

**UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE**

**THÈSE PRÉSENTÉE À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES**

**COMME EXIGENCE PARTIELLE DU  
DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)**

**PAR  
© FRÉDÉRIKE BAX-D'AUTEUIL**

**TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET COMPORTEMENTS PARENTAUX  
PERÇUS DURANT L'ENFANCE : UNE ÉTUDE RÉTROSPECTIVE**

**AVRIL 2012**



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: 978-0-494-89675-4*

*Our file Notre référence*

*ISBN: 978-0-494-89675-4*

#### 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**

**Trouble d'anxiété généralisée et comportements parentaux perçus durant l'enfance : une étude rétrospective**

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

**M. Patrick Gosselin, directeur de thèse  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)  
Mme Audrey Brassard, autre membre du jury  
(Département de psychologie, Université de Sherbrooke)  
Mme Annick Martin, autre membre du jury  
(Département de psychologie, Université du Québec à Montréal)**

## **Sommaire**

L'intolérance à l'incertitude (II) et l'attitude négative face aux problèmes (AN) sont des vulnérabilités cognitives fortement liées à la tendance excessive à s'inquiéter et à d'autres symptômes du trouble d'anxiété généralisée (TAG; Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Tel que proposé par Dugas, Buhr et Ladouceur (2004), certains contextes familiaux pourraient être liés au développement de ces vulnérabilités cognitives. Des études ont démontré un lien entre des comportements parentaux d'anxiété et de surprotection et des symptômes d'anxiété chez l'enfant (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006) et l'adolescent (van Brakel, Muris, Bögels, & Thomassen, 2006). Une méta-analyse a conclu que les adultes anxieux auraient perçu un patron de comportements parentaux surprotecteurs et peu chaleureux durant l'enfance (Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990). Malgré l'abondance d'écrits portant sur l'anxiété et les pratiques parentales, peu d'études ont clarifié les comportements parentaux liés spécifiquement au diagnostic de TAG et de ses caractéristiques. La présente étude propose d'examiner les liens entre les comportements parentaux, les symptômes du TAG, l'II et l'AN, en comparant deux groupes de participants : un groupe présentant les critères diagnostiques du TAG et un groupe de participants appariés en bonne santé psychologique (groupe contrôle). L'hypothèse 1 proposait que les adultes souffrant d'un TAG rapporteraient avoir perçu davantage de comportements parentaux d'anxiété et de surprotection que leurs homologues contrôles. L'hypothèse 2 stipulait que l'II et l'AN seraient chacune liée à ces comportements parentaux. Advenant la présence de liens significatifs entre ces variables, la thèse visait à vérifier le rôle médiateur de l'II et de

**l'AN dans les liens unissant les comportements parentaux et les symptômes du TAG. Les résultats révèlent que les individus ayant un TAG ont perçu davantage de comportements anxieux et surprotecteurs chez leurs deux parents ainsi que moins de chaleur maternelle que leurs homologues non anxieux. Le rôle médiateur de l'II et de l'AN a été confirmé entre, d'une part, la perception de comportements anxieux et surprotecteurs du père, et d'autre part, les symptômes du TAG. L'II apparaît aussi être une variable médiatrice dans le lien unissant la perception de comportements de chaleur paternelle et les symptômes du TAG. L'II et de l'AN constituent des variables médiatrices entre la perception de comportements de chaleur maternelle et les symptômes du TAG, alors que l'AN exerce un rôle médiateur entre la surprotection maternelle et les symptômes du TAG. Ces résultats appuient ceux de Zlomke et Young (2009), qui ont récemment suggéré le rôle médiateur de l'II dans la relation entre les comportements anxieux des parents et l'inquiétude auprès d'étudiants universitaires. La présente étude est la première à illustrer le rôle médiateur de l'II et de l'AN dans la relation entre les comportements parentaux perçus durant l'enfance et les symptômes du TAG et ce, auprès d'un échantillon clinique adulte. Les résultats informent quant aux mécanismes liés au TAG et suggèrent la pertinence d'interventions précoces ciblant ces vulnérabilités cognitives auprès des enfants anxieux et de leur famille.**

**Mots-clés : Trouble d'anxiété généralisée, intolérance à l'incertitude, attitude négative face aux problèmes, comportements parentaux, rétrospectif.**

## **Table des matières**

<b>Sommaire.....</b>	<b>iii</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>vi</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>vii</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>viii</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>Contexte théorique.....</b>	<b>9</b>
<b>Objectif de recherche.....</b>	<b>31</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>33</b>
<b>Participants.....</b>	<b>34</b>
<b>Instruments de mesure.....</b>	<b>36</b>
<b>Déroulement.....</b>	<b>43</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>47</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>81</b>
<b>Références.....</b>	<b>84</b>
<b>Appendice A : Questionnaire d'informations générales.....</b>	<b>101</b>
<b>Appendice B : Évaluation des symptômes et vulnérabilités cognitives du TAG.....</b>	<b>103</b>
<b>Appendice C : Évaluation des comportements parentaux perçus durant l'enfance...</b>	<b>113</b>
<b>Appendice D : Évaluations téléphoniques.....</b>	<b>122</b>
<b>Appendice E : Formulaire de consentement.....</b>	<b>132</b>

## **Liste des tableaux**

### **Tableau**

<b>1</b>	<b>Corrélations partielles contrôlant pour l'âge entre les comportements parentaux et les variables cognitives du TAG.....</b>	<b>50</b>
<b>2</b>	<b>Différences entre les individus ayant un TAG et les contrôles sur les échelles du PBI et du EMBU.....</b>	<b>53</b>
<b>3</b>	<b>Estimés des paramètres et intervalles de confiance pour l'II et l'AN sur les liens unissant les comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....</b>	<b>57</b>

## Liste des figures

### Figure

1	Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la chaleur du père (PBI) et la tendance s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	59
2	Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la surprotection du père (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	59
3	Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la surprotection du père (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	60
4	Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre les comportements anxieux du père et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	60
5	Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre les comportements anxieux du père et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	61
6	Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la chaleur de la mère (PBI) et la tendance s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	61
7	Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la chaleur de la mère (PBI) et la tendance s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	62
8	Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la surprotection de la mère (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.....	62

## **Remerciements**

Tout d'abord, je tiens à exprimer ma gratitude à mon directeur de thèse, le professeur Patrick Gosselin, pour la qualité de sa direction, la constance de son appui, sa patience et sa générosité tout au long du processus de rédaction. Son expertise, partagée dans la reconnaissance de mes forces et le respect de mes limites, a grandement favorisé l'acquisition de compétences dans le domaine de la recherche et contribué à la richesse de ma formation en tant que clinicienne en psychologie. J'en profite pour souligner la contribution des membres de mon jury, Mesdames Audrey Brassard et Annick Martin.

Je remercie très chaleureusement mes parents, Josiane et Maurice, ainsi que ma tante Marielle et mon oncle Yvan, pour m'avoir offert leur soutien ainsi que des conditions d'études optimales durant mes études doctorales. Je partage cet aboutissement avec eux.

J'adresse mes sincères remerciements à ma sœur Claudie, à ma cousine Myriam, ainsi qu'à mes collègues Marie-Christine Laughrey et Malya Choinière, pour leur aide précieuse lors du recrutement. Je tiens à remercier les centres partenaires pour leur contribution à la collecte de données, ainsi que les participants pour leur dévouement.

Je souligne la présence inestimable de tous mes proches et de mes collègues au doctorat, auprès de qui j'ai trouvé une oreille compatissante à travers les défis de la thèse. Un mot particulier à Stéphanie Dubé, qui a été une grande source de motivation.

Finalement, je tiens à partager cette réalisation avec mon amoureux, Charly, pour sa confiance inébranlable, sa compréhension et ses encouragements de tous les instants.

## **Introduction**

L'inquiétude constitue une expérience de vie normale. Par ailleurs, la tendance excessive à s'inquiéter est une composante pathologique centrale au trouble d'anxiété généralisée (TAG; American Psychiatric Association [APA], 2000). Le TAG se définit par une anxiété et un souci excessif chronique (durée minimale de six mois) dans plusieurs activités, où la personne peine à contrôler ses préoccupations. Cette condition entraîne une détresse cliniquement significative et altère le fonctionnement de l'individu dans plusieurs sphères importantes de sa vie. Le diagnostic de TAG requiert aussi un minimum de trois symptômes somatiques parmi les six suivant : agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (APA, 2000).

L'inquiétude est un enchaînement de pensées relativement incontrôlables, principalement de forme verbale, traduisant un ou des scénarios aux conséquences négatives (Jetty, Charney, & Goddard, 2001; Mennin, Heimberg, & Turk, 2004). Elle serait une tentative de résolution de problème à une situation incertaine et viserait à éviter les événements futurs négatifs (Borkovec, 1994; Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). L'ensemble de ces définitions souligne trois aspects importants dans la conceptualisation de l'inquiétude : il s'agit d'un processus cognitif, axé sur des conséquences futures négatives, et impliquant de l'incertitude (Zlomke & Young, 2009).

Une étude explorant la fréquence des inquiétudes a relevé que les individus non cliniques (soit ceux ne rencontrant pas les critères diagnostiques du TAG) s'inquiétaient en moyenne 55 minutes par jour, en comparaison à 310 minutes chez les individus souffrants d'un TAG (Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur, & Dugas, 2001). Ces données traduisent l'aspect persistant et intrusif des inquiétudes chez cette population clinique. L'attention des individus TAG est habituellement dirigée vers les aspects menaçants d'une situation de la vie (Aikins & Craske, 2001). Le caractère généralisé et excessif des inquiétudes est ce qui distingue le TAG des autres troubles anxieux (p. ex., dans le trouble obsessionnel-compulsif, s'inquiéter d'être sale; dans le trouble panique avec agoraphobie, s'inquiéter de vivre une attaque de panique dans un lieu public; Gervais & Dugas, 2008). Les inquiétudes des individus TAG peuvent toucher à la fois les relations interpersonnelles, la santé, les finances ou toute autre sphère de vie (Roemer, Molina, & Borkovec, 1997).

Les recherches ont observé des débuts à la fois précoces et tardifs du TAG. Plusieurs études rapportent la présence d'inquiétudes excessives chez les adolescents et les jeunes adultes (Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996; Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003; Muris, 2002). De façon générale, le trouble débute en moyenne entre 11 et 15 ans, et dans les deux-tiers des cas, surviendrait avant l'âge de vingt ans (Angst, Gamma, Baldwin, Ajdacic-Gross, & Rössler, 2009). Un début du trouble à ces âges serait associé à un environnement de vie problématique, à des expériences traumatiques, à de la maltraitance et à un faible niveau socio-économique durant l'enfance (Campbell, Brown,

& Grisham, 2003; Moffitt et al., 2010). Pour une minorité, les symptômes apparaîtraient vers le milieu de l'âge adulte (Blazer, Hughes, & George, 1987; Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994) et émergeraient dans un contexte d'expériences de vie stressantes comme le deuil des parents ou l'arrivée du premier enfant (Hoehn-Saric, Hazlett, & McLeod, 1993). Chez la population âgée, le début du TAG serait associé à un problème de santé chronique et parallèlement, à une mauvaise perception de sa santé, à d'importantes incapacités fonctionnelles et à une perception négative de sa qualité de vie (Bourland et al., 2000; Wetherell, Thorp, Patterson, Golshan, Jetse, & Gatz, 2004).

La prévalence à vie du TAG, selon les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (APA, 2000), serait de 4,1 % dans la population générale (Grant et al., 2005), de 2,8 % chez les hommes et de 5,3 % chez les femmes (Vesgà-López et al., 2008). Selon Wittchen et ses collaborateurs (2002), le TAG serait le trouble anxieux le plus fréquent ainsi que le deuxième trouble mental le plus répandu dans les institutions de services en santé mentale. Sur un délai d'un mois, il a été observé qu'environ 8 % de l'ensemble des patients de première ligne, soit la clientèle vue par des médecins généralistes, rencontraient les critères diagnostiques du trouble (Maier et al., 2000). Par ailleurs, une étude menée auprès de praticiens et de leurs patients a démontré que le diagnostic de TAG était dépisté dans seulement 34,4 % des cas, laissant une grande proportion d'individus sans prise en charge de leurs symptômes (c.-à-d. sans médication ni référence à un spécialiste ; Kessler, Bennewith, Lewis, & Sharp, 2002). De plus, les individus souffrant d'un TAG pourraient mettre entre cinq et dix ans avant de recevoir

un diagnostic et un traitement appropriés (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008). En plus d'être répandus et méconnus, les symptômes du TAG sont relativement persistants. Une étude longitudinale a observé que sur les 62 participants ayant souffert d'un TAG à l'âge de 20 ans et ayant complété un suivi 20 ans plus tard, 18 % étaient re-diagnostiqués, 24 % manifestaient des symptômes résiduels, 5 % présentaient un syndrome d'anxiété généralisée d'une durée inférieure à un mois et 53 % étaient dépourvus de tout symptôme (Angst et al., 2009). Dans une étude de suivi similaire, il a été rapporté que seulement 18 % des participants diagnostiqués avec un TAG étaient en rémission du trouble cinq ans plus tard (Woodman, Noyes, Black, Schlosser, & Yagla, 1999). Une étude longitudinale débutée entre 1950 et 1961 a trouvé que sur 59 patients ayant eu un TAG à cette période, 17 % de ceux-ci rencontraient toujours les critères diagnostiques du trouble 40 ans plus tard (Rubio & López-Ibor, 2007). Les auteurs ont remarqué que les symptômes du TAG avaient tendance à disparaître vers l'âge de 50 ans et laissaient place à des troubles de somatisation. Il est à noter que la plupart des études longitudinales mentionnées ci-haut ont employé les critères diagnostiques du TAG provenant de versions antérieures au DSM-IV.

Le TAG implique des coûts sociaux considérables associés à une baisse de productivité au travail et à une utilisation accrue des services de santé (Wittchen, 2002; Wittchen & Hoyer, 2001). Dans une étude menée aux États-Unis, les frais médicaux totaux estimés pour un individu diagnostiqué avec un trouble anxieux (premier épisode) se chiffraient à 6 475\$ en devise américaine pour l'année 1999. Les dépenses estimées

pour une personne diagnostiquée avec un TAG étaient les deuxièmes plus onéreuses des troubles anxieux, avec une augmentation de 2 138\$ par individu sur les frais médicaux totaux (Marciniak et al., 2005). Dans la sphère du travail, les plaintes associées au TAG concerneraient des difficultés de concentration, de l'irritabilité et de la fatigue. Plus de 30 % des individus ayant un TAG percevraient une diminution de 10 % de leur rendement et de 50 % de leurs activités au travail (Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000).

Les individus souffrant d'un TAG accusent une qualité de vie nettement diminuée dans leurs relations interpersonnelles, leurs activités de loisir et l'accomplissement des tâches domestiques (Hoffman et al., 2008; Wittchen et al., 2000). Au plan subjectif, ces individus rapportent des perceptions négatives de leur santé, des douleurs physiques, un sentiment d'être limité dans leurs activités, une vitalité et un sentiment de bien-être moindres ainsi qu'un niveau de détresse conjugale élevé (Gosselin, Routhier, & Courcy, 2007; Wittchen, Zhao, Kessler, & Eaton, 1994). L'altération du fonctionnement lié au TAG serait comparable à celle associée à un épisode dépressif majeur (Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999; Kessler, Berglund et al., 2002).

La comorbidité entre le TAG (selon les critères du DSM-III-R) et d'autres troubles mentaux serait estimée à 66,3 % pour les diagnostics actuels et à 90,4 % pour les diagnostics à vie (Wittchen et al., 1994). Elle serait notamment importante entre le TAG et la dépression (Grant et al., 2005). Il est même proposé que ces deux troubles puissent

se situer sur le même continuum, où le premier prédisposerait au second (Krasnov, 2010). Dans une étude longitudinale menée auprès d'une cohorte suivie de la naissance jusqu'à l'âge de 32 ans, les individus présentant à la fois un diagnostic de TAG et de dépression affichaient des taux élevés d'utilisation de médication et de services de santé (Moffitt et al., 2010). En ce sens, Bronisch et Wittchen (1994) ont observé que la comorbidité entre un trouble anxieux et la dépression constituait un facteur de risque aux tentatives de suicide. Le TAG présente aussi une comorbidité importante avec d'autres troubles anxieux (c.-à-d. la phobie sociale, la phobie spécifique, le trouble panique avec ou sans agoraphobie), l'abus d'alcool et de drogue et la dysthymie (Wittchen et al., 1994). La comorbidité entre le TAG et d'autres troubles psychiatriques aggrave le pronostic, impliquant à la fois des taux de rémission plus faibles et des taux de récurrence plus élevés (Bruce et al., 2005). Les individus ayant à la fois un TAG et un autre trouble de santé mentale sont réputés avoir des dysfonctions et des incapacités plus importantes que les individus TAG sans comorbidité (Stein, 2001). Ces données suggèrent que le TAG puisse être soit une conséquence ou un facteur de risque à d'autres troubles mentaux (Lépine, 2002).

Considérant la forte prévalence du trouble, sa chronicité, les risques associés à sa comorbidité, l'altération de la qualité de vie et du fonctionnement qu'il entraîne ainsi que les lacunes observées dans son dépistage et son traitement, il importe de comprendre les facteurs étiologiques et de maintien du TAG. Pourtant, le TAG est un sujet d'étude relativement négligé, constituant seulement 10 % des études totales provenant de bases

de données telles MEDLINE et PsycLit entre 1980 et 1997 (Dugas, 2000). Une décennie plus tard, entre 1998 et 2008, le TAG affiche le second plus bas taux de publication, avec un maigre 8 % de tous les écrits portant sur les troubles anxieux à chaque année (Dugas, Anderson, Deschenes, & Donegan, 2010). De plus, ces publications mettent davantage l'accent sur le traitement du TAG (44 %) que sur une description de celui-ci (26%), les processus qui lui sont associés (22 %) et les recensions d'écrits sur le sujet (8 %). Par ailleurs, la prévention et le traitement du TAG débutent par une compréhension claire des facteurs de risque et des vulnérabilités sous-jacentes à son développement, aspects qui semblent peu investis dans la documentation. La présente étude propose de se pencher sur les facteurs familiaux pouvant être liés au développement du TAG et de ses caractéristiques.

## **Contexte théorique**

La présente section constitue un relevé de la documentation portant sur les facteurs de développement du TAG. En général, les hypothèses étudiées se regroupent en trois principales catégories, soit celles soulignant les apports génétiques et biologiques, celles cognitives et d'autres, psychosociales. Dans les pages suivantes, un survol des deux premières hypothèses sera effectué. Puis, une revue de la documentation portant sur les comportements parentaux liés à l'anxiété et au TAG sera présentée, afin de situer l'objectif de la présente étude.

### **Les hypothèses de développement du TAG**

#### **Hypothèses génétiques et biologiques**

Des taux significativement plus élevés de trouble anxieux sont retrouvés chez les enfants de parents cliniquement anxieux (Beidel & Turner, 1997; van Gastel, Legerstee, & Ferdinand, 2009), pouvant aller jusqu'à sept fois supérieurs à ceux trouvés chez les contrôles (Turner, Beidel, & Epstein, 1991). Similairement, les parents d'enfants ayant un trouble anxieux démontrent eux-mêmes une incidence accrue de trouble anxieux (Last, Hersen, Kadzin, & Orvaschel, 1991). Noyes, Clarkson, Crowe et Yates (1987) ont relevé une agrégation familiale pour le TAG, soit une occurrence plus élevée du trouble chez les proches de premier degré d'une personne ayant le diagnostic que chez des

familles contrôles. Les études comparant le taux de concordance du TAG chez des paires de jumeaux monozygotes (MZ) au taux de concordance retrouvés chez des paires de jumeaux hétérozygotes (HZ) ont obtenu des ratios MZ:HZ en faveur de l'existence de facteurs génétiques impliqués dans la vulnérabilité à l'anxiété (Gorwood, 2004). Trois études ont démontré des taux d'hérédité entre 15 et 40 % pour les symptômes du TAG (Hettema, Prescott, & Kendler, 2001; Heath, Neale, Kessler, Eaves, & Kendler, 1992; Chantarujikapong et al., 2001). Par ailleurs, la recension des écrits effectuée par Rygh et Sanderson (2004) tend à démontrer que l'apport des vulnérabilités génétiques se situerait plutôt à 15 % et auraient un rôle mineur et non spécifique dans l'étiologie du TAG. Ces données laissent aux facteurs cognitifs et environnementaux une part explicative considérable dans l'étiologie du trouble.

### **Variables cognitives associées au TAG**

Plusieurs variables cognitives explicatives du TAG sont répertoriées dans la littérature scientifique (voir Aikins & Craske, 2001, pour une recension des théories cognitives associées au TAG). Le modèle de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) place deux vulnérabilités cognitives, l'intolérance à l'incertitude (II) et l'attitude négative face aux problèmes (AN), à la base des inquiétudes. Ces variables cognitives ont fait l'objet de quatre études de traitement avec répartition aléatoire; il appert que leur modèle de traitement cognitif-comportemental axé sur ces variables soit efficace dans le traitement du TAG et produise une diminution des inquiétudes et des symptômes associés au TAG et ce, autant en individuel qu'en groupe (Dugas et al., 2003; Dugas,

Marchand, & Ladouceur, 2005 ; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Ladouceur et al., 2000).

L'II se définit par la « tendance excessive d'un individu à considérer comme inacceptable la possibilité qu'un évènement négatif se produise, même si cette probabilité est faible » (Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001, p.1). Elle entraînerait une tendance à réagir négativement, au plan émotionnel, cognitif et comportemental, à des situations ou évènements incertains (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004). Elle traduirait un besoin de sécurité et de contrôle sur les situations et leur dénouement (Dugas et al., 1998). Les individus intolérants à l'incertitude perçoivent les situations ambiguës comme négatives et stressantes et peuvent expérimenter du stress, de la détresse, des inquiétudes et le besoin d'éviter la situation. Devant une situation incertaine, ils peuvent être incapables de procéder à une prise de décision ou à une résolution du problème (Buhr & Dugas, 2002), ce qui altère grandement leur fonctionnement, sachant que les situations ambiguës font partie intégrante du quotidien.

Le construit d'II ressort comme le meilleur prédicteur de l'inquiétude selon des études menées auprès d'échantillons cliniques et non cliniques (Buhr & Dugas, 2006; Dugas et al., 1998; Freeston, Rhéaume, Letarte, & Dugas, 1994). Plusieurs études ont démontré un lien fort entre d'une part, l'inquiétude et les symptômes physiologiques du TAG, et d'autre part l'II et ce, au-delà de différentes variables associées telles l'AN, l'anxiété, la dépression, l'intolérance à l'ambiguïté, le perfectionnisme, la perception de

contrôle, les croyances face à l'utilité des inquiétudes et l'évitement cognitif (Buhr & Dugas, 2006; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Dugas et al., 1998; Freeston et al., 1994). L'II permet de distinguer les individus non cliniques ayant des inquiétudes modérées de ceux rencontrant les critères diagnostiques du TAG (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). Ce construit permet aussi de discriminer les patients TAG de ceux ayant un autre trouble anxieux tel un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique ou une Phobie sociale (Ladouceur et al., 1999). L'ensemble de ces données suggère que l'II serait une variable importante dans le développement du TAG.

L'AN est un autre construit fortement lié avec la tendance à s'inquiéter (Davey, 1994; Dugas, Letarte, Rhéaume, & Freeston, 1995; Dugas et al., 1998). L'attitude face au problème se définit par un « processus motivationnel reflétant les pensées de la personne à l'égard des problèmes de sa vie de même que son aptitude à résoudre ces problèmes » (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002, p.1). Un individu manifestant une AN se perçoit généralement comme inapte à résoudre son problème, le considère comme menaçant, réagit négativement face à celui-ci et doute de ses stratégies pour le résoudre (Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1996). Les individus avec un TAG auraient une AN significativement plus élevée que les individus sans TAG ou ayant un autre trouble anxieux (Ladouceur et al., 1999). Par ailleurs, les individus ayant un TAG auraient les mêmes connaissances des habiletés nécessaires à la résolution de problèmes que ceux sans TAG (Ladouceur et al., 1998). En fait, leur perception du problème et de leur capacité à le résoudre interférerait avec l'application de ces habiletés. Ceci rejoint l'idée

de Borkovec (1994), proposant que les perceptions erronées des événements futurs constituent un facteur prédisposant à la tendance à s'inquiéter. De plus, il est suggéré que l'II contribue à l'AN, du fait que la difficulté à tolérer les aspects ambigus et incertains du problème viendrait interférer avec le processus de résolution de problème (Dugas et al., 1997; Dugas & Ladouceur, 2000). L'II serait donc associée à une attitude contre-productive à la résolution de problème.

Le modèle explicatif du TAG de Dugas et ses collaborateurs (1998) centré sur des processus cognitifs n'exclut pas l'apport d'autres facteurs dans la genèse du TAG. Plusieurs facteurs environnementaux, tels un faible niveau socio-économique, des conflits interpersonnels, des facteurs d'insécurité et de stress chroniques, des événements de vie stressants, le tempérament et les symptômes d'anxiété des parents, le modelage de comportements anxieux, le conditionnement et les pratiques parentales sont connus pour jouer un rôle dans le développement de l'anxiété (Brown & Whiteside, 2008; Rapee, 1997) et sont compatibles avec les vulnérabilités cognitives présentées plus haut (II et AN). Typiquement, les adultes souffrant d'un TAG situent le début du trouble durant l'enfance ou encore, rapportent avoir été anxieux toute leur vie (Brown et al., 1994). Considérant que les parents ont une influence majeure sur l'émergence de processus cognitifs associés à l'anxiété dans l'enfance (Hadwin & Field, 2010; Manassis & Bradley, 1994), ceci laisse entendre que des processus cognitifs précoces, ayant pris naissance dans le milieu familial, pourraient jouer un rôle important dans l'étiologie du TAG. Tel que proposé par Dugas et ses collaborateurs (2004), serait-il possible que

**certains comportements parentaux perçus durant l'enfance soient liés aux vulnérabilités cognitives associées au TAG à l'âge adulte?**

### **Comportements parentaux**

Les préjudices subis durant l'enfance, en partie via les relations vécues dans le milieu familial, sont réputés être des précurseurs à des problèmes de santé mentale à l'âge adulte (Rutter, 2005). Les théoriciens de l'attachement ont été les premiers à observer le lien entre certains comportements parentaux pathogéniques et des manifestations d'anxiété chez l'enfant (Bowlby, 1977; Stayton, Ainsworth, & Main, 1973). L'ensemble des études effectuées pour mieux identifier les comportements parentaux liés au développement de l'anxiété souligne trois dimensions (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Rapee, 1997; Wood, McLeod, Sigman, Hwang, & Chu, 2003). La première, identifiée sous l'étiquette *Chaleur*, comprend d'une part les attitudes et comportements parentaux traduisant de la chaleur et de l'acceptation, et de l'autre, des manifestations de rejet et de critique. La deuxième dimension, celle de *Surprotection*, réfère d'une part au contrôle et à la surprotection, et de l'autre, à des comportements parentaux supportant l'autonomie. Une troisième composante, soit le *Modelage de comportements parentaux anxieux*, a reçu moins d'attention que les deux autres. Il s'agirait d'être témoin, durant l'enfance, d'attitudes ou de comportements anxieux chez ses parents. En résumé, les principaux comportements parentaux retrouvés dans les écrits portant sur l'anxiété regroupent 1) le rejet et la chaleur, 2) la surprotection et le soutien à l'autonomie et 3) le modelage de comportements parentaux anxieux. À ce jour, les études ayant tenté de

préciser les comportements parentaux liés à l'anxiété chez l'enfant ne font pas consensus. Les résultats de ces études sont présentés dans la section suivante.

**La chaleur.** Depuis les soixante dernières années, les concepts de chaleur et de rejet parentaux ont été étudiés sous différentes terminologies (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974; Parker, Tupling, & Brown, 1979; Rohner, 1986; Schaefer, 1965). À travers la théorie de l'acceptation et du rejet parental (Parental Acceptation Rejection Theory; Rohner, 1986), ces deux concepts figurent à chaque extrémité d'un même continuum. L'acceptation comprend la chaleur, l'affection et l'amour que la figure parentale (ou le principal pourvoyeur de soins) prodigue à l'enfant. L'acceptation se manifeste de façon physique et verbale à travers différents comportements. Il peut s'agir d'embrasser, de cajoler, d'êtreindre, de poser un regard approbateur, d'être physiquement orienté vers l'enfant, de reconnaître ses émotions, d'utiliser son langage, d'engager une discussion avec lui, de lui sourire ou encore de lui dire des mots encourageants, de le complimenter, de lui chanter une berceuse, de le consoler, etc. (Rohner, 1986; Siqueland, Kendall, & Steinberg, 1996).

Dans une étude évaluant les différences entre les familles d'enfants avec un diagnostic de trouble anxieux et les familles d'enfants non anxieux, les enfants anxieux ont coté leurs deux parents comme moins acceptants que les enfants contrôles (Siqueland et al., 1996). Dans cette même étude, des observateurs ont coté le degré de chaleur des parents envers leur enfant lors d'une interaction. Aucune différence entre les

parents des deux groupes n'a été obtenue. Les auteurs avancent la possibilité que l'échelle de mesure employée ait limité la discrimination des observations. Néanmoins, ces résultats suggèrent que la *perception* d'un manque de tolérance et d'acceptation parentale par l'enfant puisse jouer un rôle dans l'étiologie de l'anxiété. En ce sens, les *représentations mentales* de l'enfant, soit sa façon propre de se représenter le monde, les autres et ses relations (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), pourraient davantage expliquer l'impact de certains comportements parentaux sur l'enfant. La chaleur est associée chez l'enfant à une meilleure estime personnelle, à des niveaux plus élevés d'accomplissement et de motivation ainsi qu'à des niveaux plus faibles de délinquance et d'agression (Grolnick, 2003). Par ailleurs, les recensions d'écrits portant sur les comportements parentaux révèlent que la chaleur parentale ne serait que faiblement liée à l'anxiété chez l'enfant (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Rapee, 1997; Wood et al., 2003).

**Le rejet.** Le concept de rejet parental se définit par l'absence ou le retrait significatif de chaleur, d'affection ou d'amour du parent envers l'enfant (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). Rohner (1986) décompose le rejet en trois principales formes : l'hostilité/agression, l'indifférence/négligence et le rejet indifférencié. Dans sa forme observable, l'hostilité se traduit par des manifestations d'agression dont l'intention est de blesser autrui, un objet ou soi-même. Des indications physiques de l'agression parentale sont de l'ordre de frapper, mordre, graffigner, secouer, pincer, etc. Des indications verbales sont de maudire, insulter, dénigrer, tenir des propos cruels ou

sarcastiques, etc. L'indifférence est un sentiment de désintérêt et de détachement et caractérise un parent non disponible, au plan physique et psychologique, aux besoins de l'enfant. Cet état intérieur peut mener à des comportements de négligence chez le parent (Rohner, 1975). Ceci rejoint le concept de rejet parental passif de Levy (1966) et s'exprimerait par des comportements et attitudes prolongés et constants de détachement vis-à-vis de l'enfant, amenant chez ce dernier un sentiment que ses parents ne se soucient pas de ce qui lui arrive. Par exemple, il peut s'agir d'un adulte qui est rarement en compagnie de l'enfant (indisponibilité physique), ou lorsqu'il est présent, l'ignore (indisponibilité psychologique). Le rejet indifférencié rejoint la position subjective de l'enfant qui se sent délaissé, pas aimé ni apprécié par ses parents. Ceci n'implique pas de comportement objectif de rejet de la part du parent. Dans son livre, DiGiulio (1980) reprend ce type d'impression vécue par l'enfant et le présente comme un style parental où la communication et le raisonnement ont préséance. Le parent qui utilise systématiquement le langage pour partager ses émotions et pour comprendre l'enfant risque d'apparaître comme peu attentif et soucieux des besoins affectifs de celui-ci. Par exemple, lorsque l'enfant commettra un acte répréhensible, le parent cherchera à savoir *pourquoi* l'enfant a agi ainsi. La prémisse de base d'un tel parent est que tout se règle par la discussion. Dans cet exemple, le pourvoyeur de soins ne manifeste pas de comportement ni d'attitude de rejet. Néanmoins, l'enfant peut se sentir rejeté dans son contact avec son parent.

Evoy (1981) définit le rejet parental selon l'expérience intime de la personne rejetée. Il s'agirait d'une « (...) connaissance, au sens émotionnel, de ne pas être aimé ni désiré pour qui je suis, par un ou mes deux parents (traduction libre) » (p. 14). Une étude comparant l'estime de soi d'enfants selon leurs perceptions des comportements de leurs parents a montré que les participants rapportant vivre un style parental d'indifférence avaient une estime de soi encore plus basse que ceux rapportant un style parental punitif (Rosenberg, 1963). Le rejet s'inscrirait à travers l'interprétation personnelle accordée aux comportements parentaux. Les individus rejetés ont un sentiment d'infériorité et d'inadéquation qui s'installe dans l'enfance et qui peut perdurer tout au long de leur vie. À travers les témoignages de clients en psychothérapie, Evoy (1981) détaille les implications du rejet sur l'estime personnelle :

Peu importe la façon dont il le verbalise, le rejeté a un manque indéniable de sa valeur personnelle, se voit comme tout sauf admirable, digne de respect, intéressant et acceptable. À la place, des sentiments de vide, d'insuffisance, d'inadéquation, de dévaluation, de faillite de l'estime personnelle et de ne pas être assez en tant que personne font inévitablement surface. [traduction libre] (p.58)

Hudson et Rapee (2001) ont observé que les mères d'enfants anxieux étaient plus négatives que les mères d'enfants d'un groupe contrôle lors d'interactions avec leur progéniture. Dans le même sens, une étude par questionnaires menée auprès d'enfants non cliniques a obtenu un lien significatif entre le rejet parental et des symptômes d'anxiété (Grüner, Muris, & Mercklebach, 1999). Une étude portant sur les comportements parentaux et l'inquiétude a révélé que la perception de comportements parentaux rejetants était un prédicteur du niveau d'inquiétude chez les enfants ayant un

trouble anxieux (Brown & Whiteside, 2008). Les résultats de l'étude de Muris (2006) démontrent que le rejet et le contrôle des parents sont, parmi les comportements parentaux, les plus importants prédicteurs des schémas dysfonctionnels d'adolescents non cliniques. Suite à une recension d'écrits, Rapee (1997) conclut que le rejet parental serait une variable discriminante entre les individus ayant un diagnostic de trouble anxieux et les contrôles. Par ailleurs, la revue de la documentation effectuée par Wood et ses collaborateurs (2003) n'arrive pas à cette conclusion.

**La surprotection.** Quelques auteurs se sont penchés sur la dimension contrôle versus soutien à l'autonomie (Baumrind, 1968; Deci & Ryan, 1995; Schaefer, 1965). Tel que proposé pour la première fois par le *Children's Report of Parental Behavior Inventory* de Shaefer en 1965, il est assumé depuis lors que ces deux construits figurent aux deux extrémités d'un même continuum. Selon Deci et Ryan (1995), il s'agit du degré auquel l'environnement permet à l'individu de sentir qu'il est l'initiateur de ses actions, plutôt que de se sentir contraint. Parker (1983) définit la surprotection comme un contrôle excessif de l'environnement de l'enfant par le parent, visant à réduire les expériences de vie aversives, que ces situations représentent une menace réelle ou non. Ces comportements parentaux sont repris et approfondis par Baumrind (1968) sous la typologie du parent autoritaire. Selon le prototype, il s'agit d'un parent visant à modeler, contrôler et évaluer les comportements et attitudes de son enfant selon un ensemble de standards préétablis. Ce parent favorise l'obéissance et utilise la force et la punition lorsque les actions ou pensées de l'enfant sont en conflit avec les siennes. Bögels et

Brechman-Toussaint (2006) ajoutent à leur définition de la surprotection parentale des comportements excessifs de régulation des activités de l'enfant, des niveaux élevés d'intrusion ainsi que le découragement de résolution de problèmes indépendante.

Dans une étude d'observation où l'enfant devait accomplir une tâche difficile, Hudson et Rapee (2001) ont observé que les mères d'enfants anxieux étaient plus impliquées et plus intrusives que les mères d'enfants non anxieux. Aussi, plus l'enfant manifestait des symptômes anxieux, plus le niveau d'implication de la mère était important. Dans une étude d'observation comparant les comportements des mères selon la présentation de leur enfant (c.-à-d. un enfant anxieux, agressif ou compétent), les mères d'enfants anxieux initiaient davantage d'échanges contrôlants et aversifs et répondaient moins à l'enfant que les mères des deux autres groupes (Dumas, LaFreniere, & Serketich, 1995). Ces résultats vont dans le même sens que ceux de Messer et Beidel (1994) rapportant que les enfants avec un trouble anxieux décrivent leur milieu familial comme promouvant moins l'indépendance.

Dans une étude de suivi mesurant les impacts du style parental sur le développement de l'enfant, il a été observé que les enfants préscolaires de parents autoritaires étaient de mauvaise humeur, mécontents, relativement sans but et ne s'entendaient pas bien avec leurs pairs (Baumrind & Black, 1967). À neuf ans, ces enfants, particulièrement les garçons, présentaient de faibles niveaux de motivation d'accomplissement et d'affirmation sociale (Baumrind, 1977). À travers leur modèle étiologique de l'anxiété,

Chorpita et Barlow (1998) suggèrent que les parents typiquement surprotecteurs, soit ceux qui ne permettent pas à l'enfant d'expérimenter l'échec, la frustration ou toute autre conséquence négative commune à l'enfance, créent des situations susceptibles d'inhabiliter l'enfant à développer des stratégies d'adaptation appropriées pour gérer le stress. Aussi, la surprotection parentale limiterait le développement de l'autonomie de l'enfant, mènerait à des perceptions que l'environnement est incontrôlable et limiterait les sentiments quant à sa propre compétence et sa propre maîtrise des situations (Bögel & Brechman-Toussaint, 2006). Ces croyances sont présumées contribuer au développement de l'anxiété chez l'enfant (Chorpita, Brown, & Barlow, 1998).

Les notions de contrôle parental élaborées ci-haut ciblent davantage un contrôle de nature comportementale. Steinberg (1990) a mis en lumière la différence entre le contrôle comportemental et le contrôle psychologique à travers ses études auprès d'adolescents. Selon l'auteur, le contrôle comportemental concernerait les règles, alors que le contrôle psychologique minerait l'expression de l'autonomie et les initiatives d'indépendance de l'adolescent. Le contrôle psychologique traduirait des conduites parentales intrusives qui manipuleraient les pensées, les sentiments et les liens d'attachement de l'enfant (Barber & Harmon, 2002). Ces processus de contrôle psychologique ne répondraient pas aux besoins émotionnels et psychologiques de l'enfant (Maccoby & Martin, 1983). Un tel environnement rend difficile le développement d'une perception et d'un sens de soi sains, en limitant les opportunités de développer un sens de sa propre efficacité (Youniss & Smollar, 1985). Les conséquences

du contrôle psychologique sont liées à des patrons d'émotions dysphoriques (culpabilité, agressivité passive, dépression), à la dépendance, au retrait social, à de faibles forces du moi, à l'incapacité de faire des choix conscients et à une faible estime personnelle (Barber, 2002). Le modèle de Chorpita et de ses collaborateurs (1998) démontre que le contrôle parental suscite l'anxiété chez les adolescents. Par ailleurs, une étude menée auprès de 1313 adolescents allemands issus de la population générale a présenté un modèle où les symptômes de TAG et d'anxiété de séparation étaient les meilleurs prédicteurs du contrôle parental, amenant une direction d'effet différente dans la relation entre l'anxiété et le contrôle parental. Les symptômes anxieux retrouvés chez les adolescents étaient plus fortement liés au contrôle psychologique qu'au contrôle comportemental des parents (Wijsbroek, Hale III, Raaijmakers, & Meeus, 2011). Différents écrits qualitatifs (rapports, étude de cas) de spécialistes tendent à présenter les parents d'enfants avec un trouble anxieux comme invasifs, surinvestis et limitant l'autonomie de leur progéniture (Levy, 1966; Parker, 1983). La recension d'écrits produits à ce jour supporte la présence d'un lien significatif entre la surprotection parentale et l'anxiété chez l'enfant (Bögel & Brechman-Toussaint, 2006).

**Le soutien à l'autonomie.** Selon Deci et Ryan (1985), un environnement qui supporte l'autonomie implique l'habilité de choisir, des opportunités à résoudre des problèmes par soi-même ainsi qu'une pression minimale à agir d'une certaine façon. Lorsque ces conditions sont rencontrées, ceci facilite le sentiment d'être l'initiateur de ses propres actions. De façon générale, le soutien à l'autonomie a été lié au

développement sain ainsi qu'à des degrés moindres de comportements problématiques chez les adolescents (Silk, Morris, Kanaya, & Steinberg, 2003). Dans une étude menée par Grolnick, Frodi et Bridges (1984), des mères d'enfant de un an ont reçu la consigne ambiguë de « s'asseoir à côté de l'enfant alors que celui-ci joue avec le jouet (p.52, traduction libre) ». Les mères supportant l'autonomie ont suivi leur enfant, l'ont encouragé et ont donné juste assez d'assistance pour ramener un bambin un peu trop aventureux. Puis, en l'absence de la mère, les enfants ont reçu certaines tâches intéressantes à faire. Les observateurs étaient attentifs à la poursuite ou à l'abandon des tâches par l'enfant. Les résultats ont démontré que les enfants de mères contrôlantes abandonnaient davantage et persistaient moins que les enfants de mères supportant l'autonomie. Il semblerait que la pression parentale détériore la motivation de l'enfant à explorer et à maîtriser son environnement. Ces résultats suggèrent qu'un faible soutien à l'autonomie puisse être lié à un faible sentiment de contrôle sur son environnement, variable recevant de plus en plus d'attention dans l'étiologie de l'anxiété. Par ailleurs, peu d'études ont utilisé le construit de soutien à l'autonomie comme étant une variable distincte de la surprotection. En ce sens, le manque de preuves empiriques ne permet pas de considérer le soutien à l'autonomie comme une variable pertinente dans l'étiologie de l'anxiété.

**Les comportements parentaux anxieux.** La troisième dimension suggérée avoir une influence sur les manifestations d'anxiété de l'enfant est le modelage des comportements anxieux des parents (p. ex., expression fréquente de peurs, d'inquiétudes ou d'évitement

par le parent, tendance à prévoir les dangers potentiels, besoin de réassurance). Un parent ayant tendance à *catastropher* décrit les problèmes comme insolubles ou dangereux et interprète le monde comme très menaçant (Whaley, Pinto, & Sigman, 1999).

Une corrélation positive significative est observée entre les comportements anxieux des parents et les symptômes anxieux des enfants, notamment pour des symptômes du TAG, de l'anxiété de séparation et des phobies spécifiques (Muris & Merckelbach, 1998). Dans une étude d'observations entre des mères ayant un diagnostic de trouble anxieux ( $n = 18$ ) et des mères contrôles ( $n = 18$ ), l'anxiété de la mère a démontré être un facteur de risque au développement de l'anxiété chez l'enfant (Whaley et al., 1999). Cinquante pour cent des enfants de mère anxieuse rencontraient les critères diagnostiques d'un trouble anxieux, comparativement à six pour cent pour les enfants de mère contrôle. Lors d'interactions mère-enfant, certains comportements parentaux ont révélé être significativement plus présents chez les mères anxieuses que chez les mères contrôles. Les mères anxieuses catastrophaient et critiquaient davantage, allouaient moins d'autonomie et démontaient moins de positivisme que les mères contrôles. Considérant la taille restreinte des échantillons, ces résultats devaient par ailleurs être considérés avec prudence. Moore, Whaley et Sigman (2004) ont reproduit cette étude avec un échantillon plus consistant de dyades mère-enfant ( $N = 68$ ), et ont conclu que les mères d'enfant anxieux étaient moins chaleureuses, plus surprotectrices et

catastrophaient davantage que les mères d'enfant non anxieux, indépendamment de leur propre niveau d'anxiété.

Les parents anxieux peuvent influencer leur enfant à endosser des réactions anxieuses via le principe du modelage. Une étude menée lors d'une discussion parent-enfant a observé que le parent anxieux avait tendance à encourager et modeler des cognitions anxieuses chez leur progéniture (Dadds, Barrett, & Rapee, 1996). Les parents qui tendent à décrire les problèmes comme insolubles ou dangereux encouragent ou récompensent une vision négative similaire chez leur enfant (Muris, 2002). Ces comportements parentaux peuvent inhiber les pensées adaptatives et les stratégies de résolution de problème de l'enfant (Whaley et al., 1999). En effet, les enfants de parents anxieux se décrivent comme significativement plus peureux, anxieux et affichent moins de contrôle lors de différentes tâches comparativement à des enfants non anxieux (Capps, Sigman, Sena, & Henker, 1996). En somme, les comportements parentaux anxieux semblent liés à l'anxiété chez l'enfant.

Les revues de la documentation effectuées à ce jour ciblent principalement le rejet, la surprotection et le modelage de comportements anxieux des parents comme étant liés à des niveaux élevés d'anxiété chez l'enfant (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; Rapee, 1997; Wood et al., 2003). Par ailleurs, ces écrits ne spécifient pas les comportements parentaux pertinents dans le développement des symptômes du TAG. Cet aspect sera élaboré dans la prochaine section.

**Les comportements parentaux associés aux symptômes du TAG.** Une étude menée auprès d'enfants non cliniques d'âge scolaire et visant à observer le lien entre leurs symptômes anxieux et leurs perceptions des comportements parentaux (chaleur, rejet, contrôle et comportements parentaux anxieux) a relevé une relation significative entre, d'une part, des pratiques parentales anxieuses et contrôlantes, et d'autre part, des symptômes anxieux associés au TAG, au trouble d'anxiété de séparation et à la phobie situationnelle (Muris & Merckelbach, 1998). Cette étude présente par ailleurs quelques limites, soit un échantillon restreint ( $N = 45$ ) ainsi que l'absence d'un échantillon clinique. Aussi, différentes mesures autres que le *Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (SCARED; Birmaher, Khetarpal, Brent, & Cully, 1997), qui est une mesure auto-rapportée adressant uniquement la peur et l'inquiétude, auraient pu être employées pour évaluer l'anxiété chez les enfants et diminuer les biais de réponse (p. ex., une entrevue structurée ou l'emploi de multiples questionnaires). Une étude hollandaise menée auprès de 1106 adolescents non cliniques a constaté que les perceptions de rejet, de contrôle et d'aliénation des parents étaient significativement corrélées aux symptômes du TAG. Plus précisément, les perceptions de rejet et d'aliénation des parents constituaient les meilleurs prédicteurs de leurs scores sur une échelle mesurant les symptômes du TAG (Hale III, Engels, & Meeus, 2006). Ici aussi, l'absence d'un échantillon clinique ainsi que l'emploi unique du SCARED (Birmaher et al., 1997) comme mesure des symptômes du TAG limitent la généralisation des résultats. De plus, les questionnaires adressant les comportements parentaux perçus (rejet, surprotection, attachement) ne différenciaient pas les comportements de la mère et

du père, comme effectué généralement dans ce type d'étude. L'étude de Brown et Whiteside (2008) a comparé des jeunes américains âgés entre 7 et 18 ans ayant un diagnostic d'anxiété à un groupe contrôle hollandais provenant de l'étude de Muris, Meesters, Merckelbach, & Hülsebeck (2000), sur le plan des inquiétudes et des comportements parentaux perçus auto-rapportés (chaleur, surprotection, rejet et comportements parentaux anxieux). Ils ont observé des moyennes significativement plus élevées pour l'échantillon clinique sur la variable inquiétude et sur les dimensions surprotection, comportements parentaux anxieux et rejet, comparativement à l'échantillon contrôle. Aucune différence n'a été trouvée entre les deux groupes sur la dimension acceptation. Une corrélation significative positive a été obtenue entre la perception de comportements parentaux rejetant et le degré d'inquiétude rapporté par les enfants. Les limites de cette étude concernent l'emploi exclusif d'un questionnaire auto-rapporté pour mesurer les comportements parentaux, alors que d'autres techniques auraient permis de valider les perceptions des enfants (p. ex., observation de dyades parents/enfant, entrevues et questionnaires administrés aux parents et aux enfants). Aussi, l'utilisation d'échantillons provenant de deux cultures différentes peut interférer avec les résultats et potentiellement diminuer la validité des comparaisons inter-groupes. Dans l'ensemble, les résultats indiquent la présence d'un lien entre certains comportements parentaux et des symptômes précoces associés au TAG. Il en ressort que des comportements parentaux anxieux et surprotecteurs semblent plus distinctement impliqués dans la présence de symptômes TAG chez les enfants et les adolescents. Par ailleurs, ces résultats ne font pas consensus à travers la documentation.

Chez la population adulte, des instruments de mesure tels le *Parental Bonding Instrument* (PBI; Parker et al., 1979) et le *Egna Minnen av Barndoms Uppfostran* (EMBU, qui signifie *Les souvenirs de mon éducation*; Perris, Jacobsson, Lindstrom, von Knorring, & Perris, 1980) sont utilisés pour étudier de façon rétrospective la relation entre certains comportements parentaux perçus durant l'enfance et l'anxiété à l'âge adulte. Différentes études ont démontré la validité de cette méthode de collecte de données (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993; Chambers, Power, & Durham, 2004; Wilhelm, Niven, Parker, & Hadzi-Pavlovic, 2005). Les études rétrospectives constituent un complément d'informations aux études menées auprès d'enfants et de leurs parents, compte tenu des biais possibles dans l'emploi de mesures auto-rapportées auprès de ces populations. Par exemple, l'enfant peut avoir tendance à exagérer ses difficultés ou à percevoir davantage les comportements parentaux négatifs compte tenu d'un biais attentionnel favorisé par son anxiété. La désirabilité sociale et des capacités d'auto-observation limitées peuvent biaiser le patron de réponses des parents quant à leurs propres comportements.

L'étude de Silove, Parker, Hadzi-Pavlovic et Manicavasagar (1991) comprenant un groupe d'adultes ayant un TAG, un autre ayant un trouble panique et un groupe de comparaison apparié sans diagnostic d'anxiété a révélé que les deux groupes cliniques rapportaient des comportements parentaux perçus comme significativement moins chaleureux et plus surprotecteurs que le groupe contrôle. Le groupe ayant un trouble panique se différenciait significativement du groupe contrôle sur la dimension surprotection maternelle seulement. Pour le groupe TAG, les participants tendaient à

coter leurs deux parents comme moins chaleureux et davantage surprotecteurs que leurs homologues du groupe contrôle, bien que des différences significatives n'aient été obtenues que sur les dimensions chaleur maternelle et surprotection paternelle. Par contre, les résultats n'indiquent pas de différence entre les participants ayant un TAG et ceux ayant un trouble panique quant aux comportements parentaux perçus durant l'enfance. Il est possible que l'absence de différence entre le trouble panique et le TAG soit attribuable à un recoupement dans les symptômes de ces troubles. En effet, les critères diagnostiques utilisés pour évaluer le TAG et le trouble panique dans le cadre de cette étude, soit ceux du DSM-III (APA, 1980), ne correspondent plus aux définitions actuelles des troubles. Le TAG était alors un diagnostic résiduel accordé lorsque aucun autre trouble anxieux n'était identifiable (Gervais & Dugas, 2008). Il est donc difficile de conclure en la présence de lien entre les comportements parentaux et le TAG à partir de cette étude, puisque sa définition n'incluait pas l'inquiétude excessive comme caractéristique principale, mais plutôt un ensemble de symptômes anxieux non spécifiques. L'inquiétude figure désormais comme critère diagnostique principal du TAG depuis le DSM-III-R (APA, 1987). De plus, des changements au niveau de la durée, de l'altération du fonctionnement et des critères diagnostiques ont été apportés à ce diagnostic, appuyant la nécessité de reprendre une étude rétrospective adressant les perceptions des comportements parentaux de l'enfance auprès d'adultes ayant un TAG.

Une revue de la documentation portant sur les études rétrospectives menées auprès d'adultes anxieux rapporte un lien entre des perceptions de comportements parentaux

peu chaleureux et surprotecteurs durant l'enfance et l'anxiété à l'âge adulte (Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990). Dans le même sens, des adultes ayant un trouble anxieux (c.-à-d. un TAG, un trouble panique avec ou sans agoraphobie ou un état de stress post-traumatique) ont perçu significativement moins de chaleur chez leur père et plus de contrôle chez leurs deux parents que les participants non cliniques (Chambers et al., 2004). Ces résultats divergent légèrement avec ceux obtenus dans une autre étude auprès d'adultes anxieux. L'étude de Turgeon, O'Connor, Marchand et Freeston (2002) a comparé les perceptions des comportements parentaux (chaleur, rejet, surprotection) d'individus ayant un trouble obsessionnel-compulsif à celles d'individus ayant un trouble panique avec agoraphobie et ceux exempts d'anxiété. Aucune différence significative n'a été obtenue entre les deux groupes diagnostiques en regard de leurs perceptions des comportements parentaux. Lorsque comparé au groupe contrôle, le groupe anxieux (constitué des deux groupes diagnostiques) rapportaient avoir perçu davantage de comportements de surprotection chez leurs deux parents. Aucune différence entre ces groupes n'a été obtenue sur les variables de chaleur et de rejet. En somme, le lien entre certains comportements parentaux connus dans l'enfance et les diagnostics d'anxiété à l'âge adulte nécessite de plus amples investigations.

### **Objectif de recherche**

L'ensemble des études présentées supporte le lien entre les comportements parentaux et l'anxiété en général. Considérant les résultats issus de recherches auprès d'enfants et d'adolescents anxieux, les preuves empiriques sont plus consistantes en ce qui a trait à la

surprotection et aux comportements parentaux anxieux et plus ambiguës en ce qui concerne le rejet et la chaleur émotionnelle. La surprotection semble aussi le principal comportement parental rapporté de façon rétrospective chez les adultes anxieux. Les études visant à établir la contribution de comportements parentaux spécifiques à un diagnostic anxieux sont peu nombreuses et peu concluantes. Ainsi, la seule étude menée à ce jour mettant en relation les perceptions des comportements parentaux et le TAG à l'âge adulte s'appuie sur une nosologie désuète. Aucune étude à ce jour n'a évalué la perception des comportements parentaux d'adultes rencontrant les critères diagnostiques actuels du TAG. De plus, peu d'études ont tenté de comprendre si certains comportements parentaux étaient liés aux vulnérabilités cognitives impliquées dans le développement, l'exacerbation et le maintien des symptômes du TAG, telles que l'II et l'AN. Par ailleurs, des explications théoriques en justifient l'exploration.

La présente recherche vise à poursuivre l'étude des comportements parentaux associés au TAG. La première hypothèse prévoit obtenir un lien entre, d'une part, les comportements parentaux perçus durant l'enfance et d'autre part l'II, l'AN et les symptômes du TAG. La deuxième hypothèse propose que les individus adultes ayant un TAG auront perçu davantage de comportements parentaux anxieux et surprotecteurs durant l'enfance que leurs homologues du groupe contrôle. Enfin, sur une base exploratoire, si des comportements parentaux s'avéraient liés aux symptômes du TAG, le dernier objectif viserait à vérifier le rôle médiateur de l'II et de l'AN dans le lien unissant les comportements parentaux et les symptômes du TAG.

## **Méthode**

## **Participants**

Cent-six adultes francophones recrutés sur une base volontaire ont pris part à cette étude. Ils devaient être âgés de 18 à 65 ans et avoir le souvenir d'au moins un modèle parental, biologique ou non. Un peu plus de 55 % des participants du groupe TAG proviennent d'un recrutement effectué par le Laboratoire sur l'anxiété de l'Université de Sherbrooke, alors que 22,2 % proviennent de l'Hôtel-Dieu de Lévis, 13 % de l'Université du Québec à Trois-Rivières et 9,3 % de l'Université du Québec à Montréal. Ce groupe est composé de 54 individus, soit 43 femmes et 11 hommes, répondant aux critères diagnostiques d'un TAG primaire (selon le DMS-IV, APA, 1994) à l'ADIS-IV au moment de l'étude. Si un diagnostic secondaire était présent, celui-ci devait être de sévérité moindre à celui du TAG. Un écart d'au moins 1 à l'échelle de sévérité de l'ADIS-IV (voir section Instruments de mesure) a été retenu pour distinguer le diagnostic primaire d'un(des) diagnostic(s) secondaire(s). Parmi les diagnostics secondaires présents chez ce groupe, on retrouve des troubles anxieux (88,9 %), des troubles de l'humeur (25,9 %), de la dépendance à l'alcool (3,7 %) et des troubles somatoformes (1,9 %). L'âge moyen des participants du groupe TAG est de 36,81 ans ( $ET = 12,84$ ). Au niveau de la scolarité complétée, 20,4 % ont terminé le secondaire, 33,3 % le collégial ou l'équivalent et 46,3 % le niveau universitaire. Quant au statut de travail, 37 % occupent un emploi à temps plein (35 heures ou plus), 16,7 % travaillent à

temps partiel, 7,4 % sont à la retraite, 13 % sont en arrêt temporaire et 25,9 % sont soit en chômage, en invalidité, à la maison ou prestataires de l'aide sociale. Pour les 41 participants anxieux dont l'information est disponible, la distribution des revenus annuels est comme suit : moins de 29 999\$ ; 39 %, entre 30 000 et 59 000\$; 26,8 %, entre 60 000 et 89 000\$; 22 %, 90 000\$ et plus ; 12,2 %. Pour les 32 participants dont l'information est disponible, l'échantillon anxieux compte en moyenne 2,46 personnes par ménage ( $ET = 1,10$ ). Sur les 42 participants anxieux dont les données sont disponibles, il y a autant de participants avec enfants que sans enfant (50 %) et ils ont en moyenne 0,97 personne à charge ( $ET = 1,45$ ). De ceux-ci, 42,9 % habitent avec un conjoint, 26,2 % avec leur conjoint et leur famille (parents, enfants) et les autres 31 % résident soit avec leur famille, seul ou en colocation.

Le groupe contrôle non anxieux est apparié au premier groupe sur les variables genre et âge, tel qu'observé dans une étude de comparaison auprès d'individus ayant un TAG et d'individus non anxieux (Silove et al., 1991). Il est constitué de 52 adultes, soit 39 femmes et 13 hommes, exempts d'antécédent psychiatrique et ayant coté négativement à toutes les échelles de l'ADIS-IV au moment de l'étude. Quatre participantes ont été exclues de l'échantillon puisqu'elles présentaient un trouble anxieux lors de l'évaluation. Des références leur ont été fournies selon le besoin. L'âge moyen du groupe non anxieux est de 36,98 ans ( $ET = 12,84$ ). Au niveau de la scolarité complétée, 5,8 % ont terminé le niveau secondaire, 23,1 % le niveau collégial ou l'équivalent et 71,2 % un niveau universitaire. Quant au statut de travail, 42,4 % occupent un emploi à temps plein (35

heures ou plus), 17,3 % travaillent à temps partiel, 7,7 % sont à la retraite et 32,7 % ont un statut de travail autres (études, congé de maternité). La distribution des revenus annuels est comme suit : moins de 29 999\$; 28,8 %, entre 30 000 et 59 000\$; 34,6 %, entre 60 000 et 89 000\$; 23,1 %, 90 000\$ et plus; 13,5 %. L'échantillon non anxieux compte en moyenne 2,34 personnes par ménage ( $ET = 1,12$ ). Plusieurs habitent avec un conjoint (40,4 %) ou leur conjoint et leur famille (19,2 %). La majorité des participants non anxieux a des enfants (65,4 %) et a en moyenne 0,35 personne à charge ( $ET = 0,71$ ).

### **Instruments de mesure**

Un questionnaire d'informations générales (voir Appendice A) a été complété par les participants avant la complétion des instruments de mesure présentés ci-après.

### **Évaluation diagnostique**

Une version française du Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Brown, DiNardo, & Barlow, 1994), traduite par Boivin et Marchand (1996), a été employée. Cette entrevue diagnostique semi-structurée était administrée par un intervenant formé (étudiants doctoraux, psychologues) pour vérifier la présence actuelle d'un TAG ainsi que tout autre diagnostic chez les participants du groupe anxieux et contrôle. En raison d'une symptomatologie similaire et d'une comorbidité fréquente avec les troubles anxieux, cette entrevue examine aussi la présence de troubles de l'humeur, de troubles somatoformes, de troubles psychotiques ou de conversion et de troubles liés à l'utilisation d'une substance, selon les critères du DSM-IV (APA, 1994).

La cotation des diagnostics permet une évaluation à la fois catégorielle (présence ou absence du diagnostic) et dimensionnelle (sévérité évaluée sur une échelle de 0 à 8). Les diagnostics actuels mesurés à l'ADIS-IV possèdent de façon générale une fidélité allant de bonne à excellente avec des coefficients Kappa entre 0,67 et 0,86, à l'exception de la dysthymie située à 0,22 (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001). L'histoire psychiatrique et médicale (p. ex., traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques actuels et passés, présence de maladie physique) est aussi explorée. Puisque l'ADIS-IV est un instrument protégé par les droits d'auteurs, il ne sera pas inclus en appendice du présent travail.

### **Symptômes du TAG et vulnérabilités cognitives**

La version française du Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), soit le Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS, 16 items; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001; voir Appendice B) mesure la tendance à s'inquiéter chez l'adulte. Il comprend des items tels « Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas » et « Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien ». Les énoncés sont répondus à l'aide d'une échelle de Likert en cinq points allant de *pas du tout correspondant* (1) à *extrêmement correspondant* (5). Le score total est formé de la somme des items. Ce questionnaire permet de distinguer les individus souffrant d'un TAG de ceux ayant un autre trouble anxieux (Brown, Anthony, & Barlow, 1992). La version française de l'instrument démontre des propriétés psychométriques satisfaisantes au plan de la cohérence interne

( $\alpha = 0,92$ ) et de la validité de convergence avec d'autres instruments tels le Questionnaire d'intolérance à l'incertitude (QII; Freeston et al., 1994;  $r = 0,68$ ) et le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC; Langlois et al., 1996;  $r = 0,53$ ; Gosselin et al., 2001). L'instrument présente une excellente stabilité à travers le temps avec une corrélation test-retest de 0,86 (intervalle de quatre semaines entre les passations). Dans la présente étude, la cohérence interne obtenue est de 0,85.

L'Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III, 45 items; Gosselin et al., 2008; voir Appendice B) mesure d'une part la tendance excessive à trouver inacceptable qu'un évènement négatif, même fortuit, puisse se produire (partie A), ainsi que les manifestations cognitives et comportementales qui découlent de cette tendance excessive (partie B). Les items sont répondus à l'aide d'une échelle de Likert allant de *pas du tout correspondant* (1) à *tout à fait correspondant* (5). Les scores sont formés de la somme des items (partie A et B calculées séparément). La partie A comprend des items tel « J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain » et « Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer ». Elle possède un alpha de Cronbach de 0,93. La partie B comprend les items de type « Les situations incertaines m'inquiètent » et « Lorsque je suis incertain(e), j'ai besoin d'être rassuré(e) par les autres ». L'alpha de Cronbach observé est de 0,96. En ce qui a trait à la validité convergente avec le QII (Freeston et al., 1994), la partie A présente une corrélation de 0,68 et la partie B, une de 0,72. Des corrélations de 0,58 et de 0,67 ont été obtenues entre le QIPS et les parties A et B, respectivement. Aussi, des analyses factorielles

confirmatoires appuient la structure de l'instrument. (Gosselin et al., 2008). Des corrélations test-retest de 0,76 pour la partie A et de 0,75 pour la partie B ont été obtenues après un intervalle de cinq semaines, confirmant la stabilité temporelle de l'instrument. Dans la présente étude, la cohérence interne de la partie A est de 0,97 et celle de la partie B, 0,99. La cohérence interne de l'ensemble des items est de 0,99. La somme des scores des deux parties a été utilisée comme valeur de l'II dans les analyses de la présente étude.

Le Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP, 12 items; Gosselin, Ladouceur, & Pelletier, 2005; voir Appendice B) est employé pour évaluer l'attitude négative à composer avec les problèmes de la vie. Les réponses sont cotées sous la forme d'une échelle de Likert allant de *pas du tout correspondant* (1) à *extrêmement correspondant* (5). Le score total est composé de la somme des items. L'instrument comprend des énoncés tels « Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être » et « Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables ». Le QAP présente une validité convergence satisfaisante avec le QIPS ( $r = 0,65$ ), le QII ( $r = 0,73$ ) et la version française de l'échelle d'attitude négative face aux problèmes de l'Inventaire de résolution de problèmes sociaux-Révisé (IRPS-R;  $r = 0,79$ ; Maydeus-Olivares & D'Zurilla, 1996; version française : Gosselin et al., 2002; Gosselin et al., 2005). Une corrélation test-retest de 0,83 a été obtenue après un intervalle de cinq semaines, confirmant sa stabilité temporelle. L'instrument possède une cohérence interne très

satisfaisantes auprès de la population adulte ( $\alpha = 0,90$ ). Pour la présente étude, l'alpha de Cronbach obtenu est de 0,97.

### **Comportements parentaux**

Une version française du Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979) développée par Turgeon et Brousseau (1997) a été employée (voir Appendice C). Cet instrument vise à mesurer de façon rétrospective les perceptions des comportements parentaux vécus durant les 16 premières années de vie. La version francophone comprend 25 items à répondre pour le père et la mère sur une échelle de Likert allant de *très vrai* (1) à *très faux* (4). Deux dimensions de comportements parentaux y sont représentées, soit la chaleur émotionnelle (p. ex., « Me parlait d'une voix chaude, amicale ») et la surprotection (p. ex., « Essayait de contrôler tout ce que je faisais »). Le score pour chacune des dimensions est formé de la somme des items et est comptabilisé de façon séparée pour chaque parent. Un score élevé à la dimension chaleur indique un haut niveau de chaleur perçue. Il en va de même pour la surprotection. Les alphas de Cronbach pour l'échelle chaleur sont de 0,92 pour la mère et de 0,91 pour le père, tandis qu'il est de 0,89 à l'échelle surprotection pour les deux parents (Turgeon et al., 2002). Les données quant à la fidélité test-retest et la validité ne sont disponibles que pour la version originale anglaise. La stabilité du PBI a été démontrée sur une période de 20 ans avec des coefficients se situant entre 0,59 et 0,75 (Wilhelm et al., 2005). La validité du PBI a été mesurée par des entrevues où le participant devait parler de la relation émotionnelle vécue avec chaque parent (dimension chaleur) et à quel point chaque

parent lui permettait de faire ses choses (dimension surprotection). Les contenus des entretiens étaient ensuite cotés de façon indépendante par deux évaluateurs (Parker et al., 1979). La validité convergente du PBI a été mesurée avec le EMBU (voir les détails au paragraphe suivant). Dans la présente étude, l'alpha de Chronbach à l'échelle chaleur est de 0,89 pour la mère et de 0,94 pour le père; à l'échelle surprotection, il se chiffre à 0,87 pour la mère et à 0,88 pour le père.

Une version française traduite et adaptée par Gosselin et Viscogliosi (2008) du Egnä Minnen Bertröffander Uppfostran abrégé pour adultes (s-EMBU, 23 items; Arrindell et al., 1999; voir Appendice C) a servi à mesurer les perceptions des participants quant aux comportements adoptés par leurs parents durant l'enfance. Cet outil est formé d'une échelle de Likert où chaque item est répondu séparément pour le père et la mère, selon les ancrages *non jamais* (1) à *oui toujours* (4). Trois échelles de comportements parentaux y sont mesurées, soit la chaleur émotionnelle (p. ex., « Est-ce que vos parents vous montraient, par des mots et des gestes, qu'ils vous aimaient? »), la surprotection (p. ex., « Aviez-vous l'impression que vos parents se mêlaient de tout ce que vous faisiez? ») et le rejet (p. ex., « Étiez-vous traité(e) comme le *mouton noir* ou le *bouc émissaire* de la famille? »). Ces échelles présentent une cohérence interne jouant entre 0,72 et 0,85. Dans la version de Gosselin et Viscogliosi (2008), une quatrième échelle a été incluse, soit les comportements parentaux anxieux (p. ex., « Est-ce que vos parents s'inquiétaient à propos de ce que vous faisiez après l'école? »). Elle est tirée de la version du EMBU pour enfants (EMBU-C; Muris, Meesters, & Van Brakel, 2003) et

possède une bonne cohérence interne ( $\alpha = 0,79$  pour la mère,  $\alpha = 0,78$  pour le père). La version finale utilisée pour la présente étude comporte 33 items. La traduction française de la version originale du EMBU (Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring, & Perris, 1980) possède des alphas de Cronbach se situant entre 0,82 et 0,95 (Turgeon et al., 2002). Quant aux autres propriétés psychométriques, les données présentées sont issues de versions anglaises du EMBU. En ce qui a trait à la validité convergente, la corrélation entre la dimension chaleur paternelle au EMBU et son corolaire au PBI est de 0,78. Une corrélation de -0,52 est obtenue entre la dimension rejet du père au EMBU et la chaleur du père au PBI. L'échelle surprotection des deux instruments affiche une corrélation de 0,58 pour les comportements paternels. En ce qui a trait aux comportements parentaux de la mère, la corrélation entre la dimension chaleur au EMBU et son corolaire au PBI est de 0,80. Une corrélation de -0,48 est obtenue entre la dimension rejet au EMBU et la chaleur au PBI tandis qu'une corrélation de 0,63 est obtenue entre les mesures de surprotection des deux instruments (Arrindell, Gerlsma, Vandereycken, Hageman, & Daeseleire, 1998). L'instrument présente une bonne stabilité à travers le temps avec des corrélations test-retest (intervalle de quatre ans entre les passations) se situant entre 0,52 et 0,78 (Winefield, Goldney, Tiggermann, & Winefield, 1990). Pour la présente étude, les indices de cohérence interne obtenus aux quatre échelles se chiffrent entre 0,83 et 0,89. Les coefficients spécifiques à chacune des échelles sont disponibles sur demande.

Turgeon et ses collaborateurs (2002) suggèrent d'utiliser à la fois le EMBU et le PBI pour pallier aux résultats variables des deux instruments. En ce sens, une étude menée auprès d'un vaste échantillon a conclu à une convergence controversée entre les échelles du PBI et du EMBU, laissant entrevoir des divergences entre les construits mesurés par les deux instruments (Livianos-Aldana & Rojo-Moreno, 1999). Celles-ci seront abordées dans la discussion de la thèse.

### Déroulement

Le recrutement des participants ayant un TAG a été mené dans différents sites au Québec entre septembre 2009 et mai 2011, dans le cadre du processus de sélection de diverses études cliniques, dont la principale visait à tester l'efficacité d'un traitement ciblant à la fois le TAG et le Trouble panique avec agoraphobie. Celle-ci était subventionnée par les Fonds Québécois de Recherche sur la Société et la Culture (FQRSC). Aucune compensation ou incitatif n'a été donné aux participants. La publicité de cette étude offrait un traitement aux personnes souffrant d'inquiétudes, d'anxiété et de peur de paniquer. Les participants pressentis étaient invités à contacter l'équipe de recherche. Ceux ayant obtenu un diagnostic primaire de TAG, éligibles ou non à cette étude, étaient conviés à compléter les questionnaires de la présente recherche. Pour les participants contrôles, la chercheuse s'est présentée dans différents centres de conditionnement physique de la région de Sherbrooke afin de recruter des personnes en bonne santé psychologique (n'ayant pas de difficulté majeure associée à l'anxiété et à la dépression) en juin 2011. L'étude était présentée comme un projet portant sur l'anxiété

et l'éducation reçue. Une publicité était laissée aux personnes intéressées. Une deuxième vague de recrutement s'est faite de bouche à oreille et par affichage sur un réseau social (Facebook) de juillet à août 2011. Les gens étaient invités à laisser leur nom et disponibilités pour un entretien téléphonique d'environ 15 à 45 minutes à l'adresse courriel ou sur la boîte vocale de l'étude.

### **Évaluation téléphonique**

Les participants anxieux ont d'abord été évalués lors d'une entrevue téléphonique de 15 à 30 minutes servant à déterminer sommairement s'ils répondaient aux critères d'inclusion (voir Appendice E). L'entrevue était conduite par des étudiants de psychologie supervisés par un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Les participants contrôles ont été évalués par la chercheuse principale lors d'un entretien téléphonique (voir Appendice E) durant lequel les questions de l'ADIS-IV étaient posées, afin de vérifier l'absence de diagnostic et le respect des critères d'inclusion (durée : entre 15 et 45 minutes). Ces entretiens ont été enregistrés sur bande audio en cas d'ambiguïté quant au respect des critères d'inclusion. Les participants non retenus ont été orientés vers des ressources en santé mentale, au besoin.

### **Évaluation diagnostique en face-à-face**

Les participants anxieux pressentis répondre aux critères d'inclusion lors de l'évaluation téléphonique étaient reçus au Laboratoire sur l'anxiété de l'Université de Sherbrooke, ou dans le laboratoire respectif des différents sites de recrutement. Après

obtention du consentement (voir l'Appendice F), ils ont été évalués par des étudiants de niveau doctoral à l'aide d'une entrevue structurée en face-à-face inspirée de l'ADIS-IV. L'entrevue nécessitait entre une et deux heures d'entretien. Les expérimentateurs étaient formés à la passation de l'instrument et supervisés par un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec. L'entretien était enregistré. Lorsqu'une ambiguïté résidait au niveau du diagnostic, l'écoute de l'entretien permettait de clarifier celui-ci.

### **Passation des questionnaires**

Les participants anxieux ont pu compléter les questionnaires (voir Appendice A, B et C) sur les lieux de l'évaluation ou à la maison, selon leur convenance (durée : entre 30 et 60 minutes). Si cette deuxième option était choisie, les questionnaires ainsi qu'une enveloppe de retour pré-affranchie à l'adresse de l'université leur étaient remis. Pour les participants contrôles désirant compléter la batterie de questionnaires par internet, un code alphanumérique et le lien électronique de *Survey Monkey*, où figuraient les questionnaires, leur étaient fournis. Le code, formé des trois premières lettres du nom de famille et des deux premières lettres du prénom, suivies de l'année de naissance, devait être entré au début du questionnaire en ligne pour apparier celui-ci à l'entrevue téléphonique. La première page du questionnaire en ligne faisait office de formulaire de consentement en décrivant les buts de l'étude, la nature de la participation, les avantages et les risques encourus. Il y était écrit que le fait de répondre et de retourner le questionnaire constituait un consentement à la participation. Il leur était aussi possible de remplir les questionnaires sous format papier; le cas échéant, le formulaire de

consentement (voir Appendice F), les questionnaires ainsi qu'une enveloppe de retour pré-affranchie leur étaient expédiés. Les participants étaient avisés de l'importance de remplir et de retourner les documents dans les deux semaines suivant l'évaluation, après quoi un rappel téléphonique pouvait être fait. Aucune compensation financière n'était remise aux participants. Pour de plus amples informations sur les considérations éthiques, voir le formulaire de consentement (Appendice F).

## **Résultats**

### **Analyses préliminaires**

Tout d'abord, les postulats concernant la taille de l'échantillon, la normalité, la linéarité, la multicollinéarité, la singularité, l'homogénéité des variances et les données extrêmes ont été respectés. La première étape visait à vérifier la présence de liens entre les comportements parentaux et les différentes variables socio-démographiques de l'étude afin de contrôler l'effet de ces dernières dans les analyses ultérieures. Pour ce faire, des corrélations de Pearson suivies de MANOVAS et d'ANOVAS ont été réalisées. Les analyses effectuées ont démontré des liens entre l'âge des participants et différentes mesures de comportements parentaux. Aucune autre variable socio-démographique n'a obtenu de lien significatif avec les comportements parentaux. Afin d'alléger le texte, les résultats de ces analyses ne seront pas présentés mais demeurent disponibles sur demande.

Afin d'explorer les relations entre les différentes mesures de comportements parentaux (PBI et EMBU) et les mesures du TAG (QIPS, III, QAP), des corrélations partielles contrôlant pour l'effet de l'âge ont été réalisées. Les postulats concernant l'échelle de mesure, l'indépendance des observations, la normalité, la linéarité et l'homoscédasticité ont été respectés. Le seuil alpha choisi est de 0,05. En ce qui a trait aux comportements du père, une relation négative significative a été obtenue entre,

d'une part, la variable soin au PBI, et d'autre part, la tendance à s'inquiéter (QIPS) et l'II (III). Les résultats montrent des liens positifs significatifs entre, d'une part, la surprotection paternelle au PBI et d'autre part, la tendance à s'inquiéter (QIPS), l'II (III) et l'AN (QAP). La surprotection paternelle mesurée au EMBU est aussi liée de façon positive et significative à l'II (III). Dans le même sens, un lien positif significatif est observé entre, d'une part, l'anxiété du père au EMBU, et d'autre part, la tendance à s'inquiéter (QIPS), l'II (III) et l'AN (QAP). Dans le même sens, le rejet du père au EMBU est significativement lié à l'II (III) et à l'AN (QAP). Chez les mères, les résultats montrent des liens significatifs négatifs entre, d'une part, l'échelle de soin au PBI et d'autre part, la tendance à s'inquiéter, l'II (III) et l'AN (QAP). La surprotection maternelle au PBI est liée de façon positive et significative à la tendance à s'inquiéter (QIPS) et à l'II (III). Dans le même sens, les comportements anxieux de la mère au EMBU sont liés à la tendance à s'inquiéter (QIPS). Les comportements rejetants de la mère au EMBU sont liés positivement et de façon significative à l'II (III) et à l'AN (QAP). Les résultats montrent des liens négatifs significatifs entre, d'une part, l'échelle de comportement de chaleur maternelle au EMBU et d'autre part, l'II (III) et l'AN (QAP). Le Tableau 1 présente les corrélations obtenues.

Quant aux corrélations entre les variables mesurant le TAG, des liens significatifs ont été trouvés entre la tendance à s'inquiéter (QIPS) et l'II (III) ( $r(104) = 0,87, p < 0,001$ ), entre la tendance à s'inquiéter (QIPS) et l'AN (QAP ;  $r(104) = 0,78, p < 0,001$ ) et entre l'II (III) et l'AN (QAP ;  $r(104) = 0,84, p < 0,001$ ). Considérant l'ampleur des relations

Tableau 1

*Corrélations partielles contrôlant pour l'âge entre les comportements parentaux et les variables cognitives du TAG*

Instrument	QIPS	III	QAP
<b>PBI</b>			
Soin père	-0,21*	-0,26*	-0,19
Surprotection père	0,21*	0,27**	0,22*
<b>EMBU</b>			
Anxiété père	0,28**	0,35***	0,23*
Rejet père	0,18	0,25*	0,24*
Chaleur père	-0,15	-0,15	-0,13
Surprotection père	0,11	0,21*	0,10
<b>PBI</b>			
Soin mère	-0,29**	-0,33**	-0,30**
Surprotection mère	0,20*	0,21*	0,15
<b>EMBU</b>			
Anxiété mère	0,21*	0,20	0,08
Rejet mère	0,19	0,26**	0,23*
Chaleur mère	-0,19	-0,23*	-0,24
Surprotection mère	0,12	0,11	0,01

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

entre les deux mécanismes cognitifs, l'II et l'AN ont été considérées séparément dans l'ensemble des analyses.

### **Différences entre les participants ayant un TAG et les contrôles**

Afin de vérifier la présence d'une différence significative entre les individus ayant un diagnostic de TAG et les individus non anxieux quant aux comportements parentaux perçus durant l'enfance, quatre analyses de variance multivariées (MANOVAs) ont été effectuées. Aucun contrôle n'a été fait pour la variable de l'âge des participants puisque celle-ci a été contrôlée dans l'appariement des groupes. Pour remplir tous les postulats de la MANOVA, des données extrêmes univariées sur la variable Rejet mère du EMBU et des données extrêmes multivariées sur les variables EMBU père et EMBU mère ont été exclues des analyses. La variable indépendante introduite pour chacune des analyses est le groupe (TAG et non TAG) et les variables dépendantes sont les différentes échelles de comportements parentaux issues du PBI (pour la mère et le père, séparément) et du EMBU (pour la mère et le père, séparément). Un seuil alpha de 0,05 est retenu pour ces analyses. Les résultats obtenus au test de Wilks démontrent une différence significative entre les deux groupes sur les variables du PBI pour le père ( $F(2,102) = 4,85, p = 0,01$ ) et pour la mère ( $F(2,102) = 3,96, p = 0,02$ ), ainsi qu'au EMBU pour le père ( $F(4,95) = 6,56, p = 0,00$ ), et pour la mère ( $F(4,97) = 3,97, p = 0,01$ ). Plus précisément, les analyses de variance univariées (ANOVAs) révèlent des différences entre les deux groupes au plan de la surprotection (PBI) et des

comportements anxieux (EMBU) du père, ainsi que pour la surprotection (PBI), la chaleur (PBI) et les comportements anxieux (EMBU) de la mère. Les individus avec un TAG rapportent avoir perçu significativement plus de surprotection et de comportements anxieux chez leur mère et chez leur père que les individus non anxieux. Aussi, le groupe TAG a perçu significativement moins de chaleur maternelle que le groupe non TAG. Le Tableau 2 présentent les résultats obtenus.

Tableau 2

*Différences entre les participants ayant un TAG et les contrôles  
sur les échelles du PBI et du EMBU*

Variables	TAG		Contrôle		F	dl1, dl2
	M	ET	M	ET		
Échelles du PBI père					4,85 <sup>a**</sup>	2, 102
Soin	18,86	1,35	22,35	1,37	3,28 <sup>b</sup>	1, 103
Surprotection	14,11	1,08	9,39	1,09	9,39 <sup>b*</sup>	1, 103
Échelles du PBI mère					3,96 <sup>a*</sup>	2, 102
Soin	22,06	1,36	26,86	1,38	6,15 <sup>b*</sup>	1, 103
Surprotection	16,91	1,22	13,04	1,24	4,94 <sup>b*</sup>	1, 103
Échelles du EMBU père					6,6 <sup>a***</sup>	4,95
Comportements anxieux	20,74	0,79	16,83	0,76	12,75 <sup>b**</sup>	1, 98
Rejet	10,11	0,42	9,48	0,40	1,18 <sup>b</sup>	1, 98
Chaleur	14,67	0,76	15,69	0,73	0,95 <sup>b</sup>	1, 98
Surprotection	16,59	0,66	15,40	0,63	1,70 <sup>b</sup>	1,98
Échelles du EMBU mère					3,97 <sup>a**</sup>	4, 97
Comportements anxieux	23,88	0,92	21,18	0,94	4,22 <sup>b*</sup>	1, 100
Rejet	10,70	0,49	9,67	0,50	2,13 <sup>b</sup>	1, 100
Chaleur	15,77	0,68	17,90	0,69	4,87 <sup>b</sup>	1, 100
Surprotection	19,62	0,77	18,47	0,79	1,09 <sup>b</sup>	1, 100

Note. <sup>a</sup> Multivariée. <sup>b</sup> Univariée.

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

### Effets indirects de l'II et de l'AN

Compte tenu des corrélations observées entre d'une part, certains comportements parentaux et d'autre part, la tendance à s'inquiéter (QIPS), l'II (III) et l'AN (QAP; voir Tableau 1), des analyses de médiation basées sur la méthode par ré-échantillonnage « Bootstrap » ont été réalisées. Celles-ci visaient à vérifier le rôle indirect de l'II et de l'AN sur le lien unissant les comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter. Les analyses « Bootstrap » constituent une procédure d'échantillonnage non paramétrique et sont utilisées pour tester le seuil de signification d'effets indirects. Une macro SPSS conçue pour les tests d'effet indirect a été employée (Preacher & Hayes, 2008). Un intervalle de confiance de 95 %, corrigé pour les biais, a été utilisé pour l'estimé des paramètres et confirmer les effets de médiation (Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russel, 2006; Preacher & Hayes, 2008). Les analyses ont été réalisées en utilisant l'ensemble des participants, indépendamment de leur groupe (TAG ou contrôle). Un effet médiateur complet et significatif de l'II est observé sur le lien entre la chaleur paternelle (PBI) et la tendance à s'inquiéter des participants ( $F(3,101) = 113,15, p < 0,001; R^2 = 0,77$ ). Moins les individus rapportent avoir vécu des comportements de chaleur paternelle, plus ils présentent d'II, ce qui est positivement lié à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 1). En ce qui a trait au lien entre la surprotection paternelle (PBI) et la tendance à s'inquiéter, un effet de médiation complète est observé pour l'II ( $F(3,101) = 113,32, p < 0,001; R^2 = 0,77$ ) et pour l'AN ( $F(3,101) = 58,48, p < 0,001; R^2 = 0,63$ ). Plus les individus rapportent des comportements paternels de surprotection, plus ils présentent d'II, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 2).

Aussi, plus les individus rapportent des comportements paternels de surprotection, plus ils présentent d'AN, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 3). Dans le même sens, des effets médiateurs complets de l'II et de l'AN sont aussi observés sur le lien unissant les comportements anxieux du père (EMBU) et la tendance à s'inquiéter ( $F(3,96) = 123,67, p < 0,001; R^2 = 0,79; F(3,96) = 61,67, p < 0,001; R^2 = 0,66$ ). Plus les individus rapportent des comportements paternels d'anxiété, plus ils présentent d'II, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 4). Plus les individus rapportent des comportements paternels d'anxiété, plus ils présentent d'AN, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 5). En ce qui a trait au lien entre la chaleur maternelle (PBI) et la tendance à s'inquiéter, un effet de médiation complète est observé pour l'II ( $F(3,101) = 111,31, p < 0,001; R^2 = 0,77$ ) et pour l'AN ( $F(3,101) = 57,20, p < 0,001; R^2 = 0,63$ ). Moins les individus rapportent des comportements de chaleur maternelle, plus ils présentent d'II, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 6). Aussi, moins les individus rapportent des comportements maternels chaleureux, plus ils présentent d'AN, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 7). Un effet médiateur complet et significatif de l'II est observé sur le lien entre la surprotection maternelle (PBI) et la tendance à s'inquiéter des participants ( $F(3,101) = 112,35, p < 0,001; R^2 = 0,77$ ). Plus les individus rapportent des comportements de surprotection maternelle, plus ils présentent d'II, qui est à son tour liée à une plus grande tendance à s'inquiéter (voir Figure 8). Le Tableau 3 présente les estimés des paramètres et les intervalles de confiance obtenus. Les pourcentages de variance expliquée par

chacun des modèles montrent qu'ils prédisent une part importante de la variance à la tendance à s'inquiéter.

Tableau 3

*Estimés des paramètres et intervalles de confiance pour l'II et l'AN sur les liens unissant les comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge*

	Chaleur père (PBI)				Surprotection père (PBI)				Comportements anxieux père			
	Estimé	ES	IC 95 %		Estimé	ES	IC 95 %		Estimé	ES	IC 95 %	
			Bas	Haut			Bas	Haut			Bas	Haut
II	-0,39	0,1	-0,661	-0,122	0,52	0,15	0,207	0,791	0,86	0,22	0,383	1,285
AN	-0,24	0,1	-0,483	0,043	0,35	0,15	0,073	0,655	0,50	0,25	0,017	1,027

*Note.* Estimé = Estimé des paramètres. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

Tableau 3

*Estimés des paramètres et intervalles de confiance pour l'II et l'AN sur les liens unissant les comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'âge (suite)*

	Chaleur mère (PBI)				Surprotection mère (PBI)			
	Estimé	ES	IC 95 %		Estimé	ES	IC 95 %	
			Bas	Haut			Bas	Haut
II	-0,47	0,15	-0,775	-0,171	0,32	0,15	0,037	0,624
AN	-0,37	0,13	-0,638	-0,133	0,21	0,14	-0,053	0,500

*Note.* Estimé = Estimé des paramètres. ES = Erreur standard. IC = Intervalle de confiance à 95 % corrigé pour les biais.

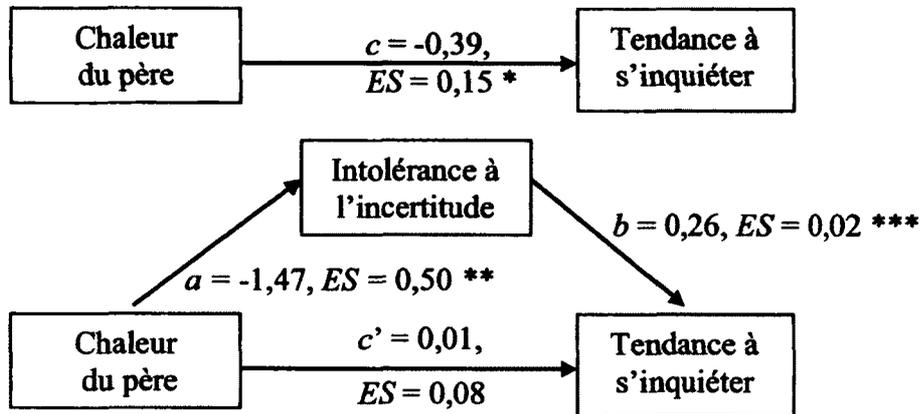


Figure 1. Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la chaleur du père (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

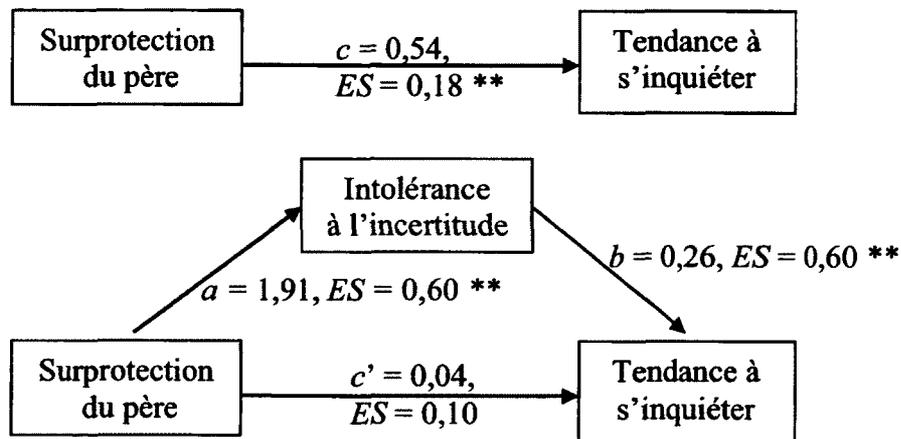


Figure 2. Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la surprotection du père (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

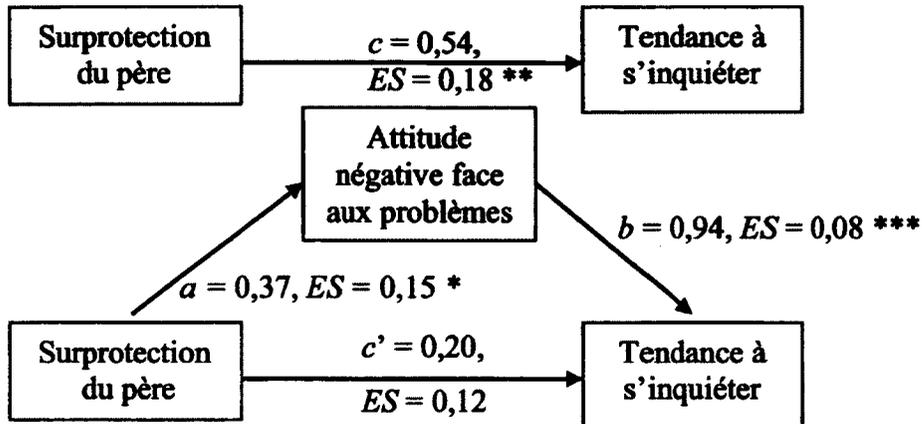


Figure 3. Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la surprotection du père (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

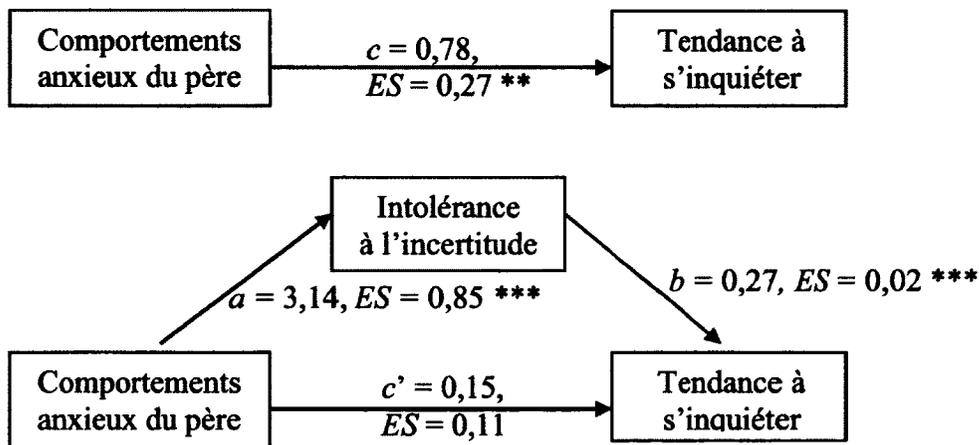


Figure 4. Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre les comportements anxieux du père et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

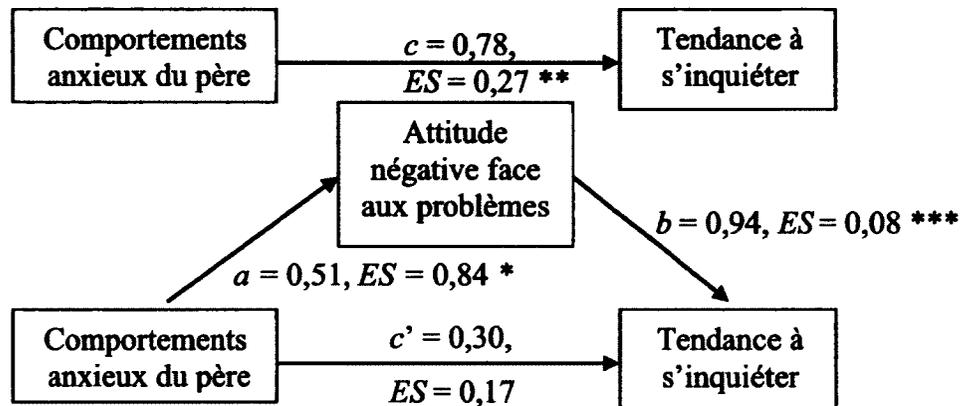


Figure 5. Médiation illustrant le rôle de l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre les comportements anxieux du père et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

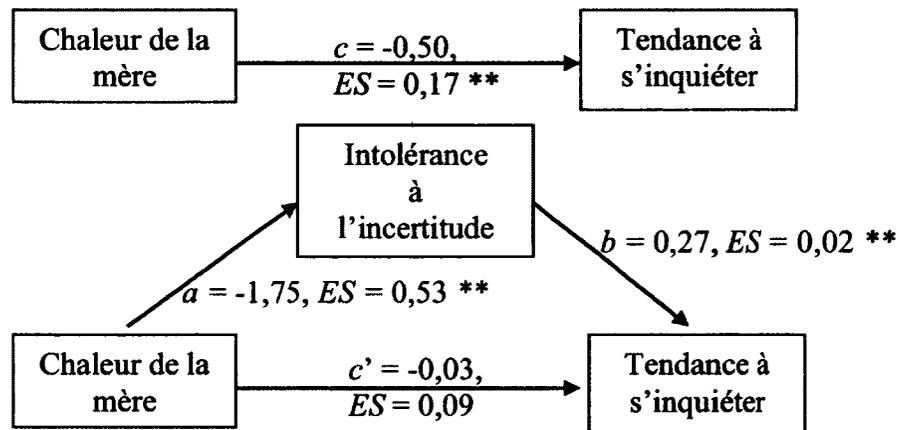


Figure 6. Médiation illustrant le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans la relation entre la chaleur de la mère (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

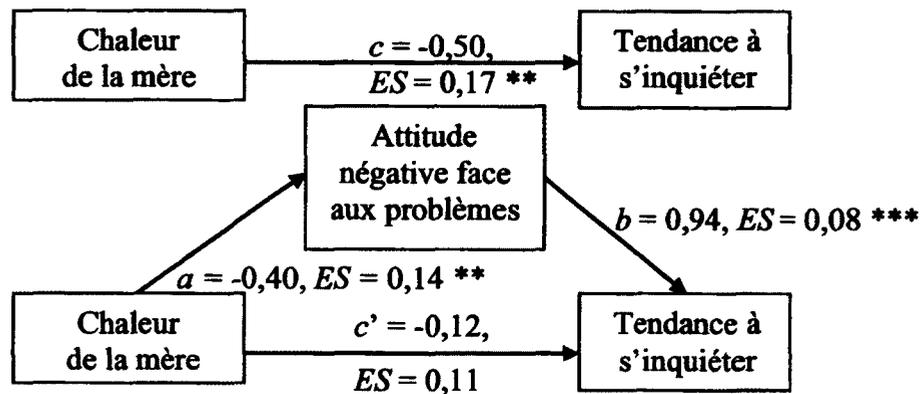


Figure 7. Médiation illustrant le rôle de à l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la chaleur de la mère (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

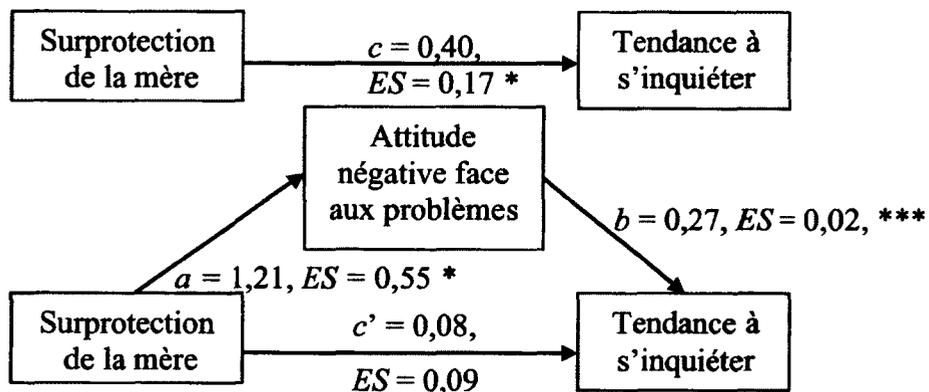


Figure 8. Médiation illustrant le rôle de à l'attitude négative face aux problèmes dans la relation entre la surprotection de la mère (PBI) et la tendance à s'inquiéter en contrôlant pour l'effet de l'âge.

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

## **Discussion**

La présente thèse visait à approfondir l'étude des comportements parentaux associés au TAG. La première hypothèse prévoyait obtenir un lien significatif entre, d'une part, les comportements parentaux perçus durant l'enfance et d'autre part, l'II, l'AN et la tendance à s'inquiéter. La deuxième hypothèse proposait que les participants souffrant du TAG auraient perçu davantage de comportements parentaux anxieux et surprotecteurs que leurs homologues contrôles. Le troisième objectif, énoncé de façon exploratoire, proposait que l'II et l'AN puissent constituer des variables médiatrices dans les liens unissant les comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter.

La première hypothèse, qui prévoyait l'obtention de liens significatifs entre les perceptions de comportements parentaux de l'enfance, l'II, l'AN et la tendance à s'inquiéter, a été confirmée. Plusieurs comportements parentaux seraient liés au TAG et à ses processus cognitifs associés. Ces résultats appuient la pertinence de mieux cerner les pratiques parentales dans l'étiologie du trouble. Les possibles implications des comportements parentaux en lien avec les vulnérabilités cognitives du TAG sont présentées dans les paragraphes suivants.

Les énoncés de la deuxième hypothèse ont été partiellement confirmés. Des différences entre les individus ayant un TAG et ceux sans TAG ont été obtenues sur les

variables surprotection (PBI) et comportements anxieux (EMBU) du père et sur les variables surprotection (PBI), comportements anxieux (EMBU) et chaleur (PBI) de la mère. Plus précisément, les résultats démontrent que les individus ayant un TAG rapportent avoir perçu significativement plus de comportements parentaux de surprotection (PBI) et d'anxiété (EMBU) chez leurs deux parents que les individus non anxieux. Aussi, les individus ayant un TAG ont perçu significativement moins de chaleur maternelle (PBI) que leurs homologues non anxieux. Ces résultats convergent avec ceux de Chambers et ses collaborateurs (2004) obtenus auprès d'adultes cliniquement anxieux quant aux perceptions de comportements surprotecteurs et peu chaleureux durant l'enfance. Les présents résultats vont aussi dans le même sens que ceux obtenus par Silove et ses collaborateurs (1991), où les individus ayant un TAG (évalués selon les critères du DSM-III) rapportaient des niveaux de chaleur maternelle plus bas ainsi que des niveaux de surprotection paternelle plus élevés que leurs homologues contrôles appariés. Une étude épidémiologique menée auprès de six pays européens ( $N = 8232$ ) portant, entre autres, sur les comportements parentaux au PBI et différents troubles anxieux selon les critères du DSM-IV (APA, 1994), a obtenu une relation négative significative entre la chaleur maternelle et paternelle et le diagnostic de TAG à l'âge adulte (Heider et al., 2008). Par ailleurs, aucune association significative n'a été rapportée entre la surprotection et le TAG dans cette étude. Il est possible que l'utilisation d'une version abrégée à neuf items du PBI ait limité les résultats obtenus. Dans l'ensemble, les présents résultats concordent avec les rapports d'enfants et d'adolescents anxieux quant à leurs perceptions des comportements de leurs parents

(Grüner et al., 1999; Hale III et al., 2006; Muris, 2002; Muris, Meesters, Schouten, & Hoge, 2004 ; Muris & Merckelbach, 1998) de même qu'avec les écrits portant sur les comportements parentaux perçus de façon rétrospective et l'anxiété à l'âge adulte (Gerlsma et al., 1990; Turgeon et al., 2002; Zlomke & Young, 2009). Sous quelques aspects, les résultats de la présente étude contrastent avec ceux d'autres études portant sur le lien entre les comportements parentaux et l'anxiété. Par exemple, aucune différence entre les deux groupes n'a été retrouvée quant aux perceptions de surprotection, de rejet et de chaleur au EMBU, contrairement à d'autres études menées auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes (Gerlsma et al., 1990; Rapee, 1997; Wood et al., 2003). Il est possible que le fait d'avoir utilisé un échantillon clinique d'individus avec un diagnostic de TAG ait permis de soulever des spécificités au niveau des comportements parentaux perçus qui diffèrent de ceux rapportés par un échantillon anxieux sans diagnostic. Par ailleurs, il aurait été attendu que les résultats aux échelles chaleur et surprotection du PBI convergent avec ceux des échelles chaleur émotionnelle et surprotection au EMBU. Pourtant, des différences significatives entre les individus souffrant d'un TAG et leurs homologues sans TAG ont été obtenues aux échelles de chaleur et de surprotection du PBI, contrairement aux échelles correspondantes au EMBU. Une étude examinant la convergence entre les échelles de chaleur et de surprotection au PBI et leur corollaire au EMBU a obtenu des corrélations se situant entre 0,30 et 0,58 (Livianos-Aldana & Rojo-Moreno, 1999), permettant de conclure que ces échelles mesurent des construits quelque peu différents. L'échelle surprotection du PBI comporte bon nombre d'items adressant le contrôle psychologique, tandis que

l'échelle surprotection du EMBU comprend une majorité d'items ciblant le contrôle comportemental. Il est possible que la perception de contrôle psychologique soit une dimension qui discrimine davantage les adultes ayant un TAG de leurs homologues contrôles que le contrôle comportemental perçu durant l'enfance, expliquant l'absence de différence entre les groupes à l'échelle surprotection du EMBU. Par ailleurs, la notion de contrôle psychologique semble être présente dans les items de l'échelle de comportements anxieux du EMBU, ce qui serait cohérent avec les résultats obtenus.

Une donnée saillante est la convergence des comportements de surprotection et d'anxiété des deux parents. Les individus TAG semblent avoir connu des milieux familiaux particulièrement empreints de comportements parentaux anxieux et surprotecteurs provenant des deux parents. Il est à penser que la combinaison de deux parents endossant ces comportements parentaux ait des conséquences d'autant plus flagrantes sur la progéniture. Dans une telle situation, aucun parent ne se positionne comme facteur de protection pour diminuer les impacts des pratiques parentales de l'autre parent. Il est possible qu'il s'exerce une convergence ou une influence mutuelle réelle ou *perçue* entre les comportements du père et de la mère envers leur enfant; quoi qu'il en soit, ces perceptions distinguent les individus ayant un TAG de leurs homologues contrôles. Tel que formulé par Schaefer (1965), la *perception* des comportements parentaux serait davantage liée à l'ajustement de l'enfant que les comportements parentaux comme tels. Les contributions potentielles de ces

comportements parentaux sur le développement de symptômes liés au TAG seront abordées ultérieurement.

Quant au troisième objectif, l'avancée de cette étude est l'observation des rôles médiateurs de l'II et l'AN dans le lien unissant différents comportements parentaux et la tendance à s'inquiéter. La surprotection et les comportements anxieux du père ainsi que la chaleur de la mère au PBI sont des comportements étant liés à la tendance à s'inquiéter *via* l'II et l'AN. La chaleur paternelle et la surprotection maternelle au PBI sont liées à la tendance à s'inquiéter par l'entremise de l'II et de l'AN, respectivement. À ce jour, seulement deux autres études ont porté sur des modèles de médiation et de modulation incluant la relation entre les comportements parentaux, l'anxiété et des vulnérabilités cognitives. Zlomke et Young (2009) ont précédemment obtenu un modèle de médiation complète où l'II se positionne comme variable médiatrice dans la relation entre les comportements parentaux anxieux et les symptômes d'anxiété et d'inquiétude de participants universitaires. Dans le même sens, Muris et ses collaborateurs (2004) ont observé un effet modérateur de la perception de contrôle sur le lien unissant les perceptions de comportements parentaux anxieux et des symptômes d'anxiété chez des adolescents. La présente étude est par ailleurs la première à établir des modèles de médiation complète avec un échantillon adulte clinique et un échantillon contrôle apparié. Aussi, il s'agit de la première étude examinant de rôle de l'AN dans la relation entre les comportements parentaux et l'anxiété. L'ensemble de ces résultats semble supporter la pertinence de ces vulnérabilités cognitives dans l'étiologie du TAG. Être

témoin durant l'enfance de comportements parentaux pauvres en chaleur mais élevés en termes de surprotection et d'anxiété semblent influencer le développement du TAG à l'âge adulte, via la présence de mécanismes cognitifs tels l'II et l'AN. Ces résultats seront discutés plus amplement dans les paragraphes suivants.

### **Surprotection**

Les individus ayant un TAG rapportent avoir perçu davantage de comportements de surprotection chez leur mère et leur père que les individus non TAG. Des parents surprotecteurs peuvent endosser certains comportements tels limiter l'enfant dans ses actions, le prévenir de dangers potentiels, s'ingérer dans ses prises de décisions ou résoudre différentes situations à sa place. En ce sens, un enfant vivant de la surprotection et du contrôle peut être limité dans son exposition à certaines expériences de vie. Ces privations pourraient avoir des effets potentiellement néfastes sur le processus de maturation psychologique. Au plan cognitif et comportemental, un climat parental de surprotection semble diminuer les opportunités de l'enfant à développer des compétences, des stratégies d'adaptation et des habiletés de résolution de problèmes dans des domaines diversifiés. Au plan affectif, ceci pourrait entraver les sentiments de compétence et de confiance en soi, ainsi que les sentiments de maîtrise et de contrôle sur l'environnement. De façon combinée, ces sentiments peuvent affecter négativement la représentation de soi de l'enfant et nuire au sens de sa propre efficacité. Les conséquences psychologiques nommées ci-haut semblent compatibles avec l'AN. En effet, devant une situation problématique, un enfant surprotégé pourrait se sentir

impuissant, incompetent et peu confiant face à ses capacités de résolution de problème. Par conséquent, il est plus susceptible d'éprouver de la détresse et de l'anxiété, ainsi que moins de facilité à gérer ses émotions qu'un enfant habitué à s'ajuster à son environnement. Une telle attitude envers les difficultés favoriserait la tendance à s'inquiéter. Selon Chorpita et Barlow (1998), des expériences précoces diminuant le sentiment de contrôle sur l'environnement pourrait mener à une perception généralisée que les événements sont à l'extérieur de notre contrôle, augmentant la tendance à l'anxiété. En regard avec l'II, un enfant surprotégé pourrait devenir intolérant aux situations ambiguës dont le dénouement est imprévisible, vu son faible sentiment de contrôle et sa faible tolérance à la détresse. Par conséquent, plusieurs situations perçues comme aversives pourraient mener l'enfant à des comportements d'évitement, de procrastination, de dépendance ou de besoin de réassurance excessive, jouant comme facteurs de renforcement et de maintien de la tendance anxieuse.

Sous l'angle du contrôle psychologique, un parent visant à conformer son enfant à ses propres valeurs, attitudes et comportements pourrait décourager chez celui-ci sa capacité à agir et à penser de façon autonome. Ceci peut inciter l'enfant à des conduites l'éloignant de son vrai Soi et diminuer son estime personnelle. En ce sens, les comportements parentaux de surprotection et de contrôle peuvent indirectement jouer un rôle sur l'autonomie et les initiatives d'indépendance, aspect notamment important chez l'adolescent. De façon générale, l'adolescence est une période où le jeune cherche à s'émanciper de la relation parentale, tout en étant confrontés à différentes situations

complexes nécessitant de plus en plus son autonomie et ses capacités adaptatives (p. ex., au niveau académique, dans les relations sociales et amoureuses). Il est possible que les conséquences psychologiques associées aux comportements de surprotection parentale soient d'autant plus fortes à cette période de la vie, souvent associée au déclenchement du TAG. Bref, les privations associées au contrôle et à la surprotection des parents sont susceptibles de faire ressortir chez la progéniture différentes lacunes au plan affectif (p. ex., difficulté à gérer les émotions, faible estime personnelle) et cognitif (p. ex., II et AN) pouvant agir comme facteurs de vulnérabilité au développement d'une tendance anxieuse et du TAG.

### **Comportements parentaux anxieux**

Les individus avec un TAG rapportent avoir observé davantage de comportements anxieux chez leur mère et leur père que les individus non TAG. Les enfants de parents ayant un trouble anxieux seraient plus à risque de développer un trouble anxieux que les enfants de parents contrôles (Dierker, Merikangas, & Szatmari, 1999), et le risque serait équivalent sans regard que le trouble anxieux se trouve chez la mère ou le père (Connell & Goodman, 2002). La présence d'un TAG chez les deux parents a été associée à des risques accrus de développer un trouble anxieux et de la dépression chez l'enfant (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2008). Il est possible qu'un parent anxieux tende à surprotéger ou restreindre l'autonomie de son enfant pour calmer sa propre anxiété liée aux perceptions de dangers potentiels menaçant son enfant. Le corollaire est que l'enfant est perçu comme un être vulnérable, ayant besoin de protection et n'ayant pas de

contrôle sur son environnement. Via le principe de prophétie auto-réalisée, ces enfants afficheraient possiblement moins de compétences et plus d'anxiété.

Le fait de percevoir des comportements anxieux chez le parent pourrait exacerber, via les principes de l'observation directe, du modelage et de l'apprentissage vicariant, le développement de réactions et de comportements d'anxiété chez l'enfant. Par exemple, si un parent a tendance à s'inquiéter, à éprouver de l'anxiété et à avoir des comportements d'évitement lorsqu'une situation est incertaine, son enfant est susceptible de réagir anxieusement face à ce genre de situation. Selon les théoriciens de l'apprentissage social, les enfants ont tendance à reproduire les comportements et les réactions observées chez leurs pourvoyeurs de soins (Bandura, 1992). L'évitement agirait comme facteur de maintien de l'anxiété, en privant l'enfant de s'exposer, de s'autoréguler et de développer des acquis au niveau de la résolution de problème, ce qui lui permettrait ultimement de transcender ses réactions anxieuses.

Les résultats de la présente étude ont mis en lumière le rôle médiateur de l'II et de l'AN dans la relation entre les comportements parentaux anxieux et la tendance à s'inquiéter. Il est possible que les parents anxieux aient des niveaux élevés d'II et d'AN. Tel qu'observé dans l'étude de Muris (2002) menée auprès de parents et d'enfants anxieux, ces parents peuvent avoir tendance à renforcer une AN chez leurs enfants, en leur envoyant le message que le monde est dangereux et insécurisant. Dans le même sens, Whaley et ses collaborateurs (1999) ont trouvé que les mères anxieuses d'enfants

cliniquement anxieux étaient plus enclines à parler des problèmes en termes catastrophiques et à mettre l'emphase sur le manque de contrôle face au problème et le manque d'habileté pour s'ajuster efficacement à celui-ci que les mères contrôles d'enfants sans diagnostic d'anxiété. Les enfants exposés à des discours où le monde est aversif et que les problèmes sont insolubles peuvent développer des croyances fondamentales conséquentes, entraînant des impers dans le traitement de l'information et dans l'évaluation juste de la réalité. Ces individus pourraient présenter, via une tendance à percevoir les évènements plus négativement, des biais attentionnels agissant comme un facteur prédisposant à la tendance à s'inquiéter (Borkovec, 1994).

### **Chaleur**

Aussi, les individus TAG ont perçu significativement moins de chaleur maternelle que leurs homologues non anxieux. Le manque d'amour, d'affection et d'acceptation des parents sont réputés avoir des effets dévastateurs sur l'estime personnelle, tels que vu précédemment dans les témoignages conciliés par Evoy (1981). Un enfant percevant peu de chaleur émotionnelle peut se percevoir comme insuffisant, inadéquat et douter de ses capacités. Lorsque confronté à une difficulté, un tel enfant peut voir la situation comme insurmontable et menaçante pour sa confiance en lui. Le lien peut être fait entre ces représentations de soi négatives, l'II, l'AN et l'émergence d'une tendance à s'inquiéter typique des individus TAG. Ruff et Rothbart (1996) ont démontré que des comportements parentaux calmants et apaisants aident l'enfant à réguler sa propre activation et à développer une meilleure tolérance à des états d'activation élevée, aspects

importants dans la gestion de l'anxiété. Ces apprentissages pourraient être déficitaires chez les enfants ayant perçu peu de comportements chaleureux chez leurs parents. L'indifférence du parent peut aussi constituer un facteur anxiogène, dans la mesure où l'enfant a l'impression qu'il n'y a personne pour le protéger : « Si mes parents ne se soucient pas de ce qui peut m'arriver, tout peut m'arriver ». Une telle impression peut accentuer l'insécurité et le sentiment de vulnérabilité d'un enfant.

Une autre variable pourrait intervenir dans le lien unissant les comportements parentaux pauvre en chaleur et la tendance à s'inquiéter. La qualité du lien d'attachement entre l'enfant et son parent, qui réfère à la relation d'intimité et d'affectivité entre les deux, repose sur le degré auquel l'enfant peut compter sur la figure d'attachement comme base de sécurité (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Un parent peu chaleureux et avare en soin n'encourage pas le développement d'un lien d'attachement sain, qui pourrait jouer sur l'anxiété de l'enfant. Des études ciblant le style d'attachement et les comportements parentaux négatifs ont conclu au rôle pertinent de ces variables dans la compréhension de l'anxiété chez l'enfant (Muris et al., 2000; Roelofs, Meesters, ter Huurne, Bamelis, & Muris, 2006). Dans le cas de cette étude, une différence a été retrouvée seulement chez la mère quant au manque de chaleur émotionnelle. Compte tenu des caractéristiques typiques associées à la figure maternelle (douce, chaleureuse) et que celle-ci figure souvent comme principal pourvoyeur de soins auprès de l'enfant, il est possible que le fait de percevoir sa mère comme froide et indifférente entraîne des conséquences d'autant plus dramatiques sur le développement. En ce sens, les résultats ont soulevé que la perception de comportements maternels peu

chaleureux étaient liés à davantage d'II et d'AN, a leur tour liés à la tendance à s'inquiéter.

Bien que les pratiques parentales puissent jouer un rôle important dans le développement du TAG, il ne faut pas minimiser l'influence de variables intrinsèques à l'enfant dans l'équation. Par exemple, les individus souffrant d'un TAG ont pu, durant l'enfance, endosser certaines caractéristiques innées qui ont incité des comportements pathogéniques chez les parents (Silove et al., 1991). En ce sens, l'influence mutuelle des parents et de l'enfant joue un rôle dans la manifestation des comportements parentaux associés à l'anxiété.

### **Impact clinique**

Les résultats de cette recherche apportent des pistes intéressantes quant à l'intervention clinique auprès de milieux familiaux anxieux, en précisant certains comportements parentaux liés aux vulnérabilités cognitives centrales au TAG. Au plan comportemental, des traitements ciblant la surprotection et les comportements anxieux des parents, via l'auto-observation, le modelage de comportements parentaux plus adaptés ainsi que des jeux de rôle incluant tous les membres de la famille, pourraient avoir des conséquences bénéfiques sur le développement de l'enfant. Au plan cognitif, des interventions visant à mieux cerner et réduire les manifestations de l'II et l'AN des parents et des enfants seraient appropriées, puisque ces mécanismes semblent liés au développement d'une tendance à s'inquiéter. Tel que proposé par différents auteurs, une prise en charge des enfants et adolescents dans un contexte de thérapie familiale et de psycho-éducation des parents serait pertinente. En effet, les troubles anxieux dépistés

dans l'enfance sont rarement transitoires et persistent souvent dans le temps (Cantwell & Baker, 1989), rendant pertinentes les interventions précoces.

Quant à la prise en charge du TAG à l'âge adulte, les résultats obtenus appuient les interventions thérapeutiques axées sur l'II et l'AN. Il est possible que des comportements parentaux vécus durant l'enfance aient contribué à la formation de schémas dysfonctionnels associés à l'II et à l'AN chez les personnes TAG (p. ex., je ne suis pas bon à résoudre les problèmes, le monde est dangereux et menaçant). Une relation significative entre des comportements parentaux négatifs et la présence de schémas dysfonctionnels a été identifiée dans une étude auprès d'adolescents non cliniques (Muris, 2006). Tel que proposé à travers un modèle explicatif de la dépression de Stark, Rouse et Livingstone (1991), les schémas de base organisant le traitement de l'information se formeraient dans les expériences précoces de l'enfance et la communication dans la famille, où des messages négatifs sur l'enfant, le monde et le futur sont véhiculés. Par analogie avec le TAG, la surprotection parentale pourrait encourager un schéma de soi où l'enfant se perçoit comme incompetent et fragile (Siqueland et al., 1996) et un schéma du monde vu comme dangereux et face auquel l'enfant n'est pas habilité à se défendre. L'identification des schémas en thérapie pourrait servir de levier pour la restructuration cognitive ou à une thérapie narrative où la personne pourrait reprendre l'histoire de son enfance en fonction de ce qu'elle aurait préféré percevoir chez ses parents. La visée serait de reconnaître et faire du sens avec les expériences externes (environnementales) et internes (psychologiques) ayant contribué au développement de son anxiété, puis de reconstruire, avec l'aide du thérapeute, d'autres expériences.

### **Limites**

Nonobstant l'apport des présents résultats vers une meilleure compréhension et intervention en regard aux facteurs liés au TAG, certaines limites méthodologiques doivent être considérées. Bien que significatives, les corrélations obtenues entre les comportements parentaux et les mesures d'anxiété et de vulnérabilité cognitive du TAG (QIPS, III, QAP) peuvent être qualifiées de modestes à modérées (entre 0,20 et 0,40). Elles sont par ailleurs similaires à celles d'autres études sur les comportements parentaux et l'anxiété (Rapee, 1997). Le taux important de comorbidité de l'échantillon, notamment avec le trouble panique avec agoraphobie, dissipe les implications attribuables uniquement au TAG. Des adultes ayant un trouble panique avec agoraphobie et un trouble obsessionnel-compulsif ont aussi rapporté cette typographie de parents surprotecteurs (Silove et al., 1991; Turgeon et al., 2002). Ainsi, le contrôle parental serait un facteur de risque lié à différentes formes de psychopathologie et ne serait pas une variable exclusive à l'expérience des individus TAG. En ce qui a trait aux modèles de médiation, le pourcentage de variance de la tendance à s'inquiéter pouvant être expliquée par la perception des comportements parentaux exclusivement est limité, considérant les corrélations importantes entre les vulnérabilités cognitives (II et AN) et la tendance à s'inquiéter. Quant au recrutement des participants, quelques limites méritent d'être soulevées. Dans un premier temps, le fait que les participants contrôles aient été recrutés via une publicité implique que ces personnes ont possiblement jugé pertinent de partager leur expérience éducationnelle, peut-être parce que ceci a été particulièrement marquant (possiblement de manière négative) ou au contraire, très positif et peu dérangeant à divulguer. En ce sens, l'évaluation des participants contrôles quant aux antécédents psychiatriques a été succincte. Il est possible qu'une évaluation approfondie de ces participants ait révélé la présence sous-clinique d'antécédents

psychologiques et/ou familiaux, et pourrait expliquer l'absence de différence entre les groupes sur différentes variables de comportements parentaux. Pour l'ensemble des participants, il aurait été pertinent d'évaluer la présence de traits ou de troubles de personnalité, qui peut être facteur d'influence important dans la perception de la relation parent-enfant. Aussi, l'échantillon ayant un TAG présente une nette majorité de femmes, cohérent avec les études épidémiologiques démontrant une prévalence accrue du trouble chez la gente féminine. Par ailleurs, il aurait été intéressant d'obtenir une meilleure représentation des hommes, afin d'assurer une meilleure généralisation des résultats à cette population. Quant aux différences entre les individus TAG et non TAG sur leurs perceptions des comportements parentaux, il est possible que des variables confondantes autre que le sexe et le genre (variables contrôlées) aient pu influencer les résultats obtenus, par exemple, le rang dans la fratrie, le type de famille (nucléaire, monoparentale, reconstituée) ou la présence d'évènements de vie stressants durant l'enfance. Aussi, certains biais associés à l'utilisation de questionnaire rétrospectif peuvent être considérés, tels que la tendance à s'expliquer les problèmes actuels en fonction des expériences passées, les déficits inhérents à la mémoire humaine ainsi que l'humeur au moment de la complétion des questionnaires (Bögels & Breachman-Toussaint, 2006). Dans la présente étude, aucun contrôle n'a été fait quant aux symptômes dépressifs présents au moment de la complétion des questionnaires. Par ailleurs, il a été démontré que les représentations parentales sont robustes à la dépression (Parker, 1981). Aussi, Brewin et ses collaborateurs (1993) ont conclu que les biais concernant les rapports rétrospectifs étaient exagérés et ne compromettaient pas la validité de cette méthodologie. Ils ont observé que la mémoire demeure relativement fiable avec le temps, malgré que certaines distorsions peuvent être présentes, qu'il existe peu ou pas de déficiences de la mémoire à court ou à long terme présents chez les

patients anxieux ou dépressifs et que le rappel d'expérience de l'enfance par les patients semble plutôt stable malgré les variations de l'humeur. Une façon d'augmenter la validité des réponses via questionnaire serait d'inclure différents informants (p. ex., les parents, les frères et sœurs) dans la collecte de données. Cette méthodologie semble augmenter de façon considérable le pourcentage de variance expliquée par les modèles (Bögels & van Melick, 2004). La complétion des différents instruments par les participants contrôles a principalement été effectuée sur internet, bien que cette méthodologie soit non traditionnelle. Par ailleurs, les propriétés psychométriques des instruments ne semblent pas avoir été altérées, considérant les coefficients de cohérence interne obtenus. Aucun contrôle n'a été fait quant à l'impact des symptômes dépressifs dans le cadre des analyses de médiation. Par ailleurs, ce contrôle n'avait pas été fait dans les études similaires incluant ce type d'analyse. Cette précaution serait nécessaire dans de futures études.

Aussi, des études d'observation longitudinales seraient nécessaires pour clarifier les effets de certains comportements parentaux dans le développement ultérieur du TAG. À cette même fin, il serait pertinent de reproduire cette étude avec un échantillon comprenant un plus faible taux de comorbidité pour mieux cerner la présence de comportements parentaux spécifiques au TAG. Enfin, les résultats de la présente étude auraient avantage à être reproduits auprès d'un échantillon de taille supérieure, comprenant davantage d'hommes et d'individus de communautés culturelles diversifiées, dans le but d'optimiser la généralisation des résultats obtenus.

### **Pistes de recherches futures**

Une étude menée auprès d'adolescents a trouvé que la perception de comportements parentaux rejetants était fortement liée à une perception d'attachement de type *insécure* et à l'inquiétude (Muris et al., 2000). Il est possible que non seulement certains comportements parentaux, mais aussi le lien d'attachement entre l'enfant et le parent, puisse être lié à l'II et à l'AN. Des recherches incluant ces vulnérabilités cognitives, les comportements parentaux, ainsi que le lien d'attachement permettraient de raffiner notre compréhension de l'étiologie du TAG. Il serait aussi intéressant de poursuivre l'étude des liens entre les comportements parentaux, l'II et l'AN auprès de différentes tranches d'âge (p. ex., chez l'enfant et l'adolescent) et différents diagnostics d'anxiété. En effet, puisque le TAG est présumé être à la base de l'émergence de d'autres troubles anxieux (Brown et al., 1994), il est possible que les facteurs associés à son développement soient similaires à ceux d'autres psychopathologies.

## **Conclusion**

La présente étude s'inscrit dans l'effort scientifique visant à mieux cerner les facteurs de développement du TAG. Plusieurs études ont démontré le rôle des comportements parentaux dans la formation de l'anxiété. Par ailleurs, peu d'études ont porté sur les comportements parentaux spécifiques au TAG. Dans un premier temps, cette étude a permis de poursuivre l'étude des comportements parentaux liés au TAG et ce, avec un échantillon clinique adulte. Les résultats obtenus vont dans la même direction que ceux obtenus auprès d'autres populations (enfants, adolescents, adultes) lorsque mesurées sur des symptômes du TAG. Dans un deuxième temps, cette étude amène de nouveaux éclairages quant aux mécanismes médiateurs de la relation entre les comportements parentaux et le TAG. Certaines évidences sont présentées quant au lien entre les perceptions de surprotection et d'anxiété chez les parents durant l'enfance, l'II, l'AN et l'anxiété à l'âge adulte. Dans de futures recherches, il serait à propos d'investiguer si l'II et l'AN constituent aussi des mécanismes cognitifs présents chez les enfants, les adolescents et les personnes âgées présentant de l'anxiété généralisée.

Ces données s'avèrent intéressantes au plan clinique en nous informant des variables cognitives d'intérêt dans le traitement du TAG. Des interventions cliniques visant à augmenter la tolérance à l'incertitude et l'emploi de stratégies de résolution de problème efficaces sembleraient pertinentes pour les adultes rencontrant des symptômes du TAG.

Conformément avec les études antérieures sur le sujet, certains comportements parentaux perçus durant l'enfance semblent constituer des facteurs de risque au développement du TAG à l'âge adulte. Ces résultats confirment la nécessité d'outiller les familles faisant face à une problématique d'anxiété mais aussi de promouvoir leur rôle essentiel pour la santé mentale de leur enfant. Différentes stratégies visant à éduquer les parents sur les potentielles répercussions de comportements anxieux et surprotecteurs pourraient être déployées, que ce soit par des campagnes de sensibilisation, des feuillets informatifs ou des conseils provenant de professionnels de la santé et du milieu préscolaire et scolaire. En ce sens, les médecins de famille et pédiatres pourraient aussi mieux prévenir l'occurrence de ces troubles en portant une attention particulière aux familles et aux individus présentant ces facteurs de risque. Les parents devraient avoir accès à de la documentation, de la psycho-éducation et ultimement, à une thérapie familiale visant une modification des comportements pathogéniques et favorisant le déploiement des ressources psychologiques de tous les membres de la famille.

Pour terminer, considérant la taille et la présence accrue de comorbidité de l'échantillon, ces résultats doivent être reproduits avant de conclure au rôle des comportements parentaux d'anxiété et de surprotection et des vulnérabilités cognitives telles l'II et l'AN en tant que facteurs prédisposants et mécanismes de transmission du TAG, respectivement.

## **Références**

- Aikins, D. E., & Craske, M. G. (2001). Cognitive theories of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 57-74.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. F. (1974). Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. Dans M. P. M. Richards, & M. P. M. Richards (Eds), *The integration of a child into a social world*. (pp. 99-135). New York : Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford : Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*. American Psychiatric Association, Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. American Psychiatric Association, Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. American Psychiatric Association, Washington, DC : American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Angst, J., Gamma, A., Baldwin, D. S., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2009). The generalized anxiety spectrum: Prevalence, onset, course and outcome. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 37-45.
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., et al. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, 27, 613-628.

- Arrindell, W. A., Gerlsma, C., Vanderecken, W., Hageman, W., & Daeseleire, T. (1998). Convergent validity of the dimensions underlying the Parental Bonding Instrument (PBI) and the EMBU. *Personality and Individual Differences*, 24, 341-350.
- Bandura, A. (1992). *Social referencing and the social construction of reality in infancy*. New York : Plenum Press.
- Barber, B. K. (2002). Reintroducing parental psychological control. Dans B. K. Barber (Éd.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*. (pp. 3-13). Washington, DC : American Psychological Association.
- Barber, B. K., & Harmon, E. L. (2002). Violating the self: Parental psychological control of children and adolescents. Dans B. K. Barber (Éd.), *Intrusive parenting: How psychological control affects children and adolescents*. (pp. 15-52). Washington, DC : American Psychological Association.
- Baumrind, D. (1968). Authoritarian vs. authoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Baumrind, D. (1977). What research is teaching us about the differences between authoritative and authoritarian child rearing styles. Dans *Human dynamics in psychology and education*, D.E. Hanacheck (Éd.). Oxford, Angleterre : Allyn & Bacon.
- Baumrind, D., & Black, A. E. (1967). Socialization practices associated with dimensions of competence in preschool boys and girls. *Child Development*, 38, 291-327.
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (1997). At risk for anxiety: I. Psychopathology in the offspring of anxious parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 918-924.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., & Cully, M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 545-553.
- Blazer, D., Hughes, D., & George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1178-1183.
- Boivin, I., & Marchand, A. (1996). *Traduction française de l'Anxiety Disorders Interview Schedule*. Document inédit, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review, 26*, 834-856.
- Bögels, S. M., & van Melick, M. (2004). The relationship between child-report, parent self-report, and partner report of perceived parental rearing behaviors and anxiety in children and parents. *Personality and Individual Differences, 37*, 1583-1596.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. Dans F. Tallis (Éd.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*. (pp. 5-33). Oxford : John Wiley & Sons.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy, 21*, 9-16.
- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., et al. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health, 4*, 315-323.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin, 113*, 82-98.
- Bronisch, T., & Wittchen, H. (1994). Suicidal ideation and suicide attempts: Comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 244*, 93-98.
- Brown, A. M., & Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 263-272.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy, 30*, 33-37.
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry, 151*, 1272-1280.

- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX : Psychological Corporation/Graywind Publications Incorporated.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 162*, 1179-1187.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version. *Behaviour Research and Therapy, 40*, 931-946.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 222-236.
- Campbell, L. A., Brown, T. A., & Grisham, J. R. (2003). The relevance of age of onset to the psychopathology of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 34*, 31-48.
- Cantwell, D. P., & Baker, L. (1989). Anxiety disorders. Dans L. K. G. Hsu & M. Hersen (Éds), *Recent developments in adolescent psychiatry*. (pp. 161-199). Oxford : John Wiley & Sons.
- Capps, L., Sigman, M., Sena, R., & Henker, B. (1996). Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37*, 445-452.
- Chantarujikapong, S. I., Scherrer, J. F., Xian, H., Eisen, S. A., Lyons, M. J., Goldberg, J., et al. (2001). A twin study of generalized anxiety disorder symptoms, panic disorder symptoms and post-traumatic stress disorder in men. *Psychiatry Research, 103*, 133-146.
- Chambers, J. A., Power, K. G., & Durham, R. C. (2004). Parental styles and long-term outcome following treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 187-198.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin, 124*, 3-21.

- Chorpita, B. F., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Perceived control as a mediator of family environment in etiological models of childhood anxiety. *Behavior Therapy, 29*, 457-476.
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 128*, 746-773.
- Dadds, M. R., Barrett, P. M., & Rapee, R. M. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 24*, 715-734.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy, 32*, 327-330.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. Dans M. H. Kernis (Éd.), *Efficacy, agency, and self-esteem*. (pp. 31-49). New York : Plenum Press.
- Dierker, L. C., Merikangas, K. R., & Szatmari, P. (1999). Influence of parental concordance for psychiatric disorders on psychopathology in offspring. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 38*, 280-288.
- DiGiulio, R. C. (1980). *Effective parenting : What's your style*. Chicago : Follett.
- Dugas, M. J. (2000). Generalized anxiety disorder publications: So where do we stand? *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 31-40.
- Dugas, M. J., Anderson, K. G., Deschenes, S. S., & Donegan, E. (2010). Generalized anxiety disorder publications: Where do we stand a decade later? *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 780-784.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. Dans D. S. Mennin (Éd.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 143-163). New York : Guilford Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research, 21*, 593-606.

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 25*, 551-558.
- 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., Langolis, 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., Letarte, H., Rhéaume, J., & Freeston, M. H. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 109-120.
- Dugas, M. J., 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*, 329-343.
- Dumas, J. E., LaFreniere, P. J., & Serketich, W. J. (1995). 'Balance of power': A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 104-113.
- Dupuy, J., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: Daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1249-1255.
- Evoy, J. J. (1981). *The rejected : Psychological consequences of parental rejection*. Pennsylvania : Pennsylvania State University Press.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 265-273.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., & Dugas, M. J. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences, 17*, 791-802.

- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 10*, 251-277.
- Gervais, N. J., & Dugas, M. J. (2008). Generalized Anxiety Disorder. Dans J. Hunsley & E. J. Mash (Éds), *A Guide To Assessments That Work* (pp. 254-274). New York : Oxford University Press.
- Gorwood, P. (2004). Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: An example of genetic pleiotropy? *European Psychiatry, 19*, 27-33.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux: le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12*, 49-58.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 27*, 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1427-1439.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 908-919.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., & Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie: le Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 15*, 141-153.
- Gosselin, P., Routhier, S., & Courcy, F. (2007, Avril). *Inférence du trouble d'anxiété généralisée sur le fonctionnement au travail : une étude descriptive*, Communication présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, Canada.
- Gosselin, P., & Viscoglioni, C. (2008). *Parental rearing behaviors and cognitive mechanism related to GAD: A preliminary study using retrospective reports*. Document inédit, Université de Sherbrooke.

- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., et al. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 35, 1747-1759.
- Grolnick, W. S. (2003). *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Grolnick, W. S., Frodi, A., & Bridges, L. (1984). Maternal control style and the mastery motivation of one-year-olds. *Infant Mental Health Journal*, 5, 15-23.
- Grüner, K., Muris, P., & Merckelbach, H. (1999). The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35.
- Hadwin, J. A. & Field, A. P. (2010). An introduction to the study of information processing biases in childhood anxiety: Theoretical and methodological issues. Dans J. A. Hadwin & A. P. Field (Éds), *Information processing biases and anxiety: A developmental perspective* (pp. 1-17). Chichester : Wiley-Blackwell.
- Hale III, W. W., Engels, R., & Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent generalized anxiety disorder symptoms. *Journal of Adolescence*, 29, 407-417.
- Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C., Eaves, L. J., & Kendler, K. S. (1992). Evidence for genetic influences on personality from self-reports and informant ratings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 85-96.
- Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Brugha, T. S., Bruffaerts, R., et al. (2008). Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders: A study in six european countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 266-272.
- Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). A population-based twin study of generalized anxiety disorder in men and women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 413-420.
- Hoehn-Saric, R., Hazlett, R. L., & McLeod, D. R. (1993). Generalized anxiety disorder with early and late onset of anxiety symptoms. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 291-298.

- Hoffman, D., Dukes, E., & Wittchen, H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety, 25*, 72-90.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2001). Parent-child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1411-1427.
- Jetty, P. V., Charney, D. S., & Goddard, A. W. (2001). Neurobiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 75-97.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2008). Parental concordance and offspring risk for anxiety, conduct, depressive, and substance use disorders. *Psychopathology, 41*, 124-128.
- Kessler, D., Bennewith, O., Lewis, G., & Sharp, D. (2002). Detection of depression and anxiety in primary care: Follow up study. *BMJ: British Medical Journal, 325*, 1016-1017.
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Dewit, D. J., Üstün, T. B., Wang, P. S., & Wittchen, H. (2002). Distinguishing generalized anxiety disorder from major depression: Prevalence and impairment from current pure and comorbid disorders in the US and Ontario. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 11*, 99-111.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *The American Journal of Psychiatry, 156*, 1915-1923.
- Krasnov, V. N. (2010). The relationship of generalized anxiety disorder and major depression over time. Dans D. Goldberg, et al. (Éds), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder: Refining the research agenda for DSM-V*. (pp. 171-177). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*, 139-152.
- 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, 68*, 957-964.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J., et al. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30*, 191-207.

- Langlois, F., Lachance, S., Provencher, M., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Fournier, S. et al. *Le questionnaire d'évitement cognitif: analyses préliminaires*. Communication par affiche présentée au Congrès annuel de l'Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive, Annecy, France, avril 1996.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A., & Orvaschel, H. (1991). Anxiety disorders in children and their families. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 928-934.
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, *31*, 55-64.
- Lépine, J. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 4-8.
- Levy, D. M. (1966). *Maternal overprotection*. Oxford : W. W. Norton.
- Livianos-Aldana, L., & Rojo-Moreno, L. (1999). On the convergent validity of two parental rearing behaviour scales: EMBU and PBI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 263-269.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. Dans P. H. Mussen (Éd. de la collection) & E. M. Hetherington (Éd. du volume), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality, and social development (4e éd., pp. 1-101)*. New York : Wiley.
- Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*, 29-36.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. Dans I. Bretherton & E. Waters (Éds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, *50*, 66-104.
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, *53*, 372-378.

- Manassis, K., & Bradley, S. J. (1994). The development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology, 15*, 345-366.
- Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P., et al. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety, 21*, 178-184.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 115-133.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and diagnostic features. Dans D. S. Mennin (Éd.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 3-28). New York : Guilford Press.
- Messer, S. C., & Beidel, D. C. (1994). Psychosocial correlates of childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*, 975-983.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., et al. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 40*, 899-909.
- Moore, P. S., Whaley, S. E., & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impacts of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 471-476.
- Muris, P. (2002). Parental rearing behaviors and worry of normal adolescents. *Psychological Reports, 91*, 428-430.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*, 405-413.

- Muris, P., Meesters, C., Merckelbach, H., & Hülßenbeck, P. (2000). Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 487-497.
- Muris, P., Meesters, C., Schouten, E., & Hoge, E. (2004). Effects of perceived control on the relationship between perceived parental rearing behaviors and symptoms of anxiety and depression in nonclinical preadolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*, 51-58.
- Muris, P., Meesters, C., & Van Brakel, A. (2003). Assessment of anxious rearing behaviors with a modified version of the 'Egna Minnen Beträffande Uppfostran' questionnaire for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *25*, 229-237.
- Muris, P., & Merckelbach, H. (1998). Perceived parental rearing behaviour and anxiety disorders symptoms in normal children. *Personality and Individual Differences*, *25*, 1199-1206.
- Noyes, R., Clarkson, C., Crowe, R. R., & Yates, W. R. (1987). A family study of generalized anxiety disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *144*, 1019-1024.
- Parker, G. (1981). Parental reports of depressives: An investigation of several explanations. *Journal of Affective Disorders*, *3*, 131-140.
- Parker, G. (1983). Fathers, peers and other family influences on the socialisation of the child. *Australian Journal of Sex, Marriage & Family*, *4*, 5-13.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, *52*(1), 1-10.
- Perris, C., Jacobsson, L., Linnström, H., von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *61*, 265-274.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, *40*, 879-891.
- Rapee, R. M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *17*, 47-67.

- Roelofs, J., Meesters, C., Ter Huurne, M., Bamelis, L., & Muris, P. (2006). On the links between attachment style, parental rearing behaviors, and internalizing and externalizing problems in non-clinical children. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 331-344.
- Roemer, L., Molina, S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 314-319.
- Rohner, R. P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Thousand Oaks : Sage Publications, Inc.
- Rohner, R. P. (1975). *They love me, they love me not : A worldwide study of the effects of parental acceptance and rejection*. New haven : HRAF press. Réimprimé par Rohner Research Publication.
- Rosenberg, M. (1963). Parental interest and children's self-conceptions. *Sociometry, 26*, 35-49.
- Rubio, G., & López-Ibor, J. J. (2007). Generalized anxiety disorder: A 40-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 372-379.
- Ruff, H. A., & Rothbart, M. K. (1996). *Attention in early development: Themes and variations*. New York : Oxford University Press.
- Rutter, M. (2005). Multiple meanings of a developmental perspective on psychopathology. *European Journal of Developmental Psychology, 2*, 221-252.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. New York : Guilford Press.
- Schaefer, E. S. (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology, 29*, 552-557.
- Silk, J. S., Morris, A. S., Kanaya, T., & Steinberg, L. (2003). Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence, 13*, 113-128.
- Silove, D., Parker, G., Hadzi-Pavlovic, D., & Manicavasagar, V. (1991). Parental representations of patients with panic disorder and generalised anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry, 159*, 835-841.

- Siqueland, L., Kendall, P. C., & Steinberg, L. (1996). Anxiety in children: Perceived family environments and observed family interaction. *Journal of Clinical Child Psychology, 25*, 225-237.
- Stark, K. D., Rouse, L. W., & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. Dans P. C. Kendall (Éd.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 165-206). New York : Guilford Press.
- Stayton, D. J., Ainsworth, M. D., & Main, M. B. (1973). Development of separation behavior in the first year of life: Protest, following, and greeting. *Developmental Psychology, 9*, 213-225.
- Stein, D. J. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder: Impact and implications. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 29-34.
- Steinberg, L. (1990). Autonomy, conflict, and harmony in the family relationship. Dans G. R. Elliott (Éd.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 255-276). Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Turgeon L., & Brousseau, L. (1997). *Traduction française du Parental Bonding Instrument*. Document inédit, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Turgeon, L., O'Connor, K. P., Marchand, A., & Freeston, M. H. (2002). Recollections of parent-child relationships in patients with obsessive-compulsive disorder and panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 310-316.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Epstein, L. H. (1991). Vulnerability and risk for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*, 151-166.
- van Brakel, Anna M. L., Muris, P., Bögels, S. M., & Thomassen, C. (2006). A multifactorial model for the etiology of anxiety in non-clinical adolescents: Main and interactive effects of behavioral inhibition, attachment and parental rearing. *Journal of Child and Family Studies, 15*, 569-579.
- van Gastel, W., Legerstee, J. S., & Ferdinand, R. F. (2009). The role of perceived parenting in familial aggregation of anxiety disorders in children. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 46-53.
- Vesgà-López, O., Schneier, F. R., Wang, S., Heimberg, R. G., Liu, S., Hasin, D. S., et al. (2008). Gender differences in generalized anxiety disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry, 69*, 1606-1616.

- Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D. V., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Journal of Psychiatric Research, 38*, 305-312.
- Whaley, S. E., Pinto, A., & Sigman, M. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 826-836.
- Wijsbroek, S. A. M., Hale III, W. W., Raaijmakers, Q. A. W., & Meeus, W. H. J. (2011). The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry, 20*, 361-371.
- Wilhelm, K., Niven, H., Parker, G., & Hadzi-Pavlovic, D. (2005). The stability of the parental bonding instrument over a 20-year period. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 35*, 387-393.
- Winefield, H. R., Goldney, R. D., Tiggermann, M., & Winefield, A. H. (1990). Parental rearing behaviors: Stability of reports over time and relation to adult interpersonal skills. *Journal of Genetic Psychology, 151*, 211-219.
- Wittchen, H. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.
- Wittchen, H., Carter, R. M., Pfister H., Montgomery, S. A., Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.
- Wittchen, H., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 15-19.
- Wittchen, H., Kessler, R. C., 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*, 24-34.
- Wittchen, H., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364.
- Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134-151.

- Woodman, C. L., Noyes, R., Jr., Black, D. W., Schlosser, S., & Yagla, S. J. (1999). A 5-year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 3-9.
- Youniss, J., & Smollar, J. (1985). *Adolescent relations with mothers, fathers, and friends*. Chicago, IL : University of Chicago Press.
- Zlomke, K. R., & Young, J. N. (2009). A retrospective examination of the role of parental anxious rearing behaviors in contributing to intolerance of uncertainty. *Journal of Child and Family Studies, 18*, 670-679.

**Appendice A**  
**Questionnaire d'informations générales**

**1) Âge :** \_\_\_\_\_

**2) Sexe :** (1) F (2) M

**3) Habitez-vous avec quelqu'un? :**

(0) Non (1) Conjoint(e) (2) Conjoint(e) et famille (enfants et parents)

(3) Famille (enfants, parents) (4) Colocataire(s)

**4) Avez-vous des enfants?** (1) oui (2) non

**5) Revenu annuel du ménage :**

(1) moins de 29 999 (2) 30 000 à 59 999 (3) 60 000 à 89 999 (4) 90 000 et +

Nombre de personnes dans votre ménage : \_\_\_\_\_

Nombre de personnes à charge : \_\_\_\_\_

**7) Dernier niveau de scolarité complété :**

(1) Primaire (2) Secondaire (3) Collégial (ou équivalent) (4) Universitaire

**8) Statut de travail :**

(1) Travail temps plein (35 hrs et +) (2) Travail temps partiel (- de 35 hrs)

(3) Retraite (4) Chômage (5) Aide sociale (6) Invalidité (7) Sans emploi

(8) Arrêt temporaire (9) Autre

**Appendice B**  
**Évaluation des symptômes et vulnérabilités cognitives du TAG**

## QIPS

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item).

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

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

14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
15. Je m'inquiète tout le temps.	1	2	3	4	5
16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.	1	2	3	4	5

## III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

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

1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.	1	2	3	4	5
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.	1	2	3	4	5
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.	1	2	3	4	5
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.	1	2	3	4	5
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.	1	2	3	4	5
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.	1	2	3	4	5
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.	1	2	3	4	5
10. Les délais d'attente sont insoutenables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.	1	2	3	4	5

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 13. J'aimerais mieux savoir <u>tout et tout de suite</u> plutôt que de rester dans l'incertitude. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le numéro correspondant.

	1	2	3	4	5
	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Les situations incertaines m'inquiètent.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter. 1 2 3 4 5
29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal. 1 2 3 4 5
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer. 1 2 3 4 5

## QAP

Les gens réagissent de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (p. ex., problèmes de santé, disputes, manques de temps). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

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

1.	Je perçois les problèmes comme étant menaçants pour mon bien-être.	1	2	3	4	5
2.	Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.	1	2	3	4	5
3.	Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.	1	2	3	4	5
4.	Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.	1	2	3	4	5
5.	Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.	1	2	3	4	5
6.	Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.	1	2	3	4	5
7.	Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.	1	2	3	4	5
8.	J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1	2	3	4	5
9.	Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.	1	2	3	4	5

10.	Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1	2	3	4	5
11.	Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.	1	2	3	4	5
12.	Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.	1	2	3	4	5

**Appendice C**  
**Évaluation des comportements parentaux perçus durant l'enfance**

## PBI

Ce questionnaire énumère une série d'attitudes et de comportements en ce qui a trait à vos parents. En vous rappelant votre enfance jusqu'à l'âge de 16 ans environ, veuillez cocher, pour chacun des énoncés, la catégorie qui correspond le mieux à la relation vécue avec votre père, et la catégorie qui décrit le mieux la relation vécue avec votre mère.

		Très vrai	Modérément vrai	Modérément faux	Très faux
1. Me parlait d'une voix chaude, amicale.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
2. Ne m'a pas aidé(e) autant que j'en aurais eu besoin.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
3. Me laissait faire les choses que j'aimais.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
4. Me semblait froid(e) au plan émotionnel.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
5. Semblait comprendre mes problèmes et mes inquiétudes.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
6. Était affectueux(se) avec moi.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
7. Aimait que je prenne mes propres décisions.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
8. Ne voulait pas me voir grandir.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
9. Essayait de contrôler tout ce que je faisais.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4

10. Envahissait ma vie privée.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
11. Aimait discuter avec moi.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
12. Me souriait fréquemment.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
13. Avait tendance à me traiter comme si j'étais un bébé.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
14. Ne semblait pas comprendre ce dont j'avais besoin ou ce que je voulais.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
15. Me laissait prendre mes propres décisions.	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
16. M'a fait sentir que je n'étais pas désiré(e).	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
17. Pouvait me reconforter quand j'étais contrarié(e).	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
18. Ne me parlait pas beaucoup.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
19. Essayait de me rendre dépendant de lui, d'elle.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
20. Me faisait sentir que je ne pouvais pas prendre soin de moi sans qu'il (elle) ne soit dans les environs.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4

21. Me donnait toute la liberté que je voulais.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
22. Me laissait sortir aussi souvent que je le voulais.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
23. Me surprotégeait.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
24. Ne me félicitait pas.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
25. Me laissait m'habiller comme je le voulais.	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4

## EMBU

Bien qu'il soit difficile de se rappeler exactement la façon dont nos parents se comportaient à notre égard quand nous étions jeunes, nous avons tous des souvenirs sur la façon dont nous avons été éduqués(es). Nous partons du principe que la façon dont nous sommes éduqués(es) a de l'importance sur notre développement et influence, en particulier, nos différents états et réactions.

En remplissant ce questionnaire, il est important d'essayer de vous rappeler la façon dont vos parents se comportaient à votre égard. Pour chaque question, encerclez le choix qui correspond le mieux à la façon dont votre père et votre mère se comportaient envers vous. Faites bien la distinction entre ce qui s'applique à votre mère et ce qui s'applique à votre père. Si les deux se comportaient de la même façon à votre égard, encerclez alors le même choix pour tous les deux. Souvenez-vous que vous pouvez choisir une réponse différente pour chaque parent.

Faites bien attention de répondre à toutes les questions. Par contre, il vous sera peut-être impossible de répondre à certaines questions. Par exemple, si vous n'avez pas eu de frères ou de sœurs, ne répondez pas à la question ou si vous n'avez eu aucun contact avec un de vos parents, ne répondez que pour le parent qui vous a élevé.

		Non Jamais	Oui, à l'occasion	Oui Souvent	Oui Toujours
1. Est-ce que vos parents s'inquiétaient à propos de ce que vous faisiez après l'école?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
2. Arrivait-il que vos parents soient d'humeur massacrant ou en colère contre vous sans vous dire pourquoi?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
3. Aviez-vous l'impression que vos parents étaient effrayés à l'idée que quelque chose puisse vous arriver?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
4. Est-ce que vos parents avaient l'habitude de vous féliciter?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4

5. Vous est-il arrivé de souhaiter que vos parents s'inquiètent moins à propos de ce que vous faisiez?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
6. Arrivait-il que vos parents vous infligent plus de punitions corporelles que vous ne le méritiez?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
7. Quand vous reveniez à la maison, est-ce qu'il vous fallait toujours rendre compte de ce que vous aviez fait à vos parents?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
8. Pensez-vous que vos parents ont essayé de rendre votre adolescence stimulante, intéressante et instructive, par exemple en vous donnant de bons livres, en vous inscrivant à des camps de vacances, ou en vous amenant à des activités sportives?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
9. Est-ce que vos parents s'inquiétaient que vous vous attiriez des ennuis?	Père	1	2	3	4
	Mère	1	2	3	4
10. Est-ce que vos parents étaient inquiets lorsqu'ils ne savaient pas ce que vous faisiez?	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4
11. Vos parents avaient-ils l'habitude de vous critiquer devant les autres et de dire que vous étiez paresseux(se) et bon à rien?	Mère	1	2	3	4
	Père	1	2	3	4

12. Est-ce que vos parents vous empêchaient de faire certaines choses que les autres enfants avaient la permission de faire parce qu'ils avaient peur que quelque chose vous arrive?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
13. Vos parents essayaient-ils de vous pousser à devenir le(la) meilleur(e)?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
14. Est-ce que vos parents avaient l'air triste ou bien vous montraient d'une manière ou d'une autre que vous aviez mal agi, de telle sorte que vous vous sentiez vraiment coupable?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
15. Pensez-vous que l'anxiété que vivaient vos parents à l'idée que quelque chose puisse vous arriver était exagérée?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
16. Quand les choses allaient mal pour vous, aviez-vous l'impression que vos parents essayaient de vous réconforter et de vous encourager?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
17. Est-ce que vos parents s'inquiétaient que vous fassiez des choses dangereuses?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
18. Étiez-vous traité(e) comme le « mouton noir » ou le « bouc émissaire » de la famille?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4

19. Est-ce que vos parents s'inquiétaient que vous fassiez des erreurs?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
20. Aviez-vous l'impression que vos parents étaient des personnes anxieuses et donc, qu'il ne vous était pas permis de faire autant de choses que les autres enfants?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
21. Est-ce que vos parents vous montraient, par des mots et des gestes, qu'ils vous aimaient?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
22. Aviez-vous l'impression que vos parents étaient effrayés à l'idée que vous fassiez quelque chose selon vos propres moyens?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
23. Aviez-vous l'impression que vos parents aimaient plus vos frères et/ou sœurs qu'ils ne vous aimaient?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
24. Vos parents vous traitaient-ils de telle sorte que vous vous sentiez honteux?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
25. Pouviez-vous habituellement aller où vous vouliez sans que vos parents ne s'inquiètent trop?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
26. Aviez-vous l'impression que vos parents se mêlaient de tout ce que vous faisiez?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4

27. Est-ce que vos parents vous prévenaient de tous les dangers possibles?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
28. Aviez-vous l'impression qu'il y avait de la chaleur et de la tendresse entre vous et vos parents?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
29. Vos parents vous imposaient-ils des limites strictes concernant ce que vous pouviez ou ne pouviez pas faire, auxquelles ils adhéraient rigoureusement ?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
30. Vos parents vous punissaient-ils sévèrement, même pour des bagatelles (petits écarts de conduite)?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
31. Vos parents voulaient-ils toujours décider de la façon dont vous deviez vous habiller ou de votre apparence?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
32. Aviez-vous l'impression que vos parents étaient fiers de vous lorsque vous réussissiez quelque chose que vous aviez entrepris?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4
33. Est-ce que vos parents vous tenaient loin de tous les dangers potentiels?	<b>Père</b>	1	2	3	4
	<b>Mère</b>	1	2	3	4

**Appendice D**  
**Évaluations téléphoniques**

**Évaluation téléphonique préliminaire pour les participants ayant un TAG  
(recrutés via un projet de traitement)**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_    Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_  
          jour    mois    année

**INSTRUCTIONS :** Bonjour, nous avons bien reçu votre appel concernant la participation à une étude qui offre un traitement psychologique pour les problèmes d'anxiété. Nous offrons un traitement en individuel qui est reconnu comme étant efficace. Nous sommes intéressés à connaître l'impact de ce traitement dans la vie de tous les jours. Ainsi, il y aura deux séances d'évaluation avant de commencer le traitement et des séances d'évaluation après la fin du traitement.

Maintenant, je vais vous poser certaines questions pour voir si les problèmes que vous rencontrez correspondent à ceux que nous étudions et que nous traitons. Les informations que vous me donnerez demeurent confidentielles. Cette entrevue sera d'une durée approximative de 15 minutes. Avant de commencer, avez-vous des questions?

**Section 1. Origine de la référence**

Comment avez-vous entendu parler de notre étude ?

- Par un médecin, précisez : \_\_\_\_\_
- Média, lequel : \_\_\_\_\_
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Dans quel secteur habitez-vous ?

\_\_\_\_\_

Selon le secteur où habite le patient, vous pouvez lui indiquer où aura lieu son traitement, lui mentionner que le traitement dure 4 mois et qu'il devra se déplacer à chaque semaine. *Vérifier si cela convient au patient.*

## **Section 2. Informations socio-démographiques**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ (*entre 18 et 65 ans*) Sexe : \_\_\_\_\_

Tél. résidence: \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?

Oui  Non

Tél. bureau: \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?

Oui  Non

Autre tél. : \_\_\_\_\_ Pouvons-nous laisser un message?

Oui  Non

## **Section 3. Critères d'inclusion**

### Trouble d'anxiété généralisée

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?  
Si la personne a de la difficulté à répondre, donner des synonymes: se tracasser, se soucier, se préoccuper...

- a) \_\_\_\_\_
- b) \_\_\_\_\_
- c) \_\_\_\_\_
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_
- f) \_\_\_\_\_

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?

Oui  Non

3. Est-ce qu'il y a des gens de votre entourage qui vous disent que vos inquiétudes sont excessives ou exagérées?

Oui       Non

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

Oui       Non

*Si la personne dit NON, investiguer si ses inquiétudes surviennent même quand elle ne veut pas s'inquiéter. Si OUI, elle a de la difficulté à contrôler ses inquiétudes.*

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes?

Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif, à bout	oui _____	non _____
Facilement fatigué-e	oui _____	non _____
Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire	oui _____	non _____
Irritabilité	oui _____	non _____
Tensions musculaires	oui _____	non _____
Problèmes de sommeil	oui _____	non _____

6. À quel point vos inquiétudes vous dérangent?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Moyenne		Sévère		Très sévère

### Trouble panique

7. Est-ce que ça vous arrive de ressentir une montée d'anxiété, une bouffée d'anxiété ou des crises de panique qui sont imprévisibles et rapides (vous atteignez un sommet dans quelques minutes) et qui durent environ 20-30 minutes au maximum?

Oui       Non

Si oui, pouvez-vous me la décrire (*vérifier la présence de symptômes physiques*)? Dans quelle situation cela se produit-il?

---



---



---

*Pendant l'entrevue, porter attention à la présence de l'un de ces 3 critères:*

- 1) La montée d'anxiété devient tellement intense que les premières fois, la personne a eu peur de s'évanouir, de faire une crise cardiaque ou de devenir folle;
- 2) La personne a déjà eu très peur d'être victime d'une autre attaque, pendant une période d'au moins 1 mois;
- 3) La personne a changé ses habitudes en raison de ces attaques (p. ex. évitement, fuite).

### Agoraphobie

8. Est-ce que ça vous arrive de redouter ou d'éviter des situations comme aller au centre d'achats, au cinéma ou même être dans une file d'attente parce que vous avez peur de paniquer ou d'avoir une montée d'anxiété?

Oui       Non

Quelles situations craignez-vous : \_\_\_\_\_

Quelles situations évitez-vous : \_\_\_\_\_

*Si la personne ne fait pas d'évitement, elle doit répondre OUI à l'une des 3 questions ci-dessous pour être éligible.*

9. SI LA PERSONNE N'ÉVITE PAS :

Dans ce genre de situations, vous sentez-vous très mal à l'aise?

Oui       Non

SI NON : Dans ce genre de situations, avez-vous l'impression que vous allez paniquer?

Oui       Non

SI NON : Y a-t-il des situations où vous devez être accompagné d'une personne que vous connaissez pour y aller?

Oui       Non

10. À quel point vos attaques de panique et/ou votre évitement vous dérange?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légère		Moyenne		Sévère		Très sévère

#### **Section 4. Critères d'exclusion**

*Dès que la personne répond OUI à un des critères d'exclusion, lui expliquer qu'elle ne pourra malheureusement pas participer au projet et la remercier de son intérêt.*

11. Mis à part les symptômes dont on vient de parler, avez-vous d'autres difficultés psychologiques pour lesquelles vous consulteriez?

Oui       Non

*Si oui, lesquelles? (investiguer la nature des autres difficultés)*

---

*Critères d'exclusion de l'étude : Trouble lié à l'abus ou à la dépendance de substances (drogues, alcool), épisodes psychotiques, trouble bipolaire, trouble mental organique/retard mental). trouble de la personnalité limite (borderline) ou troubles de la personnalité du groupe A (c.-à-d. schizoïde, schizotypique, paranoïde).  
Attention : s'il y a un autre trouble anxieux ou trouble de l'humeur de présent, celui-ci doit être de sévérité moindre que le trouble secondaire qui est soit le TPA ou le TAG.*

12. Avez-vous reçu un traitement cognitivo-comportemental durant les 6 derniers mois pour vos attaques de paniques ou vos inquiétudes?

Oui       Non

*SI OUI, cela est un critère d'exclusion.*

13. Avez-vous déjà reçu un autre traitement psychologique, un traitement pharmacologique ou un autre traitement auparavant?

Oui       Non

Quel genre de traitement avez-vous reçu?

---

---

14. Souffrez-vous d'une maladie physique handicapante ou d'un problème médical qui n'est pas adéquatement contrôlé par un médecin ou une médication?

- Oui       Non

*Si OUI, cela est un critère d'exclusion.*

**Section 5. Disponibilité du participant**

À quels moments de la journée seriez-vous le plus disponible pour venir aux deux évaluations pré-traitement?

---

---

---

**Pour l'évaluateur :**

À ce moment-ci, demandez à la personne si elle a des questions. Remerciez-la ensuite et mentionnez-lui qu'une évaluatrice la rappellera pour préciser le moment de l'évaluation.

**Section 6. Décision d'inclusion ou d'exclusion à cette étape**

- Accepté pour l'entrevue d'évaluation
- Non accepté pour l'entrevue d'évaluation :

Raison : \_\_\_\_\_

### **Évaluation téléphonique pour les participants contrôles**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Nom de l'évaluateur : \_\_\_\_\_  
          jour    mois    année

**INSTRUCTIONS :** Bonjour, nous avons bien reçu votre appel/courriel concernant la participation à une étude portant sur l'anxiété et l'éducation reçue avant l'âge de 16 ans et je vous remercie de votre intérêt.

**CONSENTEMENT :** Avant de commencer, je vais vous expliquer brièvement certains éléments pour obtenir un consentement éclairé à participer à cet entretien téléphonique.

1) **Le but du présent appel :** Vous poser différentes questions sur votre état psychologique pour évaluer l'absence de difficultés psychologiques majeures liées à l'anxiété et à la dépression. Ensuite, vous inviter à compléter certains questionnaires à la maison concernant l'anxiété et vos perceptions des comportements de vos parents durant votre enfance (par internet ou sur papier, selon votre convenance).

2) **Vos droits liés à votre participation :** Vous êtes libre de mettre un terme à tout moment à votre participation. Il est possible de reprendre l'entretien à un autre moment.

3) **Avantages/inconvénients:** Vous contribuez à l'avancements des connaissances en psychologie. Ceci implique de donner de votre temps. Vous pouvez ressentir un léger malaise face à certaines questions ; je vous encourage à en parler avec moi.

4) **Enregistrement :** Sur votre autorisation, le présent appel sera enregistré pour des raisons d'uniformité dans la façon dont les participants sont évalués; y consentez-vous?

Les informations que vous me donnerez demeurent confidentielles. Cette entrevue sera d'une durée approximative de 15 à 45 minutes.

### **Section 1. Informations socio-démographiques**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Code<sup>5</sup>: \_\_\_\_\_

### **Section 2. Critères d'inclusion**

Cette étude porte sur l'anxiété et l'éducation parentale reçue avant l'âge de 16 ans. Avez-vous le souvenir d'au moins un modèle parental, biologique ou non, connu entre 0 et 16 ans (si la réponse est non, remercier la personne mais elle ne pourra pas participer à l'étude)?

Oui       Non

Si OUI, dites : Nous allons maintenant passer à une brève évaluation afin de vérifier la présence de comportements/réactions liés à l'anxiété.

**Pour l'évaluateur :**

À ce moment-ci, demandez à la personne si elle a des questions.

Commencez l'administration de l'ADIS-IV .

### **Section 3. Critères d'exclusion et modalité de complétion des questionnaires**

**Présence d'un trouble de santé mentale :** Si la personne présente un trouble anxieux ou autre, fournir des références si elle le désire. Intervention proposée: « Ce qui ressort est que vous avez des difficultés concernant X. Si vous le voulez, je peux vous fournir des références. Concernant la présente étude, nous ne pouvons poursuivre plus loin en raison de cet aspect. Je vous remercie tout de même de votre participation. »

<sup>5</sup> Le code alphanumérique est composé des trois premières lettres du nom de famille et des deux premières lettres du prénom, suivi de l'année de naissance. Par exemple, Julie Gagné, née en 1985, devient : GAGJUI985.

**Absence de diagnostic :** Si le participant n'obtient aucun diagnostic à l'ADIS-IV (mais possibilité de symptômes), vérifiez s'il est toujours intéressé à participer à la complétion des questionnaires.

*Convenez avec le participant s'il préfère remplir les questionnaires en ligne ou sous format papier.*

### **INSTRUCTIONS – COMPLÉTION DES FORMULAIRES PAPIER/CRAYON**

1. Prendre en note l'adresse du participant.

---

(numéro,                    rue,                    # d'appartement,                    ville,                    code postal)

2. À dire au participant : « Vous trouverez deux copies du Formulaire de consentement. Signez les deux copies ; une copie devra être retournée dans l'enveloppe avec les questionnaires. Gardez l'autre copie pour vos dossiers personnels ».
3. Pour l'évaluateur : Identifier les questionnaires avec le code d'identification
4. D'ici deux semaines, si nous n'avons pas reçu vos données, nous vous contacterons pour assurer le suivi. Merci de votre participation!

### **INSTRUCTIONS – COMPLÉTION DES FORMULAIRES EN LIGNE**

1. Prendre en note l'adresse courriel du participant, puis lui envoyer un message lui précisant :
  - a. Son code d'identification
  - b. Le lien électronique: [www.surveymonkey.com/s/nanxedu2](http://www.surveymonkey.com/s/nanxedu2)
  - c. Le mot de passe : pinson
2. D'ici deux semaines, si nous n'avons pas reçu vos données, nous contacterons pour assurer le suivi. Merci de votre participation!

**Appendice E**  
**Formulaire de consentement**

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche portant sur l'anxiété. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

*Ce Formulaire d'information et de consentement* décrit les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et en garder une copie signée et datée.

### **Titre du projet**

Analyse des liens entre l'éducation reçue et l'anxiété à l'âge adulte.

### **Personne responsables du projet**

Monsieur Patrick Gosselin, professeur au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, est le chercheur responsable de ce projet. Vous pouvez joindre Monsieur Gosselin (819) 821-8000, poste 63811 ou à l'adresse [patrick.gosselin@usherbrooke.ca](mailto:patrick.gosselin@usherbrooke.ca) pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche. Ce projet de thèse est réalisé par Madame Frédérique Bax-d'Auteuil, doctorante en psychologie clinique à l'Université de Sherbrooke et chercheuse principale. Vous pouvez la contacter par courriel à l'adresse [frederike.bax-dauteuil@usherbrooke.ca](mailto:frederike.bax-dauteuil@usherbrooke.ca)

### **Financement du projet de recherche**

Le chercheur responsable est soutenu par les *Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture*. Les fonds reçus couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

### **Objectifs du projet**

L'objectif de ce projet est d'étudier le lien entre l'éducation reçue et l'anxiété à l'âge adulte.

### **Nature de la participation**

En tant que personne pouvant ou non présenter des symptômes d'anxiété, il vous est proposé de participer à cette recherche. Si vous faites partie de l'échantillon de gens anxieux, votre participation sera requise pour une rencontre d'évaluation durant entre

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version Septembre 2010

une et deux heures, où vous aurez à répondre à des questions concernant vos symptômes liés à l'anxiété. Cette entrevue aura lieu au Laboratoire sur l'anxiété de l'Université de Sherbrooke. L'entretien sera enregistré sur bande audio. Vous aurez ensuite à remplir différents questionnaires portant sur vos symptômes associés à l'anxiété et sur vos perceptions des comportements de vos parents ou personnes responsables de vous lorsque vous étiez enfant (durée : entre 30 et 60 minutes). Il vous sera possible de remplir les questionnaires sur place ou à la maison, selon votre convenance. Le cas échéant, une enveloppe pré-affranchie contenant les questionnaires vous sera remise. Vous aurez à la retourner par la poste dans les plus brefs délais.

Pour l'échantillon de gens non anxieux, votre participation nécessitera un entretien téléphonique d'environ 15 à 45 minutes pour déterminer l'absence de problème lié à l'anxiété. Vous serez ensuite invités à remplir des questionnaires (sur vos perceptions des comportements de vos parents ou personnes responsables de vous lorsque vous étiez enfant (durée : entre 30 et 60 minutes). Selon votre convenance, nous pourrions vous faire parvenir par la poste les questionnaires ainsi qu'une enveloppe de retour pré-affranchie, ou bien vous pourrez remplir les questionnaires via internet.

#### **Avantages pouvant découler de la participation**

Pour les gens anxieux, votre participation à ce projet de recherche vous apportera l'avantage d'une évaluation détaillée de vos symptômes d'anxiété. En tant que participant, vous contribuerez aussi à l'avancement des connaissances entourant les facteurs associés à l'anxiété.

#### **Inconvénients et risques pouvant découler de la participation**

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénient significatif et ne vous fait courir aucun risque connu de nature médicale ou psychologique. Cependant, il est possible que certaines questions puissent provoquer un malaise à court terme (notamment en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue et ces questionnaires ont déjà été utilisés à plusieurs reprises auprès de personnes anxieuses et non anxieuses et les malaises et inconvénients sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec l'assistant(e) de recherche. Vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre l'entrevue à un autre moment qui vous conviendra. Si vous souhaitez obtenir du soutien psychologique après votre participation, nous vous suggérons de contacter l'Autre Rive, organisme d'aide aux personnes ayant un problème d'anxiété, au (819) 564-0676, ou nous fournirons des références dans votre région.

#### **Droit de retrait sans préjudice de la participation**

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui            Non

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version Septembre 2010

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, le professionnel de recherche vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

### **Compensations financières**

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude.

### **Confidentialité, partage, surveillance et publications**

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, sexe, date de naissance, résultats à l'entrevue d'évaluation et aux questionnaires, etc.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un code numérique, rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. L'accès au code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservé par Patrick Gosselin, chercheur responsable du projet. La chercheuse principale, Frédérique Bax-d'Auteuil, pourra aussi y avoir accès.

Les chercheurs de l'étude utiliseront les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce *Formulaire d'information et de consentement*. Il est aussi possible que ces données servent à d'autres projets de recherche. Le cas échéants, les mêmes normes de confidentialité seront respectées.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier. Si vous le désirez, vous pourrez être informés des résultats de la recherche et des publications qui en découleront en contactant le chercheur responsable.

Les données recueillies seront conservées, sous clé, pour une période n'excédant pas cinq ans suivant la fin de la collecte de données. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version Septembre 2010

### **Études ultérieures**

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, autorisez-vous les responsables de ce projet à vous contacter à nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche?

Oui      Non

### **Surveillance des aspects éthiques et identification de la présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines**

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au *Formulaire d'information et de consentement*, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : (819) 821-8000 poste 62644, ou par courriel à: cer\_lsh@USherbrooke.ca.

### **Déclaration de responsabilité du chercheur de l'étude ou de son représentant**

Je, \_\_\_\_\_, (*nom en lettres moulées*) certifie que le participant pressenti à ce projet de recherche a été informé de la nature du projet de recherche, des avantages et inconvénients ainsi que des risques relatifs à sa participation à ce projet de recherche. Je déclare avoir expliqué au signataire intéressé les termes de ce *Formulaire d'information et de consentement*, avoir répondu aux questions posées à cet égard, et lui avoir clairement expliqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité du participant.

\_\_\_\_\_  
Nom du chercheur ou de son représentant  
(lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du chercheur ou de son  
représentant

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version Septembre 2010

**Consentement libre et éclairé du participant**

Je, \_\_\_\_\_ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent *Formulaire d'information et de consentement* et d'en posséder un exemplaire. Je comprends la nature de ma participation au projet de recherche décrit ci-haut. J'ai eu l'occasion de poser des questions, lesquelles ont été répondues à ma satisfaction. En signant ce *Formulaire d'information et de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable ou son représentant de leurs responsabilités légales et professionnelles.

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

Signature de la participante ou du participant : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Initiales du participant : \_\_\_\_\_

Version Septembre 2010