



HAL
open science

Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif

N. Jaafari, M.-L. Daniel, J. Lacoste, M. Bacconnier, D. Belin, J.Y. Rotge

► **To cite this version:**

N. Jaafari, M.-L. Daniel, J. Lacoste, M. Bacconnier, D. Belin, et al.. Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2011, <10.1016/j.amp.2011.06.005>. <hal-00789299>

HAL Id: hal-00789299

<https://hal.science/hal-00789299v1>

Submitted on 18 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Accepted Manuscript

Title: Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif

Authors: N. Jaafari, M.-L. Daniel, J. Lacoste, M. Bacconnier, D. Belin, J.Y. Rotge



PII: S0003-4487(11)00164-8
DOI: doi:10.1016/j.amp.2011.06.005
Reference: AMEPSY 1346

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Please cite this article as: Jaafari N, Daniel M-L, Lacoste J, Bacconnier M, Belin D, Rotge JY, Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif, *Annales medio-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2011.06.005

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Insight, obsession et vérification dans le trouble obsessionnel-compulsif****Insight, obsession and checking behavior in obsessive-compulsive disorder****N. Jaafari^{a,b,c}, M.-L. Daniel^{a,b,c}, J. Lacoste^{a,b,c,d}, M. Bacconnier^a, D. Belin^c,****J.-Y. Rotge^{a,c}, pour l'insight study group**

^a *Unité de recherche clinique intersectorielle du
Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers, France*

^b *CIC-P INSERM U 802, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers,
Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers, France*

^c *Équipe AVENIR INSERM Psychobiologie des désordres compulsifs,
Institut de Physiologie et de Biologie Cellulaire, UMR CNRS 6187,
Université de Poitiers, France*

^d *Service de Psychiatrie et Addictologie,
Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France, Martinique*

Auteur Correspondant : N. Jaafari, Pavillon Toulouse, BP 587, Unité de recherche clinique du
Centre Hospitalier Henri Laborit, 86021 Poitiers, France

Adresse email : nemat.jaafari@ch-poitiers.fr

*Remerciement : cette étude a été soutenue par l'Unité de Recherche Clinique intersectorielle
en psychiatrie du Centre Hospitalier Henri Laborit qui a obtenu un financement par l'Agence
Régionale de la Santé de Poitou-Charentes.*

Résumé

Introduction – L'insight a une place centrale dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), il conditionne la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient. Cependant, le rôle de l'insight dans l'émergence des symptômes obsessionnels compulsifs demeure controversé. Dans le but de clarifier le rôle de l'insight dans le TOC, nous avons évalué la relation entre le degré d'insight et certaines altérations cognitives qui font le lit de l'expression symptomatique. Pour cela, nous avons utilisé une tâche comportementale qui permet l'expression d'un comportement répétitif chez des patients avec un TOC de vérification.

Méthode – Nous avons mesuré l'insight avec la version française de l'échelle) chez vingt patients souffrant de TOC de vérification. Les patients ont également passé une tâche comportementale, dite « de vérification », qui consiste en une tâche d'appariement d'images retardé avec la possibilité de vérifier le choix effectué. Nous avons calculé un indice comportemental (ICI) permettant de mesurer le « coût cognitif » lié à l'incertitude au moment de la prise de décision qui précède le comportement de vérification.

Résultats – Nous avons trouvé une relation positive entre ICI et BABS. Autrement dit, plus l'insight est faible, plus le « coût cognitif » lors d'une prise de décision conduisant au comportement de vérification est important.

Conclusion – Ces premières données expérimentales suggèrent la possibilité d'un lien entre déficit d'insight et les altérations cognitives associées à l'expression des symptômes obsessionnels et compulsifs.

Mots clés : Incertitude ; Insight ; Trouble obsessionnel-compulsif ; Vérification

Abstract

Introduction – The role of insight in the symptomatic expression of obsessive-compulsive disorder remains controversial. We sought to better investigate this issue and assessed potential relationships between the level of insight and some cognitive determinants of OCD symptoms. For this purpose, we used a behavioral task (the checking behavioral task) that allowed the expression of repetitive checking behaviors in OCD patients.

Methods – The level of insight was assessed in twenty checking OCD patients with the Brown Assessment of Beliefs Scale (BABS). Patients were subjected to the checking behavioral task during which we assessed the “uncertainty cost” during at the time of decision making that lead to checking behavior.

Results – We found a positive correlation between the level of insight and the uncertainty cost during decision-making leading to the performance of checking behaviors.

Conclusion – These first experimental findings suggest the existence of a relationship between insight and cognitive determinants underlying OCD symptoms.

Keywords: Checking behavior; Insight; Obsessive-compulsive disorder; Uncertainty

L'insight dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une question importante car elle conditionne la prise en charge des patients souffrant de cette pathologie. En effet, un faible insight peut être responsable d'une non-reconnaissance du caractère absurde des obsessions par le patient qui peut alors être diagnostiqué comme psychotique et se voir proposer une prise en charge thérapeutique inadaptée [9,10].

Au cours de l'histoire, la notion d'insight est apparue dans le TOC avec l'émergence de la notion du TOC égodystonique (obsessions critiquées) s'opposant au TOC égodyntonique (obsessions non critiquées) [15,22]. Dans cette approche catégorielle, l'insight était défini comme un symptôme de la maladie et il était considéré comme constant tout au long de la maladie. Cependant, différents auteurs avaient critiqué cette définition catégorielle de l'insight dans le TOC en attirant l'attention sur le caractère non permanent de l'insight au décours de la maladie. Insel et Akiskal [10], en 1986, postulent que l'insight dans le TOC doit être considéré d'une manière dimensionnelle car il n'est pas stable dans le temps. Ils définissent l'insight dans le TOC « comme la capacité du patient à faire face aux idées intrusives », constituant ainsi un spectre allant d'une résistance maximale à l'absence totale de résistance, d'où délire. Ce continuum comprend, d'un côté, les patients TOC reconnaissant le caractère absurde et irraisonnable de leur pathologie, et, de l'autre côté, les patients ne le reconnaissant pas. La véracité de cette idée a été contrôlée par Foa et al. [9], en 1995, dans le cadre d'une étude de cohorte chez 431 patients. Ces auteurs rapportent que 25 % des patients avaient un faible insight et que 5 % n'ont jamais eu conscience du caractère absurde de leur symptomatologie obsessionnelle. Ainsi, cette étude confirme l'existence de TOC avec un insight variable au décours de la maladie. Elle est à l'origine de l'apparition dans le DSM-IV de la catégorisation du TOC en TOC « avec bon insight » ou « avec faible insight ». Cependant, certaines études ont rapporté une répartition plus large des niveaux d'insight dans cette pathologie, allant de 0,2 % à 36 % pour les TOC avec faible insight [3,4,6,11,13,16,18,20,24], et de 64 % à 84 % pour les TOC avec bon insight [3,6,11,13,16,18,20,24].

Les études utilisant l'approche catégorielle de l'insight dans le TOC ont évalué celui-ci avec un seul item, l'item 11 de l'échelle Y-BOCS (*Yale Brown Obsessive Compulsive Scale*). Cet item évalue la capacité du patient à reconnaître sa maladie. Un score de zéro/deux est considéré comme faible insight, alors qu'un score de trois/quatre est assimilé à un bon insight. Les résultats de ces études rapportent qu'un faible insight peut être associé avec certaines variables cliniques [3,12-14,24] telles que la sévérité et l'âge de la maladie, un plus grand nombre de comorbidités, le sexe masculin. Cependant, d'autres études ne confirment

pas ces résultats (voir le tableau 1). Ces résultats contradictoires pourraient être expliqués par l'approche catégorielle de l'insight, et son évaluation par un seul item.

D'autres études ont utilisé une approche dimensionnelle, dans laquelle l'insight est défini comme la solidité de la croyance (« *strength of beliefs* »). Le concept de la solidité de la croyance en tant que des idées surévaluées (« *overvalued ideas* ») a été introduit par Wernicke en 1900 [9] : selon lui, les idées surévaluées sont issues d'une seule croyance que la personne perçoit comme justifiée, et qui va solidement déterminer son action. Suivant cette approche, deux échelles ont été validées : la BABS (*Brown Assessment of Beliefs Scale*) et l'OVIS (*Overvalued Ideas Scale*) [5,17]. L'utilisation de ces échelles dans différentes études chez les patients souffrant d'un TOC montre l'existence d'une relation entre un faible insight et différentes variables cliniques telles qu'un âge de début précoce, une durée de maladie plus longue, un nombre et une sévérité accrus des symptômes, une plus faible réponse à la psychothérapie et/ou aux traitements psychotropes [2,16,18,20]. Cependant, ces résultats sont en contradiction avec les résultats négatifs d'autres études [2,12,13]. Au vu de ces résultats contradictoires, nous émettons l'hypothèse que le degré d'insight ne serait pas associé au degré de sévérité des symptômes eux-mêmes, mais davantage aux déterminants cognitifs et émotionnels de ces symptômes.

Pour cela, nous nous sommes focalisés sur la dimension symptomatique la plus fréquemment rencontrée dans le TOC, c'est-à-dire les compulsions de vérifications. Nous avons évalué le degré d'insight chez des patients avec un TOC de vérification et nous avons utilisé une tâche comportementale dans laquelle le participant peut émettre une réponse compulsive sous la forme de vérifications.

Des patients avec un TOC de vérifications (critères DSM-IV), sans comorbidité associée, ont été recrutés pour cette étude. La sévérité du TOC a été mesurée avec l'échelle Y-BOCS. L'insight a été mesuré avec la BABS qui est constituée de six items principaux (conviction dans les idées, perception de l'avis des autres sur ses idées, explication de la différence entre les avis, fixité des idées, tentative pour rejeter les idées, prise de conscience). La tâche comportementale consistait en une tâche d'appariement d'images retardé durant laquelle le participant doit prendre une décision sur la nature identique des images présentées. Après sa prise de décision, le participant a la possibilité de vérifier si sa décision est correcte de façon illimitée. Dans un travail préalable, nous avons montré que cette tâche remplissait certains critères écologiques, en particulier le patron comportemental observé chez les patients durant la passation était similaire à celui observé lors de l'expression de compulsions de vérification [21]. Nous avons également défini un indice comportemental qui permet de

mesurer le « coût » lié à l'incertitude (ICI) (caractérisé par un allongement du temps de réponse) lors de la prise de décision lorsque celle-ci conduit à un comportement de vérification par rapport à celle qui ne conduit pas au comportement de vérification.

Des données préliminaires recueillies chez vingt patients ont été analysées par un modèle de régression linéaire. Il n'existe pas de relation entre la sévérité de la maladie (Y-BOCS) et le degré d'insight (BABS) ou les paramètres comportementaux, qu'il s'agisse de l'ICI ou le nombre de vérifications ($r = 0,31-0,34$; $p > 0,05$). En revanche, il existe une corrélation significative et positive entre le degré d'insight et l'ICI qui persiste après contrôle sur la sévérité de la symptomatologie (Y-BOCS) ($r = 0,53$; $p < 0,05$). En d'autres termes, plus l'insight sera faible, plus le coût cognitif lié à l'incertitude précédant une vérification sera élevé.

Ces premiers résultats suggèrent une relation entre insight et intensité de l'incertitude précédant un comportement de vérification. Le comportement de vérification vise à répéter une action pour examiner si celle-ci est bien telle qu'elle devrait être. Ce comportement fait classiquement suite à l'incertitude résultant d'une pensée intrusive quant au caractère erroné de l'action et ses possibles conséquences préjudiciables pour le sujet. Comme l'indique son étymologie (*verum facere*, c'est-à-dire « faire vrai »), la vérification contribue, par l'obtention d'informations supplémentaires sur la bonne réalisation de l'action, à reprendre le contrôle cognitif d'une situation de confusion inférentielle, via l'amélioration de l'insight [1]. Cette reprise de contrôle permet l'atténuation, voire l'extinction de l'incertitude et de l'anxiété avec leur cortège de manifestations somato-sensorielles. Plus spécifiquement, dans le cadre de compulsions de vérification, comme symptôme du TOC, le comportement de vérification ne peut pas remplir sa fonction de « faire vrai », amenant ainsi à la répétition comportementale sous-tendue par l'état émotionnel interne du patient. Nous proposons que cette perte de « fonction comportementale » est, au moins en partie, expliquée par un déficit d'insight préalable, plaçant ainsi le phénomène insight au centre de l'expression symptomatique.

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] Belin D, Daniel ML, Lacoste J, Belin-Rauscent A, Bacconnier M, Jaafari N. Insight : perspectives étiologiques et phénoménologiques dans la psychopathologie des troubles obsessionnels compulsifs. *Ann Med Psychol*. In press.
- 1) [2] Bellino S, Patria L, Ziero S, et al. Clinical picture of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a regression model. *Psychiatry Res* 2005;136:223–31.
- 2) [3] Catapano F, Sperandeo R, Perris F, et al. Insight and resistance in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology* 2001;34:62–8.
- 3) [4] Eisen JL, Phillips KA, Coles ME, et al. Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry* 2004;45:10–5.
- 4) [5] Eisen JL, Phillips KA, Baer L, et al. The Brown Assessment of Beliefs Scale—reliability and validity. *Am J Psychiatry* 1998;155:102–8.
- 5) [6] Eisen JL, Rasmussen SA, Phillips KA, et al. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001;42:494–7.
- 6) [7] Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry* 2006;47:270–5.
- 7) [8] Eisen JL, Pinto A, Mancebo MC, et al. A 2-year prospective follow-up study of the course of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1033–9.
- 8) [9] Foa EB, Kozak MJ, Goodman WK, et al. DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995;152:90–6.
- 9) [10] Insel TR, Akiskal HS. Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 1986;143:1527–33.
- 10) [11] Ito LM, Marks IM, de Araujo LA, et al. Does imagined exposure to the consequences of not ritualising enhance live exposure for OCD? A controlled study. II. Effect on behavioural v. subjective concordance of improvement. *Br J Psychiatry* 1995;167:71–5.
- 11) [12] Lelliott PT, Noshirvani HF, Başoğlu M, et al. Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychol Med* 1988;18:697–702.
- 12) [13] Marazziti D, Dell'Osso L, Di Nasso E, et al. Insight in obsessive-compulsive disorder: a study of an Italian sample. *Eur Psychiatry* 2002;17:407–10.
- 13) [14] Marazziti D, Giannotti D, Catena MC, et al. Insight in body dysmorphic disorder with and without comorbid obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr* 2006;11:494–8.
- 14) [15] Marková IS, Jaafari N, Berrios GE. Insight and obsessive-compulsive disorder: a conceptual analysis. *Psychopathology* 2009;42:277–82.
- 15) [16] Matsunaga H, Kiriike N, Matsui T, et al. Obsessive-compulsive disorder with poor insight. *Compr Psychiatry* 2002;43:150–7.

- 16)[17] Neziroglu FA, Stevens KP, Yaryura-Tobias JA. Overvalued ideas and their impact on treatment outcome. *Rev Bras Psiquiatr* 1999;21:209–16.
- 17)[18] Neziroglu F, Pinto A, Yaryura-Tobias JA, et al. Overvalued ideation as a predictor of fluvoxamine response in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2004;125:53–60.
- 18)[19] Ozdemir O, Tükel R, Türksoy N, et al. Clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2003;44:311–6
- 19)[20] Ravi Kishore V, Samar R, Janardhan Reddy YC, et al. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry* 2004;19:202–8.
- [21] Rotge JY, Clair AH, Jaafari N, et al. A challenging task for assessment of checking behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:465–73.
- [22] Sauteraud A. *Le trouble obsessionnel compulsif. Le manuel du thérapeute*. Paris: Odile Jacob; 2004.
- 22)[23] Solyom L, DiNicola VF, Phil M, et al. Is there an obsessive psychosis? Aetiological and prognostic factors of an atypical form of obsessive-compulsive neurosis. *Can J Psychiatry* 1985;30:372–80.
- 23)[24] Türksoy N, Tükel R, Ozdemir O, et al. Comparison of clinical characteristics in good and poor insight obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2002;16:413–23.
- 24)[25] Wu KD, Aardema F, O'Connor KP. Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: a replication and extension. *J Anxiety Disord* 2009;23:746–52.

Tableau 1 : résumé des études empiriques sur l'insight

Études	Patients	Échelle d'évaluation de l'Insight	Résultats
Solyom et al. 1985 [23]	N = 45 TOC Huit TOC avec des obsessions atypiques	Insight défini par la capacité de résister aux obsessions	Pas de corrélation entre la capacité de résister aux obsessions et la réponse thérapeutique. Thérapie cognitivo-comportementale moins efficace dans les TOC avec une comorbidité (psychose) que sans comorbidité (« TOC pur »)
Lelliott et al. 1988 [12]	N = 49 TOC 27 ♂ ; 22 ♀	Insight défini par la capacité de résister aux obsessions	Pas de corrélation entre la capacité de résister ou de contrôler les obsessions et la réponse thérapeutique
Ito et al. 1995 [11]	N = 94 TOC 40 ♂ ; 54 ♀ Faible Insight = 31 % Bon Insight = 69 %	Insight défini par la capacité de résister aux obsessions	Pas de corrélation entre l'insight et la sévérité de la maladie, et/ou la réponse aux thérapies cognitivo-comportementales particulièrement par la technique d'exposition avec prévention de la réponse

Eisen et al. 1998 [5]	N = 50 20 TOC 20 BDD Dix dépressions avec symptômes psychotiques	BABS	Étude de validation d'échelle Pas de lien entre l'insight et la réponse thérapeutique
Neziroglu et al. 1999 [17]	N = 102 TOC 45 ♂ ; 57 ♀	OVIS	Pas de corrélation entre les idées surévaluées et l'anxiété ou la dépression
Eisen et al. 2001 [6]	N = 71 TOC 31 ♂ ; 40 ♀ Faible insight = 19,7 % Bon insight = 80,3 %	BABS	Faible insight non prédictif d'une non réponse thérapeutique à la sertraline Insight amélioré : <ul style="list-style-type: none"> • significativement au décours de traitement par sertraline sur 16 semaines • parallèlement à l'amélioration des symptômes TOC
Catapano et al. 2001 [3]	N = 94 47 ♂ ; 47 ♀ Faible insight = 16 % Bon insight = 84 %	Item 11 de l'échelle Y-BOCS	Faible insight associé avec : <ul style="list-style-type: none"> • forme plus sévère de la pathologie • taux plus élevé de schizophrénie dans les parentés de premier degré • taux plus élevé de troubles psychiatriques pendant l'enfance • une faible réponse thérapeutique aux antidépresseurs (24 semaines de traitement)
Türksoy et al. 2002 [24]	N = 94 TOC 40 ♂ ; 54 ♀ Faible insight = 31 % Bon insight = 69 %	Item 11 de l'échelle Y-BOCS	Faible insight est associé avec : <ul style="list-style-type: none"> • le sexe masculin • plus d'anxiété et dépression actuelle et passé • des personnalités borderline et narcissique • la sévérité de la maladie
Matsunaga et al. 2002 [16]	N = 78 TOC 37 ♂ ; 41 ♀ N = 20 Schizo-TOC Faible insight = 36 % Bon insight = 64 %	Item 11 de l'échelle Y-BOCS	Faible insight associé avec : <ul style="list-style-type: none"> • forme plus sévère de la pathologie • une personnalité schizotypique • une moins bonne réponse thérapeutique (clomipramine + CBT) après six mois de traitement • plus de dépression
Marazziti et al. 2002 [13]	N = 117 TOC 51 ♂ ; 66 ♀ Faible insight = 15,3 % Bon insight = 84,7 %	Item 11 de l'échelle Y-BOCS	Aucune relation significative entre insight et : <ul style="list-style-type: none"> • sexe, âge, durée et sévérité de la maladie, âge de début de la maladie, • évolution clinique, forme de la maladie (obsessionnelle, compulsive ou les deux) • antécédents familiaux ou personnels Seulement une tendance pour une corrélation négative entre le niveau de l'insight et obsessions somatiques. Plus l'insight est faible, plus il y a des obsessions somatiques
Marazziti et al. 2006 [14]	N = 30 BDD 25 ♂ ; 5 ♀	Item 11 de l'échelle BDD-Y-BOCS	Insight plus faible chez les patients TOC avec une comorbidité BDD
Ozdemir et al. 2003 [19]	N = 65 45 TOC (27 ♀ ; 18 ♂) 20 Schizo-TOC (5 ♀ ; 15 ♂)	OVIS	Pas de corrélation entre l'insight, la durée et la sévérité de la maladie Insight des symptômes obsessionnels nettement meilleur dans le groupe de schizo-TOC

Eisen et al. 2004 [4]	N = 149 64 TOC (31 ♂ ; 33 ♀) Faible insight = 2 % 139 BDD 29 ♂ ; 56 ♀ Faible insight = 39 %	BABS	Faible insight : <ul style="list-style-type: none"> • corrélé avec la sévérité de la maladie seulement dans le groupe BDD • non prédictif d'une réponse thérapeutique • plus de résistance à la TCC
Ravi Kishore et al. 2004 [20]	N = 100 TOC 65 ♂ ; 35 ♀ Faible insight = 25 % Bon insight = 75 %	BABS	Faible insight associé avec : <ul style="list-style-type: none"> • âge de début précoce • durée de maladie plus longue • plus de symptômes compulsifs • maladie plus sévère et plus de comorbidités (surtout la dépression) • prédictif d'une mauvaise réponse thérapeutique
Neziroglu et al. 2004 [18]	47 TOC 20 ♂ ; 14 ♀ Faible insight = 26,5 % Bon insight = 73,5 %	OVIS	Faible insight : <ul style="list-style-type: none"> • prédictif d'une mauvaise réponse thérapeutique (fluvoxamine/dix semaines) • prédictif d'une bonne réponse sur les obsessions que les compulsions
Bellino et al. 2005 [2]	N = 74 TOC 43 ♂ ; 31 ♀	OVIS	Faible insight associé indépendamment à quatre facteurs cliniques : <ul style="list-style-type: none"> • sévérité des symptômes compulsifs • évolution chronique de TOC • présence de TOC parmi les parents du premier degré • absence de personnalité obsessionnelle
Eisen et al. 2006 [7]	N = 197 TOC (112 ♀ ; 85 ♂)	BABS	Pas de corrélation entre le niveau d'insight et la qualité de vie
Eisen et al. 2010 [8]	N = 214 TOC (118 ♀ ; 96 ♂)	BABS	Étude de suivi sur deux ans confirmant l'absence de relation entre l'insight et la réponse thérapeutique
<p>Y-BOCS : <i>Yale Brown Obsessive Compulsive Scale</i> OVIS : <i>Overvalued Ideas Scale</i> (échelle des idées surévaluées) BABS : <i>Brown Assessment of Beliefs Scale</i> BDD : <i>Body Dysmorphic Disorder</i> (dysmorphopobie) TOC : Troubles obsessionnels compulsifs</p>			