

BF
149.05
U.S
D35
2011

5



en collaboration avec



Le trouble d'anxiété généralisée: modèles conceptuels et applications cliniques

Par
Louis Dallaire, M.A.
Psychologue et candidat au D.Ps.

Thèse de Doctorat en psychologie (D.Ps.)
Soumise à la Faculté des lettres et des sciences humaines
et au Département de psychologie
dans le cadre de l'activité pédagogique PSY-937
Thèse: Rédaction, dépôt et soutenance

Sous la direction de
Stéphane Bouchard, Ph.D.
Professeur-chercheur
Titulaire de la Chaire de Recherche du Canada en Cyberpsychologie Clinique
Université du Québec en Outaouais

Mars 2011

I-2485



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence
ISBN: 978-0-494-83332-2

Our file Notre référence
ISBN: 978-0-494-83332-2

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.

Canada

Composition du jury

Le trouble d'anxiété généralisée: modèles conceptuels et applications cliniques

Louis Dallaire

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes:

Stéphane Bouchard, directeur de recherche,

(Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais)

Guylaine Côté

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke)

Patrick Gosselin

(Département de psychologie, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke)

Résumé

Si le trouble d'anxiété généralisée (TAG) représente une problématique fréquemment rencontrée par les cliniciens dans le réseau de la santé, il demeure pourtant un trouble anxieux pour lequel l'efficacité du traitement reste mitigée. Aussi, certains chercheurs proposent des modèles conceptuels du TAG ou font des ajouts aux traitements cognitivo-comportementaux traditionnels afin de les adapter à cette problématique, à la lumière des connaissances acquises au fil des ans.

Le premier article, *Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée: caractéristiques et applications cliniques*, présente les quatre principaux modèles conceptuels du TAG en précisant leurs caractéristiques, le déroulement du traitement et offre une réflexion sur les apports et les faiblesses apparentes pour chacun d'eux. Une adaptation d'un traitement cognitivo-comportemental au TAG est également décrite. Tout au long de l'article, un cas typique offre des exemples concrets de l'application clinique des principaux concepts mis de l'avant par les modèles présentés. Ce premier article se termine en identifiant des aspects convergents des divers modèles, dont l'exposition à la source d'anxiété.

Le second article, *Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder*, rapporte les résultats d'une étude sur les thèmes qui ressortent des scénarios catastrophiques utilisés lors de séance d'exposition dans le traitement d'individus souffrant de TAG. Des cliniciens (N = 28) évaluent le niveau de présence de 26 thèmes dans 29 scénarios d'exposition utilisés auprès d'individus souffrant du TAG, identifient les 3 thèmes les plus représentatifs dans chaque scénario et, à la fin, choisissent les 5 thèmes les plus représentatifs des scénarios qu'ils ont lus. Un thème émerge de façon significative à travers ces 3 niveaux d'analyse: le sentiment d'impuissance face aux

événements. D'autres thèmes émergent, à l'un ou l'autre des niveaux d'analyse: la présence de sensations physiques, le sentiment d'être coincé, le sentiment d'incompétence, ainsi que le sentiment d'être incapable de faire face émotionnellement à un événement. Ces thèmes peuvent orienter les cliniciens dans la création de scénarios d'exposition du TAG.

La conclusion présente la convergence possible des différents modèles et de l'utilisation de l'exposition dans le traitement du TAG. Si les visées de l'exposition sont différentes selon les modèles et les traitements adaptés, le cadre d'intervention demeure semblable.

Mots clefs : Trouble d'anxiété généralisée, exposition cognitive, modèles conceptuels, traitement ou thérapie, troubles anxieux, comportemental, cas clinique

Table des matières

Composition du jury.....	ii
Résumé	iii
Table des matières.....	v
Remerciements	vi
Introduction générale.....	1
Avant-propos du premier article.....	9
Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée : caractéristiques et applications cliniques	10
Avant-propos du deuxième article	54
Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder.....	55
Conclusion générale	96
ANNEXE 1 : Formulaire de consentement des participants (Article 2).....	107
ANNEXE 2 : Fiche descriptive des participants (Article 2)	111
ANNEXE 3 : Consignes et Grille d'analyse utilisée par les participants pour les scénarios d'exposition (Article 2)	113
Références	117

Remerciements

Depuis longtemps, j'avais à l'esprit de réaliser un doctorat et c'était dans mes projets futurs, mais cette occasion est venue plus tôt que je ne le croyais: en 2004, des psychologues de la région m'ont offert d'embarquer dans ce train qui quitterait la gare cette année-là, ce que j'ai fait sans jamais de regrets. Merci, chère cohorte D. Ps. de Gatineau: faire un trajet avec des gens tels que vous a été un réel plaisir et je me suis ennuyé de vous lorsque nos cours se sont terminés.

Dans une thèse, l'acteur principal en est son auteur. Et pour être efficace un acteur doit être bien dirigé. Un immense merci à Stéphane Bouchard, de l'Université du Québec en Outaouais (UQO) qui, il y a bien longtemps, a accepté d'agir à titre de directeur de thèse. On se sent bien seul parfois, on a des doutes sur la pertinence ou sur la possibilité de terminer. J'ai eu la chance d'avoir le soutien, les conseils, et aussi la liberté d'avancer à mon rythme et selon mon style, et c'est cela qui me permet aujourd'hui de dire: mission accomplie! Merci Stéphane. J'ai toujours senti que j'avais ton soutien, même quand je n'avançais pas!

Nos efforts pour réaliser notre thèse ne sont productifs que si l'esprit et le corps sont disponibles. Merci à ma belle Barbara qui, pendant que mon corps et mon esprit se consacraient à cette thèse, devait, elle, se consacrer aux tâches domestiques! Et qui me voyait me glisser devant l'ordinateur le soir venu, quand les enfants étaient couchés. Non, ma belle, ce n'était pas parce que l'ordi était plus intéressant que toi! Merci aussi à mes trois enfants qui ont dû faire preuve de patience en voyant leur père s'éclipser plus souvent qu'à l'habitude.

Le point de départ d'une thèse se trouve dans nos esprits, mais la réalisation, elle, n'est possible que lorsque des gens acceptent d'y consacrer de leur temps. Je tiens à souligner l'apport de trois psychologues qui m'ont rendu un service inestimable en participant à l'étape préliminaire

d'énumérer des thèmes dans les scénarios d'exposition: Daniel Desjardins, Philippe Gauvreau, et Monique Viau. Mes remerciements aussi aux cliniciens qui ont pris le temps de remplir le questionnaire de l'étude (article 2) en lisant un à un les scénarios. Quand on sait combien le temps de ces cliniciens du réseau de la santé est précieux, on ne peut que prendre toute la mesure de leur participation. Je tiens à remercier aussi ceux qui ont pris le temps de me lire et de m'offrir leur avis: ma belle, encore, ainsi qu'Andrée Gobeil, Jean Dumont, et Johana Monthuy-Blanc.

Il y a quelques années, j'avais eu la chance et le plaisir d'assister à une présentation de Michel Dugas. Depuis, l'intérêt pour les troubles anxieux en général n'a jamais cessé. Et je suis très heureux que Michel ait participé à la rédaction d'un des articles qui composent cette thèse.

Mes remerciements à Guylaine Côté et Patrick Gosselin, de l'Université de Sherbrooke, qui ont pris la peine d'évaluer ce document en profondeur et de me fournir des commentaires que j'ai trouvés judicieux et utiles. Merci aux deux institutions qui ont su collaborer pour rendre possible la réalisation du doctorat: l'Université de Sherbrooke et Claude Charbonneau en particulier qui, malgré la distance, ont été présents tout au long du parcours; et l'UQO qui nous a permis d'éviter de nous exiler – grâce à l'UQO, nous avons pu faire notre D. Ps. localement!

Voici bientôt le point final à ce projet qui aura duré plus de 6 ans! Un cycle se termine, un autre est déjà entamé. Un D. Ps. c'est un besoin de se dépasser, un besoin d'accomplir, un besoin de se développer. Suis-je un meilleur clinicien aujourd'hui, plus que hier? Je le crois en même temps que j'ai un doute! Mais voilà peut-être ce qui fait que je m'améliore: le doute! Apprivoiser l'incertitude que nous nous améliorons, que nos interventions sont judicieuses, apprivoiser l'émotion que cela crée... tiens, des concepts qui me rappellent quelque chose!

Introduction générale

Les troubles anxieux représentent une portion significative des troubles de santé mentale dans la population. En fait, lorsqu'ils sont regroupés, les troubles anxieux forment les plus courants troubles mentaux qu'on retrouve dans la population canadienne (Santé Canada, 2002). Le recours à l'hospitalisation étant de moins en moins fréquent, les individus souffrant de ces troubles font davantage appel aux services de soins primaires (Santé Canada, 2002) et les professionnels du réseau de la santé se trouvent davantage sollicités pour intervenir auprès des individus souffrant d'un trouble anxieux. L'utilisation d'un traitement psychologique demeure une option judicieuse, d'autant plus qu'elle peut s'avérer plus efficace et moins coûteuse que la médication dans plusieurs troubles (Antony & Swinson, 1996; Heuzenroeder, Donnelly, Haby, Mihalopoulos, Rossell, Carter, et al., 2004; Société canadienne de psychologie, 2002). Il apparaît donc important que les professionnels de la santé qui fournissent des services psychothérapeutiques soient bien formés en vue d'adapter leur répertoire d'interventions pour les troubles anxieux.

Parmi ces troubles anxieux, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) constitue un cas particulier. Il présente en effet le paradoxe d'être le trouble anxieux pour lequel la compréhension des mécanismes conduisant au trouble et les modalités précises de traitement sont le moins avancé (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Borkovec, Rickels, et al., 2001; Mitte, 2005; Wittchen, Kessler, Beesdo, Krause, Höfler, & Hoyer, 2002) tout en étant le trouble anxieux qu'on retrouve le plus dans les soins de santé primaire (Allgulander, 2006; Anseau, Fischler, Dierick, Mignon, & Leyman, 2005; Santé Canada, 2002). Les changements apportés au diagnostic de ce trouble ont pu contribuer à ce retard (Mennin, Heimberg, & Turk, 2004). En effet, le TAG n'a fait son apparition officielle dans le Manuel diagnostique et statistique qu'en 1980, davantage comme un

diagnostic résiduel, les éléments centraux étant la présence d'anxiété accrue pendant plus d'un mois et l'absence d'autres troubles (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980). La présence d'inquiétudes excessives persistantes devient centrale dans l'édition révisée (APA, 1987) qui précise que les inquiétudes doivent durer plus de 6 mois. Depuis 1994, le TAG se définit par la présence d'inquiétudes excessives survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois, ces inquiétudes sont difficiles à contrôler, et au moins trois symptômes y sont associés, parmi l'agitation, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, les tensions musculaires, et la perturbation du sommeil (APA, 1994). Malgré son apparition relativement récente, ce diagnostic est aujourd'hui considéré comme un trouble en soi (Mennin et al., 2004) qui entraîne un niveau de détérioration comparatif à celui observé en présence des autres troubles anxieux et des troubles de l'humeur (Kessler, Walters, & Wittchen, 2004) d'où l'importance d'améliorer son traitement.

Heureusement, la dernière décennie a donné lieu à l'émergence de différents modèles conceptuels du TAG visant à cerner davantage ce qui contribue au développement et au maintien de ce trouble, ainsi que ce qui réduit sa symptomatologie. En effet, si les traitements cognitivo-comportementaux (TCC) obtiennent un succès relatif auprès de ce trouble (p. ex., Haby, Donnelly, Corry & Vos, 2006; Mitte, 2005), ces succès n'atteignent pas des taux aussi élevés que ceux obtenus pour les autres troubles anxieux (Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Rynn & Brawman-Mintzer, 2004; Siev & Chambless, 2007).

Thomas D. Borkovec représente assurément un précurseur (voir Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004, pour une description de son modèle) qui, avec ses travaux sur l'inquiétude, a permis de saisir que l'inquiétude sert de mécanisme d'évitement. En maintenant un discours verbo-linguistique, les inquiétudes permettent d'éviter un contenu visuel qui, s'il n'était pas réduit,

engendrerait alors une trop forte activation somatique et affective. Il faut d'ailleurs noter que le TAG représente le trouble anxieux pour lequel l'activation du système autonome s'avère la moins présente. En d'autres mots, le discours verbo-linguistique que constitue l'inquiétude est préféré à un contenu visuel parce qu'il suscite moins de réactions somatiques et d'émotions. Cette explication sert donc de toile de fond pour les quatre modèles conceptuels suffisamment élaborés que nous avons retrouvés dans les écrits scientifiques sur le sujet.

Dans le présent document, l'article intitulé *Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée: caractéristiques et applications cliniques* décrit ces quatre modèles et fait des liens avec des applications cliniques. Le pont entre la théorie et la pratique demeure un sujet de préoccupation en science et cet article présente précisément les principaux modèles conceptuels aux cliniciens qui font face au défi d'aider des gens souffrant du TAG. La connaissance des modèles conceptuels permet de mieux orienter l'ensemble des interventions du clinicien. Dans les interactions qu'il a avec son client, le clinicien qui garde à l'esprit un modèle peut davantage adapter ses interventions en fonction des considérations inhérentes à ce modèle et de la réalité clinique à laquelle il fait face.

Désirant satisfaire le besoin du clinicien de saisir l'application qu'il peut faire de ces modèles dans son cadre d'intervention, l'article adopte une orientation résolument clinique, fournissant une description des principales composantes du modèle, à laquelle se rattachent les phases d'intervention et une description d'interventions typiques du modèle à l'aide d'une histoire de cas plausible. Une réflexion sur les avantages et les limites du modèle complète la description.

Le premier modèle présenté correspond à celui de Mennin et ses collaborateurs (Mennin, 2005) qui fait un lien important avec la difficulté qu'éprouve la personne affectée par un TAG à réguler

adéquatement ses émotions. Aussi, comme ses expériences émotionnelles sont perçues négativement, les inquiétudes deviennent une façon de réduire l'intensité de ces expériences en se centrant sur le discours verbal plutôt que sur les images catastrophiques qui pourraient venir à l'esprit. Pour les cliniciens portés à hautement considérer que la régulation des émotions est centrale dans le processus thérapeutique, ce modèle pourrait susciter un vif intérêt. L'article fournit des exemples d'interventions caractéristiques de ce modèle.

Le deuxième modèle présenté, celui de Dugas et ses collaborateurs (p. ex., Dugas & Koerner, 2005), place l'intolérance à l'incertitude au centre du TAG, et identifie ses liens avec d'autres composantes ayant un effet sur l'anxiété: les croyances positives quant à l'utilité de s'inquiéter, la difficulté d'orienter judicieusement les mécanismes de résolution de problèmes, et l'évitement cognitif que créent les inquiétudes. Pour les cliniciens intéressés par un modèle plus détaillé et abondant des composantes diversifiées dans le traitement, ce modèle s'avère attirant. L'article fournit des exemples cliniques d'interventions que ce modèle pourrait proposer.

Le troisième modèle présenté, celui de Wells (p. ex., Wells, 2005), met en lumière la spirale dans laquelle se retrouve la personne souffrant de TAG: d'une part, cette personne voit des avantages à s'inquiéter comme le fait que cela la prépare à faire face à diverses éventualités mais, d'autre part, les inquiétudes suscitent elles-mêmes des préoccupations, ce que Wells identifie comme des méta-inquiétudes. Ainsi, la personne souffrant de TAG se trouve prise au piège de recourir aux inquiétudes mais d'être simultanément inquiète: va t-elle perdre le contrôle de ses inquiétudes? Va t-elle devenir folle à force de penser à cela? Est-ce que cela va se produire parce qu'elle y pense? Pour le clinicien axé sur les aspects cognitifs, ce modèle s'avère le plus développé à ce niveau. L'article fournit des exemples d'interventions propres à ce modèle.

Le quatrième modèle, celui de Roemer et Orsillo (2005), situe les difficultés de l'individu souffrant du TAG dans son refus d'accepter ses expériences internes. Le traitement doit ainsi permettre à cet individu de prendre conscience de ce qu'il vit avec une attitude accueillante, compatissante et exempte de jugement. Le clinicien considérant que les problématiques d'anxiété s'expliquent en partie par un excès dans la recherche de contrôle ou de réduction de l'expérience interne sera intéressé par ce modèle qui propose des interventions basées sur l'acquisition de comportements correspondant à ses valeurs et le développement de l'acceptation de l'expérience interne. Des exemples d'interventions complètent la description de ce modèle.

Outre ces modèles conceptualisant le TAG, Newman, Castonguay, Borkovec et leurs collaborateurs (2004; 2008), proposent des ajustements au TCC sans proposer de modèle explicatif du TAG. Leur adaptation au TCC intègre ainsi l'amélioration de la sphère relationnelle et l'expérience émotionnelle du client dans le traitement du TAG. À nouveau, des exemples d'interventions liées à ces adaptations sont proposés dans l'article.

L'article se termine sur des éléments convergents de ces modèles et de cette adaptation du TCC.. La lecture de cet article devrait permettre au clinicien de se familiariser avec diverses façons d'expliquer les mécanismes qui contribuent au maintien ou au développement du TAG. Certes, il risque de se sentir davantage interpellé par l'un ou l'autre de ces modèles, en fonction de ses conceptions personnelles ou de sa formation. Il pourra également envisager de nouvelles interventions. Le fait de pouvoir saisir les nuances de ces différents modèles à travers des applications cliniques peut bonifier l'analyse et la conceptualisation cognitive des façons d'intervenir avec ses clients, et même à mieux définir un plan d'intervention.

Le second article explore un aspect plus précis du traitement du TAG. L'un des aspects les plus équivoques dans le traitement du TAG concerne l'exposition à la source d'anxiété. Cette composante du TCC des troubles anxieux est considérée comme centrale pour la plupart des diagnostics (p. ex., Foa, Huppert, & Cahill, 2006; Foa & Kozak, 1986; Richard, Lauterbach, & Gloster, 2007). Dans le cas du TAG, la source d'inquiétude porte sur d'innombrables sujets, que ce soit des préoccupations financières, liées à l'emploi, aux relations familiales ou autres sujets (Becker, Goodwin, Hölting, Hoyer, & Margraf, 2003; Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005). En fait, il n'y a pas vraiment de limites au contenu des inquiétudes dans le TAG. Cela semble d'autant plus vrai que ces préoccupations peuvent être de nature incertaine ou hypothétique. En effet, la personne peut s'inquiéter de sa relation de couple ou d'un possible accident sans qu'une situation précise suggère la probabilité d'un tel événement. En raison de cette grande diversité de contenu et d'incertitudes, l'exposition représente un défi supplémentaire, et les modèles conceptuels ou les TCC adaptés ne la conçoivent pas tous de la même façon. Si le milieu scientifique ne s'applique pas à bien détailler le cadre et la procédure de l'exposition, les cliniciens risquent d'hésiter à l'utiliser. Bien que leur étude porte sur le trouble post-traumatique, Becker, Zayfert, et Anderson (2004) rapportent en effet que, même si l'exposition constitue une composante reconnue comme étant efficace dans le traitement de ce trouble, seule une minorité des psychologues l'utilisent, même quand ils ont reçu une formation en ce sens. Si une telle hésitation existe pour un trouble anxieux dans lequel la source d'anxiété est précise (comme c'est le cas du trouble de stress post-traumatique), on peut envisager que la motivation à l'utiliser sera encore moins forte devant un trouble dans lequel les sources d'anxiété sont innombrables et diffuses. Il s'avère donc important pour l'avancement des connaissances, tant cliniques que scientifiques, d'effectuer des recherches pour mieux définir l'exposition à la source d'anxiété

dans le TAG. L'article intitulé *Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During the Cognitive Treatment of Generalized Anxiety Disorder* contribue en ce sens.

À première vue, il s'avère difficile de discerner ce qu'il peut y avoir de commun entre la peur de se faire laisser par sa conjointe, la peur d'attraper une maladie alors qu'on est en voyage, et la peur de faire rire de soi au travail. Pourtant, on peut se demander si certains thèmes communs peuvent émerger de contenus si différents en apparence. C'est ce à quoi s'intéresse l'article: derrière des contenus disparates prévalant dans divers scénarios d'exposition, existe-t-il des thèmes communs qui reviennent d'un scénario à l'autre?

Pour répondre à cette interrogation, divers moyens pouvaient être envisagés dont:

1. Un moyen direct: une enquête auprès des personnes souffrant de TAG afin d'extraire les thèmes communs ressortant dans leur discours;
2. Un moyen indirect: utiliser le contenu des scénarios d'exposition liés à leur pire inquiétude et ayant déjà servi au traitement de ces personnes et tenter d'en extraire les thèmes communs.

C'est cette deuxième option qui a été retenue.

Les scénarios d'exposition proviennent d'une étude visant à valider le traitement du TAG. Dans cette étude (Dugas, Savard, Gaudet, Turcotte, Brillon, Leblanc et al., 2004), l'une des étapes de traitement visait à développer le scénario d'exposition relié à la pire inquiétude du participant, ce qui a mené à l'élaboration de 29 scénarios, qui ont été analysés dans la présente étude.

Dans le cadre du modèle conceptuel centré sur l'intolérance à l'incertitude (p. ex., Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Dugas & Koerner, 2005), la phase d'exposition vise à élaborer un scénario

catastrophe, en lien avec l'inquiétude principale du client. Ce traitement a été éprouvé à travers diverses expérimentations (p. ex., Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langlois, Provencher et al., 2003; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006). L'étude présentée dans l'article explore donc si, dans les scénarios élaborés lors du traitement des clients, des thèmes répétitifs émergent, même si les contenus diffèrent largement d'un scénario à l'autre. Des cliniciens d'au moins 7 ans d'expérience chacun, pratiquant dans divers milieux (pratique privée, CLSC, milieu hospitalier) analysent ces scénarios et identifient les thèmes perçus. Leurs évaluations sont ensuite compilées pour permettre d'extraire les thèmes les plus présents et récurrents aux yeux de plusieurs cliniciens du milieu de la santé et œuvrant auprès de gens souffrant de troubles mentaux.

Avant-propos du premier article

Le premier des deux articles constituant cette thèse s'intitule *Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée: caractéristiques et applications cliniques*. Cet article, rédigé en français, a été soumis à la Revue francophone de clinique comportementale et cognitive. Un accusé de réception nous est parvenu le 7 octobre 2010. Nous sommes en attente du rapport du comité de lecture.

Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée : caractéristiques et applications cliniques

Louis Dallaire, Université de Sherbrooke

Stéphane Bouchard, Université du Québec en Outaouais

Note des auteurs. La correspondance concernant cet article peut être adressée à Stéphane Bouchard, Département de psychoéducation et psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, pièce C-2801, C.P. 1250, Succ. Hull, Gatineau (Québec), Canada, J8X 3X7. Courriel : stephane.bouchard@uqo.ca. Cet article constitue le premier chapitre de l'essai doctoral du premier auteur. La rédaction de cet article a en partie été rendue possible grâce à des contributions financières reçues par le second auteur de la part du programme des Chaires de Recherche du Canada, du Conseil de Recherche en Sciences Naturelles et en Génie du Canada et du Conseil de Recherche en Sciences Humaines du Canada. Les auteurs désirent remercier Johana Monthuy-Blanc pour sa contribution éditoriale.

Résumé

Les cliniciens dans le milieu de la santé se heurtent régulièrement à la problématique du trouble d'anxiété généralisée. Bien que le traitement cognitivo-comportemental de ce trouble connaisse un certain succès, il n'atteint pas l'efficacité reconnue auprès des autres troubles anxieux. Devant ce constat, certains chercheurs proposent des modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée en vue d'adapter et d'améliorer son traitement. Ces modèles reposent sur l'hypothèse que l'inquiétude, centrale au trouble d'anxiété généralisée, représente une stratégie d'évitement cognitif. Le modèle de Mennin et ses collaborateurs (2004, 2005), par exemple, met l'accent sur la difficulté dans la régulation des émotions. Celui de Dugas et ses collaborateurs (2004; 2005) consacre à l'intolérance à l'incertitude une place tout particulière. Wells (1999, 2004) révèle toute l'importance des méta-inquiétudes, c'est-à-dire les préoccupations portant sur les inquiétudes. Enfin, Roemer et Orsillo (2002, 2005) centrent leur modèle sur l'évitement de l'expérience interne et l'importance de l'acceptation de cette expérience. Une adaptation au traitement cognitivo-comportemental apportée par Newman et ses collaborateurs (2004, 2008) propose une approche intégrative, sans offrir un modèle conceptuel global du TAG. Conçu pour guider le clinicien, cet article reprend donc ces quatre modèles conceptuels et cette adaptation du traitement cognitivo-comportemental du TAG en précisant leurs caractéristiques et fournit des exemples d'applications cliniques.

Mots-clefs : Trouble d'anxiété généralisée, TAG, modèles conceptuels, théorie, traitement, thérapie, intervention, cognitif, comportemental, cas clinique

Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée : caractéristiques et applications cliniques

Une cliente, Sabrina, consulte parce qu'elle se préoccupe constamment que son fils tombe malade ou qu'il lui arrive un accident. Ces soucis occupent son esprit à divers moments dans la journée et ce, depuis des mois, voire des années. Elle sait pertinemment que ses inquiétudes sont excessives et déraisonnées puisque rien n'indique que son fils pourrait être malade ou avoir un accident. Elle ne peut s'empêcher d'imaginer le pire pour son fils. Et si cela arrivait? Comment ferait-elle pour traverser cette épreuve?

Quel clinicien n'a pas été confronté à ce genre de client tourmenté par des soucis persistants, excessifs et difficiles à contrôler et ce, depuis plus de 6 mois (DSM-IV-TR – American Psychiatric Association [APA], 2000)? Pour certains clients comme Sabrina, c'est une inquiétude relative à leur enfant. Pour d'autres, c'est la maladie, la situation financière, les difficultés à l'emploi ou les propos qu'ils ont tenus. Quelque soit le contenu des inquiétudes, les cliniciens rencontrent fréquemment le trouble d'anxiété généralisée (TAG) dans les soins primaires de santé (Anseau, Fischler, Dierick, Mignon, & Leyman, 2005; Lieb, Becker, & Altamura, 2005; Wittchen, Kessler, Beesdo, Krause, Höfler, & Hoyer, 2002). Comparativement aux autres troubles anxieux, le TAG représente un défi supplémentaire puisque les modèles conceptuels et les modèles de traitement auxquels se référer sont moins avancés (Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Borkovec, Rickels et coll., 2001; Dugas, 2000; Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Mitte, 2005; Siev & Chambless, 2007; Wittchen, 2002). Malgré un certain succès (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langlois, Provencher, & coll., 2003; Ladouceur, Dugas, Freeston, Leger, Gagnon, & Thibodeau,

2000; Linden, Zubraegel, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005), l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental (TCC) du TAG n'atteint pas le même niveau que pour les autres troubles anxieux (Antony, 2002; Siev & Chambless, 2007; Wells, 2004; Westen & Morrison, 2001) et il est temps d'explorer de nouvelles avenues de traitement (Borkovec et al., 2002).

Dans les dernières années, certains chercheurs ont d'ailleurs conçu des modèles conceptuels du TAG (Bouchard & Dugas, 2003; Dugas & Koerner, 2005; Mennin, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002; Wells, 1997, 1999, 2004) ou ont repris un modèle général de difficultés avec les expériences internes pour l'adapter à la problématique du TAG (Roemer, Orsillo et collaborateurs, 2002, 2005, 2008). Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, et Staples (2009) décrivent et schématisent d'ailleurs ces modèles, en présentant les appuis empiriques. Newman, Castonguay, Borkovec et collaborateurs (2004, 2008), quant à eux, ont adapté un TCC à la lumière des connaissances acquises sur le TAG, sans toutefois fournir un modèle conceptuel: ils se réfèrent davantage au modèle traditionnel du TCC qu'ils adaptent aux particularités connues du TAG.

Le présent article offre au clinicien francophone un survol des divers modèles conceptuels actuels du TAG. Après un récapitulatif des particularités du TAG, les quatre principaux modèles conceptuels sont détaillés. Un cas clinique est systématiquement intégré aux modèles afin de mettre en exergue les constituants principaux de chaque modèle au travers de situations cliniques. Par la suite, la description d'une adaptation du TCC au TAG est proposée. Par souci de synthèse, les modèles portant spécifiquement sur les inquiétudes (Berenbaum, 2010; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004), thème central au TAG, ne sont pas présentés. Quoique ces modèles théoriques soient intéressants d'un point de vue clinique, ils se limitent à cette seule composante et ne permettent pas d'expliquer de façon multifactorielle le maintien du TAG.

Particularités du TAG

Le TAG se définit par la présence d'inquiétudes excessives survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois. Ces inquiétudes sont difficiles à contrôler, et au moins trois symptômes y sont associés, parmi l'agitation, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, les tensions musculaires, et la perturbation du sommeil (APA, 2000). Il se différencie plus spécifiquement des autres troubles anxieux sur deux points. Premièrement, l'identification de déclencheurs spécifiques de la symptomatologie est plus difficile pour le TAG que pour les autres troubles anxieux (Deacon & Abramowitz, 2004; Wells, 1997). Deuxièmement, le comportement d'évitement n'est pas aussi facile à repérer pour le TAG. La réponse d'évitement dans le TAG réside dans le recours aux inquiétudes (Borkovec et coll., 2004) caractérisées par une activité verbo-linguistique à propos d'un contenu catastrophique (l'individu « se parle »). L'individu réduit ainsi l'affectivité habituellement plus intense inhérente aux images, ce qui entraîne également une réduction des réactions somatiques. En définitive, l'inquiétude correspond à une stratégie initialement adaptative en ce sens qu'elle permet d'imaginer et d'anticiper des problèmes futurs et leurs conséquences. Toutefois, dans le cas du TAG, elle devient une stratégie essentiellement cognitive, qui atténue l'expérience émotionnelle interne en créant une certaine distance affective et nuit alors à la régulation de cette expérience.

Si on se réfère au cas clinique présenté en introduction, Sabrina, inquiète pour son fils, a régulièrement à l'esprit un scénario verbal dans lequel elle décrit mot à mot les situations appréhendées. Par exemple, elle s'inquiète que son fils contracte la gastroentérite, que cette gastroentérite dégénère en infection sérieuse au point d'engendrer des déficits irréversibles. La répétition d'un tel discours interne entraîne une réaction somatique significative, comme une fatigue et une tension musculaire, en plus de difficultés de concentrations. Sabrina se demande si

elle pourrait survivre à la perte de son enfant. Aux yeux de Borkovec et ses collaborateurs, ce discours interne est le « prix à payer » pour éviter de faire émerger à l'esprit des images plus saisissantes de son fils souffrant. En intégrant ce rôle de l'inquiétude, et en considérant les caractéristiques du TAG, quatre modèles conceptuels élaborés ont attiré notre attention.

Le modèle de Mennin et ses collaborateurs

Ce modèle fait précisément le pont entre l'idée que les inquiétudes servent d'évitement cognitif et celle indiquant qu'elles nuisent à la régulation des émotions de l'individu face à ses sources d'inquiétudes (McLaughlin, Mennin, & Farach, 2007; Mennin, 2004; Mennin, 2005; Mennin et coll., 2002; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005). De facto, ce modèle intègre les inquiétudes comme un moyen de tempérer l'affect qui pourrait (et devrait sur un plan thérapeutique) être vécu. Cette mauvaise régulation repose sur quatre composantes (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005):

- 1) Les expériences émotionnelles de l'individu souffrant de TAG sont accentuées;
- 2) Sa compréhension des émotions est pauvre;
- 3) Il fait preuve d'une attitude négative à l'égard des émotions;
- 4) Ses stratégies pour réguler les émotions sont maladaptées.

Dans ce modèle, l'individu ressent ses réactions émotionnelles plus intensément et plus rapidement (composante 1). Comme il a davantage de difficultés à identifier et à utiliser ses émotions comme sources d'information sur lui-même (ses buts, ses besoins, ses motivations) et sur la situation (composante 2), il s'ensuit une perception négatives : ses émotions sont potentiellement intenses, aversives, difficiles à contrôler et à calmer (composante 3). L'individu cherche donc à les atténuer avant qu'elles ne soient trop envahissantes, nuisent trop à ses

performances ou à son bien-être. Il utilise différentes stratégies pour atténuer ces expériences : l'inquiétude principalement, l'évitement émotif et situationnel, ainsi que la recherche de réassurance (composante 4). Pour Mennin et ses collaborateurs, cette mauvaise régulation émotionnelle ne se limite pas à la peur, mais s'étend à d'autres émotions, telles que la colère, la peine, et même les émotions positives. C'est donc un problème de régulation globale des émotions qui est prédominant au TAG.

La finalité du traitement est d'aider l'individu à se sentir plus à l'aise avec ses expériences émotionnelles, et d'utiliser les informations qu'apportent les émotions pour orienter ses actions, ce qui devrait permettre de diminuer le recours aux inquiétudes.

Détails du traitement selon ce modèle

Quatre phases sont décrites dans ce modèle que Mennin qualifie de thérapie de régulation émotive (voir tableau 1):

- 1) *Psychoéducation sur le TAG et l'inquiétude à la lumière de l'histoire du client.* Le clinicien utilise les informations du client pour lui expliquer sa problématique à la lumière du modèle de régulation émotive. Les premières rencontres servent également à identifier les contenus d'inquiétude et décrire l'évitement émotif et le recours aux inquiétudes qui s'ensuit.
- 2) *Acquisition d'habiletés liées aux connaissances somatiques et à la régulation émotive adaptée.* Cette phase permet de développer des habiletés relativement aux réactions affectives et somatiques, que ce soit à travers le contenu verbal des sessions, ou des exercices proposés à l'intérieur ou à l'extérieur des sessions. Quatre habiletés y sont ciblées :

- a. Habiletés à saisir les réactions somatiques sans chercher à les contrôler ou à s'en éloigner. La relaxation est utilisée à cet effet et non pour réduire l'anxiété. Il importe que le client développe une meilleure connaissance de ses sensations, sans y associer un jugement négatif.
 - b. Habiletés à reconnaître ses croyances quant aux dangers et à l'insécurité. Le clinicien aide le client à identifier les croyances activées par certaines situations anxiogènes, et de saisir leurs impacts sur ses réactions.
 - c. Habiletés pour comprendre les émotions : nommer et identifier les déclencheurs. Le clinicien outille le client afin de distinguer les émotions de base, et les principales situations qui activent ces émotions.
 - d. Habiletés de régulation des émotions : se servir des émotions comme sources d'informations, résolution de problèmes, et actions pour modifier la situation. Si les émotions ne sont plus perçues comme menaçantes, elles peuvent alors davantage servir le client dans les actions qui seront posées.
- 3) *Exposition expérientielle selon la thématique.* Une fois la compréhension et la pratique d'habiletés complétées, la pratique de la régulation émotionnelle se fait à travers cette phase cruciale: le clinicien utilise divers moyens pour pratiquer cette régulation en portant son attention sur l'une des ses principales peurs, que ce soit à l'aide d'exercice intense de régulation (comme l'exposition par imagination) ou d'exercice moins intense (comme la technique de la flèche descendante). Le clinicien encadre le client afin de favoriser le maintien de l'expérience émotionnelle durant l'exercice.
- 4) *Récapitulation des acquis, planification du futur et prévention de rechute.* Une fois la symptomatologie anxieuse significativement réduite et les changements ciblés atteints, le

clinicien revoit les acquis mais également les obstacles qui se dresseront dans la vie du client.

Principales cibles thérapeutiques en lien avec un cas clinique

Après avoir expliqué en quoi l'évitement émotif de Sabrina la conduit à recourir aux inquiétudes et les conséquences de celles-ci (phase 1), le clinicien utilise la relaxation pour faire prendre conscience à Sabrina ses réactions somatiques (phase 2). Il porte attention à lui expliquer ce que sont les diverses émotions de base et leurs rôles adaptatifs : en quoi la peur et la colère lui fournissent des informations sur elle-même (son but de protéger son fils et le souhait que son entourage fasse de même). Sabrina pourrait ainsi prendre conscience que certaines de ses frustrations sont consécutives à des inquiétudes: elle se fâche après des membres de l'école qui ne semblent pas comprendre l'importance de maintenir un haut niveau de sécurité avec son fils. Une telle émotion indique en elle une attente élevée de protection de la part des autres et d'elle-même.

Le clinicien demande à Sabrina de tenir un journal des situations (comme une sortie de son fils à l'école ou un reportage à la télévision sur une maladie) qui activent fortement ces émotions ou les inquiétudes afin de prendre conscience des menaces qu'elle perçoit au quotidien.

Ce modèle porte ensuite une attention toute particulière à bien cerner les appréhensions de Sabrina concernant son vécu affectif si elle apprenait qu'il est arrivé malheur à son fils (phase 3). En utilisant par exemple la technique de la flèche descendante à partir de l'inquiétude concernant un possible accident subi par à son fils, Sabrina pourrait envisager les conséquences en cascade: l'impact sur son fils, sa propre impuissance face aux souffrances de son fils, sa culpabilité face aux reproches possibles de ne pas avoir su prévoir l'événement, son incapacité à assumer ses nouvelles responsabilités face aux séquelles de son fils. L'objectif est de permettre à

Sabrina de maintenir son malaise émotionnel (dans ce cas-ci, ce peut être la peur, la peine, l'impuissance et l'appréhension) sans chercher à le réduire par les inquiétudes, ni par des actions visant à ne pas ressentir l'intensité de ce malaise. Une fois les conséquences bien décrites, un scénario d'exposition par imagination peut être utilisé pour pratiquer la régulation émotionnelle de Sabrina face à ces émotions.

À la fin du suivi (phase 4), Sabrina et son clinicien discutent des situations de vie qui risquent de solliciter son patron réactionnel antérieur (les inquiétudes) afin de lui permettre d'envisager des réactions plus adaptées comme la régulation émotionnelle.

Réflexion sur ce modèle

Ce modèle prend en considération le traitement cognitif et affectif souhaité dans les troubles anxieux en intégrant l'exposition (Foa & Kozak, 1986). Il distingue l'acquisition des habiletés face aux réactions somatiques et aux émotions de la capacité à réguler les émotions aversives: l'individu met en pratique cette régulation en s'exposant par imagination à l'une de ses principales peurs (une émotion aversive) (phase 3) plutôt que d'uniquement s'en tenir à des habiletés à réguler les émotions au quotidien (moins aversives). De plus, Mennin (2004) décrit clairement les phases de traitement, permettant ainsi au clinicien désireux d'utiliser un tel modèle de guider ses interventions dans un cadre clinique plus élargi où les problématiques sont souvent plus complexes. Au delà des composantes de ce modèle, ses auteurs rappellent l'importance de l'alliance thérapeutique dans son application.

Une première limite est que la conceptualisation du trouble n'est que partielle car seule la mauvaise régulation émotionnelle y est décrite comme un facteur de maintien du TAG. Ce modèle omet d'autres facteurs contributifs et explique peu les relations entre diverses

composantes du TAG. De plus, puisque Mennin (2005) reprend la notion de mauvaise régulation émotionnelle en lien avec les troubles anxieux en général, on peut se demander quelles sont les composantes spécifiques qu'on retrouve dans le TAG.

Le modèle de Dugas et collaborateurs

L'intolérance à l'incertitude constitue la composante centrale de ce modèle (Bouchard & Dugas, 2003; Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Dugas & Koerner, 2005; Dugas, Leblanc, Seidah, 2007; Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Dugas, Schwartz, & Francis, 2004; Laberge, Dugas, & Ladouceur, 2000). Cette intolérance est associée à trois autres composantes, favorisant le maintien ou l'aggravation du trouble:

- 1) *L'intolérance à l'incertitude*. Cette composante correspond à une tendance à réagir négativement aux événements incertains, tant sur le plan émotif, cognitif, que comportemental, indépendamment de la probabilité qu'ils puissent se produire et des réelles conséquences qu'ils entraîneraient. Cette intolérance pousse l'individu à chercher à éviter ou à être vigilant aux situations incertaines et se répercute sur les composantes suivantes.
- 2) *Les croyances positives entretenues à l'égard des inquiétudes*. Ces croyances incitent l'individu à recourir aux inquiétudes pour deux raisons. D'une part, ces inquiétudes sont perçues utiles à l'individu parce qu'elles favorisent la résolution de problème, ou comportent une signification positive (l'affection que l'on porte à l'autre, par exemple). D'autre part, l'individu interprète ces inquiétudes comme positives parce qu'elles permettent de réduire son incertitude en enrayant l'effet de surprise que la situation incertaine aurait pu créer si elle n'avait fait l'objet d'inquiétudes.

- 3) *La mauvaise orientation de la résolution de problème.* Bien que les aptitudes réelles à résoudre un problème ne soient pas en jeu, Dugas et ses collaborateurs (Bouchard & Dugas, 2003; Dugas & Koerner, 2005) soulignent néanmoins que les gens souffrant de TAG perçoivent et évaluent plus négativement les problèmes et leurs conséquences, ce qu'ils traduisent par une mauvaise orientation du problème. L'individu met l'accent sur les aspects incertains du problème au détriment des autres aspects, nuisant alors à sa résolution et fournissant encore plus de motifs de s'inquiéter.
- 4) *L'évitement cognitif.* L'évitement cognitif, tel que l'explique Borkovec et coll. (2004), prend une place de choix dans ce modèle. L'intolérance à l'incertitude peut mener l'individu à utiliser les inquiétudes comme un moyen d'anticiper les conséquences négatives des événements incertains, privilégiant alors un contenu verbal plutôt que des images.

D'un point de vue opérationnel, ce modèle utilise donc comme trame de fond l'intolérance à l'incertitude qui caractérise les gens souffrant du TAG (voir figure 1). Lorsqu'une éventualité à valence négative émerge à l'esprit de l'individu, sa prédisposition à réagir à l'incertitude peut déclencher une chaîne d'inquiétudes sous la forme d'un « Et si cette éventualité se produisait? ». Une perception de menace s'ensuit, suivie d'une réaction de protection et d'une accentuation des inquiétudes. L'individu ne se sent pas compétent pour régler ses problèmes (cf. mauvaise orientation du problème) et fait de l'évitement cognitif. Cet évitement cognitif peut être couplé à des comportements d'évitement, tels que rechercher la réassurance, faire certaines vérifications, devenir surprotecteur. Cette chaîne de réaction conduit régulièrement à une atténuation à court terme de l'anxiété (renforcement négatif) mais temporaire.

Dugas et ses collaborateurs mentionnent que deux variables personnelles jouent un rôle contributif ou protecteur sur la chaîne réactionnelle du modèle: l'état émotionnel de l'individu et les événements de vie peuvent préserver ou fragiliser l'individu devant certaines situations.

Ce modèle met également en lumière le lien entre le TAG et la symptomatologie dépressive. Plus précisément, le modèle indique que la symptomatologie anxieuse peut progressivement conduire vers l'épuisement et la démoralisation, symptômes davantage liés à des troubles de l'humeur. Même si aucun lien causal n'a été mis en évidence, Kessler, Walters, & Wittchen (2004) confirment que le TAG précède souvent le trouble de l'humeur lorsque les deux coexistent.

Détails du traitement selon ce modèle

Dugas et coll. (2007) présentent le manuel du thérapeute décrivant les étapes du TCC du TAG. Six phases y sont énoncées, selon une séquence de traitement intégrant les quatre composantes principales du modèle (Voir tableau 1). Le manuel précise les exercices proposés en lien avec chaque objectif.

1) *Psychoéducation du TCC, de la symptomatologie du TAG et de deux types d'inquiétude.*

Outre la compréhension du trouble et du traitement, cette étape permet au client de distinguer deux types de situation qui peuvent activer les inquiétudes : les problèmes actuels et les problèmes éventuels ou incertains.

2) *Psychoéducation sur la composante principale qu'est l'intolérance à l'incertitude.* Le modèle est présenté au client, en liant ses informations aux concepts pertinents du modèle et en portant une attention particulière à ce qu'il comprenne l'impact général que crée son intolérance à l'incertitude sur son fonctionnement.

- 3) *Mise en lumière des croyances quant à l'utilité de s'inquiéter.* Ces croyances sont testées en listant leurs avantages et leurs inconvénients, permettant au client de constater que, malgré les inconvénients ressentis, il maintient certaines croyances positives qui perpétuent ses inquiétudes. L'objectif est de semer un doute quant à la pertinence de ces croyances.
- 4) *Développement d'une meilleure résolution de problème.* Une fois les étapes habituelles de résolution appliquées à des problèmes actuels, le clinicien outille le client afin qu'il oriente différemment ce processus en modifiant son approche négative des problèmes.
- 5) *Réduction des comportements de neutralisation et d'évitement et exposition aux scénarios anxieux.* Cette étape vise à réduire précisément l'intolérance à l'incertitude et les symptômes d'anxiété en limitant le recours aux neutralisations cognitives devant les problèmes éventuels ou incertains. Une exposition par imagination prolongée à ce type de problème est alors suggérée. Le défi du clinicien est de bien identifier la ou l'une des peurs centrales du client qui active intensément ses inquiétudes.
- 6) *Prévention de la rechute.* Cette étape sert de récapitulation des acquis faits et des applications réussies des stratégies présentées, ainsi qu'un rappel que l'anxiété et l'inquiétude sont des réactions normales face à des sources de stress, et que le client est maintenant outillé pour transiger avec ces réactions.

Il peut être intéressant de noter que Bouchard et Dugas (2003) ont proposé une autre façon de schématiser ce modèle incluant davantage une conception transdiagnostique des troubles d'anxiété. La base conceptuelle de l'ensemble des troubles anxieux repose sur une perception de menace maintenue par des comportements d'évitement que l'on retrouve clairement dans le cas des phobies spécifiques. De plus, un examen des modèles cognitifs de

chacun des autres troubles d'anxiété (cf. Bouchard, Taylor, Cox & Gauthier, 1999) met en lumière la façon dont certaines perceptions déclenchent la réaction d'anxiété alors que les stratégies de recherche de sécurité préviennent l'apprentissage de représentations mentales non anxiogènes (Salkovskis, 1991; Power, Smits, Leyro, & Otto, 2006). Bouchard et Dugas (2003) ont d'ailleurs représenté graphiquement de façon légèrement différente les mêmes notions que celles présentées dans le modèle de Dugas et ses collaborateurs. Cet ajustement avait pour objectif de révéler à la fois que la perception de menace provient de stimuli associés à l'incertitude et que le fait de s'inquiéter représente une stratégie d'évitement de l'incertitude, en tentant notamment de trouver des solutions potentielles aux problèmes incertains.

Principales cibles thérapeutiques en lien avec un cas clinique

L'application de ce modèle au cas de Sabrina consiste d'abord à lui montrer qu'elle est intolérante à l'incertitude liée à certaines situations, la possibilité qu'il survienne un malheur à son fils, ce qui génère dans son cas une activation des inquiétudes et de l'anxiété. Ce modèle met ensuite l'accent sur la distinction entre un problème actuel qui nécessite une résolution de problème - par exemple, les cas de gastroentérite à l'école requièrent certains gestes supplémentaires d'hygiène - et un problème éventuel ou hypothétique qui, dans le fond, illustre sa difficulté à tolérer l'incertitude que cet événement puisse se produire (phases 1 et 2). Sabrina est également invitée à identifier les avantages qu'elle perçoit, malgré elle, à s'inquiéter: elle peut ainsi comprendre que ses inquiétudes sont encouragées par le fait qu'elle croit qu'une bonne mère s'inquiète pour son fils. En lisant ensuite les désavantages, elle peut en venir à mettre en doute cette croyance.

Il est probable que, face à plusieurs problèmes actuels, Sabrina montre une attitude négative et peut-être défaitiste. Les étapes connues de résolution de problème sont alors

appliquées (identification du problème, identification d'un but, solutions alternatives à l'aide du remue-méninges, évaluation et application d'une solution, et réévaluation de l'application). Le clinicien tente aussi de modifier sa tendance à percevoir les problèmes comme étant lourds et difficilement solubles (mauvaise orientation face aux problèmes).

Le clinicien développe un scénario catastrophe illustrant la peur centrale de Sabrina (générée par son intolérance à l'incertitude): voir l'avenir de son fils compromis par la maladie comme la gastroentérite ou un accident. Le scénario élaboré à l'aide de la flèche descendante inclut les diverses conséquences appréhendées, ce qui crée une réaction d'anxiété chez Sabrina. L'exercice d'exposition par imagination se poursuit jusqu'à ce que la courbe de réaction anxieuse de Sabrina face à cette incertitude diminue. Durant l'exposition, le clinicien s'assure que Sabrina n'a pas recours à des stratégies de neutralisation cognitive en vérifiant, par exemple, qu'elle ne se rassure pas en songeant que son fils se lave déjà bien les mains ou que le scénario est seulement issu de son imagination. Cet exercice est répété quotidiennement par Sabrina jusqu'à ce que la courbe d'anxiété n'augmente plus.

Réflexion sur ce modèle

À l'instar de celui de Mennin et ses collaborateurs, ce modèle intègre plusieurs composantes traditionnellement reliées au TAG. Bien que la conceptualisation repose sur des fondements cognitifs, plusieurs éléments comportementaux en font partie, comme l'exposition. Ce modèle conceptuel offre à la fois une compréhension des mécanismes mis en jeu dans le maintien ou l'aggravation du trouble, et une démarche de traitement en suggérant des types d'intervention adaptés aux objectifs thérapeutiques. À ce propos, plusieurs hypothèses relatives à ce modèles ont été vérifiées empiriquement (Dugas et coll., 2001; Dugas et coll., 2005; Dugas, Schwartz et coll., 2004; Grenier & Ladouceur, 2004; Laberge et coll., 2000; Ladouceur,

Gosselin, & Dugas, 2000) et cliniquement (Dugas & Ladouceur, 2000; Dugas, Ladouceur, Léger, et coll., 2003; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Ladouceur, Dugas et coll., 2000; Ladouceur, Dugas, Freeston, Rhéaume, Blais, Boisvert, et coll., 1999). D'un point de vue pratique, suivre un manuel de traitement s'avère difficile (Westen & Morrison, 2001) puisque ceci peut détacher le clinicien de ce qui se déroule dans les rencontres et puisque le client ne suit pas d'emblée les phases de traitement. Néanmoins, le fait d'avoir un modèle approfondi d'un trouble permet au clinicien de profiter de repères précis et de mieux orienter ses interventions en fonction du matériel émergeant des sessions.

Notons toutefois que des imprécisions subsistent. Ce modèle ne mentionne pas les constituants précis d'une situation incertaine qui mèneront davantage à une inquiétude, comparativement à une autre situation incertaine. À ce sujet, Dallaire, Bouchard et Dugas (soumis) en arrivent à considérer que les individus souffrant de TAG pourraient surtout être sensibles aux situations incertaines évoquant la possibilité de vivre un sentiment d'impuissance. Par ailleurs, Starcevic et Berle (2006), tout en reconnaissant le lien entre le TAG et l'intolérance à l'incertitude, rapportent plusieurs études établissant à leur tour un lien entre l'intolérance à l'incertitude et le trouble obsessionnel-compulsif; cette intolérance ne caractériserait donc pas uniquement le TAG.

Le modèle de Wells

Dans sa conceptualisation du TAG, Wells (1997, 1999, 2002, 2004, 2005) distingue deux types d'inquiétudes. Le type 1 correspond aux inquiétudes relatives à un sujet, à un événement externe ou à un contenu interne non cognitif (comme un symptôme physique) et le type 2 réfère à une appréciation négative de ses propres inquiétudes ou de ses propres cognitions, ce que Wells

nomme méta-inquiétudes. Celles-ci s'illustrent, par exemple, lorsque l'individu se soucie d'être trop inquiet ou croit qu'à force de s'inquiéter, il peut devenir fou.

L'inquiétude chez l'individu peut être déclenchée par toute perception de menace (voir figure 2), qu'elle soit interne ou externe. Une simple sensation, une image, une émotion, un événement peut enclencher une chaîne de pensées, en créant une verbalisation catastrophique relative à la cognition « Et si jamais... »¹. Par exemple, l'individu peut songer « Et si jamais j'avais le cancer... » à la suite d'une sensation de douleur interne ou « Et si jamais mon enfant mourait... » à la suite d'une nouvelle télévisée. Et la boucle de scénarios catastrophiques s'active alors de façon persistante (inquiétudes de type 1), puisque l'individu entretient des croyances positives à l'égard de l'inquiétude.

Selon Wells, le déclenchement des inquiétudes est automatique et ne peut être empêché.

Les inquiétudes sont intrinsèquement reliées aux émotions, pouvant accentuer, maintenir ou réduire des émotions, tout comme les émotions peuvent influencer à leur tour les inquiétudes.

Dans certains cas, la chaîne de pensées peut conduire à une certaine forme de résolution de problème, en offrant à l'individu des solutions, par exemple. Cependant, elle peut conduire à l'activation importante des croyances négatives concernant les inquiétudes. Wells identifie deux domaines de croyances négatives, soit les croyances à propos de la nature incontrôlable des inquiétudes (p. ex., « Je n'arrive pas à contrôler mes inquiétudes ») et les croyances quant aux dangers mentaux, physiques ou sociaux de s'inquiéter (p. ex., « Mes inquiétudes vont me rendre fou »). Ces méta-inquiétudes contribuent à augmenter l'anxiété, et l'anxiété à son tour accentue l'intensité des méta-inquiétudes.

¹ En anglais, l'auteur utilise la locution « What if... » que nous avons traduit par « Et si jamais... »

Pour Wells, ces méta-inquiétudes, combinées aux croyances positives à l'égard de l'inquiétude, caractérisent le TAG. L'individu souffrant de TAG est pris dans une spirale : étant convaincu que le fait de s'inquiéter présente des avantages, il tend à recourir à cette stratégie qui, progressivement, conduit à penser que ces inquiétudes sont anormales, problématiques, incontrôlables ou dangereuses. À cette spirale des inquiétudes (de type 1 et type 2) s'ajoutent deux mécanismes qui accélèrent cette spirale :

- 1) L'adoption de comportements tels que l'évitement de situations, la recherche de réassurance, les tentatives de distractions, le discours interne ou le subtil évitement de porter attention à des informations potentiellement anxiogènes. Ces comportements ne favorisent pas l'exposition aux situations anxiogènes, et maintiennent ainsi l'effet positif perçu, particulièrement si la situation catastrophique appréhendée ne se produit pas.
- 2) La tentative de contrôle de la pensée, en cherchant à supprimer les inquiétudes. L'individu tente de mettre un terme aux verbalisations qui occupent son esprit. Ces inquiétudes ne pouvant être contrôlées ou éliminées, ceci crée une aggravation des méta-inquiétudes.

En outre, les émotions influencent cette spirale. Elles accentuent l'anxiété et, à son tour, l'anxiété amplifie les émotions ressenties. Finalement, Wells complète ce modèle en précisant que les expériences de vie, les informations apprises, et les conséquences des inquiétudes sur les pensées et les émotions influencent toutes la formation des croyances métacognitives présentes dans le TAG.

Charron, Bouchard, et Green-Demers (2003) ajoutent une nuance quant aux méta-inquiétudes de ce modèle en précisant qu'elle peuvent porter sur les émotions, et plus

particulièrement sur le caractère confus, inacceptable et incontrôlable que représentent les émotions pour les individus souffrant de TAG,

Détails du traitement selon ce modèle

Wells définit plusieurs éléments devant faire partie du traitement du TAG. Les techniques de contrôle de l'affect comme la relaxation et la distraction, sont abandonnées. Il présente la séquence de traitement suivante (voir Tableau 1) :

- 1) *Personnalisation du cas clinique et psychoéducation.* La première étape permet de lier le vécu du client aux concepts du modèle et d'ainsi le préparer aux interventions.
- 2) *Modification des croyances négatives à l'égard de l'absence de contrôle des inquiétudes.*
En utilisant diverses stratégies (p. ex., une liste des preuves et contre-preuves du caractère contrôlable des inquiétudes, l'expérimentation d'un report des inquiétudes), le clinicien intervient sur ces croyances négatives en portant attention à transmettre l'idée que l'objectif n'est pas d'éliminer les inquiétudes, mais d'interrompre le processus automatique de leur maintien.
- 3) *Modification des croyances quant aux dangers de s'inquiéter (méta-inquiétudes).* Par la psychoéducation et à l'aide de diverses stratégies (p. ex., psychoéducation du stress et de ses mécanismes, mise à l'épreuve des croyances dans le quotidien), le clinicien aide le client à modifier ce type de croyances.
- 4) *Modification des croyances positives quant aux inquiétudes et changement des stratégies.*
Le clinicien met à l'épreuve ces croyances positives, en proposant au client de construire des scénarios positifs aux cognitions du type « Et si jamais... », et de se servir de succès antérieurs pour envisager des prédictions plus réalistes.

- 5) *Réduction de l'évitement*. Le clinicien offre, s'il y a lieu, une exposition aux stimuli produisant des inquiétudes et propose des changements de stratégie comportementale pour réduire l'évitement au quotidien.

Principales cibles thérapeutiques en lien avec un cas clinique

D'abord, le clinicien traduit les concepts du modèle dans le vécu du client à partir du déclencheur qu'est la phrase « Et si jamais il arrivait un malheur à mon fils? » (phase 1). Sabrina croit que s'inquiéter lui permet de se préparer à toutes les éventualités, ce qui génère des inquiétudes entourant son fils: qu'est-ce qu'elle peut faire pour éviter qu'il soit en danger, comment peut-elle organiser son environnement pour qu'il soit en sécurité, que va t-elle faire la semaine prochaine alors qu'il veut aller chez un ami qu'elle ne connaît pas? Ses inquiétudes envahissent continuellement son esprit et elle ne peut fonctionner aussi bien au travail, ce qui active des méta-inquiétudes: elle va devenir folle à force de continuellement penser à ceci, comment pourra t-elle continuer ainsi dans les années à venir ? Tout ceci l'amène à lire fréquemment sur internet à propos des maladies et des produits de santé pour éviter d'être malade (comportements), à tenter de ne pas s'en faire avec ces idées (contrôle de la pensée) et à ressentir continuellement des papillons dans l'estomac et de la frustration envers les autres qui ne s'inquiètent pas autant (émotion). Le clinicien met à l'épreuve ses croyances qu'elle ne peut ni contrôler, ni réprimer ses inquiétudes (phase 2) afin de l'amener à exercer un contrôle conscient sur la persistance de ces inquiétudes en modifiant le cours de ses pensées.

Le clinicien intervient sur les méta-inquiétudes (sa crainte de devenir folle si ses inquiétudes persévèrent), en amenant Sabrina à mettre à l'épreuve ce type de croyance, par exemple en lui proposant de s'inquiéter le plus possible pour constater que cela ne conduit pas à la folie ou exagérer les pensées catastrophiques pour en mesurer l'effet réel (phase 3). Le

clinicien guide Sabrina dans la comparaison entre les scénarios appréhendés (en demandant à Sabrina de décrire ce qu'elle appréhende si son fils visite un ami qu'elle connaît peu) et les événements réels (en demandant ce qui est réellement arrivé lorsque son fils est allé visiter un ami qu'il connaissait peu, par le passé) (phase 4).

Quant aux comportements d'évitement que pourrait avoir Sabrina (phase 5), le clinicien la guide pour qu'elle s'expose à la source de ses peurs. Par exemple, si Sabrina n'ose pas laisser son fils jouer dans des jeux publics ou aller chez un ami qu'elle connaît peu, de peur qu'il ne devienne malade ou ne se blesse, le clinicien l'invite à impliquer son fils dans ce type d'activités qui causent précisément de l'anxiété et des inquiétudes.

Réflexion sur ce modèle

Essentiellement cognitif, ce modèle met particulièrement l'accent sur les croyances à l'égard des inquiétudes Wells (2005) propose d'ailleurs que la mesure des méta-inquiétudes fasse partie de l'évaluation formelle des pensées dans le TAG. Il met en évidence la coexistence des croyances positives et négatives quant à l'utilité de s'inquiéter. En outre, il intervient de façon ciblée sur la cognition que les inquiétudes sont incontrôlables. Plusieurs exemples d'intervention possible sont fournis.

Ce modèle porte une attention très marquée aux aspects cognitifs, ce qui peut représenter un défi dans un cadre thérapeutique. En effet, si le clinicien est formé pour manipuler autant les concepts de cognition et d'émotion, par expérience personnelle des auteurs, le client, quant à lui, peut éprouver des difficultés à saisir les nuances liées au concept de méta-inquiétudes. De plus, l'exposition ne s'avère pas une stratégie aussi importante que dans les autres modèles, ce qui est inhabituel pour les troubles anxieux (Deacon & Abramowitz, 2004; Foa & Kozak, 1986;

Persons, 2001). Les stratégies de modification des pensées et des croyances sont davantage favorisées. Également, la sphère émotionnelle ne fait pas l'objet d'une attention particulière dans le modèle initial, ce que l'ajout de Charron et ses coll. (2003) vient pallier.

Le modèle de Roemer et Orsillo

Roemer et Orsillo (2002, 2005) présentent un modèle traçant le parallèle entre l'évitement des réactions somatiques et affectives créée par l'inquiétude propre au TAG et l'évitement des expériences affectives douloureuses présentes dans plusieurs psychopathologies (Orsillo, Roemer, & Holowka, 2005). Les individus souffrant de TAG éviteraient ainsi de vivre leurs expériences émotionnelles actuelles puisque leur esprit serait occupé par des préoccupations à propos d'événements futurs ou passés. En évitant ainsi l'expérience présente, autant sur le plan cognitif, affectif que somatique, l'individu se prive alors d'importantes informations quant à la situation, ce qui nuit alors à une réponse comportementale efficace ou pleinement adaptée. L'individu se retrouve alors dans une spirale accentuant l'anxiété: la rupture avec le moment présent ne permettant pas une réponse adaptée, la situation risque de susciter un accroissement de l'anxiété et ainsi augmenter le besoin de se distancer du moment présent.

Ce modèle, schématisé de façon différente (Behar et coll., 2009) précise ainsi que l'individu, percevant une menace (voir figure 3), vit alors une expérience interne (affective, somatique et cognitive) qui crée un malaise et incite l'individu à faire de l'évitement expérientiel, ce qui le conduit à éviter certains comportements. Si à court terme, cette chaîne de réactions conduit à une réduction de la détresse et de l'expérience interne ressentie, elle conduit subséquemment à une augmentation de cette détresse avec le temps.

Ce modèle précise également trois caractéristiques associées au TAG qui orientent les interventions:

- 1) *La conscience réduite et la focalisation sur l'avenir.* Les individus souffrant de TAG sont vigilants aux menaces et perçoivent les situations ambiguës de façon menaçantes. Ils orientent également leurs pensées vers l'avenir, ce qui les désengage du moment présent.
- 2) *L'amplification de l'expérience interne.* Cet effet paradoxal résulte de la vigilance aux menaces qui crée une réaction plus intense lorsque des expériences internes désagréables sont déclenchées.
- 3) *Les comportements inefficaces, routiniers et rigides.* Les comportements d'évitement dans le TAG ne sont pas aussi évidents que dans les autres troubles anxieux mais ils existent de façon subtile. Sans nécessairement s'en rendre compte, l'individu souffrant de TAG évite les situations pouvant créer des expériences internes désagréables ou, s'il se retrouve dans ces situations il va le faire de façon routinière ou désengagée sur le plan affectif, afin de réduire l'inconfort interne. Il se coupe ainsi d'informations pouvant lui permettre d'adopter des comportements modifiant réellement la situation problématique.

Détails du traitement selon ce modèle

Tout en utilisant des stratégies typiquement cognitivo-comportementales, ce modèle comportemental repose sur une philosophie d'acceptation de l'expérience interne et met donc l'accent sur le développement de la capacité à accepter ce qui est vécu et sur les changements de comportements, répartis sur cinq phases:

- 1) *Explication du modèle.* Le clinicien présente le modèle en insistant sur le rôle de l'évitement, de la focalisation sur les perceptions de menaces et sur l'avenir et donc, sur l'évitement de l'expérience interne qui s'ensuit.
- 2) *Explication des rôles et du fonctionnement des émotions.* Le clinicien sensibilise le client aux rôles des émotions: préparer à l'action, fournir de l'information sur la situation et soi-même, et renforce l'expérience. Il présente ensuite les avantages apparents et les limites du contrôle ou de l'évitement émotionnel.
- 3) *Développement de l'acceptation de l'expérience interne.* À l'aide des explications et des exercices, le clinicien favorise l'acquisition de l'habileté à percevoir ses expériences internes exemptes de jugement, avec compassion et de façon accueillante. L'objectif de cette acquisition n'est pas de réduire l'expérience interne. Les exercices débutent tôt dans le traitement puisque cette habileté nécessite de la pratique. Ils sont adaptés au style du client et répétés tout au long du suivi.
- 4) *Modifications comportementales.* Le clinicien oriente le client vers des comportements centrés sur ses valeurs, davantage que sur les résultats.
- 5) *Prévention de la rechute.* Le traitement se termine par la révision des progrès faits et d'une récapitulation des stratégies particulièrement utiles au client.

Principales cibles thérapeutiques en lien avec un cas clinique

Avec Sabrina, tout en expliquant ce qu'est l'expérience interne et le modèle comportemental basé sur l'acceptation (phase 1), l'accent est rapidement mis sur les exercices d'acceptation du moment présent et de l'expérience interne. Ainsi, face aux inquiétudes concernant la possibilité que son fils ait un accident ou tombe malade, Sabrina est invitée à identifier ses émotions, ses cognitions, et ses réactions somatiques (phase 2). Elle est amenée à

modifier ses commentaires comme « je ne peux pas penser à cela » ou « je suis stupide de penser tout le temps à cela » afin d'adopter une attitude accueillante, compatissante et sans jugement face à ce qu'elle ressent (phase 3). Le clinicien aide Sabrina à réduire ses tentatives de contrôler ses réactions somatiques (« il ne faut pas que je tremble ou je pleure »). D'ailleurs, l'objectif que la thérapie va l'aider à réduire son anxiété serait rectifié afin que Sabrina comprenne que la thérapie lui permettra plutôt d'accepter davantage les expériences internes associées à ses peurs mais aussi à l'ensemble de ses émotions. Le clinicien amènerait également Sabrina à réduire ses cognitions orientées vers l'avenir afin de l'aider à se recentrer sur ce qu'elle vit au moment présent.

Le clinicien aide Sabrina à identifier les valeurs dont elle souhaite se servir comme guide dans sa vie. Sabrina identifie l'importance de la famille tout en prenant sa place et l'importance d'être une bonne mère. Le clinicien aide alors Sabrina à déterminer comment ces valeurs peuvent se traduire dans ses gestes au quotidien: quelles actions elle peut prendre pour vivre en accord avec ses valeurs (phase 4).

Réflexion sur ce modèle

Ce modèle inclut des concepts associés à la troisième vague en TCC, soit l'acceptation de l'expérience interne et l'entraînement à la pleine conscience (Roemer & Orsillo, 2002) et trace un parallèle intéressant entre l'évitement lié à l'inquiétude et l'évitement de l'expérience interne. Il décrit en détails les interventions favorisant l'acceptation de cette expérience interne et la modification des comportements. Il semble davantage se rattacher à un modèle conceptuel d'acceptation pour l'ensemble des troubles anxieux (Orsillo et coll., 2005). La stratégie basée sur l'acceptation, plutôt que sur l'exposition, peut s'avérer une option intéressante d'autant plus que certains individus s'engagent difficilement dans l'exposition. Par contre, bien que le modèle

invite à préciser au client que l'acceptation ne doit pas viser à réduire directement l'anxiété, on peut soupçonner que certains clients persistent à l'utiliser en ayant cet objectif en tête. En outre, comme le concept de problème d'acceptation de l'expérience interne est repris pour l'ensemble de troubles anxieux, on peut s'interroger sur la spécificité qu'il apporte au traitement du TAG.

Une adaptation du TCC au TAG

Au delà des quatre modèles conceptuels du TAG précités, Newman et ses collaborateurs (2004, 2008) proposent une adaptation au TCC traditionnel, sans proposer un modèle conceptuel à proprement dit. Leur proposition de traitement se démarque suffisamment du TCC traditionnel pour être décrite. Travaillant initialement dans deux équipes indépendantes, ces auteurs ont convergé vers des idées similaires. Ils considèrent que les relations interpersonnelles et l'évitement émotif jouent un rôle important dans le maintien du TAG (Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth, & Maramba, 2005; Newman et coll., 2004, 2008). Ces auteurs ajoutent ainsi au TCC traditionnel, le traitement interpersonnel et émotionnel. Ce dernier favorise, dans un premier temps, le développement de nouveaux comportements visant l'amélioration et le maintien des relations interpersonnelles, entre autres au travers des jeux de rôle. Puis, dans un deuxième temps, le client est amené à ressentir davantage son expérience émotionnelle tout en réduisant son contenu cognitif. Ces ajouts se basent sur l'idée que les relations présentes (plutôt que passées) suscitent des émotions ou de l'évitement émotif qui peuvent servir aux interventions. Ainsi, en utilisant une relation significative aux yeux du client, les interventions permettent de guider davantage le client dans l'identification de ses émotions et de ses besoins et dans le choix de ses actions. La relation thérapeutique peut d'ailleurs servir de repère à ces notions. En favorisant l'expérience émotionnelle dans les échanges thérapeutiques, le clinicien offre au client une occasion de ressentir des émotions qu'il fuit habituellement par le biais de

l'évitement cognitif; le clinicien encourage donc le client à s'ouvrir sur ce qu'il ressent plutôt que se centrer sur ce qu'il pense.

Dans le cas de Sabrina, ce traitement définit les relations interpersonnelles actuelles et déterminerait lesquelles sont problématiques. En choisissant une relation significative et une situation problématique, Sabrina décrit qu'il lui est difficile de voir sa sœur qui réussit mieux qu'elle à ses yeux et qui n'émet jamais de commentaires négatifs sur Sabrina. Cette relation permet de constater que Sabrina est très craintive du jugement de sa sœur sur son rôle de mère et sur son emploi. Pour cette raison, bien qu'elle aimerait faire davantage d'activités avec sa sœur, elle s'en éloigne plutôt et se sent sur la défensive en sa présence ou lorsqu'elle est comparée à elle. Elle n'ose cependant jamais se fâcher à son endroit. Le clinicien met ainsi en lumière que Sabrina ressent le besoin d'être une bonne mère et une bonne employée aux yeux de sa sœur, de même que le besoin d'avoir sa propre identité sans être comparée à sa sœur. Il identifie aussi certaines émotions plus précises, comme la honte et la colère, avec lesquelles Sabrina se sent mal à l'aise. Et il aide Sabrina à adopter des comportements lui permettant de prendre en considération ses besoins et ses émotions. La crainte d'être jugée par le clinicien peut être utilisée afin de créer certaines émotions chez Sabrina et ainsi la guider pour réduire l'évitement cognitif et favoriser l'expérience émotionnelle activée par cette situation, en centrant Sabrina sur ce qu'elle ressent plutôt que de l'inviter à décrire ses cognitions.

Si d'autres modèles de traitement du TAG existent (p. ex., Leahy, 2004; Overholser & Nasser, 2000), à notre connaissance, ils offrent peu de modifications du TCC traditionnel et ont été de ce fait exclus de cet article.

Conclusion

Si le TCC du TAG n'atteint pas encore l'efficacité cliniquement escomptée, les modèles conceptuels et l'adaptation du TCC au TAG sont de mieux en mieux définis. De nombreuses caractéristiques de ces différents modèles se rejoignent, même si elles sont conceptualisées ou décrites différemment. Ainsi, la majorité des modèles accordent une attention toute particulière au traitement émotionnel, que ce soit au travers d'une exposition à la source à l'origine des peurs (cf. modèles de Dugas et ses collaborateurs, ainsi que Mennin et ses collaborateurs) ou d'un apprentissage d'habiletés de gestion de ces émotions (cf modèle de Roemer et Orsillo et adaptation du TCC de Newman et ses collaborateurs). Bien que les exercices soient similaires, il semble que ce soit les intentions qui diffèrent (Roemer & Orsillo, 2005). De plus, au regard de la conceptualisation du trouble, certaines techniques traditionnelles du TCC sont utilisées différemment. Par exemple, la restructuration cognitive sert principalement à modifier des croyances précises reconnues comme étant typiques du TAG. Également, la relaxation, si elle est appliquée (cf modèles de Mennin et de Roemer et Orsillo), ne sert pas de contrôle de l'état interne mais sert plutôt d'outil pour permettre l'expérimentation de l'état interne. D'autres techniques traditionnelles, telles que la psychoéducation et la préparation à cesser le suivi, sont conservées: tous les modèles portent une attention particulière dès les premières sessions avec le client à lui présenter le modèle et à relier les composantes du modèle à sa réalité personnelle. Cette étape s'avère centrale puisqu'elle permet au client de mieux comprendre sa problématique tout en favorisant la mise en place de l'alliance thérapeutique. Elle identifie également le client comme participant au processus de changement, ainsi qu'elle clarifie l'objectif thérapeutique. Cette clarification est d'autant plus importante que le client a souvent le désir d'éliminer son

anxiété, ce qui s'avère l'une des composantes contribuant au maintien et à l'aggravation de cette anxiété.

Tous les modèles également portent une attention à la prévention de la rechute en offrant, lors des dernières sessions, une récapitulation des progrès réalisés, des stratégies qui ont été acquises et une préparation aux obstacles qui surviendront par la suite dans la vie du client.

En observant les modèles de plus près, celui de Dugas et ses collaborateurs s'avère le plus complet, pour deux raisons principales. D'une part, les composantes et la dynamique contribuant au maintien et à l'aggravation du TAG sont clairement décrites. D'autre part, les phases de traitement sont clairement détaillées. Ce modèle a d'ailleurs été éprouvé à l'aide d'études empiriques (p. ex., Dugas & Ladouceur, 2000; Dugas et coll., 2003; Gosselin et coll., 2006; Ladouceur, Dugas et coll., 2000). Toutefois, la composante d'intolérance à l'incertitude doit être mieux conceptualisée afin de préciser davantage ce modèle. Le modèle de Wells, intéressant dans sa conceptualisation, présente la limite d'être essentiellement cognitif. Le modèle de Mennin, quant à lui, se trouve à mi-chemin entre un modèle conceptuel et un modèle de traitement. En effet, la composante de mauvaise régulation émotionnelle est la seule à être exhaustivement décrite par ce modèle, alors que les autres composantes et les mécanismes contribuant au développement des inquiétudes sont peu approfondis. Le modèle de Roemer et Orsillo ainsi que l'adaptation du TCC de Newman, Castonguay, Borkovec, et leurs collaborateurs proposent des ajouts aux TCC qui se rapprochent de la composante de mauvaise régulation émotionnelle, mais des stratégies différentes pour la traiter dans un cadre clinique.

Le concept de mauvaise régulation émotionnelle mérite d'être davantage détaillé. Cette notion de déficit sur le plan émotionnel pourrait d'ailleurs être sous-jacente au modèle de Dugas

et ses collaborateurs, sans qu'elle y soit spécifiquement nommée. L'exposition par imagination, proposée dans ce modèle, favorise l'ouverture à l'expérience émotionnelle de la peur sur le plan comportemental. Que ce soit à travers l'exposition ou à travers un entraînement à l'acceptation, le client est invité dans chaque modèle à ressentir son anxiété sans chercher à la réduire ou contrôler. Le modèle de Dugas vise ainsi un processus d'extinction de la peur et des inquiétudes, tandis que le modèle de Mennin vise un processus d'extinction pour l'ensemble du registre émotionnel et que le modèle de Roemer et Orsillo souhaite davantage un processus d'intégration de toute l'expérience sensorielle. Quant au modèle de Wells, il propose une réduction de l'évitement à travers des choix comportementaux. Ainsi, malgré certaines distinctions, cet aspect présente d'importantes similitudes qui mériteront d'être étudiées dans le futur.

Le présent article avait pour objectif principal d'offrir au clinicien francophone, fréquemment confronté au traitement du TAG, une description conceptuel et clinique des divers modèles actuels de trouble. Souhaitons qu'à la lumière des informations retenues, il puisse se rattacher à l'un ou l'autre de ces modèles, ou à certains aspects de ces modèles et ainsi voir sa pratique clinique enrichie.

Tableau 1

Caractéristiques des modèles conceptuels du TAG

Modèle	Mennin	Dugas	Wells	Roemer et Orsillo
Notion centrale	Problème de régulation des émotions	Intolérance à l'incertitude	Effets des méta-inquiétudes	Acceptation de l'expérience interne
Phases du traitement	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psychoéducation 2) Acquisition d'habiletés liées aux connaissances somatiques et à la régulation émotionnelle adaptée 3) Exposition expérientielle 4) Récapitulation des acquis, planification du futur et prévention de la rechute 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psychoéducation sur le TAG et les types d'inquiétude 2) Psychoéducation sur l'intolérance à l'incertitude 3) Mise en lumière des croyances quant à l'utilité de s'inquiéter 4) Développement d'une meilleure résolution de problème 5) Exposition aux scénarios anxigènes et réduction des comportements de neutralisation 6) Prévention de la rechute 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Psychoéducation et personnalisation du cas 2) Modification des croyances négatives concernant l'absence de contrôle des inquiétudes 3) Modification des croyances quant aux dangers de s'inquiéter 4) Modification des croyances positives face aux inquiétudes et changement des stratégies 5) Réduction de l'évitement 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Explication du modèle 2) Explication des rôles et du fonctionnement des émotions 3) Développement de l'acceptation de l'expérience interne 4) Modifications des comportements 5) Prévention de la rechute

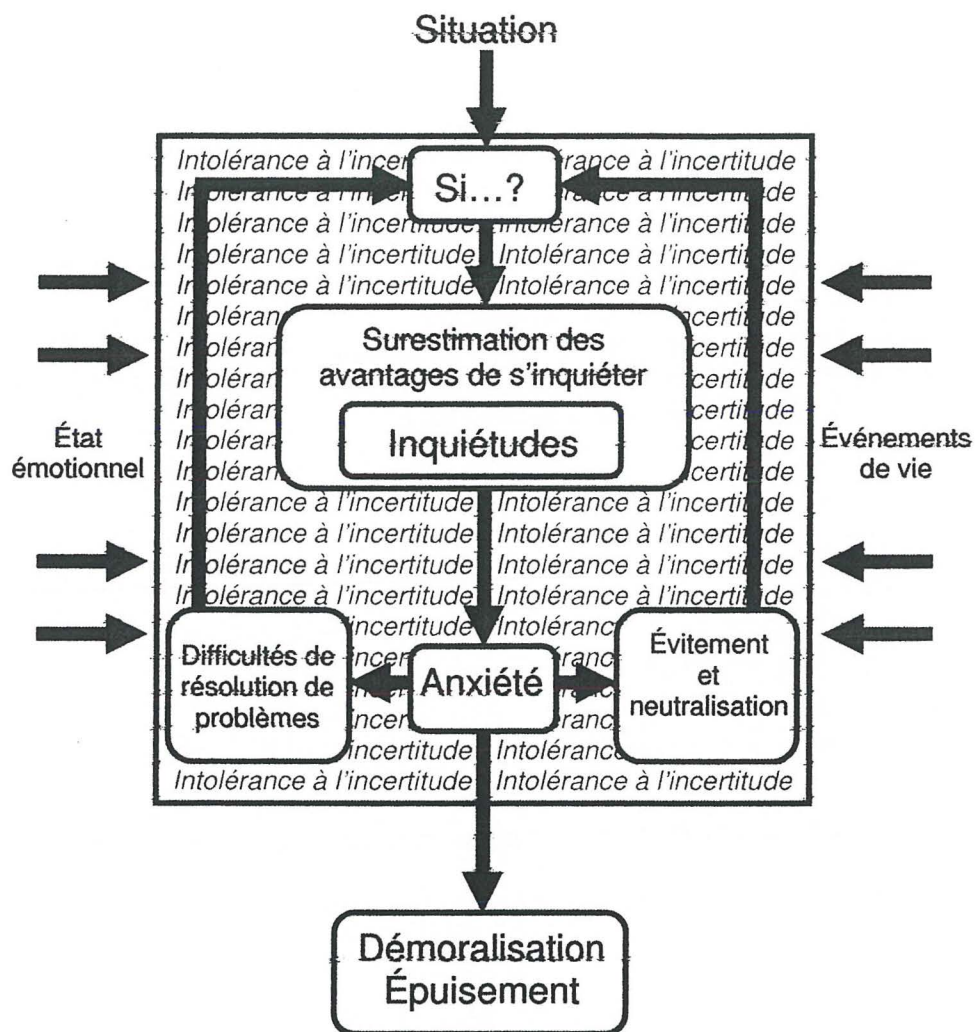


Figure 1. Modèle conceptuel du TAG de Dugas et coll. (p. 53, 2007)

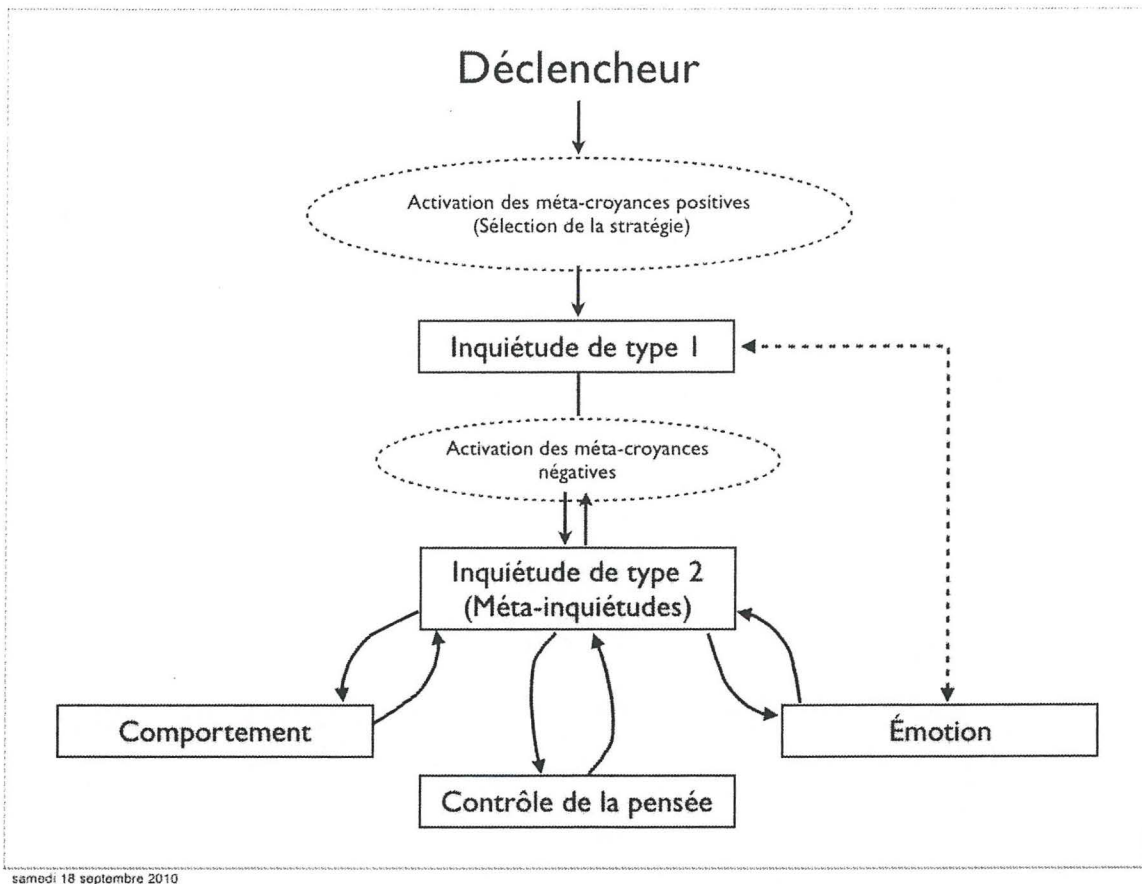


Figure 2. Modèle conceptuel du TAG de Wells traduit (traduction française - p. 167, 2004)

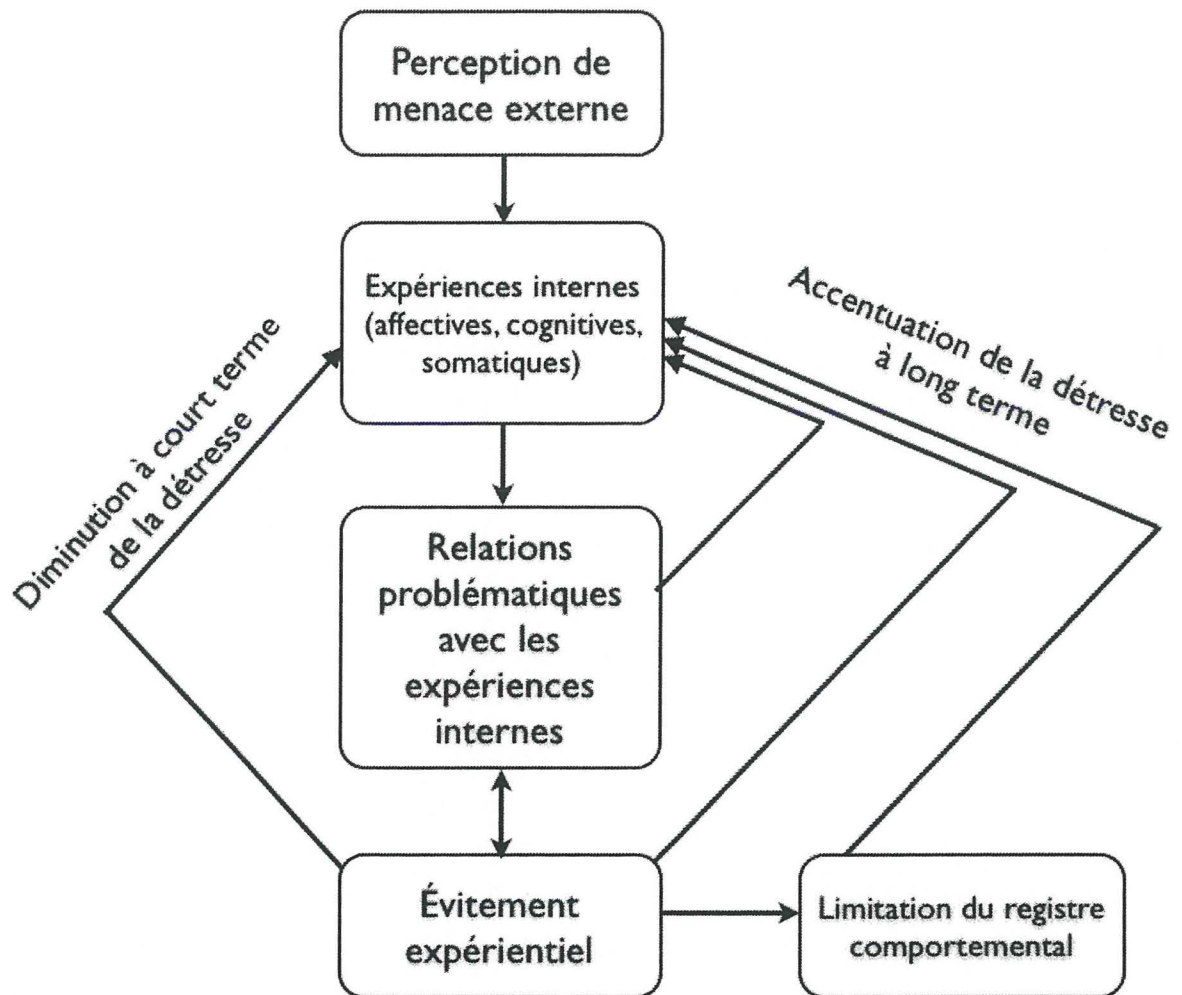


Figure 3. Modèle conceptuel du TAG de Roemer et Orsillo (traduction française, repris de Behar et coll., p. 1019, 2009)

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th – Text Revision ed.). Washington, DC.
- Antony, M. (2002). Enhancing current treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 91-94.
- Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg : the GADIS study. *European Psychiatry, 20*(3), 229-235.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K., et coll. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl. 11), 53-58.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAG): Conceptual review and treatment implications, *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011-1023.
- Berenbaum, H. (2010). An initiation-termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychological Review. Clinical Psychology Review, 30*(8), 962-975.
- Borkovec, T., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.

- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 288-298.
- Bouchard, S., & Dugas, M. J. (2003). L'anxiété généralisée: Un état, un trait, ou un trouble? In T. Lemprière (Ed.), *Dépression et troubles anxieux généralisés* (pp. 29-43). Paris: Acanthe.
- Bouchard, S., Taylor, S., Cox, B., & Gauthier, J. (1999). Anxiety disorders. In W. Marshall & P. Firestone (Eds.) *Abnormal Psychology. Perspectives.* (pp. 151-180). Toronto: Prentice Hall.
- Castonguay, L., Newman, M., Borkovec, T., Holtforth, M., & Maramba, G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)* (pp. 241-260). New York, NY : Oxford University Press.
- Charron, C., Bouchard, S., & Green-Demers, I. (2003). Distinctions conceptuelles entre les dimensions méta-émotives de l'inquiétude de Type 2. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 13*(1), 3-13.
- Dallaire, L., Bouchard, S., & Dugas, M. (soumis pour publication). Identification of recurrent themes in imaginal exposure scenarios during the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*(4), 429-441.

Dugas, M. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*(1), 31-40.

Dugas, M., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The Role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York, NY: Guilford Press.

Dugas, M., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*(5),

Dugas, M., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(1), 61-81.

Dugas, M., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*(5), 635-657.

Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M., Langlois, F., Provencher, M., et coll. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825.

Dugas, M., Leblanc, R., & Seidah, A. (janvier 2007). *La thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée – Manuel du thérapeute*. Manuscrit non publié, Université Concordia.

- Dugas, M., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(3), 329-343.
- Dugas, M., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*(6), 835-842..
- Foa, E., & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear : exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20-35.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C., Dugas, M., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 908-919.
- Gould, R., Safren, S., Washington, D., & Otto, M. (2004). A Meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 248-264). New York, NY : Guilford Press.
- Grenier, S., & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance a l'incertitude et inquiétudes. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 36*(1), 56-65.
- Kessler, R., Walters, E., & Wittchen, H. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York, NY US: Guilford Press.

- Laberge, M., Dugas, M., & Ladouceur, R. (2000). Changes in dysfunctional beliefs before and after a cognitive-behavioral treatment for people with generalized anxiety disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 32(2), 91-96.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J., et coll. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, 30(2), 191-207.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Leahy, R. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 265-292). New York, NY : Guilford Press.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.

- Linden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(1), 36-42.
- McLaughlin, K., Mennin, D., & Farach, F. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1735-1752.
- Mennin, D. (2004). Emotion Regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(1), 17-29.
- Mennin, D. (2005). Emotion and the acceptance-based approaches to the anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 37-68). New York, NY : Springer Science + Business Media.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 85-90.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(10), 1281-1310.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, *131*(5), 785-795.

- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., Fisher, A., & Nordberg, S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(2), 135-147.
- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). New York, NY : Guilford Press.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 3-35). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Overholser, J. C. & Nasser, E. H. (2000). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(2), 149-161.
- Persons, J. B. (2001). Understanding the exposure principle and using it to treat anxiety. *Psychiatric Annals*, 31(8), 475-476.
- Powers, M.B., Smits, J.A.J., Leyro, T. M., & Otto, M.W. (2006). Translational research perspectives on maximizing the effectiveness of exposure therapy. In D.C.S. Richards & D.L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 109-126), Burlington: Academic Press.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1)*, 54-68.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9(1)*, 54-68.

Roemer, L., & Orsillo, S. (2005). An Acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York, NY: Springer Science + Business Media..

Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(6)*, 1083-1089.

Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorder: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety, 23(2)*, 51-61.

Siev, J., & Chambless, D. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(4)*, 513-522.

- Turk, C., Heimberg, R., Luterek, J., Mennin, D., & Fresco, D. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23(4), 526-555.
- Wells, A. (2002). Worry, metacognition, and GAD: Nature, consequences, and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(2), 179-192.
- Wells, A. (2004). A Cognitive Model of GAD: Metacognitions and Pathological Worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York, NY : Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899.

Wittchen, H., Kessler, R., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management.

Journal of Clinical Psychiatry, 63(Suppl 8), 24-34.

Wittchen, H. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society.

Depression and Anxiety, 16(4), 162-171.

Avant-propos du deuxième article

Ce deuxième article s'intitule *Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. Cet article, de langue anglaise, a été soumis à la revue *Cognitive and Behavior Practice*. Un accusé de réception nous est parvenu le 1^{er} octobre 2010. Nous sommes en attente du rapport du comité de lecture.

Running head: GAD EXPOSURE THEMES

**Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During
the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder**

Louis Dallaire, Université de Sherbrooke

Stéphane Bouchard, Université du Québec en Outaouais

Michel J. Dugas, Concordia University

Author Note: This study was part of the doctoral thesis of the first author. This study was completed in part thanks to the financial support of the Canada Research Chairs program awarded to the second author. Special thanks to Eleanor Donegan (M.A.) for her editorial contribution. Correspondance should be addressed to Stéphane Bouchard, Département de psychoéducation et psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, pièce C-2801, C.P. 1250, succ. Hull, Gatineau (Québec), Canada, J8X 3X7. E-mail : stephane.bouchard@uqo.ca.

Abstract

Recent theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD) have led to the identification of specific cognitive components associated with the disorder and to the development of effective intervention strategies. One of these strategies lies in the imaginal exposure to anxiety-provoking worse-case scenarios. The goal of this study was to identify common themes underlying the superficially varying worry content that is sometimes relevant in clients' worries and that must be incorporated into exposure scenarios. Twenty-eight mental health practitioners examined 29 exposure scenarios that had been previously developed for clients receiving cognitive-behavioral therapy for GAD. The practitioners read the scenarios and indicated (1) the extent to which 26 exposure themes were relevant to each scenario, (2) the 3 themes that were most representative of each scenario, and (3) the 5 themes that were most representative of all 29 scenarios in order from most to least representative. In three analyses, converging evidence indicated that a principal recurring theme across exposure scenarios was the feeling of helplessness in the face of aversive events. To a lesser degree, a feeling of shame was also relevant across exposure scenarios, as was the awareness of physical sensations. The clinical implications of the relative importance of these and other themes in exposure scenarios are discussed.

Key words: Generalized anxiety disorder; Anxiety disorders; Treatment, therapy, or intervention; Imaginal exposure; Cognitive exposure

Identification of Recurrent Themes in Imaginal Exposure Scenarios During the Cognitive-Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder

Generalized anxiety disorder (GAD) is the most frequently encountered anxiety disorder in primary health care (Anseau, Fischler, Dierick, Mignon, & Leyman, 2005; Ballenger, Davidson, Lecrubier, Nutt, Borkove, Rockels, et al., 2001; Wittchen, 2002). However, the understanding and treatment of GAD is possibly the least advanced of the anxiety disorders (Ballenger et al., 2001; Dugas, 2000; Heimberg, Turk, & Mennin, 2004; Mitte, 2005; Siev & Chambless, 2007; Wittchen, 2002). The social and individual costs of GAD are substantial, particularly when it is associated with depression. These costs can include decreased work performance, increased work absenteeism, and a greater reliance on health care services (Ballenger et al., 2001; Wittchen, 2002). Although a number of treatments for GAD have been shown to lead to statistically significant reductions in symptoms (e.g., Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006; Mitte, 2005), many clients do not attain increased levels of overall functioning following therapy (Gould, Safren, Washington, & Otto, 2004; Rynn & Brawman-Mintzer, 2004; Siev & Chambless, 2007). As a result, GAD merits further attention and the development of more efficacious and targeted intervention strategies.

In order to improve treatment efficacy, many theoretical models of GAD have emerged over the last decade. Wells' explanatory model (Wells, 2006) places an emphasis on the metacognitions particular to GAD. According to Wells, positive and negative metacognitions about worry (e.g., worry helps prevent negative outcomes, and worry is uncontrollable and harmful) are thought to be implicated in the development and maintenance of the disorder.

Mennin and colleagues (McLaughlin, Mennin, & Farach, 2007; Mennin, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002; Mennin, Turk, Heimberg, & Carmin, 2004; Turk, Heimberg,

Luterek, Mennin, & Fresco, 2005) suggest that deficits in emotion regulation are central to GAD. They argue that individuals suffering from GAD demonstrate greater emotional intensity and deficits in the comprehension, acceptance, and management of emotions. Furthermore, the act of worrying is thought to heighten the intensity of negative emotional reactions.

Another model, proposed by Dugas and colleagues (Dugas & Koerner, 2005; Dugas & Ladouceur, 2000; Dugas, Savard, Gaudet, Turcotte, Brillon, Leblanc et al., 2004; Ladouceur, Dugas, Freeston, Léger, Gagnon, & Thibodeau, 2000), places intolerance of uncertainty at the centre of GAD. Intolerance of uncertainty, which refers to a dispositional characteristic arising from deep-seated negative beliefs about uncertainty and its implications (Dugas & Robichaud, 2007), manifests as the propensity to react negatively to uncertain situations or events at an emotional, cognitive, and behavioural level (Dugas & Koerner, 2005). Given that situations with uncertain outcomes are common in daily life, individuals with GAD frequently experience anxiety.

Several cognitive-behavioural treatments have been developed from recent GAD models. Treatment outcome studies have demonstrated that many of these treatments lead to better outcomes than previous treatments for GAD on general measures of anxiety, in the percentage of clients who no longer meet diagnostic criteria, and in the severity of GAD symptoms following treatment (Dugas, Ladouceur, Léger, Freeston, Langlois, Provencher, et al., 2003; Durham, Chambers, MacDonald, Power, & Major, 2003; Linden, Zubaegel, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005; Öst & Breitholtz, 2000). In addition, these improvements appear to be sustained over time (Arntz, 2003; Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Dugas et al., 2003; Floyd, Mckendree-Smith, Bailey, Stump, Scogin, & Bowman, 2002; Linden et al., 2005; Öst & Breitholtz, 2000). Cognitive-behavioural therapy (CBT) also appears to be cost effective

when compared to medication (Heuzenroeder, Donnelly, Haby, Mihalopoulos, Rossell, Carter, et al., 2004). However, meta-analyses of treatment outcome studies for GAD have found that clinically significant improvement is often achieved for approximately 50% of participants, which is a modest percentage when compared to the treatment of other anxiety disorders (Siev & Chambless, 2007; Westen & Morisson, 2001). Pharmacological treatments also meet with limited success (Rynn & Brawman-Mintzer, 2004). Thus, in spite of the recent improvement in the efficacy of GAD treatment protocols, there is a need for research that allows us to further improve and refine existing treatments. In particular, we need to better understand and define the components of cognitive-behavioural therapy in a way that is specific to GAD.

Exposure-based interventions, in which clients are exposed to the source of their anxiety, are a common component of CBT protocols for anxiety disorders (Foa, Huppert, & Cahill, 2006; Foa & Kozak, 1986; Rauch, Foa, & Filip, 2004; Richard, Lauterbach, & Gloster, 2007). This strategy is frequently used for phobias, post-traumatic stress disorder (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Hembree & Feeny, 2006), obsessive-compulsive disorder (Abramowitz, 1996; Simpson & Liebowitz, 2006), and social anxiety (Davidson, 2006; Deacon & Abramowitz, 2004). However, there are fewer articles in the scientific literature that focus specifically on the use of exposure in the treatment of GAD. Moreover, not all of the published treatment protocols for GAD include exposure-based interventions and those that do tend to follow varying procedures and rationales. In some protocols, for example, exposure is used to allow for the insertion of alternative thoughts (Ballenger et al., 2001; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Leahy 2004; Overhosler & Nasser 2000; Rynn & Brawman-Mintzer, 2004). In other protocols, exposure is performed without the addition of alternative thoughts (Dugas, 2002; Dugas & Koerner, 2005; Dugas et al., 2003; Dugas et al., 2004; Huppert & Alley 2004; Mennin

2004; Mennin et al 2002; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2005; Newman, Castonguay, Borkovec, & Molnar, 2004).

In addition to variability in the use of exposure-based interventions, there are several additional challenges that arise when applying exposure techniques to GAD. The first challenge is associated with the diversity of worry content that is characteristic of GAD. The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV*; American Psychiatric Association, 1994) specifies that GAD is characterized by excessive and uncontrollable worry, in addition to other symptoms (e.g., fatigue, restlessness, and irritability). Although all individuals worry to some extent, individuals with GAD worry to a degree that is excessive and that interferes with their daily lives. The content of worry, whether excessive or not, can vary from one person to the next as can the stimuli that trigger particular worries. Studies examining the content of worries in individuals with GAD have identified anywhere from 5 to 11 categories of worry content (Becker, Goodwin, Hölting, Hoyer, & Margraf, 2003; Doucet, Ladouceur, Freeston, & Dugas, 1998; Diefenbach, McCarthy-Larzelere, Williamson, Mathews, Manguno-Mire & Bentz, 2001; Dugas, Freeston, Ladouceur, Rhéaume, Provencher, & Boisvert, 1998; Hoyer, Becker, & Roth, 2001; Sanderson & Barlow, 1990; Roemer, Molina, & Borkovec, 1997; Watkins, Moulds, & Mackintosh, 2005). These categories often include worries about finances, work, illness (one's own or that of others), the future, interpersonal relationships, daily concerns, and existential or socio-political issues. This diversity in content can pose a challenge when developing scenarios for use in exposure-based interventions.

The second challenge is related to the frequently hypothetical nature of worries in GAD. Because these worries are generally not amenable to *in vivo* exposure, imaginal exposure is often the most appropriate strategy. This technique involves exposing an individual to his or her fears

by developing an imagined scenario that includes the anxiety-provoking content (Dugas & Koerner, 2005). Imaginal exposure is well-suited for worries that have hypothetical content as it allows for greater flexibility when developing exposure scenarios and also allows therapists to target more complex sources of anxiety (Foa & Kozak, 1986). Despite these advantages, however, this form of exposure is used only occasionally in treatment protocols, which tend to favour other therapeutic strategies, such as cognitive restructuring and relaxation training (Arntz, 2003; Ballenger et al., 2001; Borkovec et al., 2002; Linden et al., 2005; Öst & Breitholtz, 2000). We argue, however, that if imaginal exposure was better tailored to the nature of worry in GAD, this technique would be more appealing to therapists and might also be more effectively applied.

A third challenge that therapists face when applying exposure interventions in GAD is the difficulty of effectively targeting the source of a client's anxiety during exposure. The content of worry in GAD, when examined superficially, often relates to trivial topics or infrequent events (Hoyer et al., 2001; Overholser & Nasser, 2000). In order to be effective, however, imaginal exposure scenarios must fully elicit the anxiety response that clients associate with a particular scenario. In order to do so, the source of anxiety must be specifically targeted during exposure (Foa & Kozak, 1986; Goldman, Dugas, Sexton, & Gervais, 2007; Hecker, 1990; Rauch et al., 2004). However, the underlying core source of anxiety in GAD is often more difficult to identify than in other anxiety disorders and it can be difficult to develop scenarios that trigger sufficient anxiety. These scenarios might be more easily developed, however, if the key elements of common and core worry themes were identified (Goldman et al., 2007).

The diverse, hypothetical, and often trivial or infrequent nature of the worry content in GAD can make the development of scenarios for exposure interventions difficult for clinicians. Even for disorders where imaginal exposure is recognized as an effective intervention (e.g., post-

traumatic stress disorder), the application of this technique faces serious challenges, possibly due to insufficient knowledge of the intervention and lack of experience among clinicians. It has been suggested that it would be beneficial to better equip therapists to use imaginal exposure for all anxiety disorders (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Given the additional challenges posed by the nature of GAD-related worries, this suggestion is particularly appropriate in the context of GAD treatment. One way to better equip therapists who are using imaginal exposure for GAD would be to define more clearly key themes used in exposure that are relevant to worries in general. A pragmatic approach would be to examine the worse case scenarios generated by GAD patients using the downward arrow technique to create their exposure stimuli (Dugas, Brillon, Savard, Turcotte, Gaudet, Ladouceur et al., 2010). This approach may allow finding emerging themes in exposure. These themes may express core fears in GAD patients. For the purposes of this paper, it is important to clarify the difference between worry content (i.e., the topics that people worry about) and exposure theme (i.e., themes found in exposure scenarios and assumed to express core fears and worries). The goal of the present study is to identify the most frequently recurring and representative themes in worry exposure scenarios.

Method

Participants

Participants included 11 practitioners with documented expertise in the CBT treatment of GAD, and 17 practitioners without such a specific expertise (i.e., general experience in treating various Axis I mental health disorders, not necessarily with CBT). The distinction between practitioners who were or were not specialists in the provision of CBT for GAD allows comparing the perspective each group may have towards the exposure scenarios. The non-specialist practitioners were recruited from diverse practice settings, including community health

care service centres, psychiatric hospitals, and private practice. The specialists were recruited from anxiety disorder clinics or clinics specializing in GAD. Although most participants were psychologists (53.6%), the sample also included social workers (14.3%), psychiatrists (10.7%), and other clinical professionals (e.g., nurses or doctors, 21.5%). The age of the participants ranged from 27 to 57 years. Almost all (96.4%) indicated that they were very familiar with the *DSM-IV* (1994) diagnostic criteria for GAD.

Measures

A booklet containing imaginal exposure scenarios and possible exposure themes was developed specifically for this study. The booklet contained 29 exposure scenarios that were obtained from therapists who had provided CBT to clients with GAD. In order to construct these scenarios for use in treatment, the original therapists used the downward arrow technique to identify the central core of each client's worst fear and then created a text that included detailed images and sensory information related to each worse case worry scenario (Dugas, Savard et al., 2004). For the present study, four psychologists, including the principal author, first examined all 29 exposure scenarios and constructed a list of themes that they felt described each scenario. These psychologists came from various clinical backgrounds, each had a minimum of seven years of experience in the psychotherapeutic treatment of anxiety disorders, and were knowledgeable about imaginal exposure. A total of 26 possible exposure themes were suggested and included in the booklet to be rated (see Table 1).

Procedure

Thirty five people received a letter explaining the nature of the study, a consent form, a set of questions regarding their clinical experience, and the booklet containing 29 imaginal exposure scenarios and a list of 26 possible themes. A total of 28 participants completed the booklet and

the questions regarding their clinical background individually and then returned them, with the signed consent form, to the authors.

When completing the booklet, participants were asked to make three types of ratings. First, they were asked to examine each of the 29 exposure scenarios individually. Using the list of 26 themes, participants rated the degree to which each exposure theme was relevant to each scenario on an 11-point Likert scale ranging from 0 (“not at all relevant”) to 10 (“entirely relevant”). Second, participants were asked to identify the three most representative themes for each scenario. Third, participants were asked to consider all of the exposure scenarios at once and to list, in order from most to least representative, the five themes that were the most representative of the largest number of scenarios.

Results

Analyses of the data took place in three stages. The first stage involved identifying the themes that were rated as *more relevant* in (or descriptive of) each of the 29 scenarios. “More” was defined as a statistically significant difference from the mean rating of all 26 themes (Grand Mean). In the second stage, we determined the frequencies of the themes that were considered to be *the most* representative for each of the 29 scenarios. The third stage involved identifying the themes that were rated as *representative of the largest number* of scenarios. Our overarching goal in these three modes of analysis was to obtain converging evidence that would allow us to identify the most important themes in GAD exposure scenarios.

The presence of exposure themes in each scenario

When participants’ ratings of the presence of the exposure themes were examined, the overall average for all 26 themes was calculated (Grand Mean) in order to identify which themes stand out from the others. The average (Grand Mean) was 3.14 (SD = .96). The specialists

awarded average scores ($M = 2.50$, $SD = .71$) that were lower than those awarded by the non-specialists ($M = 3.55$, $SD = .89$). This difference was statistically significant, $t(26) = 3.29$, $p < .05$, indicating that the specialists considered the themes less relevant or descriptive of the exposure scenarios than did the non-specialists. As a result, an “expertise” factor was included in the ANOVAs. Ratings for individual themes ranged from 0.65 ($SD = .87$) on Theme 26: *Feeling that worry is abnormal or dangerous*, to 6.7 ($SD = 1.75$) on Theme 7: *Feeling of helplessness toward events* (see Table 2).

A 2 X 2 (Specialist vs. Non-specialist X Theme vs. Grand Mean for all themes) repeated measures ANOVAs were computed to compare the mean rating for each theme to the overall average rating for all 26 themes (see Table 3). In order to reduce Type I error, not all 26 themes were subjected to the ANOVAs. Only the ten themes with the highest scores were subjected to ANOVA analyses and a Bonferroni correction was applied, lowering the significance level to 0.005. Of the ten highest-ranking themes, only Theme 14 (*Fear of experiencing a loss of status*) was not significantly different from the overall Grand Mean for all themes, $F(1,26) = 6.31$, $p = .019$. All of the other nine themes were rated as relevant to a significantly greater degree than the overall Grand Mean (all $p < .005$).

The interactions between specialist status and theme relevance ratings were not significant for any of the 10 themes analyzed. However, there were significant between-group differences in the ratings for three themes, including Theme 2 (*Important presence of physical sensations*), $F(1,26) = 18.95$, $p < .005$, Theme 8 (*Feeling of being hemmed in*), $F(1,26) = 14.00$, $p < .005$, and Theme 12 (*Fear of being judged by others*), $F(1,26) = 11.42$, $p < .005$. In each case, the relevance ratings of the non-specialists were significantly higher than the ratings of the specialists.

Identifying representative themes for each scenario

In the second stage of the analysis, we identified the themes that participants considered to be *the most representative* of each scenario. Specifically, among the 10 highest-rated themes from the previous analysis, we identified the themes that were considered to be representative of a given scenario by at least one third of the participants (i.e., at least 10 out of the 28 participants). Given that our goal was to provide a qualitative description of this data, no inferential analyses were conducted. The results indicate that Theme 7 (*Feeling of helplessness in the face of events*) was rated as one of the most representative themes in 16 scenarios by at least 10 participants (see Table 4). Other themes were also frequently identified, such as Theme 8 (*Feeling of being hemmed in*), Theme 19 (*Feeling of shame*), Theme 2 (*Awareness of physical sensations*) and Theme 12 (*Fear of being judged by others*).

Identifying representative themes for all scenarios

Most representative theme. In the third stage of our analysis, we began by examining the themes that participants identified as the most representative of the scenarios (i.e., their first choice). A chi-square test was conducted on the distribution of first-choice themes and was found to be significant, $\chi^2(8) = 41.43, p < .001$, indicating that the first-choice themes were not selected at random. A visual inspection of the first-choice themes revealed that at least one common theme emerged. Theme 7 (*Feeling of helplessness in the face of aversive events*) was most frequently selected as the most representative for all scenarios (i.e., this theme was the first-choice selection for 13 participants, or 46.4% of the sample) (see Table 5). The next most frequently selected themes were Theme 2 (*Awareness of physical sensations*), which was selected by 5 participants, or 17.8% of the sample, and Theme 24 (*Emotionally incapable of facing an event*), which was selected by 4 participants, or 14.3% of the sample. The remaining 23

themes were selected as most representative either by only one participant or were not a first-choice selection for any of the participants.

Five most representative themes. An examination of the five most representative themes identified by each participant (see Table 5) revealed that Theme 7 (*Feeling of helplessness in the face of aversive events*) was ranked as one of the top 5 most representative themes by 22 participants. Theme 2 (*Awareness of physical sensations*) was selected by 16 participants. Themes 4 (*Feeling of incompetence*), 8 (*Feeling of being hemmed in*), and 24 (*Feeling of being emotionally incapable of facing an event*) were chosen by 11 participants. Finally, Theme 19 (*Feeling of shame*) was chosen by 9 participants. All other themes were chosen by fewer than 30% of the participants.

Discussion

The purpose of this study was to identify, in three converging modes of analyses, the underlying exposure themes that are common across imaginal exposure scenarios from GAD clients. First, repeated measures ANOVA analyses were computed to identify the themes that stood out from the 29 exposure scenarios. Participant ratings indicated that nine out of the 26 possible themes were relevant to a significantly greater degree than the combined average of all 26 themes. Second, an examination of the frequency with which themes were selected was conducted to identify which of the 26 exposure themes were considered to be representative of individual scenarios by at least one third of the participants. Finally, a chi-square test was conducted to identify the themes that were most often rated as representative when all 29 scenarios were considered together (i.e., whether or not the distribution of first-choice themes was a random distribution). The chi-square test was significant and a visual inspection of the data showed that one theme stood out in particular (Theme 7).

The three analyses described above provide converging evidence that Theme 7 (*Feeling of helplessness in the face of aversive events*) is an important theme in exposure to worse case scenarios with GAD clients. In the first analysis, when participants rated the relevance of each theme in each scenario using an 11-point Likert scale, feeling of helplessness in the face of aversive events received the highest average score. In the second analysis, feeling of helplessness in the face of aversive events was the theme that was most frequently chosen as most representative by more than ten participants. In the third analysis, when participants were asked to consider all of the exposure scenarios at once, feeling of helplessness in the face of aversive events was most often included in the top 5 most representative themes identified by each participant.

From a clinical perspective, we can speculate about the potential value of incorporating Theme 7 more explicitly into imaginal exposure scenarios during treatment for GAD. Given that the content of clients' worries can sometimes appear to consist of minor topics, developing effective exposure scenarios can be difficult. However, a feeling of helplessness in the face of events appears to be a common theme underlying many worries that vary superficially in content. As a result, explicitly incorporating this theme into exposure scenarios might increase the anxiety they elicit in clients, thereby increasing the therapeutic effectiveness of exposure exercises.

Other than a feeling of helplessness, only Theme 2 (*Awareness of physical sensations*) stood out as a potentially important theme in the analyses conducted here. Although less clearly important than a feeling of helplessness, Theme 2 was among the nine themes identified as relevant to a greater degree than average across the 29 scenarios and was among the themes frequently identified as most representative by participants. There may be two reasons for the

prevalence of this theme. First, GAD is in part characterized by the relevance of somatic symptoms of anxiety. The awareness of bodily sensations as an exposure theme may reflect this characteristic. Second, when developing imaginal exposure scenarios, therapists often intentionally incorporate sensory information related to the focus of their clients' worries. Whether the relevance of this theme in scenarios is due to characteristics of GAD or to the way in which therapists construct exposure scenarios, incorporating an awareness of somatic symptoms may help clinicians develop more anxiety-provoking scenarios (see Lang, 1995). One may also consider adding interoceptive exposure exercises to imaginal worry exposure.

The results of our analyses were less clear for the remainder of the exposure themes, although several additional themes did emerge as potentially important. The feeling of being hemmed in or of having one's back against the wall (i.e., Theme 8), the feeling of incompetence (i.e., Theme 4), and the feeling of being emotionally incapable of facing an event (i.e., Theme 24), were all among the five most important. In addition, these three themes were also among those that were rated as present to a greater degree in Table 3. As a result, these themes may represent important and recurrent themes in imaginal exposure scenarios, although the degree to which these themes are relevant to particular clients may vary.

When Table 4 is examined more closely, several additional findings merit our attention. First, if we consider only the two most important themes (i.e., Theme 7: *Feeling of helplessness* and Theme 2: *Physical sensations*) we see that one or both themes are relevant to 19 of the 29 scenarios. Sixteen of the 19 scenarios involve Theme 7 and six involve Theme 2. Only 3 scenarios involve both themes. Although Themes 8 (*Feeling of being hemmed in*) and 24 (*Feeling of being unable to face an event emotionally*) were rated by participants as being among the most representative, they do not represent any scenarios on their own. In other words, when

either Theme 8 or 24 is relevant to a given scenario, either Theme 2 or 7 is also present. In contrast, Theme 19 (*Feeling of shame*) represents 6 additional scenarios in which neither Themes 2 nor 7 appear. Theme 4 (*Feeling of incompetence*) is only representative of one scenario in which Themes 2, 7, and 19 are not also present.

The results outlined in Table 4 provide us with some insight into the relative degree of diversity in worry content and in the themes underlying this content. We know that the content of GAD worries is diverse and the results in Table 4 indicate that there is also diversity in the underlying themes, albeit to a lesser degree. At first glance, the fact that several themes appear to be representative of exposure scenarios suggests that there is considerable diversity in exposure themes. However, Themes 4 (*Feeling of incompetence*), 8 (*Feeling of being hemmed in*) and 24 (*Feeling of being unable to face an event emotionally*) do not represent any scenarios on their own. Themes 2 (*Physical sensations*), 7 (*Feeling of powerlessness*) and 19 (*Feeling of shame*), on the other hand, are distinguished by their complementary nature. One of these three themes is considered to be representative of 25 of the 29 scenarios.

The identification of core themes that are common across superficially varying worries should allow clinicians to construct more effective exposure scenarios. An exposure scenario must activate a client's anxiety reaction by representing his/her worry topics. However, in addition to the potentially superficial worry topic, it may be useful for clinicians to incorporate the themes of helplessness and awareness of physical sensations into exposure scenarios, provided that these themes are relevant to the client's worries. In fact, we suggest that clinicians pay special attention to whether the theme of helplessness seems dominant. If not, it might be better to consider the relevance of the theme of shame. Finally, in order to further customize exposure scenarios, clinicians could also consider the themes of incompetence, emotional

incapacity in the face of worrisome events, and the feeling of being hemmed in. Although these themes are less prevalent, they do appear to provide some additional information about the underlying content of exposure themes. Clinicians should, of course, develop individualized exposure scenarios for each client. However, the themes identified above can serve as a guide to ensure that important ingredients are not omitted when developing scenarios for use in imaginal exposure exercises.

The lack of an interaction effect between general mental health practitioners and practitioners with expertise in treating anxiety disorders in their ratings of the various themes indicate that they were both able to identify similar themes in the exposure scenarios. Exposure themes can therefore be identified by a variety of practitioners, regardless of their level of specialization.

Recent theoretical models have attempted to identify phenomena, such as cognitive variables, that lead to the development and maintenance of GAD symptoms. The theoretical model proposed by Dugas and colleagues (1998), for example, places intolerance of uncertainty at the centre of GAD and has contributed to the elaboration of a well-defined treatment protocol (see Dugas & Koerner, 2005). The relationship between intolerance of uncertainty and GAD has received empirical support (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004; Dugas & Koerner, 2005; Dugas & Ladouceur, 2000). However, we should consider whether GAD is characterized by an intolerance of uncertainty in general or whether intolerance can apply to a more circumscribed set of uncertainty-inducing situations. Although the present study does not directly focus on the phenomenology of GAD and core fears and worries, our results could improve our understanding of intolerance of uncertainty in GAD by helping to specify the uncertainty-related themes underlying clients' core worries. For example, it may be that individuals with GAD are

particularly intolerant of situations in which they experience a sense of helplessness in the face of distressing uncertain or hypothetical events. The individual would thus experience anxiety while thinking specifically that an uncertain event could drive him/her to experience a feeling of helplessness or even a feeling of shame. The existence of these core fears and worries remain to be explored.

The results in the present study may also be relevant to the concept of emotion dysregulation put forward by Mennin and colleagues (2002, 2004, 2005). Individuals with GAD may worry in order to avoid intense emotions (Borkovec et al., 2004) and to control or eliminate disturbing emotional experiences (Goldman et al., 2007; Mennin, 2004). Mennin and colleagues have suggested that exposure exercises in treatment allow clients to experience important and emotion-laden themes that they might otherwise attempt to avoid. In the present study, the theme that most closely relates to the tendency to avoid emotion-laden information is the feeling of being unable to face an event emotionally (i.e., Theme 24). This theme was identified as potentially important in our analyses and it may be that the feeling of helplessness is an emotion that is particularly difficult to regulate for individuals with GAD. The prospect of feeling helpless in the face of events might consistently elicit anxiety, regardless of the events that trigger this emotion. Shame might also be an emotion that can be tied to the concept of emotion dysregulation. If helplessness and shame are central to the worries of individuals with GAD, it may be that exposure to these emotions is particularly effective in eliciting anxiety during exposure scenarios, thereby enhancing the therapeutic effect of exposure.

One interesting finding in this study is that the themes that are important across worry topics appear to relate to different subsets of GAD symptoms, including somatic symptoms (e.g., Theme 2: *Physical sensations*), and cognitive and affective symptoms (e.g., Theme 7:

Helplessness, and Theme 19: *Shame*). Within the context of cognitive-behavioural theoretical models, these experiences are generally viewed as distinct and are often targeted separately by different treatment components. The results of this study suggest, however, that it may be important to conceptualize and treat GAD in a more holistic manner by targeting the underlying themes representing distinct symptom subsets simultaneously during treatment.

The present study has a number of limitations. The first limitation resides in the exclusive use of clinicians as participants. The relative importance of exposure themes was assessed entirely from a clinician's perspective. This study did not explore clients' perceptions of the relative importance of exposure themes. It would have been interesting to include a sample of individuals with GAD in order to include their perspective in the analyses. This perspective should be obtained in future research if we wish to ensure that the themes identified as important here are also important to clients.

In addition to a bias towards a clinician's perspective, by recruiting mental health practitioners and anxiety disorder specialists specifically, it is possible that a professional bias or a preference for a particular theoretical model may have influenced participants' responses. It is for this reason that participants were recruited from different settings. However, the exposure scenarios were obtained from a treatment study that was conducted by Dugas and colleagues (2010), and the scenarios were developed by clinicians working from an intolerance of uncertainty model of GAD. The theoretical model may have influenced the way in which the scenarios were developed, potentially introducing a bias in the types of themes that were included. It should be noted, however, that the results do not argue for such a bias because a fear of uncertainty (i.e., Theme 3) was not considered representative by our participants. On the other hand, the instructions for the development of exposure scenarios specified the inclusion of

sensory information, which may explain why this theme stood out significantly in several analyses.

One final limitation to be discussed here is that the number of participants in the study was small, particularly when grouped according to expertise. However, the fact that expertise does not appear to play a significant role in the selection of representative themes suggests that similar results might be obtained even with larger samples.

Despite the limitations of the present study, we hope that the information provided here will be of use to clinicians who wish to develop effective exposure scenarios and to apply imaginal exposure techniques in the treatment of GAD. Specifically, we suggest that clinicians consider feelings of helplessness or shame, as well as the presence of physical sensations, as possible underlying themes for exposure, in addition to the worry topics presented by clients. We caution, however, that these themes should only be incorporated into scenarios if they appear to be relevant to the client and if they do heighten the anxiety response to the exposure scenarios. Next step in research could be to empirically test whether exposure scenarios built purposefully around those themes would effectively elicit anxiety response in individuals with GAD. Of note, a recent study by Goldman et al. (2007) demonstrated that effective exposure exercises can be conducted in a written form, and their work is currently being conducted to create virtual reality environments that could be used for exposure. As Becker and colleagues (2004) have noted, there is a need to better equip clinicians to treat anxiety disorders effectively and the information provided here is a first step in addressing this need.

Table 1

Exposure Themes Suggested to Participants in the Evaluation of Each Scenario

Item	Theme
1	Fear of rejection
2	Awareness of physical sensations
3	Fear of uncertainty
4	Feeling of incompetence
5	Feeling of being unable to live up to something
6	Fear of failure
7	Feeling of helplessness in the face of aversive events
8	Feeling of being hemmed in
9	Feeling of losing one's freedom
10	Fear of solitude
11	Feeling of isolation
12	Fear of being judged by others
13	Fear of death
14	Fear of losing status
15	Fear of no longer knowing who one is
16	Fear of being responsible for events
17	Fear that suffering or loss of status will affect a loved one

-
- | | |
|----|--|
| 18 | Fear of disappointing |
| 19 | Feeling of shame |
| 20 | Fear of losing a loved one |
| 21 | Fear of losing one's value as an individual |
| 22 | Fear of being a burden |
| 23 | Loss of physical integrity (example: maimed body) |
| 24 | Feeling of being unable to face an event emotionally |
| 25 | Fear of losing control over one's action |
| 26 | Feeling that worry is abnormal or dangerous |
-

Table 2

Mean Presence Ratings for each 26 Exposure Theme

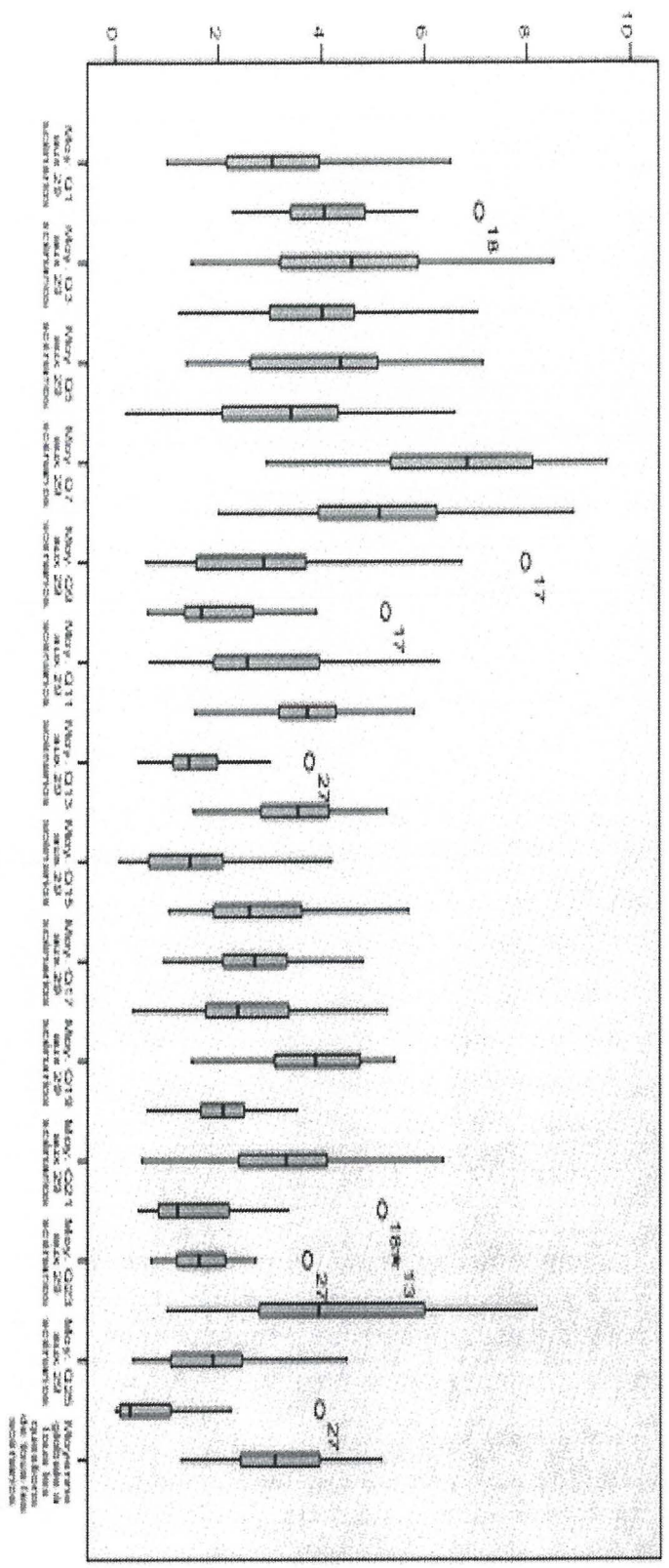


Table 3

Average Relevance Ratings for the 10 Highest Themes and Comparisons with the Average of All Themes (Grand Mean).

Theme	Repeated measurement ANOVAs				
	Specialists	Non-specialists	Theme Effect	Expertise Effect	Interaction Effect
	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>M</i> <i>(SD)</i>	<i>F</i> (1, 26)	<i>F</i> (1, 26)	<i>F</i> (1, 26)
All 26 themes	2.50 (0.71)	3.55 (0.89)			
No 2. Physical Sensations	3.26 (0.63)	4.70 (0.99)	34.91 ***	18.95 ***	1.50
No 3.	3.93	5.21	46.82	6.60 *	0.26

Uncertainty	(1.61)	(1.68)	***		
No 4.	3.22	4.35	29.11	9.05 **	0.08
Incompetence	(1.00)	(1.24)	***		
No 5. Living	3.36	4.59	33.47	6.82 *	0.31
up to	(1.37)	(1.57)	***		
something					
No 7	5.80	7.28	41.96	8.18 **	0.93
Helplessness	(1.88)	(1.43)	***		
No 8. Being	3.89	6.17	78.76	14.00 ***	7.48 *
hemmed in	(1.40)	(1.76)	***		
No 12.	3.03	4.22	54.23	11.42 ***	0.75
Judgment	(0.78)	○ (1.02)	***		

No 14. Loss of status	3.37 (1.04)	3.57 (0.92)	6.31 *	4.34 *	5.82 *
No 19. Shame	3.16 (1.01)	4.21 (1.02)	40.41 ***	9.35 **	0.00
No 24. Emotionally unable	3.44 (1.66)	4.92 (1.73)	24.39 ***	7.48 *	0.83

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .005$.

20							✓		✓	
21					✓	✓				
22					✓					
23	✓	✓				✓				
24					✓	✓				
25					✓					
26		✓								
27					✓	✓				
28							✓			
29							✓		✓	
Total	6	2	5	4	16	7	6	1	7	1
%	20.7	6.9	17.2	13.8	55.2	24.1	20.7	3.4	24.1	3.4

Note. Theme 2: Awareness of physical sensations, Theme 3: Feeling of incompetence, Theme 4: Fear of uncertainty, Theme 5: Feeling of being unable to live up to something, Theme 7: Feeling of helplessness in the face of aversive events, Theme 8: Feeling of being hemmed in, Theme 12: Fear of being judged by others, Theme 14: Fear of losing status, Theme 19: Feeling of shame, Theme 24: Feeling of being unable to face an event emotionally.

Table 5

Themes considered to be representative of all the scenarios by participants

No.	Theme content	Most important theme		Theme among the 5 most important	
		Participants	Participants	Participants	Participants
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
1	Fear of rejection	1	3.6	7	25.0
2	Significant presence of physical sensations	5	17.9	16	57.1
3	Fear of uncertainty	1	3.6	8	28.6
4	Feeling of incompetence	1	3.6	11	39.3
5	Feeling of being unable to live up to something			8	28.6
6	Fear of failure	1	3.6	1	3.6
7	Feeling of powerlessness in the face of events	13	46.4	22	78.6
8	Feeling of being hemmed in	1	3.6	11	39.3
9	Feeling of losing one's freedom				
10	Fear of solitude			1	3.6
11	Feeling of isolation			8	28.6

12	Fear of being judged by others			7	25.0
13	Fear of death				
14	Fear of losing status	1	3.6	6	21.4
15	Fear of no longer knowing who one is				
16	Fear of being responsible for events			3	10.1
17	Fear that suffering or loss of status will affect a loved one			7	25.0
18	Fear of disappointing				
19	Feeling of shame			9	32.1
20	Fear of losing a loved one			1	3.6
21	Fear of losing one's value as an individual				
22	Fear of being a burden				
23	Loss of physical integrity (example: maimed body)			2	7.1
24	Feeling of being unable to face an event emotionally	4	14.3	11	39.3
25	Fear of losing control of one's actions			1	3.6

26 Feeling that worry is abnormal or dangerous

References

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 583-600.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (IV ed.). Washington DC: Author.
- Anseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: The GADIS study. *European Psychiatry, 20*, 229-235.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 633-646.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K., et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 53-58.
- Becker, C. B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 277-292.
- Becker, E. S., Goodwin, R., Hölting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community: What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry about? *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 688-691.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized*

anxiety disorder: Advances in research and practice (pp. 77-108). New York: Guilford Press.

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.

Davidson, J. R. T. (2006). Social phobia: Then, now, the future. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 115-131). New York: Guilford Press.

Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*, 429-441.

Diefenbach, G. J., McCarthy-Larzelere, M. E., Williamson, D. A., Mathews, A., Manguno-Mire, G. M., & Bentz, B. G. (2001). Anxiety, depression, and the content of worries. *Depression and Anxiety, 14*, 247-250.

Doucet, C., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Thèmes d'inquiétudes et tendance à s'inquiéter chez les aînés. *La Revue Canadienne du Vieillissement, 17*, 361-371.

Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: Where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 31-40.

Dugas, M. J. (2002). Generalized anxiety disorder. In M. Hersen (Ed.), *Clinical behavior therapy: Adults and children* (pp. 125-143). Hoboken, NY: John Wiley & Sons.

- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M. D., & Boisvert, J.-M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 253–261.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 61-81.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 821-825.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Brillon, P., Leblanc, R., et al. (2004). Cognitive-behavioral therapy versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: Differential outcomes and processes. In H. Hazlett-Stevens (Chair), *New advances in the*

treatment of chronic worry and generalized anxiety disorder. Symposium conducted by the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.

- Dugas, M. J., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Brillon, P., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 41*, 46-58.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine, 33*, 499-509.
- Floyd, M., McKendree-Smith, N., Bailey, E., Stump, J., Scogin, F., & Bowman, D. (2002). Two-year follow-up of self-examination therapy for generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders, 16*, 369-375.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.
- 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.

- Goldman, N., Dugas, M. J., Sexton, K. A., & Gervais, N. J. (2007). The impact of written exposure on worry : A preliminary investigation. *Behavior Modification, 31*, 512-538.
- Gould, R. A., Safren, S. A., Washington, D. O. N., & Otto, M. W. (2004). A meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 248-264). New York: Guilford Press.
- Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 9-19.
- Hecker, J. E. (1990). Emotional processing in the treatment of simple phobia: A comparison of imaginal and *in vivo* exposure. *Behavioural Psychotherapy, 18*, 21-34.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). Preface. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. xi-xiv). New York: Guilford Press.
- Hembree, E. A. & Feeny, N. C. (2006). Cognitive-behavioral perspectives on theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological Anxiety : Emotional Processing, in Etiology and Treatment* (pp 197-211). New York, NY : Guilford Press.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for

generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 602-612.

Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobic, and controls. *Depression and Anxiety*, 13, 89-96.

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.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 957-964.

Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Leahy, R. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 265-292). New York: Guilford Press.

Linden, M., Zubaegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 36-42.

- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1735-1752.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 17-29.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 85-90.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Carmin, C. N. (2004). Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice* (pp. 60–89). New York: Wiley Publishing.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin, 131*, 785-795.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. In G. Press (Ed.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). New York: Guilford Press.

- Öst, L.-G., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. Cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Overholser, J. C., & Nasser, E. H. (2000). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 149-161.
- Rauch, S. A., Foa, E. B., & Filip, J. C. (2004). Imagery vividness and perceived anxious arousal in prolonged exposure treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 461-465.
- Richard, D. C. S., Lauterbach, D., & Gloster, A. T. (2007). Description, mechanisms of action, and assessment. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies* (pp 1-27). Burlington, MA : Academic Press.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314-319.
- Rynn, M. A., & Brawman-Mintzer, O. (2004). Generalized anxiety disorder: Acute and chronic treatment. *CNS Spectrums*, 9, 716-723.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III revised generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 588–591.
- Siev, J., & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects : Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 513-522.

- Simpson, H. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Best practice in treating obsessive-compulsive disorder: What evidence says. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 132-146). New York: Guilford Press.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 89-106.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1577-1585.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder. In G. C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179-199). New Jersey: Wiley Publishing.
- Weston, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatment for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 875-899
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.

Conclusion générale

Dans le réseau de la santé, lorsque le clinicien se retrouve face à la détresse d'un client, il se préoccupe assurément de déterminer quelles interventions sont propices pour réduire de façon durable cette détresse. D'une part, le clinicien peut se référer aux connaissances scientifiques concernant la problématique à laquelle il fait face. D'autre part, il peut orienter ses interventions en se guidant sur son cadre théorique d'interventions, afin de déterminer les stratégies et techniques d'intervention qui serviront le mieux à réduire la symptomatologie et la détresse du client. Les connaissances concernant la ou les problématiques de son client, tout comme le cadre théorique auquel il se réfère s'avèrent donc déterminants dans sa pratique.

Parmi les détresses auxquelles le clinicien risque d'être confronté fréquemment se trouve le trouble d'anxiété généralisée (TAG) (Allgulander, 2006; Anseau et al., 2005; Santé Canada, 2002) qui occasionne d'importantes déficits chez la personne et entraîne un coût social et économique significatif (Wittchen, 2002; Hunt, Slade, & Andrews, 2004). Si le clinicien ne fait appel qu'au cadre d'intervention habituel du traitement cognitivo-comportemental (TCC) face à un client souffrant de TAG, il risque de constater qu'il n'obtient pas le même succès qu'avec les autres troubles anxieux (Gould et al., 2004; Rynn & Brawman-Mintzer, 2004; Siev & Chambless, 2007; Westen & Morrison, 2001). Un traitement général de l'anxiété ne fonctionne pas bien si on ne prend pas en considération certaines spécificités du TAG. D'où l'intérêt de mieux saisir ce qui caractérise cette problématique et de bien cerner les composantes contribuant au développement, au maintien et à l'aggravation du TAG, et de développer des stratégies et des techniques d'intervention davantage ciblées. L'article intitulé *Modèles conceptuels du trouble d'anxiété généralisée: caractéristiques et applications cliniques* vise précisément à fournir au clinicien une compréhension exhaustive du TAG, à l'aide des quatre principaux modèles

conceptuels du TAG et de d'une adaptation du TCC à cette problématique, et d'orienter certaines interventions à la lumière de ceux-ci.

Chaque modèle présenté reprend des composantes significativement reliées au TAG. Le modèle de Mennin et ses collaborateurs (McLaughlin, Mennin, & Farach, 2007; Mennin, 2004, 2005; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002, 2005) met l'accent sur la difficulté qu'ont les individus souffrant du TAG de réguler leurs émotions. En ayant une grande difficulté à saisir leurs expériences émotionnelles et à moduler leurs émotions, ces individus recourent aux inquiétudes afin de les contrôler, les éviter ou les atténuer. Malheureusement, ce modèle révèle que l'inquiétude ne permet alors pas une intégration adéquate des émotions, que ce soit de la peur ou d'autres émotions. Le modèle de Dugas et ses collaborateurs (Bouchard & Dugas, 2003; Dugas et al., 2004; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001; Dugas & Koerner, 2005; Dugas, Leblanc, Seidah, 2007; Dugas, Marchand, & Ladouceur, 2005; Dugas, Schwartz, & Francis, 2004; Laberge, Dugas, & Ladouceur, 2000) place l'intolérance à l'incertitude en toile de fond sur laquelle le TAG se développe. Cette intolérance aux situations incertaines s'accompagne d'une multitude de caractéristiques (p. ex., mauvaise orientation dans la résolution de problème, neutralisation cognitive, perception positive des inquiétudes) qui contribuent à la symptomatologie anxieuse typique du TAG. Quant au modèle de Wells (1997, 1999, 2002, 2004, 2005), il s'intéresse particulièrement à la spirale que crée la cohabitation de croyances positives quant à l'utilité de s'inquiéter et de croyances négatives concernant les inquiétudes (méta-inquiétudes). Finalement, le modèle de Roemer et Orsillo (2002, 2005) centre ses interventions sur l'idée que l'individu souffrant de TAG cherche à contrôler et à éviter ses expériences internes et propose d'accorder une attention particulière à ce que celui-ci développe une acceptation de l'ensemble de ses expériences internes, qu'elles soient affectives, somatiques ou cognitives.

Newman et al. (2004) décrivent une adaptation au TCC traditionnel, ajoutant des stratégies spécifiques visant à améliorer les relations interpersonnelles et à permettre au client de davantage ressentir son expérience émotionnelle.

Pour le clinicien, les modèles conceptuels représentent l'avantage de lui offrir une façon de comprendre ce qui maintient, voire aggrave, les symptômes de ses clients souffrant du TAG. En ayant cette compréhension à l'esprit, il lui devient plus aisé d'identifier les interventions à faire pour agir sur l'une ou l'autre des caractéristiques décrites par le modèle utilisé, et ainsi diminuer éventuellement la symptomatologie. Au delà d'un simple manuel de traitement, donc, le clinicien gagne à avoir une conceptualisation fonctionnelle de la situation qui afflige son client, puisque ceci lui permet de mieux cibler les stratégies, techniques et interventions qui peuvent être appliquées en fonction du tableau clinique global. Voilà bien l'une des principales utilités d'avoir des modèles conceptuels d'une problématique.

Dans sa méta-analyse comparant le TCC du TAG à la pharmacothérapie, Mitte (2005) note elle-même que ces résultats portent sur des TCC qui n'avaient pas adopté de modifications correspondantes aux modèles émergents et que ces modèles conceptuels proposent des modifications qui méritent attention. Mais alors, qu'est-ce qui différencie les interventions inspirées d'un TCC davantage traditionnel d'un TCC inspiré de l'un ou l'autre de ces modèles?

Dans son guide d'interventions cliniques proposées dans le traitement du TAG, le groupe consensuel international sur la dépression et l'anxiété (Ballenger et al., 2001) précise que l'exposition n'est pas une intervention habituelle, bien qu'elle puisse servir lorsqu'une situation appréhendée est associée au TAG, ou pour permettre la pratique de la relaxation et la restructuration cognitive. Ainsi, la composante comportementale du traitement du TAG réfère

surtout à la relaxation, et non à l'exposition qui, elle, est utilisée seulement si les circonstances le suggèrent. Les études évaluant l'efficacité du TCC davantage traditionnel incluent effectivement la relaxation ou la restructuration cognitive comme étant un élément significatif du traitement (Arntz, 2003; Durham, Chambers, MacDonald, Power, & Major, 2003; Durham, Fisher, Dow, Sharp, Power, Swan, & Morton, 2004; Linden, Zubaegel, Baer, Franke, & Schlattmann, 2005; Öst & Breitholtz, 2000) et peu mettent l'accent sur l'exposition. D'ailleurs, dans leur évaluation de la spécificité du traitement du TAG, Siev & Chambless (2007) rapportent que le TCC typique du TAG inclut la restructuration cognitive, l'entraînement à la relaxation, et la mise en pratique des habiletés adaptatives. Ces auteurs s'intéressent d'ailleurs à comparer l'effet de la composante cognitive du traitement à l'effet de la relaxation sur le TAG et concluent que la méta-analyse ne permet pas de dégager de différence entre ces deux composantes. Dans ce cas, en quoi les modèles conceptuels émergents du TAG peuvent-ils contribuer à améliorer le traitement?

Évidemment, l'analyse de ces modèles conceptuels et de l'adaptation au TCC du TAG met d'abord en avant-plan les différences. Pourtant, si plusieurs composantes les distinguent, certains consensus se précisent et les distinguent du TCC davantage traditionnel. D'abord, la restructuration cognitive est appliquée spécifiquement à certaines croyances fréquemment observées dans le TAG. Les croyances positives à l'égard de l'inquiétude, tout comme les croyances négatives sont mises au défi, et le client peut même être amené à tester l'assurance de ces croyances à travers des expériences du quotidien. Également, la relaxation n'est plus une intervention utilisée d'emblée – et si elle l'est, c'est davantage pour favoriser le contact avec l'état interne, et non pour réduire l'anxiété.

Toutefois, la différence marquée entre ces modèles émergents et le TCC davantage traditionnel, c'est le recours à l'exposition ou l'ouverture à l'expérience interne, dont la composante affective.

L'exposition, sans se retrouver systématiquement dans tous les modèles et adaptation du TCC, s'avère un outil central à la plupart d'entre eux, bien que ses visées puissent apparaître différentes d'un modèle à l'autre. Qu'elle favorise un processus d'extinction (modèle de Dugas et collaborateurs), une ouverture à l'expérience émotionnelle (modèle de Mennin et collaborateurs et TCC adapté de Newman, Castonguay, Borkovec, et collaborateurs) ou un moment pour mettre en pratique l'acceptation des sensations et des émotions (modèle de Roemer et Orsillo), elle est clairement une composante stratégique, justifiée par les caractéristiques des modèles ou des traitements adaptés.

Cette convergence peut étonner, compte tenu que l'exposition n'était pas une stratégie requise dans les descriptions des premiers TCC du TAG. Pourtant, l'exposition est habituellement centrale dans le traitement des troubles anxieux (Deacon & Abramowitz 2004; Foa & Kozak, 1986; Persons, 2001) puisqu'elle permet le processus d'extinction et une meilleure intégration émotionnelle. Compte tenu que le TAG est un trouble anxieux, il peut être difficile pour le clinicien de comprendre que l'exposition ne soit pas partie intégrante et systématique du traitement. Si l'exposition n'est pas requise, est-ce à dire que le TAG n'est pas véritablement un trouble anxieux? Bien que ce ne fut pas toujours le cas, le TAG est maintenant accepté comme représentant véritablement un trouble anxieux (Grant, Beck, Marques, Palyo, & Clapp, 2008; Kessler et al., 2004; Mennin et al., 2004). Et la plupart des modèles et l'adaptation du TCC incluent dorénavant l'exposition ou un processus s'y apparentant. Une telle inclusion contribue à la considération d'une caractéristique fondamentale à tous les troubles anxieux: il y a perception d'une menace et cette perception est maintenue par l'évitement de la source de peur. Cet évitement peut être comportemental (p. ex., éviter de toucher à un objet porteur de germes, dans le cas du trouble obsessionnel-compulsif) comme il peut être cognitif (p. ex., avoir un discours

concernant une hypothétique maladie de son enfant et considérer les agissements possibles, afin d'éviter des images trop chargées affectivement, dans le cas d'un TAG). Le TAG ne se démarquerait donc pas des autres troubles anxieux dans sa base conceptuelle (Bouchard & Dugas, 2003) et, dans ce cas, l'exposition s'en trouve d'autant plus nécessaire, contrairement à ce que suggéraient les TCC initiaux du TAG. D'ailleurs, Grant et al. (2008) concluent que le TAG peut même survenir suite à une expérience traumatique dans laquelle les gens ont vécu un danger pour leur vie, donc une intense perception de menace. Ainsi, le TAG serait peut-être une façon différente du trouble de stress post-traumatique d'éviter la source de peur.

Mais, si d'un point de vue conceptuel, il devient judicieux de considérer que l'exposition fasse partie intégrante du traitement, qu'en est-il de son opérationnalisation?

Le clinicien qui comprend une problématique et saisit ce qui serait souhaitable dans le traitement n'est pas pour autant à l'aise d'appliquer la ou les stratégies possibles dans les circonstances, surtout s'il ne se sent pas bien outillé pour utiliser une telle stratégie. Comme il est mentionné précédemment, l'exposition n'était initialement pas une stratégie systématiquement utilisée ou suggérée dans le traitement du TAG. Il en est autrement dans le cas des troubles anxieux dans lesquels l'exposition est centrale, comme le trouble de stress post-traumatique (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002; Hembree & Feeny, 2006), le trouble obsessionnel-compulsif (Abramowitz, 1996; Simpson & Liebowitz, 2006), le trouble panique (Marchand & Letarte, 2004) et même l'anxiété sociale (Davidson, 2006; Deacon & Abramowitz, 2004). Becker et al. (2004) constatent que les cliniciens sont davantage formés à utiliser l'exposition dans le cadre du traitement du trouble de stress post-traumatique que des autres troubles anxieux. Pourtant, même parmi les cliniciens familiers avec l'exposition et connaissant la pertinence de

cette stratégie avec cette problématique, près du tiers ne l'utilise pas. Et cette sous-utilisation est encore davantage présente dans le traitement des autres troubles anxieux.

Sachant cela, il est primordial de fournir des informations pertinentes permettant au clinicien de se sentir plus efficace, de voir la pertinence et l'objectif de l'exposition dans le traitement des troubles anxieux, dont le TAG. Si le clinicien comprend l'utilité de l'exposition dans le traitement du TAG, s'il identifie judicieusement l'objectif visé et ce à quoi il doit porter attention dans la pratique d'une telle stratégie, les probabilités qu'il l'utilise augmentent, les probabilités d'obtenir un succès thérapeutique augmentent, et son sentiment d'efficacité personnelle augmente.

Si les modèles conceptuels et l'adaptation du TCC au TAG fournissent des justifications pour l'utilisation et les objectifs de l'exposition, il reste à en préciser plusieurs aspects. Parmi ceux-ci, l'un des apports possibles est de mieux cerner les thèmes devant composer une telle exposition.

Les résultats du second article, *Identification of recurrent themes in exposure scenarios during the cognitive treatment of generalized anxiety disorder*, permettent justement d'identifier et de faire ressortir les thèmes qui émergent lors de l'utilisation de scénarios d'exposition par imagination. En effet, si les sujets de scénarios sont très variés d'un client à l'autre, on peut se demander s'il n'y a néanmoins pas de thèmes qui peuvent être identifiés à travers ces scénarios, malgré leurs différences apparentes. Selon les résultats, un thème s'avère significatif à plusieurs égards. Le sentiment d'être impuissant face aux événements se démarque par le score moyen qui lui a été attribué par les participants, sa fréquence de nomination dans tous les scénarios et comme étant le thème le plus représentatif de tous les scénarios selon les participants à l'étude qui étaient des cliniciens. Ce résultat est d'autant plus intéressant qu'il peut faire le pont entre le

modèle de Dugas et ses collaborateurs (2001, 2007) et certains aspects du modèle de Mennin et ses collaborateurs (2002, 2007) et du modèle de Roemer et Orsillo (2002, 2005). En effet, alors que les scénarios analysés proviennent d'une recherche faite en utilisant le modèle de Dugas et ses collaborateurs, les scénarios d'exposition mettent en lumière cette composante de se sentir impuissant face aux événements. Si l'intolérance à l'incertitude représente la composante clef du modèle, on peut s'interroger sur ce qui caractérise l'incertitude qui pose difficulté dans le TAG. En d'autres mots, alors qu'il y a d'innombrables incertitudes dans la vie, autant pour une personne souffrant de TAG qu'une autre, qu'est-ce qui amènerait certaines personnes affectées par le TAG à réagir à des incertitudes plutôt qu'à d'autres? Il serait peut-être opportun d'étudier si ce sont les incertitudes face à des événements créant un sentiment d'impuissance qui indisposent précisément les individus souffrant de TAG.

Si tel est le cas, il est alors possible de voir une convergence entre l'intolérance aux incertitudes associées à la perspective de se sentir impuissant (modèle de Dugas et collaborateurs), la mauvaise régulation émotionnelle devant un tel sentiment d'impuissance (modèle de Mennin et collaborateurs), et l'importance de développer l'acceptation face au sentiment d'impuissance que peut créer certains événements (modèle de Roemer, Orsillo, et collaborateurs).

En reprenant la base conceptuelle des troubles anxieux dans lesquels il existe une source de peur et des comportements et activités psychiques d'évitement qui maintiennent l'anxiété, la source de peur dans le TAG correspondrait alors, en partie du moins, à la perspective, pour l'individu, de vivre une situation dans laquelle son sentiment d'impuissance serait très élevé. Une telle perspective l'amènerait instantanément à s'engager dans des inquiétudes servant à réduire ou arrêter l'amplification émotionnelle que crée la situation incertaine. L'exposition par imagination à la situation hypothétique entraînant ce sentiment d'impuissance permettrait donc à l'individu

une extinction de cette peur de ressentir l'impuissance (modèle de Dugas et collaborateurs), de lui fournir l'occasion concrète de réguler cette impuissance sans faire intervenir d'autres mécanismes (modèle de Mennin et collaborateurs) ou de développer la tolérance et l'acceptation de l'état émotif que crée l'impuissance (modèle de Roemer et Orsillo). En fait, quelque soit le but parmi ces trois descriptions, le cadre de l'exposition, quant à lui, demeure similaire: d'abord créer un état émotif dans lequel il y a un sentiment d'impuissance et maintenir cet état en veillant à réduire le recours à des stratégies d'évitement cognitif, afin que l'expérience émotionnelle soit différente de celle habituellement vécue.

Outre le sentiment d'impuissance face à un événement, l'article identifie d'autres thèmes présents dans les scénarios, mais à un degré moindre. D'abord, le thème des sensations physiques ressort. Ce dernier résultat n'est pas surprenant, puisque, d'abord, les consignes pour construire le scénario proposent la présence de telles sensations, et ensuite, parce que la composante somatique s'avère judicieuse pour favoriser une réaction anxieuse (Lang, 1985). Quant aux autres thèmes, certaines pistes, comme le sentiment d'incompétence, le sentiment d'être coincé, et le sentiment d'être incapable de faire face émotivement à un événement, se démarquent. Il est intéressant de noter que ces trois thèmes réfèrent à un sentiment, un contenu affectif. Sans qu'on ne puisse formellement suggérer que ces thèmes reflètent des caractéristiques du TAG ou de l'intolérance à l'incertitude, le fait qu'ils émergent dans divers scénarios d'exposition mérite attention. Ces thèmes peuvent représenter des thèmes complémentaires au sentiment d'impuissance, en ce sens qu'ils s'ajoutent à lui, comme ils peuvent représenter un contenu exclusif, en ce sens qu'ils sont à considérer lorsqu'il apparaît clair que ce n'est pas la perspective de ressentir un sentiment d'impuissance face à un événement qui suscite de l'anxiété chez l'individu.

Deux composantes du TCC davantage traditionnel se retrouvent dans l'ensemble des modèles et le TCC adapté au TAG: l'étape initiale de présentation du modèle et l'étape finale de prévention de la rechute. Ainsi, il s'avère encore essentiel, aux yeux des différents auteurs, de présenter le modèle au client en intégrant ses informations personnelles. Cette étape permet au client de saisir sa problématique et les enjeux s'y rattachant, ce qui peut s'avérer utile dans son engagement thérapeutique. Elle permet également au clinicien et au client de formuler des objectifs thérapeutiques communs et correspondant au modèle. Ceci est d'autant plus important que l'une des caractéristiques des individus souffrant de TAG est de percevoir les inquiétudes comme utiles et de les utiliser comme façon d'éviter certains états affectifs, cognitifs et somatiques. Ils pourraient donc entrer dans un suivi thérapeutique en cherchant précisément des outils pour éliminer ou réduire plus efficacement ces états – et doivent ainsi être recadrés ses ces attentes.

L'étape finale, la prévention de la rechute sert, quant à elle, de moment de récapitulation des progrès faits, des stratégies acquises et de préparation aux obstacles qui risquent de survenir dans le futur.

En conclusion, l'un des bons moyens pour favoriser une meilleure intégration des facteurs de recherche dans un cadre clinique est lorsque la recherche fournit des modèles conceptuels appuyés par des résultats empiriques et qu'elle fournit des informations pertinentes quant à l'application des stratégies d'intervention. L'idée n'est surtout pas d'enfermer le clinicien dans un cadre rigide. En effet, comme l'indiquent Castonguay, Newman, Borkovec, Holtforth & Maramba (2005), tout TCC a avantage à intégrer des notions qui lui sont habituellement moins associées, et c'est ce que les modèles conceptuels et les TCC adaptés au TAG ont su faire dans la dernière décennie. Si de tels modèles demeurent à parfaire, il n'en demeure pas moins qu'ils offrent une compréhension des composantes auxquelles le clinicien fait face, lorsqu'il intervient

avec un tel trouble. En optant pour l'un de ces modèles conceptuels, l'un des TCC adaptés ou même en utilisant des parties de ces divers modèles et TCC, le clinicien peut plus aisément comprendre la problématique et orienter ses interventions. Et s'il a recours à une exposition par imagination à l'aide d'un scénario catastrophe, il peut dorénavant avoir un répertoire de thèmes qu'il peut utiliser et intégrer au scénario afin de favoriser une réaction anxieuse initiale et, éventuellement, permettre l'apprentissage profitable face à cette réaction anxieuse, que ce soit l'apprentissage par extinction, l'apprentissage d'une régulation améliorée de l'affect, ou l'apprentissage d'une meilleure acceptation des expériences internes.

ANNEXE 1 : Formulaire de consentement des participants (Article 2)

Formulaire de consentement

Titre du projet	Développement et validation de scénarios d'exposition cognitive dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée
Responsables du projet	Louis Dallaire , psychologue, étudiant au Doctorat en psychologie Université de Sherbrooke Stéphane Bouchard , Ph. D., directeur de thèse Université du Québec en Outaouais

Contexte et objectif de cette recherche

Dans les milieux cliniques, les troubles anxieux font fréquemment partie des problématiques que les cliniciens rencontrent. Parmi ces troubles anxieux, le trouble d'anxiété généralisée est l'un de ceux qui se retrouvent le plus dans le réseau de la santé. L'une des stratégies de traitement qui est fréquemment utilisée est l'exposition cognitive (ou par imagination) qui requiert la création de scénarios d'exposition. Malheureusement, les guides pour développer de tels scénarios sont soit communs à tous les troubles anxieux, soit liés à des hypothèses théoriques propres aux différents modèles du trouble d'anxiété généralisée. Il apparaît souhaitable de pouvoir identifier plus en détails ce qui caractérise les scénarios d'exposition afin d'offrir des guides plus précis lors du développement de tels scénarios.

L'objectif de l'étude est donc de valider les thèmes récurrents qui caractérisent des scénarios d'exposition utilisés dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée. Dans ce but, la participation de cliniciens œuvrant avec une clientèle en santé mentale est essentielle.

Nature de la participation

Je recevrai par la poste 29 courts scénarios d'exposition cognitive qui ont été utilisés dans le cadre du traitement du trouble d'anxiété généralisée. Je lirai ces 29 scénarios et je compléterai une grille pour chacun de ces scénarios. Ensuite, je compléterai une grille concernant l'ensemble des scénarios. Une fois toutes les grilles complétées, je les enverrai par l'enveloppe de retour préalablement affranchie ou les remettrai en mains propres aux responsables de la recherche. Le temps requis pour compléter les grilles peut difficilement être évalué de façon précise. Toutefois, je peux estimer qu'il se situe approximativement entre 60 et 75 minutes.

Ma participation à cette recherche implique que j'accepte que les résultats obtenus aux questionnaires que je vais remplir soient utilisés aux fins de la recherche. Ces résultats permettront d'identifier les thèmes récurrents associés aux scénarios d'exposition cognitive dans le cadre du traitement du trouble d'anxiété généralisée.

Inconvénients et avantages pouvant découler de la participation

Ma participation à cette étude implique un investissement de mon temps. En contrepartie, cette implication me permet d'avoir accès au contenu de scénarios d'exposition cognitive utilisés dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée. De plus, cette implication contribue à l'avancement scientifique et clinique en permettant d'identifier les éléments qui se retrouvent dans les scénarios d'exposition cognitive dans le cadre du traitement du trouble d'anxiété généralisée. Actuellement, les guides pour élaborer de tels scénarios sont limités pour les cliniciens. Aussi, en permettant d'identifier certains de ces éléments, je comprends que la création de scénarios d'exposition pourra être facilitée pour les cliniciens.

Droit au retrait de ma participation sans préjudice

Il est entendu que ma participation au projet décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et que je reste, à tout moment, libre de mettre fin à ma participation sans avoir à motiver ma décision, ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Études ultérieures

Les données de cette recherche seront conservées pour une période de cinq ans et l'utilisation des résultats ne pourra servir à d'autres recherches sans l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke ou de l'Université du Québec en Outaouais.

Confidentialité des données

Toutes les informations recueillies à mon sujet seront traitées de manière à conserver mon anonymat et assurer la confidentialité des renseignements fournis. Ainsi, les données nominales seront codifiées. Les données seront conservées dans un classeur barré en tout temps, pour lequel l'accès sera limité aux personnes impliquées dans le déroulement de la recherche. Les données seront détruites à l'expiration du délai de cinq ans.

Résultats de la recherche et publication

Les résultats généraux de cette recherche me seront transmis. Il est clair que les publications liées à cette recherche porteront uniquement sur les résultats généraux et garantiront l'anonymat des données.

Contacts

Si j'ai des questions ou des commentaires en lien à l'étude, je peux contacter
Louis Dallaire, psychologue, responsable de l'étude: (819) 561-2001 poste 3109
Courriel: ldallaire@metacrawler.com

Les comités d'éthique des Universités de Sherbrooke et du Québec en Outaouais ont donné leur accord pour la présente recherche. Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet, je peux discuter avec le responsable du projet ou expliquer mes préoccupations à la personne qui préside le comité d'éthique de la recherche de la Faculté des lettres et des sciences humaines de l'Université de Sherbrooke, Mme Michèle Vatz-Laaroussi. Je peux la rejoindre par l'intermédiaire de son secrétariat, en composant le numéro suivant : (819) 821 8000, poste 3298 ou par courriel à Michele.Vatz-Laaroussi@USherbrooke.ca. Je peux également joindre le président du comité d'éthique à la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, M. André Durivage, au (819) 595-3900.

➤ Si vous êtes à l'aise de participer à la présente étude, veuillez compléter la section suivante du formulaire et renvoyer l'un des deux formulaires dans l'enveloppe pré-affranchie ou par fax à l'intention de Louis Dallaire au (819) 561-2207. Conservez la seconde copie.

➤ Si vous avez des questions avant de participer, contactez Louis Dallaire au (819) 561-2001 3109

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en lettres moulées), déclare avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant

Date

Signature du responsable

ANNEXE 2 : Fiche descriptive des participants (Article 2)

PARTICIPATION À LA RECHERCHE SUR LES SCÉNARIOS D'EXPOSITION

Nom :	_____	
Profession :	_____	
Genre :	<input type="radio"/> femme	<input type="radio"/> homme
Âge :	_____	
Travaillez-vous:	<input type="radio"/> dans un service spécialisé auprès d'une clientèle souffrant de troubles d'anxiété Depuis combien d'années : _____ <input type="radio"/> auprès d'une clientèle générale en santé mentale Depuis combien d'années : _____ <input type="radio"/> autre- précisez : _____ Depuis combien d'années : _____	
Si vous avez travaillé plus spécifiquement avec une clientèle souffrant de troubles anxieux par le passé mais ne le faites plus maintenant, combien de temps a duré cette pratique:	Nombre d'années : _____	
Quel pourcentage de votre travail clinique est consacré à une clientèle souffrant d' anxiété généralisée ?	_____ %	
Considérez-vous connaître les critères diagnostics du DSM-IV concernant le trouble d'anxiété généralisée ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Connaissez-vous l'exposition par imagination comme stratégie d'intervention avec les personnes souffrant de trouble d'anxiété généralisée ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

**ANNEXE 3 : Consignes et Grille d'analyse utilisée par les participants pour
les scénarios d'exposition (Article 2)**

Bonjour,

Dans ce cahier, vous allez lire des scénarios d'exposition par imagination qui ont été utilisés dans le cadre d'un traitement cognitivo-comportemental auprès d'une certaine clientèle. Ces scénarios sont diversifiés.

Dans un premier temps, nous vous demandons de lire chaque scénario qui se trouve sur la page de gauche et de compléter la grille sur la page de droite. Cette grille comporte deux questions, soit 1-A et 1-B, auxquelles il est important de répondre, en lien avec le scénario qui la précède.

Dans un second temps, une fois tous ces scénarios lus et les grilles complétées, nous vous demandons de compléter la grille qui se trouve à la dernière page de ce cahier.

Il est préférable de remplir ce cahier en une seule période puisque la grille finale (dernière page) porte sur l'ensemble des scénarios. Il est difficile d'évaluer précisément combien de temps requiert ce questionnaire. Néanmoins, la durée moyenne avec divers intervenants a été de 75 minutes.

Merci infiniment de prendre le temps de remplir ce questionnaire.

Après avoir lu tous ces scénarios, identifiez les 5 thèmes qui caractérisent le mieux le plus grand nombre de ces scénarios. En d'autres mots, identifiez les 5 thèmes qui, selon vous, représentent le mieux l'ensemble de ces scénarios.

Une fois ces 5 thèmes identifiés, numérotez de 1 à 5 dans quel ordre vous estimez leur importance

(1= le thème que vous estimez le plus important des 5 principaux)

1. Peur d'être rejeté	___
2. Présence importante de sensations physiques	___
3. Peur de l'incertitude	___
4. Sentiment d'incompétence	___
5. Sentiment d'incapacité à être à la hauteur	___
6. Peur de l'échec	___
7. Sentiment d'impuissance face aux événements	___
8. Sentiment d'être coincé	___
9. Sentiment de perdre sa liberté	___
10. Peur de la solitude	___
11. Sentiment d'isolement	___
12. Peur du jugement des autres	___
13. Peur de mourir	___
14. Peur de vivre une déchéance	___
15. Peur de ne plus savoir ce qu'on est	___
16. Peur d'être responsable de ce qui arrive	___
17. Peur qu'une souffrance ou qu'une déchéance affecte un proche	___
18. Peur de décevoir	___
19. Sentiment de honte	___
20. Peur de perdre un proche	___
21. Crainte de perdre sa valeur comme individu	___
22. Peur d'être un fardeau	___
23. Perte de son intégrité physique (ex: corps mutilé)	___
24. Sentiment d'être incapable de faire face émotionnellement à un événement	___
25. Peur de perdre le contrôle de ses gestes	___
26. Sentiment que s'inquiéter est anormal ou dangereux	___

Références

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*(4), 583-600.
- Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing ? *European Neuropsychopharmacology, 16*(Suppl 2), S101-S108.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC : Author.
- Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Mignon, A., & Leyman, S. (2005). Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg : the GADIS study. *European Psychiatry, 20*(3), 229-235.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Les troubles anxieux: orientations futures de la recherche et du traitement*. Ottawa, ON: Santé Canada.
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 41*(6), 633-646.
- Ballenger, J., Davidson, J., Lecrubier, Y., Nutt, D., Borkovec, T., Rickels, K., et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl. 11), 53-58.
- Becker, E. S., Goodwin, R., Hölting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community : What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry about ? *The Journal of Nervous and Mental Disorders, 191*(10), 688-691.
- Becker, C., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 42*(3), 277-292.
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAG): Conceptual review and treatment implications, *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1011-1023.
- Berenbaum, H. (Article sous presse). An initiation-termination two-phase model of worrying. *Clinical Psychological Review, Clinical Psychology Review* (2010),
- Borkovec, T., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York, NY: Guilford Press.

- Borkovec, T., Newman, M., Pincus, A., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 288-298.
- Bouchard, S., & Dugas, M. J. (2003). L'anxiété généralisée: Un état, un trait, ou un trouble? In T. Lemprière (Ed.), *Dépression et troubles anxieux généralisés* (pp. 29-43). Paris: Acanthe.
- Bouchard, S., Taylor, S., Cox, B., & Gauthier, J. (1999). Anxiety disorders. In W. Marshall & P. Firestone (Eds.) *Abnormal Psychology. Perspectives*. (pp. 151-180). Toronto: Prentice Hall.
- Castonguay, L., Newman, M., Borkovec, T., Holtforth, M., & Maramba, G. (2005). Cognitive-behavioral assimilative integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration (2nd ed.)* (pp. 241-260). New York, NY : Oxford University Press.
- Charron, C., Bouchard, S., & Green-Demers, I. (2003). Distinctions conceptuelles entre les dimensions méta-émotives de l'inquiétude de Type 2. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 13*(1), 3-13.
- Davidson, J. R. T. (2006). Social phobia: Then, now, the future. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 115-131). New York, NY: Guilford Press.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*(4), 429-441.
- Diefenbach, G. J., McCarthy-Larzelere, M. E., Williamson, D. A., Mathews, A., Manguno-Mire, G. M., & Bentz, B. G. (2001). Anxiety, depression, and the content of worries. *Depression and Anxiety, 14*(4), 247-250
- Doucet, C., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Thèmes d'inquiétudes et tendance à s'inquiéter chez les aînés. *La Revue Canadienne du Vieillessement, 17*(4), 361-371.
- Dugas, M. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*(1), 31-40.
- Dugas, M., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-163). New York, NY: Guilford Press.
- Dugas, M., Freeston, M., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(3), 253-261.
- Dugas, M., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*(5), 551-558.

- Dugas, M., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(1), 61-81.
- Dugas, M., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*(5), 635-657.
- Dugas, M. J. (2002). Generalized anxiety disorder. In M. Hersen (Ed.), *Clinical behavior therapy: Adults and children* (pp. 125-143). Hoboken, NY: John Wiley & Sons.
- Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M., Langlois, F., Provencher, M., et al. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825.
- Dugas, M., Leblanc, R., & Seidah, A. (janvier 2007). La thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée – Manuel du thérapeute. Document remis - formation sur le traitement des troubles anxieux.
- Dugas, M., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(3), 329-343.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Brillon, P., Leblanc, R., et al. (2004). Cognitive-behavioral therapy versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: Differential outcomes and processes. In H. Hazlett-Stevens (Chair), *New advances in the treatment of chronic worry and generalized anxiety disorder*. Symposium conducted by the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Dugas, M. J., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Brillon, P., Ladouceur, et al. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 41*(1), 46-58.
- Dugas, M., Schwartz, A., & Francis, K. (2004). Intolerance of uncertainty, worry, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 28*(6), 835-842.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., MacDonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8-14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine: A Journal of research in Psychiatry and the Allied Sciences, 33*(3), 499-509.
- Durham, R. C., Fisher, P. L., Dow, M. G., Sharp, D., Power, K. G., Swan, J. S., et al. (2004). Cognitive behaviour therapy for good and poor prognosis generalized anxiety disorder: A clinical effectiveness study. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*(3), 145-157.
- Floyd, M., McKendree-Smith, N., Bailey, E., Stump, J., Scogin, F., & Bowman, D. (2002). Two-year follow-up of self-examination therapy for generalized anxiety disorder. *Anxiety Disorders, 16*(4), 369-375.

- Foa, E., Huppert, J., & Cahill, S. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York, NY : Guilford Press.
- Foa, E., & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear : Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *26*(3), 487-499.
- 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*(4), 1022-1028.
- Goldman, N., Dugas, M. J., Sexton, K. A., & Gervais, N. J. (2007). The impact of written exposure on worry : A preliminary investigation. *Behavior Modification*, *31*(4), 512-538.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C., Dugas, M., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 908-919.
- Gould, R., Safren, S., Washington, D., & Otto, M. (2004). A Meta-analytic review of cognitive-behavioral treatments. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 248-264). New York, NY : Guilford Press.
- Grant, D. M., Beck, J. G., Marques, L., Palyo, S. A., & Clapp, J. D. (2008). The structure of distress following trauma: Posttraumatic stress disorder, major depressive disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(3), 662-672.
- Grenier, S., & Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance a l'incertitude et inquiétudes. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *36*(1), 56-65.
- Haby, M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 9-19.
- Hecker, J. E. (1990). Emotional processing in the treatment of simple phobia: A comparison of imaginal and *in vivo* exposure. *Behavioural Psychotherapy*, *18*(1), 21-34.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). Preface. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. xi-xiv). New York: Guilford Press.
- Hembree, E. A. & Feeny, N. C. (2006). Cognitive-behavioral perspectives on theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological Anxiety : Emotional Processing, in Etiology and Treatment* (pp 197-211). New York,

NY : Guilford Press.

- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(8), 602-612.
- Hoyer, J., Becker, E. S., & Roth, W. T. (2001). Characteristics of worry in GAD patients, social phobic, and controls. *Depression and Anxiety*, *13*(2), 89-96.
- Hunt, C., Slade, T., & Andrews, G. (2004). Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity in the national survey of mental health and well-being. *Anxiety and Depression*, *20*(1), 23-31.
- Kessler, R., Walters, E., & Wittchen, H. (2004). Epidemiology. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 29-50). New York, NY: Guilford Press.
- Laberge, M., Dugas, M., & Ladouceur, R. (2000). Changes in dysfunctional beliefs before and after a cognitive-behavioral treatment for people with generalized anxiety disorder. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *32*(2), 91-96.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 957-964.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freeston, M., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J., et al. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, *30*(2), 191-207.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(9), 933-941.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: Fear and anxiety. In A. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 131-170). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leahy, R. L. (2004). Cognitive-behavioral therapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 265-292). New York, NY : Guilford Press.
- Léger, E., Ladouceur, R., Dugas, M., & Freeston, M. (2003). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder among adolescent: A case series. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(3), 327-330.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*(4), 445-452.

- Linden, M., Zutraegel, D., Baer, T., Franke, U., & Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(1), 36-42.
- Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur* (3^{ème} éd.). Outremont, Qc : Éditions Stanké.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(8), 1735-1752.
- Mennin, D. (2004). Emotion Regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(1), 17-29.
- Mennin, D. (2005). Emotion and the acceptance-based approaches to the anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 37-68). New York, NY : Springer Science + Business Media.
- Mennin, D., Heimberg, R., & Turk, C. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 3-28). New York, NY : Guilford Press.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 85-90.
- Mennin, D., Heimberg, R., Turk, C., & Fresco, D. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Carmin, C. N. (2004). Focusing on the regulation of emotion: A new direction for conceptualizing and treating generalized anxiety disorder. In M. A. Reinecke & D. A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice* (pp. 60-89). New York: Wiley Publishing.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, *131*(5), 785-795.
- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., Fisher, A., & Nordberg, S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *45*(2), 135-147.
- Newman, M., Castonguay, L., Borkovec, T., & Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320-350). New York, NY : Guilford Press.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based*

approaches to anxiety: Conceptualization and treatment (pp. 3-35). New York, NY: Springer Science + Business Media.

- Öst, L., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 777-790.
- Overholser, J. C. & Nasser, E. H. (2000). Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(2), 149-161.
- Persons, J. B. (2001). Understanding the exposure principle and using it to treat anxiety. *Psychiatric Annals*, 31(8), 475-476.
- Powers, M.B., Smits, J.A.J., Leyro, & Otto, M.W. (2006). Translational research perspectives on maximizing the effectiveness of exposure therapy. In D.C.S. Richards & D.L. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 109-126), Burlington: Academic Press.
- Rauch, S. A., Foa, E. B., & Filip, J. C. (2004). Imagery vividness and perceived anxious arousal in prolonged exposure treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), 461-465.
- Richard, D. C. S., Lauterbach, D., & Gloster, A. T. (2007). Description, mechanisms of action, and assessment. In D. C. S. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of Exposure Therapies* (pp 1-27). Burlington, MA : Academic Press.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 314-319.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54-68.
- Roemer, L., & Orsillo, S. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Roemer, L., Orsillo, S., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Rynn, M., & Brawman-Mintzer, O. (2004). Generalized anxiety disorder: Acute and chronic treatment. *CNS Spectrums*, 9(10), 716-723.
- Salkovskis, P. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6-19.
- Sanderson, W. C., & Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III revised generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(9),

588-591.

- Santé Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada, Ottawa, Canada, 2002.
- Siev, J., & Chambless, D. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(4), 513-522.
- Simpson, H. B., & Liebowitz, M. R. (2006). Best practice in treating obsessive-compulsive disorder: What evidence says. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 132-146). New York, NY : Guilford Press.
- Société canadienne de psychologie (2002). Efficacité en termes de coûts des intervention en psychologie. Ottawa, ON: Author.
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorder: A review of selected key constructs. *Depression and Anxiety, 23*(2), 51-61.
- Turk, C., Heimberg, R., Luterek, J., Mennin, D., & Fresco, D. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89-106.
- Watkins, E., Moulds, M., & Mackintosh, B. (2005). Comparisons between rumination and woory in a non-clinical population. *Behaviour Research and Therapy, 43*(12), 1577-1585.
- Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons Inc.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 23*(4), 526-555.
- Wells, A. (2002). Worry, metacognition, and GAD: Nature, consequences, and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(2), 179-192.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD: Metacognitions and pathological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 164-186). New York, NY : Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 107-121.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder. In G. C.L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 179-199). New Jersey: Wiley Publishing.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(6), 875-899.

Wittchen, H., Kessler, R., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry, 63*(Suppl 8), 24-34.

Wittchen, H. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162-171.