

# **Sens de la Cohérence, Colère et Trouble Obsessionnel-Compulsif**

**Stéphanie Lambert \***, **Anne-Marie Etienne \*\***  
**Ovide Fontaine \*\*\***

\* licenciée en psychologie \*\* docteur en psychologie \*\*\* neuropsychiatre

Service de Psychologie de la Santé  
Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education (ULG)  
Bd du Rectorat – B33  
4000 – Liège Sart Tilman – Belgique

---

## **RESUME**

Cette étude évalue les relations entre le « Sens de la Cohérence » (SoC) d'Antonovsky (1987), la colère et le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC). L'échantillon est composé de 42 sujets répartis en deux groupes, 21 sujets souffrant de trouble obsessionnel-compulsif et 21 sujets contrôles appariés. Ils ont rempli un questionnaire démographique, la liste des obsessions et des compulsions de la YBOCS de Goodman et al. (1989), traduite par Mollard, Cottraux & Bouvard (1989), des Echelles Visuelles Analogues (VAS), le Questionnaire d'Orientation de Vie de Antonovsky (OLQ), l'inventaire d'expression de la colère état-trait de Spielberger (STAXI), l'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI) ainsi que l'inventaire de dépression de Beck (BDI). Les résultats révèlent des scores d'anxiété et de dépression plus élevés chez les sujets obsessionnels-compulsifs. A l'inventaire de colère, les résultats montrent des scores de colère-état, des scores d'expression de colère et des scores de contrôle de la colère plus élevés chez les sujets atteints de TOC. Le Sens de la Cohérence est plus faible dans le groupe TOC que dans le groupe contrôle. De plus, la mesure du SoC est corrélée négativement à celle de la dépression et de l'anxiété, et ce, quel que soit le groupe. Le SoC est corrélé négativement à la mesure du contrôle de la colère dans le groupe TOC et à celle de la répression de la colère dans le groupe contrôle. Les implications de ces résultats sont discutées au niveau théorique et clinique.

---

## **ABSTRACT**

This study assesses the relationship between the Sense of Coherence (SoC) of Antonovsky, anger and the obsessive-compulsive disorder. The sample is composed of 42 subjects divided in two groups, 21 subjects suffering of obsessive-compulsive disorder and 21 subjects matched controls. They completed a demographic questionnaire, the list of obsessions and compulsions of Goodman & al.(1989), translation Mollard, Cottraux & Bouvard (1989), the Visual Analogues Scales, the Orientation Life Questionnaire of Antonovsky (1987), the State-Trait Anger Expression Inventory of Spielberger (STAXI), the State-Trait Anxiety Inventory of Spielberger (STAI), and the Beck Depression Inventory (BDI). The results show higher scores of anxiety and depression in obsessive-compulsive patients than in controls subjects. According to the results obtained with the Anger Inventory, the obsessive-compulsive subjects show higher scores of state-anger, of anger-expression and higher scores of anger-control. The results of the Sense of Coherence scale reveal a lower SoC in TOC group than in control group. The SoC is also negatively associated with depression and anxiety in both groups. The SoC is negatively associated with the control of anger in the TOC group and with the suppression of anger in the control group. The theoretical and clinical implications of these results are discussed.

---

Nous tenons à remercier tous les psychologues et les psychiatres, plus particulièrement, Madame De Gregorio Messieurs J.M. Timmermans et J. Reggers, qui nous ont permis de recruter certains de leurs patients.

*Sens de la Cohérence, colère et trouble obsessionnel-compulsif*  
**Trouble Obsessionnel-Compulsif**

Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions et/ou de compulsions suffisamment intenses et sévères pour entraîner une profonde détresse et une altération du fonctionnement psychosocial. Les obsessions sont définies comme des pensées, des impulsions, des idées ou des images persistantes, récurrentes, intrusives et inappropriées. L'individu réalise qu'elles ne sont pas imposées de l'extérieur mais qu'elles sont le produit de ses propres pensées. Les compulsions sont caractérisées par des comportements répétitifs ou des actes mentaux réalisés afin de réduire l'anxiété et le malaise générés par les obsessions. La personne essaye de neutraliser, de supprimer ou d'ignorer les obsessions et les compulsions. La plupart des sujets reconnaissent le caractère absurde, déraisonnable de leurs obsessions et de leurs compulsions. Certains sujets peuvent cependant avoir peu ou pas conscience du caractère déraisonnable, irrationnel et excessif de ces dernières (DSM IV, 1996). L'évolution de ce trouble est progressive et chronique. Les sujets présentent souvent des phases d'aggravations de symptômes entrecoupées par des phases d'atténuations voire de rémission (Hodgson & Rachman, 1977). Les patients peuvent présenter soit des obsessions, soit des compulsions isolées, soit, comme c'est fréquemment le cas, les deux (Hodgson & Rachman, 1977).

Les manifestations obsessionnelles et compulsives de ce trouble sont multiples. Les rituels de vérifications, habituellement accompagnés de doute pathologique et les rituels de lavage, accompagnés d'obsessions de contaminations sont les deux formes les plus fréquemment rencontrées. Le lecteur intéressé par une revue des différentes formes de ce trouble peut consulter l'article de Lempérière et Rondepierre (1990) ou les ouvrages de Cottraux (1989, 1998). Notons tout de même que les distinctions entre les diverses formes de ce trouble revêtent parfois un caractère artificiel dans la mesure où un même thème peut s'exprimer sous des formes variées. De plus, il est fréquent que les différentes formes d'obsessions et de compulsions s'associent ou se substituent l'une à l'autre au cours de l'existence (Cottraux, 1998 ; Lempérière & Rondepierre, 1990).

Ce trouble débute le plus souvent au cours de l'adolescence et au début de l'âge adulte, rarement au cours de l'enfance. Au niveau étiologique, des études ont mis en évidence une perturbation en sérotonine suite à l'efficacité de certains psychotropes inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, dont le plus connu et le plus efficace est la clomipramine (Anafranil). Les modèles courants d'obsession-compulsion, quant à eux, considèrent les pensées obsédantes comme un stimulus et les compulsions

comme une réponse (e. g. Foa, Steketee & Ozarow, 1985 ; Salkovskis, 1985 ; Emmelkamp, 1987 in Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1994). Les études neuropsychologiques du syndrome obsessionnel-compulsif reflètent un dysfonctionnement frontal bilatéral, une atteinte des ganglions de la base et du noyau caudé (Cottraux, 1998 ; Flor-Henry, 1990). L'approche cognitive et neuropsychologique stipule, quant à elle, une altération de certains processus de traitement de l'information dans ce trouble. Des facteurs cognitifs participeraient donc, parmi d'autres, à la genèse et au maintien du trouble obsessionnel-compulsif (Van Der Linden, 2000). D'autres études ont pu mettre l'accent sur l'influence de certains facteurs précipitants et prédisposants dans le développement du trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, étant donné l'hétérogénéité des symptômes des sujets atteints de trouble obsessionnel-compulsif, les études conçoivent davantage le développement de ce trouble comme étant la résultante d'une multitude de facteurs cognitifs, génétiques, biologiques, familiaux ou autres.

### **Sens de la Cohérence (SoC)**

Pendant de nombreuses années, la psychologie a principalement été influencée par le paradigme pathogénique. Ce dernier s'intéresse à l'étiologie des maladies et aux facteurs de risque pouvant contribuer à la genèse des pathologies (Strümpfer, 1990). En 1987, Antonovsky révolutionne cette approche par l'introduction du paradigme salutogénique, qui se propose, quant à lui, de rechercher, non pas les causes des maladies, mais plutôt les conditions permettant aux individus de rester en bonne santé après avoir rencontré des situations stressantes. L'approche salutogénique conceptualise la santé comme un continuum dont les deux pôles renvoient respectivement à la santé et à la maladie. Cette approche considère que les stressors sont omniprésents et que l'individu y répond par un état de tension. Contrairement à l'état de stress, cet état de tension peut avoir des conséquences positives, neutres ou négatives pour la santé, tout dépend en fait de la capacité de l'individu à gérer efficacement ou non cette tension. C'est au sein de cette approche qu'Antonovsky (1987) introduira son concept de Sens de la Cohérence (SoC). Selon cet auteur, la localisation de chaque individu sur le continuum santé-maladie est déterminée principalement par le niveau du Sens de la Cohérence.

« Le Sens de la Cohérence se définit comme une orientation globale qui exprime l'étendue avec laquelle l'individu a un sentiment de confiance envahissant, dynamique et durable que (1) les stimuli en provenance des environnements internes et externes au cours de la vie sont structurés, prévisibles et explicables ; (2) les

ressources sont disponibles pour rencontrer les demandes posées par ces stimuli ; et (3) ces demandes sont des challenges, dignes d'un investissement et d'un engagement » (Antonovsky, 1987, p. 19). Les trois éléments de cette définition se réfèrent respectivement aux composantes « comprehensibility », « manageability » et « meaningfulness ». Récemment, ces trois composantes ont été traduites respectivement par l'intelligibilité, la capacité à se gérer et la cohérence (François, Brouette, Etienne, & Fontaine, 2000). Le Sens de la Cohérence est donc une orientation globale qui permet de percevoir le monde comme étant compréhensible, gérable et plein de sens.

Selon Antonovsky (1987), le SoC doit être considéré comme un trait de personnalité et ne constitue nullement un style de coping. Il doit être envisagé comme une orientation globale qui influence la perception et l'interprétation des événements externes (Antonovsky, 1987). Le Sens de la Cohérence est donc un aspect dynamique de la personnalité qui se développe au cours de l'enfance et de l'adolescence. Les expériences de vie rencontrées par les personnes vont leur permettre de se construire une vision du monde qui les entoure. Selon cet auteur, le SoC acquiert une certaine stabilité vers l'âge de 30 ans, ne subissant dès lors que de minimes fluctuations temporaires et ne pouvant être modifié que par des événements de vie dramatiques. Ce concept est envisagé comme une ressource individuelle de résistance au stress.

De nombreux auteurs (Anson, Levenson, Bonneh, & Maoz, 1993 ; Antonovsky, 1987 ; Bishop, 1993 ; Flannery & Flannery, 1990 ; Pasikowski, Sek, & Sigala, 1994) se sont intéressés à la relation entre le SoC et la santé. Certains considèrent qu'il existe une relation directe entre ces deux concepts (Antonovsky, 1987) alors que d'autres (Bishop, 1993) envisagent le SoC comme une variable tampon qui atténue les conséquences aversives du stress. Flannery et Flannery (1990), quant à eux, perçoivent davantage le SoC comme une disposition plus générale de réponse aux stressors, se trouvant à la base des stratégies de coping. Le lecteur intéressé par une revue de la littérature à ce sujet peut consulter l'ouvrage de Antonovsky (1987).

## **Colère**

Bien que la colère soit une émotion universelle et fréquente, ressentie par tous les individus au cours de l'existence (Averill, 1983), Kassimove et Sukhodolsky (1995) relèvent le manque d'études empiriques en ce qui concerne cette émotion. En effet, l'expérience phénoménologique de la colère, et plus particulièrement

l'expérience consciente des sentiments colériques a largement été délaissée par les chercheurs en psychologie (Spielberger, Jacobs, Russell, & Crane, 1983).

Au sein de la littérature, il existe de nombreuses définitions de la colère et il y règne une confusion conceptuelle considérable entre la colère, l'hostilité et l'agression. En effet, ces trois termes sont souvent utilisés de manière interchangeable dans la littérature (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs, & Worden, 1985). Etant conscients de cette ambiguïté conceptuelle et des recouvrements existant entre ces trois concepts, Spielberger et al. (1985) concluent qu'ils se réfèrent au même phénomène qu'ils nomment le « AHA Syndrome » (Anger-Hostility-Agression). Ces auteurs ont eu le mérite d'effectuer une clarification conceptuelle, en fournissant des définitions qui tiennent compte des caractéristiques à la fois émotionnelles, cognitives, instrumentales et comportementales de ces trois concepts.

La colère est généralement considérée comme un concept plus fondamental et moins complexe que l'hostilité et l'agression. « Le concept de colère se réfère habituellement à un état émotionnel qui consiste en des sentiments qui peuvent varier en intensité, allant de l'irritation moyenne, ou la contrariété, à la furie et la rage. Bien que l'hostilité inclue des sentiments de colère, ce concept renvoie à un ensemble d'attitudes qui motivent des comportements agressifs dirigés vers la destruction d'objets ou le fait de porter préjudice aux autres. Alors que la colère et l'hostilité font référence à des sentiments et à des attitudes, le concept d'agression implique généralement un comportement destructif ou punitif dirigé vers d'autres personnes ou des objets » (Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs, & Worden, 1985, p.7). Afin de clarifier la confusion existante entre l'hostilité et l'agression, Spielberger et al. (1985) proposent de faire la distinction entre d'une part l'agression hostile et d'autre part l'agression instrumentale en tenant principalement compte de l'intention de l'agresseur. Alors que l'agression hostile renvoie à un comportement motivé par la colère, l'agression instrumentale se réfère à un comportement agressif dirigé vers la suppression ou vers le contournement d'un obstacle dressé entre l'agresseur et son but, lorsque ce comportement n'est pas motivé par des sentiments de colère (Spielberger & al., 1985). Ces auteurs proposent également de faire la distinction entre d'une part la colère-état, définie comme étant l'intensité de la colère à un moment donné, et d'autre part, la colère-trait, à savoir les différences individuelles dans la propension à ressentir de la colère comme trait de personnalité. De plus, bien que la colère soit une émotion fréquemment ressentie par tous les individus, ceux-ci diffèrent quant à leur manière d'exprimer cette émotion. C'est pourquoi, Spielberger et al. (1985) distinguent trois modes d'expression de la colère, à savoir l'anger-in,

l'anger-out et l'anger-control. L'anger-in évalue la fréquence avec laquelle les sentiments de colère sont réprimés ou supprimés. L'anger-out se réfère à la fréquence avec laquelle l'expression des sentiments de colère est dirigée vers d'autres personnes ou vers des objets de l'environnement. L'expression de la colère peut alors prendre la forme de comportements agressifs, verbaux, d'insultes, de menaces verbales, ou de destructions d'objets. Et enfin, l'anger-control renvoie au fait de contrôler l'expression de la colère et se réfère à la tentative de moduler l'expression émotionnelle et comportementale de cette émotion (Spielberger, Krasner, & Solomon, 1988).

Les effets défavorables de la colère sur la santé ont été révélés depuis longtemps par la littérature médicale (Spielberger & al., 1985). En plus d'exercer des conséquences aversives pour la santé physique telles que l'hypertension, des problèmes coronariens, la colère semble également être impliquée dans de nombreux problèmes de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété-trait et le comportement de type A (Keinan, Ben-Zur, Zilka, & Carel, 1992). Cependant, une revue de cette littérature concernant la relation entre le style d'expression de la colère et les problèmes de santé mentale et physique ne permettent pas d'aboutir à des conclusions définitives concernant l'impact de l'anger-in et de l'anger-out sur la santé. En effet, selon certaines études (Engebretson, Matthews, & Scheier, 1989 ; Cleveland & Johnson, 1962 ; Hecker, Chesney, Black, & Frautchi, 1988 ; cités par Keinan & al., 1992), l'expression de la colère contribue à la détérioration de la santé et à l'apparition de problèmes tels que l'hypertension et des maladies cardiaques. Selon d'autres auteurs (Gentry, Chesney, Gary, Hall, & Harburg, 1982 ; Schalling, 1985 ; cités par Keinan & al., 1992), l'apparition de problèmes de santé tels que l'hypertension et des problèmes coronariens semblent davantage être imputée à la suppression de la colère. De plus, depuis peu, certains auteurs se sont également intéressés à l'impact de l'anger-control sur la santé et soulignent qu'un contrôle excessif de la colère peut également être responsable de l'apparition de certains troubles comme la dépression (Spielberger, Krasner, & Solomon, 1988). Des études ultérieures s'avèrent donc indispensables afin de spécifier davantage l'impact des différents modes d'expression de la colère sur la santé.

### **Soc et Colère**

Selon Antonovsky (1987), les sujets présentant un Sens de la Cohérence fort ont tendance à être plus conscients de leurs émotions que les sujets avec un Sens de la Cohérence faible. Ils peuvent plus facilement les

décrire et se sentent moins menacés par ces dernières. Puisqu'elles sont plus souvent culturellement et personnellement acceptables par les sujets au SoC fort, ces derniers ne ressentent pas le besoin de négliger leurs émotions.

Au vu de ces différences, nous pouvons retenir que ce qui distingue essentiellement les individus au SoC fort des individus au SoC faible réside dans le fait que les premiers sont plus susceptibles de permettre à leurs émotions de monter à la surface et de les exprimer en comportements manifestes, plutôt que de les réprimer (Antonovsky, 1987).

Conformément à l'hypothèse d'Antonovsky (1987) selon laquelle les individus au SoC faible sont plus susceptibles de réprimer leur colère, le Sens de la cohérence s'est vu corrélé négativement à la restriction des affects (Dudek & Makowska, 1993) et à la colère (Hart, Hittner & Paras, 1991 ; Langius, Björvell, & Antonovsky, 1992 ; Mc Sherry & Holm, 1994). Plus précisément, Hart & al. (1991) constatent que le Sens de la Cohérence est corrélé positivement à l'habilité à contrôler l'expérience et l'expression de la colère. Ces auteurs obtiennent également une corrélation négative entre d'une part la mesure du Sens de la Cohérence et d'autre part les mesures de la répression de la colère (anger-in), de l'expression de la colère (anger-ex) et de l'anger-trait.

### **TOC et SoC**

A l'heure actuelle, aucune étude ne s'est encore penchée sur les relations qui peuvent exister entre le Sens de la Cohérence et le trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, la présence d'une corrélation négative entre le Sens de la Cohérence et des mesures de symptomatologie psychologique, plus particulièrement avec les mesures de dépression et d'anxiété, a été révélée par la littérature. En effet, de nombreuses études ont obtenu une corrélation négative entre le SoC et l'anxiété-trait (Antonovsky, 1987 ; Antonovsky & Sagy, 1986 ; Bernstein & Carmel, 1987 ; Carmel & Bernstein, 1989 ; Flannery & Flannery, 1990 ; Flannery, Perry, Penk, & Flannery, 1994 ; François, Brouette, Etienne, & Fontaine, 2000 ; Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993 ; Hart, Hittner, & Paras, 1991 ; Kaiser & Satler, 1996).

D'un point de vue strictement théorique, il est possible de s'interroger sur les relations entre ces deux concepts. Les sujets devenus obsessionnels-compulsifs ont-ils accumulé au cours de leur existence, certains

déficits au niveau de leurs ressources généralisées de résistance, conduisant ainsi au développement d'un Sens de la Cohérence faible et les rendant de ce fait plus vulnérables au développement de certaines maladies, ou au contraire, leur maladie a-t-elle entraîné consécutivement chez ces sujets une perte des ressources disponibles, affaiblissant ainsi leur Sens de la Cohérence par rapport à celui des sujets sains. Actuellement, il n'est pas possible de répondre à ce type de questions, et, à l'avenir, seule une étude longitudinale sera en mesure d'y répondre.

### **TOC et Colère**

Bien que certaines études aient mis l'accent sur la présence élevée de colère et de répression de colère dans les troubles anxieux, rares sont les études qui se sont véritablement penchées sur l'expression de la colère dans les troubles anxieux, et plus particulièrement dans le trouble obsessionnel-compulsif (Dadds, Gaffney, Kenardy, Oei, & Evans, 1993 ; Steketee, Grayson, & Foa, 1988).

A propos de la présence élevée de colère dans le trouble obsessionnel-compulsif, les données de la littérature divergent notamment en fonction de la manière dont les informations ont été recueillies. En effet, certaines études ont évalué la colère, d'autres, l'irritabilité, ou encore l'hostilité au sein du trouble obsessionnel-compulsif alors que d'autres études ont préféré étudier les relations de ce trouble avec l'impulsivité. De plus, bien que la présence d'irritabilité, de colère ou d'hostilité dans le trouble obsessionnel-compulsif soit confirmée par de nombreuses études (Fernando, 1977, cité par Farid, 1986 ; Machanda, Sethi, & Gupta, 1979 ; Millar, 1983 ; Orme, cité par Farid, 1986), certains auteurs comme Farid (1986) considèrent l'irritabilité comme étant un trait de base dans le trouble obsessionnel-compulsif alors que d'autres comme Machanda et al. (1979) mettent davantage l'accent sur l'hostilité dans ce trouble. Ces divergences peuvent s'expliquer en partie par la confusion conceptuelle qui règne entre les concepts de colère et d'hostilité.

A l'heure actuelle, il existe également certaines contradictions au sein de la littérature concernant la direction de la colère dans le trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, il est possible de dégager deux grandes tendances. Selon la première tendance, la colère dirigée vers l'extérieur constitue une caractéristique importante du trouble obsessionnel-compulsif (Machanda, Sethi, & Gupta, 1979 ; Millar, 1983). A l'opposé, la deuxième tendance considère que la colère dirigée vers soi, à savoir la répression de la colère, constitue une caractéristique



prédominante du trouble obsessionnel-compulsif (Farid, 1985, cité par Snaith & Taylor, 1985 ; Farid, 1986 ; McAndrew, 1989 ; Rachman, 1993).

Oltmans et Gibbs (1995) ont montré, quant à eux, que l'expression de réponses émotionnelles exagérées chez les sujets obsessionnels-compulsifs, comme des sourires ou des rires, représentait chez ces derniers une tentative de contrôle de leur part afin de masquer ou de contrôler l'expression d'émotions déplaisantes. Cette étude souligne davantage la présence d'une autre dimension que la colère chez les sujets obsessionnels-compulsifs, à savoir le contrôle de leurs émotions.

Etant donné le manque de données dans la littérature en ce qui concerne les relations entre d'une part le trouble obsessionnel-compulsif et d'autre part les concepts de colère et de Sens de la Cohérence, l'objectif principal de notre étude est d'évaluer les relations qui peuvent exister entre ces trois concepts.

## **METHODE**

### **Sujets**

L'échantillon se compose de 42 sujets répartis en deux groupes distincts, un groupe contrôle et un groupe TOC. Le groupe TOC comprend 21 sujets de plus de 18 ans présentant, au moment de l'étude, un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif. Ces sujets ne devraient présenter aucun autre diagnostic de trouble mental. Cependant, en raison de l'association fréquente de dépression avec le trouble obsessionnel-compulsif, la présence de dépression chez ces sujets est tolérée. La plupart d'entre eux ont été recrutés à l'hôpital de jour Vincent Van Gogh de Charleroi, dans les groupes TOC (n = 13). Les autres sujets proviennent de consultations privées de psychiatres et de psychologues (n = 13). Tous les sujets obsessionnels-compulsifs étaient traités par l'approche cognitivo-comportementale mais ils se situaient à des niveaux différents de leur traitement. En plus de ce traitement, 10 sujets obsessionnels-compulsifs ont participé en même temps à des groupes d'affirmation de soi, selon leurs difficultés. La durée moyenne de la prise en charge thérapeutique des sujets de notre échantillon est de 1 an et 3 mois, la durée minimum étant de 3 mois et la durée maximum étant de 5 ans. Malheureusement, nous ne disposons pas d'informations supplémentaires concernant leurs traitements psychologiques et médicamenteux. De plus, il est difficile de pouvoir contrôler ces dimensions puisque la durée de la prise en

charge thérapeutique varie en fonction de différents facteurs parmi lesquels nous pouvons citer la sévérité des troubles présentés par les sujets ainsi que l'existence de troubles concomitants.

Le groupe contrôle se compose également de 21 sujets. Ils ont été sélectionnés dans la population tout-venant à partir des caractéristiques des sujets obsessionnels-compulsifs, et ce, par l'intermédiaire d'une procédure d'appariement. Ces critères d'appariement sont le sexe, l'âge ( $\pm 5$ ans), la nationalité, l'état civil, la présence ou non d'enfants, la présence ou non d'une profession ainsi que le niveau d'études atteint. Pour de plus amples informations concernant les données sociodémographiques de l'échantillon, le lecteur peut se référer au tableau I.

---

Insérer ici le tableau I

---

### **Hypothèses**

La recension de la littérature nous a permis de formuler principalement deux hypothèses. D'une part, en termes d'émotions, les sujets obsessionnels-compulsifs ne devraient pas exprimer leurs émotions de la même manière que les sujets contrôles. D'autre part, le Sens de la Cohérence constitue peut-être un mode de fonctionnement plus généralisé qui permettrait de discriminer les deux groupes de sujets.

Plus particulièrement, d'un point de vue émotionnel, nous nous attendons à ce que les sujets obsessionnels-compulsifs présentent, par rapport aux sujets contrôles, des scores de répression de colère plus élevés (Farid, 1985, cité par Snaith & Taylor, 1985 ; Farid, 1986 ; McAndrew, 1989 ; Rachman, 1993), des scores d'anxiété-trait plus élevés (Azais, Granger, Debray, & Ducroix, 1999), des scores de dépression plus élevés (Azais & al., 1990 ; Cottraux, 1998 ; Tallis, 1995) ainsi que plus de difficultés à exprimer leurs émotions aux Echelles Visuelles Analogues.

En ce qui concerne le Sens de la Cohérence, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter des scores de Sens de la Cohérence plus faibles que les sujets contrôles (Antonovsky, 1987 ; Frenz, Carey, & Jorgensen, 1993). De plus, la mesure du Sens de la Cohérence devrait être corrélée négativement à celle de la répression de la colère (Antonovsky, 1987 ; Dudek & Makowska, 1993 ; Hart & Bliok, 1990, cités par Hart & al., 1991 ; McSherry & Holm, 1994), à celle de la dépression (Flannery & al., 1994 ; Flannery & Flannery,

1990 ; Frenz & al., 1990 ; Geyer, 1997 ; Kaiser & Satler, 1996), et à celle de l'anxiété-trait (Antonovsky, 1987 ; Antonovsky & Sagy, 1996 ; Carmel & Bernstein, 1989 ; Flannery & Flannery, 1990 ; Frenz & al., 1990 ), et ce, quel que soit le groupe de sujets envisagé.

### **Matériel expérimental**

Les questionnaires suivants ont été administrés à tous les sujets de l'échantillon :

- **Un bref questionnaire démographique** : il a pour but de recueillir certaines informations démographiques nécessaires afin de réaliser la procédure d'appariement (âge, sexe, nationalité, état civil, nombre d'enfants, profession, niveau d'études atteint).
- **La liste des obsessions-compulsions de Goodman et al. (1989), traduite par Mollard, Cottraux & Bouvard (1989)** : elle est annexée à l'échelle d'obsessions-compulsions de Yale-Brown (Y-Bocs), développée par Goodman et al. (1989). Elle permet de faire rapidement l'inventaire de toutes les obsessions et de toutes les compulsions présentées par les sujets.
- **Des Echelles Visuelles Analogues** : elles ont été conçues pour cette étude afin d'évaluer la difficulté des sujets à exprimer certaines émotions. Ces échelles se présentent sous la forme d'un trait horizontal de dix centimètres, séparant deux états situés à chaque extrémité (de très facile à exprimer à très difficile à exprimer). Quatorze émotions ont été ainsi envisagées. Il s'agit de la joie, la peur, la colère, la frustration, l'irritabilité, la honte, l'anxiété, l'inquiétude, la culpabilité, la rage, la contrariété, le bonheur, la haine et la tristesse.
- **Le questionnaire d'Orientation de Vie de Antonovsky (1987), traduit par Colucci et Fontaine (1995)** : Ce questionnaire, constitué de 29 items, permet de mesurer le Sens de la Cohérence (SoC). Les données psychométriques de ce questionnaire soutiennent l'existence d'une bonne cohérence interne variant de 0.84 à 0.93, et d'une stabilité dans le temps à un mois d'intervalle (Antonovsky, 1987). Les trois composantes du SoC n'émergent pas comme des facteurs séparés. Le questionnaire d'Orientation de Vie (OLQ) constitue un instrument unidimensionnel mesurant le Sens de la Cohérence selon un facteur global. Le lecteur intéressé

par une description précise et un exemplaire de ce questionnaire peut consulter l'article de Francois, Brouette, Etienne, & Fontaine (2000).

- **L'inventaire d'expression de la colère état-trait de Spielberger (STAXI) de 1988** : il fournit une mesure de l'expérience et de l'expression de la colère. Il comporte 44 items qui sont répartis en six échelles et deux sous-échelles. *L'échelle de Colère-Etat (S-Anger)* mesure l'intensité de la colère ressentie à un moment donné (items 1 à 10). *L'échelle de Colère-Trait (T-Anger)* mesure les différences individuelles dans la disposition à ressentir de la colère (items 11 à 20). Cette échelle comprend deux sous-échelles, *la sous-échelle de tempérament colérique (T-Anger-T)* qui mesure les différences individuelles dans la disposition à ressentir de la colère sans provocation spécifique (items 11, 12, 13 et 16), et *la sous-échelle de réaction colérique (R-Anger-T)* qui mesure les différences individuelles dans la disposition à ressentir de la colère lorsque le sujet est traité ou critiqué injustement par les autres (items 14, 15, 18 et 20). *L'Anger-In (AX/IN)* mesure la fréquence avec laquelle les sentiments de colère sont dirigés vers soi ou supprimés (items 23, 25, 26, 30, 33, 36, 37 et 41). *L'Anger-out (AX/OUT)* évalue la fréquence avec laquelle les sentiments de colère sont exprimés vers d'autres personnes ou vers des objets de l'environnement (items 22, 27, 29, 32, 34, 39, 42 et 43). *L'Anger-Control (AX/CON)* mesure la fréquence avec laquelle l'expression de sentiments de colère est contrôlée (items 21, 24, 28, 31, 35, 38, 40 et 44). Et enfin, *L'Anger-expression (AX/EX)* comprend 24 items issus des trois échelles précédentes et elle fournit un score de la fréquence avec laquelle la colère est ressentie et exprimée, indépendamment de la direction de l'expression. Une échelle de type likert à 4 points est utilisée, permettant aux sujets de noter tantôt l'intensité de leurs sentiments de colère (pas du tout, un peu, modérément, beaucoup), tantôt la fréquence avec laquelle la colère est exprimée, supprimée ou contrôlée (pratiquement jamais, parfois, souvent, pratiquement toujours). Le score d'expression s'obtient à l'aide de l'équation suivante :  $AX/EX = AX/IN + AX/OUT + AX/CON + 16$ . Les données psychométriques de cet outil suggèrent une validité satisfaisante pour les échelles de colère-état et de colère-trait. De plus amples informations sur cette échelle se trouvent dans le manuel de Spielberger (1988).
- **L'inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger (STAI) de 1970** : il se compose de deux échelles, une évaluant l'anxiété-état (20 items) et une autre évaluant l'anxiété-trait (20 items). Les sujets évaluent tantôt la fréquence, tantôt l'intensité de leurs sentiments d'anxiété sur une échelle à 4 points (pratiquement jamais,

parfois souvent, pratiquement toujours). Plus le score total est élevé, plus le sujet est considéré comme étant anxieux. D'un point de vue psychométrique, cet inventaire présente une fidélité test-retest plus élevée pour l'anxiété-trait (.65 à .86) que pour l'anxiété-état (.33). L'inventaire d'anxiété état-trait permet de fournir une mesure de l'anxiété qui ne soit pas contaminée par la colère et la dépression (Spielberger & Sydeman, 1994). En ce qui concerne la consistance interne, les coefficients sont tous supérieurs ou égaux à .90. Cet inventaire présente une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne validité (Spielberger & Sydeman, 1994).

- **L'inventaire de dépression de Beck (BDI) de 1961, traduit par Bourque et Beaudrette (1982) :** il permet d'évaluer la présence et la sévérité de la dépression. Il se compose de 21 items et se présente sous la forme d'un questionnaire à choix multiples. Les propositions sont notées de 0 à 3 selon la sévérité. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère. Une revue de la littérature exhaustive sur la BDI a été fournie par Beck, Steer, et Garbin (1988) et permet de conclure que la valeur clinique de cet outil est excellente. En ce qui concerne la consistance interne, le coefficient alpha varie de 0.76 à 0.95 pour les populations psychiatriques et de 0.73 à 0.92 pour les populations non-psychiatriques. La fidélité test-retest est plus élevée chez les sujets non-psychiatriques (0.60 à 0.83) que chez les sujets psychiatriques (0.48 à 0.86). Du point de vue de la validité concurrente, la BDI corrèle avec d'autres instruments de mesure de la dépression, que ce soit dans une population psychiatrique ou non-psychiatrique. Selon Beck et al.(1988), la BDI différencie clairement les patients psychiatriques des patients non-psychiatriques et semble également discriminer les différents types de dépression.

### **Procédure**

Ces différents instruments de mesure ont été administrés à tous les sujets de l'échantillon en passation individuelle en notre présence. Dans de rares cas, les questions ont été lues aux sujets. Il en a été ainsi pour certains sujets obsessionnels-compulsifs qui présentaient des compulsions de vérifications (relecture incessante des questions afin de vérifier si les phrases sont bien comprises). Généralement, la durée de passation des questionnaires a été d'une heure pour les sujets contrôles et d'une heure et demie pour les sujets obsessionnels-compulsifs.

## RESULTATS

### Analyses statistiques

Les procédures statistiques utilisées sont : la statistique  $W$  de Shapiro-Wilk afin de vérifier la normalité des variables envisagées ; des statistiques descriptives (moyenne ( $\mu$ ) et écart-type ( $\sigma$ ) ; des comparaisons de moyennes à l'aide de test  $t$  de Student pour échantillons indépendants lorsque la distribution des variables en question est normale et à l'aide du test  $U$  de Mann-Whitney lorsque les variables en question n'ont pas de distribution normale ; des tests de corrélations à l'aide du coefficient de corrélation  $r$  de Bravais-Pearson lorsque la distribution des variables en présence est normale et à l'aide du coefficient de corrélation  $\tau$  de Kendall lorsque la distribution des variables envisagées n'est pas normale ; et enfin des tests de comparaisons de coefficients de corrélations lorsque la distribution des variables en question est normale. Le niveau d'incertitude a été fixé à 5%. Parmi les 26 variables envisagées, onze d'entre elles ont vu leur normalité rejetée. Il en est ainsi des variables colère-état, de tempérament colérique ainsi que des échelles visuelles analogues de joie, de peur, de colère, d'irritabilité, de honte, de culpabilité, de rage, de bonheur et de haine.

Dans le but de réaliser des comparaisons de coefficients de corrélations, quatre variables ont subi des transformations logarithmiques et racines carrés afin de pouvoir tolérer leur distribution normale. Il s'agit des variables BDI 2 [=log10(BDI)], VAS anxiété 2 [=Sqrt(VAS anxiété)], VAS contrariété 2 [=Sqrt(VAS contrariété)] et de la variable VAS inquiétude 2 [=log10(VAS inquiétude)].

### Statistiques descriptives

Le tableau II reprend les scores moyens des deux groupes aux différentes échelles.

.....  
Insérer ici le tableau II  
.....

### Résultats concernant la première hypothèse

Selon notre hypothèse, les sujets obsessionnels-compulsifs ne devraient pas exprimer leurs émotions de la même manière que les sujets contrôles. Plus spécifiquement, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter des scores de répression de colère (anger-in) plus élevés que les sujets contrôles. L'inventaire d'Expression de la Colère Etat - Trait de Spielberger (STAXI) étant répartis en 6 sous-échelles, nous avons utilisé une Manova avec les deux groupes comme variables inter-sujets. Les effets ne sont pas significatifs ( $p > .05$ ). A titre purement exploratoire, nous avons réalisé des comparaisons entre les deux groupes, sous-échelle après sous-échelle. Le test  $t(40)=3,18$ ,  $p=0,002$  de la variable anger-ex mettrait en évidence que les sujets obsessionnels-compulsifs ressentent et expriment significativement plus fréquemment la colère que les sujets contrôles. En ce qui concerne la colère-état, il existerait une différence significative entre les médianes des deux groupes. En effet, le test  $U=118,500$ ,  $p=0,009$  met en évidence que l'intensité de la colère au moment de la passation est significativement plus élevée dans le groupe TOC que dans le groupe contrôle. Enfin, l'homoscédasticité de la variable anger-control n'ayant pas été tolérée, le test  $t$  de Student avec Estimations Séparées de Variances a été appliqué à cette variable. Ce test  $t(40)=2,23$ ,  $p=0,032$  montrerait que les sujets obsessionnels-compulsifs contrôlent de manière significative plus fréquemment l'expression de la colère que les sujets du groupe contrôle.

Selon notre hypothèse, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter des scores d'anxiété-trait plus élevés que les sujets contrôles. Le test  $t(40)=5,198$ ,  $p=0,000$  de la variable anxiété-état met en évidence que les sujets obsessionnels-compulsifs présentent au moment de la passation une anxiété-état significativement plus élevée que les sujets du groupe contrôle. De même, l'anxiété-trait est significativement plus élevée dans le groupe TOC ( $t(40)=6,836$ ,  $p=0,000$ ) que dans le groupe contrôle.

Selon notre hypothèse, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter des scores de dépression plus élevés que les sujets contrôles. Le test  $t(40)=5,243$ ,  $p=0,000$  de la variable BDI 2 met en évidence une différence hautement significative entre les deux groupes. Les sujets obsessionnels-compulsifs sont significativement plus déprimés que les sujets contrôles.

Selon notre hypothèse, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter des scores de Sens de la Cohérence plus faibles que les sujets contrôles. Le test  $t(40)=4,312$ ,  $p=0,036$  met en évidence que les sujets obsessionnels-compulsifs présentent de manière significative un SoC plus faible que celui des sujets contrôles.

-----  
Insérer ici le tableau III  
-----

Selon notre hypothèse, les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter plus de difficultés à exprimer leurs émotions que les sujets contrôles (cfr. Tableau III). Une différence significative entre les deux groupes est constatée pour l'échelle visuelle analogue d'inquiétude (test  $t(40) = 2,029$ ,  $p = 0,049$ ). Les sujets obsessionnels-compulsifs ont significativement plus de facilité à exprimer l'inquiétude que les sujets contrôles. Par contre, aucune différence significative entre les deux groupes n'est constatée pour les autres échelles visuelles analogues envisagées.

-----  
Insérer ici le tableau IV  
-----

En se référant au tableau IV, nous pouvons constater qu'aucune corrélation significative n'a été obtenue entre les échelles d'anxiété état-trait et les échelles visuelles analogues d'anxiété et d'inquiétude. De plus, l'étude des comparaisons de coefficients de corrélations montre que les corrélations ne diffèrent pas significativement d'un groupe à l'autre.

La mesure de la dépression (BDI 2) n'est pas corrélée significativement avec l'échelle visuelle analogue de tristesse, et ce, quel que soit le groupe. Par contre, les coefficients de corrélations varient significativement d'un groupe à l'autre ( $p = 0,024$ ). La corrélation entre ces deux mesures est négative dans le groupe TOC alors qu'elle est positive dans le groupe contrôle.

En ce qui concerne les échelles visuelles analogues, les résultats révèlent la présence de cinq corrélations significatives pour le groupe contrôle et de deux corrélations significatives pour le groupe TOC. Dans le groupe des sujets obsessionnels-compulsifs, les échelles visuelles analogues de contrariété ( $p = 0,008$ ) et d'irritabilité ( $p = 0,014$ ) sont toutes les deux corrélées significativement avec la mesure de la répression de la colère (Anger-In). Par contre, dans le groupe contrôle, ce sont les échelles visuelles analogues de colère et de rage qui sont corrélées significativement avec cette mesure de la répression de la colère. Toujours dans le groupe contrôle, les échelles visuelles analogues de colère et d'irritabilité sont corrélées significativement de manière



négative à la mesure de l'expression externe de la colère alors que l'échelle visuelle analogue de rage est corrélée significativement de manière négative à la mesure de l'expression contrôlée de la colère.

### **Résultats concernant la deuxième hypothèse**

-----  
Insérer ici le tableau V  
-----

En ce qui concerne les relations entre le SoC et la colère (cfr. tableau V), la mesure du Sens de la Cohérence est corrélée significativement de manière négative avec la mesure de l'expression contrôlée de la colère dans le groupe TOC ( $r = -0,4749$ ,  $p = 0,030$ ). Par contre, la mesure du Sens de la Cohérence est corrélée significativement de manière négative à la mesure de la répression de la colère, uniquement dans le groupe contrôle ( $r = -0,4800$ ,  $p = 0,028$ ). La colère-état est également hautement corrélée de manière significative avec la mesure du SoC uniquement dans le groupe TOC ( $r = -0,525$ ,  $p = 0,000$ ). Aucune autre corrélation significative n'est obtenue entre le SoC et les autres dimensions de la colère. Les coefficients de corrélation ne varient pas significativement d'un groupe à l'autre.

En ce qui concerne les relations entre le SoC et l'anxiété, la corrélation  $r = -0,5525$ ,  $p = 0,009$  dans le groupe obsessionnel-compulsif et la corrélation  $r = -0,7189$ ,  $p = 0,000$  dans le groupe contrôle révèlent la présence d'une corrélation négative très significative entre le Sens de la Cohérence et l'anxiété-état dans les deux groupes. De même, il existe une corrélation négative hautement significative entre le SoC et l'anxiété-trait dans les deux groupes ( $r = -0,7388$ ,  $p = 0,000$  pour le groupe TOC et  $r = -0,8247$ ,  $p = 0,000$  pour le groupe contrôle). Les coefficients de corrélations ne diffèrent pas significativement d'un groupe à l'autre.

En ce qui concerne les relations entre le SoC et la dépression, la mesure du Sens de la Cohérence est corrélée significativement de manière négative avec la mesure de la dépression dans les deux groupes. La valeur et la probabilité de dépassement de ces corrélations sont respectivement de  $r = -0,6320$ ,  $p = 0,002$  pour le groupe TOC et de  $r = -0,5149$ ,  $p = 0,041$  pour le groupe contrôle. Les coefficients de corrélations ne varient pas significativement d'un groupe à l'autre, les corrélations étant négatives dans les deux groupes.

### **Influence de la participation à un groupe d'affirmation de soi sur les résultats**

Etant donné que certains sujets obsessionnels-compulsifs avaient participé à un groupe d'affirmation de soi, nous avons comparé les résultats des sujets entraînés versus non entraînés à l'affirmation de soi. Les analyses statistiques révèlent une influence significative de la participation à un groupe d'affirmation de soi uniquement sur l'expression de certaines émotions. Ainsi, les sujets obsessionnels-compulsifs ayant participé à un groupe d'affirmation de soi éprouvent plus de facilité à exprimer les émotions joie et bonheur ainsi que les émotions peur et tristesse que ceux n'ayant pas participé à un tel groupe. Cependant, ces mêmes sujets ressentent plus de difficultés à exprimer les émotions rage et haine que les sujets n'ayant pas participé à un groupe d'affirmation de soi.

## DISCUSSION

Le premier objectif de cette étude était de s'intéresser à l'expression des émotions chez les sujets obsessionnels-compulsifs. Lorsque nous considérons l'Inventaire d'expression de la Colère Etat – Trait, sous-échelle par sous-échelle, en ce qui concerne l'expression de la colère, une différence significative entre les deux groupes aurait été obtenue du point de vue de la colère-état et de la fréquence d'expression de la colère. De plus, le fait de contrôler l'expression de la colère semblerait discriminer de manière significative les deux groupes de sujets. Selon les résultats de cette étude, les sujets obsessionnels-compulsifs ressentent et expriment plus souvent leur colère que les sujets du groupe contrôle, ce qui est concordant avec la littérature (Steketee, Grayson, & Foa, 1988). Au moment de la passation des questionnaires, l'intensité de la colère ressentie par les sujets obsessionnels-compulsifs a été plus importante que celle des sujets contrôles. La colère-trait n'étant pas plus élevée chez ces sujets, cette élévation de colère semble déterminée principalement par la situation de testing. Une explication possible à l'obtention de cette colère-état élevée pourrait résider dans le fait que la passation préalable de la liste des obsessions-compulsions aurait pu déclencher chez ces sujets une certaine frustration par rapport à leurs symptômes. Celle-ci aurait alors pu se transformer en colère, conformément à ce qu'avaient déjà proclamé Spielberger, Krasner et Solomon (1988), Steketee, Frost et Cohen (1998) ainsi que Yaryura-Tobias et Neziroglu (1997).

Contrairement à ce qui était attendu, le mode d'expression privilégié des sujets obsessionnels-compulsifs ne semble pas être la répression de la colère mais plutôt l'expression contrôlée de cette dernière. Ces résultats divergent totalement avec ceux présents dans la littérature. En effet, les analyses révèlent que les sujets

obsessionnels-compulsifs ne se caractérisent pas par une répression de l'expression de la colère ou par une expression de la colère dirigée vers l'extérieur mais ils tentent plutôt de contrôler l'expression de leur colère en essayant de moduler l'expression émotionnelle et comportementale de cette dernière. Cette constatation pourrait peut-être s'expliquer par le questionnaire utilisé dans cette étude, à savoir l'échelle d'expression de la colère état-trait de Spielberger (STAXI). En effet, la plupart des études réalisées auparavant administraient aux sujets obsessionnels-compulsifs des tests permettant de classer ces derniers en deux groupes : ceux qui répriment leur colère (anger-in) et ceux qui expriment leur colère vers l'extérieur (anger-out). Or, la particularité de l'échelle de la colère utilisée dans notre étude a été d'intégrer un nouveau mode d'expression de la colère, à savoir l'expression contrôlée de la colère (anger-control). Par l'introduction de cette nouvelle dimension, une nouvelle perspective de recherche voit peut-être le jour. Certains auteurs comme Tallis (1995) avaient déjà montré que les sujets obsessionnels-compulsifs tentent d'exercer des niveaux irréalistes de contrôle sur leur environnement. Peut-être agissent-ils tout simplement de la même manière au niveau de l'expression de leurs émotions afin d'éviter de devoir supporter les conséquences d'un éventuel débordement émotionnel. Azaïs, Granger, Debray et Ducroix en 1999 mettaient l'accent sur la crainte d'un débordement émotionnel chez les sujets anxieux. Quoiqu'il en soit, des recherches ultérieures s'avèrent indispensables et l'utilisation de l'échelle de la colère STAXI dans de futures études permettra peut-être de confirmer nos résultats, remettant ainsi en question les résultats antérieurs, ou permettra peut-être de les réfuter.

Dans cette étude, le niveau d'anxiété-trait est significativement plus élevé dans le groupe TOC que dans le groupe contrôle. De même, le niveau d'anxiété-état est également plus élevé chez les sujets obsessionnels-compulsifs. Ces résultats concordent avec ceux de Azaïs, Granger, Debray et Ducroix (1999). Etant donné le niveau d'anxiété plus élevé chez les sujets TOC que chez les sujets contrôles au moment de la passation, nous pouvons postuler comme hypothèse que ces derniers jugent la situation de testing comme étant plus menaçante. Cette dernière remarque concorde avec les résultats de Antonovsky et Sagy (1986).

Les sujets obsessionnels-compulsifs sont également plus dépressifs que les sujets contrôles. Ceci corrobore avec la littérature puisque selon les auteurs, la dépression constitue l'une des complications les plus fréquentes du trouble obsessionnel-compulsif (Azaïs, Granger, Debray, & Ducroix, 1999 ; Cottraux, 1998 ; Tallis, 1995). Cependant, la présence de dépression n'est pas corrélée avec la difficulté à exprimer la tristesse, et ce, quel que soit le groupe.

Au niveau des échelles visuelles analogues, nous avons postulé que les sujets obsessionnels-compulsifs devraient présenter plus de difficultés à exprimer leurs émotions que les sujets contrôles. Or, une seule différence significative est obtenue entre les deux groupes au niveau de la difficulté à exprimer l'inquiétude et elle va dans le sens inverse de ce qui était attendu. En effet, les résultats indiquent que les sujets obsessionnels-compulsifs éprouvent plus de facilités à exprimer l'inquiétude que les sujets contrôles. Cependant, la facilité à exprimer cette émotion n'est pas corrélée avec les niveaux d'anxiété-état et d'anxiété-trait obtenus par les sujets.

En ce qui concerne les échelles visuelles analogues relatives à la colère (colère, irritabilité, contrariété et rage), la difficulté à exprimer la contrariété et l'irritabilité est corrélée à la mesure de la répression de la colère, et ce uniquement dans le groupe TOC. Plus le sujet a des difficultés à exprimer ces émotions, plus il aura tendance à les réprimer. Au vu de ces résultats et de ceux concernant l'expression contrôlée des émotions, nous pourrions formuler comme hypothèse que lorsque le sujet n'éprouve pas trop de difficultés à exprimer une émotion, il tentera de contrôler son expression. Par contre, s'il ressent des difficultés à pouvoir l'exprimer, il préférera alors la réprimer.

Dans le groupe contrôle, nous retrouvons des résultats similaires avec les échelles visuelles analogues d'irritabilité et de colère. Plus les sujets éprouvent des difficultés à exprimer ces émotions, moins ils tenteront de les exprimer vers l'extérieur. L'existence d'une corrélation négative significative entre l'échelle visuelle analogue de la colère et la mesure de répression de la colère suggère que plus la colère est difficile à exprimer, plus elle sera réprimée dans le groupe contrôle. De plus, plus les sujets contrôles ont des difficultés à exprimer l'émotion rage, plus ils auront tendance à la réprimer et moins ils auront tendance à contrôler son expression.

Nous avons vu que le fait d'avoir participé à un groupe d'affirmation de soi semblait principalement avoir un effet au niveau de l'expression de certaines émotions. En effet, les sujets obsessionnels-compulsifs ayant suivi un tel groupe éprouvent plus de facilités à exprimer des émotions de joie et de bonheur ainsi que des émotions de peur et de tristesse que ceux n'ayant pas participé à un tel groupe. Cependant, ces mêmes sujets ressentent plus de difficultés à exprimer les émotions rage et haine que les sujets n'ayant pas suivi un groupe d'affirmation de soi. Nous pourrions postuler comme hypothèse que la haine et la rage sont peut-être perçues par les sujets obsessionnels-compulsifs comme étant des émotions menaçantes pour eux-mêmes et pour leurs

entourages. La peur de perdre le contrôle en exprimant ces émotions et la crainte des conséquences négatives qu'elles peuvent avoir sur les autres sont peut-être trop importantes.

Selon notre deuxième hypothèse, le Sens de la Cohérence permettrait peut-être de discriminer les deux groupes de sujets de cet échantillon. La comparaison des moyennes des scores des deux groupes au questionnaire du Sens de la Cohérence met en évidence que les sujets obsessionnels-compulsifs présentent un SoC plus faible que celui des sujets contrôles. Ces résultats sont concordants avec ceux de Antonovsky (1987) et de Frenz, Carey et Forgesen (1993). La détermination de la position de l'individu sur le continuum santé-maladie en fonction du niveau du SoC, postulée par Antonovsky (1987), se trouve ainsi confirmée. La présence d'un Sens de la Cohérence faible chez les sujets obsessionnels-compulsifs situe davantage ces derniers vers le pôle maladie de ce continuum. Cependant, nous pourrions nous demander si les sujets obsessionnels-compulsifs ont accumulé certains déficits au niveau de leurs ressources généralisées de résistance, conduisant au développement d'un SoC faible et les rendant, de ce fait, plus vulnérables au développement des maladies ou, si au contraire, le trouble obsessionnel-compulsif entraîne consécutivement une perte des ressources disponibles, affaiblissant ainsi le SoC par rapport au sujets sains. En d'autres termes, se pose ici la question de la place du SoC faible comme cause ou comme conséquence du trouble obsessionnel-compulsif. Nous avons vu que le trouble obsessionnel-compulsif débute généralement entre 6 et 15 ans pour les hommes et entre 20 et 29 ans pour les femmes, donc avant l'âge de 30 ans pour les deux sexes. Or, c'est vers cette période qu'Antonovsky (1987) considère que le Sens de la Cohérence a atteint une certaine stabilité, ne subissant dès lors que de minimes fluctuations temporaires. Cette constatation va plus dans le sens de la présence d'un SoC faible préalablement au développement d'un trouble obsessionnel-compulsif. Cependant, il ne nous est pas encore possible de répondre à cette question mais des études ultérieures permettront peut-être d'éclaircir ce point. De plus, certaines études devraient peut-être analyser davantage les relations entre le SoC et d'autres caractéristiques telles que la sévérité des symptômes, le degré de résistance à ceux-ci et les stratégies de coping. Ces résultats pourraient être obtenus en corrélant par exemple les résultats de l'échelle des obsessions-compulsions de Yale Brown administrée dans son entièreté avec le questionnaire du Sens de la Cohérence.

Par la suite, nous nous attendions à l'obtention de corrélations négatives entre d'une part le Sens de la Cohérence et la dépression, et d'autre part, entre le Sens de la Cohérence et l'anxiété-trait. La mesure de la dépression est effectivement corrélée négativement à celle du SoC, et ce, quel que soit le groupe. Plus le Sens de la Cohérence est faible, plus les sujets sont susceptibles de faire l'expérience d'une dépression ( $r = -0,63$  pour le

groupe TOC et  $r = -0,51$  pour le groupe contrôle). Ces résultats sont concordants avec ceux de Flannery et Flannery (1990), de Flannery, Perry, Penk et Flannery (1994), de Frenz, Carey et Jorgensen (1993), Geyer (1997) ainsi que de Kaiser et Satler (1996). L'analyse des relations entre le SoC et l'anxiété-trait révèle également une corrélation négative entre ces deux concepts, et ce, quel que soit le groupe ( $r = -0,73$  pour le groupe TOC et  $r = -0,82$  pour le groupe contrôle). Ces résultats sont concordants avec ceux de Antonovsky (1987), de Antonovsky et Sagy (1986), de Carmel et Bernstein (1989), de Flannery et Flannery (1990), de Frenz et al. (1990). Les résultats montrent également la présence d'une corrélation négative entre l'anxiété-état et le SoC dans les deux groupes, conformément aux résultats de Antonovsky et Sagy (1986). Au vu de ces résultats, le niveau du Sens de la Cohérence a une certaine influence sur les scores de dépression, d'anxiété-trait et d'anxiété-état.

L'analyse des relations entre l'expression de la colère et le niveau du SoC conduit à des résultats différents dans les deux groupes. Selon notre hypothèse, la mesure du Sens de la Cohérence devraient être corrélée négativement à celle de la répression de la colère et ce, quel que soit le groupe. Or, cette corrélation négative n'est obtenue que pour le groupe contrôle. Dans le groupe TOC, la mesure du Sens de la Cohérence est corrélée négativement à la mesure de l'expression contrôlée de la colère. Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude qui mettent en évidence le contrôle des émotions comme mode d'expression privilégié chez les sujets obsessionnels-compulsifs.

## CONCLUSION

Les résultats de cette étude doivent être considérés avec précaution, notamment en raison de l'échantillon de petite taille sur lequel elle a porté. De plus, il s'agit d'une étude transversale qui s'est basée principalement sur le recueil d'informations à partir de mesures d'auto-évaluation.

Conformément à notre hypothèse, le Sens de la Cohérence permet de discriminer les sujets obsessionnels-compulsifs des sujets sains puisque les premiers présentent un Sens de la Cohérence plus faible que les seconds. L'hypothèse d'Antonovsky (1987) postulant la détermination de l'individu en fonction du niveau du SoC s'avère ainsi confirmée. Les sujets présentant un SoC faible se trouvent davantage au niveau du pôle maladie du continuum de la santé. Nos résultats soutiennent donc l'hypothèse de l'influence du SoC sur la

santé mais, des études ultérieures s'avèrent nécessaires afin de corroborer nos résultats et de spécifier davantage la nature exacte des relations entre ces deux concepts. La présence d'un Sens de la Cohérence faible contribue-t-elle au développement d'un trouble obsessionnel-compulsif ou en est-elle la conséquence ?

De même, nous pouvons nous demander si la présence d'un Sens de la Cohérence faible chez les sujets obsessionnels-compulsifs ne serait pas principalement due à la présence de dépression ou à la présence d'anxiété chez ces derniers plutôt qu'au trouble obsessionnel-compulsif en soi. Afin de pouvoir vérifier cette hypothèse, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus par des sujets obsessionnels-compulsifs de ceux obtenus, par exemple, par des sujets dépressifs en ce qui concerne le Sens de la Cohérence et les relations de ce concept avec d'autres variables.

La deuxième hypothèse de cette étude portait sur la présence d'un mode d'expression de la colère chez les sujets obsessionnels-compulsifs qui soit caractérisé par la répression de cette émotion. Nos résultats nous ont amené à réfuter cette hypothèse. En effet, notre étude révèle la présence d'un contrôle de la colère au niveau de son expression. Ces résultats sont tout à fait divergents de ceux présents dans la littérature et constituent peut-être une nouvelle perspective de recherche. De futures études s'avèrent indispensables afin de pouvoir corroborer nos résultats.

## REFERENCES

- Anson, O., Carmel, S., Levenson, A., Bonneh, D.Y. & Maoz, B. (1993). Coping with recent life events : The interplay of personal and collective resources. Behaviour Research and Therapy, 18 (4), 159-166.
- Antonovsky, A. (1987). Untraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., & Sagy, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. Journal of Social Psychology, 126 (2), 213-225.
- Averill, J.R. (1983). Studies on anger and aggression : Implications for theories of emotion. American Psychologist, 38, 1145-1160.
- Azaïs, F., Granger, B., Debray, Q., & Ducroix, C. (1999). Approche cognitive et émotionnelle de l'assertivité. L'Encéphale, 25 (4), 353-357.
- Bourque, P. & Beaudrette, D. (1982). Etude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 14, 3, 211-218.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988). Psychometric proprieties of the Beck depression inventory : Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8, 77-100.
- Bernstein, J., & Carmel, S. (1987). Trait anxiety and the sense of coherence. Psychological Reports, 60, 1000.
- Bishop, G.D. (1993). The sense of coherence as a resource in dealing with stress. Psychologia, 36, 259-265.
- Carmel, S., & Bernstein, J. (1989). Trait anxiety and sense of coherence : A longitudinal study. Psychological Reports, 65, 221-222.
- Cottraux, J. (1989). Obsessions et compulsions. Paris : Presses Universitaires de France.
- Cottraux, J. (1998). Les ennemis intérieurs. Paris : Editions Odile Jacobs.
- Dadds, M.R., Gaffney, L.R., Kenardy, J., Oei, T.P.S., & Evans, L. (1993). An exploration of the relationship between expression of hostility and the anxiety disorders. Journal of Psychiatric Research, 27 (1), 17-26.
- DSM-IV. (1996). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris : Masson.
- Dudek, B., & Makowska, Z. (1993). Psychometric characteristics of the orientation to life questionnaire for measuring the sense of coherence. Polish Psychological Bulletin, 24 (4), 309-318.
- Farid, B.T. (1986). Irritability and résistance in obsessional neurosis. Psychopathology, 19 (6), 289-293.
- Farid, B.T. (1986). Obsessional symptomatology and adverse mood states. British Journal of Psychiatry, 149, 108-112.
- Flannery, R.B., & Flannery, G.J. (1990). Sense of coherence, life stress, and psychological distress : A prospective methodological inquiry. Journal of Clinical Psychology, 465 (4), 415-420.
- Flannery, R.B., Perry, J.C., Penk, W.E., & Flannery, G.J. (1994). Validating Antonovsky's sense of coherence scale. Journal of Clinical Psychology, 50 (4), 575-577.
- Flor-Henry, P. (1990). Le syndrome obsessionnel-compulsif : reflet d'un défaut de régulation fronto-caudée de l'hémisphère gauche. L'Encéphale, XVI, 325-329.



- Francois, G., Brouette, B., Etienne, A.M., & Fontaine, O. (2000). Influence du «Sense of Coherence» dans l'adaptation aux conséquences aversives du traumatisme. Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive, V (14), 20-30.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1994). La mesure des symptômes obsessifs-compulsifs. Thérapie Comportementale et Cognitive, 4, 1, 22-28.
- Frenz, A., Garey, M.P., & Jorgensen, R.S. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. Psychological Assessment, 5 (2), 145-153.
- Geyer, S. (1997). Some conceptual considerations on the sense of coherence. Social Science and Medicine, 44 (12), 1771-1779.
- Goodman, W.K., Price, H., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischman, R., Hill, C., Heninger, G., Charney, D. (1989). The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale : Part 1 development use and reliability. Arch. Gen. Psychiatry, 46, 1006-1011.
- Hart, K.E., Hittner, J.B., & Paras, K.C. (1991). Sense of coherence, trait anxiety, and the perceived availability of social support. Journal of Research in Personality, 25, 137-145.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy, 15, 389-395.
- Kaiser, C.F., Satler, D.N, Bellack, D.R., & Dersin, J. (1996). A conservation of resources approach to a natural disaster : Sense of coherence and psychological distress. Journal of Social Behavior and Personality, 11 (3), 459-476.
- Kassimove, H., & Sukhodolsky, D.G. (1995). Anger disorders : Sciences and practices issues. In H. Kassimove (Ed.), Anger disorders : Definitions, diagnosis, and treatment (chap. 1, pp. 1-26). Washington, DC : Taylor & Francis.
- Keinan, G., Ben-Zur, H., Zilka, M., & Carel, R. (1992). Anger in or out, which is healthier ? An attempt to reconcile inconsistent findings. Psychology and Health, 7 (2), 83-98.
- Langius, A., Björvell, H., & Antonovsky, A. (1992). The sense of coherence concept and its relations to personality traits in swedish samples. Scand. J. Caring. Sc., 6 (3), 165-171.
- Lempérière, T., & Rondepierre, C. (1990). Clinique et aspects actuels des troubles obsessionnels. L'Encéphale, XVI, 293-298.
- Manchanda, R., Sethi, B.B., & Gupta, SC. (1979). Hostility and guilt in obsessive compulsive neurosis. British Journal of Psychiatry, 135, 52-54.
- McAndrew, J.F. (1989). Obsessive-compulsive disorder : A behavioral case formulation. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20 (4), 311-318.
- Mcsherry, W.C., & Holm, J.E. (1994). Sense of coherence : Its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. Journal of Clinical Psychology, 50 (4), 476-487.
- Millar, D.G. (1983). Hostile emotion and obsessional neurosis. Psychological Medicine, 13 (4), 813-819.
- Mollard, E., Cottraux, J. & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. L'Encéphale, XV, 335-341.
- Oltmanns, T.F. & Gibbs, N.A. (1995). Emotional Responsiveness and Obsessive-compulsive Behaviour. Cognition and Emotion, 9 (6), 563-578.
- Pasikowski, T., Sek, H., & Sigala, I. (1994). Sense of Coherence and subjective health concepts. Polish Psychological Bulletin, 25 (1), 15-21.

- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. Behaviour Research and Therapy, 31 (2), 149-154.
- Snaith, R.P., & Taylor, C.M. (1985). Irritability : d definition, assessment and associated factors. British Journal of Psychiatry, 147, 127-136.
- Spielberger, C.D. (1988). Professional manual for the state-trait anger expression inventory (STAXI). Odessa, FL : Psychological Assessment Ressources.
- Spielberger, C.D., Jacobs, G.H, Russell, S.F., & Crane, R.S. (1983). Assessment of anger : The State-trait anger scale. In : J.N. Butcher & C.D Spielberger (Eds.), Advances in personality assessment (vol. 2, pp.159-187). Hillsdale, NJ : Laurence Erlbaum Associates, Inc.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A., & Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger : Construction and validation of an anger expression scale. In M.A. Chesney & R.H. Rosenman (Eds.), Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders (pp.5-30). New York : Hemisphere/McGraw Hill.
- Spielberger, C.D., Krasner, S.S., & Solomon, E.P. (1988). The experience, expression and control of anger. In M.P. Janisse (Ed.), Health psychology: individual differences and stress (chap. 5, pp.89-108) . Springer/Verlag, New York.
- Spielberger, C.D. & Sydeman, S.J. (1994). State trait anxiety and state trait anger expression inventory. In M.E. Marish (Ed.), the use of psychological tests for treatment planning and outcome assessment (pp. 292-321). Washington, DC : Taylor & Francis.
- Steketee, G., Frost, R.O., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 12 (6), 525-537.
- Steketee, G., Grayson, J.B., & Foa, E.B. (1988). A comparaison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 1 (4), 325-335.
- Strümpfer, D.J.W. (1990). Salutogenesis : A new paradigm. Southern African Journal of Psychology, 20 (4), 265-276.
- Tallis, F. (1995). Obsessive compulsive disorder : A cognitive and neuropsychological perspective. Chischester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley.
- Van Der Linden (2000). Une approche cognitive et neuropsychologique du trouble obsessionnel-compulsif. In M. Van Der Linden, J.M. Danion, & A. Agniel (Eds.), La psychopathologie : Une approche cognitive et neuropsychologique (pp.237-264). Marseille : Solar.
- Yaryura-Tobias, J.A, & Neziroglu, F.A. (1997). Obsessive-compulsive disorder spectrum : Pathogenesis, diagnosis, and treatment. Washington, DC : American Psychiatric Press.

## TABLEAUX

**Tableau I**

variables		Groupe			
		TOC		Contrôle	
<b>Sexe</b>	<b>Hommes</b>	n = 9	42,86%	n = 9	42,86%
	<b>Femmes</b>	n = 12	57,14%	n = 12	57,14%
<b>Age</b>	<b><math>\mu</math> et <math>\sigma</math></b>	$\mu = 37,34$	$\sigma = \pm 12,47$	$\mu = 36,95$	$\sigma = \pm 13,04$
	<b>Sexe</b>	$\mu \text{ h}\ddot{o} = 40$	$\mu \text{ fe} = 35$	$\mu \text{ h}\ddot{o} = 40$	$\mu \text{ fe} = 34$
<b>Etat civil</b>	<b>Célibataire</b>	n = 12	57,14%	n = 12	57,14%
	<b>Marié</b>	n = 9	42,86%	n = 9	42,86%
<b>Etudes</b>	<b>Primaire</b>	n = 1	4,76%	n = 1	4,76%
	<b>Secondaire</b>	n = 8	38,10%	n = 6	28,57%
	<b>Supérieure</b>	n = 12	57,14%	n = 14	66,67%
<b>Métier</b>	<b>Profession</b>	n = 8	38,09%	n = 8	38,09%
	<b>Sans</b>	n = 5	23,81%	n = 6	28,57%
	<b>Chômage</b>	n = 5	23,81%	n = 4	19,04%
	<b>Etudiant</b>	n = 1	4,76%	n = 1	4,76%
	<b>Pensionnés</b>	n = 2	9,52%	n = 2	9,52%
<b>Gr. Affir.</b>	<b>Oui</b>	n = 10	47,62%	n = 0	0%
	<b>Non</b>	n = 11	52,38%	n = 21	100%

***Tableau I*** : données démographiques de l'échantillon.

**Tableau II**

Variables	Groupe				Tests utilisés	Significatif
	TOC		Contrôle			
Stat. Desc.	$\mu$	$\sigma$	$\mu$	$\sigma$		
SoC	103,33	23,04	136,19	26,23	Test $t$	<b>p=0,036</b>
BDI *	20,42	10,64	5,00	4,42	Test $t$	<b>p=0,000</b>
STAXI-Etat	13,33	4,87	10,42	1,53	Test $U$	<b>p=0,009</b>
STAXI-Trait	22,14	4,55	19,90	4,31	Test $t$	NS
T-Anger-T	7,28	2,74	6,66	1,95	Test $U$	NS
T-Anger-R	10,76	2,62	9,80	2,63	Test $t$	NS
Anger-In	20,19	5,24	18,04	5,41	Test $t$	NS
Anger-Out	16,66	3,67	14,90	3,81	Test $t$	NS
Anger-Con	21,09	4,38	18,61	2,55	Test $t$	<b>p=0,032</b>
Anger-Ex	73,95	8,13	66,04	7,93	Test $t$	<b>p=0,002</b>
STAI-Etat	52,14	4,87	35,61	9,61	Test $t$	<b>p=0,000</b>
STAI-Trait	61,71	4,55	38,33	10,41	Test $t$	<b>p=0,000</b>

**Tableau II** : statistiques descriptives des variables, procédures statistiques utilisées et leurs résultats significatifs ou non.

**Tableau III**

Variables	Groupe				Test utilisé	Significatif
	TOC		Contrôle			
Stat. descr	$\mu$	$\sigma$	$\mu$	$\sigma$		
VAS joie	3,80	2,87	2,60	2,39	Test U	NS
VAS peur	3,82	2,70	3,83	2,18	Test U	NS
VAS colère	4,35	3,34	4,40	2,94	Test U	NS
VAS frustration	6,33	2,75	5,71	2,17	Test t	NS
VAS irritabilité	4,68	3,19	3,17	2,38	Test U	NS
VAS honte	6,06	3,11	4,90	2,68	Test U	NS
VAS anxiété	4,44	3,31	4,03	2,82	Test U	NS
VAS inquiétude *	2,42	2,25	4,17	2,60	Test t	<b>p=0,049</b>
VAS culpabilité	5,50	3,03	5,83	2,52	Test U	NS
VAS rage	5,10	3,19	5,05	2,74	Test U	NS
VAS contrariété	4,74	3,01	3,82	2,35	Test U	NS
VAS bonheur	3,07	3,06	2,70	2,32	Test U	NS
VAS haine	5,81	2,94	5,65	2,56	Test U	NS
VAS tristesse	3,13	2,39	3,96	2,56	Test t	NS
VAS positives	7,51	5,79	5,30	4,20	Test U	NS
VAS négatives	56,4	16,8	57,2	19,6	Test t	NS

**Tableau III :** statistiques descriptives des Echelles Visuelles Analogues, procédures statistiques utilisées et leurs résultats significatifs ou non.

**Tableau IV**

Corrélations entre		Procédures	Corrélations		Comparais. de $\tau$	
Echelles	VAS		TOC	Contrôle		
STAI-Etat	anxiété 2	$\tau$ Bravais Pearson	NS	NS	NS	
	inquiétude 2		NS	NS	NS	
STAI-Trait	anxiété 2	$\tau$ Bravais Pearson	NS	NS	NS	
	inquiétude 2		NS	NS	NS	
BDI 2	tristesse	$\tau$ Bravais Pearson	NS	NS	<b>p=0,024</b>	
STAXI-Trait	VAS contrariété 2	$\tau$ Bravais Pearson	NS	NS	NS	
T-Anger-T			NS	NS	/	
T-Anger-R			NS	NS	NS	
Anger-out			NS	NS	NS	
Anger-con			NS	NS	NS	
Anger-in			<b>p= 0,008</b>	NS	NS	NS
Anger-ex				NS	NS	NS
STAXI-Etat				NS	NS	/
STAXI-Etat	VAS colère	$\tau$ de Kendall	NS	NS	/	
STAXI-Trait			NS	NS	/	
T-Anger-T			NS	NS	/	
T-Anger-R			NS	NS	/	
Anger-out			NS	<b>p=0,002</b>	/	
Anger-con			NS	NS	/	
Anger-in			NS	<b>p=0,040</b>	/	
Anger-ex			NS	NS	/	
STAXI-Etat	VAS irritabilité	$\tau$ de Kendall	NS	NS	/	
STAXI-Trait			NS	NS	/	
T-Anger-T			NS	NS	/	
T-Anger-R			NS	NS	/	
Anger-out			NS	<b>p=0,001</b>	/	
Anger-con			NS	NS	/	
Anger-in			p=0,014	NS	NS	/
Anger-ex				NS	NS	/
STAXI-Etat	VAS rage	$\tau$ de Kendall	NS	NS	/	
STAXI-Trait			NS	NS	/	
T-Anger-T			NS	NS	/	
T-Anger-R			NS	NS	/	
Anger-out			NS	NS	/	
Anger-con			NS	<b>p=0,020</b>	/	
Anger-in			NS	<b>p=0,025</b>	/	
Anger-ex			NS	NS	/	

**Tableau IV :** procédures statistiques utilisées afin d'évaluer les corrélations entre les échelles et les échelles visuelles analogues ainsi que leurs résultats significatifs ou non.

**Tableau V**

Corrélations entre SoC et	Procédures	Corrélations		Comparaisons de corrélations
		TOC	Contrôle	
Anxiété-trait	r de Bravais Pearson	<b>p=0,000</b>	<b>p=0,000</b>	NS
Anxiété-état	r	<b>p=0,009</b>	<b>p=0,000</b>	NS
Dépression	r	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,041</b>	NS
STAXI-Etat	$\tau$ de Kendall	<b>p=0,000</b>	NS	/
STAXI-Trait	r de Bravais Pearson	NS	NS	NS
T-Anger-T	$\tau$ de Kendall	NS	NS	/
T-Anger-R	r de Bravais Pearson	NS	NS	NS
Anger-in	r	NS	<b>p=0,028</b>	NS
Anger-out	r	NS	NS	NS
Anger-con	r	<b>p=0,030</b>	NS	NS
Anger-ex	r	NS	NS	NS

**Tableau V :** procédures statistiques afin d'évaluer les corrélations entre le Sens de la Cohérence et d'autres mesures ainsi que leurs résultats significatifs ou non