



**Étude des liens entre deux modèles du trouble
d'anxiété généralisée : le modèle de l'intolérance à
l'incertitude et le modèle de la régulation
émotionnelle dysfonctionnelle**

Thèse

Caroline Ouellet

Doctorat en psychologie, recherche et intervention – orientation clinique
Philosophiæ doctor (Ph.D.)

Québec, Canada

© Caroline Ouellet, 2014

Résumé

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED) sont deux modèles validés du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La thèse est composée de deux articles qui s'intéressent aux liens entre ces deux modèles et la tendance à s'inquiéter. L'article 1 examine les contributions des deux modèles à la prédiction de la tendance à s'inquiéter, de même que les relations entre leurs variables. Quarante cent cinquante adultes francophones ont rempli des questionnaires évaluant les variables du M-II, les variables du M-RED et la tendance à s'inquiéter. Des corrélations simples et des régressions linéaires ont été réalisées. Les résultats montrent que chacun des modèles contribue de façon indépendante à l'explication de la tendance à s'inquiéter. Ils montrent aussi que le M-II est associé à une meilleure puissance explicative que le M-RED. Parmi les variables des deux modèles, l'orientation négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions apparaissent comme les meilleurs prédicteurs de la tendance à s'inquiéter. Ces trois variables sont fortement corrélées les unes avec les autres. L'article 2 présente un nouveau modèle du TAG, qui stipule que l'intolérance à l'incertitude favorise le développement d'une orientation négative expliquant à la fois les réactions inefficaces face aux problèmes et celles face aux émotions. Deux cent quatre adultes francophones ont rempli des questionnaires mesurant les variables du M-II, l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions et la tendance à s'inquiéter. Une analyse de médiation a d'abord confirmé que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions constitue un médiateur partiel de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. Un modèle d'équations structurelles, qui intègre le double rôle de l'orientation négative au M-II, a ensuite été testé. Son ajustement se montre excellent et supérieur à un modèle alternatif. Les résultats de cette étude appuient une conceptualisation du TAG qui intègre au M-II une orientation négative face à ses émotions. Les implications théoriques et cliniques des résultats des articles sont discutées dans la thèse.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée, tendance à s'inquiéter, intolérance à l'incertitude, difficultés de régulation des émotions.

Abstract

Generalized anxiety disorder (GAD) is an anxiety disorder characterized by excessive worry. The Intolerance of Uncertainty Model (IUM) and the Emotion Dysregulation Model (EDM) are both well established models of GAD. The thesis is made of two articles which investigate relationships between IUM, EDM and worry in non clinical samples. The first article studied the independent and overlapping contribution of IUM and EDM to prediction of worry as well as relationships between the two models. Four hundred and fifty French adult speakers completed self-reported measures of IUM, EDM and worry. Simple correlations and linear regressions were conducted. Results showed that each model accounted for unique variance to prediction of worry. They also revealed that IUM's contribution was stronger than EDM's. Among processes of IUM and EDM, negative problem orientation, intolerance of uncertainty and maladaptive emotional management responses were the strongest predictors of worry. Analyses revealed that these processes are highly correlated between each other. The second article introduced and tested a new GAD model which integrates maladaptive emotional management responses in IUM. This model suggests that intolerance of uncertainty contributes to a negative orientation which influences ineffective reactions about both problems and emotions. Negative emotion orientation could explain the use of maladaptive emotion regulation strategies in GAD. Two hundred and four French adult speakers completed self-reported measures of IUM, limited access to emotion regulation strategies and worry. Analyses confirmed that limited access to emotion regulation strategies partially mediate the relationship between intolerance of uncertainty and worry. A structural equation model, which integrates the double role of negative orientation, was tested and compared with an alternative model. Fit of proposed model was excellent and superior of alternative model's fit. Results support our new GAD conceptualization. Theoretical and clinical implications of these two articles are discussed in the thesis.

Keywords : Generalized Anxiety Disorder, Worry, Intolerance of Uncertainty, Emotion Dysregulation.

Table des matières

Résumé.....	III
Abstract.....	V
Table des matières.....	VII
Liste des tableaux.....	IX
Liste des figures.....	XI
Liste des abréviations.....	XIII
Remerciements.....	XV
Avant-propos.....	XVII
CHAPITRE 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
L'inquiétude excessive et le trouble d'anxiété généralisée.....	3
Prévalence.....	4
Comorbidité.....	4
Impacts et coûts sociaux.....	4
Conceptualisation du TAG.....	5
Les modèles du traitement de l'information.....	5
Le modèle de l'évitement cognitif.....	6
Le modèle de l'intolérance à l'incertitude.....	10
Le modèle de l'évitement expérientiel.....	13
Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle.....	16
Le besoin d'intégration.....	18
Les liens entre le M-II et le M-RED.....	19
Les différences conceptuelles.....	19
Les similarités conceptuelles.....	19
L'étude des liens entre ces deux modèles.....	21
Objectifs de la thèse.....	22
CHAPITRE 2 : ARTICLE 1.....	25
L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : contributions des deux modèles à l'explication du trouble d'anxiété généralisée.....	27
Résumé.....	29
Introduction.....	31
Objectifs et hypothèses.....	36
Méthode.....	37
Participants.....	37
Mesures.....	37
Procédure.....	39
Analyses.....	40
Résultats.....	41
Discussion.....	44
Références.....	51
Tableau 1.....	57
Tableau 2.....	58

Tableau 3	59
Tableau 4	60
 CHAPITRE 3 : ARTICLE 2	 61
 L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : proposition d'un modèle intégratif du trouble d'anxiété généralisée	 63
Résumé	65
Introduction	67
Objectifs et hypothèses	75
Méthode	76
Participants	76
Mesures	77
Procédure	78
Analyses	79
Résultats	81
Discussion	83
Références	90
Annexe A	96
Tableau 1	97
Figure 1	98
Figure 2	99
Figure 3	100
 CHAPITRE 4 : CONCLUSION GÉNÉRALE	 101
 Résumé des objectifs et des résultats	 103
Contributions principales	106
Limites	107
Avenues de recherche futures	109
Implications cliniques	112
Conclusion	113
 Références de l'introduction et de la conclusion de la thèse	 114
Annexe A : Modèle de l'intolérance à l'incertitude	125
Annexe B : Modèle de l'intolérance à l'incertitude bonifié	127
Annexe C : Feuillet d'information	129
Annexe D : Questionnaires	133
Données sociodémographiques	135
Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State	136
Questionnaire d'Intolérance à l'Incertain	137
Pourquoi S'inquiéter?	139
Questionnaire sur l'Évitement Cognitif	141
Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes	143
Berkeley Expressivity Questionnaire	144
Échelle des difficultés de régulation des émotions	145

Liste des tableaux

Article 1

Tableau 1

Corrélations de Pearson (p bilatéral) entre les variables ($N = 443$) 57

Tableau 2

Sommaire des résultats de la première régression linéaire hiérarchique visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) ($N = 443$)..... 58

Tableau 3

Sommaire des résultats de la deuxième régression linéaire hiérarchique visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) ($N = 443$)..... 59

Tableau 4

Résultats finaux de la régression linéaire statistique *stepwise* visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) ($N = 443$) 60

Article 2

Tableau 1

Corrélations de Pearson (p bilatéral) entre les variables ($N = 204$)..... 97

Liste des figures

Article 2

Figure 1

Médiation de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter par l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions 98

Figure 2

Estimation des paramètres du modèle intégrateur proposé ($N = 204$) 99

Figure 3

Estimation des paramètres du modèle alternatif ($N = 204$). 100

Liste des abréviations

AGFI	Adjusted Goodness of Fit Index
BEQ	Berkeley Expressivity Questionnaire
CAIC	Consistent Akaike's Information Criterion
CFI	Comparative Fit Index
DERS	Difficulties in Emotion Regulation Scale/Échelle des difficultés de régulation des émotions
dl	Degré(s) de liberté
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
ET	Écart type
IC	Intervalle de confiance
M-II	Modèle de l'intolérance à l'incertitude
M-RED	Modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle
PSI-II	Questionnaire Pourquoi S'inquiéter-II
QAP	Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes
QEC	Questionnaire sur l'Évitement Cognitif
QII	Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude
QIPS	Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
VIF	Variance Inflation Factor

Remerciements

La rédaction d'une thèse : quel défi! Après un parcours scolaire sans heurt, je n'avais aucune idée de l'aventure dans laquelle je plongeais, à l'automne 2007. Pour la première fois, j'ai vécu des périodes de doutes, des moments où je me demandais comment j'allais y arriver. Heureusement, j'ai toujours pu compter sur des personnes extraordinaires qui ont su croire en moi et m'encourager.

D'abord, je tiens à remercier Martin (co-directeur principal) et Frédéric (co-directeur), pour leur appui et leurs bons conseils, mais aussi pour toute la confiance qu'ils m'ont accordée. Malgré mon expérience limitée en recherche, nos rencontres ont toujours été des moments agréables où ils me faisaient sentir comme une chercheuse à part entière. Dans le même sens, j'en profite pour remercier Catherine et Patrick, qui ont complété mes co-directeurs pour former un comité de thèse hors de l'ordinaire. Plutôt que des moments de stress, les séminaires représentaient pour moi des occasions privilégiées de discuter et de réfléchir avec ces quatre chercheurs à l'attitude ouverte et encourageante.

Au cours de toutes mes années d'études universitaires, j'ai aussi eu le bonheur de croiser des personnes qui ont, chacune à leur façon, fait une différence. D'abord, mes professeurs de l'UQAC et particulièrement Étienne Hébert. Ce professeur m'a donné une chance de m'impliquer en enseignement, en plus de m'offrir ses judicieux conseils. Ensuite, je n'ai pas oublié ma « partner » de bacc., l'inspirante Célia! Même si les années ont passé, je considère toujours que son ambition et son talent m'ont poussée à donner le meilleur de moi-même. Je n'aurais peut-être pas eu l'audace de demander des bourses qui me semblaient inaccessibles ni le courage de viser le Ph.D. et de quitter la région si elle n'avait pas été là pour m'accompagner dans ces différentes étapes. Finalement, je dois mentionner mes collègues de l'Université Laval, celles avec qui j'ai partagé l'expérience du doctorat. Ce fut d'abord un plaisir de travailler avec Marie-Ève, que je veux remercier pour nos grandes discussions et le défi d'enseignement que nous avons relevé ensemble. Je veux aussi transmettre ma gratitude à Pascale, Emmanuelle, Julie, Émylie, Caroline et Cristina, grâce à qui le parcours s'est fait plus léger, parsemé de fous rires et de confidences.

Il y a aussi des personnes qui méritent certainement une partie du diplôme que je m'appête à obtenir. D'abord, ma mère, Carolle. C'est celle qui m'a offert le plus grand soutien et je veux lui dire un gros merci. En plus de m'encourager, elle a toujours insisté pour réviser

mes textes avec une minutie plus qu'exemplaire! De même, je veux remercier ma sœur. Elle était toujours là pour me rappeler mes forces lorsque je les remettais en doute. Cette chère Émilie s'est toujours intéressée à mes études et à ma thèse, au point qu'elle est aussi sur le point de compléter un doctorat en psychologie. Nous sommes définitivement de vraies jumelles! Ensuite, je veux souligner que Serge a toujours eu une pensée pour moi, tout au long du processus. Finalement, je veux faire une mention spéciale à des personnes qui font partie de ma vie et qui m'ont soutenue pendant mes études doctorales. Mejda, ma plus grande et fidèle amie, dont la générosité est sans borne. Jade et Stéphanie, qui m'ont offert leur écoute, leurs conseils et... leur patience! Elles ont vécu de près les hauts et les bas de l'aventure du doctorat, qui n'a pas toujours été facile. Sara, qui m'a accompagnée dans les dernières étapes. Mathieu, un ami cher qui répond toujours présent lorsque j'en ai besoin. Et finalement Simon, qui veille sur moi.

Avant-propos

Caroline Ouellet, auteure principale, a réalisé la conception du projet, la collecte de données, les analyses statistiques et l'interprétation des résultats. Elle a aussi rédigé l'ensemble du contenu de la thèse. Ces différentes étapes ont été réalisées sous la supervision des co-directeurs de la thèse, Martin Provencher, Ph.D. (co-directeur principal) et Frédéric Langlois, Ph.D. Ils ont collaboré à la conception du projet, révisé les différentes versions manuscrites et approuvé la version finale de la thèse. Il faut aussi souligner que Patrick Gosselin, Ph.D. a collaboré à la conception du projet et que Hans Ivers, Ph.D. a été consulté pour les analyses statistiques.

Les deux articles inclus dans la thèse n'ont pas encore été soumis pour publication. Des résultats préliminaires, provenant d'une première version de l'article 1, ont toutefois été présentés via deux affiches au 33^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie à Québec, Canada (mars 2011). L'une de ces affiches a aussi été présentée au 45^e congrès de l'Association for Behavioral and Cognitive Therapies à Toronto, Canada (novembre 2011).

Chapitre 1 : Introduction générale

Étude des liens entre deux modèles du trouble d'anxiété généralisée : le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle

L'inquiétude excessive et le trouble d'anxiété généralisée

La première définition de l'inquiétude a été proposée en 1983. Borkovec, Robinson, Pruzinsky et DePree (1983) la décrivent alors comme un enchaînement de pensées et d'images chargées d'émotions négatives et difficiles à contrôler. Ils conceptualisent aussi l'inquiétude comme une tentative d'engagement dans un processus mental de résolution de problèmes. Selon Borkovec et ses collègues, ce processus est mis en œuvre en présence de situations dont le dénouement est incertain et pourrait être négatif. Depuis, diverses définitions soulignent que l'inquiétude se caractérise par l'appréhension d'événements futurs négatifs (Ladouceur et Dugas, 1999). La littérature spécifie aussi que l'inquiétude peut être expérimentée à divers degrés, de l'inquiétude normale à l'inquiétude excessive (Ruscio, Borkovec et Ruscio, 2001).

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble anxieux caractérisé par la présence d'anxiété et d'inquiétude excessives (American Psychiatric Association, 2013). Les inquiétudes excessives se distinguent puisqu'elles sont envahissantes (inquiétudes présentes la plupart du temps depuis au moins 6 mois) et difficilement contrôlables (American Psychiatric Association, 2000; Craske, Rapee, Jackel et Barlow, 1989). Elles concernent divers thèmes tels que les relations interpersonnelles, la famille, la santé, les finances, le travail/l'école ou les événements de tous les jours (American Psychiatric Association, n.d.; Roemer, Molina et Borkovec, 1997). Ces inquiétudes sont accompagnées par au moins trois symptômes somatiques parmi les suivants : (1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, (2) fatigabilité, (3) difficulté de concentration ou trous de mémoire, (4) irritabilité, (5) tension musculaire, (6) perturbation du sommeil (American Psychiatric Association, 2013). Les inquiétudes et l'anxiété qui caractérisent le TAG créent une souffrance marquée ou nuisent au fonctionnement quotidien (American Psychiatric Association, 2013). Elles mènent à l'adoption de divers comportements d'évitement. Lors du développement du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5* (DSM-5), plusieurs manifestations d'évitement caractéristiques du TAG ont été ciblées : l'évitement de situations lors desquelles un événement négatif pourrait survenir, l'investissement significatif de temps et d'efforts pour se préparer aux situations lors desquelles un événement négatif pourrait survenir, la tendance à remettre les choses ou les décisions à plus tard en raison des inquiétudes, la recherche répétée de

réassurance en raison des inquiétudes (American Psychiatric Association, n.d.). Ces manifestations n'ont toutefois pas été retenues en tant que critères diagnostiques du TAG dans la version finale du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Prévalence.

L'étude de Kessler, Berglund *et al.* (2005), menée aux États-Unis, suggère que 5,7 % de la population souffrira du TAG à un moment ou à un autre de sa vie. Le TAG apparaît généralement entre le milieu et la fin de l'adolescence (American Psychiatric Association, 2013). Il touche davantage de femmes que d'hommes, dans une proportion de trois pour un (Kessler, Chiu, Demler et Walters, 2005). Son évolution est généralement chronique et ses symptômes s'exacerbent en période de stress (American Psychiatric Association, 2013). La majorité des gens qui souffrent du TAG attendent plusieurs années avant de consulter (Olfson, Kessler, Berglund et Lin, 1998). Cependant, le TAG constitue quand même l'un des troubles mentaux les plus rencontrés dans les soins de santé de première ligne (Wittchen *et al.*, 2001). D'après Lépine (2002), le plus rencontré est la dépression, tandis que le TAG vient en deuxième.

Comorbidité.

Selon les données d'un sondage américain national, 89,8 % des gens qui souffrent du TAG ont aussi présenté un ou plusieurs autres diagnostics psychiatriques dans l'année précédente (Grant *et al.*, 2005). Selon différentes études, le trouble panique, la phobie sociale, le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique constituent les diagnostics les plus comorbides au TAG (Brown, Campbell, Lehman, Grisham et Mancil, 2001; Carter, Wittchen, Pfister et Kessler, 2001; Grant *et al.*, 2005; Hunt, Issakidis et Andrews, 2002; Provencher, Ladouceur et Dugas, 2006). Par ailleurs, le TAG est souvent observé en présence de troubles de la personnalité. D'après Sanderson, Wetzler, Beck et Betz (1994), près de 50 % des diagnostics de TAG s'accompagnent d'au moins un trouble de la personnalité.

Impacts et coûts sociaux.

Le TAG est associé à des coûts humains et économiques considérables (Hoffman, Dukes et Wittchen, 2008). Il est relié à un taux de suicidé élevé (Wittchen *et al.*, 2001), à une faible qualité de vie, à plus de problèmes interpersonnels (Henning, Turk, Mennin, Fresco et

Heimberg, 2007) et à une altération du fonctionnement professionnel (Wittchen *et al.*, 2001). Selon Maier *et al.* (2000), le TAG mène à une altération du fonctionnement social comparable à celle observée pour des maladies physiques, telles que le diabète, le sida, le cancer et les maladies cardiovasculaires.

Conceptualisation du TAG

À l'heure actuelle, il n'existe pas de modèle cognitif-comportemental du TAG qui fasse l'unanimité. Il existe plutôt une variété de modèles conceptuels du TAG, tous validés. Bien que ces modèles ne se contredisent pas, ils mettent l'accent sur des processus explicatifs différents. L'absence d'un modèle cognitivo-comportemental intégratif peut s'expliquer par la recherche limitée sur cette question. Au départ, le TAG constitue l'un des troubles anxieux les moins étudiés (Dugas, 2000; Dugas, Anderson, Deschenes et Donegan, 2010). De plus, parmi toutes les publications sur le TAG, une faible proportion porte sur ses processus explicatifs (Dugas, 2000; Dugas *et al.*, 2010).

Les modèles du traitement de l'information.

Plusieurs modèles soutiennent que les symptômes du TAG résultent de biais automatiques s'opérant lors du traitement de l'information. Ces biais se produiraient lors de l'encodage, de l'interprétation ou de la récupération de l'information (MacLeod et Rutherford, 2004). Cette conceptualisation a largement été influencée par les travaux de Beck et ses collègues. Dans les années quatre-vingts, Beck et Emery (1985) proposent d'expliquer le développement et le maintien du TAG par des structures cognitives inadaptées appelées schémas de danger (*Danger Schemas*). Selon leur modèle, ces structures favorisent plusieurs processus automatiques : l'encodage et la récupération de l'information menaçante, de même que l'interprétation menaçante des informations ambiguës. Quelques années plus tard, Beck et Clark (1997) soutiennent toujours l'importance des processus de détection de la menace dans la vulnérabilité à l'anxiété. Or, ils identifient aussi l'importance de certains processus subséquents d'évaluation secondaire. Au cours de ce stade, des métacognitions s'activent et permettent aux individus d'évaluer de façon consciente leurs capacités d'adaptation face à une menace. Selon Beck et Clark, les individus atteints du TAG tendent alors à surestimer l'ampleur et la sévérité de la menace, à sous-estimer leurs capacités d'adaptation, de même qu'à utiliser des stratégies défensives qui maintiennent l'anxiété (comme l'évitement). En somme, les modèles du

traitement de l'information décrivent les biais cognitifs automatiques impliqués dans le TAG, mais aussi les processus cognitifs subséquents qui mènent à l'utilisation de stratégies défensives inefficaces (inquiétudes, évitement affectif ou physique). Plusieurs modèles cognitifs-comportementaux s'intéressent quant à eux à décrire ces stratégies défensives (e.g., Riskind, 2005).

Le modèle de l'évitement cognitif.

Le modèle de l'évitement cognitif (*Avoidance Model of Worry and Generalized Anxiety Disorder*; Borkovec, Alcaine et Behar, 2004) a été développé par l'équipe de recherche de Borkovec, en Pennsylvanie. Selon ce modèle, l'inquiétude est utilisée comme stratégie de résolution de problèmes en présence de menaces éventuelles aux conséquences incertaines. Cependant, cette stratégie est une forme d'évitement cognitif. En effet, Borkovec et ses collègues soutiennent que l'inquiétude est maintenue parce qu'elle permet temporairement de soulager l'anxiété.

Le modèle de l'évitement cognitif s'appuie à la fois sur la théorie de l'anxiété en deux étapes de Mowrer (*Two-Stage Theory of Fear*; 1947) et sur le modèle du traitement émotionnel de Foa et Kozak (*Emotional Processing Model*; 1986). La théorie de l'anxiété en deux étapes stipule qu'une peur se développe par conditionnement classique et qu'elle est maintenue par des processus de conditionnement opérant. L'étape du conditionnement classique survient lorsqu'un stimulus neutre acquiert la capacité de déclencher la peur en raison de son association avec un stimulus qui déclenche automatiquement la peur ou une réponse similaire. L'étape du conditionnement opérant débute par l'adoption de comportements d'évitement face au stimulus qui déclenche maintenant la peur, de même que face aux objets qui y sont apparentés. Le soulagement qui accompagne les comportements d'évitement encourage leur répétition. Cependant, l'évitement élimine la possibilité d'apprivoiser l'objet anxiogène et renforce la peur. En effet, l'exposition aux objets anxiogènes est nécessaire pour que la réponse de peur conditionnée cesse de survenir. Le modèle de Foa et Kozak précise que cette exposition doit être suffisante pour provoquer l'activation de la structure de la peur, puis l'intégration d'éléments incompatibles avec les éléments pathologiques de cette structure.

Le modèle de Borkovec soutient que le TAG se démarque des autres troubles anxieux puisque l'objet de la peur concerne principalement des menaces éventuelles. Ainsi, en

l'absence d'objets tangibles à éviter pour diminuer leur anxiété, les personnes qui souffrent du TAG utilisent des stratégies cognitives. Selon le groupe de recherche de la Pennsylvanie, l'inquiétude elle-même constitue une stratégie d'évitement cognitif, qui empêche l'exposition qui permettrait l'extinction de l'anxiété. En effet, Borkovec *et al.* (2004) expliquent que l'inquiétude (1) est associée à une diminution des sensations physiologiques désagréables de l'anxiété, (2) qu'elle donne l'impression de pouvoir éviter les événements négatifs et (3) qu'elle permet de se distraire des sujets « plus émotionnels » (Borkovec *et al.*, 2004). Les appuis théoriques et empiriques à ces affirmations sont présentés ci-dessous.

L'évitement des sensations physiologiques.

La distinction entre les phénomènes de la pensée et de l'image mentale est à la base de la compréhension de l'inquiétude comme processus d'évitement. Selon une étude de Vrana, Cuthbert et Lang (1986), les pensées génèrent une réponse cardiovasculaire moins forte que les images mentales reliées au même matériel émotionnel. En ce sens, les premières recherches sur la nature de l'inquiétude ont mis en lumière son caractère principalement verbal, de même que sa fonction d'évitement de l'éveil physiologique dans le TAG. D'abord, une étude de Borkovec et Inz (1990) montre la prédominance de l'activité cognitive verbale, au cours d'une période d'inquiétude, autant chez des individus non anxieux que chez des individus qui souffrent du TAG. D'autre part, elle révèle que des individus qui souffrent du TAG, dans une période de relaxation, tendent à générer davantage de pensées que des individus non anxieux.

Ensuite, la fonction d'évitement de l'inquiétude va au-delà de ses effets immédiats sur l'éveil physiologique. Selon Borkovec et Hu (1990), elle permet de le prévenir. En effet, ils ont observé que la réponse cardiovasculaire d'individus anxieux visualisant des images mentales anxiogènes est moins forte lorsque cette visualisation est précédée d'inquiétudes, plutôt que de pensées neutres ou relaxantes. Les résultats de Borkovec, Lyonfields, Wisner et Deihl (1993) corroborent les précédents, mais spécifient que ce sont les inquiétudes sous forme verbale (plutôt que celles associées à des images ou à des affects), qui permettent une inhibition subséquente de la réponse cardiovasculaire.

Pour terminer, les travaux Freeston, Dugas et Ladouceur (1996) mettent en lumière les effets néfastes de l'évitement par l'inquiétude dans le TAG. D'abord, ils montrent une corrélation négative entre le pourcentage de pensées et le nombre de symptômes somatiques et

ce, seulement chez des individus rencontrant les critères du TAG. Ensuite, ils révèlent une corrélation positive plus forte entre le pourcentage d'images mentales et le nombre de symptômes somatiques chez des individus rencontrant les critères du TAG, en comparaison à des individus non anxieux. En somme, leurs résultats suggèrent que les personnes qui souffrent du TAG utilisent les inquiétudes verbales pour apaiser leurs sensations anxieuses, mais qu'à plus long terme, ce processus maintient et exacerbe leurs sensations anxieuses face aux images mentales anxiogènes.

L'évitement des événements négatifs.

Le modèle de l'évitement cognitif soutient aussi que les individus souffrant du TAG s'inquiètent parce qu'ils croient que l'inquiétude leur permet d'éviter des événements négatifs. Borkovec, Hazlett-Stevens et Diaz (1999) ont identifié six croyances qui sont entretenues par des gens qui souffrent du TAG : (1) Si je m'inquiète à propos d'un événement, j'ai plus de chances de trouver comment éviter le pire; (2) Même si c'est probablement faux, j'ai l'impression que mes inquiétudes diminuent le risque que les choses tournent mal; (3) Mes inquiétudes me préparent au pire; (4) L'inquiétude me motive lorsque je dois agir; (5) L'inquiétude est une façon efficace de résoudre des problèmes; (6) L'inquiétude est une façon de se distraire de choses plus émotionnelles auxquelles on ne veut pas penser. Selon Borkovec *et al.* (2004), ces croyances sont facilement renforcées puisque la majorité des événements appréhendés n'ont jamais lieu, et que la conclusion des situations générant des inquiétudes est souvent positive ou moins menaçante qu'elle avait été anticipée. Ainsi, l'association entre l'inquiétude et la non-occurrence des événements craints donne l'impression aux individus souffrant du TAG que l'inquiétude permet d'éviter le pire.

L'évitement des sujets émotionnels.

Parmi les raisons évoquées pour s'inquiéter, une seule est davantage rapportée par des participants qui rencontrent les critères du TAG que par des participants non anxieux. Il s'agit de la possibilité de se distraire de sujets plus émotionnels et pénibles (Borkovec et Roemer, 1995). Borkovec *et al.* (2004) discutent des « sujets émotionnels » que l'inquiétude permettrait d'éviter. D'après eux, il n'existe pas d'évidence directe appuyant cette fonction de l'inquiétude, ni de définition claire des sujets émotionnels évités. Ils exposent toutefois quatre hypothèses. D'abord, ils suggèrent que le contenu de l'inquiétude est associé aux éléments les

plus superficiels des schèmes de la peur, ce qui permet aux individus atteints du TAG d'éviter les représentations particulièrement élaborées et menaçantes qui caractérisent leurs schémas. Cette hypothèse s'appuie sur les recherches ayant soumis des participants qui ont une forte tendance à s'inquiéter à la technique de la flèche descendante. Cette technique consiste à sélectionner une inquiétude, pour ensuite encourager l'individu à se rendre au bout du scénario qu'il redoute. Pour y arriver, une question du type : « Si cela se produisait, que redoutez-vous qu'il arrive ensuite? » est utilisée successivement. Lorsqu'ils sont comparés à des individus qui présentent une faible tendance à s'inquiéter, les individus qui présentent une forte tendance à s'inquiéter génèrent des scénarios plus graves (Provencher, Freeston, Dugas et Ladouceur, 2000) et composés de plus d'étapes (Vasey et Borkovec, 1992). Ils évaluent aussi que la séquence redoutée a plus de chance de se produire (Vasey et Borkovec, 1992). Ensuite, Borkovec *et al.* avancent que les sujets émotionnels peuvent concerner des événements traumatiques. Effectivement, l'étude de Roemer, Molina, Litz et Borkovec (1997), suggère que les individus qui souffrent du TAG ont vécu plus d'événements traumatiques que les individus non anxieux. En même temps, l'étude montre aussi que les blessures, les accidents et la maladie constituent les thèmes par rapport auxquels ils s'inquiètent le moins. En troisième lieu, Borkovec *et al.* suggèrent que les sujets émotionnels peuvent concerner les relations interpersonnelles précoces dans l'enfance et les émotions associées à ces souvenirs. En effet, les personnes atteintes du TAG présentent des difficultés à se remémorer leurs relations d'enfance (Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas et Borkovec, 2009). En même temps, comparativement à des individus non anxieux, elles rapportent avoir ressenti moins d'amour maternel, avoir vécu plus de relations précoces où les rôles sont inversés (l'enfant prend soin du parent), de même vécu plus de négligence et de rejet à l'enfance (Cassidy *et al.*, 2009). Finalement, Borkovec *et al.* posent l'hypothèse que les sujets émotionnels soient simplement des soucis actuels auxquels les gens souffrant du TAG ont de la difficulté à faire face.

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude.

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) a été élaboré par une équipe de recherche québécoise (Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston, 1998). Il centre sa conceptualisation de l'inquiétude et du TAG sur l'intolérance à l'incertitude, mais reprend plusieurs variables du modèle de l'évitement cognitif de Borkovec. Il stipule qu'une difficulté à tolérer l'incertitude favorise la détection de menaces potentielles, puis d'inquiétudes au sujet de celles-ci. Le modèle précise que l'intolérance à l'incertitude alimente trois autres processus qui renforcent eux aussi l'inquiétude : les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'orientation négative face aux problèmes. Les quatre variables du modèle sont présentées ci-dessous.

L'intolérance à l'incertitude.

Dans le M-II, l'intolérance à l'incertitude est considérée comme un biais cognitif qui affecte la façon de percevoir, d'interpréter et de réagir aux situations incertaines (Dugas *et al.*, 2005). Plus spécifiquement, il s'agit d'une tendance excessive à considérer toute probabilité qu'un événement négatif puisse survenir comme inacceptable, même si cette probabilité est très faible (Dugas, Gosselin et Ladouceur, 2001). Les personnes intolérantes à l'incertitude croient donc que l'incertitude est négative, injuste, et qu'elle devrait être évitée. Elles préfèrent même les situations au dénouement négatif, plutôt que celles au dénouement incertain (Dugas, Buhr et Ladouceur, 2004). Lorsqu'elles sont confrontées à l'incertitude, les personnes intolérantes à l'incertitude ont certaines réactions comportementales, émotionnelles et cognitives. Par exemple, elles adoptent des comportements visant à augmenter leur sentiment de contrôle (e.g., rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant) ou à éviter l'incertitude (e.g., éviter de faire des choses dont le dénouement est incertain), elles ont de la difficulté à se mettre en action, elles ressentent des émotions négatives (comme la frustration ou le stress), elles entretiennent l'idée qu'être incertain est une faiblesse (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994), elles surestiment la probabilité qu'un événement négatif survienne, elles ont tendance à s'inquiéter, elles cherchent de la réassurance auprès des autres et elles doutent d'elles-mêmes et des autres (Gosselin *et al.*, 2008). Selon une revue de la littérature réalisée par Birrell, Meares, Wilkinson et Freeston (2011), l'intolérance à l'incertitude peut être résumée par l'alternance entre deux processus. D'une part, la recherche

de prévisibilité ou de certitude, qui a pour fonction d'éliminer l'incertitude. De l'autre, la paralysie ou l'inhibition de l'action, afin d'éviter d'entrer en contact avec l'incertitude.

La notion d'intolérance à l'incertitude a été introduite pour la première fois lors du développement d'un modèle explicatif des réactions individuelles dans les situations effrayantes et ambiguës (*Model of Coping Mode*; Krohne, 1989, Krohne *et al.*, 2000). Ce modèle présente alors l'intolérance à l'incertitude et l'intolérance à l'éveil émotionnel comme des dispositions distinctes. Selon Krohne et ses collègues, l'intolérance à l'incertitude est spécifiquement associée à des réponses de vigilance, concentrées sur la recherche d'information reliée aux éléments stressants. L'objectif visé par ces réponses est l'évitement des mauvaises surprises. D'autre part, Krohne et ses collègues associent l'intolérance à l'éveil émotionnel à des réponses d'évitement cognitif, qui consistent à détourner son attention des stimuli qui génèrent de la détresse. L'objectif visé par ces réponses est l'évitement d'une intensité émotionnelle anticipée comme incontrôlable. Selon ce modèle, les gens très anxieux tolèrent difficilement l'incertitude tout comme l'éveil émotionnel, et alternent entre la vigilance et l'évitement.

Le concept d'intolérance à l'incertitude a été développé à partir d'un concept voisin introduit plusieurs dizaines d'années auparavant : l'intolérance à l'ambiguïté (Frenkel-Brunswick, 1949). Selon Grenier, Barrette et Ladouceur (2005), l'intolérance à l'ambiguïté est généralement définie comme la tendance à interpréter les situations ambiguës comme menaçantes. Elle est donc associée à des réponses d'inconfort et d'évitement face aux situations nouvelles, complexes et insolubles. Dans leur revue de la littérature, Grenier et ses collègues constatent que le terme intolérance à l'incertitude a souvent été utilisé de façon interchangeable avec le terme intolérance à l'ambiguïté. Ils concluent cependant que l'intolérance à l'incertitude se distingue de l'intolérance à l'ambiguïté parce qu'elle ne concerne pas que les réactions face aux situations immédiates, mais aussi celles face aux situations anticipées.

Les croyances erronées sur l'inquiétude.

Comme l'équipe de Borkovec, l'équipe québécoise a effectué des recherches sur les croyances qui maintiennent les inquiétudes. Elle en a identifié cinq : (1) les inquiétudes sont des actes mentaux qui affectent les événements (pensée magique), (2) les inquiétudes

augmentent la motivation, (3) la tendance à s'inquiéter est un trait positif de la personnalité, (4) les inquiétudes protègent contre les émotions négatives et (5) les inquiétudes aident à résoudre les problèmes (Holowka, Dugas, Francis et Laugesen, 2000; Gosselin *et al.*, 2003).

L'évitement cognitif.

Pour l'équipe de recherche québécoise, l'évitement cognitif se définit non seulement par la transformation des images mentales anxieuses en inquiétudes verbales, mais aussi par l'utilisation de différentes stratégies cognitives et comportementales visant à réduire l'anxiété reliée aux inquiétudes : la substitution de pensées (e.g., s'efforcer de penser à une activité qui s'est bien déroulée pour chasser une idée qui génère de l'anxiété), la distraction (e.g., faire de la course à pied pour chasser une pensée non désirée), les efforts pour ne penser à rien (e.g., se dire « il ne faut pas que j'y pense ») ou l'évitement de stimuli qui pourraient déclencher des pensées désagréables (e.g., éviter de se rendre à un endroit qui évoque des souvenirs ou des pensées dérangeantes) (Gosselin *et al.*, 2002).

L'orientation négative face aux problèmes.

L'orientation négative face aux problèmes se présente comme une difficulté à se mobiliser efficacement pour résoudre les problèmes actuels, ce qui maintient ou crée des sources d'inquiétude. Cette difficulté n'est toutefois pas sous-tendue par un déficit dans les habiletés à résoudre des problèmes, mais plutôt par une disposition cognitive inefficace (e.g., Davey, 1994). Plus spécifiquement, l'orientation négative face aux problèmes se définit comme la tendance générale à percevoir un problème comme une menace à son bien-être, à être pessimiste lorsqu'un problème se présente et à douter de ses capacités à résoudre ce problème avec succès. Cette approche nuit non seulement à l'engagement dans un processus de résolution de problèmes, mais interfère aussi tout au long du processus amorcé (Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005). En présence d'un problème, elle est associée à différentes réactions émotionnelles négatives : la frustration, la panique, le sentiment d'être dépassé ou le sentiment d'être menacé (Gosselin *et al.*, 2005), etc.

Les appuis empiriques.

La recherche fournit un solide appui au M-II. Jusqu'à maintenant, il a été démontré que l'intolérance à l'incertitude entretient un lien avec l'inquiétude, indépendamment du niveau

d'anxiété et de dépression (Freeston *et al.*, 1994). La littérature suggère aussi qu'elle permet de distinguer des patients atteints du TAG de participants très inquiets qui ne font pas partie d'une population clinique (Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas, 1998). Finalement, plusieurs études révèlent que l'intolérance à l'incertitude est davantage associée à l'inquiétude et au TAG qu'à d'autres troubles anxieux ou leurs symptômes (Dugas *et al.*, 2001; Dugas, Marchand et Ladouceur, 2005; Ladouceur *et al.*, 1999; Roberts, Gervais et Dugas, 2006; Sexton, Norton, Walker et Norton, 2003). En terminant, la recherche montre que les quatre variables du M-II sont associées aux symptômes du TAG (Dugas *et al.*, 2007) et qu'elles permettent de distinguer des patients atteints du TAG de participants d'un groupe contrôle (Dugas *et al.*, 1998).

Le traitement basé sur le M-II.

Le traitement basé sur le M-II comprend quatre composantes principales : (1) la présentation du M-II (voir l'Annexe A, tiré de Dugas *et al.*, 1998) et des différents types d'inquiétudes, (2) la prise de conscience des inquiétudes dans le quotidien, (3) la correction de la surévaluation de l'utilité de s'inquiéter et (4) l'application de stratégies spécifiques aux différents types d'inquiétudes. La quatrième composante comprend les stratégies suivantes : (1) la résolution de problèmes avec buts comportementaux pour les inquiétudes au sujet de problèmes immédiats et modifiables, (2) la résolution de problèmes avec buts émotionnels pour les inquiétudes au sujet de problèmes immédiats mais non modifiables et (3) l'exposition cognitive pour les inquiétudes au sujet d'éventualités hautement improbables (Dugas, 2004). La résolution de problèmes avec buts émotionnels n'est généralement pas mentionnée dans les articles qui présentent les composantes du traitement (Dugas et Koerner; 2005; Leblanc, Dugas, Gaudet, Turcotte et Savard, 2006). Elle fait cependant partie du manuel de traitement. En conclusion, ce traitement a démontré son efficacité en format individuel (Ladouceur *et al.*, 2000) et de groupe (Dugas *et al.*, 2003) dans des études avec groupe contrôle et assignation aléatoire.

Le modèle de l'évitement expérientiel.

Le concept d'évitement expérientiel.

Les modèles cognitivo-comportementaux traditionnels (tels que le M-II) sont associés aux traitements qui possèdent le plus d'appuis empiriques pour les troubles anxieux (American

Psychiatric Association, 2010, mise à jour). Ils sont dits de « deuxième vague » puisqu'ils ciblent à la fois les comportements et les cognitions dysfonctionnels. Dans le but d'élargir et d'améliorer ces traitements, les chercheurs et les cliniciens des dernières décennies ont montré un intérêt grandissant pour les principes de pleine conscience et d'acceptation (Arch et Craske, 2008). Ces principes sont parfois associés à une « troisième vague » de traitements cognitifs-comportementaux (e.g., Hofmann et Asmundson, 2008). La thérapie d'acceptation et d'engagement, développée par Steven C. Hayes, fait partie de ces traitements. De plus en plus de recherches cliniques appuient l'efficacité de son modèle de compréhension et d'intervention pour les troubles anxieux (Swain, Hancock, Hainsworth et Bowman, 2013). Cette thérapie se distingue des traitements cognitivo-comportementaux traditionnels puisqu'elle ne s'intéresse pas aux comportements ou aux cognitions dysfonctionnels, mais à la relation de l'individu avec ceux-ci. En termes plus spécifiques, elle ne vise pas le *changement* des cognitions inadaptées ni la réduction des symptômes, mais l'augmentation de la *tolérance* à ceux-ci. Ultiment, elle vise l'engagement dans des actions orientées vers ses valeurs plutôt que vers l'évitement de la souffrance (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999). Hayes et ses collègues résumant la relation dysfonctionnelle aux cognitions et aux symptômes par la notion d'évitement expérientiel.

L'évitement expérientiel résulte d'un inconfort face à certaines expériences personnelles internes souffrantes. Il peut s'agir de pensées, d'images, de souvenirs, d'émotions ou de sensations physiques. Il implique la mise en œuvre de moyens pour altérer la forme ou la fréquence de ces expériences, de même que des contextes qui les occasionnent (Hayes *et al.*, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follette et Strosahl, 1996). Hayes et ses collègues expliquent l'évitement expérientiel par la théorie des cadres relationnels (*Relational Frame Theory*; Hayes, Barnes-Holmes et Roche, 2001). Selon cette théorie, certaines expériences intérieures deviennent aversives en elles-mêmes en raison des « pièges » du langage et de l'intelligence humaine. La théorie des cadres relationnels s'appuie sur les principes décrits ci-dessous.

À la naissance, l'enfant perçoit le monde principalement à travers ses cinq sens. Puis, l'acquisition du langage l'amène à développer des représentations internes (images, ressentis, mots) de ses expériences sensorielles. C'est ce que Hayes et ses collègues désignent sous le nom d'expériences intérieures. Une fois les expériences sensorielles transformées en expériences intérieures, elles sont catégorisées comme étant aversives ou appétitives, en fonction des expériences sensorielles dont elles découlent. De cette façon, les mots « croquer

dans un quartier de citron » peuvent faire grimacer sans que l'expérience directe de croquer dans un quartier de citron soit réalisée. Ensuite, la capacité d'abstraction de l'humain l'amène à relier différentes expériences entre elles. Certaines expériences intérieures peuvent donc être catégorisées comme aversives ou appétitives par association. Selon Hayes et ses collègues, ce processus est naturel et découle de l'intelligence humaine. Cependant, certains individus développent une difficulté à distinguer les expériences intérieures des expériences de leurs cinq sens. Ils se mettent donc à réagir à leurs expériences intérieures aversives (e.g., l'image mentale d'un accident) comme si elles étaient réelles (un accident). Dans ce contexte, ils cherchent activement à éviter certaines expériences intérieures et tout ce qui les provoque. De par le soulagement immédiat qu'il suscite, l'évitement des expériences intérieures peut paraître bénéfique. Cependant, son utilisation rigide et répétée augmente la fréquence des expériences intérieures évitées, puis les amplifie (Hayes *et al.*, 2004). De plus, il oriente les actions de l'individu vers la modification de son état intérieur plutôt que vers des objectifs en lien avec ses valeurs (Hayes *et al.*, 1999).

L'évitement expérientiel et le TAG.

Roemer et Orsillo (2002) proposent que l'évitement expérientiel et la peur des réponses émotionnelles constituent d'importants facteurs à considérer dans la conceptualisation du TAG. Leurs travaux appuient leurs hypothèses. Une première étude démontre que l'évitement expérientiel et la peur de l'anxiété permettent tous deux de prédire la sévérité des symptômes du TAG dans un échantillon non clinique (Roemer, Salters, Raffa et Orsillo, 2005). Une deuxième étude démontre que l'évitement expérientiel et la peur de l'anxiété sont plus élevés dans un échantillon clinique de patients atteints du TAG que dans un échantillon non clinique (Roemer *et al.*, 2005). Par la suite, les travaux de Lee, Orsillo, Roemer et Allen (2010) montrent que l'évitement expérientiel, de même que la peur d'une variété d'émotions (anxiété, dépression, colère, émotions positives) permettent de distinguer des patients qui souffrent du TAG de participants non anxieux. Dans la même lignée, une étude de Decker, Turk, Hess et Murray (2008) suggère que le TAG est associé à l'utilisation de certaines stratégies de régulation émotionnelle basées sur l'évitement des expériences, de même qu'à une difficulté à assumer les émotions. En comparaison à des participants qui ne rencontrent pas les critères du TAG, les résultats de l'étude ont montré que des participants qui rencontrent les critères du TAG gèrent davantage leurs émotions par la sélection des situations, la distraction et la

réassurance. Les résultats de l'étude ont aussi montré que ces participants ont davantage tendance à déguiser (feindre une émotion opposée) ou à camoufler leurs réactions (tenter de ne pas les laisser transparaître). Plus récemment, une étude de Schoenleber, Chow et Berenbaum (2014) montre que l'intolérance à la honte permet de prédire l'inquiétude et le TAG, et ce, au-delà de l'influence de la dépression. Par ailleurs, il faut aussi mentionner que le modèle de l'évitement des contrastes émotionnels (*Contrast Avoidance Model*; Llera et Newman, 2014; Newman et Llera, 2011) soutient que les personnes qui souffrent d'un TAG sont intolérantes aux changements d'états émotionnels. Le modèle suggère qu'elles utilisent l'inquiétude pour conserver un certain état émotionnel négatif, ce qui leur permet de minimiser les écarts entre leur état émotionnel de base et ceux qu'elles peuvent vivre en présence d'événements négatifs.

Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle.

Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (*Emotion Dysregulation Model*; Mennin, Heimberg, Turk et Fresco, 2002) propose une extension au modèle de l'évitement expérientiel. Il reconnaît le rôle de l'évitement expérientiel dans le TAG, mais s'intéresse aux facteurs émotionnels qui y conduisent. Selon Mennin et ses collègues, les individus qui souffrent du TAG présentent de fortes réactions émotionnelles et des difficultés à comprendre leurs émotions. De tels déficits associent un caractère aversif aux émotions, ce qui pousse ces individus à utiliser l'inquiétude ou diverses stratégies pour contrôler, éviter ou limiter leur expérience émotionnelle.

Les quatre variables.

Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED) résume ces processus en quatre dimensions : l'expérience émotionnelle de forte intensité (*Heightened Intensity of Emotions*), la faible compréhension de ses émotions (*Poor Understanding of Emotions*), les réactions négatives face à ses émotions (*Negative Reactivity to One's Emotional State*) et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions (*Maladaptive Emotional Management Responses*). L'expérience émotionnelle de forte intensité est une tendance générale à présenter des réactions émotionnelles qui se déclenchent facilement et qui surviennent de façon intense et rapide. L'équipe de Mennin suggère que cette caractéristique concerne surtout les émotions négatives (Mennin, Holaway, Fresco, Moore et Heimberg, 2007). La faible compréhension de ses émotions consiste en une difficulté à identifier ses

émotions. En conséquence, elle est associée à une faible capacité à accéder et à utiliser l'information qu'elles transmettent pour s'adapter. Les réactions négatives face à ses émotions impliquent un inconfort face à ses émotions et sont associées à la croyance que ses réactions émotionnelles sont dangereuses. L'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions est une difficulté à identifier quand ou comment moduler (augmenter ou diminuer) efficacement son expérience émotionnelle en fonction du contexte. Elle implique aussi l'utilisation de stratégies visant à éviter l'expérience émotionnelle, de même qu'une expression pauvre ou inadéquate de ses émotions.

Les appuis empiriques.

Depuis les dix dernières années, le M-RED possède de plus en plus d'appuis empiriques. Selon une étude de Mennin, Heimberg, Turk et Fresco (2005), ses quatre dimensions permettent de distinguer des patients souffrant de TAG faisant partie d'un échantillon clinique d'individus d'un groupe contrôle. Cette étude révèle aussi que le M-RED permet de classer adéquatement les patients qui présentent un diagnostic de TAG dans 92,9 % des cas. D'autres études suggèrent que le M-RED permet de distinguer des participants répondant aux critères du TAG de ceux répondant aux critères de la phobie sociale (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin et Fresco, 2005; Mennin, McLaughlin et Flanagan, 2009; Mennin *et al.*, 2007), de même que des participants répondant aux critères du TAG de ceux répondant aux critères de la dépression (Mennin *et al.*, 2007). Par ailleurs, la structure à quatre facteurs du M-RED est appuyée par des analyses factorielles confirmatoires (Mennin *et al.*, 2007).

La thérapie basée sur la régulation émotionnelle.

La thérapie basée sur la régulation émotionnelle (*Emotion Regulation Therapy*; Fresco, Mennin, Heimberg et Ritter, 2013) comporte trois phases : (1) l'entraînement aux habiletés de prise de conscience, (2) l'entraînement aux habiletés de régulation émotionnelle et (3) l'exposition expérientielle. La première phase est composée de psychoéducation sur les émotions et sur leur fonction motivationnelle. Elle comporte aussi un entraînement à la prise de conscience des émotions et des sensations, puis de leurs antécédents et de leurs conséquences. La deuxième phase est un entraînement à la pleine conscience, à la prise d'une distance face à ses expériences et à l'adoption d'une attitude de compassion face à soi. Cette phase est réalisée par le biais d'exercices et de métaphores. La troisième phase regroupe plusieurs composantes :

l'identification de ses valeurs, l'exposition par imagination à ses objectifs de vie centrés sur ses valeurs, des exercices de dialogue face aux obstacles expérientiels qui peuvent survenir lors de la progression vers ces objectifs et de l'activation comportementale en lien avec ses valeurs. Jusqu'à maintenant l'efficacité de ce traitement est suggérée par une étude contrôlée avec assignation aléatoire (Mennin, Fresco, Heimberg et Ciesla, 2012).

Le besoin d'intégration

Malgré l'existence de multiples modèles de compréhension et de traitement du TAG, celui-ci est toujours considéré comme un trouble anxieux difficile à traiter. D'un côté, l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale pour le TAG possède des appuis empiriques robustes (e.g., Covin, Ouimet, Seeds et Dozois, 2008; Borkovec et Ruscio 2001; Hanrahan, Field, Jones et Davey, 2013). En même temps, plusieurs méta-analyses mettent en évidence qu'une part importante des personnes traitées ne présente qu'une rémission partielle, reste avec des symptômes résiduels ou est toujours symptomatique (Fisher, 2006; Gould, Safren, O'Neill Washington et Otto, 2004; Hunot, Churchill, Teixeira et Silva de Lima, 2007; Westen et Morrison, 2001). À la suite d'une revue de la littérature sur les différents types de thérapies psychosociales pour le TAG, Portman (2009b) met en évidence que la thérapie basée sur le M-II est associée à des taux de rémission plus élevés que 50 %, ce qui surpasse ceux de la majorité des autres thérapies cognitivo-comportementales du TAG. Au final, Portman (2009a) soutient toutefois qu'une approche de traitement intégrative du TAG est clairement indiquée. De son point de vue, un traitement intégrant différentes composantes offre davantage d'options et favorise l'alliance thérapeutique.

Afin d'améliorer les traitements du TAG, plusieurs auteurs pointent également le besoin de raffiner les modèles conceptuels de ce trouble. Par exemple, Behar et ses collaborateurs (2009) concluent que la recherche doit encore examiner la capacité prédictive des différentes composantes des modèles du TAG. Riskind (2005) discute quant à lui du besoin d'intégration. Il soutient qu'une nouvelle génération de modèles conceptuels du TAG doit non seulement en approfondir les mécanismes clé, mais aussi leurs multiples interactions. Riskind suggère certaines pistes de recherche. Par exemple, il pose l'hypothèse d'un lien entre l'intolérance à l'incertitude, l'évitement expérientiel et la régulation émotionnelle

dysfonctionnelle. Selon lui, les personnes souffrant du TAG perçoivent à la fois l'incertitude, les émotions négatives ou l'inquiétude elle-même comme une menace.

Les liens entre le M-II et le M-RED

Les différences conceptuelles.

La présente revue de la littérature permet de faire une synthèse des caractéristiques distinctives du M-II et du M-RED. D'abord, ces modèles n'associent pas le TAG aux mêmes objets phobiques. Pour le M-II, l'incertitude représente le principal objet phobique du TAG. Les éventualités négatives hautement improbables et les problèmes réels sont identifiés comme deux sources plus spécifiques d'anxiété dans le TAG. Le modèle explique le caractère aversif des éventualités négatives hautement improbables et des problèmes réels par la part inévitable d'incertitude qu'ils soulèvent. Pour le M-RED, les émotions négatives en elles-mêmes représentent l'objet phobique du TAG.

Dans un deuxième temps, les deux modèles expliquent le maintien du TAG par des processus dysfonctionnels différents. Le M-II explique le maintien de l'intolérance à l'incertitude et du TAG par l'adoption de stratégies cognitives et comportementales spécifiques. Face à l'incertitude, il précise que les individus cherchent tantôt à éviter les sources d'incertitude, tantôt à rechercher des certitudes. Face aux éventualités négatives hautement improbables, il précise que les individus cherchent à éviter ce qui suscite de l'anxiété. Face aux problèmes réels, il précise que les individus adoptent une orientation négative. En terminant, il ajoute que l'entretien de croyances erronées sur l'inquiétude renforce celle-ci. De son côté, le M-RED explique le maintien du caractère aversif des émotions et du TAG par de faibles habiletés à comprendre ses émotions, de même que par l'adoption de stratégies de régulation émotionnelle basées sur l'évitement des expériences. Il précise que l'inquiétude elle-même fait partie de ces stratégies. Il n'en décrit cependant pas d'autres en particulier. Pour terminer, le M-RED souligne aussi la contribution d'une tendance naturelle à être réactif au plan émotionnel.

Les similarités conceptuelles.

Fisher et Wells (2011) révisent les différents modèles explicatifs du TAG, incluant le M-II et le M-RED. Ils concluent que ces modèles s'entendent sur la nature de l'inquiétude. En

effet, les deux modèles conceptualisent l'inquiétude comme un enchaînement de pensées négatives et répétitives, déclenché par certaines pensées, émotions ou événements. Les deux modèles s'entendent aussi sur le fait que ces pensées répétitives portent sur les façons de réagir face aux événements négatifs anticipés. Finalement, ils conviennent aussi tous deux que l'inquiétude altère le traitement des émotions et l'adaptation, en plus d'intensifier l'anxiété.

Ensuite, la présente revue de littérature permet de faire ressortir une deuxième similarité entre les modèles. Bien qu'ils n'identifient pas les mêmes objets aversifs, ils décrivent tous les deux des stratégies inadaptées de régulation émotionnelle pour se soustraire à des émotions négatives. De son côté, le M-RED décrit explicitement une difficulté à tolérer les émotions négatives en général. Il résume ensuite tous les efforts pour se soustraire aux émotions négatives qui surviennent, sans égard au contexte, sous l'étiquette de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. De son côté, le M-II n'utilise pas ce vocabulaire et se centre sur d'autres processus. Il n'en demeure pas moins qu'il sous-tend une difficulté à tolérer les émotions suscitées par l'incertitude, les éventualités négatives hautement improbables et les problèmes réels. Dans ces contextes, le M-II décrit d'ailleurs l'application d'une variété de stratégies inadaptées qui témoignent de cet inconfort : l'évitement des situations incertaines ou la recherche de certitude (par la recherche répétée d'informations ou de réassurance, la recherche de contrôle, le doute, la procrastination, le non-investissement dans des projets dont les résultats sont incertains), l'évitement cognitif (par la substitution de pensées, la distraction, la suppression de pensées, l'évitement de stimuli qui pourraient déclencher des pensées désagréables, la transformation des images en pensées verbales) et l'orientation négative face à un problème (via le choix d'adopter une attitude négative plutôt que proactive). En somme, même si elles ne sont pas regroupées sous l'étiquette *stratégies inadaptées de régulation de ses émotions*, elles y correspondent d'un point de vue conceptuel.

En effet, la régulation émotionnelle est un concept multidimensionnel qui réfère à un ensemble d'actions hétérogènes visant à moduler les émotions ressenties, les moments où elles surviennent, de même que la façon d'y réagir et de les exprimer (Gross, 1998). Selon le modèle de Gross (1998), la régulation émotionnelle peut viser à (1) prévenir la survenue d'une émotion anticipée ou (2) la modification de l'expression d'une émotion déjà générée. Les moyens qu'un individu peut utiliser pour réguler ses émotions regroupent donc un large éventail de stratégies, qui peuvent être plus ou moins efficaces. D'ailleurs, les stratégies de régulation émotionnelle

décrites varient d'un auteur ou d'une théorie à l'autre. Par exemple, Leahy, Tirsch et Napolitano (2011) décrivent les stratégies suivantes : l'évitement, la suppression, la distraction, l'inquiétude/la rumination, la recherche de soutien social, l'activation comportementale, la restructuration cognitive, la résolution de problèmes, la réduction de l'activation somatique, l'acceptation et la modification des schémas émotionnels. De leur côté, McKay, Fanning et Zurita Ona (2011) décrivent cinq différents types d'évitement face aux émotions : l'évitement de situations, l'évitement cognitif, l'adoption de comportements sécurisants, l'évitement somatique et la substitution d'une émotion par une autre. Pour terminer, au-delà des stratégies utilisées, Linehan (1993) cible plusieurs habiletés associées à une régulation émotionnelle efficace. Il s'agit des habiletés à reconnaître ses émotions, à tolérer ses émotions, à surmonter ses émotions par l'adoption de comportements adaptés, à ressentir des émotions positives, de même que les habiletés à résoudre des problèmes.

Dans cette optique, Hofmann et Asmundson (2008) soutiennent que les traitements cognitivo-comportementaux de deuxième et de troisième vague visent tous deux une régulation émotionnelle plus adaptée. À la suite de leur analyse critique, ils remettent même en question l'existence de cette « troisième vague ». De leur point de vue, les traitements de troisième vague sont simplement davantage centrés sur l'acceptation émotionnelle, tandis que les traitements de deuxième vague visent plus directement le changement des émotions. Selon eux, les stratégies d'acceptation émotionnelle ne sont pas incompatibles avec les traitements cognitivo-comportementaux traditionnels et ne sont qu'un outil supplémentaire.

Pour terminer, au-delà de la présence de différences et des similarités entre deux modèles explicatifs, Fisher et Wells (2011) rappellent qu'une autre question doit être soulevée. Selon eux, il est crucial de déterminer si deux modèles explicatifs ont une puissance explicative équivalente. À ce jour, aucune étude ne s'est intéressée à cette question au sujet du M-II et du M-RED.

L'étude des liens entre ces deux modèles.

Les études portant sur les relations entre le M-II et le M-RED sont limitées. Quelques-unes portent sur le chevauchement entre l'intolérance à l'incertitude et la peur des émotions (autre terme utilisé pour parler des réactions négatives face à ses émotions). Dans l'étude de Lee *et al.* (2010), l'évitement expérientiel et la peur de certaines émotions (anxiété, colère,

émotions positives) montrent des corrélations significatives (modérées à fortes) avec l'intolérance à l'incertitude, même lorsque l'affect négatif est contrôlé. Ensuite, deux études de Buhr et Dugas (2009; 2012) suggèrent que l'intolérance à l'incertitude et la peur de l'anxiété ont des effets additifs dans la prédiction de l'inquiétude. Leurs conclusions soutiennent donc le modèle de Krohne (1989; Krohne *et al.*, 2000), qui considère l'intolérance à l'incertitude et l'intolérance à l'éveil émotionnel comme deux dimensions distinctes dans l'explication de l'anxiété. De son côté, l'étude de Olatunji, Moretz et Zlomke (2010) porte sur l'évitement cognitif et la peur des émotions. Les auteurs proposent que la relation entre l'évitement cognitif et les symptômes du TAG puisse être expliquée par la peur des émotions. Leur modèle, où la peur des émotions représente un médiateur partiel de la relation entre l'évitement cognitif et les symptômes du TAG, est appuyé par des analyses en équations structurelles. En somme, aucune étude ne s'est intéressée aux liens entre l'ensemble des variables qui composent le M-II et le M-RED.

Objectifs de la thèse

La présente thèse vise une meilleure compréhension des liens entre le M-II, le M-RED et le TAG. La première étude est présentée au chapitre 2. Son premier objectif est d'examiner les contributions du M-II et du M-RED à la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Il se divise en trois volets : (1) vérifier si chacun de ces modèles contribue à prédire la tendance à s'inquiéter de façon indépendante, (2) déterminer si l'un de ces modèles est plus performant que l'autre pour prédire la tendance à s'inquiéter et (3) identifier les variables, parmi celles des deux modèles, qui sont les plus utiles pour prédire la tendance à s'inquiéter. Son deuxième objectif est d'examiner le chevauchement entre le M-II et le M-RED, c'est-à-dire les relations entre les processus des deux modèles. La deuxième étude est présentée au chapitre 3. Elle vise à proposer et à tester un nouveau modèle intégratif du TAG.

Pour ce faire, neuf cent trente-deux adultes francophones ont été recrutés parmi le personnel et les étudiants de l'Université Laval, de même que par une annonce placée sur la page Web personnelle de l'auteure principale. Parmi ceux-ci, 278 n'ont pas été retenus puisqu'ils n'avaient pas répondu à tous les questionnaires. Parmi les 654 participants restants, 450 ont été sélectionnés de façon aléatoire. Cette sélection visait à créer deux échantillons indépendants, le premier étant utilisé dans la première étude pour des analyses exploratoires et le deuxième étant utilisé dans la deuxième étude pour des analyses confirmatoires. La taille du

premier échantillon respecte les recommandations de Tabachnick et Fidell (2006) pour la réalisation de régressions hiérarchiques (40 participants par variable indépendante). La taille du deuxième échantillon respecte la règle généralement reconnue dans la littérature de 10 participants par paramètre (e.g., Kline, 1998).

Chapitre 2 : article 1

**L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle :
contributions des deux modèles à l'explication du trouble d'anxiété généralisée**

Caroline Ouellet

Université Laval

Martin D. Provencher

Université Laval

Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières

Patrick Gosselin

Université de Sherbrooke

Résumé

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble anxieux caractérisé par des inquiétudes excessives. Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED) sont deux modèles validés du TAG. La présente étude veut examiner les contributions du M-II et du M-RED à la prédiction de la tendance à s'inquiéter, de même que les relations entre les variables des deux modèles, dans un échantillon non clinique. Quatre cent cinquante adultes francophones ont rempli des questionnaires évaluant les variables du M-II, les variables du M-RED et la tendance à s'inquiéter. Des corrélations simples et des régressions linéaires ont été réalisées. Les résultats montrent que chacun des modèles contribue de façon indépendante à l'explication de la tendance à s'inquiéter. La contribution du M-II s'est révélée plus importante que celle du M-RED. Parmi les variables des deux modèles, l'orientation négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions sont apparues comme les meilleurs prédicteurs de la tendance à s'inquiéter. Les analyses ont permis de constater que toutes les variables du M-II sont corrélées avec les variables du M-RED, sauf avec l'expérience émotionnelle de forte intensité. La majorité de ces corrélations sont d'intensité modérée ou forte. Cette étude offre un nouvel appui au développement d'une conceptualisation du TAG qui intègre à la fois les processus liés à l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée, tendance à s'inquiéter, intolérance à l'incertitude, difficultés de régulation des émotions.

L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : contributions des deux modèles à l'explication du trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble anxieux principalement caractérisé par la présence d'inquiétudes excessives et difficilement contrôlables concernant divers événements ou activités. Ces inquiétudes s'accompagnent d'anxiété et d'au moins trois symptômes somatiques parmi les suivants : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficulté de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (American Psychiatric Association, 2013). Le TAG est associé à une évolution chronique (American Psychiatric Association, 2013), à un fort taux de comorbidité (e.g., Grant *et al.*, 2005), de même qu'à une forte utilisation des soins de santé (Hoffman, Dukes et Wittchen, 2008; Lépine, 2002; Wittchen *et al.*, 2001). L'approche cognitivo-comportementale se montre efficace pour traiter le TAG, mais une large proportion des gens traités n'atteint pas un niveau de fonctionnement élevé (Fisher, 2006). Pour y remédier, les modèles du TAG se multiplient et se raffinent, tout comme les thérapies qu'ils proposent (e.g., Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman et Staple, 2009). D'un côté, les modèles cognitivo-comportementaux traditionnels du TAG ciblent les cognitions et les comportements qui entretiennent les émotions négatives. De l'autre, de nouveaux modèles du TAG ciblent l'évitement expérientiel et la régulation inadaptée des émotions négatives. Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED) émergent respectivement de chacun de ces courants. Ils ont été largement discutés dans la littérature.

Le M-II explique l'inquiétude et le TAG à l'aide de quatre variables cognitives et comportementales : (1) l'intolérance à l'incertitude, (2) les croyances erronées sur l'inquiétude, (3) l'évitement cognitif et (4) l'orientation négative face aux problèmes (Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston, 1998). L'intolérance à l'incertitude peut être définie comme un biais cognitif qui affecte la façon de percevoir, d'interpréter et de réagir aux situations incertaines (Dugas *et al.*, 2005). Plus spécifiquement, il s'agit de la tendance excessive à considérer toute probabilité qu'un événement négatif puisse survenir comme inacceptable, même si cette probabilité est très faible (Dugas, Gosselin et Ladouceur, 2001). L'intolérance à l'incertitude occupe le rôle central du modèle, puisqu'elle exacerbe l'identification de menaces potentielles dans les situations de la vie quotidienne, même en l'absence de stimulus particulier (Dugas *et*

al., 1998). Elle favorise ainsi l'émergence de l'inquiétude. Elle agit notamment par l'intermédiaire des trois autres processus ciblés par le modèle. D'abord, elle favorise le développement de croyances erronées sur l'inquiétude, qui donnent une impression de contrôle à l'individu et renforcent l'inquiétude. Ces croyances se regroupent en cinq catégories, soit que l'inquiétude affecte les événements, qu'elle augmente la motivation, qu'elle est un trait positif de la personnalité, qu'elle protège contre les émotions négatives et qu'elle aide à résoudre les problèmes (Holowka, Dugas, Francis et Laugesen, 2000; Gosselin *et al.*, 2003). Ces croyances sont facilement renforcées puisque la majorité des choses à propos de quoi les gens s'inquiètent n'ont jamais lieu, et que la conclusion des situations générant des inquiétudes est souvent positive ou moins menaçante qu'elle avait été anticipée (Borkovec, Hazlett-Stevens et Diaz, 1999). Ensuite, l'intolérance à l'incertitude favorise l'évitement cognitif face aux éventualités hautement improbables anticipées. Ce processus consiste à utiliser des stratégies cognitives et/ou comportementales pour éviter des images mentales anxiogènes, des sensations physiques associées à l'anxiété ou des pensées anxiogènes. Il peut s'agir de substituer une pensée par une autre, de se distraire, de faire le vide dans sa tête, d'éviter des stimuli qui pourraient déclencher des pensées désagréables ou de transformer des images en pensées verbales (Gosselin *et al.*, 2002). Le soulagement qui accompagne l'évitement cognitif n'est cependant que partiel et temporaire. À plus long terme, l'évitement cognitif renforce l'anxiété en empêchant de s'exposer suffisamment aux stimuli anxiogènes pour briser leur lien avec l'anxiété (Foa et Kozak, 1986). En dernier lieu, l'intolérance à l'incertitude favorise une orientation négative face aux problèmes réels, ce qui empêche la résolution de ces derniers et maintient les inquiétudes qui les concernent. L'orientation négative face aux problèmes implique une tendance générale à voir un problème comme étant une menace à son bien-être, à être pessimiste lorsqu'un problème se présente et à douter de ses capacités à résoudre ce problème avec succès. Cette tendance est associée à différentes réactions émotionnelles négatives en présence d'un problème, telles que la frustration, la panique, le sentiment d'être dépassé ou le sentiment d'être menacé (Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005). Cette attitude nuit non seulement à l'engagement dans un processus de résolution de problèmes, mais interfère aussi tout au long du processus amorcé (Gosselin *et al.*, 2005). En définitive, la recherche montre que les quatre variables du M-II sont associées aux symptômes du TAG (Dugas *et al.*, 2007) et qu'elles permettent de distinguer des patients atteints du TAG de

participants d'un groupe contrôle (Dugas *et al.*, 1998). L'étude de Gosselin et Magnan (2010) appuie quant à elle le rôle central de l'intolérance à l'incertitude dans le modèle. En effet, leurs résultats confirment qu'elle favorise à la fois l'inquiétude de façon directe et via les autres processus du modèle.

Le M-RED est basé sur l'idée que les individus qui souffrent du TAG utilisent l'inquiétude pour contrôler, éviter ou limiter leur expérience émotionnelle (Mennin, Heimberg, Turk et Fresco, 2002). Le M-RED propose d'expliquer le TAG par un inconfort face aux émotions, lui-même associé à des déficits de la régulation des émotions. Le M-RED conceptualise cette problématique en quatre dimensions : (1) l'expérience émotionnelle de forte intensité, (2) la faible compréhension de ses émotions, (3) les réactions négatives face à ses émotions et (4) l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions (Mennin, Heimberg, Turk et Fresco, 2005). L'expérience émotionnelle de forte intensité consiste en une tendance générale à présenter des réactions émotionnelles qui se déclenchent facilement et qui surviennent de façon intense et rapide. L'équipe de Mennin suggère que cette caractéristique concerne surtout les émotions négatives (Mennin, Holaway, Fresco, Moore et Heimberg 2007). La faible compréhension de ses émotions consiste en une difficulté à identifier ses émotions et conséquemment, à une faible capacité à tirer profit de l'information qu'elles transmettent pour s'adapter. Selon le M-RED, lorsqu'une faible compréhension de ses émotions est associée à une expérience émotionnelle de forte intensité, elle favorise les réactions négatives face à ses émotions. Celles-ci impliquent un inconfort face à ses émotions. Elles sont associées à la croyance que ses réactions émotionnelles sont dangereuses ou inacceptables. Les réactions négatives face à ses émotions mènent ensuite aux efforts pour contrôler, éviter ou limiter son expérience émotionnelle. Cependant, ces stratégies sont inadaptées puisque qu'elles ne permettent pas d'apprendre à tolérer les émotions ni à utiliser les émotions pour s'adapter. De plus, elles orientent les actions de l'individu vers la modification de son état émotionnel plutôt que vers des objectifs en lien avec ses valeurs (Fresco, Mennin, Heimberg et Ritter, 2013). Selon Mennin et ses collègues (2002), l'utilisation de telles stratégies se traduit par une difficulté à identifier quand ou comment moduler (augmenter ou diminuer) efficacement son expérience émotionnelle en fonction du contexte, de même qu'à une expression pauvre ou inadéquate de ses émotions. La littérature confirme la structure à quatre dimensions du M-RED (Mennin *et al.*, 2007), de même que la capacité de ces dimensions à distinguer des patients

souffrant du TAG de participants ne provenant pas d'une population clinique (Mennin *et al.*, 2005).

À ce jour, le M-II et le M-RED ont tous les deux mené au développement d'un traitement pour le TAG. D'abord, l'efficacité de la thérapie basée sur le M-II est validée par deux études contrôlées avec assignation aléatoire (Dugas *et al.*, 2003; Ladouceur *et al.*, 2000). Selon une récente revue de la littérature, il s'agit même de l'une des thérapies du TAG qui affiche les meilleurs taux de rémission (Portman, 2009b). En même temps, l'efficacité de la thérapie basée sur le M-RED est aussi appuyée par une étude contrôlée avec assignation aléatoire (Mennin, Fresco, Heimberg et Ciesla, 2012). Selon Fresco, Mennin, Heimberg et Ritter (2013), cette thérapie est associée à de larges tailles d'effet.

Constatant l'existence de nombreuses approches de traitement efficaces pour le TAG, Portman (2009a) soutient qu'une approche intégrative est clairement indiquée. De son point de vue, un traitement intégrant différentes composantes offre davantage d'options et favorise l'alliance thérapeutique. En ce sens, Carrier et Côté (2010) ont bonifié le M-II avec des composantes de la thérapie centrée sur la régulation émotionnelle et des composantes de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Au terme d'un protocole à niveaux de base multiples ($N = 3$), leurs résultats fournissent un premier appui à l'efficacité de cette thérapie. Plus récemment, Boily, Bédard, Chouinard, Heppell et Belleville (2014) ont aussi bonifié le traitement basé sur le M-II avec des composantes de la thérapie centrée sur la régulation émotionnelle, afin de le comparer avec le traitement original. Leurs résultats préliminaires, sur 6 participants, montrent une amélioration d'ampleur plus grande pour le traitement bonifié.

Riskind (2005) soulève quant à lui la nécessité de s'intéresser aux différents modèles conceptuels du TAG et aux relations entre les mécanismes qu'ils ciblent. Riskind présente le développement de nouveaux modèles conceptuels intégratifs du TAG comme une étape préalable à l'amélioration de la compréhension et du traitement du TAG. Il suggère certaines pistes de recherche à explorer. Par exemple, la relation entre l'intolérance à l'incertitude, l'évitement expérientiel et la régulation émotionnelle dysfonctionnelle. Selon lui, les personnes souffrant du TAG perçoivent à la fois l'incertitude, les émotions négatives ou l'inquiétude elle-même comme une menace. Dans le même ordre d'idées, des chercheurs rappellent que l'existence de différentes approches de compréhension et de traitement des troubles anxieux

soulève des questions importantes. D'abord, Arch et Craske (2008) soulignent l'importance d'identifier les similarités et les contributions spécifiques à chacune de ces approches. Fisher et Wells (2011) soutiennent quant à eux qu'il est crucial de déterminer si des modèles comme le M-II et le M-RED ont une puissance explicative équivalente.

Au plan conceptuel, la comparaison entre le M-II et le M-RED soulève d'ailleurs deux questions importantes. D'abord, dans quelle mesure ces modèles proposent-ils des explications distinctes? Ensuite, dans quelle mesure présentent-ils deux façons distinctes de décrire des phénomènes communs? D'une part, la régulation émotionnelle est un concept multidimensionnel qui réfère à un ensemble d'actions hétérogènes visant à moduler les émotions ressenties, les moments où elles surviennent, de même que la façon d'y réagir et de les exprimer (Gross, 1998). De ce point de vue, les deux modèles décrivent des stratégies inadaptées de régulation émotionnelle pour expliquer le maintien du TAG. Toutefois, le M-II et le M-RED ne les abordent pas du même angle et ne proposent pas les mêmes stratégies de traitement. En effet, le M-RED décrit explicitement une difficulté à tolérer les émotions négatives en général. Il résume ensuite tous les efforts pour se soustraire aux émotions négatives qui surviennent, sans égard à leur nature ou au contexte, sous l'étiquette de stratégies inadaptées de régulation émotionnelle. Ensuite, le M-II décrit une difficulté à tolérer les émotions négatives dans trois contextes spécifiques : face à l'incertitude, face aux éventualités négatives hautement improbables et face aux problèmes réels. Il décrit ensuite trois catégories de stratégies inadaptées de régulation émotionnelle bien spécifiques au TAG : l'évitement des situations incertaines ou la recherche de certitude, l'évitement cognitif et l'orientation négative face aux problèmes.

À ce jour, seules quelques études se sont penchées sur les relations entre les mécanismes ciblés par le M-II et le M-RED. Certaines portent sur le chevauchement entre l'intolérance à l'incertitude et la peur des émotions (autre terme utilisé pour parler des réactions négatives face à ses émotions). Dans l'étude de Lee, Orsillo, Roemer et Allen (2010), la peur de l'anxiété, la peur des émotions positives et la peur de la colère montrent des corrélations significatives (modérées à fortes) avec l'intolérance à l'incertitude, même lorsque l'affect négatif est contrôlé. Ensuite, deux études menées par Buhr et Dugas (2009; 2012) suggèrent que l'intolérance à l'incertitude et la peur de l'anxiété ont des effets additifs dans la prédiction de l'inquiétude. D'autre part, une étude de Olatunji, Moretz et Zlomke (2010) porte

sur l'évitement cognitif et la peur des émotions. Les auteurs proposent que l'évitement cognitif exacerbe les réactions négatives face à ses émotions, ce qui favorise le développement des symptômes du TAG. Leur modèle, où la peur des émotions représente un médiateur partiel de la relation entre l'évitement cognitif et les symptômes du TAG, est appuyé par des analyses en équations structurelles. Cependant, les auteurs soulignent que le sens de la relation n'est pas clair et que celle-ci pourrait être bi-directionnelle. Pour terminer, aucune étude ne s'est intéressée aux relations entre le M-II et le M-RED en considérant l'ensemble des mécanismes qu'ils décrivent. Pourtant, au-delà de l'intolérance à l'incertitude ou de l'intolérance aux émotions, le M-II et le M-RED proposent des processus médiateurs pour expliquer l'inquiétude. Dans le même sens, aucune étude n'a comparé la puissance explicative du M-II et du M-RED en considérant l'ensemble des mécanismes qu'ils décrivent.

Objectifs et hypothèses

Le premier objectif de cette étude est d'examiner les contributions du M-II et du M-RED à la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Il se divise en trois volets : (1) vérifier si chacun de ces modèles contribue à prédire la tendance à s'inquiéter de façon indépendante, (2) déterminer si l'un de ces modèles est plus performant que l'autre pour prédire la tendance à s'inquiéter et (3) identifier les variables, parmi celles des deux modèles, qui sont les plus utiles pour prédire la tendance à s'inquiéter. D'après les résultats antérieurs, il est attendu que toutes les variables du M-II et du M-RED soient reliées à la tendance à s'inquiéter de façon significative. Il est aussi attendu que les deux modèles permettent de prédire une importante part de la tendance à s'inquiéter de façon significative. Finalement, il est attendu que le M-II et le M-RED contribuent tous les deux à prédire des parts indépendantes et significatives de la tendance à s'inquiéter. En ce qui concerne la supériorité d'un modèle sur l'autre, la littérature actuelle ne fournit pas assez d'indices pour poser une hypothèse. L'objectif reste exploratoire. Dans le même sens, il est difficile de prévoir les variables du M-II et du M-RED qui seront les plus utiles pour prédire la tendance à s'inquiéter, une fois comparées les unes aux autres. Toutefois, nous croyons que l'intolérance à l'incertitude est l'une des variables qui prédira la tendance à s'inquiéter avec le plus de poids.

Le deuxième objectif de la présente étude est d'examiner le chevauchement entre le M-II et le M-RED, c'est-à-dire les relations entre les processus ciblés par ces deux modèles.

D'après les études antérieures, il est attendu que l'intolérance à l'incertitude sera reliée de façon significative aux réactions négatives face à ses émotions. Cependant, nous croyons aussi que les résultats révéleront de nombreuses relations significatives entre les différentes variables du M-II et du M-RED.

Méthode

Participants

L'échantillon de cette étude est composé de 450 adultes francophones. Il s'agit de 365 femmes (âge moyen = 26,93, $ET = 8,98$) et de 85 hommes (âge moyen = 30,42, $ET = 12,42$), dont l'âge varie de 18 à 63 ans. Parmi eux, 298 participants indiquent être aux études, 151 indiquent occuper un emploi, être en congé de maternité ou être à la recherche d'un emploi, et 1 participant indique être retraité. Dans une proportion de 90,89 %, les participants possèdent (ou sont en voie d'obtenir) un diplôme universitaire.

Mesures

En plus d'un questionnaire recueillant des données sociodémographiques (sexe, âge, etc.), les questionnaires suivants ont été administrés :

Le *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State* (QIPS; Meyer, Miller, Metzger et Borkovec, 1990) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure la tendance générale à s'inquiéter chez les adultes. Il comprend 16 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). La version francophone du questionnaire (Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston, 2001) reproduit la structure unifactorielle du questionnaire original. Elle démontre aussi une excellente stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,86$), une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et d'excellents indices de validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2001).

Le *Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude* (QII; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës ou incertaines. Il contient 27 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). La cohérence interne du QII est excellente ($\alpha = 0,91$; Freeston *et al.*, 1994), son indice de stabilité temporelle est satisfaisant

($r = 0,78$ sur 5 semaines; Dugas, Freeston et Ladouceur, 1997) et sa validité convergente et divergente est satisfaisante (Freeston *et al.*, 1994).

Le questionnaire *Pourquoi S'Inquiéter-II* (PSI-II; Gosselin *et al.*, 2003) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure cinq types de croyances erronées sur l'inquiétude, soit qu'elle (1) a un impact sur le cours des événements, (2) augmente la motivation, (3) représente un trait positif de la personnalité, (4) protège contre les émotions négatives et (5) aide à résoudre les problèmes. La présence et la sévérité de chacune des croyances sont établies à l'aide de 25 items cotés sur une échelle de type Likert à 5 niveaux (de 1, *pas du tout vrai* à 5, *tout à fait vrai*). Le PSI-II possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,93$; $\alpha = 0,83$ à $0,88$ pour les sous-échelles), une très bonne stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,81$) et une excellente validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2003).

Le *Questionnaire sur l'Évitement Cognitif* (QEC; Gosselin *et al.*, 2002) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure les stratégies d'évitement cognitif en cinq sous-échelles : (1) *substitution de pensées*, (2) *transformation d'images en pensées verbales*, (3) *distraction*, (4) *évitement de stimuli déclenchant des pensées désagréables* et (5) *suppression de pensées*. Il contient 25 items qui sont cotés sur une échelle de type Likert à 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *tout à fait correspondant*). Le QEC présente une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,95$; $\alpha = 0,71$ à $0,90$ pour ses sous-échelles), une bonne stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,81$) et une bonne validité convergente (Gosselin *et al.*, 2002).

Le *Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes* (QAP; Gosselin *et al.*, 2005) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure l'attitude cognitive inefficace des gens à l'égard des problèmes de la vie de tous les jours. Il contient 12 items qui sont cotés sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). Le QAP possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,90$), une bonne stabilité temporelle (5 semaines; $r = 0,83$) et une bonne validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2005).

Le *Berkeley Expressivity Questionnaire* (BEQ; Gross et John, 1995) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure à la fois la tendance à avoir de fortes réponses émotionnelles et le degré avec lesquelles ces émotions sont exprimées ouvertement. Ses 16 items sont cotés sur une échelle de type Likert de 7 niveaux (de 1, *fortement en désaccord* à 7, *fortement en accord*). Ils sont répartis en trois sous-échelles : (1) *impulsion*, (2) *expression*

négative et (3) *expression positive*. Le BEQ montre une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,85$), une bonne stabilité temporelle (2 mois; $r = 0,86$ pour le score total; $r = 0,71$ à $0,82$ pour ses sous-échelles), ainsi qu'une bonne validité de convergence avec une cotation effectuée par des pairs (Gross et John, 1997). Ses sous-échelles présentent des niveaux de cohérence interne acceptables ($\alpha = 0,68$ à $0,78$) et sont corrélées avec des observations comportementales en laboratoire (Gross et John, 1997). La cohérence interne et la structure factorielle de la version francophone du BEQ (Séguin, 1988) ont été vérifiées par Ouellet, Provencher et Langlois (2012). Elles sont comparables à celles de la version originale.

L'*Échelle des difficultés de régulation des émotions* (Côté et Carrier, 2007) est l'adaptation francophone de la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz et Roemer, 2004). Elle a été développée afin de mesurer les difficultés de régulation émotionnelle de façon globale. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté à 36 items, qui sont répartis en six sous-échelles : (1) *manque d'acceptation de ses réponses émotionnelles*, (2) *difficultés à s'engager dans des comportements orientés vers un but en présence de détresse*, (3) *difficultés à contrôler ses impulsions en présence de détresse*, (4) *manque de conscience émotionnelle*, (5) *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* et (6) *manque de clarté émotionnelle*. Chacun des items est coté sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *presque jamais* à 5, *presque toujours*). L'adaptation francophone du questionnaire montre des qualités psychométriques comparables à la version originale : une structure factorielle convergeant vers 6 facteurs, une cohérence interne très satisfaisante ($\alpha = 0,94$ pour le score total; $\alpha = 0,74$ à $0,90$ pour les sous-échelles) et une bonne stabilité temporelle (4 à 8 semaines; score total : $r = 0,84$; sous-échelles : $r = 0,67$ à $0,81$) (Côté, Gosselin et Dagenais, 2013).

Procédure

Les participants ont rempli la batterie de questionnaires à un seul moment, sous format papier ou électronique. Le format électronique des questionnaires a été réalisé à l'aide du logiciel de sondage *Survey Methods*. La batterie de questionnaires sous format électronique était accessible sur Internet à toute personne qui en possédait le lien électronique.

Analyses

D'abord, comme le TAG est principalement caractérisé par des inquiétudes, la tendance à s'inquiéter est la variable qui a été choisie pour le représenter. Ensuite, les quatre variables du M-II ont été mesurées par le QII, le PSI-II, le QEC et le QAP. Les quatre variables du M-RED ont été mesurées par (1) le BEQ, (2) la sous-échelle *manque de clarté émotionnelle* de la DERS, (3) la combinaison des sous-échelles *manque de conscience émotionnelle* et *manque d'acceptation de ses réponses émotionnelles* de la DERS et (4) la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* de la DERS. L'utilisation du score total du BEQ pour représenter l'expérience émotionnelle de forte intensité est fidèle à la méthode originale de l'équipe de Mennin (e.g., Mennin *et al.*, 2005; Mennin *et al.*, 2007). L'utilisation des sous-échelles de la DERS pour mesurer les trois autres variables du modèle est fidèle aux récentes études (McLaughlin, Mennin et Farach, 2007; Mennin, McLaughlin et Flanagan, 2009; Tsypes, Aldao et Mennin, 2013).

Les conditions d'utilisation de la régression linéaire ont été vérifiées selon les recommandations de Tabachnick et Fidell (2006). D'abord, la taille de l'échantillon respecte la règle de 40 participants par variable indépendante. Ensuite, la normalité et la linéarité multivariées ont été confirmées par l'observation graphique de la distribution des résidus. L'absence de multicollinéarité a été vérifiée par l'observation des indices de colinéarité, qui se sont montrés satisfaisants (e.g., VIF < 10). L'examen des distances de Mahalanobis (chi carré $p < 0,001$) a permis d'identifier 7 participants dont les réponses constituaient des extrêmes multivariés. Considérant qu'ils ne faisaient pas partie de la population visée, ils ont été retirés (N final pour les analyses = 443).

Au préalable, une matrice de corrélations a été produite. Ensuite, deux régressions linéaires hiérarchiques multiples ont été conduites. Dans les deux cas, la variable dépendante était la tendance à s'inquiéter. Dans la première régression, les variables du M-II et les variables du M-RED ont été entrées en deux blocs distincts. La seconde régression a été conduite de la même façon, mais en inversant l'ordre des blocs. La contribution du modèle entré dans le deuxième bloc de chacune de ces régressions a été observée, afin de vérifier si elle était significative. Les intervalles de confiance (IC) à 95 % du changement du R^2 associés au deuxième bloc de chacune de ces régressions ont aussi été calculés avec le logiciel de

Steiger et Fouladi (1992). Ce calcul a permis de vérifier si l'un des deux modèles expliquait une plus grande part unique de la tendance à s'inquiéter que l'autre (en bonifiant plus son concurrent que l'inverse).

Une régression linéaire statistique *stepwise* a aussi été conduite avec les variables du M-II et du M-RED comme variables indépendantes. Elle visait à prédire la tendance à s'inquiéter. Cette analyse a été sélectionnée puisqu'elle permet d'identifier les variables qui sont les plus utiles pour prédire une variable dépendante. Elle débute avec un modèle vide et fonctionne par étape. Lors de chacune d'entre elles, les prédicteurs sont comparés. Celui qui est le plus fortement corrélé avec la variable dépendante est ajouté à l'équation et se voit attribuer la part de variance expliquée qu'il partage avec les prédicteurs moins performants que lui. Les prédicteurs qui ne permettent pas de bonifier la part de variance expliquée à l'étape suivante sont éliminés (Tabachnick et Fidell, 2006).

Résultats

Les scores moyens et les écarts types obtenus pour toutes les variables à l'étude sont présentés dans le Tableau 1. Le score total moyen obtenu à la DERS est de 84,22 ($ET = 21,98$). Toutes les variables présentent une distribution normale. Les coefficients de corrélation de Pearson (corrélations simples) sont aussi présentés dans le Tableau 1. Les variables des deux modèles sont toutes corrélées de façon significative avec la tendance à s'inquiéter. Trois variables se démarquent en raison de leurs forts coefficients de corrélation avec la tendance à s'inquiéter : l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes (variables du M-II) et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions (variable du M-RED). Toutes les variables du M-II corrélaient de façon significative avec celles du M-RED, sauf avec l'expérience émotionnelle de forte intensité. En majorité, ces corrélations sont modérées ou fortes (selon Cohen, 1992 : $r = 0,10$ indique une relation faible, $r = 0,30$ indique une relation modérée et $r = 0,50$ indique une relation forte).

Insérer Tableau 1 ici

Les résultats de la première régression hiérarchique visant à prédire la tendance à s'inquiéter (bloc 1 = variables du M-II, bloc 2 = variables du M-RED) sont présentés dans le Tableau 2. Le tableau inclut les changements du R^2 aux différentes étapes de la régression et les contributions des variables qui composent les deux blocs après leur ajout. Le modèle total permet de prédire 54 % de la variance de la tendance à s'inquiéter, $F(8, 434) = 62,87$, $p < 0,001$. Après le bloc 1, lorsque seules les variables du M-II sont entrées dans l'équation, le modèle permet de prédire 50 % de la variance de la tendance à s'inquiéter, $F(4, 438) = 109,95$, $p < 0,001$. À l'intérieur de ce premier bloc, les analyses révèlent que l'intolérance à l'incertitude, les croyances erronées sur l'inquiétude et l'orientation négative face aux problèmes contribuent à prédire une part indépendante significative de la variance de la tendance à s'inquiéter, contrairement à l'évitement cognitif. L'orientation négative face aux problèmes et l'intolérance à l'incertitude se démarquent alors comme les variables qui ont le plus de poids, permettant d'expliquer 12 % de la variance de la tendance à s'inquiéter et ce, au-delà des autres variables du M-II. Le bloc 2 améliore le modèle de façon significative, les variables du M-RED contribuant à expliquer une part additionnelle de la variance de la tendance à s'inquiéter qui équivaut à 4 %, $F_{inc.}(4, 434) = 8,39$, $p < 0,001$. Une fois toutes les variables entrées dans l'équation, l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes et les croyances erronées sur l'inquiétude continuent de prédire une part indépendante significative de variance de la tendance à s'inquiéter. Du côté du M-RED, l'expérience émotionnelle de forte intensité et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions permettent elles aussi de prédire la tendance à s'inquiéter et ce, au-delà des contributions de toutes les autres variables.

Lors de la deuxième régression visant à prédire la tendance à s'inquiéter, les blocs ont été inversés (bloc 1 = variables du M-RED, bloc 2 = variables du M-II). Les résultats de cette analyse sont présentés dans le Tableau 3. Ce tableau inclut les changements du R^2 aux différentes étapes de la régression et les contributions des variables après le premier bloc. Après le bloc 1, lorsque seules les variables du M-RED sont entrées dans l'équation, le modèle permet de prédire 41 % de la variance de la tendance à s'inquiéter, $F(4, 438) = 77,38$, $p < 0,001$. À l'intérieur de ce premier bloc, les analyses révèlent que l'expérience émotionnelle de forte intensité et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions contribuent à prédire une part indépendante significative de la variance de la tendance à

s'inquiéter, contrairement à la faible compréhension de ses émotions et des réactions négatives face à ses émotions. Parmi ces contributions, celles de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions se démarque en permettant d'expliquer 22 % de la variance de la tendance à s'inquiéter et ce, au-delà des autres variables du M-RED. Ensuite, le bloc 2 améliore le modèle de façon significative, les variables du M-II contribuant à expliquer une part additionnelle de la variance de la tendance à s'inquiéter qui équivaut à 12 %, $F_{inc.}(4, 434) = 28,75, p < 0,001$. Les contributions de chacune des variables, après l'ajout du deuxième bloc, n'ont pas été détaillées dans le Tableau 3. En effet, une fois les deux blocs considérés, ces contributions spécifiques sont identiques pour la première et pour la deuxième régression.

Insérer Tableaux 2 et 3 ici

Les IC à 95 % du changement du R^2 associés aux deuxièmes blocs des régressions hiérarchiques sont présentés dans les Tableaux 2 et 3. Ils révèlent que le M-II permet de bonifier le M-RED dans une plus grande proportion que l'inverse (12 % > 4 %). En effet, lorsque le M-RED est entré dans l'équation comme deuxième bloc, le changement du R^2 obtenu (0,04) se situe à l'extérieur de l'IC du changement du R^2 obtenu lorsque c'est le M-II qui est entré comme deuxième bloc (0,06-0,18). Pour terminer, la bonification que le M-II amène au M-RED est considérée comme modérée selon les critères de Cohen (1992; 0,02 = effet faible, 0,13 = effet modéré, 0,26 = effet large). Il faut noter qu'elle représente presque le quart de l'effet total obtenu lors de la combinaison des deux modèles (12 / 53 = 23 %).

Les résultats de la régression statistique *stepwise* visant à prédire la tendance à s'inquiéter sont présentés dans le Tableau 4. Celui-ci inclut le changement du R^2 obtenu à chacune des étapes, de même que les variables qui composent le modèle final avec leurs coefficients de régression. La régression *stepwise* visait à identifier les variables, dans l'ordre, qui permettent d'expliquer la tendance à s'inquiéter avec les contributions les plus importantes. Selon l'analyse, il s'agit d'abord de l'orientation négative face aux problèmes, suivie par l'intolérance à l'incertitude (variables du M-II), l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, l'expérience émotionnelle de forte intensité (variables du M-RED)

et les croyances erronées sur l'inquiétude (variable du M-II). Ensemble, ces variables expliquent 54 % de la variance de la tendance à s'inquiéter, $F(5, 437) = 100; 53, p < 0,001$. L'inclusion de l'évitement cognitif (variable du M-II), de la faible compréhension de ses émotions ou des réactions négatives face à ses émotions (variables du M-RED) dans le modèle n'amène pas de contribution supplémentaire significative à l'explication de la tendance à s'inquiéter.

Insérer Tableau 4 ici

Discussion

Cette étude visait d'abord à examiner les contributions du M-II et du M-RED à la prédiction de la tendance à s'inquiéter, la principale caractéristique du TAG. Toutes les hypothèses posées à ce sujet sont confirmées. Dans un premier temps, les résultats réitèrent que le M-II et M-RED ciblent tous les deux d'importants processus explicatifs de la tendance à s'inquiéter. Comme prédit, toutes les variables du M-II et du M-RED ont présenté des corrélations significatives avec la tendance à s'inquiéter. Ensuite, chacun des modèles a permis de prédire la tendance à s'inquiéter de façon significative et dans une large proportion. Cette démonstration est cohérente avec le fait que le M-II et le M-RED sont deux modèles du TAG bien reconnus dans la littérature (e.g., Behar *et al.*, 2009).

Ensuite, les résultats fournissent un appui à l'indépendance du M-II et du M-RED. Comme prédit, lorsque la contribution de l'ensemble des processus du M-II a été considérée, le M-RED a permis de prédire une part supplémentaire de la variance de la tendance à s'inquiéter. Dans le même sens, lorsque la contribution de l'ensemble des processus du M-RED a été considérée, le M-II a permis de prédire une part supplémentaire de la variance de la tendance à s'inquiéter. Jusqu'à maintenant, la littérature fournissait un appui à l'indépendance de l'intolérance à l'incertitude et de la peur des émotions (Buhr et Dugas, 2009; 2012; Lee *et al.*, 2010). En considérant le M-II et le M-RED dans leur ensemble, les résultats de la présente étude vont donc plus loin. En effet, même si l'ensemble des processus reliés à l'intolérance à l'incertitude ont été considérés (dont l'évitement cognitif, qui implique une difficulté à tolérer l'anxiété), les résultats montrent que le M-RED continue à contribuer de façon spécifique à

prédire la tendance à s'inquiéter. En d'autres mots, ces résultats suggèrent que chacun des modèles bonifie l'autre, apportant une contribution spécifique à la compréhension de la tendance à s'inquiéter.

Ces résultats suggèrent que la tendance à s'inquiéter implique deux processus importants : l'intolérance à l'incertitude et l'intolérance aux émotions. Ce constat rappelle le modèle de Krohne (*Model of Coping Mode*; Krohne, 1989, Krohne *et al.*, 2000), qui est le premier à avoir introduit la notion d'intolérance à l'incertitude. Ce modèle proposait d'expliquer les réactions individuelles dans les situations effrayantes et ambiguës par deux processus distincts : l'intolérance à l'incertitude et l'intolérance à l'éveil émotionnel. Dans ce modèle, l'intolérance à l'incertitude était spécifiquement associée à des réponses de vigilance, concentrées sur la recherche d'information reliée aux éléments stressants. De son côté, l'intolérance à l'éveil émotionnel était associée à des réponses d'évitement cognitif, qui consistent à détourner son attention des stimuli qui génèrent de la détresse. En somme, même si le M-II reprend des processus qui touchent aux deux axes du modèle (avec un élargissement de la notion d'intolérance à l'incertitude et l'inclusion de l'évitement cognitif dans le modèle), le M-RED semble mieux décrire la notion d'intolérance à l'éveil émotionnel.

Les résultats permettent d'ailleurs d'identifier au moins un processus décrit spécifiquement par le M-RED : l'expérience émotionnelle de forte intensité. En effet, cette variable n'a montré aucun lien avec les variables du M-II. Ces observations renforcent d'ailleurs l'hypothèse de Mennin *et al.* (2007), qui propose que la tendance à ressentir les émotions de façon intense n'est pas pathologique en soi, mais que c'est sa cooccurrence avec des déficits de régulation émotionnelle qui contribue à l'inquiétude excessive et au TAG. Ainsi, si l'intolérance à l'incertitude et l'évitement cognitif sont reconnus pour entraîner de fortes réactions émotionnelles (e.g., Ladouceur et Dugas, 1999), il est possible de croire que ces réactions intenses concernent plus spécifiquement l'anxiété et qu'elles sont indépendantes de la tendance générale à vivre des émotions fortes.

Dans un troisième temps, cette étude avait pour but de comparer la puissance explicative du M-II et du M-RED. À ce sujet, les résultats indiquent que le M-II a une meilleure capacité que le M-RED à prédire la tendance à s'inquiéter. En effet, l'addition des variables du M-II aux variables du M-RED a permis de bonifier significativement la proportion

de variance expliquée de la tendance à s'inquiéter et ce, de façon modérée (selon Cohen, 1992). L'addition des variables du M-RED aux variables du M-II n'ont permis, de leur côté, qu'une faible bonification (significative toutefois) de la tendance à s'inquiéter (selon Cohen, 1992). Le M-II apparaît donc mieux cibler les processus reliés à la tendance à s'inquiéter que le M-RED.

Dans la même veine, cette étude visait à identifier les variables, parmi celles du M-II et du M-RED, qui sont les plus utiles pour expliquer la tendance à s'inquiéter. D'abord, deux variables du M-II et une variable du M-RED se démarquent. Il s'agit de l'orientation négative face aux problèmes, de l'intolérance à l'incertitude et de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Lorsque les contributions de chacune des variables ont été comparées les unes avec les autres, les résultats ont confirmé que l'orientation négative face aux problèmes est la variable qui a le plus de poids pour prédire la tendance à s'inquiéter, suivie de l'intolérance à l'incertitude et de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Ensuite, l'expérience émotionnelle de forte intensité et les croyances erronées sur l'inquiétude ont permis de bonifier l'explication apportée par les variables précédentes, mais avec des poids plus modestes. Une fois ces cinq processus considérés, l'évitement cognitif, la faible compréhension de ses émotions et les réactions négatives face à ses émotions n'ont pas fourni de contribution additionnelle à l'explication de la tendance à s'inquiéter. D'ailleurs, il faut mentionner que l'évitement cognitif n'a pas non plus permis d'expliquer une part indépendante de la tendance à s'inquiéter lorsque seules les variables du M-II ont été contrôlées. C'est la même chose pour la faible compréhension de ses émotions et les réactions négatives face à ses émotions, qui n'ont pas permis d'expliquer une part indépendante de la tendance à s'inquiéter lorsque seules les variables du M-RED ont été contrôlées.

Du côté du M-II, ces résultats réitèrent les rôles prédominants de l'intolérance à l'incertitude et de l'orientation négative face aux problèmes dans la prédiction de l'inquiétude excessive, en comparaison aux deux autres variables du modèle (e.g., Dugas *et al.*, 2007). Du côté du M-RED, ils réitèrent les rôles prédominants de l'expérience émotionnelle de forte intensité et de l'utilisation de stratégies inefficaces de régulation de ses émotions (Mennin *et al.*, 2007). Cependant, ils suggèrent que l'utilisation de stratégies inefficaces de régulation de ses émotions est la variable clé du M-RED. Cette suggestion est cohérente avec la théorie du M-RED, puisque l'utilisation de stratégies inefficaces de régulation de ses émotions y est

décrite comme un large processus qui représente toutes les stratégies de régulation émotionnelle basées sur l'évitement des expériences. D'ailleurs toutes les autres variables du M-RED représentent des processus qui mènent, ultimement, à l'utilisation de stratégies inadéquates de régulation de ses émotions.

Finalement, la présente étude visait à examiner les relations entre le M-II et le M-RED. D'abord, les résultats des analyses par régression ont montré que le M-II et le M-RED expliquent une importante part de variance commune de la tendance à s'inquiéter. Ainsi, il semble que le M-II et le M-RED décrivent, malgré leurs langages distincts, plusieurs processus communs. Comme supposé, les résultats soutiennent d'ailleurs l'existence de nombreuses relations entre les variables du M-II et les variables du M-RED. L'intolérance à l'incertitude a montré des corrélations significatives avec trois variables du M-RED, soit la faible compréhension de ses émotions, les réactions négatives face à ses émotions et l'utilisation de stratégies inadéquates de régulation de ses émotions. Ensuite, les autres variables du M-II ont aussi montré des corrélations significatives avec ces trois mêmes variables du M-RED. La majorité de ces corrélations sont d'intensité modérée ou forte. Ces résultats fournissent un appui à de récentes études, qui proposent que l'intolérance à l'incertitude (Buhr et Dugas, 2009; 2012; Lee *et al.*, 2010) et l'évitement cognitif (Olatunji *et al.*, 2010) sont reliés à la peur des émotions. Ils vont cependant plus loin. En effet, les résultats obtenus suggèrent que tous les processus ciblés par le M-II entretiennent des liens significatifs avec divers déficits de régulation émotionnelle.

En somme, la présente étude s'est intéressée aux contributions spécifiques, mais aussi aux similarités entre le M-II et le M-RED. Selon Arch et Craske (2008), il s'agit d'une étape nécessaire au développement d'un modèle intégratif du TAG. Les corrélations observées dans cette étude permettent d'ailleurs de poser des hypothèses théoriques intégratives stimulantes. Par exemple, les résultats révèlent une corrélation d'intensité modérée entre l'intolérance à l'incertitude et la faible compréhension de son expérience émotionnelle. Ainsi, plus une personne rapporte des manifestations d'intolérance à l'incertitude, plus elle rapporte qu'elle ne comprend pas bien son expérience émotionnelle. Dans ce contexte, il serait intéressant d'explorer si les personnes intolérantes à l'incertitude présentent une difficulté objective à comprendre leurs émotions. En effet, il est possible qu'elles aient une bonne idée de leurs états émotionnels et des informations qu'ils transmettent, mais qu'elles ne se fassent pas confiance

en raison de leur intolérance à l'incertitude. Dans la même veine, les fortes relations mesurées entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes, les réactions négatives face à ses émotions et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions peuvent laisser croire que les gens qui sont intolérants à l'incertitude réagissent de façon similaire à l'incertitude liée aux problèmes de la vie quotidienne et à l'incertitude liée aux émotions négatives. Ainsi, face à un problème comme face à une émotion négative, les personnes intolérantes à l'incertitude pourraient avoir tendance à percevoir un obstacle, voire un danger. Il serait ainsi compréhensible qu'elles cherchent à contrôler, à éviter ou à limiter leurs émotions négatives. De plus, il est aussi possible qu'elles cherchent à contrôler, à éviter ou à limiter leurs réactions émotionnelles négatives secondaires à une émotion ou à un problème de la vie quotidienne. Il faut d'ailleurs mentionner que le fort lien entre l'orientation négative face aux problèmes et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions soulève plus spécifiquement la possibilité que ces variables puissent être expliquées par un facteur commun. Il pourrait s'agir d'une orientation négative plus générale, qui influence à la fois l'orientation adoptée face aux problèmes et face aux émotions. En somme, il est important de chercher à comprendre la relation de l'intolérance à l'incertitude et de l'orientation négative face aux problèmes avec l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. D'une part, ce sont les variables du M-II et du M-RED qui sont les plus fortement corrélées les unes avec les autres. De l'autre, il s'agit aussi des trois variables les plus importantes, parmi celles des deux modèles, dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter.

Il faut maintenant discuter des limites de la présente étude. D'abord, l'échantillon utilisé est composé principalement de participants de sexe féminin et d'un niveau de scolarité élevé. Ces caractéristiques doivent être considérées, puisqu'il n'est pas exclu que la contribution des variables du M-II et du M-RED dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter soit différente chez les hommes ou encore chez des gens moins scolarisés. De prochaines études devront donc viser l'utilisation d'échantillons mieux proportionnés en ce qui a trait au sexe des participants et à leur niveau de scolarité. Il serait d'ailleurs intéressant que ces études vérifient si ces variables sont modératrices. Ensuite, l'échantillon provient d'une population non clinique et recrutée principalement sur un campus universitaire. De plus, la seule variable dépendante utilisée dans la présente étude est la tendance à s'inquiéter. Bien qu'il s'agisse de la

principale caractéristique du TAG, cette variable ne représente pas l'ensemble des critères diagnostiques du trouble. Pour conclure que les résultats de la présente étude s'appliquent au TAG, celle-ci devra donc être répliquée avec des participants qui ont un TAG selon un questionnaire ou encore mieux, qui ont reçu un diagnostic de TAG par entrevue. Sans minimiser ce besoin de réplication, il faut toutefois rappeler que plusieurs théories du TAG, d'abord validées avec des participants qui présentent une forte tendance à s'inquiéter et recrutés sur des campus universitaires, ont ensuite été validées dans des échantillons cliniques.

Une autre limite concerne l'utilisation de questionnaires auto-rapportés pour mesurer l'ensemble des variables à l'étude. D'emblée, les questionnaires auto-rapportés peuvent difficilement rendre compte de toute la complexité de construits psychologiques. De plus, les mesures obtenues via des questionnaires auto-rapportés sont soumises à des biais, puisqu'elles dépendent du point de vue subjectif du participant et de ce qu'il veut révéler. Dans ce contexte, de prochaines études gagneraient à varier la nature des mesures utilisées.

D'autre part, il faut rappeler que l'appui à la supériorité du M-II par rapport au M-RED est préliminaire. D'abord, cette étude s'est penchée sur le M-II et le M-RED en tant que modèles conceptuels, mais pas sur les stratégies de traitement qui leur sont associées. Elle concerne donc leur puissance explicative, mais pas directement leur utilité au plan thérapeutique. De plus, il faut mentionner que certains facteurs pourraient avoir favorisé le M-II dans les analyses. En effet, le M-II décrit des construits qui sont plus près de l'inquiétude que le M-RED. Ensuite, il cible des processus cognitifs, tandis que l'inquiétude se décrit elle aussi comme un phénomène cognitif. Dans le même sens, jusqu'à maintenant, le M-II et ses mesures ont été plus étudiés et perfectionnés que le M-RED et ses mesures. L'outil utilisé pour mesurer les variables du M-RED n'a d'ailleurs pas été conçu spécifiquement dans ce but.

Pour terminer, une dernière nuance mérite d'être discutée. En effet, cette étude suggère que certaines variables sont plus centrales dans la compréhension de la tendance à s'inquiéter. Cependant, il serait inexact d'interpréter que les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif, la faible compréhension des émotions ou la réactivité négative face à ses émotions sont inutiles pour comprendre et traiter l'inquiétude excessive et le TAG. D'abord, il faut rappeler que ces variables se sont montrées corrélées avec la tendance à s'inquiéter. Ensuite, il faut souligner que chacune de ces variables fait partie intégrante d'un modèle

conceptuel validé. Il faut d'ailleurs tenir compte des limites des analyses statistiques utilisées. Dans les régressions linéaires multiples, lorsque certaines variables représentent des processus médiateurs, leurs effets sur la variable dépendante diminuent ou disparaissent au profit des variables centrales déjà considérées. Il faut donc chercher à comprendre les liens entre les variables avant de conclure qu'elles sont redondantes avec d'autres et inutiles. Pour terminer, il faut mentionner que les auteurs du M-II proposent déjà des pistes pour expliquer que les croyances erronées sur l'inquiétude et que l'évitement cognitif ne permettent pas de prédire l'inquiétude et le TAG avec le même poids que les deux autres variables de leur modèle (Dugas *et al.*, 2007). Concernant les croyances erronées sur l'inquiétude, ils précisent que leur importance clinique ne serait pas constante dans le temps, ni d'une personne à l'autre. Concernant l'évitement cognitif, ils suggèrent que les stratégies qui y sont associées peuvent être utilisées plus ou moins consciemment. De leur côté, les auteurs du M-RED proposent également des pistes pour expliquer que la faible compréhension de ses émotions et que les réactions négatives face à ses émotions sont ne sont pas associées à l'inquiétude et au TAG avec le même poids que les deux autres variables de leur modèle. En effet, Mennin et ses collaborateurs (Mennin *et al.*, 2007; 2009) concluent que ces deux premières variables sont davantage associées aux symptômes de la dépression et de la phobie sociale, deux troubles fréquemment observé en concomitance avec le TAG, plutôt qu'aux symptômes distinctifs du TAG.

En résumé, cette étude réitère que le M-II et le M-RED sont deux modèles qui reflètent bien les processus explicatifs de la tendance à s'inquiéter, la principale caractéristique du TAG. D'abord, les résultats suggèrent que chacun des modèles contribue de façon spécifique à la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Ils révèlent ensuite que la contribution du M-II est supérieure à celle du M-RED. En même temps, ils montrent que les mécanismes ciblés par le M-II et le M-RED se chevauchent de façon importante. En somme, cette étude fournit un argument au développement d'une conceptualisation de l'inquiétude excessive et du TAG qui intègre les processus reliés à l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle.

Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition*. Washington, DC : Auteur.
- Arch, J. J. et Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders : Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology : Science and Practice*, 15(4), 263-279. doi : 10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J. et Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD) : Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H. et Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 126-138. doi : 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<126::AID-CPP193>3.0.CO;2-M
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry : An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 215-223. doi : 10.1016/j.brat.2008.12.004
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 1-17. doi : 10.1521/ijct.2012.5.1.1
- Carrier, M. H. et Côté, G. (2010). Évaluation de l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée combiné à des stratégies de régulation des émotions et d'acceptation et d'engagement expérientiel. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 60(1), 11-25. doi : 10.1016/j.erap.2009.06.002
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi : 10.1037//0033-2909.112.1.155
- Côté, G. et Carrier, M.-H. (2007). *Échelle des difficultés de régulation des émotions*. Traduction du *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Document inédit.
- Côté, G., Gosselin, P. et Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(2), 63-72. doi : 10.1016/j.jtcc.2013.01.005
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593-606. doi : 10.1023/A:1021890322153
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. doi : 10.1016/S0005-7967(97)00070-3

- Dugas, M. J., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry : Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi : 10.1023/A:1005553414688
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. et Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing : Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy & Research*, 29(1), 57-70. doi : 10.1007/s10608-005-1648-9
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. et Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder : Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825. doi : 10.1037/0022-006X.71.4.821
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., ... Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38(2), 169-178. doi : 10.1016/j.beth.2006.07.002
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? Dans C. L. Davey et A. Wells (dir.), *Worry and its psychological disorders : Theory, assessment and treatment* (p. 359-378). London : John Wiley and Sons, Ltd.
- Fisher, P. L. et Wells, A. (2011). Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 127-132. doi : 10.3928/00485713-20110203-11
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi : 10.1037//0033-2909.99.1.20
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. doi : 10.1016/0191-8869(94)90048-5
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G. et Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300. doi : 10.1016/j.cbpra.2013.02.001
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27, 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 53(3-4), 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : Le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15, 141-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J. et Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QEC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.

- Gosselin, P. et Magnan, S. (2010, mars). *Effets direct et indirects de l'intolérance à l'incertitude dans le trouble d'anxiété généralisée : Le rôle médiateur de variables cognitives spécifiques auprès d'un échantillon clinique*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Canada.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., ... Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35(12), 1747-1759. doi : 10.1017/S0033291705006069
- Gratz, K. L. et Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi : 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi : 10.1037//1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. et John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity : Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 555-568. doi : 10.1016/0191-8869(95)00055-B
- Gross, J. J. et John, O. P. (1997). Revealing feelings : Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 435-448. doi : 10.1037//0022-3514.72.2.435
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. et Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90. doi : 10.1002/da.20257
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K. et Laugesen, N. (2000, novembre). *Measuring beliefs about worry : A psychometric evaluation of the Why Worry-II Questionnaire*. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LO.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes : Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 235-248. doi : 10.1016/0146-6402(89)90027-1
- Krohne, H. W., Egloff, B., Varner, L. J., Burns, L. R., Weidner, G. et Ellis, H. C. (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance : Factorial structure, psychometric properties, and validity of the Mainz Coping Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 297-311. doi : 10.1023/A:1005511320194
- Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand et J. M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (p. 31-58). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. et Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder :

- Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964. doi : 10.1037//0022-006X.68.6.957
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L. et Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder : Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 126-136. doi : 10.1080/16506070902966918
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 14), 4-8.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S. et Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1735-1752. doi : 10.1016/j.brat.2006.12.004
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. et Ciesla, J. (2012, avril). Randomized control trial of Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder and comorbid depression. Dans M. Fraire et T. Ollendick (prés.), *Emotion regulation in anxiety disorders across the lifespan : Comorbidity and treatment*. Communication présentée au congrès annuel de l'Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. et Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 85-90. doi : 10.1093/clipsy/9.1.85
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. et Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi : 10.1016/j.brat.2004.08.008
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. et Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. doi : 10.1016/j.beth.2006.09.001
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A. et Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.04.006
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495. doi : 10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W. et Zlomke, K. R. (2010). Linking cognitive avoidance and GAD symptoms : The mediating role of fear of emotion. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5). doi : 10.1016/j.brat.2009.11.014
- Ouellet, C., Provencher, M. D. et Langlois, F. (2012, mars). *Validation d'une adaptation francophone du Berkeley Expressivity Questionnaire*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, Canada.
- Portman, M. E. (2009a). Future directions and recommendations. Dans M. E. Portman (dir.), *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan : An integrative approach* (p. 119-126). New York, NY: Springer.

- Portman, M. E. (2009b). Psychosocial treatments for adults with generalized anxiety disorder. Dans M. E. Portman (dir.), *Generalized anxiety disorder across the lifespan : An integrative approach* (p. 41-63). New York, NY : Springer.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder : A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5. doi : 10.1007/s10608-005-1644-0
- Séguin, J. (1988). *Berkeley Expressivity Questionnaire*. Manuscrit non publié. Université de Montréal, Canada.
- Steiger, J. H. et Fouladi, R. T. (1992). R^2 : A computer program for interval estimation, power calculation, and hypothesis testing for the squared multiple correlation. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 4, 581-582. doi : 10.3758/BF03203611
- Tabashnick, B. G. et Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5^e éd.). Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Tsypes, A., Aldao, A. et Mennin, D. S. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 197-203. doi : 10.1016/j.janxdis.2013.01.008
- Wittchen, H.-U., Krause, P., Hoyer, J., Beesdo, K., Jacobi, F., Hofler, M. et Winter, S. (2001). Prevalence and correlates of GAD in primary care. *Münchener Medizinische Wochenschrift, Fortschritte der Medizin*, 143, 17-25.

Tableau 1*Corrélations de Pearson (p bilatéral) entre les variables (N = 443)*

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Inquiétude		0,63***	0,36***	0,41***	0,67***	0,16**	0,28***	0,35***	0,63***
2. Intolérance			0,47***	0,52***	0,72***	0,04	0,39***	0,50***	0,64***
3. Croyances				0,32***	0,35***	-0,04	0,17***	0,22***	0,31***
4. Évitement					0,53***	0,05	0,30***	0,38***	0,49***
5. Orientation						0,05	0,37***	0,50***	0,77***
6. Intensité							-0,17***	-0,22***	0,09
7. Compréhension								0,51***	0,39***
8. Réactions									0,56***
9. Stratégies									
Moyenne	50,14	55,70	44,31	52,00	27,40	74,24	10,84	27,44	18,17
Écart-type	11,97	17,72	14,32	17,26	10,44	15,52	3,70	8,48	6,78

Note. 1 = tendance à s'inquiéter, 2 = intolérance à l'incertitude, 3 = croyances erronées sur l'inquiétude, 4 = évitement cognitif, 5 = orientation négative face aux problèmes, 6 = expérience émotionnelle de forte intensité, 7 = faible compréhension de ses émotions, 8 = réactions négatives face à ses émotions, 9 = utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions.

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$.

Tableau 2

Sommaire des résultats de la première régression linéaire hiérarchique visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) (N = 443)

Variables	R^2	$R^2_{\text{ajusté}}$	ΔR^2	B	$ES B$	β	sr^2
Bloc 1 : M-II	0,50	0,50	0,50 ^{***}				
1. Intolérance				0,17	0,04	0,25 ^{***}	0,03
2. Croyances erronées				0,07	0,03	0,08 [*]	0,00
3. Évitement cognitif				0,01	0,03	0,01	0,00
4. Orientation négative				0,52	0,06	0,46 ^{***}	0,09
Constante				22,85	1,63		
Bloc 2 : M-RED ajouté	0,54	0,53	0,04 ^{***} (IC = 0,01-0,07)				
1. Intolérance				0,16	0,04	0,23 ^{***}	0,02
2. Croyances erronées				0,07	0,03	0,09 [*]	0,01
3. Évitement cognitif				0,00	0,03	-0,01	0,00
4. Orientation négative				0,36	0,07	0,32 ^{***}	0,03
5. Intensité				1,33	0,43	0,11 ^{**}	0,01
6. Compréhension				0,05	0,13	0,02	0,00
7. Réactions				-0,08	0,06	-0,06	0,00
8. Stratégies				0,41	0,10	0,23 ^{***}	0,02
Constante				16,49	2,87		

Note. 1 = intolérance à l'incertitude, 2 = croyances erronées sur l'inquiétude, 3 = évitement cognitif, 4 = orientation négative face aux problèmes, 5 = expérience émotionnelle de forte intensité, 6 = faible compréhension de ses émotions, 7 = réactions négatives face à ses émotions, 8 = utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions.

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Tableau 3

Sommaire des résultats de la deuxième régression linéaire hiérarchique visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) (N = 443)

Variables	R^2	$R^2_{\text{ajusté}}$	ΔR^2	B	$ES B$	β	sr^2
Bloc 1 : M-RED	0,41	0,41	0,41 ^{***}				
1. Intensité				1,52	0,48	0,12 ^{**}	0,01
2. Compréhension				0,22	0,14	0,07	0,00
3. Réactions				0,02	0,07	0,01	0,00
4. Stratégies				1,04	0,08	0,59 ^{***}	0,22
Constante				21,42	3,00		
Bloc 2 : M-II ajouté	0,54	0,53	0,12 ^{***} (IC = 0,06-0,18)				

Note. 1 = expérience émotionnelle de forte intensité, 2 = faible compréhension de ses émotions, 3 = réactions négatives face à ses émotions, 4 = utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions.

^{***} $p < 0,001$, ^{**} $p < 0,01$, ^{*} $p < 0,05$.

Tableau 4

Résultats finaux de la régression linéaire statistique stepwise visant à prédire la tendance à s'inquiéter (QIPS) ($N = 443$)

Variabes	ΔR^2	B	$ES B$	β	sr^2
1. Orientation négative	0,46	0,36	0,07	0,32***	0,03
2. Intolérance à l'incertitude	0,04	0,15	0,03	0,22***	0,02
3. Stratégies inadaptées	0,02	0,37	0,09	0,21***	0,02
4. Intensité émotionnelle	0,01	1,48	0,41	0,12***	0,01
5. Croyances erronées	0,01	0,07	0,03	0,09*	0,01
Constante		15,07	2,39		

Note. 1= orientation négative face aux problèmes, 2 = intolérance à l'incertitude, 3 = utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, 4 = expérience émotionnelle de forte intensité, 5 = croyances erronées sur l'inquiétude.

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Chapitre 3 : Article 2

**L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : proposition
d'un modèle intégratif du trouble d'anxiété généralisée**

Caroline Ouellet

Université Laval

Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières

Martin D. Provencher

Université Laval

Patrick Gosselin

Université de Sherbrooke

Résumé

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) est un modèle conceptuel bien validé du trouble d'anxiété généralisée (TAG). Plusieurs études suggèrent que le TAG peut aussi être expliqué par des difficultés de régulation émotionnelle. Cette étude vise à proposer un modèle du TAG qui intègre une variable émotionnelle au M-II, puis à le tester dans un échantillon non clinique. Ce nouveau modèle stipule que l'intolérance à l'incertitude favorise le développement d'une orientation négative qui explique à la fois les réactions face aux problèmes et celles face aux émotions. L'orientation négative face aux émotions pourrait permettre d'expliquer la mise en application de moyens inefficaces pour gérer ses émotions dans le TAG. Deux cent quatre adultes francophones ont rempli des questionnaires auto-rapportés mesurant les variables du M-II, l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions et la tendance à s'inquiéter. Une analyse de médiation a d'abord confirmé que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions constitue un médiateur partiel de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. Un modèle d'équations structurelles, qui intègre le double rôle de l'orientation négative au M-II, a ensuite été testé et comparé à un modèle alternatif. Son ajustement s'est montré excellent et supérieur au modèle alternatif. Les résultats de cette étude appuient l'intégration du double rôle de l'orientation négative dans le M-II.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée, tendance à s'inquiéter, intolérance à l'incertitude, difficultés de régulation des émotions, orientation négative, modèle intégratif.

L'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle : proposition d'un modèle intégratif du trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) constitue un trouble de santé mentale chronique qui figure parmi les plus observés en soins de santé de première ligne (Lépine, 2002; Wittchen *et al.*, 2001). Il se distingue par la présence d'inquiétudes excessives (American Psychiatric Association, 2013). L'inquiétude consiste en l'appréhension d'événements futurs négatifs (Ladouceur et Dugas, 1999) par le biais d'un enchaînement de pensées et d'images mentales (Borkovec, Robinson, Pruzinsky et DePree, 1983). Cet enchaînement s'avère difficile à contrôler et s'accompagne d'émotions négatives (Borkovec *et al.*, 1983).

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le TAG

Dans les dernières années, les modèles conceptuels de l'inquiétude et du TAG se sont multipliés. L'un d'entre eux centre son explication sur l'intolérance à l'incertitude et trois processus qui en découlent : les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'orientation négative face aux problèmes. Le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II; Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston, 1998) est un modèle cognitivo-comportemental de « deuxième vague », puisqu'il cible des processus cognitifs inadaptés et les comportements dysfonctionnels qui leurs sont associés. Il propose que les individus qui souffrent du TAG présentent d'abord un faible seuil de tolérance à l'incertitude. Il s'agit d'une tendance excessive à considérer toute probabilité qu'un événement négatif puisse survenir comme inacceptable, même si cette probabilité est très faible (Dugas, Gosselin et Ladouceur, 2001). Dans une variété de situations de la vie quotidienne, l'intolérance à l'incertitude pousse à détecter les menaces potentielles et à s'inquiéter à leur sujet. Aujourd'hui, cette tendance est reconnue comme un facteur de vulnérabilité cognitive à l'anxiété et à l'inquiétude excessive (e.g., Carleton, 2012; Dugas et Robichaud, 2007; Koerner et Dugas, 2006). Selon Koerner et Dugas (2008), l'intolérance à l'incertitude peut être considérée comme telle puisqu'elle correspond à un ensemble de croyances et d'attitudes qui augmente le risque de développer des inquiétudes excessives, qu'elle contribue à l'étiologie des inquiétudes excessives, qu'elle est stable comme un trait de personnalité, mais qu'elle peut être manipulée par l'intervention.

Selon Dugas *et al.* (2004), l'intolérance à l'incertitude agit sur l'inquiétude par l'intermédiaire des trois autres variables du modèle. Les croyances erronées sur l'inquiétude consistent à croire que les inquiétudes sont utiles pour prévoir le pire, s'y préparer et l'éviter

(Holowka, Dugas, Francis et Laugesen, 2000; Gosselin *et al.*, 2003). Selon Dugas *et al.*, les personnes intolérantes à l'incertitude développent ces croyances pour se donner un sentiment de protection face aux événements négatifs éventuels. Puisque les événements craints surviennent rarement, ces croyances sont renforcées et contribuent à l'inquiétude (Borkovec, Hazlett-Stevens et Diaz, 1999). Ensuite, l'évitement cognitif réfère aux efforts mis en place pour chasser les images mentales d'un scénario redouté, les sensations d'anxiété qui les accompagnent et les pensées anxiogènes. Selon Dugas *et al.*, les personnes intolérantes à l'incertitude cherchent à chasser ces stimuli, puisqu'ils mettent en évidence la possibilité que des événements négatifs puissent survenir. Cependant, l'évitement cognitif renforce l'anxiété et l'inquiétude en empêchant de s'exposer suffisamment aux stimuli anxiogènes pour s'y habituer (Foa et Kozak, 1986). Pour terminer, l'orientation négative face aux problèmes est une tendance générale à percevoir les problèmes comme étant une menace à son bien-être, à être pessimiste lorsqu'un problème se présente et à douter de ses capacités à résoudre les problèmes avec succès. Selon Dugas *et al.*, les personnes intolérantes à l'incertitude réagissent négativement devant un problème puisqu'elles réagissent mal à l'incertitude inhérente aux problèmes, de même qu'à l'incertitude qu'elles ont par rapport à leurs capacités à les résoudre. Cette disposition cognitive entraîne une difficulté à mettre à profit ses habiletés face à un problème (Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005). Les problèmes non résolus, qui perdurent ou s'exacerbent, demeurent donc des sources d'inquiétude.

À ce jour, le M-II possède de nombreux appuis empiriques. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude apparaît reliée à l'inquiétude et ce, indépendamment du niveau d'anxiété et de dépression (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas et Ladouceur, 1994). La littérature suggère aussi qu'elle permet de distinguer des patients atteints du TAG de participants très inquiets qui ne font pas partie d'une population clinique (Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas, 1998). Ensuite, la recherche montre que les quatre variables du M-II sont associées aux symptômes du TAG (Dugas *et al.*, 2007) et qu'elles permettent de distinguer des patients atteints du TAG de participants d'un groupe contrôle (Dugas *et al.*, 1998). Pour terminer, la littérature fournit des appuis empiriques à l'effet médiateur des croyances erronées sur l'inquiétude, de l'évitement cognitif et de l'orientation négative face aux problèmes dans la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. D'abord, Gosselin et Magnan (2010) ont testé ces trois relations de médiation de façon successive et ce, dans un échantillon clinique. Leurs

résultats suggèrent qu'il s'agit de trois relations de médiation partielle. Ensuite, Ouellet, Langlois, Provencher et Gosselin (2012) ont testé ces relations dans un modèle unique, par le biais d'analyses en équations structurelles dans un échantillon non clinique. La majorité des indices d'ajustement de ce modèle se sont montrés excellents.

Les difficultés de régulation émotionnelle et le TAG

En parallèle au M-II, la présence de difficultés de régulation émotionnelle dans le TAG est aussi de plus en plus soutenue empiriquement (e.g., Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman et Staples, 2009). Le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED) résume ces difficultés en quatre variables : l'expérience émotionnelle de forte intensité, la difficulté à comprendre ses émotions, les réactions négatives face à ses émotions et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions (Mennin, Heimberg, Turk et Fresco, 2002). Le M-RED est associé aux modèles cognitivo-comportementaux de « troisième vague », puisqu'il cible l'inconfort et l'évitement face aux émotions et aux expériences intérieures qui leurs sont associées (pensées, images, souvenirs, sensations physiologiques) comme facteur de maintien du TAG.

Le modèle de l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle

En 2005, Riskind propose d'étudier les liens entre l'intolérance à l'incertitude, les difficultés de régulation émotionnelle et le TAG. Depuis, quelques études ont appuyé les effets additifs de l'intolérance à l'incertitude et des réactions négatives face à ses émotions sur la tendance à s'inquiéter (Buhr et Dugas, 2009; 2012; Lee, Orsillo, Roemer et Allen, 2010). De notre côté, nous avons récemment étudié les contributions de l'ensemble des variables du M-II et du M-RED sur la tendance à s'inquiéter (Ouellet, Provencher, Langlois et Gosselin, en prép.). D'abord, les résultats obtenus suggèrent que le M-II a une meilleure capacité à prédire la tendance à s'inquiéter que le M-RED. Cependant, ils montrent aussi que le M-RED permet d'expliquer une part supplémentaire de la tendance à s'inquiéter, au-delà de la contribution du M-II. De façon plus spécifique, les analyses montrent que cette part supplémentaire est attribuable à deux dimensions du M-RED : l'expérience émotionnelle de forte intensité et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Selon l'étude de Mennin, Holaway, Fresco, Moore et Heimberg (2007), il s'agit d'ailleurs des deux dimensions du M-

RED spécifiques au TAG. En effet, leurs résultats démontrent que les autres dimensions de leur modèle se retrouvent aussi dans la phobie sociale ou la dépression.

De son côté, l'expérience émotionnelle de forte intensité apparaît varier indépendamment du niveau d'intolérance à l'incertitude. En effet, nous n'avons pas observé de corrélation entre l'expérience émotionnelle de forte intensité et les processus dysfonctionnels qui composent le M-II (Ouellet *et al.*, en prép.). Ces observations sont cohérentes avec la théorie de l'expression émotionnelle comme avec la théorie de M-RED. En effet, Gross et John (1995) considèrent la variabilité de l'intensité de l'expérience émotionnelle comme un trait de personnalité et non comme un processus pathologique. Ensuite, Mennin *et al.* (2007) ont observé que l'expérience émotionnelle de forte intensité ne peut être expliquée par le même facteur que les autres difficultés émotionnelles de leur modèle. Ainsi, ils supposent que la tendance générale à présenter des réactions émotionnelles intenses ne devient problématique que lorsqu'elle est concomitante à d'autres déficits de la régulation émotionnelle.

Dans un autre ordre d'idées, nos résultats montrent que l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions est, quant à elle, reliée à tous les autres processus du M-II de façon significative. Plus particulièrement, elle s'est montrée fortement corrélée avec l'intolérance à l'incertitude ($r = 0,64$) et l'orientation négative face aux problèmes ($r = 77$; Ouellet *et al.*, en prép.). Selon le M-RED, l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions consiste à favoriser des stratégies de régulation émotionnelle basées sur l'évitement des expériences intérieures. Ces stratégies permettent de contenir ou d'apaiser les émotions inconfortables, mais seulement dans l'immédiat. En effet, les émotions évitées ont tendance à réapparaître avec plus d'intensité par la suite (Mennin *et al.*, 2002). De plus, selon Mennin et ses collègues (2002), ces stratégies peuvent mener à une expression limitée ou inadéquate des émotions, ce qui peut être à l'origine difficultés interpersonnelles.

La proposition d'une théorie intégrative

L'observation d'étroites relations entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes, l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions et la tendance à s'inquiéter ouvre la porte à la recherche d'explications théoriques cohérentes. Cet article vise donc à présenter et à tester une nouvelle théorie explicative du TAG, qui intègre l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions au M-II.

De façon générale, nous avançons qu'en présence d'un défi d'adaptation important, l'intolérance à l'incertitude nuit à deux aspects de l'autorégulation. D'abord, elle nuit à l'autorégulation efficace de l'action, par le biais de l'orientation négative face aux problèmes rencontrés. Ensuite, elle nuit à l'autorégulation émotionnelle efficace des émotions négatives, par le biais d'une orientation négative similaire face aux émotions ressenties. Au final, les problèmes non résolus comme les émotions négatives persistantes s'avèrent être des sources d'inquiétude. Cette théorie intégrative repose sur une série d'hypothèses, qui possèdent toutes des appuis théoriques dans la littérature.

Un autre processus médiateur

Dans un premier temps, cette théorie implique que l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions constitue un autre médiateur partiel de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. D'un point de vue conceptuel, le M-II propose déjà que l'intolérance à l'incertitude favorise l'inconfort et l'évitement des émotions et des expériences (pensées, images, sensations) suscitées par les éventualités négatives hautement improbables. En ce sens, l'idée que l'intolérance à l'incertitude favorise l'inconfort et l'évitement des émotions et des expériences intérieures dans d'autres contextes n'est qu'une extension de la théorie initiale. En même temps, cette extension a des implications importantes. D'un côté, elle permet de reconnaître le processus central du M-RED dans le M-II, en désignant maintenant l'évitement des émotions et des expériences intérieures comme méthode privilégiée de régulation émotionnelle dans le TAG. De l'autre, elle permet de l'intégrer au modèle, en proposant que l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions n'est pas seulement favorisée par des déficits émotionnels, mais aussi par l'intolérance à l'incertitude.

Dans un deuxième temps, la théorie proposée suggère qu'il n'est pas parcimonieux de conceptualiser l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions comme un médiateur indépendant de l'orientation négative face aux problèmes. En effet, du point de vue des théories de l'autorégulation, ces deux variables reflètent un processus similaire. D'abord, l'orientation négative face aux problèmes peut être conceptualisée comme un ensemble de réactions cognitives et émotionnelles qui nuit à l'autorégulation de l'action. Ensuite, l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, de la façon dont elle est

mesurée dans les différentes études, s'apparente à un ensemble de réactions cognitives et affectives similaire, qui nuit à l'autorégulation émotionnelle.

L'autorégulation de l'action et l'orientation négative face aux problèmes

Selon Carver et Scheier (2011), l'autorégulation de l'action représente les auto-ajustements qu'un individu exécute afin de progresser vers un objectif comportemental. Elle survient donc lorsque l'individu estime qu'il doit apporter des modifications à sa situation. D'après leur revue de la littérature, ce processus est composé de deux boucles de rétroaction internes. La première est la boucle de rétroaction de l'action. Elle implique une évaluation de l'écart entre sa situation actuelle et le but visé. Ce but est fonction des standards personnels de l'individu. Il peut impliquer de chercher à s'approcher d'une situation souhaitée ou de s'éloigner d'une menace. Cette évaluation pousse l'individu à poser des actions pour atteindre son but. La deuxième est la boucle de rétroaction affective. Elle s'exécute en parallèle à la boucle de rétroaction de l'action. Elle évalue la qualité des actions posées. Si la progression se déroule comme souhaitée ou encore mieux, des émotions neutres ou positives sont générées. Si la progression n'évolue pas comme souhaitée, des émotions négatives sont générées. Ces émotions agissent comme un signal qu'une action doit être maintenue ou modifiée.

Maintenant, différentes théories considèrent que l'autorégulation de l'action précède l'engagement dans la résolution de problèmes. Ces théories soulignent que l'autorégulation face à une situation-problème n'est pas seulement fonction des capacités réelles de l'individu à planifier son action et à l'exécuter de façon efficace, mais aussi de l'influence de plusieurs facteurs cognitifs et affectifs. Par exemple, Zimmerman soutient que l'autorégulation face à un problème comprend l'analyse de la tâche et les croyances motivationnelles (Zimmerman, 2000; Zimmerman et Campillo, 2003). De ce point de vue, l'individu analyse les caractéristiques de la tâche pour en comprendre la nature, se fixer des objectifs de performance et déterminer les stratégies nécessaires pour les atteindre. Cependant, différents processus influencent l'analyse de la tâche et la motivation à s'engager dans la résolution du problème. Par exemple, les croyances d'auto-efficacité, les attentes de résultats et l'orientation vers un but. D'autre part, certains auteurs considèrent aussi l'influence des expériences métacognitives (Akama, 2006; Lefebvre-Pinard et Pinard; 1985; Efklides, 2006). Les expériences métacognitives représentent les sentiments, les jugements et les estimations qui surviennent au cours d'une démarche

cognitive (Flavell, 1979; Efklides, 2006). Lefebvre-Pinard et Pinard (1985) distinguent les expériences métacognitives des stratégies cognitives et des stratégies métacognitives. Selon leur modèle, l'autorégulation comprend ces trois dimensions. Les stratégies cognitives sont les moyens pris pour résoudre un problème, tandis que les stratégies métacognitives sont les moyens pris pour planifier, organiser, contrôler, évaluer et vérifier la progression vers l'objectif (Lefebvre-Pinard et Pinard, 1985). Ensuite, les expériences métacognitives informent l'individu du déroulement de son processus cognitif, mais d'un point de vue expérientiel. Les expériences métacognitives peuvent prendre la forme d'un sentiment de familiarité, d'un sentiment de connaissance ou d'un sentiment de confiance. Ensuite, elles incluent les jugements que l'individu porte au sujet de ses sentiments et leur source. Elles regroupent finalement les estimations que l'individu fait à propos des ressources nécessaires pour accomplir la tâche (Efklides, 2006). Efklides (2006) rappelle qu'il s'agit d'expériences subjectives très variables. Ainsi, l'information qu'elles transmettent n'est pas nécessairement exacte, peut être ignorée ou mal interprétée.

En somme, du point de vue des théories de l'autorégulation, l'orientation négative face aux problèmes regroupe des expériences cognitives et affectives qui nuisent à l'autorégulation efficace de l'action en face d'un problème. La définition de l'orientation négative face aux problèmes, proposée initialement par la théorie des problèmes sociaux, le met d'ailleurs particulièrement en évidence (e.g., Nezu et Nezu, 2001). Selon cette théorie, il s'agit d'une réaction cognitive et émotionnelle dysfonctionnelle qui implique la tendance générale à ignorer les problèmes qui surviennent, à identifier de façon erronée la source du problème, en l'attribuant à soi-même ou aux autres, à percevoir les problèmes comme une menace à son bien-être, à anticiper que les problèmes soient extrêmement difficiles à résoudre, à douter de sa capacité à résoudre un problème avec succès, de même qu'à devenir frustré et bouleversé quand un problème survient. L'orientation négative face aux problèmes s'apparente donc à un ensemble d'expériences qui nuisent à l'analyse de la tâche et à la motivation à appliquer des stratégies de résolution de problèmes.

L'autorégulation émotionnelle et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions

D'après la revue de la littérature de Koole, Van Dillen et Sheppes (2011), l'autorégulation émotionnelle (ou régulation émotionnelle) est le processus par lequel

l'individu compare son état émotionnel actuel avec celui désiré et prend des actions appropriées pour s'en approcher. Koole et ses collègues considèrent qu'il s'agit d'un phénomène comparable à l'autorégulation de l'action, mais qui porte sur des buts émotionnels. Selon la théorie de Lazarus (1991), l'autorégulation émotionnelle comporte deux étapes. D'abord, la survenue d'une réaction émotionnelle brute et immédiate face à un événement. Ensuite, une réaction émotionnelle secondaire. Koole *et al.* précisent que cette réaction émotionnelle secondaire est le résultat des stratégies d'autorégulation qui ont été mises en place soit pour maintenir ou exacerber une émotion souhaitée, soit pour faire diminuer une émotion non-désirée.

Du point de vue de la théorie de l'autorégulation émotionnelle, la définition de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions s'apparente au choix et à l'application de stratégies d'autorégulation émotionnelle inefficaces. En effet, Mennin et ses collègues (2002) soutiennent que les individus qui souffrent du TAG n'utilisent pas les bons moyens pour s'apaiser en présence d'émotions négatives. Cependant, une analyse de la mesure de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions suggère que, dans les études, cette sous-échelle reflète davantage des expériences cognitives et affectives que des moyens pris pour réguler ses émotions.

L'orientation négative face à ses émotions

L'outil utilisé dans les récentes études (McLaughlin, Mennin et Farach, 2007; Mennin, McLaughlin et Flanagan, 2009; Ouellet *et al.*, en prép.; Tsypes, Aldao et Mennin, 2013) pour mesurer l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions est la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions (Limited Access to Emotion Regulation Strategies)*. Ses items sont présentés dans l'Annexe A. Cette sous-échelle est tirée de l'*Échelle des difficultés de régulation des émotions (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz et Roemer, 2004)*. À la base, cette sous-échelle a été conçue pour mesurer l'accès qu'un individu estime avoir, lorsqu'il est bouleversé, à des stratégies de régulation émotionnelle efficaces. Selon Gratz et Roemer (2004), cette sous-échelle est associée à des difficultés à mettre en œuvre des stratégies efficaces de régulation émotionnelle. Cependant, elle n'est pas composée d'items qui décrivent le type de moyens qu'un individu met en place pour réguler ses émotions. Selon Gratz et Roemer, elle est plutôt composée d'items qui portent

sur la croyance qu'il y a peu à faire pour réguler ses émotions efficacement dans ces situations. Dans la littérature, certains auteurs considèrent d'ailleurs que cette sous-échelle mesure *l'incapacité perçue à générer des stratégies de régulation émotionnelle efficaces* (Marganska, Gallagher et Miranda, 2013).

Cependant, un examen approfondi des items de la sous-échelle de la DERS suggère qu'elle mesure un construit encore plus large. En effet, ses items semblent refléter des réactions cognitives et affectives face aux émotions qui s'apparentent aux caractéristiques de l'orientation négative adoptée face aux problèmes. Rappelons que l'orientation négative face aux problèmes va au-delà de la faible perception de compétence (Zumberg, Chang et Sanna, 2008), en incluant aussi la perception d'une menace à son bien-être, le pessimisme et la survenue d'émotions négatives (Gosselin *et al.*, 2005). En ce sens, des items de la sous-échelle de la DERS évoquent le faible sentiment de compétence à réguler ses émotions (ex. d'item : 22), mais aussi la perception d'une menace à son bien-être (ex. d'item : 36), le pessimisme (ex. d'item : 16) et des émotions négatives secondaires aux émotions négatives primaires (ex. d'item : 30).

En conclusion, la conceptualisation de la variable utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions comme une forme d'*orientation négative face à ses émotions* se base sur la validité de construit de la mesure utilisée. Cette conceptualisation est le résultat d'une démarche visant à expliquer l'importante corrélation observée entre l'orientation négative face aux problèmes et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Elle ne contredit donc pas l'idée que les individus qui souffrent du TAG appliquent des moyens inefficaces pour réguler leurs émotions. Elle ne fait que suggérer que la mesure utilisée reflète davantage des réactions cognitives et affectives qui font obstacle à l'utilisation de ces moyens. Ainsi, elle suggère que ces réactions s'apparentent à l'orientation négative adoptée face aux problèmes, mais face à ses émotions.

Objectifs et hypothèses

L'objectif de la présente étude est de tester une théorie du TAG qui explique les relations entre le M-II, l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions et la tendance à s'inquiéter, en s'appuyant sur une analyse du construit mesuré par la sous-échelle de la DERS. Puisque ce construit ne reflète pas tout à fait l'utilisation de stratégies inadaptées

de régulation de ses émotions décrite dans le M-RED, le nom original de cette sous-échelle sera utilisé. Le terme *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* s'approche davantage de ce que les items semblent refléter, soit la survenue d'expériences intérieures (croyances, estimations, émotions, etc.) qui font obstacle à l'autorégulation émotionnelle efficace dans les situations bouleversantes.

La présente étude utilise la modélisation par équations structurelles pour tester trois hypothèses : 1) L'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions est un médiateur partiel de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. 2) L'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions reflètent deux manifestations d'un processus inefficace similaire : des réactions cognitives et affectives inadaptées qui s'opèrent à la fois face aux problèmes et face aux émotions négatives. Dans le M-II, l'effet médiateur de l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions peut donc être intégré par l'introduction d'un facteur, qui représente le processus commun à l'orientation négative aux problèmes et à l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions. 3) Un modèle où l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions est désigné comme un médiateur indépendant de l'orientation négative face aux problèmes est moins adéquat que le précédent.

Méthode

Participants

Les participants ont été recrutés de trois manières : par une brève présentation dans deux classes de cours du baccalauréat en psychologie de l'Université Laval, par un courriel envoyé aux étudiants et au personnel de l'Université Laval (via le système de messagerie de l'établissement), ainsi que par une annonce placée sur la page Web personnelle de l'auteure principale. L'échantillon comprend 204 adultes francophones. Il est composé de 171 femmes (âge moyen = 27,93, *ET* = 9,62) et de 33 hommes (âge moyen = 28,70, *ET* = 9,24). L'âge des participants de l'échantillon varie de 18 à 60 ans. Cent trente-trois participants ont indiqué être aux études et 71 ont indiqué être sur le marché du travail. Dans une proportion de 78,97 %, les participants possèdent (ou sont en voie d'obtenir) un diplôme universitaire.

Mesures

En plus d'un questionnaire recueillant des données sociodémographiques (sexe, âge, etc.), les questionnaires suivants ont été administrés :

Le *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State* (QIPS; Meyer, Miller, Metzger et Borkovec, 1990) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure la tendance générale à s'inquiéter chez les adultes. Il comprend 16 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). La version francophone du questionnaire (Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston, 2001) reproduit la structure unifactorielle du questionnaire original. Elle démontre aussi une excellente stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,86$), une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,92$) et d'excellents indices de validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2001).

Le *Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude* (QII; Freeston *et al.*, 1994) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales face aux situations ambiguës ou incertaines. Il contient 27 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). La cohérence interne du QII est excellente ($\alpha = 0,91$; Freeston *et al.*, 1994), son indice de stabilité temporelle est satisfaisant ($r = 0,78$ sur 5 semaines; Dugas, Freeston et Ladouceur, 1997) et sa validité convergente et divergente est satisfaisante (Freeston *et al.*, 1994).

Le questionnaire *Pourquoi S'Inquiéter-II* (PSI-II; Gosselin *et al.*, 2003) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure cinq types de croyances erronées sur l'inquiétude, soit qu'elle (1) a un impact sur le cours des événements, (2) augmente la motivation, (3) représente un trait positif de la personnalité, (4) protège contre les émotions négatives et (5) aide à résoudre les problèmes. La présence et la sévérité de chacune des croyances sont établies à l'aide de 25 items cotés sur une échelle de type Likert à 5 niveaux (de 1, *pas du tout vrai* à 5, *tout à fait vrai*). Le PSI-II possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,93$; $\alpha = 0,83$ à $0,88$ pour les sous-échelles), une très bonne stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,81$) et une excellente validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2003).

Le *Questionnaire sur l'Évitement Cognitif* (QEC; Gosselin *et al.*, 2002) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure les stratégies d'évitement cognitif en cinq sous-échelles

: (1) *substitution de pensées*, (2) *transformation d'images en pensées verbales*, (3) *distraction*, (4) *évitement de stimuli déclenchant des pensées désagréables* et (5) *suppression de pensées*. Il contient 25 items qui sont cotés sur une échelle de type Likert à 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *tout à fait correspondant*). Le QEC présente une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,95$; $\alpha = 0,71$ à $0,90$ pour ses sous-échelles), une bonne stabilité temporelle (4 semaines; $r = 0,81$) et une bonne validité convergente (Gosselin *et al.*, 2002).

Le *Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes* (QAP; Gosselin *et al.*, 2005) est un questionnaire auto-rapporté qui mesure l'attitude cognitive inefficace des gens à l'égard des problèmes de la vie de tous les jours. Il contient 12 items qui sont cotés sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *pas du tout correspondant* à 5, *extrêmement correspondant*). Le QAP possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = 0,90$), une bonne stabilité temporelle (5 semaines; $r = 0,83$) et une bonne validité convergente et divergente (Gosselin *et al.*, 2005).

L'*Échelle des difficultés de régulation des émotions* (Côté et Carrier, 2007) est l'adaptation francophone de la DERS (Gratz et Roemer, 2004). Elle a été développée pour mesurer les difficultés de régulation émotionnelle de façon globale. Il s'agit d'un questionnaire auto-rapporté à 36 items, qui sont répartis en six sous-échelles. Dans cette étude, seule la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* a été utilisée. Chacun des items est coté sur une échelle de type Likert de 5 niveaux (de 1, *presque jamais* à 5, *presque toujours*). L'adaptation francophone du questionnaire montre des qualités psychométriques comparables à la version originale : l'évaluation de sa structure factorielle converge vers six facteurs, sa cohérence interne est très satisfaisante ($\alpha = 0,94$ pour le score total; $\alpha = 0,74$ à $0,90$ pour les sous-échelles) et sa stabilité temporelle est bonne (4 à 8 semaines; $r = 0,84$ pour le score total; $r = 0,67$ à $0,81$ pour les sous-échelles) (Côté, Gosselin et Dagenais, 2013).

Procédure

Les participants ont rempli la batterie de questionnaires à un seul moment, sous format papier ou électronique. Le format électronique des questionnaires a été réalisé à l'aide du logiciel de sondage *Survey Methods*. La batterie de questionnaires sous format électronique était accessible sur Internet à toute personne qui en possédait le lien électronique.

Analyses

Les conditions d'utilisation des régressions linéaires et des analyses par équations structurelles ont été vérifiées selon les recommandations de Tabachnick et Fidell (2006). Ainsi, une régression linéaire standard a été conduite avec toutes les variables indépendantes. La normalité et la linéarité ont été confirmées par l'observation graphique de la distribution des résidus. Les indices de colinéarité se sont montrés satisfaisants (e.g., VIF < 10). L'examen des distances de Mahalanobis (chi carré $p < 0,001$) n'a montré aucun extrême multivarié.

L'hypothèse de médiation a été testée selon la méthode suggérée par Baron et Kenny (1986). Trois régressions linéaires ont donc été conduites en mode standard. La première pour estimer la relation totale entre la variable indépendante et la variable prédite, la deuxième pour estimer la relation entre la variable indépendante et la variable médiatrice, la troisième pour estimer la relation directe entre la variable indépendante et la variable prédite et ce, lorsque l'effet de la variable médiatrice est contrôlé. Ensuite, un test de Sobel (Sobel, 1982) a été effectué à l'aide d'un calculateur disponible sur Internet (Soper, n.d.). Pour les tests de médiation, un échantillon d'au moins 150 à 200 participants est généralement recommandé (Warner, 2013). Cette condition est donc respectée dans la présente étude.

Les deuxième et troisième hypothèses ont été examinées dans un modèle d'équations structurelles qui intègre l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions au M-II. Ce modèle présente les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'orientation négative comme trois médiateurs partiels de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. Dans les analyses, l'intolérance à l'incertitude, les croyances erronées sur l'inquiétude et l'évitement cognitif ont été mesurés de façon directe. L'orientation négative a quant à elle été mesurée de façon indirecte. Elle représente la variance commune entre deux variables mesurées de façon directe : l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions. Il s'agit donc d'une variable latente (facteur), qui permet d'expliquer à la fois l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions.

L'étiquette d'orientation négative a été choisie en fonction des lignes directrices suggérées pour nommer un facteur. D'abord, le nom donné à un facteur dépend de la signification de la combinaison particulière des variables observées qui corréleront fortement

avec lui (Tabachnick et Fidell, 2006). En ce sens, l'étiquette d'orientation négative repose sur une analyse de la variance commune entre les deux construits mesurés qu'elle permet d'expliquer selon le modèle proposé. Ensuite, selon Rummel (1970), l'étiquette donnée à un facteur doit permettre de comprendre la nature du facteur, stimuler l'intérêt, suggérer des hypothèses, être facile à mémoriser et être appropriée pour une utilisation future. En ce sens, l'étiquette d'orientation négative fait référence à un ensemble de réactions cognitives et affectives déjà décrites par le M-II face aux problèmes. Elle stimule l'intérêt en proposant une théorie intégrative. Elle rappelle notre hypothèse, soit que l'intolérance à l'incertitude favorise une orientation négative similaire face aux problèmes et face aux émotions. Pour terminer, l'étiquette d'orientation négative permet de conserver le vocabulaire du M-II, tout en permettant d'intégrer facilement les variables du M-RED dans sa conceptualisation du TAG.

La dernière hypothèse a été testée par la comparaison du modèle précédent à un modèle d'équations structurelles alternatif. Dans ce modèle alternatif, les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif, l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions représentent quatre médiateurs partiels distincts de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter.

Les analyses ont été conduites avec le logiciel EQS (version 6.1). Comme la variable latente ne possède pas d'échelle de mesure, le coefficient de régression de son effet sur l'orientation négative face aux problèmes a été fixé à 1,00. Cette méthode est fidèle aux recommandations de Byrne (2006). La méthode du Maximum de vraisemblance a été sélectionnée. Les critères suivants ont été utilisés pour évaluer l'ajustement des modèles : le Chi-carré (χ^2) divisé par ses degrés de liberté (df), qui indique un ajustement acceptable lorsqu'il est plus petit que 5 et un ajustement appréciable lorsqu'il est plus petit que 2; le *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), qui indique un ajustement acceptable lorsqu'il est plus petit que 0,08 et appréciable lorsqu'il est plus petit que 0,05 (Jöreskog et Sörbom, 2004); le *Comparative Fit Index* (CFI) et le *Adjusted Goodness of Fit Index* (AGFI), qui indiquent un ajustement acceptable lorsqu'ils sont plus élevés que 0,90 et un ajustement appréciable lorsqu'ils sont plus élevés que 0,95 (Byrne, 2006). Finalement, le *Consistent Akaike's Information Criterion* (CAIC) a été utilisé pour comparer l'ajustement des deux modèles, alors que sa plus petite valeur indique un meilleur ajustement (Hu et Bentler, 1995).

Résultats

Une matrice des corrélations est présentée dans le Tableau 1. Toutes les variables sont corrélées de façon significative avec la tendance à s'inquiéter. Toutes les variables corrélient également entre elles de façon significative.

Insérer Tableau 1 ici

Test du modèle de médiation

Les résultats montrent d'abord que les trois conditions de la médiation partielle de la relation entre l'intolérance à l'incertitude (X) et la tendance à s'inquiéter (Y) par le biais de l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions (M) sont respectées. Une première régression montre que l'intolérance à l'incertitude permet de prédire 43 % de la variance de la tendance à s'inquiéter de façon significative, $F(1, 202) = 149,50, p < 0,001$. Une deuxième régression montre que l'intolérance à l'incertitude permet de prédire 40 % de la variance de l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions de façon significative, $F(1, 202) = 132,00, p < 0,001$. Une dernière régression montre que l'intolérance à l'incertitude permet encore de prédire la variance de la tendance à s'inquiéter de façon significative, même lorsque l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions est contrôlé. La part de variance que l'intolérance à l'incertitude peut expliquer de façon indépendante correspond à 12 %, $t = 6,91, p < 0,001$. Il s'agit donc d'une part plus faible que dans la première régression. La Figure 1 présente un diagramme de la relation de médiation, avec les coefficients de régression standardisés obtenus et les erreurs de mesure qui leurs sont associées. Les équations de régression avec les coefficients de régression non standardisés et les erreurs standards sont présentés en-dessous du diagramme. Ces équations ont été utilisées pour réaliser le test de Sobel. Le résultat de ce test révèle que la relation de médiation partielle est significative ($z = 4,64, p < 0,001$).

Insérer Figure 1 ici

Test du modèle intégratif

La Figure 2 présente le modèle intégratif proposé avec les coefficients de régressions standardisés obtenus. Afin de ne pas alourdir la figure, les valeurs du R^2 sont présentées au lieu des erreurs de mesure et du résidu. D'abord, les indices d'ajustement du modèle intégratif proposé sont tous acceptables ou excellents : $\chi^2(6) = 14,47$ ($p < 0,05$), donc $\chi^2/dl = 2,41$; RMSEA = 0,08 (IC à 90 % = 0,03-0,14); CFI = 0,98; AGFI = 0,92; CAIC = -23,44. Ensuite, tous les coefficients de régression sont significatifs, à l'exception de deux. D'abord, les croyances erronées sur l'inquiétude ne montrent pas un lien significatif avec la tendance à s'inquiéter lorsque la contribution des autres variables est contrôlée. Ensuite, l'intolérance à l'incertitude ne présente plus d'effet direct sur la tendance à s'inquiéter en présence des trois médiateurs désignés par le modèle. Ces résultats indiquent que l'effet de l'intolérance à l'incertitude sur la tendance à s'inquiéter est expliqué de façon totale par ses effets indirects via l'évitement cognitif et l'orientation négative.

Insérer Figure 2 ici

Test du modèle alternatif

La Figure 3 présente le modèle alternatif avec les coefficients de régressions standardisés obtenus. Afin de ne pas alourdir la figure, les valeurs du R^2 sont présentées au lieu des erreurs de mesure. D'abord, les indices d'ajustement du modèle alternatif indiquent un ajustement pauvre et inférieur à celui du modèle intégratif testé précédemment : $\chi^2(6) = 67,02$ ($p < 0,05$), donc $\chi^2/dl = 11,17$; RMSEA = 0,22 (IC à 90 % = 0,18-0,27); CFI = 0,88; AGFI = 0,66; CAIC = 29,11. Ensuite, tous les coefficients de régression sont significatifs, excepté un. Comme pour le modèle précédent, les croyances erronées sur l'inquiétude ne montrent pas un lien significatif avec la tendance à s'inquiéter lorsque la contribution des autres variables est contrôlée. Cette fois, malgré le contrôle de quatre variables médiatrices, l'intolérance à l'incertitude montre toujours un effet significatif direct sur la tendance à s'inquiéter. Ces résultats indiquent que l'effet de l'intolérance à l'incertitude sur la tendance à s'inquiéter n'est pas complètement expliqué par ses effets indirects via les autres variables du modèle.

Insérer Figure 3 ici

Discussion

Cette étude visait à tester une théorie du TAG qui explique les relations entre le M-II, l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions et la tendance à s'inquiéter. Cette théorie tient compte de l'instrument de mesure généralement désigné pour mesurer l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Il s'agit de la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions*, qui reflète davantage un ensemble de réactions cognitives et émotionnelles face aux émotions négatives que la mise en application de stratégies inadaptées que ces réactions provoquent.

Dans un premier temps, les résultats réitérent que les variables du M-II sont reliées de façon significative à la tendance à s'inquiéter, tout comme l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions. Ensuite, comme dans notre étude précédente (Ouellet *et al.*, en prép.), ils montrent que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions est fortement relié à deux variables du M-II : l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative face aux problèmes.

Dans un deuxième temps, les résultats appuient l'hypothèse que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions est l'une des variables médiatrices de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. Ces résultats suggèrent que, dans les situations qui génèrent des émotions négatives, l'intolérance à l'incertitude contribue à l'émergence de réactions cognitives et émotionnelles négatives non seulement face aux problèmes, mais aussi face aux émotions ressenties. La croyance qu'on ne peut rien faire pour améliorer son état émotionnel et qu'il va se détériorer ou encore au sentiment d'être envahi par ses émotions en sont vraisemblablement un exemple. Ces réactions pourraient expliquer l'utilisation de stratégies de régulation de ses émotions basées sur l'évitement de ses émotions et des expériences intérieures qui leurs sont associées, dont l'inquiétude. Cette proposition est cohérente avec la théorie du M-II comme avec la théorie du M-RED.

D'abord, dans le M-II, l'intolérance à l'incertitude est considérée comme un biais cognitif qui affecte la façon de percevoir, d'interpréter et de réagir aux situations incertaines (Dugas *et al.*, 2005). Or, les états émotionnels comportent une part d'incertitude importante. D'une part, ils impliquent des réactions émotionnelles primaires automatiques (Lazarus, 1991), peuvent être complexes et lancer des messages ambigus (Leahy, Tirsch et Napolitano, 2011), de même que s'exprimer de différentes façons (Gross et John, 1995; 1997). De plus, il est impossible d'être complètement certain de leur évolution et des effets qu'ils auront sur soi et sur les autres. En ce sens, il est cohérent de suggérer que l'intolérance à l'incertitude affecte la façon de percevoir les émotions négatives, puis d'y réagir.

Ensuite, selon le M-RED, des émotions de forte intensité, une faible compréhension de ses émotions et des réactions négatives face à ses émotions contribuent à l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, puis à l'inquiétude (Mennin *et al.*, 2002). Notre proposition ne contredit donc pas cette théorie. Elle ne fait que questionner la validité de la mesure des stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, suggérant que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions reflète lui aussi des réactions cognitives et affectives face aux émotions, mais pas directement la mise en application de stratégies d'évitement. Elle reprend toutefois l'idée que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions mène, ultimement, à l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Finalement, elle suggère que l'intolérance à l'incertitude joue elle aussi un rôle dans les réactions négatives face à ses émotions, puis dans l'utilisation de stratégies de régulation de ses émotions basées sur l'évitement expérientiel.

Pour terminer, la médiation de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter par une orientation négative qui s'opère à la fois face aux problèmes et face aux émotions permet d'enrichir la théorie du M-II. D'abord, si les individus qui ont tendance à s'inquiéter entretiennent l'idée qu'ils ne peuvent pas surmonter leurs émotions dans les situations bouleversantes, il est possible que cela contribue à leurs difficultés à s'engager dans la résolution des problèmes. Selon le M-II, les individus qui s'inquiètent de façon excessive ou qui souffrent du TAG présentent déjà une orientation négative face aux problèmes qui implique des émotions négatives face aux problèmes. En ce sens, il se peut qu'ils anticipent d'empirer leur état émotionnel s'ils s'exposent aux aspects problématiques de la situation, en cherchant des solutions ou en posant des actions pour y changer quelque chose.

Dans le même sens, selon le M-II, les individus qui s'inquiètent de façon excessive ou qui souffrent du TAG sont anxieux face à différentes éventualités hautement improbables. Cependant, il est possible que ces individus ne craignent pas seulement des événements catastrophiques éventuels, mais aussi leurs potentielles réactions émotionnelles à ces événements. En effet, peut-être que les individus qui s'inquiètent de façon excessive anticipent qu'ils n'arriveront jamais à se remettre des émotions que généreraient les scénarios qu'ils envisagent. Ainsi, l'inquiétude représente peut-être, pour eux, une façon de se préparer non seulement au pire scénario, mais aussi aux pires émotions. Cette proposition est cohérente avec les travaux de Llera et Newman, qui suggèrent que les individus qui souffrent d'un TAG redoutent les contrastes émotionnels, et qu'ils trouvent l'inquiétude utile pour s'y préparer et s'y soustraire (Llera et Newman 2014; Newman et Llera, 2011).

Dans un troisième temps, les résultats des analyses par équations structurelles sur le modèle intégratif proposé sont cohérents avec la théorie du M-II et les résultats antérieurs. En effet, le modèle intégratif proposé montre un excellent ajustement. D'un point de vue global, il réitère donc que l'intolérance à l'incertitude est une variable centrale dans l'explication de la tendance à s'inquiéter, qui agit par l'intermédiaire de différents processus.

De plus, les analyses réalisées sur le modèle intégratif révèlent que l'intolérance à l'incertitude n'est plus reliée à la tendance à s'inquiéter de façon significative lorsque les autres médiateurs sont considérés. Cette observation suggère que le modèle intégratif, qui inclut les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'orientation négative (face aux problèmes et face aux émotions) explique complètement la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. En d'autres mots, le modèle intégratif n'illustre plus une médiation partielle, mais une médiation totale. Il faut cependant dire que cet effet médiateur total n'inclut pas le poids des croyances erronées sur l'inquiétude. En effet, il s'agit de la seule variable dont l'effet sur l'inquiétude n'est plus significatif lorsque les autres variables du modèle sont contrôlées.

De façon plus spécifique, les résultats montrent que l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions présentent une importante part de variance en commun. Selon le modèle intégratif testé, lorsque cette part de variance est représentée par un facteur, elle permet d'expliquer l'orientation négative face aux

problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions dans de larges proportions. D'ailleurs, les résultats suggèrent que ce facteur est la variable qui est la plus fortement reliée à l'intolérance à l'incertitude comme à la tendance à s'inquiéter. Il pourrait donc s'agir de la variable médiatrice la plus importante du modèle.

D'autre part, les analyses réalisées sur le modèle alternatif appuient la pertinence de représenter l'orientation négative face aux problèmes et aux émotions comme une variable médiatrice globale, plutôt que par deux variables médiatrices indépendantes. En effet, l'ajustement du modèle alternatif s'est montré pauvre. De plus, les résultats révèlent cette fois que l'intolérance à l'incertitude est toujours reliée à la tendance à s'inquiéter de façon significative lorsque les autres médiateurs sont considérés. Cette observation suggère que le modèle alternatif, qui inclut les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif, l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions, ne permet pas d'expliquer complètement la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter. En d'autres mots, le modèle alternatif illustre une médiation partielle et non une médiation totale.

Les résultats de l'étude fournissent donc un appui préliminaire à la théorie proposée dans cette étude. Ainsi, l'intolérance à l'incertitude favoriserait la tendance à s'inquiéter par l'intermédiaire d'une orientation négative qui s'opère à deux niveaux : face aux problèmes comme face aux émotions. Cette orientation négative ferait ensuite obstacle à la résolution de problèmes comme à la régulation émotionnelle. Cette théorie permet d'intégrer les principes du M-II et du M-RED. Dans une situation difficile ou stressante, les gens qui sont intolérants à l'incertitude auraient tendance à vivre plusieurs expériences intérieures inconfortables. Cependant, au lieu de les surmonter et de s'engager quand même dans la résolution de problèmes, ces personnes s'orienteraient vers un nouveau but : éliminer leur inconfort. Pourquoi? Parce qu'elles entretiennent non seulement des croyances erronées par rapport aux problèmes et à leurs capacités à les résoudre, mais aussi parce qu'elles entretiennent des croyances erronées similaires par rapport aux émotions et à leurs capacités à les surmonter.

Par ailleurs, les résultats obtenus suggèrent que les croyances erronées sur l'inquiétude sont associées à la tendance à s'inquiéter, mais pas lorsque les autres variables du modèle proposé sont contrôlées. Dans une précédente étude, lorsque le M-II avait été testé par des

équations structurelles, les croyances erronées sur l'inquiétude n'avaient d'ailleurs pas non plus présenté d'effet significatif sur la tendance à s'inquiéter (Ouellet *et al.*, 2012). Il est donc possible que les individus qui ont tendance à s'inquiéter présentent des croyances erronées sur l'inquiétude, mais que ces croyances ne jouent pas un rôle de premier plan dans leurs inquiétudes, en comparaison à l'évitement cognitif, à l'orientation négative face aux problèmes et à l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions.

Avant de terminer, il est nécessaire de mentionner les limites de la présente étude. D'abord, des questionnaires auto-rapportés ont été utilisés pour mesurer l'ensemble des variables à l'étude. D'emblée, les questionnaires auto-rapportés peuvent difficilement rendre compte de toute la complexité de construits psychologiques. De plus, les mesures obtenues via des questionnaires auto-rapportés sont soumises à des biais, puisqu'elles dépendent du point de vue subjectif du participant et de ce qu'il veut révéler.

Dans le même ordre d'idées, il faut souligner que la validité des construits mesurés est capitale pour tester une théorie. Dans la présente étude, une analyse du construit mesuré par la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* a été réalisée. Cependant, cette analyse a été réalisée a posteriori. Nous n'avons pas non plus discuté avec les auteurs qui ont développé l'instrument. D'ailleurs, les items de la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* ne reflètent pas exactement la notion d'orientation négative face à ses émotions, puisqu'ils n'ont pas été conçus pour cela. Dans ce sens, les items de la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* reflètent principalement des croyances, puisque les réactions émotionnelles négatives sont décrites plus spécifiquement dans une autre sous-échelle du même instrument. Il serait donc nécessaire de définir plus clairement le construit d'orientation négative face aux émotions, de même que de développer un outil qui le mesure spécifiquement.

Ensuite, il faut rappeler que dans cette étude, seule une analyse du construit mesuré par les items de la sous-échelle *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* a été réalisée. En ce sens, une analyse des construits mesurés par les autres questionnaires utilisés serait souhaitable. Par exemple, une analyse du construit mesuré par le questionnaire *Pourquoi S'inquiéter-II* permettrait peut-être de mieux comprendre la relation entre les croyances erronées sur l'inquiétude et les autres variables du modèle intégratif proposé.

Maintenant, il faut aussi rappeler que les analyses de médiation et les modèles d'équations structurelles présentent certaines limites. D'abord, ces analyses ne confirment pas les liens de causalité. Elles indiquent si les relations suggérées représentent bien la matrice des variances et des covariances des variables à l'étude, mais ne confirment pas le sens des relations. Seules des études expérimentales ou longitudinales peuvent le faire. Ensuite, les analyses de médiation et les modèles d'équations structurelles permettent d'appuyer une proposition théorique, mais pas de confirmer l'explication théorique proposée. En d'autres mots, elles montrent les variables qui varient dans le sens de la théorie proposée, mais ne confirment pas pourquoi. Ainsi, de futures recherches pourraient utiliser des entrevues pour explorer les cognitions que les personnes qui s'inquiètent de façon excessive entretiennent face aux émotions.

Pour terminer, certains éléments limitent la généralisation des résultats. D'abord, l'échantillon utilisé est composé principalement de participants de sexe féminin et d'un niveau de scolarité élevé. Ces caractéristiques doivent être considérées, puisqu'il n'est pas exclu que la relation entre les variables du M-II, l'accès limité à des stratégies de régulation et la tendance à s'inquiéter soit différente chez les hommes ou encore chez des gens moins scolarisés. Ensuite, l'échantillon provient d'une population non clinique et recrutée principalement sur un campus universitaire. De plus, la seule variable dépendante utilisée dans la présente étude est la tendance à s'inquiéter. D'une part, il s'agit de la principale caractéristique du TAG. En même temps, cette variable ne représente pas l'ensemble des critères diagnostiques du trouble. De prochaines études devront donc viser l'utilisation d'échantillons mieux proportionnés au en ce qui a trait au sexe des participants à leur niveau de scolarité. Il serait d'ailleurs intéressant que ces études vérifient si ces variables sont modératrices. Ensuite, la présente recherche nécessite d'être répliquée avec des participants qui ont un TAG selon un questionnaire ou encore mieux, qui ont reçu un diagnostic de TAG par entrevue.

Sans minimiser le besoin de réplication, il faut rappeler que plusieurs théories du TAG, d'abord validées avec des participants très inquiets recrutés sur des campus universitaires, ont ensuite été validées dans des échantillons cliniques. Dans ce contexte, certaines pistes de recherches cliniques sont tout de même stimulées par les résultats de la présente étude. D'abord, la littérature suggère une approche intégrative de traitement du TAG (Portman, 2009). Cependant, est-ce que l'extension du M-II discutée dans cet article aurait des avantages

significatifs? Par exemple, est-ce que cette conceptualisation permettrait au clinicien qui utilise le M-II d'introduire les notions du M-RED de façon efficace? De notre côté, nous postulons qu'il pourrait être plus simple et cohérent d'introduire la notion d'orientation négative face à ses émotions en lien avec l'intolérance à l'incertitude, plutôt que d'introduire la notion d'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions comme un volet et un outil supplémentaires. De plus, nous croyons que l'introduction de la notion d'orientation négative face aux émotions pourrait faciliter, par la suite, l'introduction des autres variables du M-RED si pertinent.

Une autre question soulevée est la suivante : est-ce qu'un traitement basé sur cette nouvelle conceptualisation serait plus efficace que le traitement associé au M-II? Actuellement, le traitement basé sur le M-II propose déjà de viser un « but émotionnel » en présence de problèmes immédiats et non modifiables. Ainsi, est-ce que cette composante est suffisante pour équiper le client à réguler efficacement ses émotions face à l'ensemble des problèmes qu'il rencontre, comme dans les autres situations bouleversantes, qu'elles soient réelles ou anticipées? Vaut-il la peine d'aborder la régulation émotionnelle de façon plus spécifique? Il s'agit d'une question cruciale.

Finalement, il faut rappeler que le traitement basé sur le M-II et le traitement basé sur le M-RED ont tous les deux démontré leur efficacité (Dugas *et al.*, 2003; Ladouceur *et al.*, 2000; Mennin, Fresco, Heimberg et Ciesla, 2012). En ce sens, la conceptualisation intégrative proposée dans cet article ne vise pas à proposer un traitement qui intègre toutes les stratégies de traitement des deux modèles. Elle vise plutôt à proposer une façon intégrée de concevoir l'inquiétude excessive, qui permet d'introduire les différentes stratégies à la disposition des cliniciens en fonction des besoins du client, mais de façon cohérente.

Références

- Akama, K. (2006). Relations among self-efficacy, goal setting, and metacognitive experiences in problem-solving. *Psychological Reports*, 98, 895-907. doi : 10.2466/pr0.98.3.895-907
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition*. Washington, DC : Auteur.
- Baron, R. M. et Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi : 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J. et Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD) : Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H. et Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 126-138. doi : 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<126::AID-CPP193>3.0.CO;2-M
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. et DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry : Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. doi : 10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry : An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 215-223. doi : 10.1016/j.brat.2008.12.004
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 1-17. doi : 10.1521/ijct.2012.5.1.1
- Byrne, B. M. (2006). *Structural equation modeling with EQS - Basic concepts, applications, and programming* (2^e éd.). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders : Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947. doi : 10.1586/ern.12.82
- Carver, S. C. et Scheier, M. F. (2011). Self-regulation and action and affect. Dans K. D. Vohs et R. F. Baumeister (dir.), *Handbook of self-regulation : Research, theory and applications* (p. 1-21). New York, NY : Guilford Press.
- Côté, G. et Carrier, M.-H. (2007). *Échelle des difficultés de régulation des émotions. Traduction du Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Document inédit.
- Côté, G., Gosselin, P. et Dagenais, I. (2013). Évaluation multidimensionnelle de la régulation des émotions : Propriétés psychométriques d'une version francophone du Difficulties in

- Emotion Regulation Scale. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 23(2), 63-72. doi : 10.1016/j.jtcc.2013.01.005
- Dugas, M. J., Buhr, K. et Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (p. 77-108). New York, NY : Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 593-606. doi : 10.1023/A:1021890322153
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. doi : 10.1016/S0005-7967(97)00070-3
- Dugas, M. J., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry : Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi : 10.1023/A:1005553414688
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. et Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing : Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy & Research*, 29, 57-70.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. et Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder : Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825. doi : 10.1037/0022-006X.71.4.821
- Dugas, M. J. et Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : From science to practice*. New York, NY : Routledge.
- Efklides, A. (2006). Metacognition and affect : What can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review*, 1, 3-14. doi : 10.1016/j.edurev.2005.11.001
- Flavell, J. H. (1987). Speculation about the nature and development of metacognition. Dans F. Weinert et R. Kluwe (dir.), *Metacognition, motivation, and understanding* (p. 21-29). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi : 10.1037//0033-2909.99.1.20
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. doi : 10.1016/0191-8869(94)90048-5
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale*, 27, 475-484.

- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *European review of applied psychology*, 53, 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : Le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15(4), 142-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J. et Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QÉC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gosselin, P. et Magnan, S. (2010, mars). *Effets direct et indirects de l'intolérance à l'incertitude dans le trouble d'anxiété généralisée : Le rôle médiateur de variables cognitives spécifiques auprès d'un échantillon clinique*. Affiche présentée au congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Canada.
- Gratz, K. L. et Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi : 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. J. et John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity : Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 555-568. doi : 10.1016/0191-8869(95)00055-B
- Gross, J. J. et John, O. P. (1997). Revealing feelings : Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 435-448. doi : 10.1037//0022-3514.72.2.435
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K. et Laugesen, N. (2000, novembre). *Measuring beliefs about worry : A psychometric evaluation of the Why-Worry-II Questionnaire*. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Hu, L.-T. et Bentler, P. (1995). Evaluating model fit. Dans R. H. Hoyle (dir.), *Structural equation modeling : Concepts, issues, and applications* (p. 76-99). Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.
- Jöreskog, K. G. et Sörbom, D. (2004). *LISREL 8:71 : User's reference guide*. Chicago, IL : Scientific Software.
- Koerner, N. et Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder : The role of intolerance of uncertainty. Dans G. C. L. Davey et A. Wells (dir.), *Worry and its psychological disorders : Theory, assessment and treatment* (p. 201-216). Chichester, Royaume-Uni : Wiley.
- Koerner, N. et Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry : The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619-638. doi : 10.1007/s10608-007-9125-2

- Koole, S. L., Van Dillen, L. F. et Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotion. Dans K. D. Vohs et R. F. Baumeister (dir.), *Handbook of self-regulation : Research, theory and applications* (p. 22-40). New York, NY : Guilford Press.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H. et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(2), 139-152. doi : 10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand et J. M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (p. 31-58). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. et Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957-964. doi : 10.1037//0022-006X.68.6.957
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist, 46*, 819-834. doi : 10.1037/0003-066X.46.8.819
- Leahy, R. L., Tirch, D. et Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy : A practitioner's guide*. New York, NY : Guilford Press.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L. et Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder : Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy, 39*(2), 126-136. doi : 10.1080/16506070902966918
- Lefebvre-Pinard, M. et Pinard, A. (1985). Taking charge of one's cognitive activity : A moderator of competence. Dans E. D. Neimark, R. De Lisi et J. L. Newman (dir.), *Moderators of competence* (p. 191-209). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(Suppl. 14), 4-8.
- Llera, S. J. et Newman, M. G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder : Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy, 45*(3), 283-299. doi : 10.1016/j.beth.2013.12.011
- Marganska, A., Gallagher, M. et Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Journal of Orthopsychiatry, 83*(1), 131-141. doi : 10.1111/ajop.12001
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S. et Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*(8), 1735-1752. doi : 10.1016/j.brat.2006.12.004
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. et Ciesla, J. (2012, avril). Randomized control trial of Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder and comorbid depression. Dans M. Fraire et T. Ollendick (prés.), *Emotion regulation in anxiety disorders across the lifespan : Comorbidity and treatment*. Communication présentée au congrès annuel de l'Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. et Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 85-90. doi : 10.1093/clipsy/9.1.85
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. et Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. doi : 10.1016/j.beth.2006.09.001
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A. et Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.04.006
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Newman, M. G. et Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder : A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-382. doi : 10.1016/j.cpr.2011.01.008
- Nezu, A. M. et Nezu, C. M. (2001). Problem Solving Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 187-205.
- Ouellet, C., Langlois, F., Provencher, M. D. et Gosselin, P. (2012, mars). *Les effets directs et indirects de l'intolérance à l'incertitude sur l'inquiétude : Analyses confirmatoires*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, Canada.
- Ouellet, C., Provencher, M. D., Langlois, F. et Gosselin, P. (en prép.). *Le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle : Contributions à l'explication du trouble d'anxiété généralisée*. Manuscrit en préparation, Université Laval, Canada.
- Portman, M. E. (2009). Future directions and recommendations. Dans M. E. Portman (dir.), *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan : An integrative approach* (p. 119-126). New York, NY : Springer.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder : A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5. doi : 10.1007/s10608-005-1644-0
- Rummel, R. J. (1970). *Applied factor analysis*. Evanston, IL : Northwestern University Press.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation model. Dans S. Leinhardt (dir.), *Sociological Methodology* (p. 290-312). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Soper, D. (n.d.). *Sobel Test calculator for the significance mediation*. Récupéré le 30 novembre 2013 du site de Daniel Soper : <http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?id=31>

- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5^e éd.). Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Tsypes, A., Aldao, A. et Mennin, D. S. (2013). Emotion dysregulation and sleep difficulties in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(2), 197-203. doi : 10.1016/j.janxdis.2013.01.008
- Warner, R. M. (2013). *Applied statistics : From bivariate through multivariate techniques* (2^e éd.). Washington, DC : Sage Publications Inc.
- Wittchen, H.-U., Krause, P., Hoyer, J., Beesdo, K., Jacobi, F., Hofler, M. et Winter, S. (2001). Prevalence and correlates of GAD in primary care. *Münchener Medizinische Wochenschrift, Fortschritte der Medizin*, 143, 17-25.
- Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation : A social cognitive perspective. Dans M. Boekaerts, P. R. Pintrich et M. Zeidner (dir.), *Handbook self-regulation* (p. 13-39). San Diego, CA : Academic Press.
- Zimmerman, B. J. et Campillon, M. (2003). Motivating self-regulation problem solvers. Dans R. J. Sternberg et J. E. Davidson (dir.), *The psychology of problem-solving* (p. 233-262). New-York, NY : Cambridge University Press.
- Zumberg, K. M., Chang, E. C. et Sanna, L. J. (2008). Does problem orientation involve more than generalized self-efficacy? Predicting psychological and physical functioning in college students. *Personality and Individual Differences*, 45(4), 328-332. doi : 10.1016/j.paid.2008.04.017

Annexe A : Les items de la sous-échelle *Limited Access to Emotion Regulation Strategies* (Accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions)

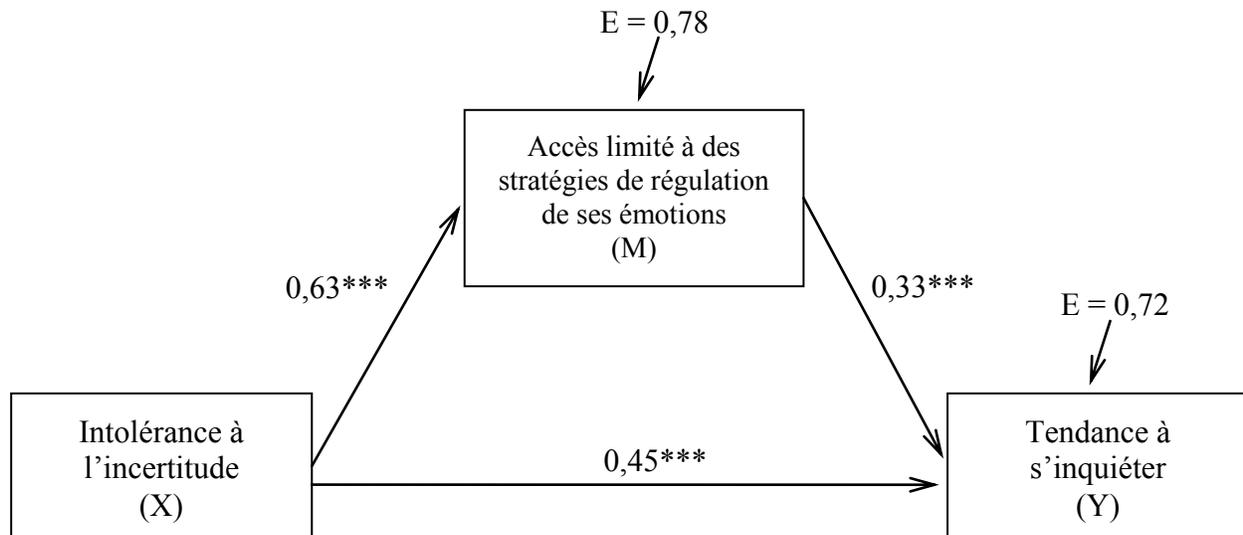
15. When I'm upset, I believe that I will remain that way for a long time.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps.)
16. When I'm upset, I believe that I'll end up feeling very depressed.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression.)
22. When I'm upset, I know that I can find a way to eventually feel better. (à inverser)
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je sais que je trouverai un moyen d'aller mieux.)
28. When I'm upset, I believe that there is nothing I can do to make myself feel better.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état.)
30. When I'm upset, I start to feel very bad about myself.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je me mets à avoir une très mauvaise opinion de moi.)
31. When I'm upset, I believe that wallowing in it is all I can do.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux pas faire autrement que de patauger dans cet état.)
35. When I'm upset, it takes me a long time to feel better.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux.)
36. When I'm upset, my emotions feel overwhelming.
(Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahi par mes émotions.)

Tableau 1*Corrélations de Pearson (p bilatéral) entre les variables (N = 204)*

Variabes	1	2	3	4	5	6
1. Tendance à s'inquiéter		0,65***	0,22**	0,46***	0,66***	0,61***
2. Intolérance à l'incertitude			0,23**	0,45***	0,71***	0,63***
3. Croyances erronées				0,18*	0,19**	0,15*
4. Évitement cognitif					0,42***	0,45**
5. Orientation face aux problèmes						0,71***
6. Accès limité à des stratégies						
Moyenne	50,95	58,00	43,08	53,45	29,71	18,89
Écart-type	12,38	19,43	13,95	17,21	11,18	6,54

Note. 1 = tendance à s'inquiéter, 2 = intolérance à l'incertitude, 3 = croyances erronées sur l'inquiétude, 4 = évitement cognitif, 5 = orientation négative face aux problèmes, 6 = accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions.

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

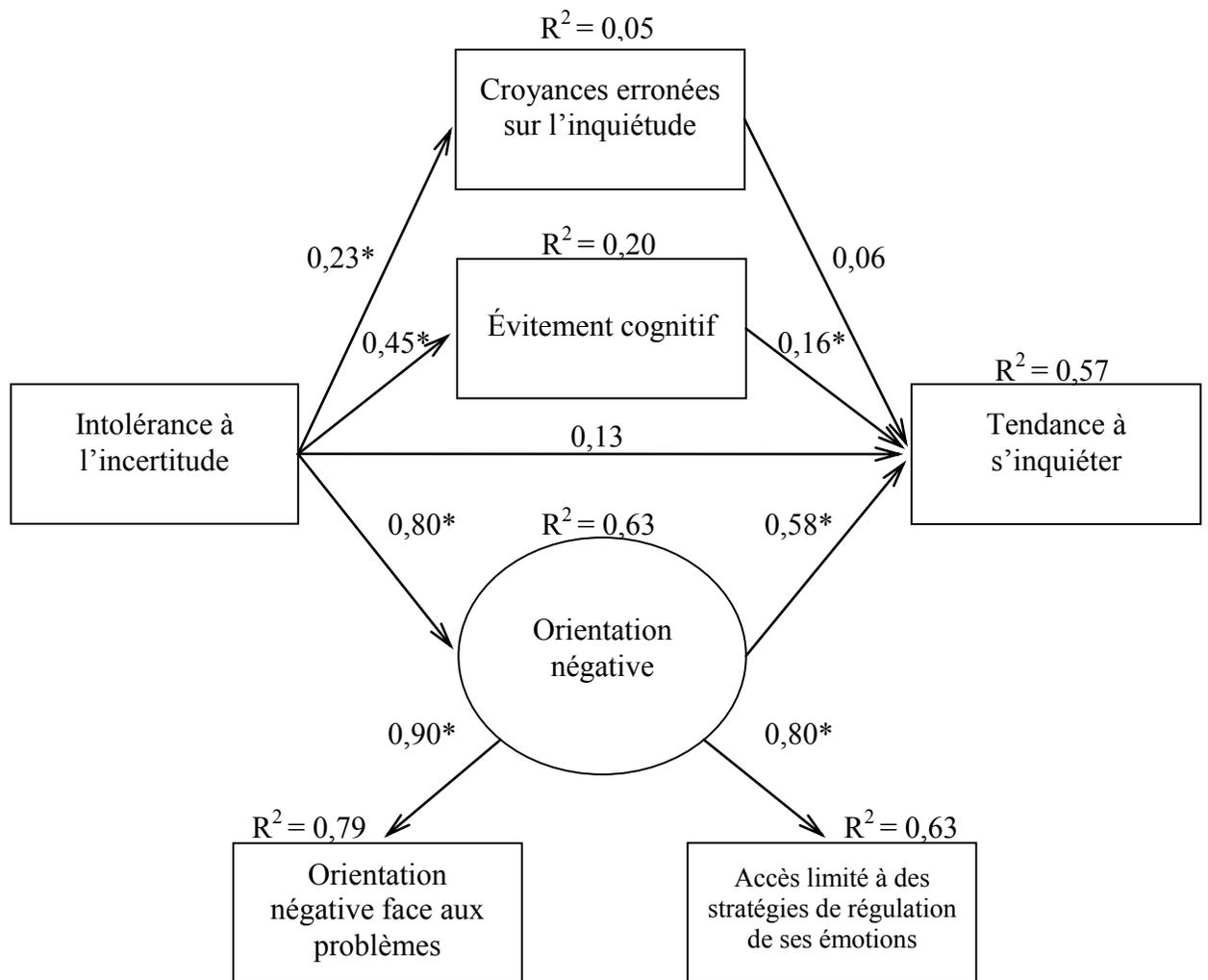


$$Y = 0,41X + 0,03$$

$$M = 0,21X + 0,02$$

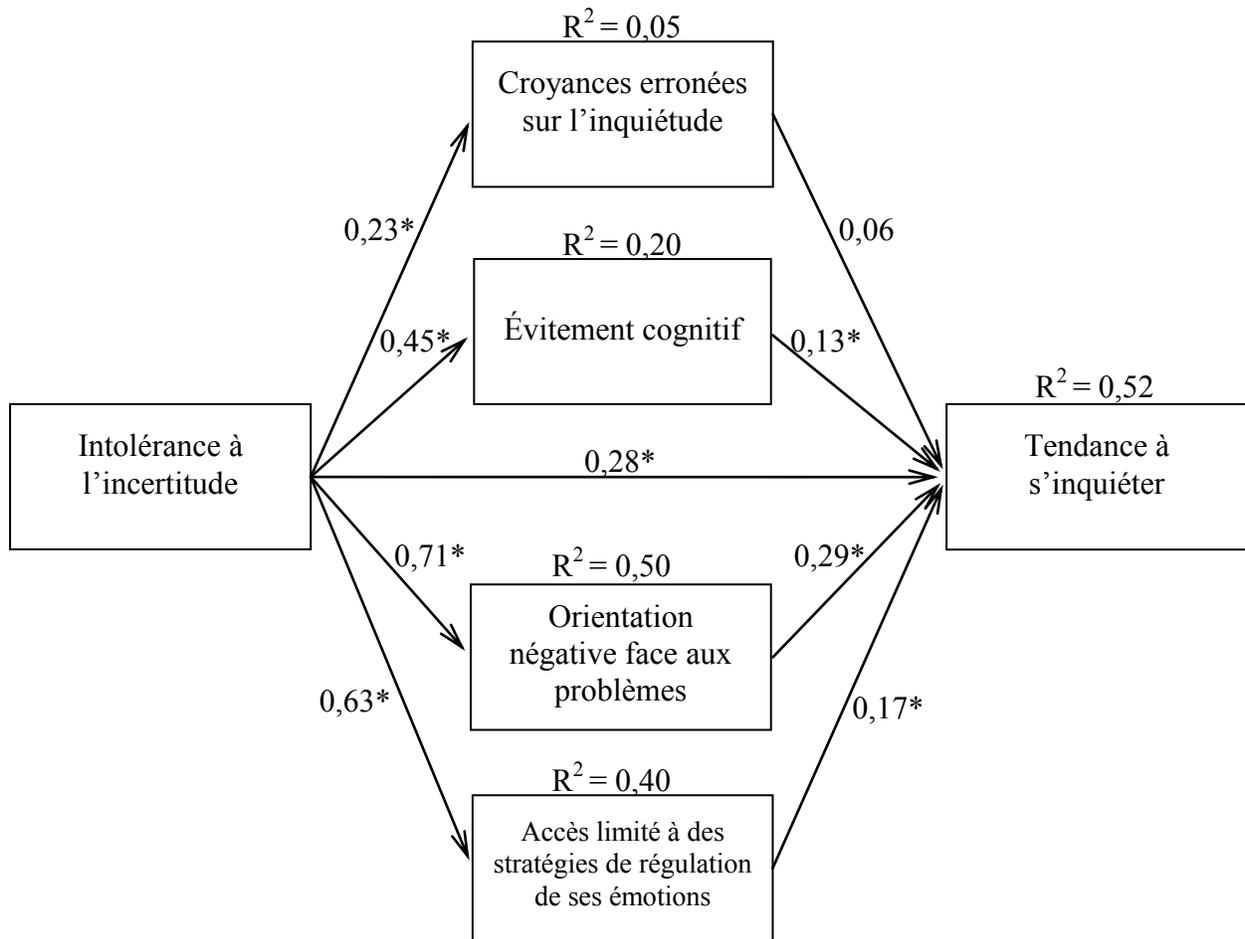
$$Y = (0,29X + 0,04) + (0,62M + 0,12)$$

Figure 1. Médiation de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter par l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions ($N = 204$).



* $p < 0,05$.

Figure 2. Estimation des paramètres du modèle intégratif proposé ($N = 204$).



* $p < 0,05$.

Figure 3. Estimation des paramètres du modèle alternatif ($N = 204$).

Chapitre 4 : Conclusion générale

Résumé des objectifs et des résultats

L'objectif général de la thèse était d'améliorer la compréhension des liens entre le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II; Dugas, Gagnon, Freeston et Ladouceur, 1998), le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (M-RED; Mennin, Heimberg, Turk et Fresco, 2005) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Pour y arriver, l'article 1 de la thèse a examiné les contributions de chacun des modèles à la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Il s'est ensuite penché sur les relations entre les variables du M-II et du M-RED. Ensuite, l'article 2 de la thèse a proposé une nouvelle théorie intégrative du TAG. Cette théorie intègre une variable du M-RED au M-II. Elle a été testée dans un modèle d'équations structurelles.

Les résultats ont d'abord montré que le M-II et le M-RED permettent tous les deux d'expliquer une part indépendante de la variance de la tendance à s'inquiéter. Jusqu'à maintenant, la littérature suggérait que l'intolérance à l'incertitude et les réactions négatives face à ses émotions (ou peur des émotions) avaient un effet additif sur la tendance à s'inquiéter (Buhr et Dugas, 2009; 2012). Cependant, aucune étude n'avait vérifié si le M-II et le M-RED étaient complémentaires dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter lorsque l'ensemble des processus qu'ils ciblent était considéré. Les résultats obtenus ici fournissent donc un appui supplémentaire à l'indépendance du M-II et du M-RED. Concrètement, ces résultats suggèrent de considérer à la fois l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle dans la conceptualisation de l'inquiétude et du TAG. Et comme la conceptualisation d'un trouble est étroitement reliée aux stratégies de traitement sélectionnées, ces résultats renforcent la pertinence de développer des traitements qui intègrent des interventions basées à la fois sur le M-II et sur le M-RED.

Dans un deuxième temps, les résultats de la thèse ont précisé que les contributions du M-II et du M-RED à l'explication de la tendance à s'inquiéter ne sont pas équivalentes. En effet, ils ont montré que le M-II avait une meilleure puissance explicative. Dans l'étude de Buhr et Dugas (2012), l'intolérance à l'incertitude et la peur des émotions (spécifiquement, la peur de l'anxiété) ont permis de prédire la tendance à s'inquiéter avec des poids similaires. Ainsi, la présente thèse vient suggérer une nuance : lorsque le M-II et le M-RED sont considérés dans leur ensemble, le M-II semble mieux représenter les processus qui expliquent la tendance à s'inquiéter. De plus, selon les résultats obtenus, cet avantage est non négligeable.

Effectivement, une fois que la contribution du M-RED a été considérée, la bonification ajoutée par le M-II était de 12 % (contribution modérée selon les critères de Cohen, 1992). En somme, ces observations offrent un appui à l'utilisation du M-II comme point de départ théorique au développement de nouveaux modèles intégratifs de l'inquiétude et du TAG.

Troisièmement, la thèse a permis d'identifier, parmi les variables du M-II et du M-RED, celles qui sont les plus importantes pour expliquer la tendance à s'inquiéter. Les analyses ont d'abord révélé que l'orientation négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions se démarquent par leurs forts liens avec la tendance à s'inquiéter. D'autres analyses ont ensuite confirmé que ces trois variables sont complémentaires et qu'elles représentent, dans l'ordre, celles qui permettent d'expliquer la tendance à s'inquiéter avec le plus de poids. Une fois qu'elles ont été considérées, l'expérience émotionnelle de forte intensité et les croyances erronées sur l'inquiétude ont toutefois permis d'expliquer des parts de variances supplémentaires. Cependant, une fois ces cinq variables considérées, les résultats ont montré que l'évitement cognitif, la faible compréhension de ses émotions et les réactions négatives face à ses émotions ne permettent plus de bonifier l'explication de la tendance à s'inquiéter. D'ailleurs, il faut mentionner que lorsque seules les variables du M-II ont été contrôlées, l'évitement cognitif ne permettait déjà plus d'expliquer une part supplémentaire de la variance de la tendance à s'inquiéter. C'est la même chose pour la faible compréhension de ses émotions et les réactions négatives face à ses émotions, qui ne permettaient déjà plus de bonifier l'explication de la tendance à s'inquiéter lorsque seules les variables du M-RED ont été contrôlées. En somme, ces résultats ont d'abord réitéré que l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative face aux problèmes représentent les processus centraux du M-II. En effet, l'étude de Dugas *et al.* (2007) avait déjà démontré qu'il s'agit des deux variables qui sont les plus fortement reliées à la sévérité de la tendance à s'inquiéter. Ensuite, ces résultats ont souligné le rôle central de l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions dans le M-RED. Cependant, l'intérêt de ces résultats réside dans le fait qu'ils démontrent que les processus centraux du M-II et du M-RED sont complémentaires dans l'explication de la tendance à s'inquiéter.

Le dernier objectif de l'article 1 de la thèse était d'explorer les relations entre les variables du M-II et du M-RED. D'abord, les résultats ont montré que toutes les variables du M-II sont reliées à toutes les variables du M-RED, excepté à l'expérience émotionnelle de forte

intensité. Ainsi, l'expérience émotionnelle de forte intensité semble être exclusivement décrite par le M-RED et varier de façon indépendante aux processus du M-II. Ces résultats sont cohérents avec les propos de Mennin, Heimberg, Turk et Fresco (2007), qui suggèrent que l'expérience émotionnelle de forte intensité est un trait qui n'est pas nécessairement pathologique. Ensuite, les résultats ont montré que la majorité des corrélations entre les variables du M-II et du M-RED sont modérées ou fortes (selon les critères de Cohen, 1992). Ainsi, malgré des théories et des langages distincts, il semble que les deux modèles ciblent principalement des processus qui se ressemblent ou du moins, qui varient souvent ensemble. Certains processus ont d'ailleurs présenté des corrélations particulièrement fortes : l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative face aux problèmes avec l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions.

Les fortes corrélations de l'intolérance à l'incertitude et de l'orientation négative face aux problèmes avec l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions représentent d'ailleurs le point de départ de l'article 2. Afin d'expliquer ces relations, l'article a présenté et testé une théorie qui intègre l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions au M-II. Selon cette nouvelle proposition, l'intolérance à l'incertitude favorise à la fois le développement d'une orientation négative face aux problèmes et celui d'une orientation négative face aux émotions. Ainsi, comme la théorie du M-II soutient que c'est un ensemble de réactions cognitives et émotionnelles inefficaces qui nuit à la résolution de problèmes dans le TAG, nous avons proposé que ce soit un ensemble de réactions cognitives et émotionnelles inefficaces similaire qui nuit à la régulation émotionnelle dans le TAG. L'introduction de l'article a d'ailleurs mis en lumière que l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions, comme mesurée dans la majorité des études, s'apparente davantage à des expériences intérieures (croyances, estimations, émotions, etc.) qui font obstacle à l'autorégulation émotionnelle efficace dans les situations bouleversantes, plutôt qu'à la mise en application de stratégies inefficaces. Dans ce contexte, le terme *accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions* a été repris, fidèle au nom de l'instrument de mesure (Côté et Carrier, 2007).

En somme, les résultats de l'article 2 ont permis de vérifier trois hypothèses plus spécifiques. Ils ont d'abord appuyé que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions représente un médiateur partiel de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la

tendance à s'inquiéter. Ils ont ensuite démontré qu'un modèle d'équations structurelles qui résume la théorie intégrative proposée présente un excellent ajustement. Ce modèle de médiation partielle désignait trois variables médiatrices de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter : les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif et l'orientation négative, une variable latente expliquant à la fois l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions. Finalement, les résultats ont confirmé que le modèle proposé présente un ajustement supérieur à un modèle alternatif. Ce modèle alternatif de médiation partielle désignait quatre variables médiatrices de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et la tendance à s'inquiéter : les croyances erronées sur l'inquiétude, l'évitement cognitif, l'orientation négative face aux problèmes et l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions. Il proposait donc que l'orientation négative face aux problèmes et que l'accès limité à des stratégies de régulation de ses émotions soient considérés comme deux variables distinctes.

Contributions principales

Depuis quelques années, plusieurs modèles cognitivo-comportementaux du TAG accumulent des appuis empiriques. Dans ce contexte, une approche intégrative de traitement du TAG devient, pour certains auteurs, un incontournable (Portman, 2009a). L'intégration de composantes émotionnelles et expérientielles au traitement du TAG basé sur le M-II semble d'ailleurs prometteuse. Ce champ de recherche est récent, mais les premiers résultats publiés suggèrent que ce traitement intégratif serait plus efficace que celui basé seulement sur le M-II (Boily, Bédard, Chouinard, Heppell et Belleville, 2014; Carrier et Côté, 2010).

À travers cet engouement pour les traitements intégratifs, la présente thèse a voulu revenir à la question de la conceptualisation du TAG. De façon traditionnelle, les études sur le TAG portent davantage sur ses traitements que sur les processus l'expliquent (Dugas, 2000; Dugas *et al.*, 2010). Cependant, l'introduction générale de la thèse rappelle que le M-II et le M-RED sont deux modèles aux bases théoriques différentes, qui utilisent des vocabulaires différents. Elle met l'accent sur la nécessité d'explorer la puissance explicative des processus ciblés par chacun, de même que les similarités et les spécificités de ceux-ci. Aucune étude recensée n'avait, à ce jour, comparé les contributions du M-II et du M-RED à la prédiction de la tendance à s'inquiéter en les considérant comme des modèles multifactoriels. L'article 1 fournit donc un premier argument théorique à utiliser le M-II comme base à l'intégration de

variables émotionnelles plutôt que l'inverse. Ensuite, il est aussi le premier à s'être penché sur les liens entre l'ensemble des variables du M-II et du M-RED. Il a donc été le moteur du développement d'une explication théorique cohérente aux fortes relations observées entre l'intolérance à l'incertitude, l'orientation négative face aux problèmes et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions.

Le principal apport de l'article 2 de la thèse est la présentation de cette nouvelle explication théorique, qui permet d'intégrer une variable du M-RED au M-II de façon cohérente. Alors que l'article 1 suggère de considérer à la fois l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation des émotions dans la conceptualisation du TAG, l'article 2 va donc plus loin. En effet, il propose que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle dans les difficultés de régulation des émotions. L'une des forces de cette explication, c'est qu'elle est basée sur des théories (les théories de l'autorégulation), mais aussi sur des observations empiriques et méthodologiques. D'une part, elle permet d'expliquer les fortes corrélations observées dans l'article 1. Ensuite, elle repose sur une analyse critique de la sous-échelle utilisée pour mesurer l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions. Une autre force de cette proposition est qu'elle ne contredit ni la théorie du M-II ni la théorie du M-RED, mais qu'elle permet de les bonifier. D'un côté, cette nouvelle théorie ouvre la porte à une présentation cohérente du concept d'évitement expérientiel, un processus ciblé par les thérapies cognitivo-comportementales de troisième vague, lors de la présentation même de la théorie du M-II. L'intégration des autres variables du M-RED pourrait alors se faire plus aisément, au besoin. De l'autre, elle pourrait permettre à ceux qui utilisent le M-RED d'introduire la notion d'intolérance à l'incertitude comme facteur qui contribue à l'évitement expérientiel. Ainsi, le modèle deviendrait plus spécifique.

Limites

Une première limite de la thèse concerne les échantillons utilisés dans les articles. Dans les deux cas, il s'agissait principalement de femmes bien scolarisées. Ces caractéristiques doivent être considérées, puisqu'il n'est pas exclu que la contribution des variables du M-II et du M-RED dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter soit différente chez les hommes ou encore chez des gens moins scolarisés. Ensuite, les participants provenaient de la population générale et il n'y avait pas de critère clinique pour faire partie des études. Ainsi, il n'est pas

possible de confirmer que les résultats auraient été les mêmes si les études avaient été menées chez des participants qui souffrent du TAG. Il faut d'ailleurs mentionner que les articles de la thèse ne se sont intéressés qu'à la prédiction de la tendance à s'inquiéter et non à celle des autres critères diagnostiques du TAG. Finalement, la présence de troubles anxieux ou de l'humeur chez les participants n'a pas été contrôlée. Puisque l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle sont aussi des caractéristiques observées dans d'autres troubles affectifs que le TAG (e.g., Carleton *et al.*, 2012; Cisler et Olatunji, 2012; Mennin *et al.*, 2007), leur présence pourrait avoir influencé les résultats. En somme, tous les paramètres décrits ci-dessus limitent la généralisation des résultats.

Une deuxième limite de la thèse concerne les outils de mesure utilisés. En effet, les questionnaires auto-rapportés peuvent difficilement rendre compte de toute la complexité de construits psychologiques. Ainsi, il est possible que certains questionnaires ne permettent pas de bien saisir l'importance clinique d'un processus. Par exemple, dans l'article 1, l'évitement cognitif est une variable qui ne s'est pas révélée parmi les plus importantes pour prédire le TAG. Cependant, dans la conceptualisation et le traitement du TAG basés sur le M-II, il s'agit d'une variable cruciale. Ensuite, les questionnaires utilisés pour mesurer les variables du M-II ont été développés expressément dans ce but. Ce n'est pas le cas du questionnaire utilisé pour mesurer les variables du M-RED. Ainsi, il est possible que le M-II et ses variables aient bénéficié d'un avantage lié à la spécificité plus grande de ses outils de mesure. Pour terminer, les mesures obtenues via des questionnaires auto-rapportés sont soumises à des biais, puisqu'elles dépendent du point de vue subjectif du participant et de ce qu'il veut révéler.

Une troisième limite de la thèse touche les analyses statistiques. Les corrélations, les régressions, les analyses de médiation ou les équations structurelles ne permettent pas de conclure à des liens de causalité. De plus, dans le premier article, la présence d'une quantité importante de prédicteurs corrélés a rendu l'interprétation des résultats moins aisée. En effet, lorsqu'il était temps d'observer le poids unique de chacune des variables à la prédiction de la tendance à s'inquiéter, les différences entre les variables étaient minimes. Par exemple, une augmentation de variance expliquée de 1 % est négligeable et ne permet pas de conclure que l'ajout d'une variable contribue ou non à bonifier la compréhension de la tendance à s'inquiéter de façon *cliniquement* significative.

Avenues de recherche futures

D'abord, les résultats de la présente thèse ont besoin d'être répliqués pour appuyer leur généralisation. De prochaines études devront vérifier s'ils sont les mêmes lorsque l'échantillon est mieux proportionné en ce qui a trait au sexe et au niveau de scolarité. Il pourrait aussi être intéressant de vérifier si le sexe ou le niveau de scolarité sont des modérateurs des relations observées entre les variables du M-II, du M-RED et la tendance à s'inquiéter. Ensuite, une étape cruciale sera de vérifier si ces résultats peuvent être répliqués chez des participants qui rencontrent les critères du TAG par questionnaire, par entrevue ou qui font partie d'une population clinique.

Les résultats de la thèse ouvrent aussi la voie à la poursuite de l'étude des liens entre le M-II, le M-RED et le TAG. De façon plus spécifique, une des avenues de recherche dessinée par la thèse est l'influence de l'intolérance à l'incertitude sur les réactions cognitives et affectives face aux émotions. De futures études devront examiner plus spécifiquement les facteurs qui expliquent cette relation. En effet, plusieurs questions demandent à être davantage approfondies. Par exemple, quel rôle joue l'incertitude inhérente à l'évolution et à l'expression des émotions? Dans quelle mesure le sentiment de menace, le pessimisme et les doutes quant à ses capacités à faire face aux émotions sont-ils présents dans le TAG? L'étiquette « orientation négative face aux émotions » est-elle la plus appropriée? Dans une première étape, il pourrait être riche de développer un canevas d'entrevue semi-structurée, afin d'explorer spécifiquement les différents facteurs qui expliquent la relation entre l'intolérance à l'incertitude et les réactions affectives et cognitives face aux émotions. Par la suite, un questionnaire pourrait être développé.

La thèse soulève aussi des questions qui concernent spécifiquement le M-II. Certaines des pistes de recherche qui en découlent pourraient d'ailleurs contribuer au développement d'une conceptualisation plus intégrée du TAG. Les résultats de la thèse ont mis en évidence un important contraste dans les performances de ses variables dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter. En effet, l'intolérance à l'incertitude et l'orientation négative face aux problèmes sont les variables, parmi celles des deux modèles, qui ont présenté les liens les plus forts avec la tendance à s'inquiéter (Article 1, Tableau 4). En même temps, l'évitement cognitif ne s'est pas révélé une variable qui permettait d'apporter une contribution unique à la prédiction de la

tendance s'inquiéter, lorsque les autres variables du M-II étaient contrôlées (Article 1, Tableau 2). Dans le même sens, les croyances erronées sur l'inquiétude ne permettaient pas de prédire la tendance à s'inquiéter de façon significative dans le modèle d'équations structurelles intégratif (Article 2, Figure 2). La supériorité évidente de l'intolérance à l'incertitude et de l'orientation négative face aux problèmes dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter, par rapport à l'évitement cognitif et aux croyances erronées sur l'inquiétude, a d'ailleurs déjà été rapportée dans la littérature (Dugas *et al.*, 2007). Qu'en est-il donc de l'importance de ces deux dernières variables? Ce questionnement suggère qu'il faut se pencher sur les questionnaires des variables du M-II ou encore sur les construits eux-mêmes.

Une première piste d'investigation touche la possibilité que les variables du M-II ne soient pas définies de façon suffisamment distincte. Par exemple, l'intolérance à l'incertitude est définie de façon à inclure une panoplie de stratégies en réactions à l'incertitude. Cependant, la plupart des réactions d'évitement face à l'incertitude se rapprochent de l'évitement cognitif. Ensuite, est-ce que l'évitement cognitif pourrait être défini de façon plus large? Cette question est intéressante, puisqu'elle ouvre la porte à de nouveaux efforts pour intégrer d'autres modèles du TAG au M-II. En effet, l'évitement cognitif inclut tous les efforts pour se soustraire aux pensées et aux sensations anxiogènes. Cependant, le M-RED et le modèle de la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999) soutiennent que les personnes qui souffrent du TAG ont tendance à faire preuve d'évitement expérientiel, un concept plus large. Rappelons que l'évitement expérientiel réfère à l'inconfort ressenti face à différentes expériences internes, de même qu'aux efforts faits pour s'y soustraire (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follette et Strosahl, 1996). Ainsi, de futures études pourraient se pencher sur les différences et les similarités entre les concepts d'évitement cognitif et expérientiel. Elles pourraient aussi vérifier si le concept d'évitement cognitif du M-II ne pourrait pas être bonifié pour inclure la notion d'évitement expérientiel.

Dans le même sens, il pourrait être intéressant de comparer les croyances erronées sur l'inquiétude, telles que définies par le M-II, avec les croyances dont il est question dans le modèle métacognitif du TAG, un autre modèle bien validé (e.g., Wells, 2009). De son côté, le M-II définit les croyances erronées sur l'inquiétude comme des croyances positives à l'égard des inquiétudes. Cependant, les recherches sur le modèle métacognitif démontrent que les croyances qui alimentent les inquiétudes se répartissent en cinq catégories, soit les croyances

positives sur les inquiétudes, les croyances concernant l'impossibilité de contrôler les inquiétudes, les croyances négatives concernant ses capacités cognitives, les croyances négatives sur les pensées en général et le degré selon lequel un individu dirige son attention sur ses processus cognitifs (Cartwright-Hatton et Wells, 1997). Ainsi, une bonification de la définition des croyances erronées sur l'inquiétude du M-II révélerait peut-être un lien plus robuste de cette variable avec l'inquiétude. Cependant, il faut noter la possibilité que les croyances erronées sur l'inquiétude soient un processus partiellement inconscient et donc, difficile à mesurer. En effet, l'inquiétude elle-même se définit comme une stratégie mise en place pour prévenir un événement négatif ou s'y préparer (Borkovec, Robinson, Pruzinsky et DePree, 1983). En d'autres termes, la tendance à s'inquiéter est, en partie, égosynthone. Cependant, comme l'inquiétude excessive s'avère difficile à contrôler et s'accompagne d'anxiété, il se peut que les personnes qui en souffrent en viennent à la considérer principalement comme un symptôme et perdent de vue qu'il s'agit pour eux d'une stratégie d'adaptation.

Par ailleurs, la thèse soulève aussi des questions qui concernent spécifiquement le M-RED. Au départ, la théorie du M-RED stipule déjà que les personnes qui souffrent du TAG présentent des réactions négatives face à leurs émotions et que celles-ci les poussent à utiliser des stratégies de régulation émotionnelle basées sur l'évitement de leurs expériences. Cependant, les résultats de la thèse suggèrent d'aller vérifier la nature de ces réactions négatives. Pour le M-RED, ces réactions impliquent un inconfort face à ses émotions et sont associées à la croyance que ses réactions émotionnelles sont dangereuses ou inacceptables. De son côté, la présente thèse suggère que les personnes qui ont tendance à s'inquiéter pourraient aussi entretenir certains mythes ou croyances plus spécifiques face aux émotions et à leurs capacités à les affronter.

La thèse met d'ailleurs en évidence que le M-RED pourrait gagner au développement d'instruments construits spécifiquement pour mesurer ses quatre processus. Cet exercice serait une occasion de présenter une définition claire de ses variables et de s'assurer de la validité de construit de leurs outils de mesure. Cet exercice pourrait aussi servir à bonifier les définitions des variables du M-RED, pour inclure des items qui présentent plus spécifiquement sa conceptualisation du TAG. Voici un exemple d'item qui pourrait à la fois mesurer les réactions négatives face à ses émotions et la théorie du TAG du M-RED : « Lorsqu'une situation me

bouleverse, je me mets à m'en faire au sujet de mon état émotionnel ». Pour terminer, des instruments de mesure spécifiquement développés pour le M-RED permettraient de mieux comparer la puissance explicative de ses variables avec celle des variables du M-II.

Pour terminer, la thèse s'est intéressée au M-II et au M-RED, puisqu'il s'agit de deux modèles spécifiquement développés pour expliquer le TAG. Cependant, le M-RED est une extension du modèle d'acceptation et d'engagement (Hayes *et al.*, 1999), discuté plus haut. Dans ce contexte, il serait intéressant que de futures études s'intéressent de plus près aux relations entre le M-II, le modèle d'acceptation et d'engagement et le TAG.

Implications cliniques

La thèse s'est intéressée à la conceptualisation du TAG plutôt que directement à son traitement. Cependant, ses résultats permettent tout de même de faire des recommandations au plan clinique. De façon générale, ils suggèrent que les processus liés à l'intolérance à l'incertitude et ceux liés aux difficultés de régulation émotionnelle sont deux volets à considérer dans la compréhension et le traitement du TAG. D'ailleurs, comme toutes les variables des deux modèles se sont montrées reliées à la tendance à s'inquiéter (Article 1), il faut rappeler qu'elles représentent toutes des processus impliquées dans l'inquiétude et le TAG. Il semble donc que les cliniciens doivent tenir compte de l'ensemble de ces variables lorsqu'ils évaluent un client et qu'ils planifient leur traitement. Comme Portman (2009a) l'a déjà souligné, une approche intégrative de traitement du TAG élargit les options pour le thérapeute et peut permettre de mieux s'adapter à chaque client.

Cependant, une fois une conceptualisation de cas intégrative complétée, il faut présenter un modèle de traitement cohérent au client. Pour y arriver, les résultats de la thèse suggèrent la pertinence d'utiliser le M-II comme base théorique, puisqu'il s'est avéré plus spécifiquement relié à la tendance à s'inquiéter (Article 1). Ensuite, les résultats de l'article 2 suggèrent une façon d'intégrer la question de la régulation émotionnelle dans le M-II. Cette proposition est résumée dans un schéma (Annexe B).

Bien sûr, il faut mentionner que des recherches cliniques sont nécessaires pour tester cette proposition, mais aussi pour la comparer avec les traitements qui ont déjà intégré des composantes émotionnelles au M-II (Boily *et al.*, 2014; Carrier et Côté, 2010). De façon générale, de futures études devront aussi vérifier si l'intégration de composantes émotionnelles

au M-II donne des résultats supérieurs au traitement original, en comparant directement les deux traitements dans des études contrôlées avec assignation aléatoire. Si c'est le cas, il sera important de déterminer si ce gain est suffisant pour justifier un traitement peut-être plus long et plus complexe.

Conclusion

Cette thèse aura permis de faire un pas de plus dans le développement d'une conceptualisation du TAG qui intègre les processus liés à l'intolérance à l'incertitude et les difficultés de régulation émotionnelle. Dans l'article 1, elle s'est penchée sur les relations entre le M-II, le M-RED et la tendance à s'inquiéter. Elle a mis en évidence que ces deux modèles permettent tous les deux d'expliquer une part indépendante de la variance de la tendance à s'inquiéter. Elle a aussi permis de constater que le M-II est associé à une meilleure puissance explicative que le M-RED. Parmi les variables des deux modèles, l'orientation négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions sont apparues comme les meilleurs prédicteurs de la tendance à s'inquiéter. Ces trois variables se sont montrées fortement corrélées les unes avec les autres. Dans l'article 2, la thèse a proposé une piste d'explication de ces fortes corrélations. Plus spécifiquement, elle a présenté un modèle qui intègre la notion d'utilisation de stratégies inadaptées de régulation de ses émotions au M-II. Ce nouveau modèle stipule que l'intolérance à l'incertitude favorise le développement d'une disposition cognitive inefficace qui explique à la fois les réactions face aux problèmes et celles face aux émotions. Par le biais d'une analyse de médiation et d'analyses par équations structurelles, la thèse a offert un premier appui au modèle proposé. En somme, la présente thèse suggère de poursuivre les recherches concernant le M-II, le M-RED, mais aussi leur intégration.

Références de l'introduction et de la conclusion de la thèse

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4^e éd., rév.). Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association. (2010, mise à jour). *Anxiety disorders & stress*. Récupéré le 10 mars 2013 du site de l'American Psychiatric Association : http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/anxiety.html
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition*. Washington, DC : Auteur.
- American Psychiatric Association. (n.d.). *Generalized anxiety disorder*. Récupéré le 9 avril 2012 du site DSM-5 development : <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=167>
- Arch, J. J. et Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders : Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology : Science and Practice*, 15(4), 263-279. doi : 10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x
- Beck, A. T. et Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety : Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58. doi : 10.1016/S0005-7967(96)00069-1
- Beck, A. T. et Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias : A cognitive perspective*. New York, NY : Basic Books.
- Birrell, J., Meares, K., Wilkinson, A. et Freeston, M. (2011). Toward a definition of intolerance of uncertainty : A review of factor analytical studies of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1198-1208. doi : 10.1016/j.cpr.2011.07.009
- Boily, L.-A., Bédard, M.-H., Chouinard, A.-M., Heppell, J. L. et Belleville, G. (2014, mars). *Étude préliminaire de l'efficacité de l'ajout d'interventions ciblant la régulation émotionnelle dans une thérapie cognitive-comportementale du trouble d'anxiété généralisée*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Canada.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. et Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (p. 77-108). New York, NY : Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H. et Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 126-138. doi : 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<126::AID-CPP193>3.0.CO;2-M
- Borkovec, T. D. et Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 69-73. doi : 10.1016/0005-7967(90)90056-O

- Borkovec, T. D. et Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder : A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28(2), 153-158. doi : 10.1016/0005-7967(90)90027-G
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wiser, S. L. et Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31(3), 321-324. doi : 10.1016/0005-7967(93)90031-O
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. et DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry : Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. doi : 10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Borkovec, T. D. et Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects : Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(1), 25-30. doi : 10.1016/0005-7916(94)00064-S
- Borkovec, T. D. et Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(11), 37-45.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. et Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599. doi : 10.1037/0021-843x.110.4.585
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry : An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 215-223. doi : 10.1016/j.brat.2008.12.004
- Buhr, K. et Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 1-17. doi : 10.1521/ijct.2012.5.1.1
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M. et Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty : Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. doi : 10.1016/j.janxdis.2012.01.011
- Carrier, M. H. et Côté, G. (2010). Évaluation de l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée combiné à des stratégies de régulation des émotions et d'acceptation et d'engagement expérientiel. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 60(1), 11-25. doi : 10.1016/j.erap.2009.06.002
- Carter, R. M., Wittchen, H.-U., Pfister, H. et Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13(2), 78-88. doi : 10.1002/da.1020
- Cartwright-Hatton, S. et Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions : The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296. doi : 10.1016/S0887-6185(97)00011-X

- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L. et Borkovec, T. D. (2009). Generalized anxiety disorder : Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40(1), 23-38. doi : 10.1016/j.beth.2007.12.004
- Cisler, J. et Olatunji, B. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 182-187. doi : 10.1007/s11920-012-0262-2
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. doi : 10.1037//0033-2909.112.1.155
- Côté, G. et Carrier, M.-H. (2007). *Échelle des difficultés de régulation des émotions*. Traduction du *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Document inédit.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M. et Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116. doi : 10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L. et Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4), 397-402. doi : 10.1016/0005-7967(89)90010-7
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 327-330. doi : 10.1016/0005-7967(94)90130-9
- Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B. et Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 485-494. doi : 10.1016/j.janxdis.2007.04.002
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications : So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders*, 14(1), 31-40. doi : 10.1016/S0887-6185(99)00034-1
- Dugas, M. J. (2004). *Manuel du thérapeute pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée*. Manuel de traitement non publié, Université Concordia, Montréal.
- Dugas, M. J., Anderson, K. G., Deschenes, S. S. et Donegan, E. (2010). Generalized anxiety disorder publications : Where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 780-784. doi : 10.1016/j.janxdis.2010.05.012
- Dugas, M. J., Buhr, K. et Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (p. 143-163). New York, NY : Guilford Press.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R. et Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder : A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36(2), 215-226. doi : 10.1016/S0005-7967(97)00070-3
- Dugas, M. J., Gosselin, P. et Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry : Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi : 10.1023/a:1005553414688

- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K. et Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing : Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy & Research*, 29, 57-70.
- Dugas, M. J. et Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder : Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 19(1), 61-81. doi : 10.1891/jcop.19.1.61.66326
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. et Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder : Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825. doi : 10.1037/0022-006X.71.4.821
- Dugas, M. J., Marchand, A. et Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder : Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 329-343. doi : 10.1016/j.janxdis.2004.02.002
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., ... Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38(2), 169-178. doi : 10.1016/j.beth.2006.07.002
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? Dans C. L. Davey et A. Wells (dir.), *Worry and its psychological disorders : Theory, assessment and treatment* (p. 359-378). Chichester, Royaume-Uni : John Wiley and Sons, Ltd.
- Fisher, P. L. et Wells, A. (2011). Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 127-132. doi : 10.3928/00485713-20110203-1
- Foa, E. B. et Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi : 10.1037//0033-2909.99.1.20
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy & Research*, 20(3), 265-273. doi : 10.1007/BF02229237
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Frenkel-Brunswik, E. (1949). Intolerance of ambiguity as an emotional and perceptual personality variable. *Journal of Personality*, 18 (1), 108-143. doi : 10.1111/j.1467-6494.1949.tb01236.x
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G. et Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3), 282-300. doi : 10.1016/j.cbpra.2013.02.001
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S. et Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty : Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. doi : 10.1016/j.janxdis.2008.02.005

- Gosselin, P., Ladouceur, R., Langlois, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Bertrand, J. (2003). Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances erronées à l'égard des inquiétudes. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 53(3-4), 199-211.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : Le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15(4), 142-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J. et Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire sur l'Évitement Cognitif (QÉC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 24-37.
- Gould, R. A., Safren, S. A., O'Neill Washington, D. et Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (p. 248-264). New York, NY : Guilford Press.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., ... Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35(12), 1747-1759. doi : 10.1017/S0033291705006069
- Grenier, S., Barrette, A.-M. et Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity : Similarities and differences. *Personality and Individual Differences*, 39, 593-600. doi : 10.1016/j.paid.2005.02.014
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation : An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. doi : 10.1037//1089-2680.2.3.271
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W. et Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 120-132. doi : 10.1016/j.cpr.2012.10.008
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (dir.) (2001). *Relational frame theory : A post-Skinnertan account of human language and cognition*. New York, NY : Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. et Wilson, K. (1999). *Acceptance and commitment therapy : Understanding and treating human suffering*. New York, NY : Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ...McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance : A preliminary test of a working model. *The Psychological record*, 54(4), 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. et Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders : A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. doi : 10.1037//0022-006X.64.6.1152
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M. et Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342-349. doi : 10.1002/da.20249

- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. et Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90. doi : 10.1002/da.20257
- Hofmann, S. G. et Asmundson, G. J. G. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy : New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. doi : 10.1016/j.cpr.2007.09.003
- Holowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K. et Laugesen, N. (2000, novembre). *Measuring beliefs about worry : A psychometric evaluation of the Why-Worry-II Questionnaire*. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. et Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1-91(1). doi : 10.1002/14651858.CD001848.pub4
- Hunt, C., Issakidis, C. et Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32(4), 649-659. doi : 10.1017/S0033291702005512
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602. doi : 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi : 10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, NY : Guilford.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes : Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11(4), 235-248. doi : 10.1016/0146-6402(89)90027-1
- Krohne, H. W., Egloff, B., Varner, L. J., Burns, L. R., Weidner, G. et Ellis, H. C. (2000). The assessment of dispositional vigilance and cognitive avoidance : Factorial structure, psychometric properties, and validity of the Mainz Coping Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 297-311. doi : 10.1023/A:1005511320194
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H. et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152. doi : 10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand et J. M. Boisvert (dir.), *Les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale* (p. 31-58). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. et Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder :

- Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964. doi : 10.1037//0022-006X.68.6.957
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., ...Koerner, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191-207. doi : 10.1016/S0005-7894(99)80003-3
- Leahy, R. L., Tirch, D. et Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy : A practitioner's guide*. New York, NY : Guilford Press.
- Leblanc, R., Dugas, M.-J., Gaudet, A., Turcotte, J. et Savard, P. (2006). Le traitement cognitif-comportemental d'une patiente atteinte du trouble d'anxiété généralisée. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 16(2), 63-68.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L. et Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder : Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 126-136. doi : 10.1080/16506070902966918
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders : Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(Suppl. 14), 4-8.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York, NY : Guilford Press.
- Llera, S. J. et Newman, M. G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder : Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299. doi : 10.1016/j.beth.2013.12.011
- MacLeod, C. et Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches. Dans R. G. Heimberg, C. L. Turk et D. S. Mennin (dir.), *Generalized anxiety disorder : Advances in research and practice* (p. 109-142). New York, NY : Guilford Press.
- Maier, W., Gänssicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R. et Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective : A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 29-36. doi : 10.1034/j.1600-0447.2000.101001029.x
- McKay, M., Fanning, P. et Zurita Ona, P. (2011). *Mind and emotions : A universal treatment for emotional disorders*. Oakland, CA : New Harbinger Publications, Inc.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G. et Ciesla, J. (2012, avril). Randomized control trial of Emotion Regulation Therapy for generalized anxiety disorder and comorbid depression. Dans M. Fraire et T. Ollendick (prés.), *Emotion regulation in anxiety disorders across the lifespan : Comorbidity and treatment*. Communication présentée au congrès annuel de l'Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. et Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 9(1), 85-90. doi : 10.1093/clipsy/9.1.85

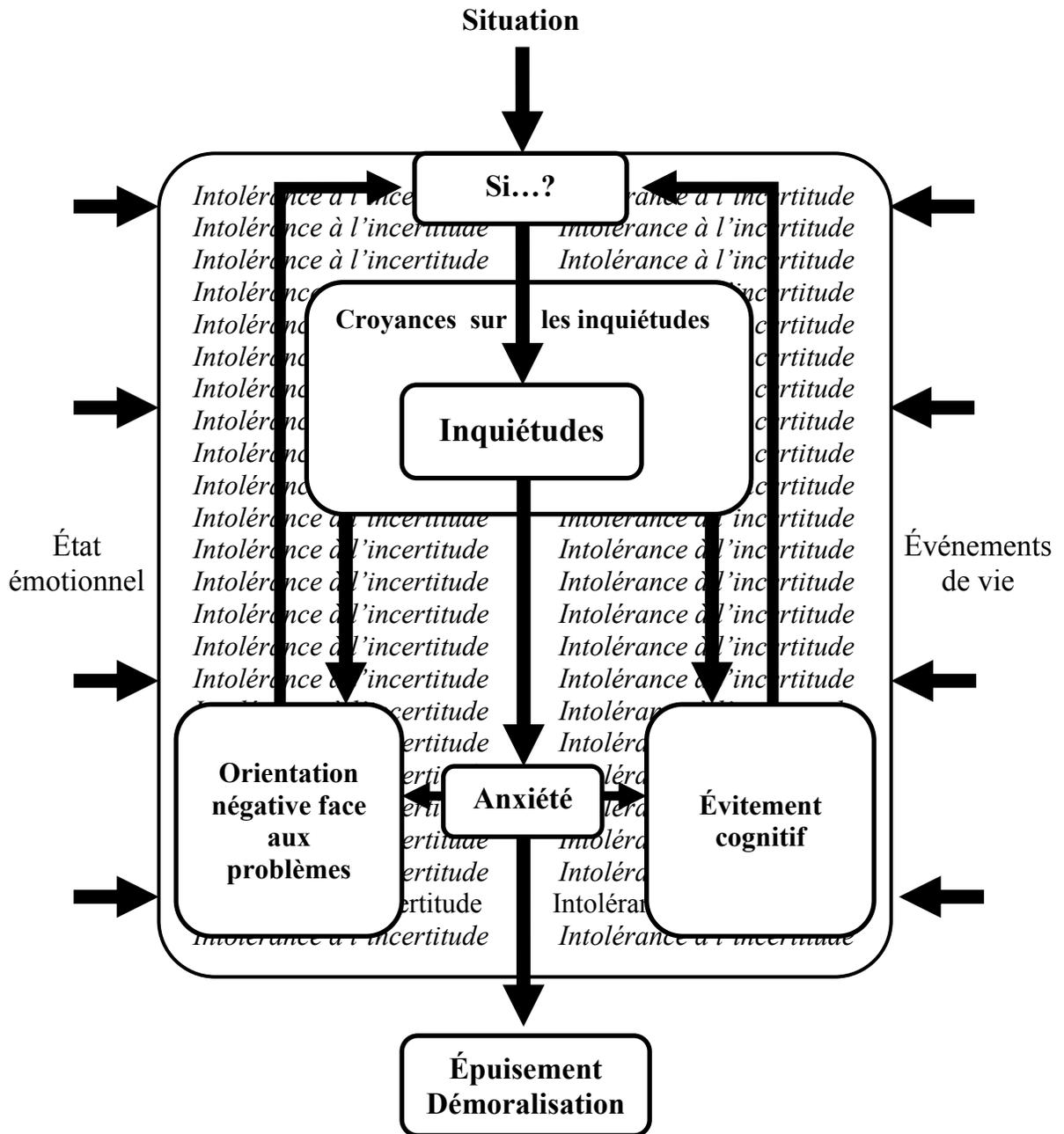
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. et Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310. doi : 10.1016/j.brat.2004.08.008
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. et Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. doi : 10.1016/j.beth.2006.09.001
- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A. et Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 866-871. doi : 10.1016/j.janxdis.2009.04.006
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning : A reinterpretation of «conditioning» and «problem solving». *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J. et Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 135-147. doi : 10.1037/0033-3204.45.2.135
- Newman, M. G. et Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder : A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 371-382. doi : 10.1016/j.cpr.2011.01.008
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W. et Zlomke, K. R. (2010). Linking cognitive avoidance and GAD symptoms : The mediating role of fear of emotion. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5). doi : 10.1016/j.brat.2009.11.014
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. et Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.
- Portman, M. E. (2009a). Future directions and recommendations. Dans M. E. Portman (dir.), *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan : An integrative approach* (p. 119-126). New York, NY : Springer.
- Portman, M. E. (2009b). Psychosocial treatments for adults with generalized anxiety disorder. Dans M. E. Portman (dir.), *Generalized Anxiety Disorder Across the Lifespan : An integrative approach* (p. 41-63). New York, NY : Springer.
- Provencher, M. D., Freeston, M. H., Dugas, M. J. et Ladouceur, R. (2000). Catastrophizing assessment of worry and threat schemata among worriers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28(3), 211-224. doi : 10.1017/S1352465800003027
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : Prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51(2), 91-99.
- Riskind, J. H. (2005). Cognitive mechanisms in generalized anxiety disorder : A second generation of theoretical perspectives. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 1-5. doi.org/10.1007/s10608-005-1644-0

- Roberts, N. M., Gervais, N. J. et Dugas, M. J. (2006, juin). *Intolerance of uncertainty in analogue generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder : Replication and extension*. Affiche présentée au congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Calgary, Canada.
- Roemer, L., Molina, S. et Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous & Mental Disease, 185*(5), 314-319. doi : 10.1097/00005053-199705000-00005
- Roemer, L., Molina, S., Litz, B. T. et Borkovec, T. D. (1997). Preliminary investigation of the role of previous exposure to potentially traumatizing events in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety (1091-4269), 4*, 134-138.
- Roemer, L. et Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder : Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology : Science and Practice, 9*(1), 54-68. doi : 10.1093/clipsy.9.1.54
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D. et Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD : Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 71-88. doi : 10.1007/s10608-005-1650-2
- Ruscio, A. M., Borkovec, T. D. et Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(3), 413-422. doi : 10.1037//0021-843X.110.3.413
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T. et Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research, 51*(2), 167-174. doi : 10.1016/0165-1781(94)90036-1
- Schoenleber, M., Chow, P. I. et Berenbaum, H. (2014). Self-conscious emotions in worry and generalized anxiety disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(3), 299-314. doi : 10.1111/bjc.12047
- Sexton, K. A., Norton, P. J., Walker, J. R. et Norton, G. R. (2003). Hierarchical model of generalized and specific vulnerabilities in anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 32*(2), 82-94. doi : 10.1080/16506070302321
- Swain, J., Hancock, K., Hainsworth, C. et Bowman, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of anxiety : A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 965-978. doi : 10.1016/j.cpr.2013.07.002
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2006). *Using Multivariate Statistics* (5^e éd.). Boston, MA : Allyn and Bacon.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S. et Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder : A Comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89-106. doi : 10.1007/s10608-005-1651-1
- Vasey, M. W. et Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 505-520.

- Vrana, S. R., Cuthbert, B. N. et Lang, P. J. (1986). Fear imagery and text processing. *Psychophysiology*, 23(3), 247-253. doi : 10.1111/j.1469-8986.1986.tb00626.x
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY : The Guilford Press.
- Westen, D. et Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder : An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899. doi : 10.1037/0022-006x.69.6.875
- Wittchen, H.-U., Krause, P., Hoyer, J., Beesdo, K., Jacobi, F., Hofler, M. et Winter, S. (2001). Prevalence and correlates of GAD in primary care. *Münchener Medizinische Wochenschrift, Fortschritte der Medizin*, 143, 17-25.

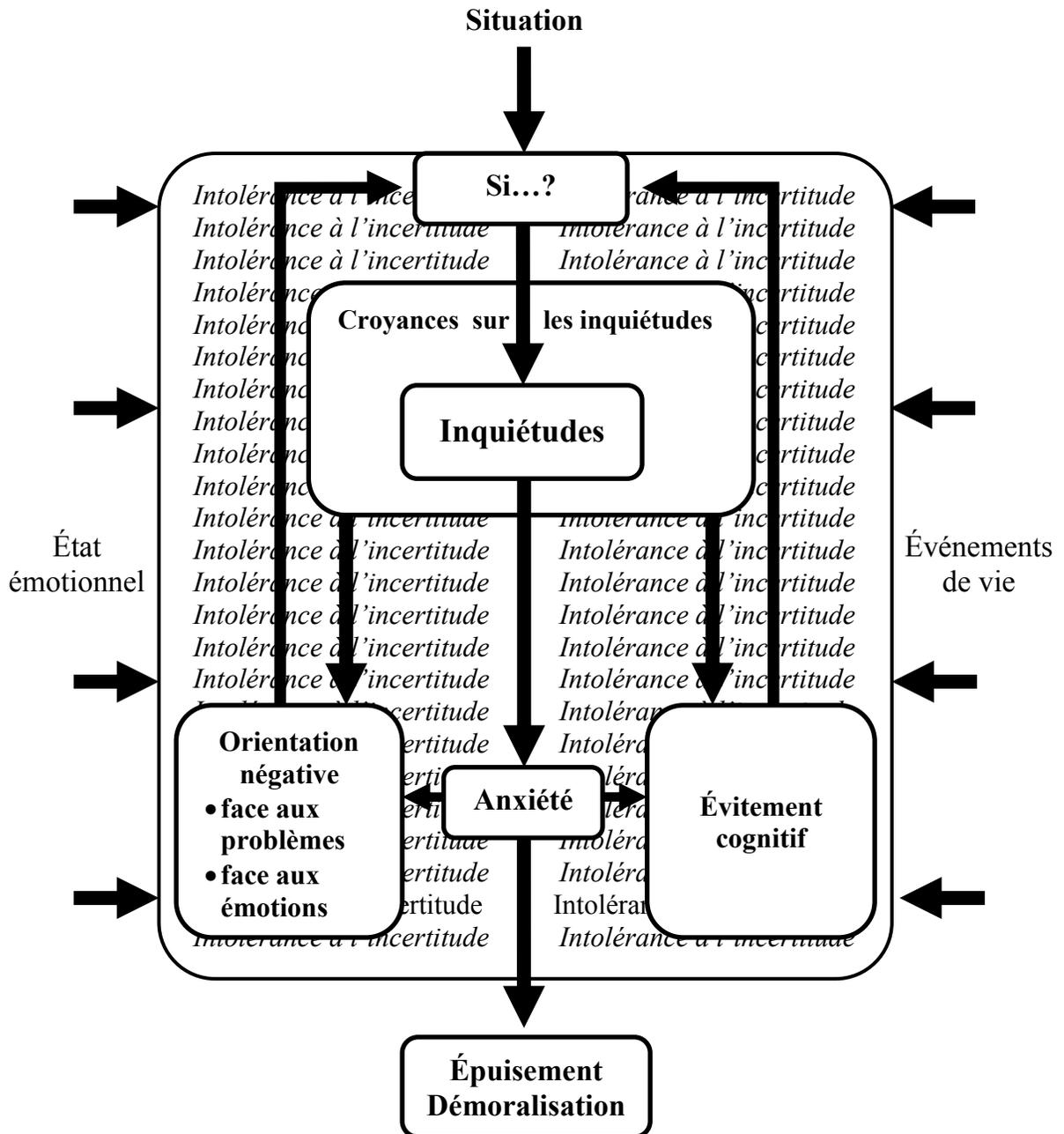
Annexe A

Modèle de l'intolérance à l'incertitude



Annexe B

Modèle de l'intolérance à l'incertitude bonifié



Ce que le modèle de l'intolérance à l'incertitude (M-II) soutient déjà

- Les personnes intolérantes à l'incertitude ont tendance à réagir négativement face aux problèmes, en les percevant comme des menaces, en étant pessimistes et en doutant de leurs capacités à les résoudre. Elles n'arrivent donc pas à s'engager dans un processus

de résolution de problèmes. Les problèmes perdurent ou s'exacerbent, demeurant des sources d'inquiétude.

Ce qui pourrait être intégré au M-II

- Face à une situation difficile, les personnes intolérantes à l'incertitude ont tendance à adopter une attitude similaire face à leurs émotions. Elles les perçoivent comme une menace, sont pessimistes sur l'évolution de leurs états émotionnels et doutent de leurs capacités à leur faire face. Elles ont alors tendance à chercher à éviter, à limiter ou à contrôler leurs émotions. Ce processus s'avère cependant inefficace, puisqu'il ne leur permet pas d'appivoiser les émotions ni d'apprendre à leur faire face. Ainsi, la survenue d'émotions négatives demeure une source d'anxiété. De plus, l'évitement des émotions a un effet rebond : les émotions évitées s'intensifient avec le temps.

Pistes de traitement

- Psychoéducation sur la fonction des émotions et sur leur nature temporaire; normalisation des états émotionnels mixtes; correction des croyances erronées face aux émotions.
- Identification des stratégies de régulation émotionnelle inefficaces utilisées par le client et des stratégies alternatives.
- Exercices de mise en application des stratégies de régulation émotionnelle alternatives.

Annexe C

Feuillet d'information

Titre de la recherche : Étude des liens entre deux modèles explicatifs du trouble d'anxiété généralisée : le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle

Présentation

Dans le contexte de ma thèse de doctorat en psychologie à l'Université Laval, je sollicite votre participation à une étude portant sur les liens entre deux modèles explicatifs du trouble d'anxiété généralisée (TAG).

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est le trouble anxieux le plus souvent observé en soins de santé de première ligne. Il se caractérise par une période d'au moins 6 mois d'inquiétudes excessives concernant divers événements ou activités. Différents modèles ont été proposés pour mieux comprendre le TAG, comme le modèle de l'intolérance à l'incertitude et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle.

Nature de l'étude

Le présent projet de recherche a pour objectif principal d'étudier les liens entre ces deux modèles explicatifs du TAG, afin de réaliser une première étape vers une conceptualisation plus globale et intégrée de ce trouble. Nous étudions ce phénomène dans de grands échantillons de la population générale, qui s'inquiète à divers degrés, avant d'aller tester nos hypothèses de recherche auprès des gens qui souffrent d'un trouble d'anxiété généralisée. Les seuls critères à respecter pour participer à cette étude sont d'être âgé entre 18 et 65 ans et d'avoir le français comme langue maternelle.

Déroulement de la participation

Votre participation à l'étude consistera uniquement à remplir des questionnaires. Dans un premier temps, certaines questions mesurent la tendance à s'inquiéter. Ensuite, une série de questionnaires examinent vos réactions ou votre attitude face aux événements incertains, à l'inquiétude, à l'anxiété et aux problèmes. Finalement, une dernière série de questionnaires s'intéresse à différents aspects de votre façon de réguler vos émotions. Le tout devrait prendre entre 15 et 20 minutes. Vous êtes libre de répondre à toutes les questions, mais si vous décidez de ne pas répondre à toutes les questions, cette décision pourrait être considérée comme un retrait de votre part. Dans ce cas, les données que vous aurez fournies seront détruites.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à la participation

Vous ne retirerez pas d'avantage personnel et direct à participer à cette étude, mais vous pourrez avoir le sentiment d'avoir contribué à l'avancement des connaissances sur le TAG. Si vous en manifestez l'intérêt, vous pourrez aussi être informé des résultats de l'étude via votre courriel.

Votre participation requiert de 15 à 20 minutes. De plus, le fait de répondre à une série de questions sur la tendance à s'inquiéter, sur ses réactions ou son attitude face aux événements incertains, à

l'inquiétude, à l'anxiété ou aux problèmes, ainsi qu'à des questions portant sur différents aspects de la régulation des émotions, pourrait vous mener à certaines réflexions ou prises de conscience. Dans le cas où vous désiriez consulter en psychologie, vous pouvez contacter le Centre d'aide aux étudiants (CAE). Voici les coordonnées:

Pavillon Maurice-Pollack
2305, rue de l'Université
Bureau 2121, Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements: (418) 656-7987
Télécopieur: (418) 656-7866
Courriel: accueil@cocp.ulaval.ca
Site Web: <http://www.cocp.ulaval.ca>

Participation volontaire et droit de retrait

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment.

Confidentialité et gestion des données

Tous les renseignements personnels obtenus dans le cadre de votre participation à l'étude seront traités de façon strictement confidentielle. Le présent formulaire de consentement sera conservé séparément de vos réponses aux questionnaires, afin que rien ne permette de les associer. Si vous laissez votre adresse courriel afin d'être informé des résultats de l'étude, elle sera seulement conservée dans un fichier informatique, et ne pourra plus être associée avec vos réponses aux questionnaires. Votre adresse sera détruite du disque dur de notre ordinateur après l'envoi de la lettre informative. Tous les documents liés à votre participation à l'étude (questionnaires, formulaires de consentement) seront déchiquetés cinq ans après la publication de l'étude.

Dans le cas où vous entretiendriez un lien étudiant/professeur avec M. Martin D. Provencher, qui supervise ce projet de thèse, sachez que votre participation n'aura aucun lien avec votre cheminement dans son cours. Des mesures seront prises pour éviter qu'il soit informé de votre participation à l'étude.

Pour des renseignements supplémentaires

Pour toute information, vous pouvez contacter Caroline Ouellet, étudiante au doctorat en psychologie, recherche et intervention (orientation clinique) à l'adresse suivante : caroline.ouellet.9@ulaval.ca.

Toute plainte ou critique relativement à ce projet de recherche pourra être adressée, en toute confidentialité, au bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval dont les coordonnées sont les suivantes:

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Télécopieur : (418) 656-3846
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval (no d'approbation 2009-171 A-2) le 16/09//2009.

Annexe D
Questionnaires

Données sociodémographiques

1. Sexe (Encerclez la lettre correspondante.)
 - a) Homme
 - b) Femme

2. Âge (Inscrivez le chiffre correspondant.)

3. Diplôme obtenu ou en cours d'obtention (Encerclez la lettre correspondante.)
 - a) Secondaire
 - b) Professionnel
 - c) Collégial
 - d) Universitaire (certificat ou 1^{er} cycle)
 - e) Universitaire (2^e cycle)
 - f) Universitaire (3^e cycle)
 - g) Aucune de ces réponses

4. Occupation (Inscrivez le titre de votre profession ou de votre occupation. Si les études constituent votre occupation principale, indiquez-le et précisez dans quel domaine.)

5. Statut marital (Encerclez la lettre correspondante.)
 - a) Célibataire
 - b) Conjoint(e) de fait
 - c) Marié(e)
 - d) Veuf (veuve)

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chaque énoncé).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

- _____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- _____ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- _____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- _____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- _____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
- _____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- _____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- _____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- _____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- _____ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- _____ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- _____ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
- _____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- _____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- _____ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- _____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. et Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495. © Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Michel J. Dugas, Robert Ladouceur et Mark H. Freeston 2000. Université Laval, Québec (Qc), Canada.

Incertitude

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

1. ___ L'incertitude m'empêche de prendre position.
2. ___ Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.
3. ___ L'incertitude rend la vie intolérable.
4. ___ C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.
5. ___ Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.
6. ___ L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).
7. ___ Les imprévus me dérangent énormément.
8. ___ Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.
9. ___ L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.
10. ___ On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.
11. ___ Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.
12. ___ Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.
13. ___ Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.
14. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
15. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

16. ____ Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.
17. ____ L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
18. ____ Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
19. ____ Je déteste être pris(e) au dépourvu.
20. ____ Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
21. ____ Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
22. ____ Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
23. ____ Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
24. ____ L'incertitude m'empêche de bien dormir.
25. ____ Je dois me retirer de toute situation incertaine.
26. ____ Les ambiguïtés de la vie me stressent.
27. ____ Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

© Mark H. Freeston, Michel Dugas, Hélène Letarte, Josée Rhéaume et Robert Ladouceur. Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie, Université Laval, Québec, 1993.

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J. et Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

Pourquoi S'inquiéter?

Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais (écrivez le chiffre à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait vrai

1. ____ Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.
2. ____ Si je m'inquiète, je serai moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.
3. ____ Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.
4. ____ Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.
5. ____ Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.
6. ____ Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.
7. ____ Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.
8. ____ C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.
9. ____ Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.
10. ____ Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.
11. ____ Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.
12. ____ Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.
13. ____ Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.
14. ____ En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.

1 Pas du tout vrai	2 Un peu vrai	3 Assez vrai	4 Très vrai	5 Tout à fait vrai
---------------------------------	----------------------------	---------------------------	--------------------------	---------------------------------

15. ____ L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.
16. ____ Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.
17. ____ Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.
18. ____ En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.
19. ____ Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.
20. ____ Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.
21. ____ En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.
22. ____ Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.
23. ____ Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.
24. ____ En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.
25. ____ Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Robert Ladouceur, Frédéric Langlois, Mark H. Freeston et Julie Bertrand, 2001.
Laboratoire de thérapies comportementales et cognitives, Université Laval, Québec, Canada.

Questionnaire sur l'Évitement Cognitif

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

1. ____ Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.
2. ____ J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.
3. ____ Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.
4. ____ Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.
5. ____ J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.
6. ____ J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.
7. ____ J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.
8. ____ Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.
9. ____ J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.
10. ____ Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.
11. ____ Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.
12. ____ Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.
13. ____ Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.
14. ____ Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant

15. ____ Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.
16. ____ Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.
17. ____ Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.
18. ____ J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.
19. ____ Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).
20. ____ Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.
21. ____ Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.
22. ____ J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.
23. ____ J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête.
24. ____ Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement.
25. ____ Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.

26. ____ Je considère que les stratégies que j'utilise pour chasser mes pensées sont efficaces à court terme (sur le coup).
27. ____ Je considère que les stratégies que j'utilise pour chasser mes pensées sont efficaces à long terme, puisqu'elles ne reviennent pas, même après un certain temps.

Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes

Les gens peuvent réagir de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex. : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Écrivez le chiffre vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés.

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

1. ____ Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être.
2. ____ Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.
3. ____ Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.
4. ____ Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.
5. ____ Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.
6. ____ Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.
7. ____ Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.
8. ____ J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.
9. ____ Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.
10. ____ Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.
11. ____ Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.
12. ____ Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.

Berkeley Expressivity Questionnaire

Pour chaque énoncé ci-dessous, veuillez indiquer si vous êtes en accord ou en désaccord. Inscrivez devant chaque item le chiffre qui convient, en utilisant l'échelle suivante:

- | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------------------|---|---|--------|---|---|------------------------|
| Fortement
en désaccord | | | Neutre | | | Fortement
en accord |
| 1. ____ | | | | | | |
| 2. ____ | | | | | | |
| 3. ____ | | | | | | |
| 4. ____ | | | | | | |
| 5. ____ | | | | | | |
| 6. ____ | | | | | | |
| 7. ____ | | | | | | |
| 8. ____ | | | | | | |
| 9. ____ | | | | | | |
| 10. ____ | | | | | | |
| 11. ____ | | | | | | |
| 12. ____ | | | | | | |
| 13. ____ | | | | | | |
| 14. ____ | | | | | | |
| 15. ____ | | | | | | |
| 16. ____ | | | | | | |

Traduction de Jean Séguin de l'original : Gross, J. J. et John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 555-568; Gross, J.J. et John, O.P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 435-448.

Échelle des difficultés de régulation des émotions

Indiquez avec quelle fréquence les énoncés ci-dessous s'appliquent à votre cas en écrivant le chiffre approprié à côté de chaque énoncé :

1	2	3	4	5
Presque jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

- _____ 1) Je n'ai aucun doute sur ce que je ressens.
- _____ 2) Je prête attention à ce que je ressens.
- _____ 3) Je me laisse submerger par mes émotions.
- _____ 4) Je n'ai aucune idée de ce que je ressens.
- _____ 5) J'ai de la difficulté à comprendre mes émotions.
- _____ 6) Je suis à l'écoute de mes émotions.
- _____ 7) Je sais exactement ce que je ressens.
- _____ 8) J'attache de l'importance à mes émotions.
- _____ 9) Je ne sais pas trop ce que je ressens.
- _____ 10) Lorsqu'une situation me bouleverse, je reconnais que j'ai des émotions.
- _____ 11) Lorsqu'une situation me bouleverse, je m'en veux de me sentir comme ça.
- _____ 12) Lorsqu'une situation me bouleverse, je suis mal à l'aise de me sentir comme ça.
- _____ 13) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à faire mon travail.
- _____ 14) Lorsqu'une situation me bouleverse, je perds le contrôle.
- _____ 15) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que cet état va durer longtemps.

1	2	3	4	5
Presque jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

- _____ 16) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je finirai par tomber en dépression.
- _____ 17) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que mes émotions sont valables et importantes.
- _____ 18) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer sur autre chose.
- _____ 19) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai l'impression d'avoir perdu le contrôle de moi-même.
- _____ 20) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'arrive tout de même à faire ce que j'ai à faire.
- _____ 21) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai honte de me sentir comme ça.
- _____ 22) Lorsqu'une situation me bouleverse, je sais que je trouverai un moyen d'aller mieux.
- _____ 23) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me perçois comme une personne faible.
- _____ 24) Lorsqu'une situation me bouleverse, je sens que je peux tout de même maîtriser mes comportements.
- _____ 25) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens coupable de me sentir comme ça.
- _____ 26) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à me concentrer.

1	2	3	4	5
Presque jamais	À l'occasion	Environ la moitié du temps	La plupart du temps	Presque toujours
(0 – 10%)	(11 – 35%)	(36 – 65%)	(66 – 90%)	(91 – 100%)

- _____ 27) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à maîtriser mes comportements.
- _____ 28) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux rien faire pour améliorer mon état.
- _____ 29) Lorsqu'une situation me bouleverse, cela m'agace de me sentir comme ça.
- _____ 30) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me mets à avoir une très mauvaise opinion de moi.
- _____ 31) Lorsqu'une situation me bouleverse, je crois que je ne peux pas faire autrement que de patauger dans cet état.
- _____ 32) Lorsqu'une situation me bouleverse, je ne maîtrise plus mes comportements.
- _____ 33) Lorsqu'une situation me bouleverse, j'ai de la difficulté à penser à autre chose.
- _____ 34) Lorsqu'une situation me bouleverse, je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.
- _____ 35) Lorsqu'une situation me bouleverse, cela me prend beaucoup de temps avant de me sentir mieux.
- _____ 36) Lorsqu'une situation me bouleverse, je me sens envahi par mes émotions.

© Tous droits réservés. Guylaine Côté et Marie-Hélène Carrier (2007), Département de psychologie, Université de Sherbrooke. Traduction de l'original. Gratz et Roemer (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation : Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30, 41-54.