

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
MAXIME BOUCHER

L'EXPOSITION COGNITIVE POUR L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, LE STRESS
POST-TRAUMATIQUE, LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET
L'HYPOCONDRIE

MAI 2011

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.PS.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'EXPOSITION COGNITIVE POUR L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE, LE STRESS
POST-TRAUMATIQUE, LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF ET
L'HYPOCONDRIE

PAR

MAXIME BOUCHER

FRÉDÉRIC LANGLOIS, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

MARIE-CLAUDE BLAIS, évaluateur

Université du Québec à Trois-Rivières

YVES CAREAU, évaluateur

Institut universitaire en santé mentale de Québec

Sommaire

Le trouble d'anxiété généralisée, le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie ont tous un point en commun : la présence de pensées intrusives morbides. Le caractère dérangeant de ce type de pensées mène inévitablement à la neutralisation ou à l'évitement de celles-ci, élément participant au maintien des problématiques. Parmi la variété d'outils thérapeutiques cognitifs et comportementaux disponibles pour le traitement de ces quatre troubles, l'exposition cognitive se veut une stratégie de choix pour réduire la fréquence et l'impact des pensées intrusives. Plusieurs procédés d'exposition cognitive sont retrouvés dans la littérature : l'écriture répétée d'un scénario préétabli, la lecture répétée d'un texte, l'écoute répétée d'un scénario préenregistré, le récit rédigé et le récit verbal. Or, certains de ceux-ci semblent être applicables relativement indépendamment du trouble visé, alors que d'autres procédés seraient davantage exclusifs à une problématique particulière. Après avoir présenté les bases conceptuelles de l'intrusion cognitive, le présent essai dresse le portrait des convergences et des divergences des procédés d'exposition cognitive. Il vise aussi à identifier les problèmes fréquemment rencontrés lors de la conduite de l'exposition cognitive.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vi
Remerciements.....	vii
Introduction.....	1
Chapitre 1.....	5
Les troubles mentaux où l'exposition cognitive est une stratégie d'intervention	
Le trouble d'anxiété généralisée.....	6
Le trouble de stress post-traumatique.....	14
Le trouble obsessionnel-compulsif.....	20
L'hypocondrie	26
Chapitre 2.....	38
La pensée intrusive	
La pensée intrusive.....	39
La neutralisation	46
Les stratégies thérapeutiques utilisées pour cibler les pensées intrusives	51
Chapitre 3.....	60
L'exposition cognitive : similitudes et divergences des techniques d'exposition	
L'exposition cognitive.....	61
Les convergences des procédés d'exposition cognitive	74
Les divergences des procédés d'exposition cognitive.....	79

Chapitre 4.....	94
Problèmes fréquemment rencontrés lors de la conduite de l'exposition cognitive	
Conclusion	105
Références.....	110

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques des troubles visés	37
2	Caractéristiques des pensées intrusives selon le trouble	45
3	Convergences et divergences des procédés d'exposition cognitive	93

Remerciements

Je tiens à souligner l'aide de Frédéric Langlois (directeur de recherche et professeur régulier, UQTR) pour la rédaction de cet essai ainsi que sa révision. Il a su offrir un soutien plus considérable pour les thèmes portant sur l'hypocondrie, un trouble m'étant moins familier. Je souhaite également remercier Yves Careau (superviseur d'internat et psychologue à l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Québec) pour avoir partagé tant sa passion pour le traitement cognitivo-comportemental des troubles anxieux que son intérêt pour la recherche clinique portant sur ce même sujet. Je veux par ailleurs exprimer ma reconnaissance aux trois correcteurs de l'essai, soit Frédéric Langlois, Yves Careau et Marie-Claude Blais (professeure régulière, UQTR). Sur une note plus personnelle, je remercie plus spécialement Jacques, Danielle, Sylvie, Marie-Pier et Frédéric (Gasse) pour leur soutien financier, motivationnel et émotionnel.

Introduction

Dans les dernières années, la psychothérapie cognitivo-comportementale a développé des programmes d'intervention ciblant des difficultés psychologiques précises, soit des troubles mentaux répertoriés dans le DSM, mais aussi d'autres affections plus vagues et globales. Par contre, des méta-analyses démontrent qu'elle s'avère particulièrement efficace pour les troubles anxieux de l'axe I du DSM-IV-TR (DeRubeis et Crits-Christoph, 1998; BPSCORE, 2001; INSERM 2004). Cette forme de psychothérapie repose en partie sur certaines stratégies d'intervention distinctes, élaborées selon la recherche scientifique portant sur les facteurs régissant les comportements humains. Dans le cas des troubles anxieux, ces stratégies visent directement les facteurs participant au déclenchement et au maintien des difficultés. Les stratégies thérapeutiques développées par l'approche cognitivo-comportementale des dernières années sont ainsi plus spécifiques aux troubles cernés dans le DSM.

La psychoéducation, la restructuration cognitive et l'exposition sont les principales stratégies thérapeutiques utilisées pour les troubles anxieux. Cette dernière, soit l'exposition, demeure toutefois une stratégie privilégiée en raison de la force de son impact sur la modification des cognitions (Mersch, 1995). Plusieurs formes d'exposition existent selon les troubles et les concepts ciblés : l'exposition *in vivo*, l'exposition cognitive, la prévention de la réponse, l'exposition interoceptive et l'exposition au jugement négatif des autres.

L'exposition cognitive est une des stratégies les plus connues et utilisées en psychothérapie cognitivo-comportementale pour quatre troubles du DSM. Ces derniers ont tous un point en commun : ils sont caractérisés par la présence de pensées intrusives dérangeantes. L'exposition cognitive vise à diminuer, voire éliminer, la neutralisation de ces pensées intrusives, soit tout acte délibéré ayant comme visée de prévenir, chasser ou minimiser ces dernières (Ladouceur, Freeston & Rhéaume, 1996). Parmi les quatre troubles cernés, on en retrouve trois de type anxieux (le trouble d'anxiété généralisée, le trouble de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel-compulsif) ainsi qu'un de type somatoforme (l'hypocondrie). Plusieurs auteurs considèrent toutefois que ce dernier devrait être inclus dans les troubles anxieux (Noyes, Reich, Clancy & O'Gorman, 1986; Fallon, Klein & Liebowitz, 1993; Schmidt, 1994; Noyes, 1999). Wells (1997) avance, par exemple, que l'hypocondrie peut être avantageusement perçue comme une problématique impliquant une anxiété face à la santé, et ce, de façon relativement similaire au trouble panique et à l'anxiété généralisée. Dans cette optique, l'hypocondrie sera considérée au même titre que les troubles anxieux.

Puisque l'exposition cognitive est utilisée pour quatre troubles distincts, il serait possible de croire qu'il existe plusieurs formules à cette stratégie thérapeutique. Étant donné qu'aucun ouvrage ne semble résumer les différents procédés possibles d'exposition cognitive, une recension des écrits permettra de synthétiser ceux-ci. Il semble par ailleurs que peu d'ouvrages, voire aucun, ne prennent en compte tous les troubles anxieux visés par l'exposition cognitive tout en décrivant les particularités

envisageables. Cette recension, portant sur la préparation et l'application de l'exposition cognitive, donnera ainsi la possibilité d'expliciter les similitudes ainsi que les divergences des procédés d'exposition en regard des quatre troubles visés. Comparer ces procédés mènera en premier lieu à faire ressortir les bases communes au traitement des quatre troubles cernés. Ceci permettra par ailleurs d'énoncer les spécificités possibles de l'application de l'exposition cognitive à un trouble particulier.

Toujours à partir de la recension des écrits, les principaux problèmes rencontrés en clinique lors de la conduite de l'exposition cognitive pourront finalement être résumés. Ceci prendra également la forme de recommandations, permettant aux psychologues cliniciens de prévenir ou de corriger certaines complications possibles quant à l'application de cette stratégie.

Dans le but de répondre à ces objectifs, les quatre troubles mentaux visés seront tout d'abord définis. La pensée intrusive sera par la suite conceptualisée, tout en étant liée au concept de neutralisation. Les stratégies thérapeutiques utilisées face aux pensées intrusives y seront également élaborées. La définition de l'exposition cognitive ainsi que l'application de cette stratégie pour chacun des troubles mentaux cernés seront ensuite relevées. Les similitudes et les divergences des procédés d'exposition cognitive pourront subséquemment être explicitées. Les problèmes fréquemment soulevés en clinique lors de l'application de l'exposition cognitive seront finalement résumés afin d'offrir un soutien tant préventif que correctif aux psychologues cliniciens.

Chapitre 1

Les troubles mentaux où l'exposition cognitive est une stratégie d'intervention

Les différents troubles psychologiques concernés par l'exposition cognitive seront tout d'abord définis à l'aide des critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000). Les concepts centraux impliqués dans chaque trouble seront également définis. Les facteurs participant au développement et au maintien des difficultés y seront inclus.

Le trouble d'anxiété généralisée

Critères diagnostiques

Le DSM-IV-TR (APA, 2000) rapporte six critères discriminatifs du trouble d'anxiété généralisée. Ce trouble est ainsi caractérisé par (1) la présence d'inquiétudes excessives à propos de divers sujets, et ce, la plupart du temps depuis plus de six mois. Ces inquiétudes seraient (2) difficiles à contrôler. (3) Au moins trois manifestations somatiques accompagneraient l'anxiété parmi celles-ci : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout; fatigabilité; difficulté de concentration ou trous de mémoire; irritabilité; tension musculaire; ou perturbation du sommeil.

Les symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un autre trouble (4). Notamment, l'inquiétude ne doit pas se limiter à l'appréhension d'une attaque de panique (comme dans le trouble panique), à l'embarras en public (comme dans l'anxiété sociale), à la contamination (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), à la prise de poids (comme dans l'anorexie nerveuse), aux plaintes physiologiques (comme dans le

trouble de somatisation) ou à la maladie sévère (comme dans l'hypocondrie). Aussi, les inquiétudes ne doivent pas s'inscrire uniquement lors d'un trouble de stress post-traumatique. Dans le même sens, (5) les difficultés ne doivent pas découler de l'effet direct d'une substance ou d'une condition médicale générale et ne se produisent pas exclusivement lors d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement. Les inquiétudes et les manifestations somatiques doivent finalement (6) causer une détresse psychologique importante ou une interférence significative sur le fonctionnement.

L'inquiétude

Comme l'inquiétude s'avère l'élément central du TAG, il semble pertinent à ce moment-ci de définir l'inquiétude et de la distinguer des autres manifestations anxieuses. L'inquiétude se doit tout d'abord d'être distinguée de l'anxiété. L'anxiété fait référence au malaise ressenti pendant l'inquiétude. Elle peut prendre la forme d'une manifestation physiologique telle qu'une tension musculaire, une fatigue ou une insomnie, entre autres; ou prendre la forme d'une manifestation psychologique comme l'agitation ou l'irritabilité (Ladouceur & Dugas, 1999). L'inquiétude est quant à elle un enchaînement de pensées et d'images mentales intrusives chargées d'émotions négatives difficiles à contrôler (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree; 1983). Ces pensées ou ces images apparaissent spontanément à la conscience, et ce, contre son gré ainsi que de façon saillante et envahissante. Elles représentent les conséquences négatives appréhendées d'un problème réel ou éventuel. Macleod, Williams et Bekerian (1991) définissent par

ailleurs l'inquiétude comme un phénomène cognitif portant sur un événement futur dont les conséquences sont incertaines, ceci amenant une détresse émotionnelle caractérisée par l'anxiété, entre autres.

Facteurs participant au développement et au maintien

L'intolérance à l'incertitude recoupe le facteur associé au développement du trouble d'anxiété généralisée le plus spécifique et central (Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994; Ladouceur & Dugas, 1999; Gosselin & Laberge, 2003; Dugas, 2004). Cette intolérance se résume à la prédisposition à répondre négativement à une situation incertaine, peu importe les probabilités que la situation redoutée puisse se produire et les conséquences en découlant (Ladouceur & Dugas, 1999). Devant une situation incertaine et plus ou moins probable, des images mentales regroupant le déroulement et les conséquences catastrophiques possibles de cette situation sont spontanément activées. Ces images, particulièrement anxiogènes, permettent tout de même, selon les anxieux généralisés, de prévoir une situation empreinte d'incertitude. La personne en vient à se construire des scénarios hypothétiques en boucle à partir des images mentales intrusives (« et si [...] arrivait... ») afin de donner à cette situation un certain sentiment de contrôle et de certitude. Dans le trouble d'anxiété généralisée, ces scénarios se présentent davantage dans un contenu verbal (pensées) plutôt que sous forme d'images mentales (Langlois, Freeston & Ladouceur, 2000). L'intolérance à l'incertitude participe également au maintien du trouble d'anxiété généralisée. Elle favorise effectivement l'élaboration de croyances erronées concernant l'utilité des

inquiétudes, nuit au processus de résolution de problèmes et conduit à l'évitement cognitif (Ladouceur & Dugas, 1999).

Les croyances erronées à propos de l'utilité des inquiétudes sont un autre facteur important participant au déclenchement et au maintien de l'anxiété généralisée. Certaines utilités peuvent effectivement être accordées à tort aux inquiétudes : se distraire des pensées plus anxiogènes; être une meilleure personne; se détacher d'un sentiment de culpabilité; protéger son entourage et soi-même; résoudre les problèmes; avoir un plus grand sentiment de contrôle; se préparer au pire afin d'y faire face plus aisément; éviter les déceptions; et prévenir les malheurs (Freeston et al., 1994).

Dans une étude visant à développer et valider une mesure des croyances erronées à l'égard des inquiétudes, Gosselin et ses collaborateurs (2004) proposent cinq types de croyances distinctes. Le premier consiste en (1) la pensée magique, c'est-à-dire au fait que l'inquiétude réduit la probabilité d'occurrence d'événements négatifs. (2) L'augmentation de la motivation est un second type de croyances erronées quant à l'inquiétude. Il se résume en l'idée que s'inquiéter augmente l'efficacité personnelle et la productivité, tout en facilitant l'atteinte des objectifs fixés. Le fait de (3) percevoir la tendance à s'inquiéter comme un trait positif de la personnalité est un autre type de croyances erronées. L'inquiétude peut également être considérée comme (4) un moyen de se protéger face à des émotions négatives. Selon ce type de croyances, l'inquiétude aide à prévoir et à se préparer au pire, à se distraire d'émotions plus difficilement

supportables ainsi qu'à éviter d'être déçu ou de se sentir coupable, par exemple. Le dernier type de croyances erronées repose sur la perception que s'inquiéter (5) facilite la résolution de problèmes. L'inquiétude est ainsi vue comme une façon d'anticiper les problèmes, de mieux analyser la situation entourant ces problèmes et de trouver de meilleures solutions. Ces croyances activent, justifient et renforcent la rumination d'images mentales intrusives sous forme de discours interne, soit sous forme d'inquiétudes.

Les croyances peuvent également interférer significativement avec les stratégies thérapeutiques proposées. En effet, l'idée qu'il est utile et justifié de s'inquiéter puisque ceci permet de se distraire d'émotions plus difficiles, par exemple, suggère implicitement que l'évitement cognitif (ou neutralisation) est nécessaire. Or, une stratégie thérapeutique comme l'exposition cognitive vise directement à diminuer, voire empêcher, l'évitement cognitif. Le patient peut ainsi être fortement résistant à l'idée de confronter ses pires craintes comme il est proposé lors de l'exposition cognitive, et ce, d'autant plus s'il perçoit un danger dans le fait de ne pas neutraliser les images mentales anxiogènes. Ceci limite non seulement la conduite (et l'efficacité) de l'exposition cognitive, mais également les opportunités de tester les croyances erronées. Un patient entretenant la croyance qu'il est *nécessaire* d'éviter les images mentales intrusives en ruminant des inquiétudes (sous forme verbale) sera effectivement particulièrement récalcitrant à l'idée de tester l'hypothèse soutenant qu'il est possible de s'habituer aux images mentales dérangeantes en ne les évitant plus. Un autre patient croyant qu'il sera

aux prises d'une anxiété constamment grandissante et incontrôlable s'il ne neutralise plus ses inquiétudes risque fort probablement d'être réticent quant au fait de vérifier l'hypothèse inverse en s'exposant au scénario regroupant ses inquiétudes.

En dehors des croyances concernant l'utilité de l'inquiétude, deux autres types de pensées participent au déclenchement et au maintien des inquiétudes : la surestimation du risque et la pensée catastrophique (Zinbarg, Craske & Barlow, 2006). Les personnes ayant un trouble d'anxiété généralisée présentent en effet une tendance à surestimer (1) la probabilité que des événements négatifs puissent survenir et (2) la gravité des événements et de leurs conséquences. Des images mentales hypothétiques et catastrophiques sont ainsi spontanément activées sur la base qu'il est *fort possible* que des événements *dramatiques* puissent se produire. Ces deux croyances justifient également la rumination des images mentales intrusives sous forme d'inquiétudes.

La neutralisation participe par ailleurs fortement au maintien du trouble d'anxiété généralisée. Elle est d'ailleurs impliquée dans le maintien des troubles anxieux en général (Salkovskis, 1991; Wells, 1997). Le but premier de la neutralisation est de diminuer l'anxiété ressentie en chassant, prévenant ou diminuant les pensées anxiogènes. Plusieurs formes de neutralisations sont retrouvées, soit, entre autres, la suppression de pensées, la distraction, l'évitement cognitif, la substitution de pensées et la rassurance (Freeston, Ladouceur, Provencher & Blais, 1994; 1995). Le maintien de l'anxiété généralisée en regard de la neutralisation est principalement dû à deux

processus. Le premier réfère à la définition même de l'inquiétude, soit la suppression (ou transformation) des images mentales intrusives en discours interne ruminé (Borkovec & Inz, 1990). Les pensées sont effectivement le véhicule principal des inquiétudes, car les images mentales sont particulièrement évitées par les personnes intolérantes à l'incertitude (Ladouceur & Dugas, 1999). Les images mentales représentent effectivement plus fidèlement les événements négatifs appréhendés et créent ainsi plus d'anxiété. Le second touche le processus plus général de la neutralisation responsable du maintien des problématiques dans la plupart des troubles anxieux¹ : « l'effet rebond » des pensées anxiogènes intrusives consécutif à la neutralisation (Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Or malgré les efforts – et en fait *en raison* des efforts – afin de supprimer les pensées anxiogènes intrusives, ces dernières se retrouvent paradoxalement constamment réactivées (en se disant « ne pense pas à [...] », cette pensée est automatiquement activée).

Une attitude négative face aux problèmes est finalement typiquement retrouvée chez les anxieux généralisés (Borkovec et al., 1983). Ces derniers perçoivent effectivement les problèmes quotidiens, même mineurs, comme des dangers potentiels. Définir le problème ainsi que trouver et appliquer des solutions s'avèrent être particulièrement anxiogènes. Ceci peut s'expliquer tant par la surestimation du risque et la pensée catastrophique que par l'intolérance à l'incertitude. Ce dernier aspect peut en

¹ Seul le modèle cognitif de la phobie sociale (Clark & Wells, 1995) ne nomme pas aussi *explicitement* la neutralisation dans les facteurs de maintien. L'hypocondrie est par ailleurs ici incluse dans les troubles anxieux, bien qu'il soit classé parmi les troubles somatoformes par le DSM-IV-TR (APA, 2000).

effet particulièrement affecter le processus de sélection et d'application des solutions, car les conséquences exactes de ces dernières sont souvent inconnues et difficile à prédire. Étant donné que les anxieux généralisés ont tendance à ruminer les problèmes sans pour autant les solutionner et qu'ils en viennent à neutraliser les images mentales et les pensées leur étant associées, un processus d'approche-évitement face aux problèmes peut être établi. Ce processus est plus particulièrement caractérisé par (1 – approche) l'activation spontanée d'images mentales anxiogènes intrusives concernant un problème est ses conséquences possibles, (2 – évitement) la neutralisation des images mentales en discours mental ruminé et (3 – approche-évitement) le retour des images mentales suivi de neutralisation, et ce, en boucle.

Plusieurs processus propres au trouble d'anxiété généralisée sont donc visés lors de la conduite de l'exposition cognitive. De façon spécifique, cette forme d'exposition cible l'évitement cognitif présent dans deux contextes : la transformation des images mentales anxiogènes en discours interne (inquiétude) et l'effet « rebond » de ces images suite à la neutralisation. Elle cible par ailleurs l'invalidation des croyances erronées en regard de l'inquiétude et de l'anxiété ainsi que la tendance à surestimer le risque de façon catastrophique. Plus globalement, l'exposition cognitive amène le patient à hausser son seuil de tolérance à l'incertitude.

Le trouble de stress post-traumatique

Critères diagnostiques

Six critères diagnostiques du trouble de stress post-traumatique sont répertoriés dans le DSM-IV-TR (APA, 2000). Le trouble est discriminé par (1) l'exposition à un événement traumatique où la personne a vécu, a été témoin de, ou a été confrontée à un ou plusieurs événements durant lesquels des gens ont pu mourir, être gravement blessés ou être menacés de mort, ou bien durant lesquels l'intégrité physique de la personne ou celle d'autrui a pu être menacée. L'exposition à l'événement traumatique doit également avoir provoqué chez la personne une réaction émotionnelle de peur intense, d'impuissance ou d'horreur.

L'événement traumatique (2) est continuellement revécu d'au moins une façon : par des images mentales, des pensées ou des perceptions intrusives, répétitives et anxiogènes reconstruisant l'événement; par des cauchemars récurrents recréant l'événement; par un sentiment que l'événement traumatique se reproduit (soit par une sensation de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations ou des flashbacks); par une détresse psychologique intense lors de l'exposition aux signaux internes ou externes symbolisant ou ressemblant un aspect de l'événement traumatique; ou par une réactivité physiologique lors de l'exposition à des signaux internes ou externes symbolisant ou ressemblant un aspect de l'événement traumatique.

Un autre critère du trouble de stress post-traumatique est (3) l'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ainsi que l'émoussement de la réactivité au monde extérieur d'au moins trois façons : par des efforts pour éviter des pensées, des émotions ou des conversations associées au traumatisme; par des efforts pour éviter des activités, des endroits ou des gens remémorant le traumatisme; par une incapacité de se rappeler d'un aspect important de l'événement traumatique; par une réduction de l'intérêt ou de la participation à des activités ayant une valeur significative; par un sentiment de détachement envers autrui; par une restriction des émotions (l'incapacité de ressentir de la tendresse, par exemple); ou par un sentiment d'un futur écourté (ne pas s'attendre à avoir une carrière, à se marier ou à avoir des enfants, par exemple).

Le trouble est également décrit par (4) la présence d'au moins deux symptômes persistants d'activation neurovégétative : perturbation du sommeil; irritabilité; difficulté de concentration; hypervigilance; ou réaction de sursaut. (5) Les critères 2, 3 et 4 doivent être présents depuis plus d'un mois, sinon le diagnostic de trouble de stress aigu est plutôt désigné. La perturbation doit finalement (6) causer une détresse psychologique importante ou une interférence significative sur le fonctionnement.

Il doit également être spécifié si le trouble de stress post-traumatique est *aiguë* (c'est-à-dire si les symptômes ne persistent pas plus de trois mois) ou s'il est *chronique* (si les symptômes durent plus de six mois). Il est finalement possible que le trouble de

stress post-traumatique soit *avec survenue différée*, dans le cas où les symptômes apparaissent au moins six mois après l'événement traumatique.

La reviviscence cognitive

Le concept distinctif du trouble de stress post-traumatique est l'aspect mémoriel des pensées intrusives anxiogènes. En effet, l'anxiété s'exprime sous forme de flashbacks, de cauchemars ou de sensations corporelles, tous activés spontanément. Or ces éléments ont tous la même conséquence : faire revivre mentalement l'événement traumatique. Cette reviviscence peut être involontairement déclenchée par des indices internes ou externes. Les indices internes recoupent principalement les pensées intrusives, les rêves, les hallucinations (ou illusions) et les sensations intéroceptives. Ces dernières ne jouent pas uniquement un rôle important dans le trouble panique, mais également dans le trouble de stress post-traumatique, entre autres.² Ressentir des sensations corporelles similaires à celles ressenties lors de l'événement traumatique peut effectivement réactiver spontanément les éléments mémorisés concernant cet événement. Ceci peut amener la personne à se sentir comme si elle était à nouveau confrontée à l'événement ou, du moins, à revoir mentalement ce dernier. Comme pour le trouble panique, une intervention visant à 1) créer une désensibilisation aux sensations intéroceptives et à 2) modifier les associations cognitives entre les sensations corporelles et les stimuli mentaux activés semble ainsi indiquée³.

² Le modèle cognitif de la phobie sociale (Clark & Wells, 1995) intègre également la notion de sensations intéroceptives, tout comme l'hypocondrie (Salkovskis, 1989; Warwick & Salkovskis, 1990).

³ Pour plus de détails sur l'exposition intéroceptive, voir Wells (1997) et Marchand & Letarte (2004).

Facteurs participant au développement et au maintien

Le facteur principal participant au développement du trouble de stress post-traumatique demeure l'événement traumatique. Puisqu'il existe une variété d'événements pouvant être perçus comme traumatique, il paraît alors plus pertinent d'explicitier les facteurs aggravants associés à ces événements. Selon deux études à cet effet, l'intensité, l'imprévisibilité, l'arbitraire, le caractère incontrôlable ainsi que le potentiel de dangerosité de l'événement sont de tels facteurs (Jones & Barlow, 1992; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Ceux-ci favorisent l'activation d'éléments intrusifs et perturbants provenant de contenus mémorisés de l'événement (flashbacks, rêves, sensations intéroceptives, hallucinations, etc.). Un autre facteur aggravant est la responsabilité de l'humain dans la survenue de l'événement traumatique (Marchand & Brillon, 1999). Une agression sexuelle ou physique, une torture ainsi qu'un vol peuvent ainsi provoquer un trouble de stress post-traumatique plus sévère et chronique, de par l'intensité et la fréquence des éléments intrusifs. Ceci est explicable par le bouleversement des conceptions fondamentales entretenues quant à un monde bienveillant, juste et logique (Marchand & Brillon, 1999).

D'autres facteurs participant au déclenchement et au maintien des difficultés sont envisagés : la fragilité biologique et la vulnérabilité psychologique initiales de la personne (Marchand & Brillon, 1999). En effet, cette fragilité et cette vulnérabilité risquent d'exacerber et de maintenir les éléments intrusifs rappelant l'événement

traumatique et l'anxiété reliée. Elles risquent également de favoriser une sensation plus importante de précarité et d'insécurité chez la personne.

Certains facteurs cognitifs et comportementaux concourent plus particulièrement au maintien du trouble de stress post-traumatique. La crainte de revivre l'événement traumatique, d'affronter certains contextes rappelant cet événement et d'éprouver certains symptômes; les erreurs cognitives; les attributions causales; ainsi que la neutralisation des éléments intrusifs rappelant l'événement traumatique seraient inclus dans les facteurs cognitifs. Ce dernier facteur, soit la neutralisation, s'avère probablement le facteur central du maintien du stress post-traumatique. Il est effectivement grandement responsable de la reviviscence *répétée* de l'événement traumatique de par son « effet rebond » sur les souvenirs intrusifs (flashbacks, sensations intéroceptives, hallucinations, etc.).

Les erreurs cognitives portant sur l'événement traumatique (par exemple, le sentiment exagéré de culpabilité face à une situation teintée « d'incontrôlabilité » et d'imprévisibilité) ainsi que sur la perception du monde et des autres ont également un impact significatif sur le maintien de la problématique (Marchand & Brillon, 1999). Parmi ces erreurs cognitives, celles portant sur la reviviscence cognitive de l'événement traumatique ont un impact tant sur le maintien du trouble que sur le déroulement du traitement. En effet, le Modèle du traitement émotionnel de l'information (Foa et al., 1989) suggère qu'une signification de danger est attribuée aux stimuli traumatiques ainsi

qu'aux réponses. Ainsi, le simple fait de revivre mentalement l'événement est suffisant pour susciter une forte réaction anxieuse. Cette signification de danger associée à la reviviscence augmente par le fait même les comportements d'évitement, et plus particulièrement l'évitement cognitif (neutralisation). Elle favorise alors paradoxalement le retour des pensées intrusives sous forme de reviviscence de l'événement traumatique. La signification de danger attribuée au fait de revivre mentalement l'événement est par ailleurs un élément pouvant limiter l'acceptabilité de certaines stratégies thérapeutiques dont plus particulièrement l'exposition cognitive. Cette dernière peut effectivement être perçue comme une source potentielle de danger. Les facteurs comportementaux se résument quant à eux à l'évitement situationnel. Finalement, les renforçateurs secondaires, les stressseurs chroniques, le type de soutien offert et la présence de séquelles résultant de blessures physiques s'ajoutent en tant que facteurs participant au maintien du trouble de stress post-traumatique.

L'exposition cognitive cible plusieurs processus propres au trouble de stress post-traumatique. Bien que l'événement traumatique en soi ne puisse être modifié, la perception de celui-ci ainsi que les erreurs cognitives associées (par exemple, le sentiment de responsabilité exagéré) peuvent être révisées par l'exposition cognitive, entre autres interventions. Les erreurs cognitives portant sur la reviviscence mentale de l'événement, soit la perception d'un danger dans le simple fait de revivre mentalement l'événement, peuvent également être testées et infirmées lors de l'exposition cognitive. Par contre, cette intervention est paradoxalement limitée par la présence de ces erreurs

cognitives. La crainte d'affronter des situations similaires à l'événement traumatique et d'éprouver des sensations anxieuses particulières ainsi que l'évitement situationnel sont par ailleurs (indirectement) ciblés par l'exposition cognitive. Cette dernière cible toutefois plus spécifiquement la neutralisation des différentes manifestations de reviviscence de l'événement traumatique, soit les pensées intrusives sous formes de flashbacks, de cauchemars, de sensations corporelles et/ou d'illusions.

Le trouble obsessionnel-compulsif

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques pour le trouble obsessionnel-compulsif sont relativement succincts (APA, 2000). La présence d'obsessions et/ou de compulsions est évidemment le critère diagnostique principal du trouble. Bien qu'un des critères demeure le fait de reconnaître la caractéristique excessive ou déraisonnée des obsessions ou des compulsions, le caractère égodystone des compulsions a été mis en doute depuis la dernière édition du DSM. En effet, certaines personnes reconnaissent peu l'aspect déraisonné de leurs obsessions ou compulsions – ou du moins considèrent celles-ci comme faisant partie de leurs valeurs. Dans ces cas, il est possible d'apposer la précision « avec peu d'introspection » au psychodiagnostic. Il est également précisé que les obsessions ou les compulsions doivent être suffisamment envahissantes, soit occuper plus d'une heure par jour. Les critères de détresse et d'interférence se doivent finalement d'être rencontrés.

L'obsession

Le DSM-IV-TR (APA, 2000) propose tout d'abord une description de l'obsession basée sur quatre définitions : (1) l'obsession est une pensée, une impulsion ou une image mentale récurrente et persistante qui est perçue comme intrusive et inappropriée, causant une anxiété ou une détresse importante; (2) cette pensée, impulsion ou image mentale n'est pas limitée à une inquiétude excessive à propos d'un problème réel (tel que dans le trouble d'anxiété généralisée); (3) des efforts sont faits pour neutraliser cette pensée, impulsion ou image mentale; (4) la personne reconnaît que cette pensée, impulsion ou image mentale provient de sa propre pensée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas imposée par une force extérieure.

Akhtar, Wig, Varma, Pershad et Verma (1975) proposent six formes d'obsessions. (1) Les doutes obsessionnels regroupent l'incertitude persistante à propos d'avoir complété une tâche ou d'être responsable d'un quelconque mal. (2) Les images obsessionnelles sont des représentations mentales persistantes qui sont vécues comme troublantes. (3) Les impulsions obsessionnelles se définissent comme des impulsions ou des idées indésirables quant au fait de se comporter de manière inappropriée. (4) Les peurs obsessionnelles sont une forme d'anxiété excessive concernant le fait de perdre le contrôle de soi et d'agir impulsivement. (5) Les pensées obsessionnelles sont une rumination accaparante à propos de conséquences négatives appréhendées. Elles sont distinctes de l'inquiétude de par l'attention y étant accordée. La dernière forme regroupe (6) les autres obsessions pouvant être, entre autres, des pensées, des chansons et des

nombres causant une détresse et qui sont difficile à contrôler. Rachman (2003) ne retient quant à lui que trois formes d'obsessions : les images, les impulsions et les pensées obsessionnelles. Il est à noter que chacune des formes d'obsessions est une idée incommode activée de façon spontanée et contre son gré.

D'autre part, Goodman et al. (1989), qui ont développé le Y-BOCS-SC, départagent les obsessions selon huit catégories : contamination; agressivité; ordre et symétrie; religion et moralité; somatique; accumulation et épargne; sexualité; et autres (incluant entre autres la pensée magique). Ladouceur, Réhaume & Freeston (1999) précisent que les thèmes les plus récurrents sont la saleté, les maladies, les doutes répétés, les agressions, l'ordre, la religion et la santé. La métaphysique, la symétrie, la sexualité, l'accumulation et l'indécision sont d'autres sujets moins communs.

Le recours à certains types de pensées ou d'actions visant la neutralisation des obsessions dépend parfois du thème de l'obsession. Dans l'optique où cette dernière concerne la saleté, des comportements de nettoyage sont plus typiquement présents, alors que des ruminations cognitives (prenant par exemple la forme de vérifications mentales) sont davantage associées à des obsessions portant sur l'indécision.

La compulsion

Étant donné que les obsessions sont perçues comme des éléments menaçants, inappropriés et intrusifs, des efforts sont faits afin de prévenir ou de minimiser celles-ci.

Ces efforts sont souvent, à tort, tous conceptualisés sous un même terme : la compulsion. En fait, la notion de *comportement de sécurité* représente mieux tous les efforts possibles afin de prévenir ou de minimiser les conséquences rattachées aux obsessions. Le rituel compulsif manifeste (tourner la poignée de la porte à trois reprises afin de s'assurer que la porte soit bien verrouillée, puis attendre une minute et tourner à nouveau la poignée à trois reprises), le rituel mental (compter de 1 à 7 à sept reprises avant de quitter le domicile), la recherche compulsive de rassurance (demander répétitivement aux proches de valider ses décisions), la neutralisation (tenter de se distraire de la crainte de ne pas avoir bien verrouillé la porte en quittant le domicile, et ce, en pensant aux tâches à accomplir à l'emploi) et l'évitement/échappement (ne pas utiliser le transport en commun, ou ne l'utiliser que pour de très courtes distances, en raison de la peur d'être contaminé par la saleté ou les maladies) sont les types de comportements de sécurité impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif. Quant au DSM-IV-TR (APA, 2000), il se limite à définir le terme « compulsion » par un comportement ou une action mentale répétitif réalisé en réponse à des obsessions ou à des règles personnelles rigides.

Facteurs participant au développement et au maintien

Deux principaux facteurs sont impliqués dans le déclenchement et le maintien du trouble obsessionnel-compulsif. Le premier regroupe les croyances obsessionnelles, soit les distorsions cognitives rendant une personne plus particulièrement vulnérable à interpréter négativement les pensées intrusives menant aux obsessions. Cette

interprétation motive ainsi la personne à avoir recours à des comportements de sécurité afin de prévenir ou de limiter les obsessions indésirables.

Six croyances obsessionnelles sont dénotées (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997, 2001, 2003). (1) Le sentiment exacerbé de responsabilité réfère à l'idée d'avoir le pouvoir de prévenir (faute d'omission) ou de causer (faute de commission) un événement indésirable spécifique. (2) La propension à dramatiser consiste à exagérer la probabilité qu'un événement dramatique puisse se réaliser ainsi qu'à surestimer les conséquences négatives de cet événement. Plutôt que d'être basé sur des preuves objectives, le jugement à cet effet repose plus particulièrement sur le contenu des pensées obsessionnelles. (3) L'importance accordée aux pensées se résume au fait que la simple présence d'une pensée intrusive indésirable indique que cette pensée est importante et révélatrice. La signification exagérée accordée à la pensée intrusive implique également que celle-ci est considérée comme répugnante, horrible, dangereuse, dégoûtante ou alarmante (Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993; Rachman, 2003). Aussi, la pensée intrusive peut être perçue (à tort) comme une source d'information dévoilant des aspects importants, mais cachés, de la personnalité. Ainsi, un individu peut croire qu'il est fondamentalement mauvais ou dangereux en se basant uniquement sur le contenu de ses pensées intrusives. Finalement, l'importance accordée aux pensées fait souvent référence à la « fusion pensée-action ». Cette dernière se subdivise en deux croyances : l'idée que la pensée intrusive est moralement équivalente à l'action correspondante; et l'idée que penser à quelque chose rend l'événement

correspondant plus probable (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). (4) La tendance à contrôler les pensées est intimement reliée à l'importance accordée aux pensées puisque plus une pensée sera jugée indésirable et importante, plus elle suscitera l'idée de la contrôler. Cette tendance est par ailleurs associée à la croyance erronée qu'il est possible et essentiel de maintenir un contrôle absolu sur ses pensées indésirables (Purdon & Clark, 1994a, 1994b). (5) Le perfectionnisme fait référence à l'incapacité de tolérer l'erreur ou l'imperfection (Frost & Steketee, 1997). Il peut être attribué à des stimuli externes (nettoyer jusqu'à ce qu'il n'y ait *aucune* saleté) ou à des stimuli internes abstraits et flous (nettoyer jusqu'à se sentir satisfait⁴) (Coles, Frost, Heimberg & Rhéaume, 2003). Le perfectionnisme est plus spécifiquement relié aux obsessions d'ordre et de symétrie. (6) L'intolérance à l'incertitude consiste à considérer important et possible le fait d'être totalement (100%) certain qu'un événement négatif ne puisse survenir. Ainsi, la survenue d'un événement catastrophique causera une forte anxiété anticipatoire, et ce, même si elle est *très* peu probable. L'individu cherchera par divers moyens d'augmenter son impression de certitude. L'intolérance à l'incertitude est par ailleurs également typique au trouble d'anxiété généralisée. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, cette croyance se distingue toutefois par le fait qu'elle soit plus spécifique aux pensées obsessionnelles, soit non généralisée aux activités quotidiennes.

Le second facteur, concourant plus particulièrement au maintien du trouble obsessionnel-compulsif, inclut la neutralisation (ou comportements de sécurité). Les

⁴ Le terme anglophone « just right » est souvent utilisé pour représenter plus fidèlement le sentiment de satisfaction lié au perfectionnisme.

comportements compulsifs (mentaux ou manifestes), la rassurance ainsi que l'évitement situationnel et cognitif ont effectivement comme conséquence « un effet rebond » des pensées obsessionnelles intrusives. Cette effet provoque et amplifie le besoin de neutraliser (ou plutôt d'avoir recours à des comportements de sécurité). Ceci signifie paradoxalement que la neutralisation amène le goût de neutraliser davantage.

Les deux principaux processus propres au trouble obsessionnel-compulsif, soit les croyances obsessionnelles et les comportements de sécurité (ou neutralisation), sont directement visés par l'exposition cognitive. Parmi les six croyances obsessionnelles, l'importance accordée aux pensées, la propension à dramatiser, la tendance à contrôler les pensées et l'intolérance à l'incertitude sont des contenus plus explicitement retrouvés dans les scénarios d'exposition cognitive. Cette dernière s'avère par ailleurs un moyen de tester et d'infirmer la croyance qu'il est possible et nécessaire de contrôler toute pensée dérangeante. L'exposition cognitive étant fondamentalement un processus inverse au comportement de sécurité (et ainsi à la neutralisation), elle prend donc la forme d'une stratégie de prévention de la réponse.

L'hypocondrie

Critères diagnostiques

Bien que l'hypocondrie implique une anxiété sous forme de préoccupations relativement ressemblantes aux inquiétudes de l'anxiété généralisée (Langlois et al., 2004), ce trouble n'est paradoxalement pas inclus dans les troubles anxieux du DSM,

mais plutôt dans les troubles somatoformes. Le DSM-IV-TR (APA, 2000) propose six critères diagnostiques : (1) la présence de préoccupations portant sur le fait d'avoir, ou qu'une autre personne ait, une maladie sévère, et ce, basées sur une interprétation erronée de symptômes corporels; (2) la persistance des préoccupations malgré une évaluation médicale appropriée porteur de rassurance; (3) les préoccupations ne sont pas d'une intensité délirante et ne sont pas limitées à des tracasseries concernant l'apparence physique; (4) la présence de détresse psychologique et d'interférence; (5) la persistance des préoccupations depuis plus de six mois; et (6) l'exclusion du trouble d'anxiété généralisée, entre autres problématiques contiguës. Il est également suggéré d'apposer la spécification « avec peu d'introspection » au psychodiagnostic dans les cas où le caractère excessif ou irrationnel des préoccupations n'est pas reconnu.

Selon une étude sur la prévalence internationale de l'hypocondrie, les critères diagnostiques du DSM seraient trop restrictifs puisque plusieurs individus souffrant de préoccupations à l'égard de la santé acceptent relativement bien la rassurance médicale (Gureje, ÜstÜn & Simon, 1997). Or, sur la base du deuxième critère diagnostique de l'hypocondrie (la persistance des préoccupations malgré une évaluation médicale appropriée porteur de rassurance), ces individus reçoivent un psychodiagnostic autre que celui de l'hypocondrie, soit souvent l'anxiété généralisée ou le trouble panique. Selon les auteurs de l'étude, l'hypocondrie serait mieux évaluée par trois critères : (1) la préoccupation à l'égard de la maladie, (2) la détresse et (3) la consultation médicale excessive (Gureje et al., 1997).

L'expression des symptômes hypocondriaques n'est pas consistante chez tous les individus. En fait, des divergences majeures sont retrouvées quant à symptomatologie des personnes souffrant d'hypocondrie, et plus particulièrement concernant l'impact de la rassurance médicale. Starcevic (1990) suggère trois types d'hypocondrie pouvant servir de sous-catégories au psychodiagnostic principal. (1) L'hypocondrie caractérisée par le trouble de la personnalité implique un rejet quasi systématique de la rassurance médicale. (2) L'hypocondrie caractérisée par un trouble anxieux s'exprime sous la forme d'un doute persistant à propos du corps (et non un doute à propos de l'exactitude du diagnostic médical). La préoccupation à l'égard de la santé est d'ailleurs rapidement atténuée suite à la rassurance médicale. (3) La dépression cachée réfère aux individus ayant besoin de consulter les services médicaux à répétition. La rassurance médicale permet alors d'estomper les craintes envers son corps. Schmidt (1994) avance quatre autres types d'hypocondrie : (1) l'hypocondrie générale, (2) la phobie de la maladie, (3) le trouble panique et (4) l'hypocondrie transitoire.

L'évolution de l'hypocondrie semble également relativement inconstante. Ce trouble peut effectivement s'avérer tant transitoire que chronique. En fait, quatre patrons d'évolution peuvent être soulevés. Le premier consiste en une apparition ponctuelle des symptômes suite à la rémission d'une maladie ou suite à un stresser important. Dans ce cas, le trouble peut être surnommé « hypocondrie transitoire » (Barsky, Whyshak & Klerman, 1990; Barsky, Cleary, Sarnie & Klerman, 1993). Le second est une expression intermittente du trouble (Robbins & Kirmayer, 1996) se résumant à des consultations

médicales répétées sur une courte période, suivies de plusieurs mois consécutifs sans consultation. Le troisième patron d'évolution de l'hypocondrie prend la forme d'un trouble persistant, similaire à un trouble de la personnalité (Tyrer, Fowler-Dixon & Ferguson, 1990). Le quatrième patron est finalement présent chez les personnes ayant une maladie physique. Il consiste en l'exagération du nombre ou de la sévérité des symptômes rapportés (Salkovskis, Rimes, Warwick & Clark, 2002).

La préoccupation à l'égard de la santé

Au même titre que l'anxiété généralisée, le concept central de l'hypocondrie demeure la préoccupation – ou l'inquiétude. L'hypocondrie se résume effectivement à une anxiété anticipatoire portant exclusivement sur la santé. Le caractère égocentrique de la préoccupation à l'égard de la santé est par ailleurs similaire à celui de l'inquiétude propre à l'anxiété généralisée (Langlois, Freeston, Ladouceur & Gosselin, 2004 dans adaptation). Ceci signifie que les hypocondriaques croient qu'il est normal de s'inquiéter à propos de leur santé et qu'il est justifié de consulter les services médicaux promptement dès que des symptômes corporels apparaissent. La préoccupation à l'égard de la santé est déclenchée par l'activation de pensées intrusives anxiogènes concernant des affections médicales qui sont elles-mêmes déclenchées par l'interprétation catastrophique de symptômes physiques. Le contenu des préoccupations à l'égard de la santé prend une forme tant verbale qu'imaginée (Langlois et al., 2004). La préoccupation propre à l'hypocondrie se distingue de l'inquiétude de l'anxiété généralisée et des craintes corporelles du trouble panique par certains aspects.

Une attention sélective de certains signes et symptômes corporels (dus à l'anxiété, à la colère ou à la dépression), couplée à des pensées automatiques négatives, amène la personne à interpréter incorrectement ces signes et symptômes (Salkovskis, 1989; Warwick & Salkovskis, 1990). Sans pour autant être reliée à un délire, cette interprétation catastrophique mène à une conviction quasi inébranlable quant au fait d'avoir une quelconque maladie – ou du moins d'en développer une dans un futur plus ou moins rapproché. Les diagnostics médicaux infirmant les craintes ne s'avèrent souvent pas suffisants pour ébranler les pensées automatiques, diminuer les préoccupations et ainsi rassurer la personne. Cette dernière rationalise effectivement typiquement les résultats des examens médicaux de sorte que toute réponse rassurante est discréditée par différents facteurs possibles (par exemple, le manque de précision des instruments de mesure et l'incompétence du médecin). Les individus atteints d'hypocondrie demandent donc une aide perpétuelle aux médecins afin de cibler le problème médical, tout en rejetant paradoxalement leurs conclusions (Barsky, Whyslak, Lathame & Klerman, 1991). La conviction envers la maladie confère un aspect égocentrique à l'hypocondrie de façon relativement similaire à certaines obsessions égocentriques du trouble obsessionnel-compulsif. Le niveau de conviction envers la maladie est toutefois plus faible chez certains individus, les diagnostics médicaux offrant ainsi parfois une assurance suffisante afin de diminuer momentanément les préoccupations.

Alors que les inquiétudes typiques du trouble d'anxiété généralisée ne sont pas nécessairement activées par des stimuli particuliers (elles sont en effet souvent portées à la conscience de façon spontanée) et ne sont pas forcément basées sur des expériences du passé; les préoccupations propres à l'hypocondrie sont plus spécifiquement activées par des indices corporels subjectivement tangibles et sont particulièrement basées sur des expériences médicales antérieures ainsi que sur des incidents critiques. Aussi, les préoccupations de l'hypocondrie ne sont circonscrites qu'à la santé, alors que les inquiétudes *doivent* porter sur divers sujets afin de respecter les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (Barsky, 1996). Les individus atteints d'anxiété généralisée ont tendance à surévaluer les probabilités qu'un événement catastrophique puisse survenir, rendant celui-ci *possible*. Ils acceptent d'autre part l'avis du médecin quant à leurs préoccupations à l'égard de la santé, ceci offrant une rassurance parfois suffisante afin d'enrayer définitivement les préoccupations (Gureje et al., 1997). Les hypocondriaques ont plutôt tendance à tirer des conclusions catastrophiques à partir d'indices ambigus, évaluant la catastrophe comme quasi *certaine*. Selon le niveau de conviction envers la maladie, ils acceptent relativement peu les conclusions médicales et multiplient les consultations à cet effet. Finalement, le contenu des inquiétudes du trouble d'anxiété généralisée prend davantage la forme d'un discours verbal interne, alors que les préoccupations à l'égard la santé propres à l'hypocondrie proviennent tant d'images mentales intrusives que d'un discours verbal interne (Langlois et al, 2004).

Les interprétations catastrophiques de l'hypocondrie ressemblent par ailleurs à celles contenues dans le trouble panique. Dans ce dernier, les sensations corporelles sont interprétées comme un danger au moment même où elles sont ressenties. La personne peut, par exemple, avoir la conviction soudaine qu'elle est *en train* de faire un infarctus. Ce danger est par contre davantage perçu dans un futur plus ou moins imminent en ce qui a trait à l'hypocondrie. La personne peut ainsi croire qu'elle est aux prises de problèmes cardiaques et qu'elle est particulièrement à risque de faire un infarctus *prochainement*. Dans les cas où les signes et symptômes corporels sont interprétés comme un danger au moment présent, les préoccupations à l'égard de la santé peuvent être accompagnées d'une attaque de panique.

Facteurs participant au développement et au maintien

Salkovskis (1989) et Warwick et Salkovskis (1990) proposent dans leur modèle cognitif de l'hypocondrie certains facteurs impliqués dans le développement et le maintien du trouble. Parmi les facteurs plus typiques au développement de l'hypocondrie, on retrouve les expériences médicales ainsi que les incidents critiques et marquants par le passé concernant la santé. Ceux-ci rendent une personne plus vulnérable à développer l'hypocondrie. Ils sont également responsables du déclenchement soudain et intrusif des préoccupations à l'égard de la santé.

Certains facteurs cognitifs sont associés tant à l'activation spontanée des préoccupations à l'égard de la santé qu'au retour de celles-ci. Ces facteurs regroupent

(1) les croyances erronées à propos de l'utilité de la préoccupation à l'égard de la santé, (2) les croyances erronées à propos de la santé, (3) l'attention sélective des indices corporels, (4) l'amplification somatosensorielle, (5) la conviction en la maladie, (6) la sensibilité à l'anxiété et (7) l'intolérance à l'incertitude (Langlois, Gosselin, Ladouceur, Lapointe & Boucher, 2006). Les croyances erronées à propos de l'utilité de la préoccupation à l'égard de la santé recourent de façon similaire les croyances quant à l'utilité de s'inquiéter retrouvées dans le trouble d'anxiété généralisée : « s'inquiéter peut prévenir la maladie », « s'inquiéter peut me rendre plus alerte aux signes avant-coureurs d'une maladie », « s'inquiéter me permet de me préparer émotionnellement à recevoir un diagnostic médical sévère » (Langlois & Ladouceur, 2004). La pensée magique peut ainsi être présente dans les croyances à propos de l'utilité de la préoccupation à l'égard de la santé. Les croyances erronées à propos de la santé concernent la perception de vulnérabilité exagérée quant à certaines maladies, la définition inexacte d'une bonne santé, les conséquences catastrophiques associées à la maladie, le contrôle (responsabilité) perçu sur la maladie ainsi que la pensée magique (Langlois & Ladouceur, 2004; Pelletier, Gosselin, Langlois & Ladouceur, 2002). L'amplification somatosensorielle consiste en la tendance à ressentir des sensations somatiques ou viscérales de façon anormalement intense, dérangeante ou nocive (Barsky, Fama, Bailey & Ahern, 1998). La conviction en la maladie réfère à la croyance que les symptômes sont d'ordre physique plutôt que psychologique. La sensibilité à l'anxiété, tout comme l'attention sélective des indices corporels, est un concept plus typique du trouble panique qui est également présent dans l'hypocondrie (Otto, Pollack,

Sachs & Rosenbaum, 1992). Cette sensibilité se résume à une tendance à interpréter de façon catastrophique les sensations corporelles. Finalement, l'intolérance à l'incertitude, construit particulièrement associé au trouble d'anxiété généralisée et à certaines formes du trouble obsessionnel-compulsif, est également impliquée dans le doute ou la peur quant à la maladie (Langlois & Ladouceur, 2004). Cette intolérance amplifie le recours à la rassurance tant au niveau des services médicaux qu'auprès de l'environnement de l'individu (Langlois et al., 2006).

Quant aux facteurs comportementaux associés au déclenchement des préoccupations et au maintien du trouble, ils se résument aux comportements de sécurité : (1) la recherche de rassurance (de par des examens médicaux répétés, par exemple), (2) l'évitement situationnel, (3) la neutralisation des pensées intrusives, (4) les comportements de vérification corporelle et (5) les comportements de sécurité préventifs (la prise d'acide acétylsalicylique quotidiennement, par exemple, afin de prévenir un accident vasculaire cérébral). Le modèle cognitif de l'hypocondrie (Salkovskis, 1989; Warwick & Salkovskis, 1990) distingue la recherche de rassurance, l'évitement, la neutralisation et les comportements de vérification aux comportements de sécurité. En fait, en se basant sur la définition d'un *comportement de sécurité*, tous ces éléments peuvent être nommés comme un comportement de sécurité visant la neutralisation des idées de danger et participant au maintien de l'hypocondrie. Ces comportements ont ainsi comme conséquences d'exposer davantage la personne à des informations portant sur des dangers, activant du fait même les croyances erronées et favorisant la résurgence

intrusive des préoccupations. Cette résurgence des pensées intrusives est également reliée à « l'effet rebond » de la neutralisation. Étant donné que les préoccupations ne se concrétisent pas, les comportements de sécurité sont finalement renforcés. Ceci a alors la fonction de renforcer leur utilisation et, par le fait même, d'amplifier leur effet de maintien sur la problématique.

Un dernier facteur, les changements physiologiques, concourt finalement au déclenchement intrusif des préoccupations et au maintien de la problématique. L'anxiété, l'humeur dépressive et la colère engendrées par les pensées automatiques négatives produisent effectivement des modifications au niveau de l'organisme. Ces dernières activent, amplifient et confirment à leur tour les idées anxiogènes intrusives concernant la présence d'une affection médicale. Les comportements de sécurité peuvent par ailleurs produire des changements physiologiques activant, amplifiant et confirmant les préoccupations à l'égard de la santé. La prise excessive de médication dans un but préventif peut en effet causer certains désordres biologiques : maux de tête, étourdissements, palpitations, etc.

Les croyances erronées envers la santé et l'utilité de se préoccuper à propos de la maladie sont deux processus de l'hypocondrie indirectement visés par l'exposition cognitive. En effet, couplé à la restructuration cognitive, ce type d'exposition offre une opportunité de tester et d'infirmer ces croyances. L'exposition cognitive s'offre également comme un moyen indirect d'ébranler la conviction en la maladie. Plus

spécifiquement, cette stratégie thérapeutique favorise la diminution de la sensibilité à l'anxiété ainsi que l'augmentation de la tolérance à l'incertitude, d'autant plus si ces deux sujets sont explicitement inclus dans le scénario d'exposition. La neutralisation des pensées intrusives concernant la maladie et la prévention de la réponse (soit les comportements de sécurité autres que la neutralisation des pensées intrusives) demeurent toutefois les deux processus de l'hypochondrie les plus directement ciblés par l'exposition cognitive.

Le Tableau 1 résume les différentes caractéristiques distinctives des quatre troubles visés. Les principaux éléments théoriques se rapportant aux troubles ainsi que les facteurs participant au développement et au maintien y sont rapportés.

Tableau 1
Caractéristiques des troubles visés

	Éléments principaux de la présentation clinique	Facteurs de développement et de maintien
TAG	<ul style="list-style-type: none"> • Inquiétudes • Manifestations somatiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Intolérance à l'incertitude • Utilité de s'inquiéter • Surestimation du risque • Pensée catastrophique • Attitude négative face aux problèmes • Neutralisation
TSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Événement traumatique • Reviviscence cognitive • Activation neuro-végétative 	<ul style="list-style-type: none"> • Événement traumatique • Perception de danger associé à la reviviscence • Erreurs cognitives portant sur l'événement traumatique ainsi que sur la perception du monde et des autres • Évitement situationnel • Neutralisation
TOC	<ul style="list-style-type: none"> • Obsession égocentrique ou égocentrique • Compulsion 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment exacerbé de responsabilité • Propension à dramatiser • Importance accordée aux pensées • Tendance à contrôler les pensées • Perfectionnisme • Intolérance à l'incertitude • Neutralisation (compulsion)
Hypocondrie	<ul style="list-style-type: none"> • Préoccupation à l'égard de la santé • Consultation médicale excessive • Interprétation erronée des signes corporels 	<ul style="list-style-type: none"> • Expériences médicales et incidents marquants concernant la santé • Utilité de se préoccuper de la santé • Croyances erronées à propos de la santé • Attention sélective des indices corporels • Amplification somatosensorielle • Conviction en la maladie • Sensibilité à l'anxiété • Intolérance à l'incertitude • Recherche de rassurance et vérifications corporelles • Neutralisation

Chapitre 2

La pensée intrusive

L'élément conducteur principal du trouble d'anxiété généralisée, du stress post-traumatique, du trouble obsessionnel-compulsif et de l'hypocondrie est l'aspect intrusif et soudain des pensées activant l'état anxieux. Un autre concept relie également ces troubles, soit le recours à des comportements de sécurité dont principalement la neutralisation. Ce concept semble par contre secondaire à la présence de pensées anxiogènes intrusives et soudaines, étant un moyen parmi d'autres de « combattre » ces pensées. Puisque ces dernières sont présentes dans chacun des troubles visés, qu'elles conduisent à la neutralisation – et ainsi au maintien des problématiques – et qu'elles s'avèrent une cible d'intervention, il est d'autant plus important de les conceptualiser. La neutralisation, et plus particulièrement l'évitement cognitif, sera par la suite plus concrètement définie. Les différentes stratégies thérapeutiques utilisées en la présence de pensées anxiogènes intrusives et soudaines seront finalement brièvement explorées.

La pensée intrusive

Madame A., 35 ans, souffre d'anxiété généralisée et a l'idée soudaine et dérangeante que son enfant puisse se faire enlever. Monsieur B., 29 ans, est aux prises d'un trouble de stress post-traumatique caractérisé par des images mentales spontanées, répétitives et éprouvantes d'un grave accident de voiture récemment vécu. Monsieur C., 58 ans, a un trouble obsessionnel-compulsif et rapporte la crainte subite et incommode de causer une inondation chez lui, ceci menant au besoin soudain et

inévitables de vérifier exhaustivement, longuement et répétitivement les robinets. Madame D., 42 ans, souffre d'hypocondrie en ayant la crainte soudaine d'avoir incontestablement la maladie de Crohn suite à des douleurs abdominales. Ces individus présentent tous des pensées intrusives dans le cadre de leur problématique psychologique. La présence de ce type de pensées n'est toutefois pas synonyme de pathologie puisque les recherches soutiennent qu'entre 80 et 88 % de la population ont typiquement de telles pensées (Rachman & de Silva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Aussi, le contenu de ce type de pensées dans la population générale ne diffère pas de celui des personnes atteintes de troubles psychologiques. Par contre, les études soulèvent que ces dernières se distinguent de la population générale non-clinique de par (1) le niveau plus élevé de détresse ressentie en lien avec les pensées intrusives dérangeantes ainsi que (2) les efforts supérieurs investis afin de gérer celles-ci (Clark, 2004, 2005). Ceci signifie somme toute que la pensée intrusive est un concept davantage *normal* qu'un phénomène exclusif à la maladie mentale.

Bien que la pensée intrusive soit retrouvée normalement dans la population, elle joue un rôle prépondérant dans plusieurs psychopathologies (Sarason, Pierce & Sarason, 1996). Elle se définit globalement comme toute pensée, non déclenchée par un stimulus externe, entrant dans la conscience et interférant avec les activités en cours (Yee & Vaughan, 1996). Klinger (1996) précise la définition de la pensée intrusive en la caractérisant comme « réagissante⁵ », c'est-à-dire spontanée, involontaire et sans but

⁵ Traduction libre du terme anglophone « respondant » utilisé par Klinger.

déterminé. Horowitz (1975) ajoute que la pensée intrusive est qualifiée par le fait qu'elle soit une réponse à un traumatisme et qu'elle requière des efforts afin de la supprimer. Cette pensée est ainsi considérée comme un élément à éviter. Rachman (1981) la définit comme une pensée, une image ou une impulsion répétitive involontaire, inacceptable et/ou indésirable, causant une détresse significative. Il ajoute que la pensée doit interrompre l'activité en cours, être d'origine interne et s'avérer difficile à contrôler. Clark (2005) propose finalement une définition intégrative de la pensée intrusive : « une pensée, une image mentale ou une impulsion indésirable entrant répétitivement dans la conscience de manière involontaire, interrompant les pensées en cours, interférant avec la poursuite des activités, associée à des affects négatifs et difficile à contrôler » (p. 4). La pensée intrusive est hautement distrayante puisqu'elle monopolise les ressources attentionnelles. Les aspects répétitif, involontaire, indésirable et accaparant de la pensée intrusive expliquent en partie l'inconfort associé et ainsi le désir de contrôler sa survenue.

Wegner (1989) distingue par ailleurs deux types de pensées intrusives : les pensées intrusives traumatiques et les pensées intrusives synthétiques. La première fait référence aux pensées (ou images mentales) spontanées et indésirables provenant d'une expérience traumatique. La seconde est quant à elle une pensée tout aussi spontanée et indésirable, mais sans cause apparente.

La pensée intrusive est souvent décrite comme égodystone, c'est-à-dire contraire aux valeurs de l'individu, et ce, plus particulièrement dans certaines formes du trouble obsessionnel-compulsif (par exemple, les phobies d'impulsions et le doute). En raison de sa définition similaire à l'obsession, la pensée intrusive est d'ailleurs fréquemment assimilée à ce concept. Le terme « pensée intrusive indésirable » est ainsi parfois utilisé – à tort – de façon interchangeable avec la « pensée obsessionnelle ». Clark (2004, 2005) perçoit plutôt le lien entre ces concepts comme un continuum où la pensée intrusive égodystone et l'obsession égodystone se trouveraient aux opposés, cette dernière étant un état plus morbide de la pensée intrusive. Cette morbidité n'est toutefois pas à confondre à la souffrance et à l'interférence puisque aucune étude ne suggère que les problématiques impliquant des pensées intrusives égodystones se révèlent moins aigües. Clark propose quelques attributs à chaque pôle, permettant de clarifier ce continuum. L'obsession égodystone serait ainsi plus subjectivement fréquente, inacceptable, culpabilisante et incontrôlable. L'obsession égodystone (regroupant les thèmes obsessionnels de contamination, d'ordre et symétrie ainsi que d'accumulation et épargne) ainsi que la pensée intrusive égodystone seraient à l'opposé relativement moins morbides. Toujours selon Clark, l'obsession égodystone provoquerait par ailleurs davantage de préoccupations quant au contrôle de sa survenue, impliquant une plus forte résistance ainsi qu'une détresse associée à sa neutralisation. L'obsession égodystone dominerait finalement de façon plus marquée les ressources attentionnelles et causerait une interférence supérieure. Un phénomène semble toutefois plus typique de l'obsession égodystone : la confusion quant aux motifs de la compulsion. En effet, les individus

ayant recours à des compulsions afin de neutraliser une obsession égocentrique peuvent en venir à « oublier » l'obsession cible. Ceci implique que la compulsion ramène directement le goût de neutraliser davantage.

Puisque la pensée intrusive est d'une part source de préoccupations et d'autre part impliquée dans le trouble d'anxiété généralisée, elle est parfois injustement confondue avec l'inquiétude. Certaines similitudes entre ces deux concepts renforcent par ailleurs cette confusion. Ils saisissent effectivement tous deux les ressources attentionnelles, interfèrent avec les activités en cours, sont subjectivement dérangeants et s'avèrent difficiles à contrôler (Borkovec, Shadick & Hopkins, 1991). Par contre, l'inquiétude est plus particulièrement véhiculée sous forme verbale, alors que la pensée intrusive peut être tant une pensée verbale qu'une image mentale ou une impulsion. L'inquiétude est par ailleurs plus désagréable, réaliste, persistante et *volontaire* (bien que l'inquiétude demeure intrusive, certaines croyances erronées quant à son utilité la rendent plus délibérée) (Clark, 2005; Langlois et al., 2000). L'inquiétude peut être illustrée comme un train de pensées (verbales) anxiogènes. La pensée intrusive se compare plutôt quant à elle à un flash subit de pensées, d'images ou d'impulsions. Malgré les aspects séparant ces deux concepts, la même stratégie est mise à profit afin de lutter contre leur survenue : la neutralisation.

La pensée automatique négative (PAN) est une autre entité cognitive similaire à la pensée intrusive. Ainsi, le même processus cognitif est parfois identifié comme une

pensée automatique négative ou une pensée intrusive selon les études. Ces deux concepts s'avèrent centraux dans plusieurs psychopathologies (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles alimentaires, troubles du sommeil, etc.) de par leur responsabilité quant au déclenchement de la détresse psychologique. Bien que la pensée automatique négative et la pensée intrusive soient parfois utilisées de façon interchangeable, quelques distinctions entre ces deux notions peuvent être établies sur la base de l'observation clinique (Clark & Beck, 1999). La pensée intrusive est tout d'abord davantage irrationnelle. Quant à la pensée automatique négative, elle se déroule en parallèle à la conscience, monopolisant ainsi moins les ressources attentionnelles que la pensée intrusive et causant moins d'interférence avec les tâches en cours. La pensée automatique négative est par ailleurs plus volontaire, plausible et élaborée, se présentant plus particulièrement sous forme verbale. Cette description de la pensée automatique négative rappelle celle de l'inquiétude propre à l'anxiété généralisée. La pensée automatique négative est toutefois plus difficile d'accès que l'inquiétude (et que la pensée intrusive en général) puisqu'elle n'est pas conscientisée au même point. Le Tableau 2 résume finalement les caractéristiques discriminantes des pensées intrusives en regard du trouble dans lequel il s'inscrit.

Tableau 2

Caractéristiques des pensées intrusives selon le trouble

TAG	TSPT	TOC	Hypocondrie
Égosyntone	Édodystone	Égosyntone ou égodystone	Égosyntone
Contenu verbal (surtout)	Images mentales et sensations corporelles	Images mentales (surtout) et contenu verbal	Images mentales et contenu verbal
Neutralisation d'images mentales portant sur des thèmes abstraits et généraux	Neutralisation d'images mentales portant sur l'événement traumatique	Neutralisation d'images mentales portant sur les thèmes obsessionnels	Neutralisation d'images mentales concrètes portant sur la maladie

Certains facteurs modulent l'expression de la pensée intrusive. C'est le cas de l'humeur qui détient un lien réciproque avec la fréquence des pensées intrusives. Un état émotionnel plus déprimé est ainsi relié à une plus grande survenue de pensées intrusives pour les problématiques anxieuses, entre autres (Clark, 2005). La signification ou l'importance accordée à la pensée intrusive peuvent également avoir un impact sur sa fréquence ainsi que sur sa contrôlabilité perçue (Freeston, Ladouceur, Thibodeau & Gagnon, 1991; Clark, Purdon & Byers, 2000; Purdon & Clark, 1994a, 1994b). Une plus forte attention accordée à la pensée intrusive amène une détresse plus importante ainsi qu'une évaluation plus négative des pensées intrusives (Janeck, Calamari, Riemann & Heffelfinger, 2003). Cette évaluation négative favorise par ailleurs la formation de croyances erronées au sujet de ce type de pensées. Or, la fréquence des pensées intrusives est reliée aux croyances erronées quant aux conséquences négatives associées aux pensées non-contrôlées (Clark, Purdon & Wang, 2003). La responsabilité perçue

face à la pensée intrusive et à ses conséquences négatives anticipées est un autre facteur lié à une plus grande occurrence des intrusions ainsi qu'à une plus faible perception de contrôle (Forrester, Wilson & Salkovskis, 2002; Salkovskis et al., 2000; Wilson & Chambless, 1999). Les efforts afin de contrôler la pensée intrusive, c'est-à-dire la neutralisation, amènent finalement un plus grand inconfort, exacerbent le caractère inacceptable de la pensée et haussent sa fréquence (Purdon & Clark, 2001).

Parmi ces facteurs, le contrôle de la pensée semble revêtir un rôle prédominant puisqu'il est plus spécifiquement responsable de « l'effet rebond » des pensées intrusives dérangeantes. Cet effet est par le fait même responsable – en partie du moins – du maintien et de l'amplification des problématiques anxieuses cibles.

La neutralisation

Purdon (2001) établit que le développement des pensées intrusives pathologiques est associé à une évaluation plus négative de ces pensées (soit une signification et des conséquences appréhendées plus négatives), à une plus grande attention accordée ainsi qu'à des efforts de contrôle. Ces efforts ont un lien réciproque et agoniste avec l'évaluation négative des pensées intrusives et l'attention concédée. Les tentatives de contrôle favorisent ainsi l'évolution des pensées intrusives vers des psychopathologies telles que le trouble d'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif, le stress post-traumatique ou l'hypocondrie – entre autres problématiques impliquant des intrusions cognitives.

Klinger (1978-1979) avance d'autre part que les pensées intrusives dérangeantes sont moins contrôlables que les pensées opérationnelles, c'est-à-dire les pensées volontaires dirigées vers un but préétabli. Cette difficulté à contrôler les intrusions est également soutenue par des études portant sur le contrôle des pensées intrusives indésirables (Edwards & Dickerson, 1987; Sutherland, Newman & Rachman, 1982). Aussi, une plus grande fréquence de pensées intrusives est reliée à davantage d'efforts de contrôle (Purdon, 2001). Ces efforts mènent paradoxalement à intensifier la fréquence des pensées intrusives, et ce, selon un processus cyclique amplificateur plus communément nommé « effet rebond ».

Un intérêt marqué envers les efforts de contrôle sur les pensées intrusives s'avère donc justifié par l'impact de ces efforts sur le développement pathologique des pensées et le maintien des troubles psychologiques impliqués. Avant d'explicitier les conséquences du contrôle des pensées intrusives, il est tout d'abord important de définir plus concrètement les formes de contrôle possibles.

Une certaine confusion règne quant à la conceptualisation des efforts de contrôle des pensées intrusives puisque plusieurs termes sont parfois utilisés de façon interchangeable et d'autres fois distinctement selon les auteurs. L'évitement cognitif, la neutralisation, la suppression de pensées, la rassurance et la compulsion sont les termes les plus communément retrouvés dans la littérature lorsqu'il est question du contrôle des pensées. Or, la neutralisation semble regrouper tous ces termes puisqu'elle se définit

comme tout comportement volontaire ayant pour but de chasser, prévenir ou diminuer la pensée intrusive dérangeante afin de réduire l'anxiété associée à l'interprétation de celle-ci (Ladouceur et al., 1996). L'évitement (cognitif ou situationnel), la distraction, la compulsion, le remplacement de la pensée par une autre, la rassurance et la suppression de la pensée peuvent ainsi tous être considérés comme une forme de neutralisation (Freeston, Ladouceur, Provencher & Blais, 1994; 1995). Aussi, la notion relativement récente de « comportement de sécurité » évoquée par plusieurs auteurs contemporains (par exemple, Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999; Sloan & Telch, 2002) intègre dans sa conceptualisation la neutralisation, parmi d'autres processus cognitifs et comportementaux.

La neutralisation est une réponse typique face à l'anxiété et représente le principal facteur participant au développement et au maintien des problématiques anxieuses. Ceci est attribuable à « l'effet rebond » propre à la neutralisation. Cet effet repose sur un paradoxe : alors que la personne tente de supprimer une pensée intrusive indésirable, cette dernière est constamment réactivée de façon involontaire. Certaines hypothèses sont retrouvées dans la littérature concernant les mécanismes possiblement responsables de « l'effet rebond ».

Celle la plus partagée et regroupant le plus d'évidences empiriques constitue le paradigme des indices environnementaux (Wegner, 1994; Wegner et al., 1987). Selon ce

paradigme, la suppression des pensées se réalise par la distraction, soit en se concentrant sur des stimuli de l'environnement. Le retour des pensées intrusives suite à la neutralisation s'explique par le fait que la distraction par l'environnement ne s'avère pas efficace puisque les stimuli environnementaux ne sont pas aussi saillants que la pensée intrusive. Les efforts de contrôle de la pensée concèdent effectivement une signification négative aux pensées intrusives. Cette signification crée d'une part de l'anxiété et renforce d'autre part l'utilité perçue de contrôler la pensée. Elle implique également implicitement à accorder davantage d'importance et d'attention envers la pensée intrusive cible. Or le fait d'accorder de l'importance à une pensée favorise son empreinte cognitive et son retour à la conscience. Malgré les tentatives de distraction, la pensée indésirable revient ainsi rapidement à la conscience, demandant des efforts supplémentaires de distraction basée sur d'autres indices environnementaux. Ce processus amène finalement l'environnement à être intimement associé à la pensée intrusive et à la rappeler. Ceci provoque une amplification immédiate de la pensée intrusive, et ce, peu importe le contenu de la pensée (Salkovskis & Campbell, 1994; Trinder & Salkovskis, 1994).

Deux processus sont impliqués dans « l'effet rebond » des pensées intrusives suite à la neutralisation : la théorie de la suppression de la pensée et la théorie cognitive de l'obsession. La théorie de la suppression de la pensée ne concerne que la distraction environnementale. Celle-ci explique principalement la fréquence accrue de la pensée intrusive cible. La théorie cognitive de l'obsession (Frost & Steketee, 2002) prend quant

à elle en compte (1) les croyances erronées concernant les conséquences appréhendées de la pensée intrusive (ceci inclut entre autres la perception catastrophique des conséquences, le sentiment exacerbé de responsabilité quant à ces conséquences et l'intolérance à l'incertitude) ainsi que (2) l'importance et l'attention accordées à cette pensée. La théorie cognitive de l'obsession explique plus particulièrement le caractère inacceptable ou indésirable de la pensée intrusive, tout comme la détresse associée. Une relation cyclique semble par ailleurs entretenue entre ces deux théories, chacune alimentant l'autre à son tour. Plus une pensée est inacceptable/indésirable et anxiogène (théorie cognitive de l'obsession) plus elle suscite des efforts de suppression qui favorise son retour (théorie de la suppression de la pensée). La recrudescence de la pensée cible intensifie la détresse et peut concourir au recours à d'autres moyens de suppression, soit des compulsions manifestes par exemple.

Somme toute, le contrôle des pensées intrusives se réalise globalement par la neutralisation, et plus particulièrement par la distraction, mais aussi par l'évitement situationnel, la compulsion (mentale ou manifeste), la rassurance et le rituel. Ce contrôle favorise le retour de la pensée intrusive dérangeante, exacerbe l'anxiété ressentie et participe ainsi au maintien des problématiques anxieuses. Le traitement des troubles psychologiques caractérisés par la présence de pensées intrusives se doit donc de viser directement ce type de pensées, et plus particulièrement le facteur responsable de leur retour, soit la neutralisation.

Les stratégies thérapeutiques utilisées pour cibler les pensées intrusives

Avant d'aborder plus spécifiquement l'exposition cognitive, il s'avère nécessaire de dresser un portrait des principales stratégies thérapeutiques utilisées dans l'approche cognitivo-comportementale contemporaine pour les troubles anxieux, et notamment, pour l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, l'hypocondrie et le trouble obsessionnel-compulsif, soit les troubles caractérisés par la présence de pensées intrusives. Parmi ces stratégies, certaines sont plus spécifiques à un trouble psychologique particulier, alors que d'autres sont utilisées pour les quatre troubles ciblés. Elles peuvent par ailleurs être utilisées pour rehausser l'acceptabilité de l'exposition cognitive et faciliter son application.

La psychoéducation

Une stratégie thérapeutique de base utilisée dans les premières séances d'intervention pour *tous* les troubles psychologiques demeure la psychoéducation. Certains auteurs anglophones la nomment également « socialisation » (par exemple, Wells, 1997). Cette stratégie consiste en (1) la présentation du modèle fonctionnel du trouble cible, (2) l'explicitation des éléments du modèle à partir de la conceptualisation du cas et d'exemples idiosyncratiques provenant du client (ceci peut être fait de façon verbale, par le jeu de rôle ou en situation naturelle) et (3) le partage d'informations pertinentes se rattachant au trouble visé. La psychoéducation remplit plusieurs fonctions : elle normalise l'état du client; elle permet de mieux comprendre les symptômes rapportés; elle responsabilise et engage activement le patient dans la

thérapie; elle annonce et donne le rationnel des cibles thérapeutiques ultérieures; et elle avance les comportements à proscrire (soit principalement les comportements de sécurité, voir Wells, 1997). Les thèmes psychoéducatifs généralement abordés pour les troubles anxieux sont l'anxiété, la panique, l'inquiétude, la neutralisation (ou les comportements de sécurité), la pensée intrusive et les distorsions cognitives. La stratégie thérapeutique peut se réaliser de façon didactique, par questionnement socratique, par le jeu de rôle, par l'expérience comportementale ou par l'exposition aux situations naturelles. La psychoéducation permet par ailleurs d'optimiser d'autres stratégies thérapeutiques comme l'exposition cognitive. En effet, le fait de partager explicitement et clairement le rationnel et le fonctionnement de cette forme d'exposition permet de maximiser sa portée thérapeutique.

La restructuration cognitive

La restructuration cognitive vise globalement à modifier les pensées, et ce, par la parole. Elle est généralement utilisée de façon relativement similaire dans tous les troubles psychologiques. Contrairement aux expériences comportementales et aux diverses formes d'exposition, qui visent également la modification de la pensée, cette stratégie thérapeutique repose principalement sur le dialogue. La restructuration cognitive peut se réaliser par plusieurs moyens. Wells (1997) en soulève douze principaux : définir et opérationnaliser les termes en jeu; questionner les preuves soutenant les pensées; réviser les « contre-preuves » soutenant les mêmes pensées; identifier et nommer les distorsions cognitives (voir Burns, 1980); utiliser des réponses

alternatives rationnelles; analyser les coûts/bénéfices; élaborer un diagramme circulaire (pour départager les pourcentages de responsabilité de différents facteurs lors d'une situation donnée, par exemple); partager de l'information; faire régulièrement référence au modèle fonctionnel du trouble; élaborer des « contre-preuves » en regard d'une pensée, et ce, en alternance avec le client; expliciter et remettre en question l'évaluation négative des images mentales intrusives; et établir des plans d'action afin de gérer plus facilement les situations difficiles.

L'objectif de cette stratégie est (1) d'amener le client à conscientiser ses erreurs cognitives afin qu'il (2) perçoive une situation différemment, qu'il (3) ressente des émotions différentes (se sentir moins anxieux en l'occurrence) et qu'il (4) se comporte autrement (soit sans comportement de sécurité). La restructuration cognitive lors d'une psychothérapie pour un trouble obsessionnel-compulsif pourrait, par exemple, viser d'une part à diminuer le sentiment de responsabilité et la perception catastrophique associés au fait d'avoir une pensée intrusive agressive envers son enfant, et ce, en questionnant les conséquences réelles perçues du fait d'avoir de telles pensées. Le fait de dédramatiser les conséquences rattachées à la pensée intrusive diminue l'anxiété et l'inconfort associés à la pensée, abaisse le besoin de contrôler la pensée, diminue le recours à la neutralisation et minimise ainsi le retour de la pensée dérangeante. La détresse ressentie quant au fait d'avoir une pensée intrusive agressive envers son enfant repose également sur l'erreur cognitive dénommée « fusion pensée-action » soutenant que le simple fait de penser à un événement peut le causer, ou du moins augmenter les

probabilités qu'il se concrétise. La restructuration cognitive pourrait alors viser d'autre part à ébranler cette dernière distorsion en mettant en contradiction les preuves soulevées (ou plutôt l'absence de preuves) soutenant la croyance et les « contre-preuves ». Couplée à certaines stratégies thérapeutiques comme l'expérience comportementale et l'exposition, elle peut optimiser la modification cognitive. En effet, la restructuration cognitive est souvent utilisée suite à une session d'exposition cognitive afin d'ébranler d'autant plus certaines croyances erronées telles que l'intolérance à l'incertitude, la propension à dramatiser, l'importance (et le danger) accordée aux pensées (ceci incluant la « fusion pensée-action »), l'utilité de s'inquiéter et le sentiment exacerbé de responsabilité, entre autres. Elle peut également être utilisée dans le but de diminuer les appréhensions irréalistes entretenues envers l'exposition cognitive (ou toute autre stratégie thérapeutique).

L'expérience comportementale

Cette stratégie est employée pour la globalité des troubles anxieux et de l'humeur, mais plus particulièrement pour le trouble obsessionnel-compulsif, la phobie sociale et le trouble panique. Elle recoupe trois visées principales, soit la socialisation au modèle du trouble cible ainsi que la modification des pensées et des émotions. L'expérience comportementale est toutefois principalement utilisée afin d'infirmier certaines croyances erronées (modification cognitive). Elle consiste alors à manipuler les réponses comportementales lors de situations anxiogènes afin de tester les dangers physiques, sociaux ou psychologiques appréhendés. Un processus d'exposition *in vivo* à

une situation redoutée est donc couplé à une « manœuvre infirmative » préparée dans le but de tester la validité d'une croyance cible (Wells, 1997). L'expérience comportementale se résume en une séquence composée de quatre éléments : (1) la préparation (cerner une pensée cible, explorer les preuves soutenant la pensée, identifier les stimuli et les comportements propres à la situation ainsi que présenter le rationnel de l'exercice); (2) l'exposition à la situation ou aux stimuli intéroceptifs; (3) le test (tester la pensée cible en comparant ce qui était appréhendé aux résultats réels de l'exposition, et ce, à l'aide de la restructuration cognitive); et (4) le résumé (discuter des résultats en regard du modèle compréhensif du trouble ciblé). L'expérience comportementale est une stratégie particulièrement « puissante » puisqu'elle met à contribution tant les effets thérapeutiques de l'exposition *in vivo* que ceux de la restructuration cognitive. Elle peut également servir d'étape préliminaire à l'exposition cognitive lorsqu'un lien existe entre le stimulus anxiogène externe (exposition *in vivo*) et interne (exposition cognitive).

La proscription des comportements de sécurité (ou prévention de la réponse)

Depuis quelques années, un intérêt grandissant a été porté aux conséquences des comportements de sécurité dans les différents troubles anxieux. Il semble que le maintien des problématiques soit en bonne partie relié aux comportements de sécurité (Clark & Wells, 1995; Rapee & Heimberg, 1997; Salkovskis et al., 1999; Sloan & Telch, 2002). Ceux-ci consistent en tout comportement dont la visée est de prévenir ou de minimiser un danger redouté. La neutralisation ayant une définition similaire, il est ainsi possible d'avancer que les comportements de sécurité sont une forme de neutralisation.

La proscription des comportements de sécurité est ainsi une stratégie thérapeutique visant directement à empêcher la neutralisation des pensées intrusives, des pensées automatiques négatives, des inquiétudes, des obsessions et ainsi de l'anxiété. Cette neutralisation reliée aux comportements de sécurité empêche d'une part l'infirmité des croyances erronées et favorise d'autre part le retour et l'amplification des pensées intrusives. La proscription d'un comportement de sécurité lors d'une intervention pour un stress post-traumatique suite à une agression pourrait, par exemple, consister à proposer à une personne de ne plus avoir inévitablement en sa possession du poivre de Cayenne lors de ses moindres déplacements.

Dans le contexte d'une intervention pour le trouble obsessionnel-compulsif, la stratégie de proscription des comportements de sécurité se nomme alors formellement « prévention de la réponse ». Somme toute, aucune différence significative ne distingue cette dernière de la proscription des comportements de sécurité pour les autres troubles anxieux. La prévention de la réponse repose donc sur la proscription de la neutralisation des pensées intrusives par l'évitement cognitif, la compulsion (mentale ou manifeste), le rituel, la rassurance et la suppression de la pensée. Cette stratégie implique par ailleurs une certaine part d'exposition *in vivo* puisque la personne doit se confronter à la situation redoutée sans neutraliser. La proscription des comportements de sécurité s'avère finalement une condition essentielle à la conduite de l'exposition cognitive (et des autres formes d'exposition) afin de maximiser les gains thérapeutiques (Wells et al., 1995; Wells & Papageorgiou, 1998). Par contre, des études récentes portant sur la

phobie spécifique (serpents) ainsi que sur l'agoraphobie proposent que la présence de *certain*s comportements de sécurité peut ne pas nuire à l'exposition *in vivo* – et probablement également à l'exposition cognitive (Milosevic & Radomsky, 2008; Rachman, Radomsky & Shafran, 2008). Le fait de porter des gants et des lunettes de protection (pour la phobie des serpents) ainsi que de pouvoir s'échapper de certains endroits (pour l'agoraphobie) lors des premières sessions d'exposition regroupaient les principaux comportements de sécurité permis. Les auteurs de ces études concluent que ces comportements de sécurité n'empêchent pas nécessairement le processus d'infirmité des peurs lors de l'exposition, ceux-ci pouvant même aider le patient à compléter avec plus de confiance les sessions d'exposition. Ces études soulèvent la pertinence du jugement clinique quant à la « permission » de certains comportements de sécurité lors des différentes formes d'exposition pour les troubles anxieux. Ces quelques comportements ne doivent toutefois qu'être momentanément tolérés, pour être graduellement proscrits au cours des sessions d'exposition.

L'exposition in vivo

Probablement la stratégie la plus répandue pour les troubles anxieux et la plus efficace selon les études de traitement, l'exposition *in vivo* est incluse dans presque *toute* intervention cognitive et comportementale pour les troubles anxieux (voir Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999). Elle consiste à confronter de façon prolongée et répétée un stimulus redouté. Deux formes d'exposition sont utilisées pour les troubles anxieux : l'exposition à un stimulus anxiogène externe (toucher une surface sale, par exemple,

pour le trouble obsessionnel-compulsif); et l'exposition à un stimulus anxiogène interne. Cette dernière forme d'exposition se divise par ailleurs en deux interventions, soit l'exposition cognitive et l'exposition intéroceptive. Ces dernières se définissent comme des stratégies thérapeutiques distinctes. L'exposition *in vivo* implique quant à elle la confrontation à un stimulus externe. Dans l'optique où un lien existe entre un stimulus anxiogène externe et interne, l'exposition *in vivo* peut être conduite avant, en parallèle ou à la suite de l'exposition intéroceptive ou cognitive.

Cette intervention comporte deux processus de changement : l'habituation et la modification cognitive. Alors que l'habituation se définit globalement comme une baisse progressive de la réactivité émotionnelle face à un stimulus, la modification cognitive consiste en la modification des croyances ou des pensées automatiques négatives. L'exposition *in vivo* a ainsi un impact tant sur les émotions (l'anxiété en l'occurrence) que sur les pensées. Le processus d'habituation propre à l'exposition *in vivo*, comme toute autre forme d'exposition, se réalise finalement selon deux conditions inter reliées : l'habituation intra séance (la baisse graduelle de la réactivité émotionnelle à l'intérieur même de la période d'exposition) et l'habituation inter séances (la baisse graduelle de la réactivité émotionnelle au fil des séquences d'exposition).

L'exposition intéroceptive

Plus typiquement utilisée lors de l'intervention pour le trouble panique, l'exposition intéroceptive peut s'avérer également pertinente pour le traitement de

l'hypocondrie, du stress post-traumatique et du trouble obsessionnel-compulsif, entre autres. Il consiste à s'exposer de façon prolongée et répétée aux sensations corporelles internes, et ce, en réalisant des exercices recréant de telles sensations typiques à l'anxiété. Le but demeure similaire à l'exposition *in vivo*, soit diminuer la réactivité émotionnelle face aux sensations corporelles anxieuses (habituation) et modifier la perception négative de ces sensations (modification cognitive). Onze sensations corporelles sont spécifiquement visées : la douleur ou l'inconfort thoracique; la transpiration; la nausée ou l'inconfort abdominal; les palpitations cardiaques; le souffle court; l'étourdissement ou le déséquilibre; les tremblements; les frissons ou les bouffées de chaleur; les engourdissements ou les picotements; le sentiment d'irréalité ou de dépersonnalisation; et le sentiment d'étouffement. L'exposition aux sensations corporelles propres aux craintes hypochondriaques, aux sensations présentes lors d'un événement traumatique ou à celles associées aux obsessions peut s'avérer opportun, et ce, d'autant plus afin de faciliter l'implantation de l'exposition *in vivo*, de la prévention de la réponse ou de l'exposition cognitive dans le traitement.

L'exposition cognitive

Outre l'exposition intéroceptive, une autre forme d'exposition aux stimuli anxiogènes internes est utilisée dans le traitement de l'anxiété généralisée, du stress post-traumatique, du trouble obsessionnel-compulsif et de l'hypocondrie : l'exposition cognitive. Cette stratégie est également nommée « exposition en imagination » ou « exposition *in vitro* ».

Chapitre 3

L'exposition cognitive : similitudes et divergences des procédés d'exposition

Étant donné qu'un des facteurs de maintien principaux de l'anxiété généralisée, du stress post-traumatique, du trouble obsessionnel-compulsif et de l'hypocondrie s'avère la neutralisation des pensées intrusives anxiogènes, une stratégie thérapeutique visant directement la diminution – voire l'abolition – de cette neutralisation est essentielle dans le plan de traitement. Or, l'exposition cognitive cible fondamentalement l'interruption de « l'effet rebond » et du cycle amplificateur de la neutralisation, et ce, par l'immersion prolongée et répétée aux stimuli cognitifs anxiogènes. Cette immersion est en effet fondamentalement incompatible avec la neutralisation, soutenant ainsi la proscription des comportements de sécurité (prévention de la réponse).

L'exposition cognitive

L'exposition cognitive repose sur les théories des conditionnements classique et opérant, soit plus précisément sur le concept d'*habituation* (Stampfl & Levis, 1967; Wolpe, 1958). Ce concept est responsable de la baisse progressive de la réactivité émotionnelle aux pensées, aux images mentales et aux impulsions anxiogènes typique à l'exposition. Il implique (1) la confrontation prolongée au stimulus provoquant la peur, (2) le fait de ressentir l'anxiété et (3) la répétition de la confrontation. Dans cette optique, l'exposition cognitive est considérée comme une intervention comportementale, bien qu'elle vise le domaine cognitif.

Lang (1985) propose également que la baisse progressive de l'anxiété suite à l'exposition cognitive s'explique par un processus émotionnel, soit une composante de sa théorie bio-informationnelle. Selon cette dernière, la peur est une structure cognitive composée des représentations des différents stimuli, des réponses à ces stimuli et de leur signification. Or, le processus émotionnel de la peur provoque un reconditionnement et une réévaluation de cette peur. Ce processus émotionnel est possible lorsque l'activation de la peur est jumelée à des informations correctrices incompatibles, soit des preuves comme quoi la peur est infondée ou irréaliste. Foa et Kozak (1986) proposent une explication relativement similaire du fonctionnement de l'exposition cognitive. Ils avancent que la confrontation prolongée et répétée à des stimuli provoquant la peur, et ce, en l'absence des conséquences appréhendées, fournit des informations correctrices infirmant les croyances erronées et participe ainsi à diminuer l'anxiété associée. Cette vision de l'exposition cognitive implique ainsi plus particulièrement la notion de modification cognitive. L'exposition cognitive est ainsi davantage considérée comme une intervention cognitive.

Les types d'exposition cognitive

Trois types d'exposition cognitive coexistent (Abramowitz, 2006). Bien que la visée globale de l'intervention est similaire (habituation et/ou modification cognitive), chaque type d'exposition a une fonction distincte. En effet, chaque type cible une représentation mentale différente. Le choix d'un type d'exposition en particulier repose sur la symptomatologie ainsi que sur le niveau subjectif d'anxiété ressenti.

Ainsi, selon Abramowitz (2006), (1) l'*exposition cognitive primaire* est une exposition en tout point similaire à l'exposition *in vivo* (ou situationnelle), portant toutefois sur une pensée intrusive plutôt que sur un stimulus externe. Dans ce cas, l'exposition cible directement soit la pensée intrusive ou la description de la situation découlant de cette pensée. Ce type d'exposition cognitive s'avère essentiel lorsqu'aucun stimulus externe (ou environnemental) ne provoque l'anxiété escomptée. Par exemple, un individu ayant la crainte que son enfant puisse se faire enlever (trouble d'anxiété généralisée) se confrontera mentalement à un scénario dans lequel il décrit le kidnapping imaginé de son enfant. Un autre ayant été témoin d'atrocités lors d'une mission militaire (trouble de stress post-traumatique) pourra s'exposer aux images mentales intrusives de ces atrocités en faisant le récit graduel et répété des événements vécus. Un dernier ayant la peur (et la conviction) envahissante d'avoir un trouble cardiaque grave (hypocondrie) pourra se confronter à un scénario dans lequel il apprend souffrir d'une cardiopathie après de longues années d'incertitude.

Ce type d'exposition est particulièrement utilisé pour l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique et l'hypocondrie, mais aussi, plus rarement, pour le trouble obsessionnel-compulsif. Dans ce dernier cas, l'exposition cognitive primaire est plus typiquement recommandée face à des obsessions consistant en des pensées intrusives inacceptables portant tant sur l'agressivité, la religion, la moralité et la sexualité. Par exemple, l'exposition cognitive primaire est préconisée face à la pensée intrusive et dérangeante (voire répugnante) de faire du mal à son enfant. L'individu se confrontera

ainsi directement à un scénario catastrophique dans lequel il blesse volontaire son enfant de la façon redoutée.

Plus spécifiquement retrouvé dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et, moins typiquement, du trouble d'anxiété généralisée, (2) l'*exposition cognitive secondaire* consiste à se confronter aux conséquences catastrophiques appréhendées de la pensée intrusive cible. Elle peut être utilisée afin d'augmenter l'efficacité de l'exposition *in vivo* lors de l'intervention pour le trouble obsessionnel-compulsif. Dans ce cas elle se déroule habituellement pendant ou après l'exposition *in vivo* à un stimulus externe. Par exemple, un individu ayant la crainte intrusive du nombre « 13 » *accompagnée de la conséquence redoutée de faire du mal aux autres* sera invité à s'exposer *in vivo* à ce nombre en l'affichant à plusieurs endroits dans son domicile, par exemple. Pendant ou après l'exposition *in vivo*, il sera par la suite invité à se confronter mentalement à la conséquence redoutée, soit en s'exposant à un texte dans lequel la conséquence catastrophique d'avoir pensé au nombre « 13 » est décrite.

Les thèmes abordés dans l'exposition cognitive regrouperont les appréhensions (pensées automatiques négatives) soulevées lors de l'exposition *in vivo*. Aussi, en parallèle à la description détaillée des conséquences appréhendées (pensée catastrophique), l'exposition cognitive secondaire peut contenir l'élaboration d'autres cognitions anxiogènes de base, soit la responsabilité exagérée et l'intolérance à l'incertitude, deux cognitions typiques du trouble obsessionnel-compulsif. Ainsi, un

scénario d'exposition peut regrouper des idées ayant trait à une situation hautement incertaine et/ou à des événements évoquant un sentiment de responsabilité ou de culpabilité exacerbé.

L'exposition cognitive secondaire peut aussi être une stratégie thérapeutique indépendante, et ce, plus particulièrement pour le trouble d'anxiété généralisée. Plutôt que de baser le scénario d'exposition sur l'élaboration des pensées intrusives dérangeantes (par exemple, le kidnapping de ses enfants), l'exposition peut effectivement être conduite à partir des cognitions anxiogènes de base, soit plus spécifiquement l'intolérance à l'incertitude. Puisque cette dernière cognition favorise le développement et le maintien des inquiétudes propres à l'anxiété généralisée, il peut s'avérer d'autant plus approprié d'inclure des situations teintées d'incertitude dans le scénario d'exposition. L'exposition cognitive secondaire pour le trouble d'anxiété généralisée serait ainsi plus générique puisqu'elle ne porterait pas sur des inquiétudes idiosyncratiques, mais plutôt sur des sources d'incertitude plus générales. Or, il serait possible de s'attendre à ce que les gains thérapeutiques se généralisent hypothétiquement davantage à l'ensemble des inquiétudes de l'individu, soit aux manifestations de l'intolérance à l'incertitude. Un scénario d'exposition cognitive secondaire pour l'anxiété généralisée pourrait par exemple consister en la description détaillée d'une situation réaliste lors de laquelle le patient est confronté à un niveau élevé d'incertitude (laisser son emploi pour retourner aux études afin d'aspirer à un emploi mieux rémunéré). Le questionnaire des *Manifestations d'intolérance à l'incertitude* (Dugas,

2004) peut aider à cibler cette situation. Contrairement à ce type d'exposition, l'exposition cognitive primaire, plus typique pour ce trouble, implique plutôt la description détaillée d'une inquiétude soulevée et des conséquences redoutées (être congédié de son emploi, ne plus être apte à payer l'hypothèque, devoir vendre la maison, divorcer, perdre la garde des enfants, ne plus jamais revoir ses enfants, etc.).

Le dernier type d'exposition cognitive peut être utilisé pour tous les troubles anxieux où l'exposition *in vivo* est possible puisque ce type d'exposition n'est qu'une préparation à l'exposition *in vivo*. (3) L'*exposition cognitive préliminaire* consiste ainsi à s'imaginer confronter un stimulus externe redouté (par exemple, la saleté, un couteau ou un coin de rue spécifique). Cette exposition n'est recommandée que lorsque l'exposition *in vivo* cause une anxiété anticipatoire trop élevée. L'exposition cognitive préliminaire peut servir de tremplin pour l'exposition *in vivo* en offrant une confrontation plus graduelle à l'objet de la peur.

Les consignes lors de l'exposition cognitive

L'efficacité de l'exposition cognitive repose sur certaines « règles » à suivre au cours du processus (Abramowitz, 2006). En effet, l'habituation ainsi que la modification cognitive ne sont possibles – ou du moins optimales – que sous certaines conditions.

Le patient doit tout d'abord (1) être prêt à ressentir un niveau suffisant d'anxiété. À cet effet, le fait de ressentir de l'anxiété doit être renforcé par le thérapeute en précisant qu'une séance d'exposition cognitive réussie implique l'activation de la peur. Le patient (2) ne doit également pas combattre sa peur. Le simple fait de résister à l'anxiété pendant l'exposition peut rendre encore plus anxieux. Il est alors recommandé au patient de se permettre d'être inconfortable, en ajoutant que cet inconfort n'est que momentané. Une règle capitale lors de l'exposition cognitive est de (3) proscrire toute forme de neutralisation (évitement cognitif, rassurance, rituels, compulsions mentales ou manifestes, etc.). La neutralisation empêche l'activation adéquate de la peur et des représentations associées, limitant ainsi les processus d'habituation et de modification cognitive (Lang, 1985). Le patient peut être invité à (4) tester ses pensées automatiques négatives quant aux conséquences de confronter ses peurs. Il peut alors noter les craintes entretenues à propos du processus d'exposition, puis réévaluer objectivement ces craintes en se basant sur le déroulement réel de l'exposition. Ceci est d'autant plus pertinent lors des premières séances d'exposition cognitive puisque davantage d'appréhensions peuvent y être présentes.

Il est par la suite important (5) d'évaluer régulièrement le niveau d'anxiété ressentie avant, pendant et après la séance d'exposition. Pour le thérapeute, ceci permet de s'assurer du bon fonctionnement de la stratégie, soit que cette dernière provoque une hausse d'anxiété suivie d'une baisse graduelle. Pour le patient, ceci explicite que l'anxiété ne demeure pas continuellement à son niveau maximal et donne ainsi confiance

envers la stratégie thérapeutique. Aussi, l'évaluation continue du niveau d'anxiété permet de suivre l'évolution du patient, favorisant la motivation et l'engagement dans la thérapie. Le niveau d'anxiété peut être évalué selon différentes échelles (0 à 10). Peu importe celle utilisée, le patient doit la trouver simple, pratique et facile à utiliser. Il doit bien saisir la signification de chaque échelon. Ensuite, (6) chaque séance d'exposition doit perdurer jusqu'à ce que le niveau d'anxiété ait suffisamment diminué. Il est recommandé de ne mettre fin au processus que lorsque l'anxiété a diminué d'au moins 50% comparativement au niveau maximal. Ceci représente en effet une habituation intra-séance réussie. Cette diminution peut nécessiter davantage de temps pour les premières séances d'exposition (voire 30-40 minutes). Le processus d'habituation inter-séances fait en sorte que les séances d'exposition ultérieures sont habituellement graduellement plus courtes (jusqu'à 10-15 minutes). Il est finalement recommandé de (7) répéter les séances d'exposition jusqu'à ce qu'elles ne provoquent qu'une très faible anxiété, voire aucune.

Somme toute, une exposition cognitive efficace regroupe l'implication ainsi que la motivation du patient, la confrontation prolongée (habituation intra-séance), la confrontation répétée (habituation inter-séances), la prohibition des formes de neutralisation et la réévaluation des pensées automatiques négatives concernant le fait de confronter les stimuli anxiogènes. Le thérapeute peut, de plus, favoriser la modification des pensées automatiques négatives par la réattribution verbale, soit plus spécifiquement par le questionnement socratique.

Les procédés d'exposition cognitive

Différents procédés sont possibles quant à l'application de l'exposition cognitive. Les cinq principaux consistent en l'écriture répétée d'un scénario préétabli, la lecture répétée d'un texte, l'écoute répétée d'un scénario préenregistré sur une cassette sans fin, le récit rédigé et le récit verbal.

L'écriture répétée d'un scénario préétabli peut se réaliser sous deux formes distinctes (par exemple, Goldman, Dugas, Sexton & Gervais, 2007). La première comprend une réécriture relativement intacte du texte original. La seconde forme offre quant à elle la possibilité au patient de modifier la fin du scénario original afin d'intégrer divers événements ou conséquences catastrophiques au fil du temps. Ceci a l'avantage d'exposer le patient à plusieurs pensées intrusives dérangeantes et à ainsi favoriser la généralisation des gains thérapeutiques. Il est toutefois important de s'assurer que les modifications au scénario d'exposition ne consistent pas en un moyen de neutraliser les images mentales les plus anxiogènes. L'écriture répétée d'un scénario demeure une procédure d'exposition cognitive peu retrouvée dans la littérature.

La lecture répétée d'un scénario d'exposition (par exemple, Dugas, 2004; Huppert & Alley, 2004) regroupe certains avantages : elle est moins fastidieuse que l'écriture répétée, elle ne nécessite pas d'équipement audio et elle est plus discrète que l'écoute répétée. Par contre, de façon similaire à l'écriture répétée, cette méthode est relativement propice à la neutralisation. Une lecture trop rapide ou trop lente peut

effectivement empêcher le patient de s'imprégner réellement du contenu anxiogène. Aussi, il peut être difficile pour certains de lire un texte tout en s'efforçant de s'imaginer le plus intensément et vivement possible son contenu.

La méthode d'exposition cognitive la plus courante dans la littérature – et ainsi probablement dans la pratique – est l'écoute répétée d'un scénario préenregistré (par exemple, Freeston & Ladouceur, 1999; Ladouceur & Dugas, 1999; O'Leary, Brown & Barlow, 1992; Craske, Barlow & O'Leary, 1992). Bien qu'elle nécessite la possession d'un équipement audio, cette méthode regroupe plusieurs avantages. Tout d'abord, elle demande moins d'énergie que les autres procédés et s'avère moins lassante. Elle permet également d'optimiser le niveau de concentration envers le contenu puisqu'elle ne nécessite aucune autre action que l'écoute et l'imagination. Ceci facilite la formation d'images mentales plus intenses, vives et anxiogènes. Elle minimise finalement la neutralisation pendant le processus puisque l'écoute en boucle est essentiellement inverse à la neutralisation (Freeston & Ladouceur, 1999). Cette dernière caractéristique s'avère primordiale afin de permettre l'habituation et la modification cognitive et d'ainsi rendre l'exposition efficace, expliquant par ailleurs possiblement sa popularité.

Le récit rédigé et le récit verbal sont les derniers procédés habituels d'exposition cognitive (par exemple, Resick & Schnicke, 1993; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus & Fennell, 2005; Vrielynck, François & Philippot, 2010; Foa, Molnar & Cashman, 1995). Ceux-ci ne constituent pas une forme conventionnelle d'exposition puisqu'ils ne

remplissent pas tout à fait les deux exigences de base de la stratégie thérapeutique : une confrontation *prolongée et répétée* au stimulus anxiogène. En effet, les récits rédigés et verbaux ne consistent pas en une exposition systématique et répétitive à un scénario préétabli. Par contre, leur conduite générale implique tout de même une certaine confrontation prolongée et répétée, mais plus graduelle et libre. Le fait d'élaborer verbalement ou par écrit un événement anxiogène est en soi une confrontation au même titre que l'exposition cognitive conventionnelle, d'autant plus s'il est fait longuement (à chaque session de thérapie, pendant plusieurs sessions) ainsi qu'avec le moins possible de neutralisation. Les récits peuvent également être considérés comme un procédé d'exposition cognitive en se basant sur le fait qu'ils provoquent une habitude à des stimuli internes (soit des pensées intrusives) et une modification cognitive de la représentation mentale de ces stimuli. Ces procédures sont presque exclusivement utilisées dans le cadre du traitement pour le trouble de stress post-traumatique. Le récit rédigé a l'avantage de préserver l'intimité du contenu lorsque le patient est particulièrement réticent à partager certaines informations plus délicates. Le patient possède ainsi le contrôle du moment choisi opportun pour partager ces informations au thérapeute. Par contre, le récit verbal susciterait des émotions plus intenses, suggérant ainsi une meilleure intégration émotionnelle (Murray & Segal, 1994).

L'efficacité de l'exposition cognitive

L'efficacité de l'exposition cognitive a finalement été soutenue dans le traitement de plusieurs troubles dont plus particulièrement les troubles anxieux. O'Leary et al.

(1992) ainsi que Craske et al. (1992), entre autres, ont effectivement prouvé son efficacité pour le trouble d'anxiété généralisée.

Quant à Van Oppen et al. (1995), ils avancent que la thérapie cognitive (incluant l'exposition cognitive) s'avère supérieure en terme de résultats à la thérapie comportementale conventionnelle (incluant l'exposition *in vivo*) pour le trouble obsessionnel-compulsif. Par contre, l'exposition *in vivo* serait à favoriser dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif lorsque l'objet de la peur consiste en un stimulus externe (Rabavilas, Boulougouris & Stefanis, 1976). L'exposition cognitive serait d'autre part particulièrement efficace lorsque la crainte obsessionnelle implique un stimulus interne (une pensée, une image mentale ou une impulsion) ainsi que lorsque des conséquences sont appréhendées en regard de l'obsession.

Pour ce qui est du traitement du trouble de stress post-traumatique, il n'existe pas d'études de démantèlement permettant de comparer l'efficacité relative des composantes d'un traitement (Marchand & Brillon, 1999). Aussi, aucun plan de traitement n'est formellement établi pour cette problématique. Par contre, plusieurs études contrôlées suggèrent des résultats positifs suite à un traitement comportant l'exposition cognitive (Marchand & Côté, 1998; Foa & Rothbaum, 1998; Rothbaum, Meadows, Resick, & Foy, 2000). Cette dernière serait ainsi à privilégier dans l'établissement d'un plan de traitement pour le trouble de stress post-traumatique. L'idée qu'il pourrait être contre-indiqué d'exposer (exposition cognitive ou exposition *in vivo*) la personne traumatisée à

son événement traumatique (où à ce qui rappelle l'événement) est largement véhiculée dans les milieux cliniques et universitaires. Cette contre-indication repose sur le principe que l'exposition pourrait aggraver les symptômes post-traumatiques et ainsi « retraumatiser » la personne. Or, peu d'études se sont penchées sur ce possible problème. En fait, une seule étude a permis de constater une certaine aggravation des symptômes du trouble de stress post-traumatique suite à l'implantation de l'exposition cognitive (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree & Alvarez-Conrad, 2002). Par contre, cette aggravation des symptômes n'était que temporaire, tout en n'étant pas associée à l'abandon de la thérapie ou au résultat du traitement. Une méta-analyse visant les taux d'abandon dans le cadre de 25 études sur les traitements du trouble de stress post-traumatique n'a pas permis de constater des différences significatives quant aux abandons entre la thérapie incluant l'exposition cognitive et les autres protocoles de traitement (Hembree, Foa, Dorfman, Street, Kowalski & Tu, 2003). Somme toute, aucune étude ne soutient l'hypothèse qu'il est possible d'aggraver les symptômes du trouble de stress post-traumatique (de façon permanente) en utilisant l'exposition cognitive comme stratégie thérapeutique principale.

Visser et Bouman (2001) établissent que l'exposition et la prévention de la réponse (incluant l'exposition cognitive) ainsi que la thérapie cognitive ont une efficacité significative et comparable pour le traitement de l'hypocondrie. D'autres études confirment également l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale pour l'hypocondrie (Bouman, 2008; Barsky & Ahern, 2004; Bouman & Visser, 1998;

Clark et al., 1998; Warwick, Clark, Cobb & Salkovskis, 1996). Par ailleurs, étant donné la similitude des caractéristiques de l'hypocondrie à celles du trouble d'anxiété généralisée, le plan de traitement pour ce dernier trouble s'avère également efficace pour l'hypocondrie (Langlois & Ladouceur, 2004). Or, ce plan de traitement adapté pour l'hypocondrie a comme composante majeure l'exposition cognitive.

Les convergences des procédés d'exposition cognitive

Bien qu'elle soit utilisée pour différents troubles anxieux⁶, l'exposition cognitive demeure une stratégie relativement analogue, indépendamment de son utilisation. L'exposition cognitive pour l'anxiété généralisée, le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie regroupe effectivement plusieurs similitudes. Ces convergences seront ainsi résumées.

Le processus d'introduction de la stratégie thérapeutique s'avère plutôt uniforme pour les quatre troubles anxieux visés. Avant l'application comme telle de l'exposition cognitive, une phase de psychoéducation est en effet essentielle. Cette phase inclut : (1) la présentation et l'exploration du modèle fonctionnel du trouble; (2) la présentation et l'explication du rationnel de l'exposition cognitive (ceci implique également la présentation des principes et des courbes de l'exposition et de la neutralisation); et (3) l'explicitation des consignes lors de l'exposition cognitive.

⁶ Ainsi que pour les troubles alimentaires, la dépression majeure et l'insomnie, entre autres.

L'exposition cognitive est également dite *systematique* et *planifiée*. Elle diffère de l'exposition « naturelle » et spontanée aux stimuli anxiogènes. Cette exposition naturelle peut être exécutée sans pour autant être bénéfique puisqu'elle ne mène pas nécessairement aux principes d'habituation et de modification cognitive. Cette exposition improvisée peut ainsi être confondue à tort avec l'exposition cognitive, favorisant les craintes des patients quant à la réelle stratégie thérapeutique. L'aspect systématique, et ainsi répété, de l'exposition est particulièrement responsable de l'habituation. Aussi, sa planification permet (1) de cibler avec exactitude les situations, les pensées, les images mentales, les impulsions et les émotions les plus anxiogènes; (2) de modifier les cognitions erronées responsables des appréhensions quant à la conduite de l'exposition; (3) de minimiser la présence de comportements de sécurité (neutralisation) lors de l'exposition; (4) et de s'assurer que les consignes soient respectées afin de garantir l'efficacité et l'acceptabilité de l'exposition cognitive.

Toute exposition cognitive, peu importe le trouble dans lequel elle est conduite, fait appel aux *sens* afin de stimuler l'imagerie mentale. Le scénario d'exposition doit ainsi inclure des éléments visant le plus possible de sens (principalement la vision, l'ouïe et le toucher, mais aussi l'odorat et la gustation si cela s'avère approprié). Il doit également être concret et détaillé afin de permettre la formation d'images mentales et/ou de discours internes. L'inclusion d'émotions, de sensations corporelles et de pensées est finalement recommandée toujours dans le but de favoriser l'imagerie mentale et la personnalisation du scénario. Furer et Walker (2005) avancent d'ailleurs que

l'habituatation (et la modification cognitive) ne résulte pas uniquement du fait de lire, écrire, entendre ou réciter de façon répétée un scénario anxigène, mais plutôt du fait de « vivre » de façon répétée un scénario anxigène, et ce, en s'imaginant le plus fidèlement possible les scènes décrites.

Les cinq principaux procédés d'exposition cognitive (écriture répétée d'un scénario préétabli, lecture répétée, écoute répétée, récit rédigé et récit verbal) impliquent globalement trois modalités d'exposition, soit l'*écriture*, la *lecture* ou l'*écoute* (par enregistrement). Or, ces trois modalités peuvent être utilisées autant pour l'exposition cognitive de l'anxiété généralisée, du stress post-traumatique, du trouble obsessionnel-compulsif que de l'hypocondrie. Par contre, tant certaines études (par exemple, Freeston & Ladouceur, 1999; O'Leary et al., 1992; Craske et al., 1992; Van Oppen et al., 1995) que la pratique suggèrent l'*écoute* comme la modalité à privilégier, et ce, en raison de la plus faible possibilité de neutralisation lors de l'*écoute*. L'*écriture* et la *lecture* pourraient en effet être plus propices à la distraction. Ces deux modalités nécessitent également des tâches demandant plus de ressources attentionnelles, diminuant alors la capacité de « vivre » le scénario anxigène. Aucune étude ne semble toutefois se pencher directement sur l'efficacité comparative des procédés d'exposition cognitive pour un ou plusieurs troubles.

Peu importe le trouble visé, l'exposition cognitive impliquant le procédé d'*écoute* répétée offre deux options : *l'enregistrement de la voix (1) du patient ou (2) du*

thérapeute. Le choix repose en fait sur le niveau d'anxiété suscité par chacune des options. La voix provoquant une plus forte hausse d'anxiété lors de la lecture du scénario d'exposition sera ainsi désignée pour l'enregistrement. Une évaluation à cet effet est donc nécessaire avant l'enregistrement formel du scénario.

L'*évaluation continue* de l'anxiété, des autres émotions (si cela est justifié) et des cognitions cibles (s'il y a lieu) est par ailleurs un élément essentiel de toute exposition cognitive. L'évaluation intra-session peut être préétablie au cours de la session d'exposition (par exemple prévue aux 5 ou 10 minutes) ou plus spontanée selon le déroulement de l'exposition. Une exposition moins formelle comme le récit verbal peut par exemple nécessiter une évaluation plus spontanée selon le caractère anxiogène du contenu. L'évaluation continue implique par ailleurs une évaluation inter-sessions des émotions et des cognitions cibles, selon la visée de la stratégie thérapeutique. L'évaluation des émotions (incluant l'anxiété) et des croyances peut être basée sur une échelle de 0 à 100⁷, où 100 représente le niveau émotionnel maximal ou la conviction envers la croyance cible. Le patient doit être familier avec la signification de chaque échelon afin de rendre l'évaluation sensible et valide. Plusieurs guides sont offerts afin d'explicitier la signification de chaque échelon d'une échelle (par exemple, Abramowitz, 2006). L'évaluation continue de l'anxiété, des autres émotions et des cognitions cibles revêt plusieurs utilités cliniques. Elle permet tout d'abord d'explicitier le principe

⁷ Les échelles de 0 à 8 et 0 à 10 sont également parfois retrouvées. Celles-ci offrent toutefois peu de nuances puisqu'elles contiennent moins d'échelons. L'échelle de 0 à 100 est ainsi probablement la plus efficace et facile à utiliser.

d'habituations intra-session et inter-session, ceci servant à motiver le patient à poursuivre et même intensifier l'exposition ainsi qu'à établir la fin de la session d'exposition (une exposition doit effectivement être interrompue lorsque l'anxiété a suffisamment diminué après avoir atteint son maximum). Elle cible ensuite les problèmes possibles pouvant être observés lors de l'exposition, soit principalement l'absence d'habituations, l'anxiété jugée insupportable, l'anxiété trop faible et la présence de neutralisation importante. L'évaluation continue des cognitions cibles permet de sensibiliser le patient à la modification de ses erreurs cognitives, tout en établissant s'il est justifié de poursuivre, d'intensifier ou de terminer la stratégie thérapeutique selon les objectifs de la thérapie. L'évaluation continue a finalement un impact positif tant sur l'acceptabilité de la stratégie que sur l'engagement du patient dans la thérapie puisqu'elle concède un certain pouvoir au patient. L'évaluation continue intra-session ne doit toutefois pas limiter l'immersion dans le scénario d'exposition de par son caractère fastidieux.

Les « devoirs » (parfois aussi nommés « travaux pratiques ») sont un aspect fondamental de la thérapie cognitivo-comportementale. L'efficacité de l'exposition cognitive repose également sur la tenue de *devoirs*. Bien que ces derniers puissent prendre une forme différente selon le trouble concerné, l'exposition cognitive pour les quatre troubles visés nécessite des sessions d'exposition à domicile. Une grille regroupant certaines informations est généralement remise au patient afin de suivre l'évolution des « devoirs ». Ces informations sont souvent : la date et l'heure; le sujet du scénario d'exposition; l'évaluation des émotions (notamment l'anxiété) et des cognitions

(si nécessaire) avant, pendant (niveau maximal) et après l'exposition; et la durée de l'exposition.

Les divergences des procédés d'exposition cognitive

Certaines différences sont retrouvées dans la littérature quant à la conduite de l'exposition cognitive pour l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie, et ce, malgré la présence d'analogies significatives. Parfois subtiles, ces différences peuvent tout de même s'avérer importantes pour l'acceptabilité et l'efficacité de la stratégie thérapeutique. Les principales divergences identifiées propres à chaque trouble seront ainsi explicitées.

Trouble d'anxiété généralisée

L'exposition cognitive pour l'anxiété généralisée est typiquement réalisée par *l'écoute répétée d'un scénario enregistré* (sur un CD, un DVD, un lecteur MP3 ou une cassette audio en boucle). Le scénario est ainsi préparé en collaboration avec le thérapeute afin de s'assurer qu'il soit conforme aux règles de base (écrit au « je » et au temps présent; sans élément de neutralisation, de rassurance et de minimisation; et suffisamment détaillé et imagé). Il est ensuite lu à répétition en rencontre afin de s'assurer de son aspect anxiogène (s'il s'avère trop peu anxiogène, le scénario peut être modifié toujours en collaboration avec le thérapeute) et d'expérimenter pour une première fois le principe d'habituation. Il est généralement suggéré d'enregistrer la voix du patient plutôt que celle du thérapeute, et ce, afin d'optimiser la personnalisation du

scénario. Par contre, certains patients peuvent évaluer plus anxiogène l'exercice si la voix du thérapeute est utilisée. Aussi, l'imagerie mentale peut s'avérer facilitée pour certains lors de cette condition. Ces deux cas peuvent ainsi soutenir l'idée d'enregistrer la voix du thérapeute. L'exposition cognitive formelle pour l'anxiété généralisée (excluant la construction du scénario, la vérification de l'aspect anxiogène et la première session d'exposition en rencontre) est une stratégie thérapeutique habituellement davantage tenue à domicile, soit en tant que « devoirs ».

Dugas (2004) propose une autre technique d'exposition cognitive dans son manuel de traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée. Cette technique implique le *procédé de lecture (plus ou moins répétée) suivi d'une période d'imagerie mentale*. Le patient est en effet invité à lire à 1 ou 2 reprises le scénario à voix basse, puis à se concentrer envers les images mentales découlant du texte pendant 30 à 45 minutes, et ce, sans neutraliser les images mentales anxiogènes. Le thérapeute évalue à chaque minute le niveau d'anxiété sur une échelle de 0 à 10 afin de s'assurer que l'anxiété augmente comme prévu et qu'elle diminue par la suite. L'exercice prend fin après les 45 minutes prévues pour l'exposition ou lorsque l'anxiété a redescendu au niveau initial (pré-exposition). Le patient est incité à recréer quotidiennement l'exercice à domicile de façon similaire en notant sur une grille prévue à cette fin la date et l'heure; le sujet du scénario d'exposition; le niveau d'anxiété (0 à 10) avant, pendant (niveau maximal) et après l'exposition; et l'utilisation de la neutralisation. Cette technique s'avère plus simple que l'écoute répétée d'un scénario enregistré puisqu'elle ne nécessite

aucun matériel audio. Par contre, elle peut se révéler plus ardue pour les individus ayant de la difficulté à s'imaginer mentalement (et longuement) un contenu récemment lu.

Une dernière technique d'exposition cognitive, significativement distincte de l'écoute répétée d'un scénario enregistré et de la lecture suivie d'une période d'imagerie mentale, est celle proposée par Huppert et Alley (2004). Celle-ci inclut *le procédé du récit verbal des éléments anxigènes préalablement ciblés, et ce, tant par le patient que par le thérapeute*. Une séquence de trois récits verbaux consécutifs est formée lors de laquelle le patient maintient ses yeux fermés tout en se concentrant envers les images mentales provoquées. Le premier récit est fait par le thérapeute, résumant le contenu rapporté de la principale inquiétude. Immédiatement après, le patient reprend le contenu du premier récit en y ajoutant des éléments anxigènes personnels. Le troisième récit, à nouveau par le thérapeute, synthétise les points les plus anxigènes. Au cours de la séquence d'exposition, le patient note régulièrement le niveau d'anxiété ressenti. La séquence est par ailleurs enregistrée (sur un CD, un DVD, un lecteur MP3 ou une cassette audio en boucle). Il est alors suggéré au patient d'écouter quotidiennement cet enregistrement à domicile (pendant 30 à 45 minutes, ou au point d'expérimenter l'habituation intra-session) jusqu'à ce que l'écoute répétée ne cause plus une anxiété significative (habituation inter-sessions).

Peu importe le procédé (et la technique) d'exposition cognitive utilisé pour le trouble d'anxiété généralisée, deux options se présentent quant au stimulus cible de

l'exposition. En effet, il est tout d'abord possible d'exposer le patient à la *pensée anxigène centrale* à l'aide de la technique de la flèche descendante (soit cerner l'ultime conséquence appréhendée d'une situation). Cette option rejoint les caractéristiques de l'exposition cognitive de type secondaire. Elle peut être tant utilisée pour l'anxiété généralisée que pour le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie. Il est également possible d'exposer le patient à la simple *description du contenu de l'inquiétude*, soit conformément à l'exposition de type primaire. Cette dernière option est convenable pour les quatre troubles visés, mais plus spécialement pour le stress post-traumatique. Aucune étude ne semble comparer l'efficacité de ces deux options, que ce soit pour le trouble d'anxiété généralisée ou les autres problématiques.

Craske et al. (1992) ont conçu une intervention pour l'anxiété généralisée composée d'une *session d'exposition cognitive suivie consécutivement de relaxation et de restructuration cognitive*. La section de restructuration cognitive consiste à trouver une fin alternative plus réaliste et positive au scénario d'exposition. Cette intervention inclut ainsi paradoxalement des éléments de neutralisation concomitants à l'exposition cognitive. Pour cette raison, Dugas, Ladouceur, Boisvert et Freeston (1996) suggèrent d'une part que ce type d'intervention peut s'avérer inefficace. Ils avancent d'autre part que la relaxation et la restructuration cognitive concomitantes sont superflues, devant même être proscrites, et que l'exposition cognitive seule est suffisante afin de provoquer l'habituation et la modification cognitive. D'autres auteurs ont établi de façon similaire que l'exposition cognitive ne doit être accompagnée que d'un minimum de

comportements de sécurité (ceci incluant la neutralisation et la relaxation) afin de garantir son efficacité (par exemple, Abramowitz, 2006; Wells, 1997; Wells & Papageorgiou, 1998).

Le principe de généralisation des acquis soutient qu'en s'exposant cognitivement à une ou deux inquiétudes (les plus anxiogènes), les autres préoccupations s'en retrouvent également amoindries. Par contre, selon l'humeur et la présence accrue de stressseurs, la fréquence des inquiétudes (ainsi que la détresse et l'interférence associées) peut fluctuer momentanément à la hausse. Suite à la thérapie pour l'anxiété généralisée, le patient peut ainsi *continuer de s'exposer naturellement aux inquiétudes empreintes d'éventualité (et d'incertitude), et ce, au fur et à mesure qu'elles se manifestent*. Il peut alors utiliser le procédé d'exposition de son choix (par exemple, la lecture répétée d'un scénario écrit, l'écoute répétée d'un scénario enregistré ou la lecture d'un scénario écrit suivie d'une période d'imagerie mentale).

Trouble de stress post-traumatique

L'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique est probablement celle la plus distincte. En effet, elle possède des caractéristiques spécifiques la distinguant particulièrement de l'intervention pour les autres troubles. Une divergence importante est le procédé de choix utilisé : *le récit (verbal ou rédigé)*. L'événement traumatique peut difficilement être circonscrit à un court scénario d'exposition (comme cela est fait pour les autres troubles). Étant donné que l'exposition

cognitive pour le trouble de stress post-traumatique vise entre autres (1) la reconstitution et l'intégration mentale de l'événement traumatique ainsi que (2) le recodage du trauma dans le passé, le récit permet davantage l'atteinte de ces deux objectifs. Bien que le récit verbal soit généralement à privilégier puisqu'il permet un échange direct avec le thérapeute, le récit rédigé est parfois indiqué lorsque le patient se sent trop inconfortable à l'idée de partager un contenu délicat et intime. Aussi, le récit rédigé peut être une étape préliminaire de l'exposition cognitive. Pour les victimes d'agression à caractère sexuel, Resick et Schnicke (1993) suggèrent par exemple la rédaction d'un récit détaillé de l'histoire traumatique, puis une lecture (plus ou moins répétée) du récit, suivie de périodes d'imagerie mentale. Ehlers et al. (2005) proposent une intervention similaire pour divers types d'événement traumatique à laquelle s'ajoute une séquence d'exposition *in vivo* où le patient est incité à se rendre à l'endroit où l'événement traumatique s'est produit.

Outre le récit verbal ou rédigé, un procédé particulier peut également être retenu afin de conduire l'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique. Cet autre procédé implique une participation plus active du thérapeute puisque *le patient est invité à s'imaginer (les yeux fermés) dans diverses situations décrites par le thérapeute.* Ce dernier détaille des contextes similaires à l'événement traumatique rapporté par le patient de façon très graduelle, soit en intégrant de plus en plus de stimuli anxiogènes. Ce procédé détient l'avantage de remettre au thérapeute le contrôle de l'intensité de l'exposition cognitive afin de minimiser le potentiel traumatique de l'exercice. Il peut

toutefois paradoxalement réduire le sentiment de compétence du patient quant à sa capacité à gérer efficacement la reviviscence mentale de l'événement traumatique.

Indépendamment du procédé adopté, deux conditions distinctes d'exposition cognitive sont possibles pour le traitement du trouble de stress post-traumatique : *l'exposition épisodique* et *l'exposition généralisée*. La première condition réfère à un récit (rédigé ou verbal) ciblant les détails de l'événement traumatique. Ceci revient à la reconstitution et à l'intégration de l'histoire traumatique à partir des éléments accessibles à la mémoire. La seconde condition (l'exposition généralisée) consiste en une exposition cognitive plus systématique aux éléments expérimentés à répétition, soit aux pensées intrusives sous forme de flashbacks, de cauchemars, d'illusions et de sensations corporelles. Elle peut se réaliser tant par le récit que par l'écoute ou la lecture répétée. Une étude récente propose que l'exposition épisodique serait plus avantageuse puisqu'elle causerait d'une part moins de détresse lors des séances d'exposition et qu'elle amènerait d'autre part un sentiment d'efficacité concernant la confrontation de l'événement traumatique (Vrielynck et al., 2010).

Un intérêt marqué a été porté depuis quelques années à une nouvelle stratégie thérapeutique pour le trouble de stress post-traumatique : *la réédition des images mentales*⁸. Celle-ci se veut un complément à l'exposition cognitive traditionnelle sous forme de récit verbal. Elle consiste à offrir l'opportunité au patient d'exprimer

⁸ Traduction libre du terme anglophone « imagery rescripting ».

verbalement la réaction ou le comportement qu'il aurait voulu manifester dans une situation précise, et ce, au fur et à mesure qu'il élabore l'événement traumatique. Le patient est alors invité à modifier l'issue de certaines situations (sur lesquelles il possédait un pouvoir) de façon à les considérer plus positivement. La réédition des images mentales permet entre autres de diminuer et de mieux gérer certaines émotions négatives dont la colère, la culpabilité et la honte souvent rattachées à l'événement.

L'exposition cognitive pour l'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie cible généralement la crainte la plus anxiogène dès les premières sessions d'exposition. Cette procédure est motivée par le fait que les pensées ainsi que les images mentales anxiogènes ne sont aucunement néfastes, consistant plutôt en des phénomènes cognitifs normaux auto-générés. L'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique est toutefois diamétralement plus *graduelle* puisqu'elle repose sur le récit rédigé ou verbal d'un événement dont seul le patient peut en élaborer le contenu. Le patient possède ainsi le contrôle tant de ce contenu que de la détresse associée. Il s'avère important de respecter le rythme avec lequel il choisit de confronter les mémoires de l'événement traumatique afin de développer et maintenir une bonne alliance thérapeutique, tout en accordant au patient un contrôle perçu sur ses gains thérapeutiques. Le caractère graduel de l'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique s'exprime par ailleurs par le niveau de comportements de sécurité (ou neutralisation) permis tout au long de l'intervention. En effet, contrairement à l'exposition cognitive pour les autres troubles, celle pour le trouble de stress post-

traumatique implique la formulation par le patient d'un récit entrecoupé de moments moins intenses, et ce, afin de permettre plus aisément l'assimilation des mémoires et la gestion de l'anxiété. Les sessions préliminaires d'exposition contiennent ainsi généralement plus d'éléments de désensibilisation des réponses anxieuses pouvant étroitement s'apparenter à des éléments de neutralisation (respiration diaphragmatique, relaxation musculaire progressive, distraction par des indices visuels tangibles, etc.). Par contre, le contenu des scénarios narratifs tend à changer au courant du processus : les scénarios deviennent graduellement plus longs, contenant de plus en plus de mots reflétant des pensées et des émotions ainsi que de moins en moins de termes dénotant des actions et des dialogues (Foa et al., 1995). Ces changements sont concomitants au succès de l'assimilation des mémoires traumatiques suite à l'exposition cognitive.

Étant donné que l'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique repose majoritairement sur le récit verbal graduel de l'événement traumatique, *la stratégie thérapeutique est tant appliquée en rencontre qu'à domicile* (en tant que « devoirs »). Ceci implique un plus grand rôle du thérapeute dans la conduite de l'exposition cognitive pour ce trouble, comparativement aux autres problématiques telles que l'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie. Le thérapeute est effectivement plus activement engagé dans le déroulement de l'exposition de par ses interventions visant à réguler ou intensifier le caractère anxiogène de l'exercice. Il peut ainsi entre autres demander au patient de faire une pause sur un stimulus important; de répéter certains mots, phrases ou idées; de ralentir le récit verbal;

ou de neutraliser son anxiété (par exemple en demandant de décrire de façon détaillée un objet dans la pièce où a lieu la thérapie).

Au moment où le thérapeute souhaite annexer des sessions d'exposition cognitive à domicile (en « devoirs ») aux sessions d'exposition en rencontre, deux options s'offrent : (1) *l'écoute quotidienne de la rencontre enregistrée* (celle-ci durant généralement entre 50 et 90 minutes) ou d'une partie spécifique de celle-ci; ou (2) *la rédaction hebdomadaire d'un texte à propos du sens accordé à l'événement traumatique*. L'écoute de la rencontre à domicile cible davantage l'assimilation des pensées intrusives et la gestion de l'anxiété par l'entremise de l'habituation. La rédaction à domicile d'un texte portant sur le sens accordé à l'événement semble quant à elle plus particulièrement viser la gestion des émotions négatives (dont la colère, la culpabilité et la honte) tout en permettant également l'assimilation des pensées intrusives. Ce dernier type de « devoirs » possède par ailleurs l'avantage d'être moins fastidieux que l'écoute répétée des rencontres.

Trouble obsessionnel-compulsif

L'exposition cognitive pour le trouble obsessionnel-compulsif partage plusieurs similarités avec celle pour l'anxiété généralisée et l'hypocondrie. Elle consiste habituellement en l'écoute répétée d'un scénario préenregistré portant sur les éléments les plus anxiogènes, et ce, à domicile en tant que « devoirs ». La procédure de rédaction du scénario est également analogue à ces deux troubles. Par contre, une distinction

demeure : *l'importance de la prévention de la réponse* pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif. En effet, l'exposition cognitive pour cette problématique doit inclure tant l'aspect « exposition » que celui « prévention de la réponse ». L'impossibilité de neutraliser l'anxiété doit alors être présente dans le contenu du scénario d'exposition, aspect en soi anxiogène. Aussi, la proscription de la neutralisation doit être clairement établie lors du partage des consignes.

Le caractère égocentrique et égocentrique de l'obsession a par ailleurs un impact direct sur le type d'exposition cognitive utilisé ainsi que sur la visée de l'exposition. Les obsessions égocentriques (contamination; ordre et symétrie; somatique; et accumulation et épargne) impliquent en effet plus typiquement la conduite de l'exposition cognitive secondaire et ainsi parfois le recours à la technique de la flèche descendante. Alors que l'exposition *in vivo* est habituellement utilisée comme stratégie de gestion des pensées intrusives (par l'habituation) et de prévention de la réponse, l'exposition cognitive vise davantage la modification des croyances erronées (principalement par le processus de modification cognitive, mais également par celui d'habituation). Par exemple, un scénario d'exposition visant le traitement des obsessions de contamination pourrait décrire une situation empreinte de dramatisation des conséquences de la saleté. Un autre scénario pour des obsessions d'accumulation pourrait quant à lui élaborer l'inconfort associé à l'incertitude quant à l'utilité qu'aurait pu avoir un objet mis au rebut. L'exposition cognitive préliminaire est également typiquement employée pour les obsessions égocentriques, et ce, dans le but de préparer le patient à l'exposition *in vivo*

subséquente. Les obsessions égodystones (phobie d'impulsion – agressivité, sexualité, religion et moralité; doutes répétés; et indécision) nécessitent tant l'exposition cognitive primaire que secondaire étant donné l'aspect interne des stimuli anxiogènes rendant l'exposition *in vivo* souvent impossible ou hautement ardue. Les procédures de la rédaction du scénario et de l'exposition demeurent toutefois les mêmes peu importe le type d'exposition cognitive employé.

Puisque le processus de modification cognitive de l'exposition cognitive s'avère un aspect important de l'intervention pour le trouble obsessionnel-compulsif, *le niveau de certitude face aux croyances cibles est une mesure essentielle* pour rendre compte des gains thérapeutiques. Cette mesure peut être prise au terme de chaque session d'exposition cognitive. Elle s'ajoute à celle du niveau d'anxiété ressenti évalué tout au long des sessions d'exposition.

Hypocondrie

Comme mentionné auparavant, l'exposition cognitive pour l'hypocondrie recoupe plusieurs similarités avec celle pour l'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel-compulsif. Les similitudes avec l'anxiété généralisée s'expliquent probablement par les points en commun des deux problématiques : l'inquiétude excessive, l'intolérance à l'incertitude, les croyances erronées quant à l'utilité de s'inquiéter et la recherche de rassurance (neutralisation). Quant aux analogies avec le trouble obsessionnel-compulsif, elles regroupent principalement l'intolérance à

l'incertitude et la neutralisation sous différentes formes dont les consultations répétées auprès des services médicaux. L'exposition cognitive pour l'hypocondrie peut ainsi consister tant en un scénario contenant la *description du contenu de l'inquiétude* (ceci s'apparentant à l'exposition cognitive primaire) qu'à un scénario élaborant la *pensée anxigène centrale* à l'aide de la technique de la flèche descendante (exposition cognitive secondaire à l'incertitude, au doute et à la responsabilité exagérée envers la santé). Ces deux options d'exposition sont en effet également retrouvées dans le traitement de l'anxiété généralisée et du trouble obsessionnel-compulsif.

Alors que les procédures de l'exposition sont similaires à celles pour l'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel-compulsif (écoute répétée d'un scénario préenregistré, lecture répétée d'un scénario écrit ou lecture d'un court scénario suivie d'une période d'imagerie mentale), les procédures de la rédaction du scénario d'exposition contiennent de subtiles divergences. Étant donné que les pensées intrusives propres à l'hypocondrie prennent tant la forme d'images mentales que de discours internes, *le contenu du scénario d'exposition doit susciter d'une part la formation d'images mentales vives et d'autre part la production de discours internes anxigènes* (Langlois et al., 2004). La description détaillée de la situation à l'aide des sens aide la création d'images mentales. L'insertion de citations, de monologues ou de pensées concrètes favorise pour sa part l'élaboration du discours interne anxigène.

L'exposition cognitive peut finalement être utilisée comme *adjuvant à l'exposition intéroceptive pour l'hypocondrie*. L'exposition aux sensations corporelles déclenchant les pensées intrusives à propos de la maladie est habituellement réalisée à l'aide de l'exposition intéroceptive. Par contre, contrairement au trouble panique et au stress post-traumatique, l'hypocondrie inclut certaines sensations corporelles difficiles, voire impossibles, à recréer artificiellement à l'aide de l'exposition intéroceptive : maux de tête, démangeaisons, douleurs au dos et au cou, douleurs abdominales, diarrhées, constipations, etc. L'exposition cognitive peut ainsi être employée pour exposer le patient à ces sensations particulières. À cette fin, le contenu du scénario regroupe la description détaillée des sensations ainsi que les conséquences redoutées. L'exposition peut se réaliser tant par l'écoute répétée du scénario préenregistré, la lecture répétée du scénario que par la lecture d'un court scénario suivie d'une période d'imagerie mentale. Le thérapeute peut par ailleurs s'impliquer plus activement dans l'exposition cognitive en décrivant lui-même les sensations corporelles, puis en laissant le patient s'imaginer celles-ci.

Le Tableau 3 dresse une synthèse des convergences ainsi que des divergences des procédés d'exposition cognitive selon le trouble ciblé. Afin de rendre cette synthèse davantage succincte, seules les principales idées y sont retrouvées.

Tableau 3

Convergences et divergences des procédés d'exposition cognitive

	Convergences	Divergences selon le trouble ciblé
TAG	<ul style="list-style-type: none"> • Processus d'introduction (modèle fonctionnel, rationnel de la stratégie et partage des consignes) • Exposition systématique et planifiée • Stimulation de l'imagerie mentale en faisant appel aux sens • Contenu concret et détaillé • Contenu regroupant des émotions, des sensations corporelles et des pensées 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus typiquement l'écoute répétée d'un scénario enregistré • Lecture (plus ou moins répétée) suivie d'une période d'imagerie mentale • Récit verbal en alternance par le patient et le thérapeute • Exposition à la pensée anxiogène centrale ou au contenu descriptif de l'inquiétude (similaire à l'hypocondrie) • Exposition suivie consécutivement de relaxation et de restructuration cognitive • Exposition naturelle aux inquiétudes suite à la psychothérapie
TSPT	<ul style="list-style-type: none"> • Écriture, lecture ou écoute répétées • Enregistrement de la voix du patient ou du thérapeute pour l'écoute répétée • Évaluation continue (intra et inter-sessions) de l'anxiété, des autres émotions et des cognitions cibles 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus typiquement le récit verbal ou rédigé • Exposition en s'imaginant (les yeux fermés) dans diverses situations décrites par le thérapeute • Exposition épisodique (récit de l'événement) ou généralisée (exposition aux pensées intrusives) • Réédition des images mentales • Exposition plus graduelle
TOC	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition cognitive inter-sessions à domicile (« devoirs ») 	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de la prévention de la réponse • Expositions secondaire et préliminaire pour les obsessions égossyntones • Expositions primaire et secondaire pour les obsessions égodystones • Évaluation continue du niveau de certitude face aux croyances obsessionnelles
Hypocondrie		<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à la pensée anxiogène centrale ou au contenu descriptif de l'inquiétude (similaire au TAG) • Contenu tant en images mentales qu'en discours interne • Adjuvant à l'exposition intéroceptive

Chapitre 4

Problèmes fréquemment rencontrés lors de la conduite de l'exposition cognitive

L'efficacité de toute psychothérapie, peu importe l'approche thérapeutique, peut être limitée par deux types de facteurs : ceux ayant trait (1) au patient et (2) à l'administration du traitement (soit au thérapeute et aux stratégies thérapeutiques) (Abramowitz, 2006). Ainsi, malgré le fait que l'exposition cognitive ait prouvé son efficacité pour l'anxiété généralisée, le stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif et l'hypocondrie (entre autres troubles), la contribution tant du thérapeute que du patient peut paradoxalement rendre la stratégie infructueuse. Les différents problèmes fréquemment rencontrés lors de l'application de l'exposition cognitive seront ainsi présentés, tout comme les solutions possibles.

Les obsessions égodystones et la reviviscence cognitive

L'anxiété engendrée par certaines pensées intrusives menant tant aux obsessions égodystones (du trouble obsessionnel-compulsif) qu'à la reviviscence cognitive (du trouble de stress post-traumatique) provient principalement du caractère horrible, immoral ou obscène du contenu. Le simple fait de partager au thérapeute ces pensées est en soit anxiogène. Or, si le contenu de ces pensées cause un inconfort considérable pour le patient, il peut en être de même pour le thérapeute. Ce dernier doit ainsi être prêt à entendre des idées rebutantes et des histoires abjectes ainsi qu'à tolérer les images mentales associées. Le thérapeute doit non seulement avoir la capacité d'écouter les propos difficiles du patient, mais surtout l'aptitude de réserve quant à quelconque

réaction de dégoût, d'horreur ou de surprise. Ceci est plus particulièrement important pour les obsessions égodystones du trouble obsessionnel-compulsif. En effet, si le thérapeute réagit fortement face à cette obsession, ceci lance le message au patient que la pensée est importante, dégoûtante, honteuse et qu'il devrait tenter de la contrôler (de la supprimer). Un renforcement des croyances négatives face à la pensée intrusive peut ainsi être instauré par la simple réaction du thérapeute. Dans le cas du trouble de stress post-traumatique, une réaction pondérée de la part du thérapeute peut être positive puisqu'elle signifie une certaine marque d'empathie.

Les réticences du thérapeute face à la stratégie thérapeutique

Le thérapeute peut choisir de mettre fin abruptement à l'exposition cognitive ou simplement écarter cette stratégie thérapeutique du plan de traitement en se basant sur la crainte de torturer le patient, de faire preuve de voyeurisme ou d'aggraver les symptômes. Or, le thérapeute doit d'une part envisager l'exposition cognitive (tout comme l'exposition *in vivo* et l'exposition intéroceptive) comme une procédure d'intégration émotionnelle sécuritaire et respectueuse. Bien qu'elle puisse s'avérer extrêmement anxiogène pour le patient lors des premières sessions, le processus d'habituation garantit une baisse graduelle de la détresse occasionnée. L'exposition cognitive peut en outre être tout aussi anxiogène pour le thérapeute, et ce, plus particulièrement si la situation décrite dans la session d'exposition suscite une détresse partagée par celui-ci. Le thérapeute doit alors être prêt à affronter des sources d'anxiété au même titre que le patient. Il doit savoir exprimer une retenue quant à toute réaction

d'inconfort dès la première session d'exposition, le patient étant souvent attentif aux réactions du thérapeute. Aussi, toute psychothérapie implique un certain partage d'informations intimes de la part du patient, et ce, sans pour autant que ce ne soit considéré inapproprié. Le thérapeute ne doit pas d'autre part craindre de traumatiser davantage le patient s'il utilise adéquatement et graduellement l'exposition cognitive lors du traitement du trouble de stress post-traumatique. Aucune étude ne soutient un tel risque. Les souvenirs traumatiques sous formes d'images mentales et de sensations corporelles, entre autres, ne sont que des pensées intrusives inoffensives en soi.

Les réticences du patient face à la stratégie thérapeutique

Des appréhensions importantes peuvent être entretenues par le patient quant à l'application de la stratégie thérapeutique. Ceci est d'autant plus probable puisque la population visée est particulièrement caractérisée par la présence d'anxiété anticipatoire (inquiétudes, reviviscence cognitive anxiogène, obsessions, préoccupation à l'égard de la santé). Le patient peut alors par exemple ne s'impliquer que partiellement dans l'exercice, recourir à la neutralisation malgré les contre-indications du thérapeute ou tenter de reporter l'application de la stratégie. Afin de diminuer les appréhensions concernant l'exposition cognitive, une technique de visualisation émotionnelle peut être utilisée. Le patient y est invité à s'imaginer tout d'abord une situation ayant un contenu émotionnel neutre, soit par exemple regarder des poissons tropicaux dans un aquarium. Il est par la suite invité à s'imaginer des situations fictives moyennement puis fortement positives, tout en évaluant les émotions ressenties (obtenir une augmentation salariale;

gagner 1 million de dollars à la loterie). Finalement, le patient est incité à s'imaginer des situations fictives moyennement puis fortement négatives en évaluant également les émotions éprouvées (être rétrogradé à son emploi; apprendre le décès d'un membre de la famille immédiate). Cette visualisation par étape de contenu émotionnel permet d'explicitier le lien intime entre les pensées et les émotions, soit le fait qu'il est tout à fait normal de vivre des émotions et des sensations négatives lorsqu'une situation négative est visualisée. Ceci aide le patient à apprendre qu'une pensée n'est qu'une autre chose qu'une pensée, qu'elle est un phénomène interne inoffensif, et ce, peu importe sa portée émotionnelle.

L'anxiété ne monte pas suffisamment⁹

Plusieurs facteurs peuvent être responsables d'une absence d'anxiété significative lors de la conduite de l'exposition cognitive. La principale est la présence de comportements de sécurité (neutralisation) dès le début de l'exercice. Ces comportements (manifestes ou cognitifs), peuvent rassurer et calmer le patient au point qu'il n'est pas réellement en contact avec les éléments anxiogènes. Si l'anxiété demeure à un niveau très bas, il est possible de croire que des comportements de sécurité plus flagrants sont en fonction. Par contre, lorsque le thérapeute ne discerne pas de neutralisation évidente, il ne doit pas pour autant conclure que l'absence d'anxiété est due à un autre facteur. Des comportements de sécurité plus subtils peuvent concourir à la

⁹ Ce problème est moins typique de l'exposition cognitive pour le trouble de stress post-traumatique puisque le procédé habituellement utilisé (le récit verbal ou rédigé) n'implique pas l'emploi d'un scénario d'exposition préétabli.

neutralisation de l'anxiété. Une évaluation détaillée des différentes réactions, des attitudes et du discours interne du patient lors de la conduite de l'exposition peut aider à cibler ces comportements de sécurité dissimulés. Si le patient semble incapable de résister à ces comportements, un retour sur les conséquences de ces derniers peut s'avérer nécessaire, tout comme l'identification et la remise en question (restructuration cognitive) des craintes et des cognitions résiduelles empêchant la pleine confrontation des éléments anxiogènes.

Un second facteur habituel responsable d'une montée mitigée de l'anxiété lors de l'exposition cognitive est le contenu du scénario d'exposition. Si celui-ci contient des éléments de neutralisation, soit des mots signifiant de la minimisation ou de la rassurance, l'anxiété peut être limitée. Aussi, il est important que le scénario d'exposition évoque explicitement l'anxiété, et non des émotions dites plus « dépressiogènes ». L'exposition cognitive pour les troubles anxieux ne doit effectivement pas susciter des ressentis dépressifs causés par un scénario déprimant. Afin de s'assurer que le patient s'expose bel et bien à l'anxiété, l'évaluation des différentes émotions ressenties lors de l'exposition peut être faite à la fin de la première session. Dans le cas où une autre émotion que l'anxiété est plus fortement ressentie, le scénario d'exposition se doit d'être révisé et modifié. L'émotion est toutefois à distinguer de l'affect, car la peur peut par exemple s'exprimer en larmes. La crédibilité du scénario peut par ailleurs influencer l'anxiété ressentie lors de l'exposition cognitive. Le caractère catastrophique du scénario ne doit pas rendre celui-ci improbable ou

farfelu. Finalement, une faible anxiété lors de la conduite de la stratégie thérapeutique peut signifier que le scénario d'exposition n'élabore pas une situation suffisamment anxiogène selon la hiérarchie des éléments redoutés par le patient.

Un dernier facteur possiblement responsable d'une faible hausse de l'anxiété lors de l'exposition cognitive est la difficulté du patient à s'imaginer mentalement le contenu du scénario d'exposition ou du récit. En effet, certains ont une aptitude restreinte à générer des images mentales claires et vives. Ceci peut être remédié par l'entraînement à l'imagerie consistant à encourager le patient à s'imaginer des scènes neutres (non anxiogènes) par l'entremise des cinq sens. L'entraînement à l'imagerie mentale peut par exemple impliquer le fait de s'imaginer « assis sur la grève, tout près de la mer agitée et bruyante, par une journée d'été fraîche de l'Est-du-Québec où le vent dégage une odeur de varech rappelant étrangement le goût de l'algue d'un maki ». Cet entraînement est répété, à l'aide de diverses situations, jusqu'à ce que le patient rapporte voir explicitement la scène, soit de façon animée et tangible.

L'anxiété ne redescend pas suffisamment

Alors que les comportements de sécurité (neutralisation) apparents risquent plus fortement d'être reliés à une anxiété faible dès le départ de l'exposition cognitive, des comportements de sécurité beaucoup plus subtils sont plus typiquement responsables d'une anxiété forte et oscillante. Ces comportements permettent effectivement une certaine confrontation à l'objet de la peur, suscitant une hausse de l'anxiété, mais cette

confrontation s'avère insuffisante afin de concrétiser le processus d'habituation intra-session. Si cette anxiété demeure trop élevée, de façon insoutenable pour le patient, un scénario d'exposition (ou un récit) moins anxiogène peut être proposé, ceci diminuant par le fait même l'utilisation de comportements de sécurité. Par contre, cette pratique évoque au patient qu'une forte anxiété est indésirable, voire dangereuse, et qu'elle ne peut être tolérée – ceci va à l'encontre du rationnel de l'exposition cognitive (et l'exposition au sens large). Identifier les comportements de sécurité subtils, partager le rationnel de l'exposition cognitive et les conséquences des comportements de sécurité ainsi qu'explorer et remettre en question (restructuration cognitive) les craintes et les croyances erronées favoriseront l'abandon de ces comportements lors de l'exposition, et ce, sans renforcer l'idée que l'anxiété est néfaste.

Une forte sensibilité à l'anxiété peut également exacerber l'anxiété lors de l'exposition cognitive et réduire à court terme l'habituation intra-session. En parallèle à l'exposition cognitive, des exercices d'exposition intéroceptive peuvent alors être suggérés. Ces exercices diminueront la réactivité émotionnelle aux sensations anxieuses et faciliteront l'habituation lors de l'exposition cognitive.

Il semble finalement que l'absence d'habituation intra-session (du moins lors des premières sessions d'exposition cognitive) n'empêcherait pas nécessairement l'habituation *inter-sessions* (Van Minnen & Foa, 2006). Ce dernier type d'habituation est d'ailleurs prioritaire puisqu'il représente l'objectif même de la stratégie

thérapeutique. Ceci signifie que l'exposition cognitive peut être exécutée pendant 30 minutes sans qu'il n'y ait d'habituation et s'avérer tout de même efficace à moyen terme, soit après quelques sessions.

L'adhérence au traitement

Un refus du patient à s'engager dans le processus d'exposition cognitive en session ou de compléter les « devoirs » d'exposition à domicile est souvent considéré comme un simple manque de motivation. Par contre, deux autres principaux facteurs peuvent expliquer une faible adhérence au traitement d'exposition cognitive. Le caractère égocentrique des pensées intrusives (retrouvées dans les inquiétudes du trouble d'anxiété généralisée, dans les obsessions égocentriques du trouble obsessionnel-compulsif et dans les préoccupations à l'égard de la santé de l'hypocondrie) peut d'une part justifier un faible engagement dans la stratégie thérapeutique. Alors que le patient peut signifier que sa problématique n'est pas tout à fait nuisible à son avis, il peut s'avérer opportun d'explicitier (par la découverte guidée si possible) l'interférence du trouble sur sa vie sociale, familiale ou conjugale et professionnelle ou académique. L'entretien motivationnel¹⁰ peut être conduit afin de soulever les avantages et inconvénients au changement ainsi qu'au *statu quo*, d'explicitier les impacts de l'anxiété sur la famille ainsi que de souligner le conflit entre les valeurs du patient et son état actuel. La solution ultime se résume à mettre fin à la thérapie en suggérant que le patient

¹⁰ Pour de plus amples détails sur l'entretien motivationnel pour les troubles anxieux, voir par exemple *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (Miller & Rollnick, 2002).

n'est peut-être pas « prêt » à s'engager pleinement dans une psychothérapie et qu'il pourra reprendre la thérapie plus tard s'il le désire.

Les cognitions erronées peuvent d'autre part également expliquer une faible adhérence à l'exposition cognitive. La perception qu'il est utile, justifié et socialement désirable de s'inquiéter (comme dans le trouble d'anxiété généralisée et l'hypocondrie) peut effectivement rebuter le patient à s'engager activement dans la stratégie thérapeutique. Aussi, la croyance que la pensée est dangereuse, qu'elle peut en elle-même causer à nouveau l'événement traumatique et qu'elle doit ainsi être contrôlée (comme dans le trouble de stress post-traumatique) ainsi que l'importance accordée aux pensées, la tendance à contrôler les pensées et la pensée magique de type « fusion pensée-action » (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif) peuvent toutes participer à la faible adhérence au traitement d'exposition cognitive. La restructuration cognitive des croyances et les expériences comportementales peuvent permettre de corriger ces erreurs cognitives. Par exemple, lorsque le patient craint de causer un événement tragique par le simple fait d'y penser (pensée magique « fusion pensée-action »), des expériences comportementales consistant à penser à des situations banales (penser que le ciel va soudainement s'enuager alors qu'il est dégagé) puis graduellement plus tragiques (penser que son enfant contracte la grippe; penser qu'un être proche a un grave accident de voiture) peuvent diminuer l'importance accordée aux pensées. Lorsqu'une expérience comportementale est biaisée par le hasard (son enfant contracte la grippe deux jours après y avoir pensé), celle-ci doit être répétée afin

d'infirmier le lien entre la pensée et la conséquence externe (dans ce cas, contracter la grippe). Le hasard peut alors être départagé de la pensée magique « fusion pensée-action ». Suite aux expériences comportementales, le patient apprend que les pensées ne sont qu'un phénomène cognitif interne n'ayant aucun impact direct sur l'entourage. Dans l'optique où la restructuration cognitive et les expériences comportementales portant sur ces cognitions sont infructueuses, l'entretien motivationnel peut être indiqué. En dernier recours, la thérapie peut être interrompue.

Conclusion

La définition des quatre troubles visés ainsi que l'élaboration des facteurs participant au développement et au maintien des problématiques ont permis d'explicitement la présence de pensées intrusives reconduites entre autres par la neutralisation et les croyances erronées. La conceptualisation de la pensée intrusive et de la neutralisation ont justifié l'utilisation de certaines stratégies thérapeutiques, dont l'exposition cognitive. Cette dernière a d'ailleurs été décrite afin de faire ressortir les différents procédés retrouvés dans la littérature. Le recensement des principaux problèmes typiquement rencontrés en clinique lors de la conduite de l'exposition cognitive a finalement amené la suggestion de quelques pistes de solution. Le fait d'être au courant des problèmes possibles avant d'entamer l'application de l'exposition cognitive peut rassurer tant le patient que le thérapeute dans la poursuite de cette stratégie. Les accrocs peuvent ainsi être normalisés et somme toute facilement remédiés.

Alors que l'objectif du présent ouvrage consistait à synthétiser *tous* les procédés d'exposition cognitive présents dans la littérature, il en ressort que peu de ceux-ci sont explicitement retrouvés dans les différents écrits, tant dans le domaine clinique qu'expérimental. En fait, le terme « exposition cognitive » est rarement conceptualisé dans la plupart des recherches empiriques. On y retrouve en effet souvent une description sommaire et vague du procédé d'exposition, voire parfois aucune description. Aussi, l'exposition cognitive est souvent (et à tort) un synonyme « d'écoute

répétée d'un scénario préenregistré », et ce, peu importe le trouble visé. Les recherches semblent ainsi n'utiliser qu'un procédé d'exposition cognitive, sans pour autant justifier l'utilisation de celui-ci plutôt que d'un autre. Aucune étude comparant l'efficacité de différents procédés d'exposition cognitive ne paraît disponible. Aucun texte n'énumère également les différents procédés d'exposition cognitive. Peu d'importance est alors accordée à la procédure d'exposition.

Puisqu'il semble que relativement peu de formules d'exposition cognitive ne soient possibles et que celles-ci soient plutôt analogues, les procédés d'exposition s'avèrent globalement interchangeables pour la plupart des troubles. En fait, seulement le trouble de stress post-traumatique nécessite un procédé d'exposition distinct : le récit (verbal ou rédigé). La conduite de ce procédé implique également une plus grande implication du thérapeute ainsi que des consignes particulières. Les trois autres problématiques partagent sommairement des techniques d'exposition similaires, se distinguant par des subtilités plutôt que par des divergences notables. Par contre, ces subtilités peuvent tout de même amplifier l'efficacité de l'exposition cognitive et prévenir les embûches. Le thérapeute étant familier et expérimenté avec l'exposition cognitive pour un trouble (par exemple, l'anxiété généralisée) peut alors transférer son savoir-faire (et savoir-être) afin de conduire une exposition cognitive pour les trois autres troubles (stress post-traumatique, trouble obsessionnel-compulsif et hypochondrie). Le traitement du trouble de stress post-traumatique, impliquant une exposition cognitive davantage divergente ainsi qu'un contenu suscitant souvent plus d'inconfort pour le

thérapeute, risque toutefois de requérir un psychologue d'une part plus expérimenté en la matière et d'autre part particulièrement préparé à entendre des récits suscitant des images mentales incommodes ainsi que des émotions prégnantes.

En tant que psychologue, l'évolution de l'approche cognitivo-comportementale, et de ses stratégies thérapeutiques, nécessite une révision et un renouvellement constants de ses outils d'évaluation et de ses plans de traitement. Cette approche étant relativement jeune, elle est d'autant plus rapidement réformée. Dans ce sens, les thérapies cognitives et comportementales de troisième génération¹¹ sont de plus en plus populaires tant dans les milieux de recherches que cliniques. Cet intérêt récent pour cette vague de thérapies recoupe la principale critique envers l'approche contemporaine (de 2^e génération), soit son caractère davantage mécanique. Les thérapies de 3^e génération sont à l'opposé plus contextuelles, reposant plus particulièrement sur l'acceptation (en opposition au jugement négatif et à l'évitement) des expériences internes négatives (pensées, émotions et sensations corporelles) et sur la métacognition. Elles visent d'une part à (1) observer les réponses émotionnelles, (2) expliciter la fonction des expériences internes, (3) conscientiser les comportements internes et externes ayant comme but le contrôle des expériences internes négatives et (4) soulever les conséquences de ces comportements. Elles tentent d'autre part à amener le patient à percevoir les expériences internes négatives différemment, soit comme des événements passagers de l'esprit ne reflétant

¹¹ Ces thérapies regroupent la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993a, 1993b), la psychothérapie fonctionnelle analytique (Kohlenberg & Tsai, 1991), la thérapie de couple comportementale intégrative (Jacobson & Christensen, 1995) et la thérapie cognitive de « mindfulness » (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

pas la réalité et le « soi » (la perception entretenue envers soi-même), et à y réagir avec acceptation et détachement. Les thérapies cognitives et comportementales de 3^e génération visent finalement à hausser la qualité de vie en diminuant la détresse psychologique et en promouvant l'engagement tant dans des activités rejoignant les valeurs du patient que dans des relations sociales avec les proches (Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams & Segal, 2002). L'évitement expérientiel ciblé par ces thérapies rejoint sensiblement les notions de neutralisation et d'exposition cognitive, cette dernière étant inverse à l'évitement expérientiel. L'exposition cognitive s'avère ainsi cohérente avec les thérapies cognitives et comportementales de 3^e génération puisqu'elle cible directement l'acceptation des expériences internes. Ces thérapies offrent en définitive des outils afin de hausser l'effet de l'exposition cognitive pour les patients hautement « évitants », et ce, en ciblant leurs réticences à s'engager dans l'exposition.

En parallèle à l'évolution de l'approche cognitivo-comportementale, l'évolution technologique est responsable de la mutation de certaines stratégies thérapeutiques. L'exposition en imagination par la réalité virtuelle s'offre en l'occurrence comme un nouveau procédé d'exposition cognitive. Requérant un matériel somme toute onéreux, cette nouvelle stratégie thérapeutique s'avère prometteuse. Or, d'ici quelques années, il est possible que l'exposition cognitive traditionnelle (soit celle présentée ici) ne soit plus que désuète. D'ici là, cette dernière demeure un outil indispensable au traitement du trouble d'anxiété généralisée, du stress post-traumatique, du trouble obsessionnel-compulsif et de l'hypocondrie.

Références

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder: A cognitive-Behavioral Approach*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- APA (American Psychiatric Association) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4thed. Text Revision). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Akhtar, S., Wig, N., Varma, V. K., Pershad, D., & Verma, S. K. (1975). A phenomenological analysis of symptoms in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, *127*, 342-348.
- Barsky, A. J. (1996). Hypochondriasis, medical management and psychiatric treatment. *Psychosomatics*, *37*, 48-56.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for Hypochondriasis. *Journal of the American Medical Association*, *291*, 1464-1470.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K., & Klerman, G. L. (1993). The course of transient Hypochondriasis. *American Journal Psychiatry*, *150*, 484-488.
- Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D., & Ahern, D. K. (1998). A prospective 4 to 5 years Study of DSM-III-R Hypochondriasis. *Archive of General Psychiatry*, *55*, 737-744.
- Barsky, A. J., Whyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). Transient Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 746-752.
- Barsky, A. J., Whyshak, G., Lathame, K. S., & Klerman, G. L. (1991). Hypochondriacal patients, their physicians, and their medical care. *Journal of General Intern Medicine*, *6*, 413-419.
- Blazer, D. G., Hughes, D., George, L. K., Swartz M., & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. Dans L. N. Robins, & D. A. Regier (Éds), *Psychiatric disorders in America* (pp. 180-203). New York : Free Press.
- Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 153-158.

- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry : some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 9-16.
- Borkovec, T. D. Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. Dans R. M. Rapee, & D. H. Barlow (Éds), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29-51). New York : Guilford Press.
- Bouman, T. K. (2008). Review: psychotherapy may be beneficial for people with hypochondriasis. *Evidence-based Mental Health, 11*, 90.
- Bouman, T. K., & Visser, S. (1998) Cognitive and behavioural treatment of hypochondriasis. *Psychotherapy and psychosomatics, 67*, 214-21.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorders in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry, 48*, 216-222.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good*. New York : HarperCollins Publishers.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York : Guilford Press.
- Clark, D. A. (2005). *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders: Theory, Research, and Treatment*. New York : Guilford Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (avec Alford, B.) (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York : Wiley.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Byers, E. S. (2000). Appraisal and control of sexual and non-sexual intrusive thoughts in university students. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 439-455.
- Clark, D. A., Purdon, C., & Wang, A. (2003). The Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire: Development of a measure of obsessional beliefs. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 655-669.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells. A., Fennell, M., Ludgate, S., et al. (1998). Two psychological treatments for Hypochondriasis; a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 173*, 218-225.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Dans R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Éds), *Social Phobia : Diagnosis, assessment and treatment*. New York : Guilford Press.

- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rhéaume, J. (2003). Not Just Right Experiences: Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 681-700.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY : Graywind Publications.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 37-52.
- Dugas, M. J. (2004). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée : Manuel du thérapeute*. Montréal : Université Concordia et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M. H. (1996). Le Trouble d'anxiété généralisée : Éléments fondamentaux et applications cliniques. *Psychologie Canadienne*, *37*, 40-53.
- Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology*, *60*, 317-328.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 413-431.
- Fallon, B. A., Klein, B. W., & Liebowitz, M. R. (1993). Hypochondriasis: Treatment strategies. *Psychiatric Annals*, *23*, 374-381.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20-35.
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Changes in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *8*, 675-690.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York : Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 155-176.

- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1022-1028.
- Forrester, E., Wilson, C., & Salkovskis, P. M. (2002). The occurrence of intrusive thoughts transforms meaning in ambiguous situations: An experimental study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*, 143-152.
- Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1999). Exposure and response prevention for obsessive thoughts. *Cognitive & Behavioral Practice, 6*, 362-383.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15*, 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M. et Blais, F. (1994, novembre). *What do patients do with their obsessive thoughts ?* Communication présentée au Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, CA.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M. et Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 201-205.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 585-597.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. New York : Pergamon.
- Furer, P., & Walker, J. R. (2005). Treatment of hypochondriasis with exposure. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 35*, 251- 267.
- Goldman, N., Dugas, M. J., Sexton, K. A., & Gervais, N. J. (2007). The impact of written exposure on worry: A preliminary investigation. *Behavior Modification, 33*(1), 512-538.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C., et al. (1989). The Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006–1011.

- Gosselin, P., & Laberge, B. (2003). Les facteurs étiologiques du Trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. *L'Encéphale*, 29, 351-361.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Léger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Bertrand, J. (2004). Pourquoi s'inquiéter? Développement et validation d'un nouvel instrument évaluant les croyances à l'égard des inquiétudes. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 53, 199-211.
- Gureje, O., ÜstÜn, B., & Simon, G. E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: A cross-national study in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 1001-1010.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York : Guilford Press.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress: A summary. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1457-1463.
- Huppert, J. D., & Alley, A. C. (2004). The clinical application of emotion research in generalized anxiety disorder: some proposed procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 387-392.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: Metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 181-195.
- Jones, J. C., & Barlow, D. H. (1992). A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future. Dans P. A. Saigh (Éd.), *Post-traumatic Stress Disorder* (p. 147-165). New York : Macmillan.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, S. A., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

- Klinger, E. (1978-1979). Dimensions of thought and imagery in normal waking states. *Journal of Altered States of Consciousness*, 4, 97-113.
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. Dans I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Éds), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 3-23). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationships*. New York : Plenum.
- Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J.-M. Boisvert (Éds), *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale* (pp. 31-57). Montréal : Gaëtan Morin.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Réhaume, J. (1996). Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel-compulsif. Partie 1 : Modèle explicatif. *Revue québécoise de psychologie*, 17, 87-102.
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Ladouceur, R., Réhaume, J., & Freeston, M. H. (1999). Le trouble obsessionnel-compulsif. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J.-M. Boisvert (Éds), *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale* (pp. 95-119). Montréal : Gaëtan Morin.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. Dans A. H. Tuma, & J. D. Maser (Éds), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 683-696.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175-189.
- Langlois, F., Gosselin, P., Ladouceur, R., Lapointe, M.-L. B., & Boucher, O. (2006). Les prédicteurs des variables interpersonnelles et des comportements reliés à la santé dans l'Anxiété à l'égard de la maladie. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 11, 17-23.

- Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Adaptation of a GAD treatment for hypochondriasis. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 393-404.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York : Guilford Press.
- Macleod, A. K., Williams, M. G., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 478-486.
- Marchand, A., & Brillon, P. (1999). Le trouble de stress post-traumatique. Dans R. Ladouceur, A. Marchand, & J.-M. Boisvert (Éds), *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale* (pp. 149-182). Montréal : Gaëtan Morin.
- Marchand, A., & Côté, G. (1998). Le traitement psychosocial du trouble de stress post-traumatique. Dans Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) (Éd.), *Trouble de stress post-traumatique : un problème sous-évalué et sous-traité* (pp. 21-25). Montréal : Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ).
- Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur : Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, 3^e édition revue et remise à jour*. Montréal : Les Éditions internationales Alain Stanké.
- Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia: the differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behavior Research and Therapy, 33*, 259-269.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change*. New York : Guilford Press.
- Milosevic, I., & Radomsky, A. S. (2008). Safety behavior does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1111-1118.
- Murray, E. J., & Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 391-405.
- Noyes, R. (1999). The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 21*, 8-17.

- Noyes, R., Reich, J., Clancy, J., & O’Gorman, T. W. (1986). Reduction in hypochondriasis with treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 631-635.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretations of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 863-878.
- O’Leary, T. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992, novembre). *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis*. Communication présentée au Congrès annuel de l’Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, MA.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., & Rosenbaum, J. F. (1992). Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *6*, 93-104.
- Pelletier, O., Gosselin, P., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2002). Étude des propriétés psychométriques de deux nouveaux instruments évaluant les croyances présentes dans l’hypochondrie auprès d’une population non clinique. *L’Encéphale*, *28*, 298-309.
- Purdon, C. (2001). Appraisal of obsessional thought recurrences: impact on anxiety and mood state. *Behavior Therapy*, *32*, 47-64.
- Purdon, C. L., & Clark, D. A. (1994a). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part II. Cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behavioural Research and Therapy*, *32*, 403-410.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994b). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *22*, 269-285.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2001). Suppression of obsession-like thoughts in non-clinical individuals: Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1163-1181.

- Rabavilas, A., Boulougouris, J., & Stefanis, C. (1976). Duration of flooding sessions in the treatment of obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, *14*, 349-355.
- Rachman, S. (2003). *The treatment of obsessions*. Oxford, R-U: Oxford University Press.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*, 89-99.
- Rachman, S., Radomsky, A. S., & Shafran, S. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 163-173.
- Rachman, S. J., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-238.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 741-756.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA : Sage Publications.
- Robbins, J. M., & Kirmayer, L. J. (1996). Transient and persistent hypochondriacal worry in primary care. *Psychological Medicine*, *26*, 575-589.
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy. Dans E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Éds), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 60-83). New York : Guilford Press.
- Salkovskis P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessionnal problems. *Behaviour Research and therapy*, *27*, 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behavior in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, *19*, 6-19.
- Salkovskis, P. M., & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 1-8.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 559-574.

- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, *27*, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C., & Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, *32*, 843-853.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., et al. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 347-372.
- Sarason, I. G., Pierce, G. R., & Sarason, B. R. (1996). Domains of cognitive inference. Dans I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Éds), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 139-152). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Schmidt, A. J. M. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of Hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, *35*, 306-315.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 379-391.
- Sloan T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: an experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 235-251.
- Stampfl, T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, *72*, 496-503.
- Starcevic, V. (1990). Role of reassurance and psychopathology in Hypochondriasis. *Psychiatry*, *53*, 383-395.
- Sutherland, G., Newman, B., & Rachman, S. (1982). Experimental investigations of the relations between mood and intrusive unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology*, *55*, 127-138.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 278-287.

- Trinder, H., & Salkovskis, P. M. (1994). Personally relevant intrusions outside the laboratory: Long-term suppression increases intrusion. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 833-842.
- Tyrer, P., Fowler-Dixon, R. T., & Ferguson, B. (1990). The justification for the diagnosis of hypochondriacal personality disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 637-642.
- Van Minnen, A., & Foa, E. B. (2006) The Effect of Imaginal Exposure Length on Outcome of Treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 1-12.
- Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Visser, S., & Bouman, T. K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention vs cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442.
- Vrielynck, N., François, C., & Philippot, P. (2010). Spécificité du traitement de l'information et régulation émotionnelle : Exploration de l'implication dans l'exposition en imaginaire à un trauma. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 15, 16-26.
- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioral treatment of Hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.
- Warwick, H. M. C., & Salkovskis P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Wegner, D. M. (1989). *White bears and other unwanted thoughts: Suppression, obsession, and the psychology of mental control*. Londres : Guilford Press.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester : John Wiley & Sons.

- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, 26*, 153-161.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy, 29*, 357-370.
- Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 325-335.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA : Stanford University Press.
- Yee, P. L., & Vaughan, J. (1996). Integrating cognitive, personality, and social approaches to cognitive interference and distractibility. Dans I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Éds), *Cognitive interference: Theories, methods and findings* (pp. 77-97). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Zinbarg, R. E., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of Your Anxiety and Worry: Therapist Guide, Second Edition*. Oxford : Oxford University Press.