en clinique, telles que la résolution de problèmes, l'identification des pensées illusoires, la prise de décision. Les effets bénéfiques de ces deux protocoles sont toutefois prometteurs quant à la symptomatologie TAC. De plus, les différentes méthodes thérapeutiques telles que les visites à domicile, les devoirs à la maison, l'exposition in vivo et la prise de photos ont également démontré des bénéfices. L'idée directrice de cette étude est de jumeler ces différentes approches et méthodes, en un seul protocole, dont la structure de fond repose sur l'ABI. Elle se veut novatrice en proposant de combiner les gains des différentes approches thérapeutiques. Il s'agit d'une plus-value pour cette clientèle reconnue comme étant difficile à traiter.

Conclusion

Le TAC est désormais une entité clinique spécifique. Une meilleure connaissance des manifestations cognitives, émotionnelles et comportementales, ainsi que des causes du trouble, permettent de mieux saisir le fonctionnement des gens qui en sont atteints.

Rapport-Gratuit.com

Cette connaissance a soutenu les avancées scientifiques, qui permettent de mettre sur pied des protocoles de traitement visant à réduire la symptomatologie et améliorer la qualité de vie des gens atteints de TAC. La diversité des méthodes de traitement semble pour le moment assurer les meilleurs bénéfices thérapeutiques.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Chapitre 2

Évaluation de l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un trouble d'accumulation compulsive

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Évaluation de l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un trouble d'accumulation compulsive

TITRE COURANT : Thérapie cognitive de groupe pour le trouble d'accumulation compulsive

Caroline Paré, Frédéric Langlois

Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

E-mail : Caroline.Pare@uqtr.ca

Téléphone : 819-36-5011, ext. 4021

Toute correspondance peut être acheminée à : Caroline Paré, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, C.P. 500, Trois-Rivières, QC, Canada, G9A 5H7.

Résumé

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) est un trouble psychiatrique provoquant un impact fonctionnel majeur chez l'individu qui en souffre. Le TAC est maintenant une entité clinique faisant partie du spectre du TOC. Les thérapies élaborées pour traiter ce trouble ont d'abord été élaborées pour être administrées individuellement, puis ont été modulées pour être administrées en groupe. L'objectif de la présente étude, un protocole à cas uniques, consiste à vérifier l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un TAC. Le protocole de traitement est la thérapie basée sur les inférences (TBI), qui a été légèrement adaptée pour intégrer des méthodes reconnues efficaces dans d'autres approches thérapeutiques. La TBI intervient sur les processus cognitifs impliqués dans le TAC, soit le trouble de raisonnement. Neuf participants ont été recrutés à l'aide d'entretiens cliniques standardisés et de mesures auto-révélées, et cinq présentaient tous les critères de sélection et ont débuté la thérapie. Un participant a été retiré des analyses étant donné un faible respect des exigences du protocole. Les participants ont été évalués de façon individuelle en pré, post et 6 mois post-traitement. Les résultats à l'évaluation post-traitement démontrent un haut niveau de fonctionnement pour deux participants et un faible niveau de fonctionnement pour les deux autres participants. Les implications cliniques sont ensuite discutées.

Introduction

Le trouble d'accumulation compulsive (TAC) suscite l'incompréhension chez l'entourage des personnes qui en est atteint. Les gens se demandent comment lui venir en aide et où chercher de l'aide; une aide spécialisée. Grâce à la communauté scientifique, des thérapies ont pu être élaborées dans les vingt dernières années.

L'accumulation compulsive toucherait 5 % de la population américaine (Samuels et al., 2008). L'APA a reconnu le TAC comme trouble spécifique dans la 5e édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux. La version française du DSM-5 nomme le trouble Thésaurisation pathologique (*syllogomanie*). Les critères du DSM-5 sont a) une difficulté persistante à se départir des possessions, nonobstant leur valeur; b) cette difficulté est due à un besoin de conserver les possessions ou à une détresse associée au fait de s'en départir; c) cette difficulté à se départir des possessions résulte en une accumulation de possessions, provoquant un désordre de l'espace de vie qui empêche l'utilisation normale des pièces. Si les pièces sont désencombrées, cela est seulement attribuable à l'intervention de tiers; d) le trouble entraine une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants; e) le trouble n'est pas attribuable à une autre condition médicale; et f) le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental (Traduction libre, APA, 2013).

Depuis la parution du DSM-5, il est reconnu que le TAC fait partie du spectre du TOC. Il y a plusieurs processus mis en cause dans l'émergence et le maintien du TAC. Ces processus seraient interreliés et interdépendants. D'abord, des pensées particulières sont relevées : une difficulté à prendre une décision (Frost & Hartl, 1996), de l'indécision (Frost & Gross, 1993; Frost & Hartl, 1996; Frost, Tolin, & Maltby, 2010; Steketee, Frost, & Kyrios, 2003), une difficulté d'organisation (Frost et al., 2010; Tolin, Frost, & Steketee, 2007a), des tendances perfectionnistes (Frost et al., 2010), des croyances erronées (Frost & Hartl, 1996) et un trouble du raisonnement (O'Connor & Aardema, 2011). Ensuite, la sphère émotionnelle est impliquée alors qu'un attachement émotionnel aux possessions est caractéristique du fonctionnement TAC (Frost & Hartl, 1996; Tolin et al., 2007a), qu'un sentiment de sécurité est procuré par les possessions (Steketee et al., 2003; Tolin et al., 2007a) que des émotions positives sont suscitées par l'acquisition d'objets (Steketee & Frost, 2007; Tolin et al., 2007a), et que de l'anxiété surgit lors du trouble de raisonnement (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009). Et comme troisième processus, il y a l'apport de la sphère comportementale où sont répertoriés des comportements d'acquisition et d'achats excessifs (Steketee & Frost, 2007), l'évitement comportemental (Frost & Hartl, 1996; Steketee & Frost, 2007; St-Pierre-Delorme, Purcell Lalonde, Koszegi, & O'Connor, 2011) et les compulsions typiquement connues visant à neutraliser l'anxiété générée par l'obsession (O'Connor & Robillard, 1996).

Certaines études suggèrent que le TAC est un trouble difficile à traiter (Steketee & Frost, 2007). Les troubles concomitants doivent être pris en compte, tant dans la compréhension du fonctionnement de la personne que dans la planification du traitement. Les troubles concomitants les plus souvent retrouvés sont la dépression majeure, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), la phobie sociale, le TOC, le trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive et le TDAH (Gilliam et al., 2011; Muroff et al., 2009; Samuels et al., 2002; Steketee & Frost, 2007). Dans l'étude de Muroff et al. (2009) ($n = 32$), environ 75 % des participants souffrent d'une dépression majeure, le tiers souffre d'un trouble anxieux généralisé et environ 65 % répondent aux critères d'un trouble de la personnalité.

La première thérapie ayant démontré son efficacité pour le traitement du TAC est une thérapie individuelle d'approche cognitivo-comportementale (TCC), basée sur le modèle de Steketee et Frost (2007). La thérapie est d'une durée de 26 semaines. Les résultats démontrent une amélioration significative des symptômes TAC sur toutes les mesures de symptômes, chez tous les participants. L'étude comprenait un groupe soumis d'emblée à la TCC et un groupe inscrit sur une liste d'attente de 12 semaines avant de débuter la TCC (Steketee, Frost, Tolin, Rasmussen, & Brown, 2010). La durabilité de cette thérapie spécialisée pour le traitement du TAC est démontrée dans l'étude de Muroff, Steketee, Frost et Tolin (2014). Les chercheurs ont procédé à des mesures post-traitement chez les participants de l'étude de Steketee et al. (2010). Les mesures ont été prises à 3, 6 et 12 mois post-traitement. Selon une mesure complétée par le clinicien et le

participant (le *Clinical Global Impression-Improvement*), 62 et 79 % des patients s'étaient, minimalement, beaucoup améliorés. Une TCC administrée en groupe, d'une durée de 16 à 20 semaines, est reconnue pour produire des bénéfices modestes quoiqu'une amélioration significative de la symptomatologie TAC soit relevée ainsi qu'une amélioration des symptômes d'anxiété et de dépression (Gilliam et al., 2011). Ce protocole, élaboré sur le modèle de Steketee et Frost (2007), est administré uniquement en clinique, sans visite à domicile et compte des groupes formés de 4 à 12 participants (Gilliam et al., 2011). Une TCC de groupe comprenant quatre groupes de participants ayant bénéficié de 16 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures, et un groupe de participants ayant bénéficié de 20 rencontres hebdomadaires, dont deux rencontres sont réalisées à domicile, découle également sur une amélioration significative des symptômes TAC. L'efficacité a été mesurée par le *Saving Inventory-Revised* (SI-R), le *Saving Cognition Inventory-Revised* (SCI-R), le *Clutter Image Rating* (CIR) et le *Clinical Global Severity* (Muroff et al., 2009; Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglas, 2000). Un protocole similaire démontre une amélioration significative des symptômes TAC, avec un apport non significatif d'augmenter les visites à domicile (Muroff, Steketee, Bratiotis, & Ross, 2012). L'étude comportait un groupe bénéficiant de 20 rencontres hebdomadaires de groupe et quatre visites à domicile et un groupe bénéficiant du même protocole, avec l'ajout de quatre visites supplémentaires à domicile par un assistant non clinicien L'ensemble de ces protocoles d'approche TCC ciblent, entre autres, des entretiens motivationnels, l'entrainement à l'organisation, à la prise de décision et à la résolution de problèmes, l'exposition in vivo

favorisant la réduction des émotions négatives et l'habituation à ne pas acquérir et se départir, et la restructuration cognitive. Des exercices à réaliser en thérapie et à domicile font partie du protocole. La TCC découle sur des résultats prometteurs quoique les bénéfices demeurent modestes en regard des résultats de recherche actuels.

La thérapie basée sur les inférences (TBI) adopte une approche cognitive distincte (O'Connor & Aardema, 2011). Elle a été initialement développée pour la compréhension et le traitement du TOC, puis adaptée pour le TAC, considérant que le processus obsessionnel est similaire. Ce type d'intervention est centré sur les processus cognitifs et l'obsession; dans ce cas-ci, le doute et le raisonnement qui le soutiennent. Selon cette approche, le doute et le raisonnement relèvent d'une création illusoire et n'ont aucun encrage dans la réalité. En d'autres termes, l'accumulateur ferait preuve d'un trouble de raisonnement. Cette approche vise à disqualifier le trouble de raisonnement produit par l'inférence primaire, le doute, et ramener la personne dans le monde de la réalité, des sens et du sens commun (O'Connor et al., 2009). Il est attendu que des changements au niveau des compulsions découlent de la modification de ce trouble de la pensée. La TBI est d'une durée de 20 à 24 séances hebdomadaires. Son efficacité a été démontrée sur un petit échantillon clinique de TOC ayant des convictions élevées (O'Connor, Aaderma, & Pélissier, 2005). Une TBI individuelle auprès de TOC a amélioré de façon notable leur capacité à résoudre leur doute obsessionnel (Aardema & O'Connor, 2012). Lorsqu'une diminution du doute obsessionnel est relevée, une diminution des conséquences anticipées l'accompagne (Grenier, O'Connor, & Bélanger, 2008). Une TBI diminuerait

significativement le degré de conviction du doute obsessionnel et améliorerait la capacité à résister aux compulsions dans un échantillon de personnes souffrant de TOC (Perreault & O'Connor, 2014). Une étude de cas d'une dame souffrant de TAC, via la TBI, démontre une diminution significative de la symptomatologie TAC sur la majorité des mesures (St-Pierre-Delorme et al., 2011). Des études sont actuellement en cours au Centre d'études sur les troubles obsessionnels-compulsifs, affilié à l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal, visant à vérifier l'efficacité d'une thérapie de groupe basée sur la TBI pour les gens souffrant de TAC. La TBI pour cette clientèle peut déjà être administrée individuellement et en groupe, et peut même être appliquée sous forme d'auto-traitement (O'Connor, St-Pierre-Delorme, & Koszegi, 2012).

Malgré que les critères diagnostiques soient le dénominateur commun des accumulateurs, il demeure que chacun vit ce trouble de manière singulière (Tolin et al., 2007a). C'est pourquoi il est important de personnaliser la thérapie, et ce, malgré qu'elle soit administrée en groupe. Steketee et Frost (2007) proposent la combinaison de méthodes d'intervention diversifiées afin d'obtenir de meilleures chances de succès thérapeutique.

L'objectif de la présente étude, un protocole à cas uniques, consiste à vérifier l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un TAC. L'originalité du présent protocole est de pallier aux limites des protocoles actuels, en combinant les avantages de ces dits protocoles; jumeler les bénéfices de la thérapie de

Rapport-Gratuit.com

groupe, tout en personnalisant la thérapie par des rencontres individuelles et des visites à domicile. Les visites à domicile sont reconnues pour rehausser la mobilisation et l'investissement dans le processus thérapeutique. Les retombées attendues sont en regard d'une réduction des comportements d'accumulation et de conservation et une amélioration de la capacité à se départir des possessions.

Méthode

Le recrutement des participants a débuté avant la parution du DSM-5, soit avant que le TAC soit une entité clinique indépendante du TOC. Les critères de sélection pour le recrutement a donc été établi sur la base de propositions de chercheurs avant la sortie du DSM-5 (Steketee & Frost, 2007), soit a) l'accumulation excessive de diverses possessions et l'incapacité de s'en débarrasser, nonobstant leur valeur; b) une détresse associée avec le fait de s'en départir; c) le désordre dans l'espace de vie qui empêche l'utilisation normale des pièces; d) une détresse significative ou une diminution du fonctionnement causée par le trouble; et e) les symptômes ne se limitent pas aux symptômes d'un autre trouble (Steketee & Frost, 2007). Ces critères sont très proches de ceux décrivant actuellement le TAC dans le DSM-5. Les participants devaient aussi respecter les critères d'inclusion suivants : 1) être âgé d'au moins 18 ans; 2) le TAC devait être d'un niveau de sévérité clinique; et 3) s'engager à maintenir stable la posologie de leur médication tout au cours du processus thérapeutique. Les participants étaient exclus s'ils avaient suivi une psychothérapie au cours des six mois précédent

l'étude, s'ils souffraient d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique ou d'un trouble relié à l'utilisation de substances.

Participants

Les participants de l'étude ont été recrutés via le service de santé mentale externe adulte du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR). Les participants ont été référés à l'étude par des professionnels de la santé mentale du CSSSTR ; des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, un médecin, des psychologues. Les professionnels observaient les manifestations cliniques du TAC, soient les comportements d'accumulation, l'incapacité à jeter, le désordre et l'encombrement de l'espace de vie, les pensées illusoires associées au TAC, et un fonctionnement pathologique au long cours. Au départ, neuf personnes ont été référées pour entamer le processus d'évaluation visant à déterminer l'admissibilité à la thérapie. De ce nombre, cinq participants ont satisfait aux critères d'inclusion, puis ont débuté l'étude. En cours de processus, un participant s'est absenté à plusieurs reprises et a très faiblement respecté les exigences du traitement (auto-enregistrements, les exercices thérapeutiques à réaliser entre les séances, etc.). Les données de ce participant n'ont donc pas été considérées dans l'étude.

La participante 1 est âgée de 54 ans, est divorcée et vit seule. Elle a obtenu un diplôme d'études professionnelles et est en retraite anticipée en raison d'une inaptitude prolongée, en lien avec une santé mentale fragile. Le processus d'évaluation complet de

Rapport-gratuit Rapport-gratuit.com LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

cette participante a mené à un TAC clinique même si la dame avait tendance à minimiser l'impact de l'accumulation sur sa vie. Elle présente un TAG en comorbidité et des symptômes de phobie sociale. Elle a vécu un épisode dépressif majeur il y a 7 ans, qui l'a invalidée au travail. Elle est médicamentée depuis par mylan-bupropion XL 300 mg. Concernant le TAC, madame rapporte une difficulté au long cours à se départir de ses possessions. Elle a un intérêt pour l'esthétique et les objets qu'elle trouve attrayants et dit ne pouvoir se débarrasser des objets lui remémorant des souvenirs. Pour elle, il est important de conserver des choses au cas où elle décéderait, pour léguer et offrir des choses qui feront penser à elle et qui représentent son passage. Elle a, d'autre part, accumulé plusieurs objets lors de la période de vulnérabilité (épisode dépressif majeur), qu'elle prévoyait utiliser pour des activités ludiques. Elle n'a cependant actualisé aucun de ses projets.

La participante 2 est âgée de 59 ans, est mariée et habite avec son conjoint et leur fils. Elle est titulaire d'un diplôme d'études professionnelles et était en arrêt-maladie depuis 2 ans. Elle rapporte d'importantes difficultés fonctionnelles au travail depuis environ une dizaine d'années et au niveau du fonctionnement quotidien à domicile depuis environ 30 ans. Au moment de l'évaluation, elle présente un TAC, ainsi qu'un TAG en comorbidité, à un niveau clinique comparable au TAC. L'évaluation clinique complète suggère que le TAC est à l'avant-plan. Au second plan, la dysthymie serait aussi de niveau clinique. Une hypothèse de trouble bipolaire avait également été émise quelques mois avant l'étude par son équipe traitante. La présence du TAC lui a permis

d'être intégrée à l'étude. Il y a deux ans, elle a souffert d'un épisode dépressif majeur. Il s'agissait du deuxième épisode dépressif au cours de sa vie. Madame prenait, de manière stable, dom-citalopram 40 mg, wellbutrin XL 150 mg, quetiapine 25 mg, teva-lamotrigine 25 mg et pms-trazodone 100 mg. Au niveau du TAC, elle accumulait de longue date des objets divers, qu'elle projetait soit utiliser, soit leur trouver une utilité ou leur donner une deuxième vocation. Elle achetait également des articles divers, en grande quantité afin de prévenir tout besoin éventuel. Elle multipliait les projets à réaliser à partir de ces articles; une infime partie seulement de ces projets a été actualisé. D'autre part, madame se disait incapable d'être ordonnée, ajoutait que le jour où elle serait ordonnée, elle n'aurait plus de raison d'exister.

La participante 3 est âgée de 60 ans, est divorcée et vit seule. Elle est titulaire d'un diplôme d'études secondaires. Elle n'a jamais travaillé. Elle est inapte à l'emploi en raison de troubles de santé mentale. Au moment de l'évaluation, madame présente les critères diagnostiques du TAC ainsi que plusieurs problématiques concomitantes, soit un trouble anxieux généralisé, des attaques de panique occasionnelles, des symptômes de phobie sociale et des empreintes traumatiques. Au niveau des antécédents, madame a souffert d'anorexie à l'adolescence, d'un trouble panique avec agoraphobie et de deux épisodes dépressifs majeurs (2001 et 2002). Madame est traitée de façon régulière par Celexa 40 mg, Zyprexa 2.5 mg et Wellbutrin 100 mg. Elle rapporte un historique au niveau du TOC : il y a quelques années, elle était obsédée par la propreté et s'astreignait à un entretien quotidien rigoureux et excessif. En regard du TAC, madame achète et se

procure des articles en plusieurs exemplaires afin de bénéficier des aubaines et en cas de besoins et de bris. La possession d'une grande quantité d'un bien lui procure un sentiment de sécurité. Elle rapporte ressentir un sentiment de bien-être lorsqu'elle est entourée de ses objets. Elle est incapable de se départir d'objets associés à des souvenirs familiaux; la seule idée de s'en départir fait surgir des émotions insupportables. Elle souhaite depuis longtemps s'activer dans le désencombrement, mais craint faire des erreurs en jetant la mauvaise chose par exemple.

Le participant 4 est âgé de 44 ans et vit avec sa conjointe et leur fils. Il est titulaire d'un diplôme d'études collégiales et travaille à temps plein. Au moment de l'évaluation, il présente un TAC ainsi qu'un TAG en comorbidité. Il présente des symptômes de phobie sociale, mais de sévérité non clinique. Il ne prend aucune médication. Il se définit comme un collectionneur depuis de nombreuses années, malgré qu'il rapporte une difficulté à organiser ses collections. Il verbalise un conflit interne entre le plaisir d'acheter et la souffrance de savoir qu'il va continuer à acquérir. Il achète des objets divers et entretient le projet de revendre plusieurs d'entre eux dans le but que cela lui rapporte financièrement, quoiqu'il ne se soit jamais mobilisé en ce sens sous prétexte d'un manque de temps. Pour lui, chacun de ses objets a une valeur monétaire. Il s'identifie aux professions d'encanteur et de brocanteur, mais ceci n'est pas associé à des comportements soutenant réellement cette identification.

Instruments de mesure

Auto-enregistrements quotidiens. Un calepin d'auto-enregistrements quotidiens a été complété par les participants tout au long de la thérapie pour mesurer diverses variables associées au TAC. Cette procédure est empruntée à l'approche basée sur les inférences (ABI) pour le traitement du TOC (O'Connor & Robillard, 1999). Les variables mesurées quotidiennement étaient : a) la durée des obsessions et compulsions, soit la durée des pensées obsessionnelles et des comportements compulsifs TAC; b) l'interférence des obsessions et compulsions, soit le degré auquel le TAC a eu un impact néfaste sur le fonctionnement; c) l'intensité des émotions pour la journée; d) la probabilité que deux doutes obsessionnels (inférences primaires) soient réels; et e) le réalisme perçu de ces croyances. Les participants devaient indiquer un pointage sur une échelle de 0 à 100, 0 étant *nul* et 100 étant *extrêmement*.

Mesures cliniques. L'*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV; DiNardo, Brown, Esler, & Barlow, 1995). L'ADIS-IV est une entrevue structurée permettant d'évaluer la présence de tout trouble anxieux et de faire un dépistage des troubles de l'humeur, des troubles somatoformes, de la dépendance à des substances et des troubles psychotiques à partir des critères du DSM-IV. Elle fait de plus un survol des problèmes médicaux. Une « section maison » sur la TAC a été ajoutée. Cette section a été élaborée par la chercheure, sur la base des critères diagnostiques du DSM-5. L'entrevue découle sur un résumé déterminant la présence d'un diagnostic à l'axe I et

précisant sa sévérité allant de (0) *aucune* à (8) *extrêmement dérangeant/handicapant*. La version francophone a été utilisée pour cette étude.

Le *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al. 1989a, 1989b) a été administré sous forme d'entrevues semi-structurées. Cette mesure comprenant 10 items sert à évaluer le degré de sévérité des symptômes obsessionnels et compulsifs. Le clinicien note la cote octroyée par le répondant allant de (0) *aucun symptôme* à (4) *symptômes extrêmes*. La version francophone (Mollard, Cottraux, & Bouvard, 1989) utilisée dans cette étude démontre une excellente consistance interne et les validités convergentes et discriminantes sont satisfaisantes (Bouvard et al., 1992).

L'échelle d'idées surévaluées (*Overevalued Ideas Scale* - OVIS; Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, & Todaro, 1999) est administrée sous forme d'entrevues semi-structurées et permet d'évaluer la présence d'idées surévaluées dans le spectre du trouble obsessionnel-compulsif. Il s'agit d'une échelle composée de 11 items indiquant dans quelle mesure les croyances obsessionnelles sont perçues comme vraies. La cotation se fait selon une échelle allant de 0 à 10, alors que 10 indique une croyance importante. La version francophone a été utilisée pour cette étude. Cependant, elle possède une consistance interne faible ($\alpha = 0{,}55$).

Des échelles cliniques de mesure des inférences (O'Connor & Robillard, 1999) répertorient la force des inférences primaires et secondaires, le degré de conviction relié

au besoin d'accomplir les compulsions ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle représenté par la capacité à résister à l'envie d'accomplir les compulsions. Le clinicien note la cote octroyée par le répondant sur une échelle de (0) *pas du tout* à (100) *extrêmement* (O'Connor et al., 2005).

Mesures auto-révélées. Le *Saving Cognition Inventory-Revised* (SCI-R; Steketee et al., 2003) est une mesure du TAC. Cette échelle comprenant 24 items mesurant les croyances et l'attitude de la personne quand elle tente de se départir d'objets. Le répondant doit indiquer son choix parmi une échelle de type Likert allant de (1) *aucunement* à (7) *énormément*. Quatre sous-échelles sont mesurées, soit l'attachement émotionnel, la croyance à l'effet que les objets doivent être mémorisés, la responsabilité face aux possessions et le besoin de contrôle sur les possessions. Les qualités psychométriques indiquent une corrélation inter-items et un coefficient alpha pour chacune des sous-échelles de *très bon* à *excellent* (0,95 pour l'attachement émotionnel; 0,89 pour la mémoire; 0,90 pour la responsabilité et 0,86 pour le contrôle). Une adaptation francophone non validée comprenant 31 items a été utilisée avec la permission des auteurs de la version originale anglaise. Cette version a été soumise à la traduction inversée (d'abord anglais-français, puis français-anglais).

Le *Clutter Image Rating* (CIR; Frost, Steketee, Tolin, & Renaud, 2008) est une autre mesure du TAC. Cette échelle permet de mesurer le niveau de désordre du milieu de vie. Il s'agit d'une série d'images représentant un niveau gradué de désordre dans

trois pièces principales, soit le salon, la cuisine et la chambre à coucher. Le répondant doit indiquer le niveau de désordre sur une échelle de type Likert, allant de (1) *absence de désordre* à (9) *désordre extrême*. Les qualités psychométriques rapportent une fidélité test-retest ($r = 0,73$) par rapport au contexte et non dans le temps (donc entre les pièces du salon, de la cuisine et de la chambre).

Le *Saving Inventory-Revised* (SI-R; Frost, Steketee, & Grisham, 2004) est également une mesure du TAC. Le SIR est un questionnaire comportant 23 items permettant de mesurer trois composantes du TAC, soit l'acquisition excessive, la difficulté à se départir de biens et le désordre. Le répondant doit indiquer le niveau de sévérité des composantes sur une échelle de type Likert en cinq points. Cette mesure indique une consistance interne de 0,94. Une adaptation francophone non validée comprenant 26 items a été utilisée pour la présente étude. Cette version a été soumise à la traduction inverse (d'abord anglais-français, puis français-anglais).

Le *Personality Diagnostic Questionnaire - Version 4* (PDQ-4+; Hyler, 1994) est une mesure de personnalité. Elle permet de déterminer la présence de trouble de la personnalité à partir des critères du DSM-IV. Le questionnaire comporte 99 items de type vrai/faux (indique que la phrase est généralement vraie ou fausse) et aborde des pensées, des émotions et des comportements au cours des dernières semaines. Chaque item est relié à un critère diagnostique de trouble de la personnalité du DSM-IV. Le

PDQ-4+ présente des propriétés psychométriques adéquates (Hyler, 1994). La version francophone a été utilisée pour cette étude.

L'Inventaire d'anxiété de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) est une mesure de symptômes associés. L'IAB est une mesure de 21 symptômes de l'anxiété. Le répondant doit indiquer sur une échelle de type Likert en quatre points, allant de 0 à 3, la présence et l'intensité des symptômes ressentis au cours de la dernière semaine. La version francophone utilisée dans cette étude démontre des propriétés psychométriques adéquates au niveau de la cohérence interne ($\alpha = 0{,}85$) et de la validité (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994).

L'Inventaire de dépression de Beck - 2e édition est la version française du *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996); il s'agit également d'une mesure de symptômes associés. Il s'agit d'une mesure de 21 symptômes de la dépression. Le répondant doit indiquer sur une échelle de type Likert en quatre points, allant de 0 à 3, la présence et l'intensité des symptômes ressentis au cours des deux dernières semaines. Cette mesure comporte un coefficient de consistance interne de 0,93 et une stabilité temporelle de une semaine ($r = 0{,}93$). La version francophone a été utilisée.

Thérapeute et évaluateur. L'évaluation pour l'admissibilité à l'étude a été réalisée par un évaluateur indépendant. Il s'agit d'un psychologue clinicien qui détient une

Rapport-Gratuit.com

expérience d'une dizaine d'années auprès d'une clientèle avec troubles anxieux. Il a également dirigé les évaluations cliniques pré, post-traitement et 6 mois post-traitement. La psychothérapeute (l'auteure principale) est étudiante au doctorat clinique en psychologie. Elle possède de l'expérience en intervention auprès d'une clientèle souffrant de troubles mentaux. Pour la présente étude, elle a été supervisée par un psychologue clinicien spécialisé dans les troubles anxieux et notamment le TOC. Elle a également pu bénéficier de trois jours. Les auteurs sont demeurés disponibles tout au long de cette étude pour apporter de la supervision clinique à la psychothérapeute.

Protocole de traitement

Le traitement administré est tiré de la thérapie basée sur les inférences (TBI), initialement développée pour la compréhension et le traitement du TOC (O'Connor & Aardema, 2011), puis adaptée pour le TAC, considérant la similitude des processus obsessionnels (O'Connor et al., 2012). Le traitement a d'abord été élaboré pour la thérapie individuelle. La présente étude visait à vérifier l'efficacité de la thérapie, administrée en groupe. Il s'agit d'un protocole à cas uniques d'une durée de 25 semaines, à raison de rencontres hebdomadaires. Les quatre premières séances, réalisées individuellement, étaient destinées à l'évaluation des processus TAC. La thérapie a débuté à la cinquième semaine. Les 20 semaines suivantes ont été partagées entre des séances de groupe (d'une durée de 2 heures), des séances individuelles et des visites au domicile des participants (respectivement d'une durée de 1 h 30). Les éléments thérapeutiques étaient abordés en séances de groupe. Celles-ci se sont déroulées dans un

laboratoire de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les rencontres individuelles visaient l'intégration des notions au rythme et en regard des processus TAC de chaque participant. Ces rencontres avaient lieu soit au laboratoire de recherche, soit au domicile du participant. Les visites à domicile visaient également la conscientisation des processus TAC, avec rétroaction de la part de la psychothérapeute, et l'accompagnement dans la réalisation d'exercices à domicile. Au total, 14 rencontres de groupe et 11 rencontres individuelles, dont cinq à domicile, ont eu lieu. Les éléments thérapeutiques principalement abordés et les objectifs visés sont présents dans le Tableau 1.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau 1

Objectifs et éléments thérapeutiques de la TBI

Éléments thérapeutiques	Objectifs
Éducation à propos du TAC et des obstacles à prévoir en cours de thérapie	Augmenter les connaissances sur le TAC tout en favorisant la conscientisation
Les facilitants à la thérapie et la motivation	Rehausser la motivation
L'élaboration d'un objectif personnel	Favoriser la mobilisation et l'investissement
Le doute illusoire et le doute réel	Favoriser la conscientisation des pensées et du raisonnement à la base de la problématique. Intégrer une pensée alternative non pathologique
La logique du TAC	
Le doute TAC est 100 % illusoire	
Comment le TAC devient une histoire vécue	
L'histoire alternative	
Franchir la frontière du réel	Découvrir la personne authentique qui se cache derrière les comportements TAC
Le soi TAC	
Le soi réel	
Le soi réel où les objets TAC n'ont plus leur place	
Les stratagèmes de raisonnement TAC	Apprendre à mieux identifier les stratagèmes de raisonnement du TAC
La nature sélective du doute	
La conscience de la réalité - tolérer l'étrangeté	Apprendre à combler le vide laissé par l'absence du TAC

Suite à la psychothérapie, un suivi de groupe post-traitement a eu lieu, à raison d'une rencontre mensuelle. Ces rencontres visaient à consolider des acquis réalisés en cours de processus thérapeutiques et soutenir l'autonomisation graduelle dans leur désencombrement. Dès le début de la thérapie, soit à la cinquième semaine, les participants avaient des exercices à réaliser. Certains de ces exercices étaient débutés lors des séances de groupe pour être poursuivis individuellement à la maison et d'autres

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

étaient réalisés à domicile entre les séances de thérapie. Les calepins d'auto-enregistrements ont été débutés dès la première semaine, d'abord par la cotation des obsessions et compulsions. Graduellement, les autres composantes de l'auto-enregistrement ont été intégrées, puis à partir de la cinquième semaine, toutes les composantes d'auto-enregistrements devaient être cotées par les participants.

Intégrité de traitement. L'ensemble des séances (individuelles, de groupe et à domicile) a été enregistré. Une évaluatrice externe, étudiante au doctorat en psychologie et formée à l'ABI, a procédé à l'écoute de 30 % des séances via une grille d'intégrité de traitement. Les sessions individuelles et de groupe ont été divisées en trois tiers et les séances à écouter ont été choisies au hasard de façon aléatoire. L'évaluatrice a calculé la proportion des interventions respectant le protocole ABI pour le TAC. Ainsi, le degré de certitude par rapport à la cotation varie entre 60 et 90 %. La proportion des interventions n'étant pas en lien avec l'ABI concernaient, entre autres, leur situation personnelle (les comorbidités, le retour éventuel au travail, l'acceptation de la maladie physique, etc.), des demandes de précision sur certains éléments du TAC (p. ex. : la nuance entre les achats compulsifs et une phase maniaque) et la perception du jugement d'autrui (comme le regard et les comportements des voisins).

Résultats

Mesures de l'impact du traitement sur le fonctionnement

Les résultats au traitement ont été évalués à partir de l'observation visuelle des auto-enregistrements quotidiens, de l'analyse des changements aux mesures cliniques établies par les cliniciens ainsi qu'aux mesures auto-rapportées. Des photos de l'encombrement dans l'environnement de vie ont été prises en pré et post-traitement. La prise de ces photos a servi d'une part à amener les participants à poser un regard objectif sur l'amélioration du niveau d'encombrement en fin de thérapie comparativement au début de la thérapie et, d'autre part, à soutenir leur motivation à persévérer dans leur désencombrement après la thérapie.

La première méthode utilisée pour déterminer la présence d'un changement cliniquement significatif fut le calcul de l'index de changement valide, tel que proposé par Jacobson et Truax (1991). Cette méthode propose qu'un changement est cliniquement significatif et valide lorsque le niveau de fonctionnement du participant en post-traitement, comparativement au prétraitement, le situe plus près de la moyenne de la population dite normale que de la population clinique. De plus, l'écart entre la mesure prétraitement et post-traitement n'est pas attribuable à l'erreur de mesure.

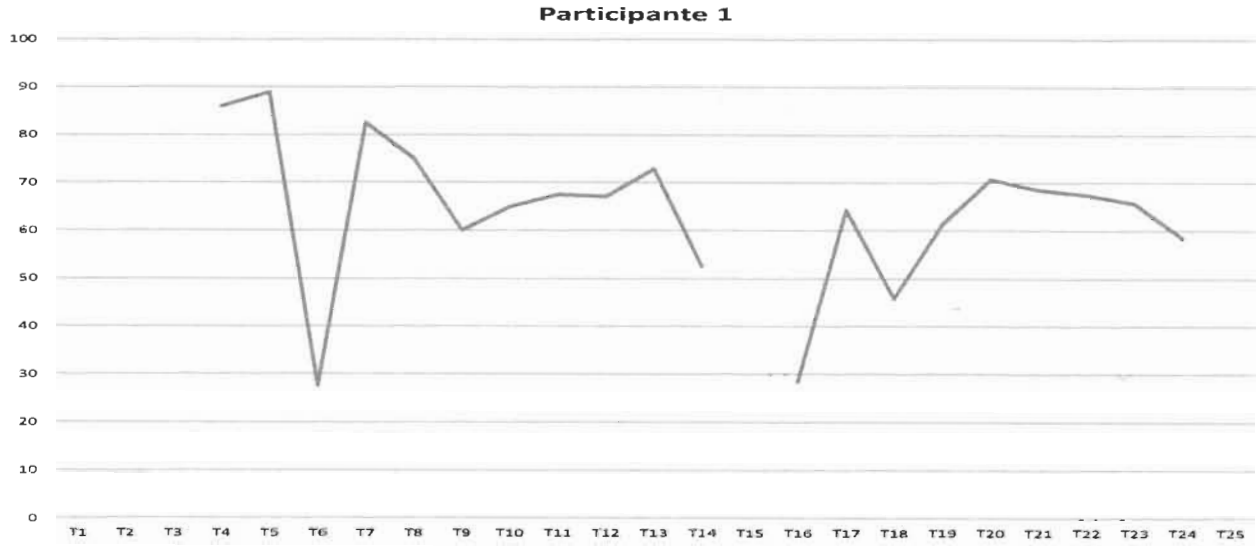
La deuxième méthode utilisée pour calculer la présence d'un changement cliniquement significatif fut le calcul de l'atteinte de critères de haut fonctionnement. Ces critères ont été mesurés et calculés en pré et post-traitement. Les critères de haut

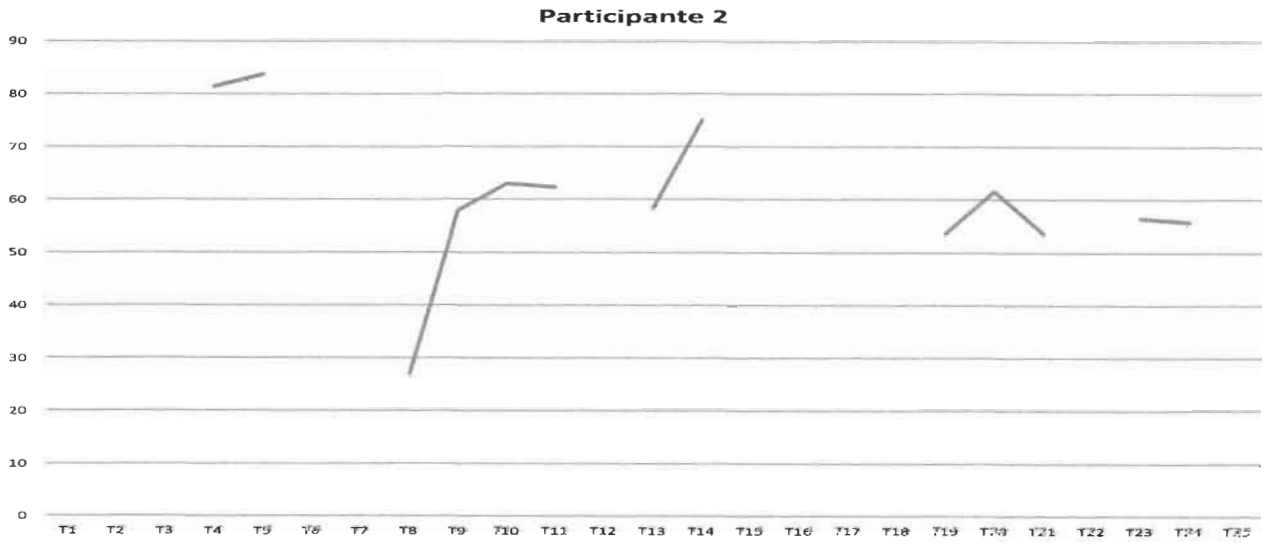
fonctionnement mesurés étaient : a) une diminution de 50 % des inférences primaires à l'auto-enregistrement; b) une diminution de 50 % des inférences primaires aux échelles cliniques; c) une amélioration de 50 % du sentiment d'efficacité personnelle, soit la capacité à résister aux compulsions, aux échelles cliniques; d) un score non clinique à l'ADIS-IV concernant le TAC; e) un changement valide sur une mesure de symptômes, soit le SI-R; et f) un changement valide sur une mesure de processus, soit le Y-BOCS. Le calcul de l'index de changement valide au Y-BOCS a été calculé à partir de l'écart-type de Goodman et al. (1989a, 1989b) et le test-retest de Storchheim et O'Mahony (2006). Le score total de ces critères détermine le niveau de fonctionnement post-traitement : un score de 2 et moins signifie un faible niveau de fonctionnement post-traitement, un score de 3 ou 4 signifie un niveau modéré et un score de 5 ou 6 signifie un haut niveau. Les précédents critères sont conservateurs et peuvent être considérés comme sévères comparativement à certaines études qui considèrent qu'une amélioration de 33 % aux mesures post-traitement est cliniquement significative (Emmelkamp, van Oppen, & van Balkom, 2002).

Auto-enregistrements quotidiens

La Figure 1 présente l'auto-enregistrement quotidien à une des deux inférences primaires, pour chacun des participants. Cette donnée a été cotée à partir de la cinquième semaine du processus thérapeutique. Une cote de 0 signifie que l'inférence n'est nullement dérangeante et une cote de 100 signifie extrêmement dérangeante. Les T représentent les semaines; T1 = semaine 1 du protocole. Pour calculer le niveau de

changement clinique et ainsi statuer sur le critère de faut fonctionnement (a : soit une diminution de 50 % des inférences primaires), une moyenne des deux principales inférences primaires a été calculée pour chaque participant, et ce, en pré et post-traitement. Les participantes 1 et 3 ont connu une diminution de plus de 50 % de leurs inférences primaires en cours de processus thérapeutique.


Participante 1
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 T13 T14 T15 T16 T17 T18 T19 T20 T21 T22 T23 T24 T25


Participante 2
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
T1 T2 T3 T4 T5 T6 T7 T8 T9 T10 T11 T12 T13 T14 T15 T16 T17 T18 T19 T20 T21 T22 T23 T24 T25

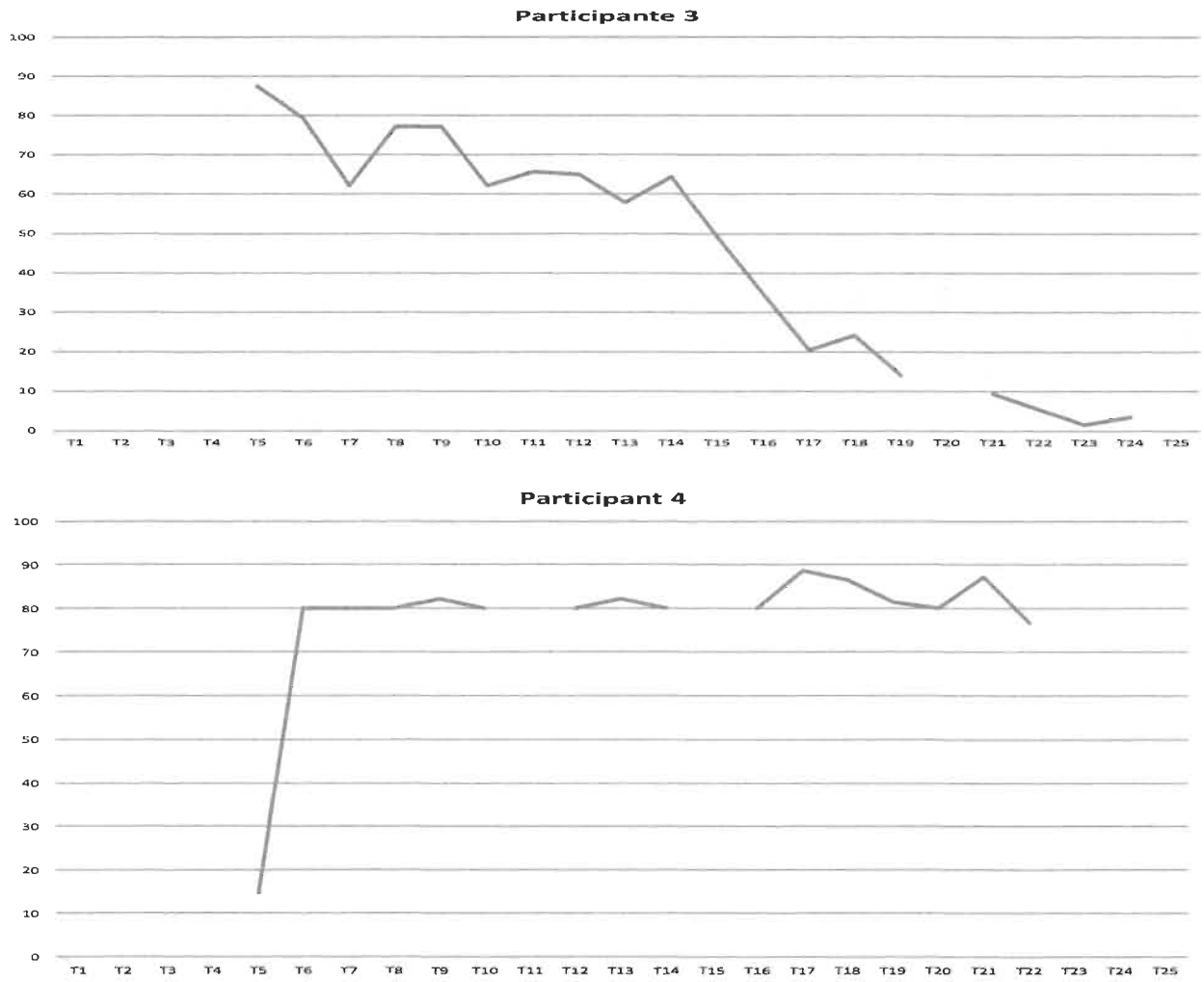


Figure 1. Auto-enregistrement d'une des deux inférences primaires.

Mesures cliniques

Le Tableau 2 présente les résultats de chaque participant pour l'ensemble des mesures auto-révélées et des mesures cliniques pré, post et 6 mois post-traitement. Ce tableau indique d'autre part les résultats aux critères de haut fonctionnement, soit a) un score non clinique à l'ADIS-IV concernant le TAC; et b) un changement valide au Y-BOCS. La présence d'un TAC à l'axe I et son niveau de sévérité y sont notés. Lors de l'évaluation clinique post-traitement, les participantes 1 et 3 ne rencontraient plus les critères cliniques du TAC. La participante 1 présentait une amélioration de sa symptomatologie alors que le TAG était sous-clinique, comme ce fut le cas au moment de l'évaluation 6 mois post-traitement. Les symptômes de phobie sociale sont demeurés stables tout au long du processus, et ce, jusqu'à l'évaluation 6 mois post-traitement. Chez la participante 3, une amélioration de la condition clinique est également relevée en post-traitement alors qu'elle ne présente plus de problématique concomitante autre qu'une symptomatologie anxio-dépressive au seuil clinique, et ce, malgré que les mesures auto-révélées soient non-cliniques. Toutefois, une recrudescence de la symptomatologie est apparue au moment de l'évaluation 6 mois post-traitement; le TAC est clinique ainsi que de multiples problématiques anxieuses et des symptômes dépressifs. La participante 2 a connu une diminution de la sévérité du trouble clinique et du TAG concomitant au moment de l'évaluation post-traitement. Toutefois, la dysthymie est demeurée stable et un trouble panique se serait installé. À la mesure 6 mois post-traitement, le niveau de sévérité du TAC, du TAG et de la dysthymie a diminué. Concernant le participant 4, aucun changement n'est survenu au niveau du TAC à la

Rapport-Gratuit.com

mesure post-traitement; une diminution de la sévérité du trouble a été notée au moment de l'évaluation 6 mois post. Le TAG comorbide était plus sévère en post-traitement, pour demeurer stable 6 mois post-traitement. Les symptômes de phobie sociale sont demeurés présents tout au long du processus thérapeutique et ont atteint le seuil d'un trouble clinique à la mesure 6 mois post-traitement. Pour l'ensemble du processus, aucun participant n'a rencontré les critères concernant un trouble de la personnalité.

Tableau 2

Mesures de résultat au traitement : scores cliniques et résultats obtenus par les participants aux mesures auto-révélées et aux mesures cliniques, en pré, post et 6 mois post-traitement

Mesures	Scores cliniques	Index Changement valide minimum	Pré traitement	Post traitement	6 mois post
Participante 1					
TAC ADIS-IV	4	-	6	3[a]	0[a]
Y-BOCS	16	9,7	20	9[a,b]	9[a,b]
OVIS	26,1	7,7	79	Ø	Ø
SI-R	43	13,1	60	31[a,b]	9[a,b]
CIR (Ch-C-S)	4	2,1	3-3-3[a]	2-2-2[a]	1-1-1[a]
IAB	20	-	7[a]	4[a]	8[a]
IDB-II	20	-	16[a]	4[a]	2[a]
SCI-R	77	-	97	54[a]	66[a]
PDQ4+	50	-	49[a]	28[a]	38[a]
Participante 2					
TAC ADIS-IV	4	-	7	6	5
Y-BOCS	16	9,7	27	21	20
OVIS	26,1	7,7	49	56	38[b]
SI-R	43	13,1	58	49	56
CIR (Ch-C-S)	4	2,1	5-3-3	4-2-2	4-3-3
IAB	20	-	7[a]	9[a]	5[a]
IDB-II	20	-	10[a]	2[a]	11[a]
SCI-R	77	-	63[a]	49[a]	62[a]
PDQ-4+	50	-	32[a]	12[a]	16[a]
Participante 3					
TAC ADIS-IV	4	-	4	3[a]	5
Y-BOCS	16	9,7	31	13[a,b]	23
OVIS	26,1	7,7	56	43[b]	37[b]
SI-R	43	13,1	84	48[b]	33[a,b]
CIR (Ch-C-S)	4	2,1	4-3-5	2-2-2[a]	2-2-2[a]
IAB	20	-	16[a]	2[a]	17[a]
IDB-II	20	-	3[a]	0[a]	8[a]
SCI-R	77	-	137	38[a]	45[a]
PDQ-4+	50	-	17[a]	9[a]	13[a]

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Tableau 2

Mesures de résultat au traitement : scores cliniques et résultats obtenus par les participants aux mesures auto-révélées et aux mesures cliniques, en pré, post et 6 mois post-traitement (suite)

Mesures	Scores cliniques	Index Changement valide minimum	Pré traitement	Post traitement	6 mois post
Participant 4					
TAC ADIS-IV	4	-	5	5	4
Y-BOCS	16	9,7	23	15[a]	16
OVIS	26,1	7,7	59	58	31[b]
SI-R	43	13,1	55	49	46
CIR (Ch-C-S)	4	2,1	Sous-sol 8	Sous-sol 7	Sous-sol 8
IAB	20	-	8[a]	14[a]	11[a]
IDB-II	20	-	27	17[a]	11[a]
SCI-R	77	-	43[a]	56[a]	54[a]
PDQ-4+	50	-	28[a]	28[a]	27[a]

Note. ADIS-IV = *Anxiety Disorders Interview Schedule*; Y-BOCS = *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*; OVIS = *Overvalued Ideas Scale*; SI-R = *Saving Inventory-Revised*; CIR = *Clutter Image Rating*; IAB = Inventaire d'Anxiété de Beck; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck 2e édition; SCI-R = *Saving Cognition Inventory-Revised*; PDQ-4+ = *Personality Diagnostic Questionnaire - Version 4*.
a = score non clinique.
b = la différence post vs pré répond aux critères de changement valide.

Mesures auto-révélées

Tel que présenté dans le Tableau 2 les résultats aux mesures auto-révélées sont majoritairement cliniques pour l'ensemble des participants. La participante 1 a été prise dans l'étude malgré un score sous-clinique au CIR, considérant la nature des processus TAC. La participante 2 conscientisait peu ses pensées et processus obsessionnels TAC, et ce, tout au long de la psychothérapie, ce qui explique les résultats au SCI-R. Sur cette même mesure, le participant 4 conscientisait peu ses pensées et processus TAC en prétraitement, puis face à la conscientisation, les résultats au SCI-R ont augmenté en cours de thérapie. Il a d'abord verbalisé avoir pris conscience que ses comportements

quotidiens maintenaient son TAC (la visite quotidienne d'un endroit de préférence où il achèterait des objets divers, la consultation quotidienne de site Web et le visionnement quotidien d'émissions auxquelles il s'identifiait). Puis, il a verbalisé que la conscientisation de ses pensées, à la base de ses comportements, l'a amené à mieux saisir la sévérité de son TAC.

Le Tableau 2 expose également les résultats en lien avec le critère de haut fonctionnement (e : un changement valide sur une des mesures de symptômes), dans ce cas-ci, le SI-R. Seules les participantes 1 et 3 répondent positivement au critère de haut fonctionnement en post-traitement. De plus, elles maintiennent les acquis lors de la mesure 6 mois post-traitement, en plus d'atteindre un score non clinique. La participante 2 a connu une légère amélioration de la symptomatologie en cours de thérapie, puis une résurgence des symptômes 6 mois plus tard. Le participant 4 a connu une diminution progressive de la symptomatologie au cours de toutes les évaluations, mais son profil de données indique qu'il a moins retiré du protocole d'intervention.

Concernant le CIR, aucun des participants n'a présenté un changement cliniquement significatif selon l'index de changement valide. Le niveau de désordre des participantes 1 et 3 s'est toutefois amélioré tout au long du processus thérapeutique. Cette participante avait refusé le prise de photos de son domicile, tant en pré que post-traitement. La participante 2 a présenté une amélioration du désordre de son milieu de vie en post-traitement, puis une dégradation en 6 mois post-traitement. Le participant 4 ne présentait

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

aucun désordre au rez-de-chaussée en raison de l'intervention de la conjointe. L'accumulation et le désordre étaient exclusivement au sous-sol, qui ne pouvait plus être utilisé pour sa fonction primaire. Le désordre s'est légèrement amélioré en post-traitement, pour revenir au niveau initialement établi par le participant.

En résumé, en regard de l'atteinte des critères de haut fonctionnement au moment de l'évaluation post-traitement, la participante 1 présente un haut niveau de fonctionnement, la participante 2 un faible niveau de fonctionnement, la participante 3 un haut niveau de fonctionnement et le participant 4 un faible niveau de fonctionnement.

Discussion

L'objectif de cette étude était de vérifier l'efficacité d'une thérapie de groupe s'adressant aux gens souffrant d'un TAC. Le protocole de traitement administré était la TBI, initialement développée pour le traitement du TOC, puis adaptée pour le TAC (O'Connor & Aardema, 2011). Le protocole ne prévoyait pas de visites à domicile. Celles-ci ont été intégrées afin de se moduler aux recommandations de Steketee et Frost (2007), soit d'utiliser des méthodes variées dans le traitement. C'est pourquoi il y a eu jumelage des visites à domicile, des rencontres individuelles et des rencontres de groupe. En regard de l'analyse des résultats globaux et de l'atteinte des critères de haut fonctionnement, la thérapie de groupe TBI semble une approche prometteuse, et ce, malgré que l'évaluation post-traitement ait démontré un faible niveau de fonctionnement

pour deux participants. Les mesures de l'impact du traitement sur le fonctionnement étaient volontairement conservatrices et rigoureuses.

Les visites à domicile ont permis de favoriser la conscientisation des pensées et processus TAC in vivo, tel que relevé dans d'autres études (Muroff et al., 2009; Steketee & Frost, 2007). En fin de thérapie, les participants ont été invités à élaborer un bilan final en regard de la psychothérapie. La majorité (trois participants sur quatre) rapporte avoir bénéficié des expériences des autres participants lors des rencontres en groupe et que le cheminement des autres a soutenu leur motivation. Deux participants ont relevé que les visites à domicile les rendaient plus rigoureux au niveau du désencombrement, car ils étaient soumis au regard de la psychothérapeute. Ces bilans mettent en lumière l'aspect intéressant de jumeler la psychothérapie de groupe à des rencontres individuelles et des visites à domicile. Les rencontres individuelles ont permis de personnaliser la psychothérapie face à la symptomatologie TAC de chaque participant.

Concernant les exercices à réaliser à domicile, incluant les auto-enregistrements quotidiens, quoiqu'une faible observance soit observée au niveau des exercices à réaliser à la maison, ceux-ci s'avèrent pertinents pour rehausser la prise de conscience des processus TAC et la pratique des habiletés acquises en cours de processus thérapeutique (Muroff et al., 2014; Steketee & Frost, 2007; St-Pierre-Delorme et al., 2011). La participante 2 s'est montrée peu mobilisée sur cet aspect de la thérapie. L'observation visuelle de la courbe de la Figure 1 démontre clairement la faible observance à

compléter les calepins d'auto-enregistrements, alors que plusieurs données sont manquantes. De plus, tout au cours de la thérapie, elle n'a réalisé qu'un faible pourcentage des exercices à domicile. Elle se justifiait de multiples façons et ses comportements dénotaient la présence remarquable d'évitement. Ces processus sont cohérents à ses processus TAC et tendent à démontrer la sévérité de sa problématique et son faible niveau d'introspection. Elle a connu une amélioration cliniquement significative du sentiment d'efficacité personnelle aux échelles cliniques en fin de thérapie. Toutefois, tout au cours de la thérapie, elle a démontré un début de réflexion et d'introspection, quoiqu'aucune action conséquente n'ait été amorcée pour actualiser les réflexions. Une intervention de confrontation hors protocole a été réalisée à la mi-traitement, visant à revoir ses motivations. Lors de la dernière visite à domicile, au moment de la prise de photos post-traitement, il a été possible de constater que le raisonnement TAC en regard des possessions et l'évitement de la mise en action dans le désencombrement était encore très présent chez elle. Cette participante a présenté un faible niveau de fonctionnement en fin de thérapie. Elle a raconté avoir bénéficié de services psychosociaux et psychologiques quasi en continu depuis environ 20 ans. En cours de thérapie, elle a amorcé un suivi conjoint à domicile via une ergothérapeute des services de santé du Centre de santé et de services sociaux en lien avec un diagnostic de TDAH. Ce suivi visait à l'aider à s'organiser globalement, puis au niveau du désencombrement. Une observance variable face aux auto-enregistrements et aux exercices à domicile a également été notée pour la participante 1. À plusieurs reprises, elle les réalisait quelques heures avant les thérapies, et parfois même au début de

celles-ci. Le participant 4 parvenait rarement à réaliser le désencombrement quotidien à raison de 15 minutes par jour. Il a persévéré sur les mêmes justifications tout au long de la thérapie. Il disait préférer investir des séances plus longues et moins fréquentes. La participante 3 s'est montrée mobilisée et investie concernant les auto-enregistrements et les exercices tout au long du processus. L'adhésion aux devoirs est un prédicteur de la diminution de la sévérité du TAC (Tolin, Frost, & Steketee, 2007a).

La participante 3 a présenté un haut niveau de fonctionnement. Il importe cependant d'exposer toutes les variables ayant pu contribuer à son cheminement. D'abord, ayant une santé fragile, elle a dû s'absenter de plusieurs rencontres de groupe pour des rendez-vous ou examens médicaux. Les rencontres ont donc été octroyées individuellement, ce qui a personnalisé la thérapie de façon accrue comparativement aux autres participants. D'autre part, avant le début du traitement, elle bénéficiait depuis trois ans d'un suivi communautaire via le Centre de santé et de services sociaux. Ce suivi s'est poursuivi pendant une partie du traitement. Une concertation a eu lieu avec l'intervenant responsable de ce suivi afin d'éviter que les interventions respectives de chacun ne se chevauchent. Une résurgence des symptômes TAC au moment de l'évaluation 6 mois post-traitement peut être expliquée par le fait que madame ne bénéficiait plus de suivi communautaire, que le traitement TAC prenait fin et que son médecin de famille prenait sa retraite et madame se retrouvait sans suivi médical. Chez cette dame ayant un TAG et des problèmes de santé mentale au long cours, ajoutés à une autonomisation difficile, il s'agit d'une source de stress intense ayant un impact sur son fonctionnement global.

Certains participants ont rapporté craindre une erreur lors de la complétion des auto-enregistrements. Il est possible que les attitudes perfectionniste et l'indécision identifiées chez les accumulateurs (Frost et al., 2010; Frost & Gross, 1993; Frost & Hartl, 1996; Muroff et al., 2009; Steketee et al., 2003) soient en cause, ainsi que la difficulté à prendre une décision sur la cote à accorder (Muroff et al., 2009). Des interventions ont été nécessaires afin d'amener les participants à réduire le temps accordé à compléter les auto-enregistrements et à prendre une décision plus rapidement sur la cotation.

Une limite importante de cette étude est que l'impact du traitement sur le fonctionnement a été mesuré en post-traitement comparativement au prétraitement seulement. Les données recueillies 6 mois post-traitement ne sont pas prises en compte. Le protocole initial n'avait pas prévu de suivi mensuel post-traitement. Ce suivi de soutien aux participants a été ajouté en fin de psychothérapie seulement, sur recommandation des chercheurs ayant développé la TBI pour la TAC. Ils ont émis cette recommandation sur la base de données probantes, à la lumière de l'analyse des résultats de leurs propres études. Il n'y a donc pas eu de nouvelles prises de mesures des échelles cliniques ni d'auto-enregistrements quotidiens. Les critères de haut fonctionnement contenaient deux données tirées des échelles cliniques et une donnée tirée des auto-enregistrements quotidiens. L'absence de ces mesures a donc empêché de statuer sur l'impact du traitement 6 mois post-traitement.

Une deuxième limite de l'étude est en relation avec la TBI, soit le manque d'intervention favorisant la mise en action comportementale dans le désencombrement. La thérapie investit la modification du raisonnement et des pensées, tout en considérant que la modification comportementale lui succèdera. Lorsque les participants ont été questionnés de façon qualitative sur leur expérience thérapeutique, certains ont rapporté qu'ils auraient aimé recevoir davantage d'aide concrète en lien avec le désencombrement.

Une autre limite, considérable, concerne la durée de la thérapie. Une thérapie d'une durée de six mois pourrait s'avérer insuffisante pour parvenir à modifier un mode de pensée et un raisonnement illusoire cristallisé depuis en moyenne 30 ans. En regard des résultats de l'étude, il s'avère que chaque participant ait accepté de remettre en question ses croyances. Toutefois, la thérapie s'est terminée trop tôt pour certains participants, ne leur permettant pas de développer de façon plus soutenue un raisonnement basé sur la réalité. Le suivi mensuel post-traitement ne fournissait pas de nouveaux éléments thérapeutiques; il visait à soutenir les acquis et l'autonomisation dans le désencombrement. Donc, si les acquis au niveau des pensées n'étaient pas solidifiés, leur maintien était précaire et le mise en action comportementale conséquente risquait de devenir fortuite.

Une dernière limite concerne l'absence de groupe contrôle. La prochaine étape serait en effet de reproduire le présent protocole en le comparant avec un protocole TBI différent ou avec une TCC.

Rapport-Gratuit.com

Il importe de rediscuter du fait que le TAC est un trouble où les pensées sont égosyntones d'une part et d'autre part, que le trouble est présent au long cours avant que les personnes demandent de l'aide. Ces aspects forts importants peuvent nuancer la compréhension clinique que nous avons de leur cheminement en psychothérapie. La psychothérapie exige la modification du mode de pensée illusoire vers une pensée davantage encrée dans la réalité. Toutefois, leur pensée que nous qualifions d'illusoire constitue leur réalité égosyntone. L'impact peut donc être considérable au niveau de la motivation et l'adhérence au traitement.

La présente recherche a permis d'améliorer la compréhension des processus impliqués chez les gens souffrant de TAC, ainsi que leurs besoins en regard de la psychothérapie. Pour les recherches futures, il sera intéressant de prendre en compte les résultats de la présente étude pour élaborer un protocole thérapeutique via la TBI favorisant les meilleurs bénéfices thérapeutiques pour les gens souffrant de TAC. Parmi les suggestions : une psychothérapie de plus longue durée, une augmentation de l'accompagnement thérapeutique lors des exercices in vivo à domicile et l'intégration d'interventions visant le mise en action comportementale. Steketee et al. (2000) recommandent de poursuivre des rencontres de groupe pendant un an post-traitement, même si elles sont espacées, afin de maintenir la motivation, réduire l'isolement et permettre aux participants d'obtenir du soutien. De plus, de l'aide serait bénéfique après la fin de la psychothérapie pour soutenir la poursuite du désencombrement et le maintien d'un espace de vie fonctionnel (Steketee et al, 2010). D'autres études sont nécessaires

pour élaborer un protocole thérapeutique qui permettra d'assurer une plus grande durabilité des changements après la fin du processus thérapeutique. Les retombées seront fort intéressantes pour les milieux cliniques.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Références

Aardema, F., & O'Connor, K. (2012). Dissolving the tenacity of obsessional doubt: Implications for treatment outcome. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 855-861.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: Authors.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometrics properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II). The Psychological Corporation*. Toronto: Harcourt Brace.

Bouvard, M., Sauteraud, A., Note, I., Bourgeois, M., Dirson, S., & Cottraux, J. (1992). Étude de validation et analyse factorielle de la version française de l'Échelle d'obsession compulsion de Yale-Brown. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2*, 18-22.

DiNardo, P. A., Brown, T. A., Esler, J. L. & Barlow, D. H. (1995). *The Anxiety Dosirders Interview Scale for DSM-IV: Lifetime version: Description and initial evidence of diagnostic reliability.* Presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Therapy, Washington, DC.

Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. Dans R. O. Frost & G. Steketee (Éds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 391-401). New York: Elsevier Science ltd.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck : propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale, 20*, 47-55.

Frost, R. O., & Gross, R. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 367-382.

Frost, R. O., & Hartl, T. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 341-350.

Frost, R. O., Steketee, G., & Grisham, J. (2004). Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1163-1182.

Frost, R. O., Steketee, G., Tolin, D. F., & Renaud, 2008). Development and validation of the clutter image rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 30*(3), 193-203.

Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenge in the treatment of hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 404-413.

Grenier, S., O'Connor, K., & Bélanger, C. (2008). Obsessional beliefs, compulsive behaviours and symptom severity: Their evolution and interrelation over stage of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 15*, 15-27.

Gilliam, C., Norberg, M. M., Villavicencion, A., Hannan, S. S. E., & Tolin, D. F. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 802-807.

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

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

Hyler, S. E. (1994). *Personality Questionnaire, PDQ-4+*. New York: New York State Psychiatric Institute.

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

Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. *L'Encéphale, 15*, 335-341.

Muroff, J., Steketee, G., Bratiotis, C., & Ross, A. (2012). Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: A pilot study. *Depression and Anxiety, 29*, 597-604.

Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2014). Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depression and Anxiety, 31*(12), 964-971.

Muroff, J., Steketee, G., Rasmussen, J., Gibson, A., Bratiotis, C., & Sorrentino, C. (2009). Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: A preliminary trial. *Depression and Anxiety, 26*(7) 634-640.

Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., & Todaro, J. (1999). The overvalued ideas scale; Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and Therapy, 37*, 881-902.

O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Koszegi, N. (2012). *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive.* Québec : Éditions MultiMondes.

O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder*. New York: Wiley-Blackwell.

O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders.* Chichester, UK: John Wiley.

O'Connor, K. P., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behaviour Practice, 16*, 420-429.

O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs. *Revue québécoise de psychologie, 17*(1), 155-183.

O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to the treatment of primary inferences on obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy; An International Quarterly, 13*, 359-375.

Perreault, V., & O'Connor, K. (2014). Inference-based therapy: Processes of change in compulsions and obsessional beliefs. *International Journal of Cognitive Therapy, 7*, 6-28.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., ... Nesdat, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behaviour in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 836-844.

Samuels, J., Bienvenu, O. J., Riddle, M. A., Cullen, B. M. A., Grados, M. A., Liang, K.-Y., ... & Nestadt, G. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 517-528.

St-Pierre-Delorme, M.-E., Purcell Lalonde, M., Koszegi, N., & O'Connor, K. (2011). Inference-based therapy for compulsive hoarding: A clinical case study. *Clinical Case Studies, 10*, 291-303.

Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Therapist guide. Treatments that work*. New York: Oxford University Press.

Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research, 27*(4), 463-479.

Steketee, G, Frost, R. O., Tolin, D. F., Rasmussen, J., & Brown, T. A. (2010). Waitlist-controlled trial of cognitive behavior therapy for hoarding disorder. *Depression and Anxiety, 27*(5), 476-484.

Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A. I., & Douglas, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*, 259-268.

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

Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007a). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1461-1470.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Conclusion

La communauté scientifique s'intéresse au TAC depuis un peu plus de 20 ans, avant même que le trouble ne soit reconnu parmi les troubles mentaux du DSM. Les multiples recherches réalisées jusqu'à présent ont permis d'améliorer la compréhension du fonctionnement global des accumulateurs et ont mené à l'élaboration de traitements spécifiques pour cette clientèle bien particulière.

Malgré le fait que les principaux protocoles thérapeutiques cités dans cette recherche aient démontré une amélioration significative de la symptomatologie TAC, il demeure que certains accumulateurs refusent toute aide. Cet état de fait réitère que la communauté scientifique doit poursuivre ses travaux et recherches pour venir en aide à ceux n'ayant pas un regard critique ajusté sur leur fonctionnement et leur problématique. Il est reconnu que la non-reconnaissance de son trouble est propre à la maladie mentale sévère. Sur ce point, de l'impuissance est encore bien présente dans l'entourage des accumulateurs. De plus, le taux d'efficacité de la thérapie mérite d'être amélioré.

Les résultats de la présente étude nous amènent à suggérer pour les études futures, les quelques adaptations suivantes au protocole TBI actuel : 1) que la thérapie soit individuelle ou de groupe, augmenter sa durée afin qu'elle soit minimalement d'un an, avec espacement graduel des rencontres pour favoriser l'autonomisation; 2) une augmentation de l'accompagnement thérapeutique lors des exercices in vivo à domicile,

visant entre autre à soutenir la motivation et la conscientisation des processus TAC; 3) l'intégration d'interventions visant la mise en action comportementale; et 4) rencontrer systématiquement les membres da la famille vivant sous le même toit afin de leurs enseigner les attitudes aidantes. D'autre part, les visites à domicile, dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe, permettent de personnaliser le traitement, en fonction des manifestations TAC singulières de chaque personne.

Procéder à une évaluation exhaustive avant d'initier un traitement permet de s'assurer d'associer la symptomatologie au bon trouble. S'agit-il du TAC, d'un trouble concomitant, d'éléments de la personnalité? Ainsi, le clinicien dressera soigneusement le profil individuel de chaque client et la thérapie pourra être réalisée tout en prenant en compte l'individualité et la singularité de chaque client. Parallèlement, il est important de demeurer vigilant et alerte comme clinicien auprès de cette clientèle, en plus de demeurer souple malgré qu'il y ait un protocole thérapeutique à respecter. Par exemple, dans une psychothérapie de groupe, lorsque des éléments de personnalité nuisent au cheminement d'un participant et/ou au bon déroulement du groupe, des rencontres individuelles hors protocoles peuvent s'avérer fort utiles. Dans le présent protocole, quoiqu'aucun trouble de la personnalité n'ait été mesuré avec la psychométrie, certains éléments survenus en cours de psychothérapie et l'ensemble du tableau pour un participant en particulier peuvent suggérer la présence d'un tel trouble.

De façon qualitative, le protocole original de cette étude semble avoir été bénéfique pour les participants. Un questionnaire qualitatif à réponses ouvertes en fin de processus a mis en lumière que les participants se sont sentis reçus et entendus dans leur souffrance et qu'ils ont apprécié pouvoir élaborer de façon confidentielle sur la façon particulière dont le TAC se manifestait pour eux. Ce protocole original s'est avéré cohérent pour les participants.

En terminant, souhaitons que les données recueillies dans la présente recherche serviront à l'avancée des connaissances cliniques et au raffinement de protocoles thérapeutiques pour le traitement du TAC. Beaucoup de travail reste encore à faire auprès de cette clientèle, comme la mise sur pied de groupes de support, la formation de cliniciens, le rehaussement de la mise en place de protocoles d'entente entre les services municipaux et les différents acteurs impliqués auprès des accumulateurs et l'élaboration de services d'aide aux proches.

Rapport-Gratuit.com

Références

American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Authors.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: Authors.

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., version française). Washington, DC: Auteurs.

Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 71*, 1049-1057.

Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 123-137.

Bratiotis, C., Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). *New England Hoarding Consortium's. Hoarding newsletter, Summer 2011.*

Cromer, K. R., Schmidt, N. B., & Murphy, D. L. (2007). Do traumatic events influence the clinical expression of compulsive hoarding? *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2581-2592.

Damecour, C. L., & Charron, M. (1998). Hoarding: A symptom, not a syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(5), 267-272.

Dold, M., Aigner, M., Lanzenberger, R., & Kasper, S. (2013). Antipsychotic augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of double-blind, randomized, placebo-controlled trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 16*(3), 557-574.

Emmelkamp, P. M. G., van Oppen, P., & van Balkom, A. J. L. M. (2002). Cognitive changes in patients with obsessive compulsive rituals treated with exposure in vivo and response prevention. Dans R. O. Frost & G. Steketee (Éds), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment* (pp. 391-401). New York: Elsevier Science ltd.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Frost, R. O., & Gross, R. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 367-382.

Frost, R. O., & Hartl, T. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 341-350.

Frost, R. O., Hartl, T., Christian, R., & Williams, N. (1995). The value of possessions in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 897-902.

Frost, R. O., Kim, H.-J., Morris, C., Bloss, C., Murray-Close, M., & Steketee, G. (1998). Hoarding, compulsive buying and reasons for saving. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 657-664.

Frost, R. O., Krause, M., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive disorder symptoms. *Behaviour Modif, 20*, 116-132.

Frost, R. O., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: A community health problem. *Health and Social Care in the Community, 8*, 229-234.

Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L., & Warren, R. (2000). Modd, disability, and personality disorder symptoms in hoarding, obsessive compulsive disorder, and control subjects. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 1071-1082.

Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenge in the treatment of hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 404-413.

Grisham, J., Frost, R. O., Steketee, G., Kim, H.-J., & Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 675-686.

Gilliam, C., Norberg, M. M., Villavicencion, A., Hannan, S. S. E., & Tolin, D. F. (2011). Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 802-807.

Hall, B. J., Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2013). An exploration of comorbid symptoms and clinical correlates of clinically significant hoarding symptoms. *Depression and Anxiety, 30,* 67-76.

Hartl, T. L., Duffany, S. R., Allen, G. J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2005). Relationship among compulsive hoarding, trauma, and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 269-276.

Iervolino, A. C., Perroud, N., Falluna, M. A., Guipponi, M., Cherkas, L., Collier, D. A., & Mataix-Cols, D. (2009). Prevalence and heritability of compulsive hoarding: A twin study. *The American Journal of Psychiatry, 166*(10), 1156-1161.

Mataix-Cols, D., Rauch, S., Manzo, P. A., Jenike, M. A., & Baer, L. (1999). Use a factor-analysed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitor and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 156*(9), 1409-1516.

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictor of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 71,* 255-262.

Matsunaga, H., Nagata, T., Hayashida, K., Ohya, K., Kiriike, N., & Stein, D. J. (2009). A long-term tiral of the effectiveness and safety of atypical antipsychotic agents in augmenting SSRI-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 70*(6), 863-868.

Muroff, J., Steketee, G., Bratiotis, C., & Ross, A. (2012). Group cognitive and behavioral therapy and bibliotherapy for hoarding: A pilot study. *Depression and Anxiety, 29*, 597-604.

Muroff, J., Steketee, G., Frost, R. O., & Tolin, D. F. (2014). Cognitive behavior therapy for hoarding disorder: Follow-up findings and predictors of outcome. *Depression and Anxiety, 31*(12), 964-971.

Muroff, J., Steketee, G., Rasmussen, J., Gibson, A., Bratiotis, C., & Sorrentino, C. (2009). Group cognitive and behavioral treatment for compulsive hoarding: A preliminary trial. *Depression and Anxiety, 26*(7) 634-640.

O'Connor, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Koszegi, N. (2012). *Entre monts et merveilles : comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive.* Québec : Éditions MultiMondes.

O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2011). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder.* New York: Wiley-Blackwell.

O'Connor, K. P., Aardema, F., & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: Reasoning processes in obsessive-compulsive disorder and related disorders.* Chichester, UK: John Wiley.

O'Connor, K. P., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behaviour Practice, 16*, 420-429.

O'Connor, K. P., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs. *Revue québécoise de psychologie, 17*(1), 155-183.

Pertusa, A., Fullana, M. A., Singh, S., Alonso, P., Menchon, J. M., & Mataix-Cols, D. (2008). Compulsive hoarding: OCD symptom, distinct clinical syndrome, or both? *American Journal of Psychiatry, 165*, 1289-1298.

Pertusa, A., Frost, R. O., Falluna, M. A., Samules, J., Steketee, G., Tolin, D. F., ... Matais-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review, 30*(4), 371-386.

Reed, G. (1991). The cognitive characteristics of obsessional disorder. Dans P. A. Magaro (Éd.), *Cognitive base of mental disorders* (pp. 77-99). Newbury Park: Sage.

Samuels, J. F., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Cullen, B., Riddle, M. A., Liang, K. Y., ... & Nesdat, G. (2008). Prevalence and correlates of hoarding behaviour in a community-based sample. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 836-844.

Samuels, J., Bienvenu, O. J., Riddle, M. A., Cullen, B. M. A., Grados, M. A., Liang, K.-Y., ... & Nestadt, G. (2002). Hoarding in obsessive compulsive disorder: Results from a case-control study. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 517-528.

Seedat, S., & Stein, D. J. (2002). Hoarding in obsessive-compulsive disorder and related disorders: A preliminary report of 15 cases. *Psychiatry and Clinical Neuroscience, 56*, 17-23.

St-Pierre-Delorme, M.-E., Purcell Lalonde, M., Koszegi, N., & O'Connor, K. (2011). Inference-based therapy for compulsive hoarding: A clinical case study. *Clinical Case Studies, 10*, 291-303.

Steketee, G., & Frost, R. O. (2003). Compulsive hoarding: Current status of the research. *Clinical Psychology Review, 23*, 905-927.

Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). *Compulsive hoarding and acquiring: Therapist guide. Treatments that work*. New York: Oxford University Press.

Steketee, G., Frost, R. O., & Kim, H.-J. (2001). Hoarding by elderly people. *Health and Social Work, 26*(3), 176-184.

Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research, 27*(4), 463-479.

Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A. I., & Douglas, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28*, 259-268.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Timpano, K. R., Buckner, J. D., Richey, A., Murphy, D. L., & Schmidt, N. B. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors. *Depression and Anxiety, 26,* 343-353.

Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2010). A brief interview for assessing compulsive hoarding: The Hoarding Rating Scale – Interview. *Psychiatry Research, 178*, 147-152.

Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007a). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1461-1470.

Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007b). *Buried in treasure. Help for compulsive acquiring, saving, and hoarding*. New York: Oxford University Press.

van Oppen, B., Steketee, G., McCorkle, B., & Pato., M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorder, 4*, 431-446.

Wincze, J. P., Steketee, G., & Frost, R. O. (2007). Categorization in compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 63-72.