



HAL
open science

Thérapie cognitivo-comportementale du souci : une approche trans diagnostique possible ?

Sarah Bismuth

► **To cite this version:**

Sarah Bismuth. Thérapie cognitivo-comportementale du souci : une approche trans diagnostique possible ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02492057

HAL Id: dumas-02492057

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492057>

Submitted on 26 Feb 2020

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

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

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

Thèse n°3128

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement à Bordeaux le 16 octobre 2019 par

Sarah BISMUTH

Née le 24 Janvier 1992 à Marseille (13)

**Thérapie cognitivo-comportementale du souci : une
approche transdiagnostique possible?**

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Membres du jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Président

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Professeur Mélina FATSEAS, Juge

Monsieur le Docteur Stéphane WEILL, Juge

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT, Rapporteur

Remerciements

A mes parents à qui je dois tout. Merci pour votre présence, votre amour et votre confiance.
A ma mère. Merci pour ton écoute et ton soutien à toute épreuve, les valeurs que tu nous as transmises, ton sens de la débrouillardise et toute cette nourriture dissimulée dans nos valises.

A mon père. Merci pour ta gentillesse et ta passion pour la musique.

A mon frère. Je ne te remercierai jamais assez pour ton soutien tout au long de ce chemin et toutes ces choses partagées ensemble. J'ai beau le nier, mais tu m'as peut être influencée sur certains points. Et bien évidemment, tu as toute mon admiration pour tes qualités de musicien.

A mon cousin, Alexandre. Merci pour ta personnalité décalée, ce fut un plaisir de t'offrir ces cadeaux inommables.

A mes amis de Marseille :

A David, pour ton éternelle bonne humeur et ces innombrables concerts. C'est toujours une bouffée d'air frais de te revoir.

A Benjamin, pour ton intelligence, et tes principes.

A Karen. Merci pour ton soutien, ton recul et ta finesse. Quel plaisir de partager du temps avec toi, malgré les kilomètres.

A Noé, pour ces très belles et tendres années partagées.

Aux belles rencontres Bordelaises :

A Nicolas, merci pour ton accueil, ton humour cynique et ta réflexion.

A Cris, pour ton hospitalité sans égale et tes qualités humaines hors pair.

A Thibault, pour ces séances de sport commando et ces soirées d'exploration des bas fonds cinématographiques.

A Louise pour ta curiosité insatiable et ta franchise.

A Clara et Mathieu pour votre gentillesse et votre humour.

Aux rencontres de l'IRCCADE,

A Charlotte, merci pour ta délicatesse, et ces soirées cathartiques.

A Nastasia, ton humour désabusé est absolument délectable.

Aux médecins et équipes que j'ai pu croiser tout au long de ce cursus. A l'équipe exceptionnelle du CAP de Dax : Charlotte, Jean Baptiste et Caroline. Au Dr Malet Pinsolle, au Docteur Casenave.

A Yves Coignoux et Emmanuel Berteretche rencontrés lors des gardes sur Mont de Marsan.

A l'équipe de Bergerac, aux docteurs Martin et Dallemagne.

Au Docteur Glénisson.

A l'équipe de BSM2, à Xavier Henry.

A l'équipe de Caychac, au Docteur Fourticq-Tiré.

A l'équipe du CERPAD, Florence, Estelle et Alexandra Bouvard.

A l'équipe de BSM3, aux docteurs Dodré et Mouhica.

Merci pour votre bienveillance et vos connaissances, ce fut un plaisir de travailler à vos côtés.

Aux patients.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Responsable du service de psychiatrie et psychologie médicale,

Hopital de Psychiatrie, Toulouse.

Merci de m'avoir fait l'honneur de rapporter ce travail de thèse, et pour la pertinence de vos remarques.

Je vous témoigne mon profond respect.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Docteur Stéphane WEILL

Docteur en Médecine, Psychiatre libéral

Ancien Praticien Hospitalier et responsable du service BSM 2 du Centre Hospitalier Charles Perrens

Merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Ce fut un plaisir de bénéficier de ta bienveillance, de tes qualités cliniques et humaines lors de ces six mois passés sur BSM 2.

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Épidémiologie,

Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Professeur Verdoux,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je suis très honorée que vous ayez accepté de juger ce travail de thèse. J'ai apprécié m'imprégner de vos compétences professionnelles lors des cours de D.E.S. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Madame le Professeur Mélina FATSEAS

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Responsable de l'unité ambulatoire d'addictologie et des troubles du comportement alimentaire

Hôpital Haut Lévêque, Pessac.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude.

AU DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Docteur en médecine, Psychiatre

Praticien hospitalier

Centre de Référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir été si disponible.

Ton enseignement au sein de la faculté était très motivant, et travailler à tes côtés au CERPAD fut un réel plaisir.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Docteur en Neurosciences et en Psychiatrie,

Responsable du Centre de Référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression

Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Ce fut un honneur de travailler à vos côtés lors de ce semestre au CERPAD.

Votre rigueur clinique et vos connaissances ont été une grande richesse tant lors de ce stage qu'à travers votre enseignement universitaire.

Merci pour votre disponibilité.

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Table des matières

1	Généralités cliniques et définitions.....	12
1.1	Peur et anxiété.....	12
1.2	Le souci.....	12
1.2.1	Le souci normal.....	13
1.2.2	Le souci pathologique : comparaison avec le souci normal	14
1.3	Processus transdiagnostique.....	17
1.3.1	Dans la phobie sociale	17
1.3.2	Dans le Trouble Obsessionnel Compulsif	18
1.3.3	Dans le Syndrome de Stress Post Traumatique.....	19
1.3.4	Dans les syndromes douloureux chroniques.....	19
1.3.5	Dans les troubles des conduites alimentaires.....	19
1.3.6	Dans les troubles du sommeil	20
1.3.7	Dans les troubles de l'humeur	20
1.3.8	Dans les troubles psychotiques	20
1.4	Comparaison entre les processus de pensée répétitifs	21
1.4.1	Souci et rumination	21
1.4.2	Souci et obsessions.....	27
1.5	Historique du trouble anxieux généralisé	29
1.6	Pistes étiologiques développementales.....	31
1.7	Psychométrie du souci.....	33
1.7.1	Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	33
1.7.2	Anxious Thoughts inventory (AnTI).....	36
1.7.3	Autres échelles	36
2	Les modèles cognitifs du souci.....	37
2.1	Le modèle d'évitement cognitif.....	37
2.1.1	Un processus verbal négatif.....	38
2.1.2	L'évitement de la réponse somatique anxieuse	39
2.1.3	Le souci comme évitement émotionnel.....	41
2.2	Le modèle d'évitement des contrastes	42
2.2.1	Introduction.....	42
2.2.2	Le rôle du souci dans la création d'émotions négatives.....	42
2.2.3	Une nouvelle vision du phénomène d'évitement	43
2.3	Le modèle métacognitif	47
2.4	Souci de type 1 et souci de type 2	49
2.4.1	Implications dans le trouble anxieux généralisé	49
2.5	Le modèle d'intolérance à l'incertitude	51

2.5.1	Souci et intolérance à l'incertitude	52
2.5.2	Souci et orientation négative du problème	53
2.5.3	Evitement cognitif et importance des métacognitions	54
3	Thérapies cognitivo comportementales du souci	55
3.1	La thérapie cognitivo-comportementale	55
3.1.1	Auto enregistrement et détection des signaux provoquant l'anxiété	55
3.1.2	Méthode de contrôle des stimuli	56
3.1.3	Techniques de relaxation	56
3.1.4	Thérapie cognitive	58
3.1.5	Répétition en imagerie de stratégies d'adaptation	59
3.1.6	Expositions graduelles	59
3.2	La thérapie métacognitive	60
3.2.1	Extraire les métacognitions	61
3.2.2	Conceptualisation du cas	61
3.2.3	Partage du modèle	62
3.2.4	Modifier le souci de type 2 et les métacognitions associées	62
3.2.5	Prévention de la rechute	63
3.3	Thérapie basée sur l'intolérance à l'incertitude	63
4	Discussion	65
5	Conclusion	69
6	Références bibliographiques	70
7	Annexes	82
8	Serment d'Hippocrate	84

Abréviations

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TAG : Trouble Anxieux Généralisé

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

PSWQ : Penn State Worry Questionnaire

AnTI : Anxious Thoughts Inventory

STAI : State and Trait Anxiety Inventory

1 Généralités cliniques et définitions

1.1 Peur et anxiété

Il est parfois difficile de faire la distinction entre ces deux concepts aussi bien dans la langue courante, que parfois en clinique. Kierkegaard a été le premier à pointer du doigt cette différence qu'il juge fondamentale. Il s'y est intéressé au départ en lien avec des questionnements théologiques, mais son travail a rapidement suscité l'intérêt des psychologues et psychiatres. Il nomme l'anxiété "angoisse" et la distingue de la peur sur l'argument de l'objet : alors que la peur a un objet désigné "j'ai peur de...", l'anxiété, l'angoisse n'y est pas reliée. Il en fait l'émotion en lien avec le rapport du sujet à la possibilité, au choix, avec à la fois une attraction et une répulsion envers celui-ci. L'angoisse pour lui est plus particulièrement liée à la possibilité de pêcher (1). Pour Heidegger, la dimension religieuse est absente, et l'angoisse est intimement liée à la finitude de l'Homme, et donc à la perspective de la mort. Il fait aussi la distinction entre les peurs, ciblées et l'angoisse, diffuse et profonde, présente chez tout humain, n'attendant que des occasions pour se révéler. Il évoque même la présence des peurs, des phobies comme moyen d'éviter, de se distraire de la présence de l'angoisse.

1.2 Le souci

Le souci est l'un des processus cognitifs de l'anxiété. Il est la traduction française du terme anglais "worry" trouvé dans la littérature. La définition la plus actuelle de ce processus a été posée par Borkovec, en 1983, décrivant le souci comme "un enchaînement de pensées et d'images, chargé d'affects négatifs et relativement incontrôlable"(2). Cliniquement, il s'apparente à l'expression mentale et répétitive d'éventualités négatives répondant à une pensée primaire inquiétante, souvent formulée par "Et si...?". Il s'agit de l'un des processus cognitifs sous-tendant l'anticipation anxieuse. La description de ce processus cognitif est très ancienne, avec des traces dans la littérature romaine, lorsque des philosophes – Cicéron notamment – s'intéressaient à la définition des termes caractérisant symptômes et pathologies. Le souci est alors nommé "*solicitudo*", et son caractère répétitif et ruminatoire "*cum cogitatione*".

L'intérêt montré par Borkovec pour ce processus lui est venu à la suite d'années de

recherches sur les troubles du sommeil. En effet les patients étudiés au fil des années se plaignaient de façon très fréquente de pensées intrusives au moment du coucher.

Cette expérience du souci paraît familière car comme tout processus anxieux, il est expérimenté par la population générale. Il peut ainsi être appréhendé comme un processus adaptatif aidant à la confrontation à des événements de vie négatifs et au déploiement de solutions en réponse.

Or, dans certains cas, comme celui du trouble anxieux généralisé, ce souci devient un problème et parfois une plainte.

Ainsi, une première question se pose : souci "normal" et "pathologique" sont-ils identiques?

1.2.1 Le souci normal

En 1983, Borkovec mène trois études préliminaires afin de mieux cerner les caractéristiques du souci. La première cherche à faire le lien entre le souci et les émotions qui en découlent. Sont alors inclus 305 étudiants en psychologie qui étaient évalués chaque année via la partie trait de la State Trait Anxiety Inventory (3), le Beck Depression Inventory (4), la Tellegen Absorption Scale, une estimation de la latence d'endormissement, et une version modifiée de la Fear Survey Schedule (5) à laquelle ont été ajoutés deux items évaluant le souci et la tension interne sur une échelle de 0 à 100. Il a été montré que la mesure du souci était davantage corrélée aux autres mesures que celles de l'échelle mesurant la tension interne. Ainsi, le souci était significativement corrélé aux mesures de la STAI et de la FSS.

Les thèmes des soucis dans la population générale ont été étudiés au travers de quatre études. Simon et *al*, ont étudié des populations pédiatriques. La première étude visait à recueillir des données sur les sujets de souci chez des lycéens par la soumission d'une liste de craintes initiatrices aux 672 élèves inclus (6). La seconde s'intéressait à cette même question au travers des différences de sexe, et incluait 182 élèves (7). La famille était le thème le plus fréquent pour les deux études, avec une prédominance féminine pour ce thème et celui des relations sociales. En 1983, Borkovec a étudié une population de 74 étudiants, chez qui le souci concernant les études et les relations sociales s'avérait les plus fréquemment rapportés (2).

Tallis, en 1994, a étudié une population adulte de 128 étudiants et jeunes travailleurs, âgée de 18 à 59 ans. 38 % d'entre eux rapportaient se faire du souci au moins une fois par jour, 19,4% tous les deux ou trois jours, et 15,3% évaluaient la fréquence de leur souci à une fois

par mois. Les participants ont également été interrogés sur la durée de ces épisodes soucieux. 24% ont rapporté une durée avoisinant la minute, 38% ont évoqué une durée d'une 1 à 10 minutes, et le reste de l'échantillon rapportait des durées plus longues (18%, 10–60 minutes; 11%, 1–2 heures; 9%, deux heures ou plus). Par ailleurs, les participants décrivaient une tendance au souci plus présente en fin de soirée ou au petit matin, et que ces périodes soucieuses se produisaient en réponse à des problématiques imminentes, comme des événements à venir ou des interactions interpersonnelles. En termes de contenu, 17% évoquaient se faire principalement du souci à propos de leurs compétences professionnelles, 11% à propos des performances scolaires, 10% concernant la santé, de même que les finances, et enfin 9% se faisaient du souci concernant les relations intimes (8).

Wisocki, en 1988 s'est quant à lui intéressé aux thèmes des inquiétudes chez une population gériatrique, via un échantillon de 94 sujets. L'évaluation a été faite via notamment la Worry Scale. Les résultats ont montré une prédominance des soucis concernant la santé (perte de motricité, de mémoire, maladies), les relations sociales (perdre sa famille ou ses amis), et enfin l'argent (9).

Par ailleurs, plusieurs caractéristiques sont associées au souci, notamment la difficulté de contrôle, qui fait partie de la définition. Clark en 1986 a voulu étudier les facteurs influençant la récupération et le contrôle des cognitions négatives. Ainsi, il a pu observer que la difficulté à contrôler le souci était corrélée à son intensité et à sa fréquence (10).

Ainsi, pour résumer, nous pouvons caractériser le souci normal comme un phénomène cognitif banal, expérimenté par tout un chacun, dont les thèmes paraissent liés à l'âge, au sexe et à la situation socio-économique du sujet.

1.2.2 Le souci pathologique : comparaison avec le souci normal

La seconde étude menée par Borkovec en 1983 tenait à préciser les résultats de la première sus citée avec un nouveau questionnaire comprenant l'évaluation de l'humeur, du contenu du souci, de la perception de signes physiques, de l'orientation temporelle du souci, et de la contrôlabilité de celui-ci dans une étude comparative entre "soucieux" (n=31) et "non soucieux" parmi un échantillon de 74 étudiants. Si l'on considère l'échantillon total, l'émotion la plus fréquemment rapportée était l'anxiété. Il existait une différence entre les hommes et les femmes, avec une prédominance significative pour la tristesse chez les hommes, contre

l'anxiété chez les femmes. L'analyse du contenu du souci a montré une prédominance pour les études, suivies par les problématiques interpersonnelles. Chez les hommes soucieux, il existait une prédominance significative de la thématique interpersonnelle dans le souci par rapport à leurs homologues non soucieux. Chez les femmes, il existait une différence significative pour les thèmes des finances et des études entre soucieuses et non soucieuses. Enfin, l'effectif de sujets soucieux montrait une difficulté significativement plus grande à mettre un terme au souci par rapport aux sujets contrôles, et ce peu importe le sexe. Dans une étude complémentaire publiée la même année, Borkovec a voulu comparer en terme d'affects et de réactions physiologiques des étudiants soucieux et non soucieux, évaluer les effets d'une période de souci induite sur ces deux paramètres, et étudier l'impact de l'état soucieux et des périodes de souci sur l'attention et sa distraction. Ainsi, 60 étudiants ont été inclus, parmi lesquels la moitié a jugé dans un questionnaire de groupe se faire du souci plus de 50% du temps, et considérait cela comme un problème. L'autre moitié expérimentait du souci de 0 à 10% du temps, et ne s'en plaignait pas. Les sujets ont été randomisés dans trois groupes, de zéro, quinze ou trente minutes de souci induit. Avant et après chaque période ont été distribués des auto questionnaires : Anxiety Differential (Husek et al, 1963), Cognitive and Somatic Anxiety Questionnaire (11), et Multiple Affect Adjective Checklist (12). Il a été observé que des distractions négatives parasitant la tâche assignée augmentaient significativement dans le groupe d'induction de quinze minutes en comparaison avec les deux autres groupes, ce que Borkovec explique par l'obtention d'une habitude chez le groupe de trente minutes (13).

Craske a voulu comparer, dans une étude de 1989, les dimensions qualitatives du souci normal et du souci pathologique caractéristique du TAG. Dix-neuf sujets souffrant de TAG ont été inclus, diagnostiqués sur la base de leurs réponses à l'Anxiety Disorder Interview Schedule Revised (ADIS-R). Le groupe contrôle était constitué de 26 sujets sains. L'évaluation se faisait à travers un auto-questionnaire que les sujets devaient remplir rapidement après avoir repéré un épisode soucieux. Ce questionnaire interrogeait notamment sur le contenu du souci, la durée de l'épisode, le degré de contrôle perçu sur le souci, les essais destinés à stopper le processus. Trois auto-questionnaires étaient requis pour chaque sujet. Les soucis étaient ensuite classés par catégorie thématique. Concernant cette question, la proportion des soucis concernant la santé était plus importante chez les sujets TAG que chez les sujets contrôle.

L'inverse a été observé concernant les finances. Les sujets TAG avaient également plus tendance à s'inquiéter pour des choses mineures (catégorie "divers"), avec 25% de soucis classés dans cette catégorie contre 15% dans le groupe contrôle. Par ailleurs, les soucis expérimentés par les sujets souffrant de TAG étaient aussi longs, aussi pourvoyeurs d'anxiété et d'aversion, et aussi susceptibles de générer des comportements pour y échapper que ceux des sujets contrôle. En revanche, alors que 40% des sujets souffrant de TAG n'ont pas trouvé de facteur déclenchant au souci, seulement 12% des sujets contrôles ont éprouvé cela. De plus, les sujets TAG avaient une plus forte perception de l'incontrôlabilité de leur souci, avec une différence significative entre les deux groupes, qualifiaient leur souci de moins réaliste, et parvenaient moins à arrêter celui-ci que le groupe contrôle (14). Sanderson, en 1990 a classé les soucis des sujets de son étude selon quatre catégories thématiques principales. Le plus gros pourcentage de patients se faisait du souci concernant la famille (79%), suivi par les finances (50%), l'école/le travail (43%), et la santé (14%). A côté de cela, la réponse affirmative à la question "Vous faites-vous du souci pour des choses insignifiantes ?" discriminait les sujets souffrant de TAG (90%) par rapport aux autres troubles anxieux (de 32% à 59%) (15). Borkovec a également mené une étude comparative en 1991, dans laquelle il observe un plus grand nombre de soucis chez des patients TAG que chez les contrôles, avec une prédominance pour le thème des relations interpersonnelles (16). Ces résultats ont été corroborés par une étude de Roemer datant de 1997, qui souhaitait s'intéresser à cette différence entre souci normal et pathologique avec des effectifs plus importants que dans les études sus-citées. 97 patients et 48 sujets contrôles ont été inclus. Les soucis ont été classés par thème, et la catégorie "soucis divers" précédemment rencontrée a été détaillée en 5 sous catégories. Comme dans les études sus citées, Roemer a observé un plus grand nombre de soucis chez les patients souffrant de TAG. De même, le souci concernant la famille et les relations interpersonnelles a également été retrouvé de façon majoritaire dans les deux groupes. La différence principale se basait sur la proportion de "soucis divers" expérimentés par la population TAG, avec une prédominance pour la sous classe des soucis mineurs du quotidien, ainsi que la moindre tendance au souci concernant le travail et les études par rapport à la population générale. Roemer a émis l'hypothèse que ce domaine concernait des situations très précises, circonscrites, et donc davantage susceptibles de susciter de l'anxiété chez la population générale, alors que la question des relations interpersonnelles soulève beaucoup d'incertitude à laquelle les sujets TAG sont sensibles (17).

Ainsi, le souci pathologique touche plus de domaines que le souci normal, et a tendance à être moins réaliste, plus excessif et touchant davantage de problèmes mineurs que celui des sujets contrôles. Enfin, par-dessus tout, la perception de l'incontrôlabilité différencie fortement les deux types de souci.

1.3 Processus transdiagnostique

L'inquiétude a récemment été repensée dans la littérature comme appartenant à un groupe de pensées répétitives qui sont caractérisées comme le processus de "penser attentivement, de façon répétitive ou fréquente à soi-même et son environnement". Ces pensées répétitives peuvent aboutir à des conséquences adaptatives ou pathologiques. Watkins, en 2008, a établi une revue de littérature concernant ces pensées et en a conclu que le caractère adaptatif *versus* non adaptatif des conséquences serait déterminé à la fois par la structure et le processus de celles-ci (18). Celles qui ont une valence négative sont appelées pensées répétitives négatives, (appelées RNT dans la littérature, pour Repetitive Negative Thinking). C'est dans ce groupe de pensée qu'est classée l'inquiétude de même que la rumination, avec qui elle partage certaines caractéristiques que l'on étudiera plus bas.

Des chercheurs ont voulu savoir dans quelle mesure ces pensées variaient à travers les pathologies, après avoir tenu compte du contenu spécifique à chacun des diagnostics. Il a donc été montré que ces deux pensées répétitives négatives augmentaient la vulnérabilité pour de nombreux troubles anxieux et dépressifs, et en tant que facteur de risque partagé, des taux élevés de pensées répétitives négatives pourraient expliquer l'importante comorbidité entre troubles anxieux et dépressifs.

Harvey et *al* en 2004, se sont intéressés à une approche transdiagnostique de certains processus cognitifs et comportementaux, partant du postulat que les tableaux "purs" étaient très rares, et que la comorbidité était davantage la règle en psychiatrie. Ils proposent alors une première vision transnosographique des pensées répétitives négatives -inquiétude et rumination- ayant trouvé des preuves de leur présence dans un grand nombre de troubles via une revue de la littérature (19).

1.3.1 Dans la phobie sociale

Pour rappel, la phobie sociale est caractérisée par une peur intense déclenchée par une ou plusieurs situations sociales, et étant intimement liée au regard des autres. Sur le plan cognitif,

on peut retrouver la crainte que l'autre perçoive la gêne, la peur de déranger l'autre par les symptômes de l'anxiété provoqués par la gêne, ou encore des idées de dévalorisation au travers du regard de l'autre ("il va me trouver bête, bizarre"). Le sujet peut alors se focaliser sur les signes de son anxiété, et se déconnecter ainsi de la situation. Dans les suites d'une exposition sociale, on peut également retrouver un processus de "ruminantion post évènement", où le sujet se repasse la situation et se focalise sur les aspects négatifs de son comportement.

Dans de nombreuses études citées par Harvey et *al*, le Thought Control Questionnaire était utilisé pour mesurer les pensées récurrentes négatives (20). Il s'agit d'un outil de mesure des stratégies utilisées lorsque "j'expérimente une pensée déplaisante/non désirée". Ce questionnaire est composé de plusieurs échelles : l'une concernant l'inquiétude (qui s'applique en soi à l'inquiétude anxieuse et aux ruminations à tonalité dépressive), d'autres au sujet du contrôle social, de la punition, et de la réévaluation de la pensée. Via ce questionnaire, Abramowitz et *al* ont trouvé que des personnes souffrant de phobie sociale cotaient de façon plus élevée pour la partie "inquiétude" et pour celle "punition" que le groupe contrôle. Harvey et *al* citent également deux autres études qui ont trouvé que comparé à des personnes peu anxieuses, des sujets atteints de phobie sociale sévère étaient plus susceptibles de procéder à des ruminations post évènement après une interaction sociale, prenant la forme d'une analyse de la façon dont l'interaction s'est déroulée et de leur performance dans celle-ci (21). Meelings et Alden ont trouvé que cette ruminantion était corrélée à la négativité des informations auto-centrées et des auto-jugements dans l'anticipation d'une future interaction (22).

1.3.2 Dans le Trouble Obsessionnel Compulsif

Le TOC est caractérisé par des idées ou images venant de la propre pensée du sujet et s'imposant à lui de façon intrusive, avec le ressenti la plupart du temps d'un caractère absurde, violent ou désagréable (obsessions), et ou de comportements répétitifs ou ritualisés que le sujet se sent obligé d'accomplir (compulsions). Certaines personnes souffrant de cette affection pouvaient avoir des schémas d'inquiétude intrusifs concernant le doute d'avoir ou non accompli une action, ou bien également des préoccupations morbides au sujet d'issues négatives qui auraient pu se produire mais qui ne se sont pas déroulées. Trois études sont citées (23–25), ayant montré de hauts niveaux de la partie "Inquiétude" du Thought Control Questionnaire chez des patients souffrant de TOC en comparaison avec des sujets sains. Nous

pouvons tout de même évoquer un biais potentiel concernant la mesure du souci, qui aurait pu être confondu par les patients avec les obsessions.

1.3.3 Dans le Syndrome de Stress Post Traumatique

Nolen-Hoeksema et Morrow, en 1991, ont trouvé que la tendance à ruminer, mesurée deux semaines avant le séisme de Loma Prieta de 1989 prédisposait à une humeur dysphorique et à des symptômes de TSPT 7 semaines après le tremblement de terre. Par ailleurs, une série d'études menée par Murray ont trouvé des scores élevés de rumination concernant un événement traumatique chez des patients souffrant de TSPT en comparaison avec un groupe contrôle (26). De plus, Murray et ses collègues, en 2002, ont trouvé que la rumination plusieurs semaines après un événement traumatique pouvait prédire la persistance des symptômes de TSPT à 6 mois (27), 1 an pour Ehlers (28); (29); (30,31), et 3 ans de suivi pour Mayou (32). Enfin, Warda et Byrant, en 1998 ont trouvé des scores élevés dans la partie "inquiétude" du Thought Control Questionnaire, en comparaison avec des contrôles sains (33).

1.3.4 Dans les syndromes douloureux chroniques

Harvey et al ont également inclus les douleurs chroniques dans le revue de la littérature concernant les pensées récurrentes négatives, et citent des études (34), décrivant des ruminations sur les causes de la douleur, de même que de l'inquiétude concernant son évolution et ses potentielles conséquences (35,36). Selon ces derniers, l'inquiétude expérimentée lors des processus douloureux chroniques serait plus difficile à dissiper, plus coûteuse sur le plan attentionnel, plus intrusive et plus pourvoyeuse de détresse que l'inquiétude ne concernant pas la douleur. Cette observation peut s'expliquer par une plus grande attention dans les sensations somatiques du fait de l'inquiétude, ou bien du fait que l'inquiétude ait pour fonction de maintenir l'attention sur une menace.

1.3.5 Dans les troubles des conduites alimentaires

Troop et Treasure, dans une étude rétrospective de 1997 ont rapporté que le début de la boulimie était associé à des ruminations concernant un événement de vie majeur ou difficile (37). Par ailleurs, selon une étude de Hart et Chiovari, des étudiants subissant un régime montraient davantage de ruminations concernant la nourriture et l'alimentation que ceux ne suivant pas de régime (38). Ces ruminations sont sans doute liées à la restriction cognitive induite par les régimes, formulées sous forme de règles ("il ne faut pas que je mange tel ou tel

aliment), qui du point de vue cognitivo-comportemental peut être vu comme un facteur de maintien.

1.3.6 Dans les troubles du sommeil

De nombreuses personnes souffrant de troubles du sommeil chroniques attribuent leurs symptômes à des pensées intrusives ou rapides (13,39–41). En 2001 (a) Harvey a trouvé que l'inquiétude mesurée par le Thought Control Questionnaire était plus élevée chez des patients souffrant d'insomnie que dans le groupe témoin. Par ailleurs, d'autres études (40,42,43) ont montré, soit par le biais de questionnaires, soit par le biais d'échantillonnages directs, que le contenu cognitif avant le sommeil de personnes souffrant d'insomnie était davantage concentré sur le fait de ne pas aller dormir, des inquiétudes générales, la résolution de problèmes et le temps par rapport aux sujets contrôles.

1.3.7 Dans les troubles de l'humeur

Concernant les troubles de l'humeur et plus précisément la dépression unipolaire, la présence de rumination a été évaluée via l'échelle "rumination" du Response Style Questionnaire, mis au point par Nolen Hoeksema et Morrow et 1991. Ce questionnaire tend à évaluer la tendance à répondre à une humeur triste ou dépressive avec des réponses ruminatives ou distractives. Rippere, a trouvé que la réponse ruminative était courante dans la population générale comme stratégie d'adaptation (44). Selon d'autres études citées par Harvey (45,46), des patients souffrant d'un épisode dépressif et d'autres ayant souffert d'un épisode dépressif mais actuellement en rémission montraient des scores de rumination élevés comparé à la population contrôle n'ayant jamais éprouvé d'épisode dépressif. En revanche, aucune étude citée dans la revue de littérature de Harvey ne concerne le trouble bipolaire.

1.3.8 Dans les troubles psychotiques

Enfin, concernant les troubles psychotiques, Harvey et al citent dans leur revue de littérature une étude de Freeman et Garety de 1999 s'intéressant aux rôles des processus anxieux dans le maintien de la détresse liée aux idées délirantes, dans laquelle des patients souffrant de schizophrénie ou de délire de persécution avaient des niveaux d'inquiétude au PSWQ similaires aux sujets atteints de TAG (47).

Cette hypothèse de processus transnosographique a été confortée par Ehring et Watkins en 2008, qui, via une revue de littérature, ont trouvé des niveaux élevés de pensées répétitives

négatives dans 13 pathologies, incluant la dépression, le TSPT, la phobie sociale, le TOC, les troubles du sommeil, les troubles douloureux, l'hypochondrie, les troubles de l'usage de l'alcool, les troubles psychotiques, et les troubles bipolaires. Par ailleurs, les pensées répétitives négatives sous la forme de l'inquiétude sont le symptôme central du trouble anxieux généralisé, et l'inquiétude liée aux crises d'angoisse paroxystique est un critère diagnostique pour le trouble panique (48).

McEvoy, en 2013 a voulu d'une part comparer les niveaux d'inquiétude et de rumination chez des patients ne souffrant que d'un trouble anxieux ou dépressif "pur", puis examiner les relations entre les pensées répétitives négatives et les comorbidités. Il a observé que l'inquiétude et la rumination étaient présentes sans différence significative dans les divers groupes de pathologies anxieuse et dépressive, et que les pensées répétitives négatives pouvaient accroître la vulnérabilité aux comorbidités (49).

Ainsi, ces pensées répétitives négatives sont retrouvées dans la majorité des troubles psychiques de l'axe 1.

Une comparaison de ces pensées répétitives dans chaque pathologie a permis d'émettre l'hypothèse de caractéristiques communes. Elles apparaissent comme : répétitives, passives ou vécues comme incontrôlables, et focalisées sur un contenu négatif. Elles diffèrent en revanche sur leur contenu exact.

L'inquiétude et la rumination ne sont cependant pas les seules pensées répétitives retrouvées en psychopathologie. Nous pouvons donc nous intéresser aux différences et similitudes entre ces différents processus.

1.4 Comparaison entre les processus de pensée répétitifs

1.4.1 Souci et rumination

Comme évoqué ci-dessus, la définition du souci proposée par Borkovec, en 1982 est celle qui suit : "Une chaîne de pensées et d'images, chargés d'affects négatifs, et relativement incontrôlables. Il représente un essai d'engagement dans une résolution de problème mentale, concernant un problème dont l'issue est incertaine, mais contient la possibilité d'un ou plusieurs dénouements négatifs. Par conséquent, le souci s'apparente de près au processus de peur."

Nolen-Hoeksema a défini la rumination comme une pensée répétitive centrée particulièrement sur les émotions et symptômes de la dépression (50). Ces deux expériences mentales sont rencontrées chez des sujets sains, tout comme dans un certain nombre de pathologies. D'un côté, on associe classiquement dans les études l'inquiétude au trouble anxieux généralisé, et la rumination à la dépression, et de l'autre, il n'est pas rare que ces termes se confondent dans le langage courant. Cependant, la distinction entre les deux doit être clarifiée pour mieux refléter la réalité clinique.

Comme évoqué plus haut, le souci consiste typiquement en une focalisation sur des possibles événements négatifs futurs, qu'il est difficile à chasser, et incontrôlable (16). En plus d'augmenter la détresse psychique, il prédispose à des perturbations physiologiques, mais également à des maladies physiques. En effet, Kubzansky, en 1997, a étudié de façon prospective la relation entre le souci et l'apparition de pathologie coronaire, chez 1759 hommes sains à qui il a fait remplir des auto-questionnaires ciblant le souci sur différentes thématiques. Il a observé que le souci concernant les conditions sociales était fortement corrélé avec la survenue d'un événement coronarien, avec un risque relatif ajusté de 2,41 (51). Segerstrom, en 1998 a effectué une mesure du souci en tant que trait chez 47 employés d'hôpital après le séisme de Northridge, dans le but d'étudier l'effet de ce processus sur certains paramètres immunologiques. Elle a ainsi observé que les patients présentant des scores de souci "trait" au-dessus de la moyenne disposaient de moins de cellules "Natural Killer" que les patients contrôle, suggérant que le souci excessif pouvait jouer un rôle délétère sur cette régulation cellulaire à l'occasion d'un stress (52).

Le souci est la clé de voûte du TAG, mais de hauts niveaux d'inquiétude sont également retrouvés dans des épisodes dépressifs (53,54).

La rumination est également incontrôlable et répétitive, mais contrairement à l'inquiétude, tourne autour d'un sujet concret et instrumental : elle naît généralement de l'échec dans la progression vers un but, et ce thème ainsi que celui des conséquences des symptômes dépressifs va souvent être retrouvé. Des preuves sont en faveur d'un maintien des affects négatifs par ce type de pensée (55,56), tout comme d'une augmentation de la durée et de la sévérité des humeurs dépressives et des épisodes dépressifs caractérisés (50). Une revue de la littérature a été effectuée en 2006 pour analyser la relation entre rumination et affects négatifs. Les études transversales incluses ont montré une association positive entre

rumination et tristesse/dépression, alors que les études longitudinales produisent des résultats plus divers. La rumination était également positivement associée avec l'anxiété (57).

La comparaison entre ces deux modes de pensée répétitives peut être intéressante afin de comprendre certaines des similitudes et différences entre troubles dépressifs et anxieux.

Certains auteurs se sont intéressés à comparer ces deux types de pensées répétitives via des échelles de mesure. Segerstrom, en 2000, a mené une étude afin d'observer dans quelle mesure souci et rumination aboutissaient à des affects négatifs, et dans quelle mesure l'un ou l'autre de ces processus était spécifique du trouble anxieux, ou de la dépression. Un groupe de 110 étudiants en psychologie et un échantillon de 40 patients issus d'une clinique spécialisée dans la thérapie cognitivo-comportementale ont dû remplir des auto-questionnaires évaluant les symptômes anxieux et dépressifs ainsi que la présence de souci et de rumination. Ces questionnaires étaient composés de la Global Rumination Scale (McIntosh, Martin, 1992), de la partie "rumination" de la Responses to Depression Scale (Nolen-Hoeksema, 1991), du Penn State Worry Questionnaire (ci-après), de la Cognitive Checklist (évaluation des thèmes cognitifs reliés à l'anxiété et à la dépression, 12 items de chaque, Beck et al, 1987), et de la Beck Depression and Anxiety Inventory. Chez les étudiants, souci et rumination étaient généralement plus fortement corrélées aux scores de dépression de la BDI qu'aux scores de la partie anxiété. En revanche, chez les patients, ces deux pensées répétitives étaient liées de façon similaire aux mesures d'anxiété et de dépression. Dans le groupe des patients, la rumination dépressive était associée à de plus hauts niveaux de dépression, par des chemins directs et indirects : d'une part le lien existait via la variable commune "pensées répétitives", mais également au-delà de celle-ci. En général, la variable latente "pensées répétitives" était associée à l'anxiété et à la dépression dans les deux groupes. En revanche, comme le modèle transversal de cette étude ne permettait pas d'étudier la chronologie de l'apparition de ces pensées répétitives par rapport à l'anxiété et à la dépression, une seconde étude, longitudinale cette fois, a été menée à bien. 90 étudiants ont rempli le PSWQ, ainsi que le Beck Depression and Anxiety Inventory, avant et après la passation de leur examen semestriel. Les résultats ont corroboré les observations transversales de la première étude avec de nouveau une corrélation entre la variable "pensées répétitives" et anxiété et dépression, selon les modèles d'équation structurelle, et ce sans spécificité de l'une ou l'autre des pensées répétitives sur les symptomatologies anxieuse et dépressive (50). En revanche,

les preuves concernant la prédictibilité d'une symptomatologie dépressive ou anxieuse en fonction des pensées répétitives était plus faible, ce que l'on peut attribuer au faible effectif inclus et surtout à la faible durée de suivi.

Suite à cette étude, Fresco a souhaité étudier les caractéristiques communes et distinctes entre ces deux processus de pensée. 784 étudiants ont été inclus et ont rempli des auto-questionnaires d'évaluation comprenant le PSWQ, le Response Styles Questionnaire, le Mood and Anxiety Symptom Questionnaire version courte (58). Ces questionnaires ont été remis aux étudiants dans la semaine suivant le début de leur semestre, en même temps que d'autres questionnaires généraux usuels dans leur cursus. L'évaluation a été ainsi conduite durant deux semestres consécutifs. Les items issus des échelles évaluant le souci et la rumination ont été soumis à une analyse factorielle ayant abouti à une solution à 4 facteurs, deux concernant le souci ("engagement dans le souci" et "absence de souci", et deux concernant la rumination ("se pencher sur le négatif" et "évaluation cognitive active"). Les facteurs "engagement dans le souci" et "se pencher sur le négatif" étaient fortement corrélés, de même que "engagement dans le souci" et "évaluation cognitive active". Ainsi, bien que corrélés à la fois entre eux et aux symptômes anxieux et dépressifs, la rumination et le souci gardaient quand même une certaine distinction. La solution qui a émergé de l'analyse factorielle du PSWQ et de la Rumination Response Scale a produit des facteurs uniquement composés d'items de l'une ou l'autre des échelles (59).

Trois autres études ont approché ce problème des différences et similitudes entre inquiétude et rumination en demandant à des personnes saines de classer des expériences de rumination et d'inquiétude selon un certain nombre de dimensions (60–62). Dans ces trois études, très peu de différences ont été mises en lumière entre les deux types de pensées répétitives négatives. Ainsi, celle de Watkins en 2005 était basée sur une population non clinique de 149 femmes volontaires : sur les 58 dimensions étudiées, comprenant notamment l'évaluation et les stratégies pour faire face à ces pensées, seulement 7 ont montré des différences significatives : concernant l'inquiétude les scores étaient significativement plus élevés concernant le nombre d'années avec la pensée, le contenu orienté vers le futur, le côté déplaisant ou dérangeant de la pensée, et le sentiment d'insécurité. Pour la rumination, ils étaient plus élevés concernant l'orientation vers le passé et le fait que la pensée se base sur la réalité.

Ces trois études plaident en faveur de processus similaires entre inquiétude et rumination, avec l'orientation temporelle comme seule différence significative retrouvée de façon répétée : alors que le contenu de la rumination est tourné vers le passé – ce qui corrobore le fait qu'elle soit un symptôme davantage retrouvé dans le cortège dépressif, celui de l'inquiétude est orienté vers le futur.

Une autre équipe a étudié l'effet de l'induction de processus de rumination et d'inquiétude sur l'affect, le degré d'anxiété, l'activité cognitive, ainsi que l'interaction entre les deux processus (63) . Pour l'affect, les variables choisies étaient les affects positifs et négatifs en général ainsi que des états spécifiques d'anxiété ou de dépression. Concernant les variables cognitives, il s'agissait du ratio entre pensées et images ainsi que l'orientation temporelle. Dans la première étude, 60 étudiants en psychologie ont été inclus et randomisés en deux groupes : la moitié devait s'engager dans du souci puis de la rumination, et l'autre groupe dans l'ordre inverse. Dans chacun de ces groupes, la moitié s'engageait dans un processus mental aspécifique entre les deux inductions. Avant l'intervention, les participants devaient remplir le Beck Depression Inventory, le PSWQ et le Mood and Anxiety Symptomes Questionnaire. Le souci comme la rumination ont conduit à des affects négatifs. La rumination était orientée majoritairement vers le passé contrairement au souci, mais les deux orientations temporelles étaient retrouvées quelle que soit la pensée répétitive. La tendance à se focaliser vers le passé était davantage corrélée à la dépression, alors que l'orientation vers le futur était associée à l'anxiété. Par ailleurs, peu importe l'orientation temporelle de la pensée répétitive, si le schéma global est celui du désespoir, les affects dépressifs seront majoritaires, alors que s'il s'agit de la volonté de résoudre un problème, on aura davantage affaire à de l'anxiété. Malgré la similitude des affects négatifs provoqués de façon isolée par le souci et la rumination, des effets différents ont été observés lors de la concomitance des deux. En effet, une différence dans les mesures d'anxiété et de dépression a été observée selon l'ordre de l'induction. Concernant l'anxiété, on a observé que le souci primo-induit baissait le niveau d'anxiété lors de la phase d'induction de rumination. Concernant les affects dépressifs, ils ont été provoqués par l'induction du souci, de même que la réduction d'affects positifs, qui était d'ailleurs renforcée par l'induction de rumination subséquente. De plus, passer du souci à la rumination abaissait l'anxiété et renforçait les affects dépressifs, alors que l'inverse provoquait le schéma opposé.

Les résultats d'autres expériences appuient le fait que inquiétude et rumination augmentent tous deux les niveaux d'anxiété et de dépression, plaidant pour des similarités concernant ces processus (64,65). Ces résultats ont été confirmés par une étude de cohorte longitudinale, comprenant des personnes saines, ayant un antécédent de trouble anxieux, de dépression ou souffrant actuellement de l'une de ces pathologies. L'échantillon comprenait au départ 2981 personnes âgées de 18 à 65 ans. Des entretiens diagnostics ont été effectués au début de l'étude puis à 2, 4, 6 et 9 ans de suivi. Les niveaux de pensées répétitives négatives ont été évalués via le Perseverative Thinking Questionnaire, le PSWQ, et la partie "Rumination on sadness" du Leiden Index of Depression Sensitivity. Enfin, la sévérité des symptômes a été mesurée via le questionnaire Inventory of Depressive Symptomatology. Cette étude a trouvé un lien significatif entre les auto-mesures de pensées répétitives négatives, les comorbidités anxieuses et dépressives, la sévérité de chacun de ces troubles, et également les taux de rechute des troubles anxieux et dépressifs. Un facteur spécifique pour la rumination prédisait la comorbidité des troubles dépressifs et anxieux et la rechute dépressive, alors qu'un facteur spécifique pour l'inquiétude prédisait une comorbidité pour les troubles anxieux, ainsi que leur rechute (66).

Contrastant avec ces similitudes, que Papageorgiou et Wells ne nient pas, ils se sont intéressés dans deux études de 1999 et 2001 à l'aspect métacognitif des pensées anxieuses et dépressives chez des sujets sains, trouvant que les pensées dépressives étaient caractérisées par moins de contenu verbal, moins d'effort et de confiance dans leur capacité à résoudre les problèmes, et comme décrit ci-dessus, davantage orientées vers le passé que vers le futur par comparaison avec les pensées d'inquiétude. Si cette étude a eu le mérite de s'intéresser à la fois au contenu des pensées anxieuses et dépressives, ainsi qu' à l'aspect métacognitif, ses résultats sont limités par un nombre de sujets assez faible (69), et par le fait que l'inquiétude et la rumination ne soient pas directement étudiées ("pensées dépressives" et "pensées anxieuses" seulement) (60,67). En revanche, seuls les résultats pour l'une de ces dimensions (l'orientation temporelle) ont été répliqués par Watkins (cf ci-dessus) avec un plus grand échantillon (n=219).

Ainsi, malgré certaines divergences dans les études sus citées, elles concordent pour aller dans le sens d'un processus similaire, avec un contenu et une orientation temporelle différents. Il n'existe pas à l'heure actuelle de critère clair pour juger dans quelle mesure ces

similitudes permettent de conclure à deux procédés identiques ou bien différenciés.

1.4.2 Souci et obsessions

Les obsessions comprennent des pensées récurrentes, intrusives, et dérangeantes, retrouvées majoritairement dans le TOC, sans que celui-ci en ait l'exclusivité. La comparaison directe avec l'inquiétude est quasiment inexistante dans la littérature.

Les obsessions sont définies par Rachman, 1995 comme des images, pensées ou pulsions répétitives et intrusives, qui sont jugées comme inacceptables, conduisent à une détresse subjective, et qui sont souvent accompagnées par une certaine forme de résistance (68). La présence de ces événements cognitifs non désirés et incontrôlables est génératrice d'affects négatifs comme l'anxiété, la tristesse, l'irritabilité et la tension interne.

Les deux processus pourraient partager des similitudes : ce sont deux types de pensées répétitives que l'on peut retrouver chez des patients et des personnes saines, avec un contenu similaire, et dans les deux cas, la fréquence et le sentiment accru d'incontrôlabilité distingue le normal du pathologique. Enfin, des émotions négatives accompagnent ces deux types de pensée.

Certaines discussions d'études posent des hypothèses de différences entre les deux :

Les obsessions présentent la caractéristique d'être dans la majeure partie des cas egodystoniques, en désaccord avec les valeurs du patient, souvent à la source d'une certaine honte (obsessions sexuelles, agressives notamment) ce qui leur a valu le statut de péché par le passé. Ce n'est pas le cas de l'inquiétude, qui elle est plutôt egosyntonique. Alors que l'inquiétude se focalise sur l'existence d'un hypothétique danger extérieur à soi, les obsessions sont centrées sur la responsabilité voire la culpabilité du sujet dans la survenue d'une catastrophe, avec un mécanisme de doute permanent, contrastant avec le mécanisme de recherche illusoire de solution ou de préparation de l'inquiétude. Par ailleurs, alors que l'inquiétude se manifeste par des pensées verbales, les obsessions peuvent être sous forme verbale, d'images, ou d'impulsions. De plus, on observe que l'on cherche moins à chasser l'inquiétude que les obsessions, qui sont perçues comme davantage intrusives. Enfin, le contenu de l'inquiétude est considéré comme moins inacceptable que celui des obsessions.

En 1992, Freeston, Ladouceur et al ont étudié des cognitions intrusives chez 534 patients

ambulatoires et accompagnants de deux grands hôpitaux, ainsi que leur réponse à ces cognitions. Ainsi, l'évaluation d'une grande probabilité de survenue ainsi que d'une faible désapprobation avaient tendance à concentrer l'attention sur la pensée intrusive, alors que la perception d'une faible probabilité de survenue d'un évènement redouté avec une forte désapprobation de la pensée occasionnaient davantage l'usage de stratégies d'évitement du processus (69). Ces observations allaient dans le sens du caractère egodystonique de l'obsession contre celui egosyntonique du souci.

Forts de ces ressentis cliniques et du manque d'étude sur la question, Langlois et *al* se sont attardés à étudier ces différences et similitudes via des auto-questionnaires (70). Sont étudiés le degré d'intrusivité perçu et les thèmes de ces pensées chez 254 étudiants issus de 3 secteurs de l'université franco-canadienne.

Les résultats, contre-intuitifs, ont mis en évidence que inquiétude et obsessions étaient distinctes sur plusieurs points : l'interférence causée par l'inquiétude est rapportée comme étant plus dérangeante que celle causée par l'obsession. De même, la présence et le contenu de souci ont été ressentis comme plus désagréables que celles des obsessions : elle altère davantage le fonctionnement, et provoque plus d'affects négatifs tels que la tristesse et le sentiment d'insécurité.

Par ailleurs, comparé aux obsessions, l'inquiétude prend une forme plus vague, de bruit de fond permanent. Elle est également corrélée de façon plus significative à des évènements spécifiques. Ainsi, les sujets expérimentant l'inquiétude seront plus sensibles aux évènements déclenchants que ceux souffrant d'obsessions. Enfin, l'inquiétude revêt majoritairement une forme verbale, alors que les obsessions sont facilement retranscrites en images. Ce sont également les conclusions de Wells et Morisson, qui en 1994 ont comparé de façon qualitative le souci et les obsessions "normaux" et ont trouvé que le souci était également jugé plus involontaire, plus réaliste, et également accompagné de davantage de compulsion à agir (71).

Concernant la facilité de contrôle de l'une ou l'autre, l'inquiétude n'a pas été jugée plus facilement contrôlable que les obsessions. En revanche, les obsessions provoquaient davantage un sentiment de responsabilité. Même si la probabilité objective des évènements obsédants est moindre que les sujets du souci, ils sont considérés comme plus graves s'ils se réalisent. Les résultats supportent la nature egodystonique des obsessions et la nature

egosyntonique de l'inquiétude, ce qui semble être une différence fondamentale entre les deux pensées. En revanche, de façon surprenante, les obsessions n'ont pas été rapportées comme plus inacceptables ou pourvoyeuses de culpabilité que l'inquiétude. Les auteurs ont formulé l'hypothèse que les sujets n'avaient peut-être pas le temps d'éprouver de la culpabilité étant donné qu'ils mettaient en place des stratégies pour les contrecarrer. Ils exprimaient avoir davantage de contrôle sur les obsessions que sur le souci, avec une probabilité de survenue de l'évènement redoutée moindre.

En 1997, Clark et Claybourn ont observé que le souci était noté comme plus focalisé sur les conséquences d'évènements négatifs, davantage source de détresse, et suscitait plus de souci à propos du fait d'être en détresse. Il était également perçu comme plus enclin à conduire à des solutions efficaces. Enfin, il avait davantage tendance à conduire à des vérifications, et causait plus d'interférences avec la vie de tous les jours. En revanche, les préoccupations par rapport à la signification personnelle de la pensée étaient propres aux obsessions (72).

1.5 Historique du trouble anxieux généralisé

Le premier concept s'approchant du trouble anxieux généralisé a trouvé trace écrite au Ve siècle, par le physicien Caelius Aurelianus, qui s'intéressait à l'étymologie des termes médicaux, qu'il a traduits du Grec vers le Latin. Il a remarqué l'emploi du terme "pantophobique" par certains de ses confrères afin de désigner des patients qui avaient littéralement "peur de tout".

Dans l'un des premiers traités de nosologie médicale français, Boissiers de Sauvages a classé les pathologies mentales en quatre catégories : Hallucinations, *Morositates* (incluant des troubles assez variés tels certains troubles alimentaires, certaines déviances sexuelles, et la « panophobie »), Deliria, et Phobies anormales. Il a à nouveau subdivisé la pantophobie en plusieurs sous types, se rapprochant beaucoup de la définition des troubles anxieux actuelle. La première forme s'apparente aux terreurs nocturnes. La *panophobia hysterica*, également appelée "terreur panique liée à des vapeurs", voit des sujets étiquetés hystériques ou hypocondriaques expérimentant une peur soudaine réagir de façon excessive, par une tachycardie ou une pâleur lorsque surpris par des sons ou des images inoffensifs.

L'hypothèse d'un syndrome d'hypersensibilité a alors été formulée. Il a été également décrit que ces sujets pouvaient se présenter également avec des complications comme de la

souffrance morale ou des inquiétudes. Dans la *panophobia phrontis*, également appelée souci, les patients se présentent constamment extrêmement inquiets, ce pour quoi ils évitent la compagnie. Ils pouvaient par ailleurs se plaindre de tensions corporelles et de douleurs. C'est la catégorie qui se rapproche le plus du TAG. De même, Régis et Pitres en donnent, en 1897, une définition qui semble assez éloquente: "c'est une condition où le patient est effrayé par tout, où l'anxiété, à la place d'être fixée sur le même objet, flotte comme dans un rêve, et se fixe juste pour un instant, au gré de circonstances aléatoires, passant d'un objet à l'autre". L'un des symptômes les plus proéminents de cet état panophobique a été appelé par Freud l'anticipation anxieuse, terme encore utilisé de nos jours. Davantage acceptée comme catégorie diagnostique à l'époque, la neurasthénie a été décrite par Beard en 1869, mais sa conceptualisation a évolué jusqu'à son admission en tant que diagnostic de la CIM 10, qui doit être exclu lorsque l'on conclut à un trouble anxieux généralisé. Le terme "pantaphobia" est resté, et fait partie des manifestations diverses de la neurasthénie.

En 1895, Freud parle pour la première fois de "angstneurose" ou "névrose d'angoisse", qui est un concept diagnostique encore très large comprenant certains symptômes familiaux qui vont demeurer dans les critères diagnostiques actuels du trouble anxieux généralisé. On y trouve : irritabilité générale, anticipation anxieuse, crises d'angoisse, équivalents de crises d'angoisse (transpiration, vertiges, paresthésies...), terreurs nocturnes, vertiges, phobies typiques ou agoraphobie, nausée, diarrhée, paresthésies et douleurs articulaires.

Dans le DSM I, l'anxiété est vue comme un signal de danger perçu par la partie consciente de notre personnalité, et produite par une menace venant de l'intérieur de celle-ci. Des diverses façons par lesquelles le patient essayait de gérer cette anxiété résultaient différents types de "réactions". Ce concept de schémas de réactions a été développé par Adolf Meyer. Il se manifeste lorsque l'anxiété est diffuse et non systématisée à un objet ou une situation, et non contrôlée par des "mécanismes de défense". On y retrouve l'anticipation anxieuse, fréquemment associée à un cortège de manifestations somatiques. Dans le DSM II, ces "réactions" ont été rebaptisées névroses, au cœur desquelles a été placée l'anxiété, qu'elle soit ressentie directement ou jugulée inconsciemment, générant d'autres symptômes. La catégorie des "névroses d'angoisse" a alors fait place à "anxiété disproportionnée pouvant aller jusqu'à la panique, et fréquemment associée avec des symptômes somatiques". Ces deux catégories faisant le lit futur du trouble panique et anxieux généralisé. C'est ainsi à partir du

DSM III (73) que le diagnostic de trouble anxieux généralisé voit le jour, après séparation de la névrose d'angoisse en TAG et trouble panique, en 1980. Un argument en faveur de la séparation a été la réponse au traitement par imipramine (basé sur une étude en double aveugle de Klein), très efficace pour réduire le nombre d'attaques de panique alors que l'anxiété anticipatoire demeurait identique. Ces résultats ont été contredits depuis. Un nouveau débat a émergé, suite à une étude de 1986 menée par Barlow et al, proposant que le trouble anxieux généralisé du DSM III corresponde davantage à des symptômes résiduels, étant donné que des patients ayant d'autres troubles anxieux du DSM III présentaient également les critères du trouble anxieux généralisé. Ainsi, deux formes de troubles anxieux généralisés ont été proposés par Barlow et al : une forme résiduelle englobant les appréhensions caractérisant les autres troubles anxieux, et une forme distincte caractérisée par une inquiétude, un souci chronique, et qui représenterait un trouble indépendant (74). Lors de la transition entre DSM III et IV, l'hypothèse a été formulée que le TAG devrait davantage être considéré comme une vulnérabilité, un tempérament anxieux, à classer dans l'axe II, et ce partant du fait que les patients souffrant de TAG expérimentent un niveau d'anxiété excessif depuis leur jeune âge. Par ailleurs, le cortège de symptômes somatiques associé au TAG a été différencié de ceux des autres troubles anxieux. Ces réflexions ont abouti à la réduction du nombre de critères du TAG dans le DSM IV, passant de 18 à 6, avec un appui plus conséquent sur le caractère incontrôlable de l'inquiétude. Quant au DSM V, la comorbidité entre TAG et épisode dépressif caractérisé a posé problème, suscitant l'hypothèse d'une étiologie commune à ces deux troubles. Il a ainsi été proposé de fusionner ces deux pathologies en un spectre de troubles anxieux et de l'humeur. Cette proposition a été rejetée du fait de facteurs de risques différents pour les deux troubles, allant à l'encontre d'une étiologie commune. Une autre proposition a été de renommer le TAG en "trouble de l'inquiétude généralisée", insistant sur le fait que l'inquiétude est le noyau dur de cette pathologie. Au final, les critères diagnostiques du DSM V n'ont pas beaucoup différencié de ceux du DSM IV.

1.6 Pistes étiologiques développementales

Bowlby, en 1973, a développé le concept d'attachement, comme étant un ensemble de comportements visant à entrer en relation, et la relation avec la figure d'attachement représente un modèle externe de régulation émotionnelle (75). Ainsi, les attachements

insécurisés sont plus à même de produire une dysrégulation émotionnelle, comme l'anxiété, et être considérés comme d'importants facteurs de risque dans son développement.

Ainsworth en 1978, a identifié deux types d'attachements anxieux : l'attachement insécurisé évitant, et l'attachement insécurisé ambivalent (76). Les enfants "anxieux évitants" ont été rejetés par leur figure d'attachement, qu'ils finissent par éviter, notamment pour éviter l'anxiété que leur rejet suscite chez eux. Les enfants avec un style d'attachement insécurisé ambivalent ont une figure d'attachement imprévisible, soit négligente soit hyper-protectrice, qui quoi qu'il en soit ne comprend pas leurs besoins. Ils répondent ainsi, en présence de leur figure d'attachement, avec de la colère, de la résistance, de l'anxiété, et des comportements ambivalents.

Quelques études ont eu pour sujet la relation entre le style d'attachement et les symptômes du trouble anxieux généralisé, et donc le souci.

Ainsi, des enfants de 12 à 14 ans avec un attachement ambivalent avaient des scores plus élevés de trouble anxieux généralisé que des enfants avec un attachement sécurisé ou évitant (77). De même, l'attachement ambivalent a été corrélé à de plus hauts scores de souci (78). Ces résultats ont également été observés lors de l'enquête nationale sur la comorbidité, menée par Mickelson et al en 1997, où la présence d'un TAG était positivement associée avec les attachements ambivalent et évitant et négativement corrélée à l'attachement sécurisé (79). Des résultats identiques ont été observés dans une étude longitudinale s'intéressant aux liens entre troubles anxieux chez l'enfant et adolescent et type d'attachement : le recrutement s'est fait à 3 mois de grossesse, et l'étude s'arrêtait lorsque l'adolescent avait 17 ans et demie. Ainsi, il a été observé que deux fois plus d'adolescents souffrant de TAG ou de phobie sociale avaient un attachement ambivalent dans l'enfance, comparé à ceux ayant un attachement sécurisé (80). Enfin, une étude prospective de 2006 étudiait à quel point de nouveaux épisodes de TAG pouvaient être prédits par les schémas d'attachements chez l'adulte : l'attachement évitant était plus fortement corrélé au TAG qu'à la phobie sociale ou la dépression (81).

Ainsi, ces études suggèrent un impact du style d'attachement sur l'émergence d'un TAG et donc du souci comme stratégie d'adaptation.

Par ailleurs, les comportements parentaux négatifs étaient également associés au TAG et au souci.

Dans des échantillons de population générale, d'enfants anxieux, et de patients adultes, le vécu d'un rejet parental était associé au souci (77,78) et aux symptômes de TAG (82,83). Il en est de même pour la froideur parentale, recueillie rétrospectivement dans l'étude de Cassidy en 2009, qui serait associée avec le TAG chez l'adulte. De même, c'est aussi le cas de la « parentalisation » de l'enfant, qui n'est pas émotionnellement équipé pour endosser ce rôle.

En 2011, Wisjbroek a observé un lien entre TAG et la perception d'un contrôle psychologique parental, dans un échantillon d'adolescents (84).

Des symptômes d'anxiété généralisée chez des enfants et des adolescents ont également été associés avec une discipline rude et de hautes attentes parentales (85), de même qu'avec une surprotection parentale (86,87). On peut imaginer que la surprotection parentale empêche l'enfant d'expérimenter naturellement par lui-même et affaiblit sa confiance dans ses capacités à faire face à des situations déstabilisantes sans ses parents. Ainsi on peut imaginer que l'anticipation anxieuse de tous les scénarii négatifs via le souci devienne une stratégie adaptative de choix dans ce contexte.

1.7 Psychométrie du souci

Un certain nombre d'échelles existent afin d'évaluer et de quantifier l'anxiété. En revanche, elles sont moins nombreuses concernant l'inquiétude à proprement parler.

1.7.1 Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

A l'heure actuelle, c'est l'outil de psychométrie le plus utilisé pour mesurer le souci, dont le développement et la validation ont été publiés en 1990 par Meyer et al (88), dans le contexte d'identification du trouble d'anxiété généralisé dans le DSM III. L'élaboration de ce questionnaire a été obtenue après 8 études préliminaires. Un premier ensemble de 161 items a été généré via l'observation clinique des auteurs, les plaintes de patients, certains items d'un inventaire de symptômes cognitifs et physiques de l'anxiété. Ces items ont été distribués sous la forme d'un questionnaire à 337 étudiants d'une classe de psychologie. Une analyse factorielle en composantes principale a été appliquée aux données. La structure factorielle a abouti à un facteur général et plusieurs facteurs secondaires concernant des préoccupations sur la santé/la sécurité physique, l'évaluation sociale, les croyances concernant le souci comme étant une stratégie adaptative, la dépression et le manque d'optimisme dans la vie, et enfin

des préoccupations sur le succès dans les relations. Plusieurs cycles de déletion d'items ont abouti à une forme du questionnaire à 16 items, avec un coefficient $\alpha = 0,93$. Dans une seconde étude, ce questionnaire a été proposé à 405 étudiants en psychologie afin d'évaluer de nouveau sa cohérence interne, et de générer des données statistiques normatives. Le STAI (3) ainsi que la Beck Depression Inventory ont également été administrés, en plus d'autres questionnaires (Self Handicapping Scale, Self Esteem Certainty Index, Internal and External Locus Of Control, Sensation Seeking Scale) afin d'étudier le lien entre le souci et d'autres processus psychologiques. Les résultats ont montré une plus grande corrélation entre le PSWQ et la partie "trait" de la STAI qu'avec la partie "état", ou avec la BDI. Par ailleurs, une corrélation significative a émergé entre les résultats du PSWQ et de la Self Handicapping Scale. Dans la troisième étude, un échantillon de 47 sujets de l'étude 2 a été sélectionné, comprenant 20% des scores les plus élevés, moyens et hauts de PSWQ, afin de tester la fiabilité test-retest, la validité discriminante et la validité de construction. Leur évaluation avait lieu 10 semaines après l'étude 2 : ils devaient à nouveau remplir le PSWQ ainsi que le Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire. Les sujets devaient également participer à un entretien pendant lequel leur était demandé de lister, en deux minutes, tous les sujets à propos desquels ils se faisaient du souci, puis de classer de 1 à 7 l'importance de ces sujets pour eux. Les résultats ont montré une fiabilité test-retest élevée ($r(45) = 0,92, P < 0,001$, avec une corrélation significative avec les résultats du Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire ($r(46) = 0,69, P < 0,001$). Une analyse de variance appliquée au nombre de sujets de souci a été appliquée et s'est montrée significative $F(2,44) = 5,14, P < 0,01$. Une moyenne des estimations du temps passé à se faire du souci à propos de chaque sujet a été effectuée, puis une analyse de variance de cette moyenne a été menée, montrant un effet significatif $F(2,44) = 3,62, P < 0,05$. La quatrième étude consistait; dans un premier temps à distribuer le questionnaire à 286 étudiants en psychologie afin d'en évaluer de nouveau la cohérence interne, montrant alors de bons résultats ($\alpha = 0,94$). Un second échantillon de 165 sujets a été sélectionné afin d'étudier l'effet de la désirabilité sociale sur les résultats du questionnaire, de même que la fiabilité test-retest à deux et quatre semaines. Les résultats ont montré une stabilité entre ces deux périodes, ainsi qu'une absence d'influence de la désirabilité sociale. La cinquième étude avait pour but d'évaluer la fiabilité test-retest et de mesurer à quel point les différences individuelles concernant le souci menaient à l'utilisation de plusieurs stratégies d'adaptation lors de confrontations anxiogènes, ainsi que les conséquences affectives de ces confrontations. Un

échantillon de 73 étudiants en management a complété le PSWQ. Peu après ils passaient un examen, ce après quoi ils avaient un retour sur leur performance. Une semaine après la délivrance des résultats, une nouvelle évaluation était faite, comprenant notamment la Ways of Coping Scale, ainsi qu'un auto-questionnaire pour évaluer l'humeur. Le PSWQ a encore montré une bonne fiabilité test-retest ($\alpha = 0.95\%$). Afin d'évaluer dans quelle mesure le PSWQ prédisait les réponses adaptatives et affectives aux résultats d'examens, des régressions hiérarchiques ont été effectuées, dans lesquelles le PSWQ et les résultats aux examens étaient entrés comme un bloc d'effets principaux, pour chacun des critères affectif et adaptatif. Le modèle général s'est montré significatif pour les affects négatifs ainsi que pour trois stratégies adaptatives. L'étude suivante avait pour but d'étudier l'influence de traits de personnalité sur les mesures du PSWQ. L'urgence temporelle générale, la conscience de soi privée, le désir de contrôle, le perfectionnisme, et la sous partie "modèles de langage" de l'échelle d'urgence ont montré une corrélation significative avec le PSWQ. Dans le cas du désir de contrôle et des modèles du langage, il s'agissait d'une corrélation négative, alors qu'elle était positive pour les autres paramètres. La septième étude cherchait à évaluer la validité du groupe de critères. 392 étudiants ont rempli des questionnaires basés sur les critères diagnostiques du TAG et du TSPT. Les sujets répondant à tous les critères des deux questionnaires étaient exclus. Les sujets restants étaient catégorisés selon qu'ils rencontraient quelques, tous ou aucun des critères du TAG et du TSPT respectivement. L'analyse de variance pour les groupes TAG a été significative. Les sujets rencontrant tous les critères du TAG avaient un score significativement plus élevé au PSWQ que ceux qui n'avaient qu'un ou aucun des critères. Il en était de même dans les groupes TSPT. Enfin, les sujets des groupes TAG avaient un score au PSWQ significativement plus élevé que ceux des groupes TSPT. La dernière étude consistait en l'administration du PSWQ sur une population clinique souffrant de TAG. Ainsi 34 patients ont été diagnostiqués via deux intervenants différents, à l'aide de l'Anxiety Disorder Interview Schedule, puis ont complété douze sessions de protocole de traitement (thérapie non directive, entraînement à la relaxation appliquée, ou désensibilisation avec thérapie cognitive). Une mesure répétée d'analyse multivariée de variance a montré une différence significative après l'intervention, avec une baisse plus importante des scores de du questionnaire après l'intervention de désensibilisation accompagnée de la thérapie cognitive.

1.7.2 Anxious Thoughts inventory (AnTI)

Il s'agit d'une échelle multi dimensionnelle mise au point par Wells en 1994 s'attachant à évaluer le contenu, les domaines du souci ainsi qu'à différencier le souci de type 1, et le souci de type 2 (voir ci dessous, Thérapie métacognitive) (20). Il s'agit d'un auto-questionnaire composé de 22 items divisés en 3 sous parties : le souci social, le souci sur la santé, et le méta-souci. L'ensemble initial d'items était issu d'entretiens avec des patients souffrant de TAG ou de trouble panique. D'autres items qui semblaient appropriés au vue des items de départ ont été ajoutés, en adaptant certaines propositions du Beck Depression Inventory, et du Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (89) notamment. Les mesures de l'AnTI sont positivement corrélées à celles du PSWQ. Les mesures sont également corrélées avec des résultats d'échelles mesurant l'anxiété comme la sous partie anxiété trait du STAI. Par ailleurs, les sous parties de l'AnTI sont discriminantes concernant les diagnostics du DSM : en effet, le méta souci est plus marqué chez des patients souffrant de TAG en comparaison avec des groupes de patients souffrant de trouble panique, de phobie sociale, ou des sujets sains. Comme attendu, la sous partie "souci sur la santé" était plus cotée chez des patients souffrant de trouble panique, et celle concernant "souci social" chez des patients souffrant d'anxiété sociale. Les sujets souffrant de TAG ne montraient pas de différence significative dans leur évaluation de ces différentes sous échelles. Enfin, les résultats de la AnTI sont sensibles au traitement, notamment à la thérapie métacognitive (Wells, 1995 ; Wells et King, 2006).

1.7.3 Autres échelles

Non moins intéressante, en 1994, Freeston a mis au point un questionnaire "Why worry?" explorant les métacognitions liées au souci. Il explore les raisons pour lesquelles les personnes s'inquiètent, et quelles croyances sous-tendent cette inquiétude (90). En revanche, ce n'est pas une échelle utilisée classiquement en clinique, bien qu'une version II ait vu le jour en 2003 en espagnol ait été publiée (91).

D'autres échelles ont été développées et validées, mais épousent davantage la façon de voir le souci comme un processus transdiagnostique prenant place dans le groupe des pensées répétitives négatives. C'est le cas du Repetitive Thinking Questionnaire (92) comprenant des items préexistants interrogeant sur le souci, la rumination, et les processus post-événement, modifiés en en supprimant le caractère spécifique aux différentes pathologies ; ainsi que du Perseverative Thinking Questionnaire (93) qui s'intéresse au processus et non au contenu de

ces pensées répétitives. Un premier modèle de l'échelle a été élaboré, et contenait 15 items, qui ont été évalués à travers deux études, incluant des patients et des sujets sains. A l'issue de ces deux études, un nouveau modèle de 15 questions a vu le jour, avec un facteur concernant les pensées répétitives négatives en général, et trois sous facteurs comprenant 1) les caractéristiques principales des pensées répétitives négatives, -à savoir la répétitivité, l'intrusivité et la difficulté à défocaliser son attention- 2) l'absence de productivité perçue des pensées répétitives négatives, et 3) l'accaparement de l'activité mentale. Une bonne cohérence interne ainsi qu'une fiabilité test-retest ont été trouvées, pour le score total comme pour celui des trois sous-parties. La validité s'appuie sur la corrélation entre les mesures de pensées répétitives négatives et les niveaux de symptômes et les diagnostics cliniques d'anxiété et de dépression.

Enfin, la Future Oriented Repetitive Thought Scale, élaborée en 2017 est un auto questionnaire composé de 16 items, ayant pour but d'évaluer les pensées répétitives sur le futur qui peuvent être à l'origine de désespoir (94).

2 Les modèles cognitifs du souci

L'approche transnosographique du souci n'étant qu'assez récente, les modèles cognitifs du souci sont basés sur le TAG.

2.1 Le modèle d'évitement cognitif

Si l'être humain anticipe un problème, il va avoir une certaine motivation pour le résoudre. L'activité cognitive, par le fait de se replonger dans les souvenirs passés et d'anticiper les issues futures et les comportements possibles devant celles-ci est un moyen assez sophistiqué de s'adapter et de résoudre un problème, dans le but de réduire ou éviter les évènements négatifs. Lorsqu'un évitement comportemental n'est pas envisageable et que le problème reste sans réponse, une solution doit être trouvée et l'activité cognitive reste le seul moyen disponible. L'inquiétude apparait alors comme un essai compréhensible pour résoudre l'éventualité d'un danger futur. Dans l'hypothèse où l'inquiétude diminuerait effectivement des aspects de la menace ou serait perçue comme un moyen de se prémunir d'évènements négatifs, elle devrait être renforcée négativement, ce que nous allons aborder par la suite.

L'avènement des théories cognitivo-comportementales a permis de voir l'anxiété sous un

certain angle. En effet, l'intérêt dans les processus cognitifs sous-tendant les problèmes psychiatriques a fait émerger deux concepts : tout d'abord que l'être humain pouvait éviter cognitivement certains stimuli redoutés, et par la même entretenir l'anxiété par l'absence d'habituation liée à l'évitement ; puis que les stimulations produites par la réponse conditionnée pouvaient elles-mêmes faire partie du complexe du stimulus conditionné, et qu'ainsi, l'exposition aux réponses anxieuses internes pouvaient être utiles et efficaces. Ainsi, l'hypothèse a été formulée que l'évitement des signes internes de peur, et ce par des moyens « ouverts » -c'est à dire des comportements visibles,- ou « couverts » - comportements cognitifs- pouvait jouer un rôle dans l'entretien de l'anxiété.

L'intérêt expérimental pour la conceptualisation spécifique de l'inquiétude a vu le jour lors de l'avènement de la recherche concernant les tests d'évaluation de l'anxiété. Elle a été considérée comme un élément différent de ses autres composantes physiologiques du fait que sa présence impactait la performance à certains tests et leur note moyenne, ce qui n'était pas le cas des symptômes physiques de l'anxiété tels que l'augmentation du rythme cardiaque (Deffenbacher et al, 1980). L'inquiétude, comme nous l'avons décrite précédemment, est une pensée répétitive qui a un certain nombre de conséquences négatives, mais qui continue à être produite malgré tout. Ce paradoxe a amené à interroger une certaine fonction du souci, qui soulagerait le patient et renforcerait ce comportement.

2.1.1 Un processus verbal négatif

Le premier indice en faveur de l'hypothèse de l'inquiétude comme forme d'évitement est née d'une étude de Borkovec en 1985, qui a comparé la quantité de pensées négatives générées par une courte induction d'inquiétude, contre une induction plus continue : les pensées négatives étaient moindres dans le second cas que dans le premier (95). Un second indice plus indirect en faveur de cette hypothèse a émergé lors d'une autre étude de Borkovec en 1990, comparant des échantillons de pensées de sujets atteints de TAG et de sujets témoins, à la fois en période d'inquiétude et en période de relaxation. Les résultats ont montré une quantité égale de pensées verbales et d'images dans le groupe de patients, contre une prédominance d'images chez les sujets sains. En revanche, lors de la période d'inquiétude, les pensées étaient davantage présentes que les images dans les deux groupes. Par ailleurs, dans le groupe patient, les sujets caractérisaient leurs pensées comme plus anxieuses que le groupe témoin, et ce même lors de la période de relaxation. Par ailleurs, le ratio images/pensées

verbales se normalisait après avoir participé à un protocole de psychothérapie (96). Les résultats de cette étude vont dans le sens de l'inquiétude comme un processus verbal négatif. Ils ont été par la suite répliqués par Freeston en 1996, qui a demandé à un échantillon de 502 étudiants de remplir un questionnaire relatif aux critères du TAG ainsi que d'évaluer en pourcentage la proportion d'images et de pensées présentes lorsqu'ils se faisaient du souci. Ils ont ensuite été classés en "soucieux excessifs" et "soucieux ordinaires". Le souci a été décrit comme davantage composé de pensées que d'images, et ainsi les "soucieux excessifs" avaient un contenu cognitif davantage verbal que imagé. En revanche, le nombre de symptômes somatiques était positivement corrélé avec le nombre d'images, ce qui se retrouvait chez les "soucieux excessifs" chez qui il existait une corrélation négative entre la proportion de pensées et le nombre de symptômes somatiques (97). Ces résultats ont ensuite été corroborés en 1998 notamment par Borkovec avec une étude préliminaire d'électrophysiologie comparant des patients souffrant de TAG avant et après 14 séances de psychothérapie, avec un groupe contrôle sur trois tâches consistant état de base, souci et relaxation. Les résultats ont montré que les sujets TAG et contrôles se faisaient du souci et se détendaient de façon différente, notamment sur les bandes alpha de l'EEG, corroborant les observations de la tendance des sujets TAG à avoir une activité cognitive verbale. De même, les sujets TAG montraient une plus grande activité frontale gauche de type bêta durant la tâche de souci, contre une activité thêta pour les sujets contrôles. Ces observations vont dans le sens d'une focalisation différente sur le processus du souci entre les sujets TAG et contrôle. Ces différences ont tendance à se normaliser après les sessions de psychothérapie (98).

2.1.2 L'évitement de la réponse somatique anxieuse

Ces résultats ont amené des chercheurs à s'interroger sur les différences des effets des images et des pensées verbales, et si l'inquiétude est bien une stratégie d'évitement, qu'à-t-on à gagner à diminuer l'imagerie au profit de la pensée verbale? En 1985, Vrana a étudié l'effet de trois variables sur la réponse cardiaque lors de traitement d'un texte lié à une imagerie : 63 étudiants devaient mémoriser et répéter mentalement deux phrases neutres, et deux phrases suscitant la peur, puis ensuite imaginer les situations décrites dans ces phrases. L'équipe a ainsi observé une augmentation du rythme cardiaque plus prononcée lors de l'imagination de la phrase anxiogène que lors de l'imagination de la phrase neutre ou de la répétition mentale des deux types de phrases. On a alors pensé que l'inquiétude, du fait de sa

forme verbale et répétitive, servait à éviter l'apparition d'images aversives, et donc de symptômes somatiques de la peur. Ces résultats concernant le rythme cardiaque ont été reproduits par la suite par Miklus, en 2000. En 2018, Makovac a également observé une augmentation du contenu verbal de la pensée lors d'inductions de souci, un rythme cardiaque de base plus élevé chez les sujets TAG, ainsi qu'une moindre variabilité de celui-ci. A l'imagerie fonctionnelle, l'augmentation du contenu verbal et l'atténuation de la réponse cardiovasculaire était médiée par la force de la connectivité fonctionnelle entre l'amygdale, les centres du système par défaut et le cortex operculaire. (99) Les résultats concernant la diminution de l'imagerie en cas d'inquiétude ont été répliqués par Stöber, en 2000, qui a observé qu'en cas d'imagerie produite lors de période d'inquiétude, celle-ci était moins concrète (100). Ces observations vont dans le sens de celles de Paivo, en 1986 : produire des images à partir de mots et de phrases abstraites prend beaucoup plus de temps, et aboutit à un résultat moins concret et moins vif (101). Il a été suggéré par la suite que cette absence d'imagerie, ou bien cette imagerie très vague lorsqu'elle existe, serait moins pourvoyeuse de détresse, ce qui pourrait être l'un des rôles d'évitement cognitif du processus d'inquiétude. L'inquiétude serait alors produite de nouveau via un processus de renforcement négatif. En parallèle, l'absence ou la diminution de la réaction émotionnelle à un stimulus anxiogène du fait de l'inquiétude, va empêcher tout processus d'habituation voire d'extinction.

Tucket et Newman ont observé que des sujets avaient une tendance spontanée à verbaliser lorsqu'ils se trouvaient en face d'un problème, afin de s'en détacher et d'acquérir davantage de contrôle émotionnel, en diminuant l'effet sympathique d'une information désagréable (102). En 1990, Borkovec a observé que des patients souffrant d'anxiété à l'idée de prendre la parole qui s'engageaient dans un processus d'inquiétude avaient une élévation du rythme cardiaque très modérée – et ce malgré une augmentation de l'anxiété perçue – à la vue d'images phobogènes comparé à des sujets se livrant à de la relaxation avant l'exposition (103).

Ainsi, nous avons exposé des éléments en faveur d'une diminution de la réponse somatique aux images phobogènes et de la réponse sympathique en général liée spécifiquement à l'inquiétude. Quels mécanismes sous-tendent de telles observations? Plusieurs hypothèses ont été formulées. D'une part, l'inquiétude draine les ressources attentionnelles, rendant moins facile une focalisation sur des stimuli engendrant une forte réponse sympathique,

comme les images phobogènes. D'autre part, selon la théorie de Gray, la réponse de l'anxiété est fonction du degré de discordance entre ce qui est attendu et ce qui arrive de façon factuelle. Or, lorsque l'on s'inquiète, il y a davantage de chance d'avoir été "préparé" à l'éventuel stimulus phobogène, provoquant moins de contraste entre la pensée et les faits. Par ailleurs, l'inquiétude amène à une sorte de "satiété sémantique" (104). En effet, des personnes expérimentant de l'inquiétude rapportent un processus répétitif avec notamment plusieurs mots clés négatifs. Or, des études de psychologie cognitive ont mis en évidence que lorsqu'un mot était répété, l'on avait temporairement moins accès au réseau de sens qu'on lui associe habituellement.

2.1.3 Le souci comme évitement émotionnel

Fort des observations sus citées, Borkovec a formulé l'hypothèse que l'inquiétude pouvait être un moyen d'éviter les affects en général, et cite une seule étude en cette faveur, où des étudiants avec un TAG ont été comparés à des étudiants témoins dans leur capacité à identifier leurs émotions, via la Toronto Alexithymia Scale. Ceux-ci, effectivement, étaient plus en difficulté que les étudiants non anxieux. On peut alors soit penser que les patients souffrant de TAG évitent de façon active le côté émotionnel, soit que l'inquiétude prend tellement d'attention, que les patients sont moins disponibles pour la question de l'affect. En 1995, Borkovec et Roemer ont comparé deux groupes, TAG et contrôle, et lorsque ceux-ci évaluaient la raison pour laquelle ils se faisaient du souci, seul un critère discriminait les deux : "M'inquiéter à propos de la plupart des choses pour lesquelles je m'inquiète est un moyen de me distraire de sujets auxquels je ne veux pas penser"(105).

En 2005, Hoehn-Saric et al ont étudié l'effet du souci sur le système limbique, par l'intermédiaire de la mesure du débit sanguin cérébral régional. Ainsi dix sujets contrôle ont passé quatre scanners utilisant la tomographie par émission de positrons. Les deux premiers ont enregistré une induction de pensées neutres via l'écoute d'un enregistrement de propositions neutres. Ensuite, les sujets devaient écouter un auto-enregistrement décrivant leurs inquiétudes, puis continuer à se faire du souci, et passaient deux autres scanners cinq minutes après. Ceux-ci ont déclaré se sentir plus anxieux pendant ces scanners mais ne montraient pas de changement dans leur fréquence cardiaque ou dans la mesure de la conductivité cutanée. En revanche, les mesures du débit sanguin cérébral régional ont montré une baisse dans les régions hippocampiques et amygdaliennes, suggérant une moindre

activation émotionnelle en lien avec le souci (106).

Concernant les potentiels sujets à éviter, Borkovec a émis trois hypothèses, toutes liées à des problèmes interpersonnels : des expériences négatives d'attachement, des problématiques interpersonnelles en cours, ou des traumatismes passés. En effet, en faisant la comparaison le groupe de patients atteint de TAG rapportait davantage de traumatismes passés que le groupe contrôle. Si l'on suit cette hypothèse, il s'agit d'un cercle vicieux pouvant entretenir le trouble : la présence d'une expérience traumatique va renforcer l'idée d'un danger potentiel, et l'évitement lié au souvenir traumatique du fait de l'inquiétude va renforcer les pensées anxieuses. En revanche, les études sont relativement contradictoires sur ce sujet.

2.2 Le modèle d'évitement des contrastes

2.2.1 Introduction

Newman et Llera, en 2011, reprennent les principes du modèle d'évitement cognitif de Borkovec et soulèvent quelques inadéquations avec d'autres données de la littérature (107).

Pour rappel, d'après Borkovec, les sujets souffrant de TAG ont recours au souci afin de générer des solutions pour prévenir des événements négatifs d'arriver, et également de diminuer la réponse somatique devant des images inquiétantes, et par la même d'éviter certaines émotions négatives.

Basés sur cette théorie, Newman et al ont développé et testé une thérapie interpersonnelle et émotionnelle pour le TAG (108), Roemer et al ont mis au point une thérapie cognitive comportementale basée sur la mindfulness (109), et Mennin en 2006 (110) a élaboré une thérapie sur la régulation émotionnelle. Newman avance le fait que si le modèle d'évitement cognitif était exact, ce genre de thérapie qui en découle devrait être plus efficace que les thérapies cognitive comportementales classiques dans le trouble d'anxiété généralisée.

Précédemment, nous avons abordé l'idée d'évitement émotionnel en lien avec l'inquiétude. Or de nombreuses données vont en faveur d'émotions négatives occasionnées elles-mêmes par le processus du souci, comme développé ci-dessus.

2.2.2 Le rôle du souci dans la création d'émotions négatives

Contrairement à l'idée évoquée précédemment que le souci permettrait un évitement

émotionnel, de nombreuses données sont en faveur de la description d'émotions significativement négatives causées par le souci, et ce à la fois subjectivement et sur le plan physiologique.

En plus de l'activation physiologique liée au souci, des mesures d'auto-évaluation sont fortement corrélées à des mesures d'anxiété "trait" (88,111,112), d'anxiété "état" (88,113), et de dépression (88,113). De plus, des inductions de souci chez des sujets en laboratoire ont été corrélées à des auto mesures importantes d'émotions négatives (13,96,114–117), que ce soit sur le plan anxieux ou dépressif (118).

Par ailleurs, l'anxiété trait comme l'anxiété état occasionne une augmentation de la fréquence cardiaque, ce qui ne va pas dans le sens d'un évitement de l'activation de la réponse physiologique de peur. Il est également à noter que des données montrent que des personnes souffrant de TAG ont un tonus vagal moindre que les sujets contrôles, présentant ainsi un rythme cardiaque stable et plus élevé, avec moins de variabilité, et ce lié à l'inquiétude. Cela a parfois pu être un biais lors de protocoles étudiant l'augmentation du rythme cardiaque chez des patients souffrant de TAG lors d'inductions de souci : ayant une anxiété trait élevée, leur rythme cardiaque de base était également plus élevé que pour les sujets contrôles, et ainsi il a pu ne pas être mis en évidence de réelle variabilité (119).

Concernant la nature verbale de l'anxiété, lue à travers le modèle de Borkovec comme un évitement émotionnel, dans ce modèle ci, on peut formuler l'hypothèse qu'elle prolonge les affects négatifs. Par exemple, des inductions de souci sous forme verbale faciliteraient davantage les intrusions de pensées négatives que les inductions en imagination (120).

2.2.3 Une nouvelle vision du phénomène d'évitement

En 2010, une étude de Llera et Newman a produit des données à l'encontre du souci comme stratégie d'évitement émotionnel (116). En effet, 38 patients avec un TAG et 35 patients contrôles ont été assignés de façon aléatoire à de la relaxation, du souci, ou à recevoir un stimulus neutre, avant d'être exposés à quatre vidéos suscitant une émotion particulière. Pendant le souci, les patients avec TAG avec une plus grande activation physiologique que pendant la relaxation ou le stimulus neutre, qui étaient par ailleurs statistiquement similaires.

En réponse au clip induisant la peur, le souci préalable conduisait de façon significative à une moindre réponse physiologique et subjective que la relaxation ou le stimulus neutre. De

même, le souci préalable menait à une moindre réactivité subjective que la relaxation ou le stimulus neutre en réponse à une vidéo triste.

Ainsi, le souci au préalable menait à une plus forte activation physiologique et subjective de base comparé à la relaxation et au stimulus neutre, et à une moindre réactivité en proie à un stimulus triste ou anxiogène. Ces données suggèrent que le souci maintient des émotions à valence négative de façon basale de telle sorte que le sujet ressent moins d'émotions négatives et d'activation physiologique en surplus lors d'une exposition anxiogène.

Par ailleurs, dans cette étude, il n'y avait pas de preuve pour un évitement des émotions de peur pendant le clip anxiogène. En effet, il n'y avait pas de différence significative entre souci préalable, relaxation ou activité neutre dans les mesures absolues d'émotionnalité négative pendant l'extrait induisant la peur. Ainsi, en considérant ces données, le seul rôle du souci en tant qu'évitement émotionnel serait l'évitement de l'expérience d'une augmentation ou d'un contraste négatif avec des émotions de peur ou de tristesse.

Comme nous allons le voir dans la prochaine partie, des sujets souffrant de TAG peuvent avoir des pensées positives concernant les fonctions le souci, comme "préparation au pire", "motivation", "distraction d'autres sujets émotionnellement lourds" ou bien encore même certaines considérations superstitieuses comme "cela peut empêcher les évènements négatifs d'arriver". Tout comme pour la théorie d'évitement cognitif de Borkovec, on se demande pourquoi, comme on l'a vu précédemment, un processus maintenant une émotion négative de façon prolongée, puisse être reproduit et considéré comme une aide. C'est ainsi que Newman et Llera, non satisfaits -pour les raisons énoncées précédemment- du modèle de Borkovec, ont formulé un nouveau modèle-concernant toujours le TAG - dit d'évitement des contrastes (107). L'hypothèse est que les individus souffrant de ce trouble utilisent le souci comme stratégie d'adaptation car il préfèrent se sentir de façon chronique en état de stress dans le but de se préparer à la pire issue plutôt que d'expérimenter un passage d'un état basal euthymique à un état émotionnel négatif "si je m'attends au pire, je ne serai pas déçu". Expérimenter une baisse des émotions négatives, comme un soulagement lorsque l'évènement redouté ne se produit pas, sert à renforcer le comportement de souci.

Ce modèle d'évitement des contrastes se base sur une théorie de psychologie cognitive proposée par Bacon, Rood, & Washburn en 1914 (121), stipulant que l'impact d'une

expérience émotionnelle dépendait du degré de contraste avec l'état émotionnel la précédent : ainsi, l'expérience d'un désagrément peut être augmentée par la présence d'un stimulus agréable préalable. De la même manière, le plaisir ressenti après une expérience agréable peut être augmenté s'il est précédé d'un stimulus désagréable, et un l'expérience d'un stimulus désagréable peut être diminuée si un stimulus encore plus désagréable le précède. Cette théorie cognitive et les résultats de leur étude en 2010, dont nous avons précédemment parlé, ont poussé Llera et Newman à émettre l'hypothèse que les individus avec un TAG développent une réaction d'aversion plus forte et sont plus sensibles aux contrastes émotionnels négatifs que les sujets sains, et que c'est l'évitement de ce contraste qui les motive à se faire du souci. Pour tester cette hypothèse, Llera et Newman, en 2010, ont répliqué leur étude précédente en rajoutant un questionnaire après le visionnage des extraits de film évaluant à quel point la relaxation, le stimulus neutre ou le souci précédent les extraits de films les ont aidé à faire face aux émotions ressenties pendant leur visionnage. Les résultats ont montré que les participants souffrant de TAG avaient davantage tendance à dire que le souci les ont aidés à se sentir plus capables de s'adapter que les patients témoins ($d=0,88$) avec des résultats contraires chez les sujets non anxieux. Par ailleurs, les sujets anxieux ont décrit la relaxation ($d=1,33$) et les inductions neutres ($d=1,54$) comme les ayant fait se sentir moins aptes à faire face au visionnage des vidéos que les sujets contrôle, alors que ceux-ci ont significativement pensé le contraire.

Par ailleurs, les sujets souffrant de TAG évaluaient leur niveau absolu d'affects négatifs comme significativement plus élevé que les sujets témoins, à travers à la fois du souci et du visionnage des clips suscitant des émotions négatives. En revanche, les sujets témoins rapportaient un niveau d'affects négatifs moindre, et trouvaient en parallèle que le souci les rendait moins capables de s'adapter à l'induction de ces affects.

Le fait que les sujets TAG expérimentent plus d'affects négatifs de façon absolue et qu'en parallèle ressentent que le souci les aide à faire face aux émotions négatives peut être contradictoire dans la vision classique de souci comme évitement par rapport à un ressenti négatif, mais au contraire, il corrobore le fait que l'évitement concerne en réalité le contraste émotionnel négatif, plutôt que l'émotion négative elle-même.

Steinforth en 2017, a mené une étude composée de deux expériences afin d'étudier les effets d'inductions de souci (122). Dans la première, l'activité cérébrale était mesurée pendant la

période de souci via l'IRM fonctionnelle. Dans la seconde, les réponses autonomes et le réflexe de sursaut étaient évaluées via le même protocole. Les auteurs n'ont pas uniquement choisi des pensées neutres comme contrôle, mais également des pensées négatives telles que la rumination. Dans la première étude, 24 étudiants ont été inclus. On leur a demandé dans un premier temps de donner une description de trois sujets suscitant chez eux du souci, trois induisant de la rumination, et trois sujets neutres. Le lendemain, les sujets participaient à l'étude d'IRM fonctionnelle, qui consistait en 12 acquisitions, à savoir trois suivant chacune des inductions sus citées. Les symptômes anxieux, dépressifs, la concentration ainsi que la tension étaient évaluées entre chacune des interventions. Les sujets ont rapporté une augmentation significative de l'anxiété, de la dépression, et des signes de tension après le souci et la rumination qu'après les stimuli neutres. Sur l'IRM fonctionnelle, comparé au stimulus neutre, il existait une plus grande activité pendant le souci dans le cortex cingulaire antérieur, l'insula gauche, le cortex frontal dorsolatéral gauche bilatéral, l'hippocampe droite, et le gyrus temporal inférieur bilatéral. Lors de la comparaison entre rumination et stimulus neutre, une augmentation d'activité a été observée dans le cortex cingulaire antérieur, l'amygdale gauche, l'insula bilatérale, le cortex frontal dorsomédial, le cortex préfrontal dorsolatéral bilatéral, les deux hippocampes et le gyrus temporal inférieur bilatéral. Enfin, en comparant la rumination par rapport au souci, il y avait pendant la rumination une augmentation de l'activation dans le cortex cingulaire antérieur, l'amygdale gauche, le cortex préfrontal dorso médial, le cortex préfrontal dorso latéral bilatéral, et l'hippocampe gauche. Ainsi, les deux processus ont induit des changements fonctionnels, avec l'activation d'un réseau neural qui inclut les aires corticales cingulaires, frontales et temporales plus communément appelées "système par défaut", un terme représentant une activité cérébrale autoréférencée ininterrompue, de même que des zones impliquées dans la production émotionnelle. Ces observations ont été corroborées par les mesures du réflexe de sursaut et par les témoignages oraux. Cette étude va partiellement dans le sens du modèle d'évitement des contrastes, le souci maintenant effectivement des affects négatifs de façon prolongée, ce que l'on observe par l'imagerie comme dans les auto-questionnaires. En revanche, ces schémas n'ont pas été observés pour le système nerveux autonome, et pas pour toute la durée du souci pour le réflexe de sursaut.

Ce modèle permet de faire le lien avec des résultats d'autres études, notamment l'induction

d'anxiété suite à la relaxation chez des patient souffrant de TAG, (123), mais également avec d'autres modèles notamment le modèle neurophysiologique de l'anxiété développé par Gray en 1982, qui postule que l'un des facteurs déclencheurs d'une réponse anxieuse va être la discordance entre un stimulus attendu et un stimulus réellement expérimenté dans l'environnement. Ainsi, si les patients utilisent le souci pour se préparer au pire sur le plan émotionnel, ils réduisent la probabilité d'une discordance entre leur ressenti de base et celui qu'ils expérimenteraient en cas d'apparition d'un stimulus négatif.

De plus, comme nous l'avons précédemment évoqué, la non-occurrence de l'évènement négatif redouté va renforcer positivement le comportement de souci par cette fois ci un contraste émotionnel positif plus fort.

2.3 Le modèle métacognitif

C'est en 1995 qu'Adrian Wells présente le premier modèle métacognitif de l'inquiétude et du TAG (124). Pour lui, l'analyse de deux types de cognitions était nécessaire pour comprendre les désordres émotionnels : les pensées concernant des stimuli internes non cognitifs, comme les sensations corporelles, et l'évaluation des pensées elles-mêmes. Le premier type de cognitions ayant été davantage étudié à son époque, il décide de s'attarder sur le second, surtout dans l'étude du TAG (et du TOC), caractérisé par la présence de pensées incontrôlables. Par ailleurs, ces pensées semblent davantage importantes à étudier dans un contexte où les pensées d'inquiétude incontrôlables au centre de ce trouble ne diffèrent pas des pensées "normales" par leur contenu.

Dans son étude de la métacognition en général, Flavel en 1979 identifie un certain nombre de paramètres auxquels la métacognition fait référence : la connaissance ou les croyances concernant le système cognitif et les facteurs pouvant affecter ledit système, la régulation et la conscience de l'état de cognition actuel, et l'évaluation de la signification des pensées et des souvenirs (125). Ainsi, on peut concevoir qu'une anomalie à n'importe quel niveau de ce système peut aboutir à une sensation de perte de contrôle cognitif, et à une problématique d'intrusions.

Les croyances à propos de la cognition prennent la forme de caractéristiques générales du système de pensée, et avec des bénéfices et des risques concernant chaque type de pensée. Ces croyances ont pour résultat d'encourager la personne à s'engager dans tel ou tel type de

pensée ou bien d'essayer de le contrôler, de le réprimer. Ainsi, on peut penser que lorsqu'un patient souffrant de TAG (ou de TOC) cherche à contrôler ou à neutraliser ses pensées, ceci résulte de pensées métacognitives particulières. Wells pense alors qu'à la fois les croyances métacognitives sur le processus de pensée et sur le contenu de la pensée contribuent au maintien de désordres émotionnels. Il cite alors comme exemple la croyance "j'ai une mauvaise mémoire". Cette croyance métacognitive va donc influencer dans les résolutions de problèmes impliquant la mémoire, et ainsi encourager le sujet à développer des stratégies comportementales alternatives, comme la vérification, de façon plus ou moins exagérée.

Dans le cas de l'inquiétude, des croyances générales concernant une faible capacité à contrôler des pensées intrusives pourraient conduire soit à une diminution des moyens alloués à contrôler ces pensées, ou au contraire, à redoubler d'effort pour les réprimer ; deux stratégies pouvant poser problème dans la régulation mentale.

Dans le développement de l'inquiétude pathologique chronique, Wells, en 1994, a trouvé que des métacognitions à la fois positives et négatives étaient impliquées. Lui et son équipe ont observé que ces métacognitions, mesurées par le Meta Cognitions Questionnaire étaient corrélées positivement à une prédisposition à l'inquiétude et à l'anxiété en tant que trait. Certains individus utilisent l'inquiétude comme un mode prédominant pour faire face à des menaces anticipées futures. De telles métacognitions peuvent être reliées à des croyances superstitieuses, telles que ne pas défier le sort et en quelque sorte faire preuve de défiance, de démesure, en anticipant de façon positive les événements futurs. Par ailleurs, il peut exister des croyances selon lesquelles le fait de s'inquiéter au sujet d'hypothétiques catastrophes permettra de ne pas être débordé émotionnellement lorsqu'un événement négatif se produira effectivement (126).

Les métacognitions négatives concernant l'inquiétude vont davantage se centrer sur le danger physique ou psychique représenté par ce processus cognitif, ou bien sur le caractère incontrôlable de ces pensées.

En 1994 Wells a mis au point un questionnaire multidimensionnel nommé Anxious Thoughts Inventory (127), s'intéressant à la fois au contenu et au processus de l'inquiétude. L'analyse des réponses de personnes témoins à des items concernant l'inquiétude dérivés de 34 patients souffrant de TAG a produit un questionnaire reproductible à trois valeurs. Celui-ci

mesure deux types de contenus, l'inquiétude sociale et l'inquiétude sur la santé, et un autre facteur mesurant à la fois les dimensions sur le contenu et le processus : il s'agit de la méta-inquiétude.

2.4 Souci de type 1 et souci de type 2

Cette analyse suggère qu'il pourrait être intéressant de distinguer deux types de souci, que Wells appelle "type 1" et "type 2" (Annexe 1). L'inquiétude de type 1 se rapporte à l'inquiétude concernant des sujets de la vie courante, comme celles concernant les sujets sociaux ou de la santé. L'inquiétude de type 2, en revanche, est un ensemble de métacognitions concernant l'inquiétude liée aux pensées. Cette dimension constitue à l'époque une nouvelle construction psychométrique qui s'intéresse à "l'inquiétude à propos de l'inquiétude", qui appréhende les pensées négatives comme incontrôlables et peut donc faire émerger le désir de les limiter ou supprimer. Il observe par ailleurs que chez des personnes contrôles, la présence de cette inquiétude de type 2 était corrélée avec certaines mesures concernant la vulnérabilité émotionnelle comme l'anxiété "trait". Cette inquiétude de type 2 est également intimement liée à des stratégies de régulation cognitive et de "monitoring" de la pensée. Wells émet l'hypothèse que c'est cette inquiétude de type 2 qui serait impliquée dans la transformation de l'inquiétude "normale" en inquiétude pathologique comme retrouvée dans le trouble d'anxiété généralisée, et ce par différents mécanismes. Tout d'abord, s'inquiéter à propos de l'inquiétude prolonge les épisodes d'inquiétude et donc les affects négatifs qui leur sont reliés. Ensuite, l'inquiétude de type 2 pourrait conduire à un traitement incomplet des sujets concernant l'inquiétude de type 1, car ces deux types d'inquiétudes occuperaient les mêmes types de ressources de traitement. Par ailleurs, l'inquiétude de type 2 va accroître l'attention sur les pensées d'inquiétude, et par la même accroître la sensibilité aux stimuli anxiogènes. Ensuite, cette inquiétude de type 2 peut augmenter la motivation pour des processus de contrôle de la pensée, qui pourraient s'avérer contre productifs. Enfin, l'inquiétude de type 2 pourrait prolonger d'autres métacognitions dysfonctionnelles, ce qui pourrait influencer le traitement d'autres types de pensée.

2.4.1 Implications dans le trouble anxieux généralisé

Wells émet le postulat que les patients souffrant d'un TAG auraient une "dysfonction métacognitive" caractérisée par l'existence de métacognitions à la fois positives et négatives

concernant les effets du processus d'inquiétude. De plus, l'inquiétude chez ces patients devient problématique du moment où ils développent cette méta-inquiétude, jusqu'à ce que l'inquiétude elle-même soit un sujet de souci et d'efforts de contrôle.

Wells voit une possibilité du développement de l'inquiétude pathologique du trouble d'anxiété généralisée comme un processus progressif : dans un premier temps, ces patients pourraient être encouragés à user du souci comme moyen privilégié pour faire face à des menaces réelles ou imaginées. Cette tendance pourrait émerger d'expériences de *modelling* précoce, ou les parents défendraient les bénéfices de l'inquiétude, comme par exemple qu'elle aide à se prémunir de la surprise. Par ailleurs, la concomitance entre l'utilisation de l'inquiétude et l'absence de survenue de la menace crainte pourrait renforcer l'idée que l'inquiétude est un moyen efficace de se prémunir du danger. Ce serait dans un second temps que l'inquiétude deviendrait un sujet de souci, et ce par divers mécanismes : tout d'abord, la pratique précoce et régulière de l'inquiétude va déboucher sur une certaine automatisation de ce processus, avec de moins en moins de part volontaire dans son déclenchement, et ce face à des indices de plus en plus variés. C'est alors que l'inquiétude deviendrait de plus en plus perturbatrice, encourageant des processus de contrôle, ce qui en retour va augmenter l'inquiétude. C'est ainsi que se développent des métacognitions négatives concernant l'incontrôlabilité de celle-ci, probablement renforcées par d'autres croyances du type "c'est un signe de faiblesse" ou encore "c'est un signe de maladie mentale". Dans d'autres cas, des sujets n'auront pas la volonté de contrôler leur souci car ils le considèrent tout de même comme positif et incontrôlable. Troisièmement, l'émergence de cette méta-inquiétude se fait au gré d'évènements de vie qui pourraient aller dans le sens que l'inquiétude pourrait représenter un danger. Enfin, les tentatives de contrôle de la pensée pourraient mener à des intrusions, qui diminueraient la perception de contrôle mental et contribuerait à son tour à de la méta-inquiétude.

Wells conceptualise l'état cognitif du patient souffrant d'un TAG, comme dans un état de dissonance ou coexistent à la fois des métacognitions positives sur l'inquiétude, et d'autres négatives, notamment sur ses conséquences.

Ainsi, lorsqu'une personne souffrant d'un TAG est confronté à un sujet déclenchant de l'inquiétude, la méta-inquiétude apparait dans les suites, avec comme conséquence potentielle d'augmenter la préoccupation concernant la pensée et "la conscience interne".

Cette méta-inquiétude peut aussi abaisser le seuil d'intrusivité du matériel cognitif lié à l'inquiétude, même lors d'intrusions mentales banales, le tout dans un cercle vicieux, prolongeant donc ainsi les périodes d'inquiétude.

Partant de là, Wells distingue alors deux types de stratégies d'adaptation face à l'inquiétude primaire du TAG, qu'il classe en cognitive et métacognitive. Ainsi, si un patient souffrant de TAG se pose la question d'un lien entre une douleur abdominale ressentie et une éventuelle maladie hépatique, la stratégie cognitive consisterait à se renseigner concernant les symptômes de la pathologie redoutée, ou bien de chercher dans quelle pathologie hépatique l'on pourrait retrouver ce genre de symptôme. Cette stratégie va alors avoir pour but d'augmenter la connaissance et éventuellement le contrôle concernant l'évènement redouté, et une éventuelle adaptation en anticipant la survenue de celle-ci. Une stratégie métacognitive pourrait consister à essayer de ne pas penser à la pire issue concernant ce symptôme, et ainsi de davantage essayer de contrôler, réguler la pensée, plutôt que de cibler l'évènement ou la situation ayant déclenché l'inquiétude primaire.

Ces deux utilisations de l'inquiétude comme stratégie d'adaptation peuvent avoir des conséquences sur la régulation émotionnelle. En effet, l'inquiétude comme technique de résolution de problèmes va se focaliser essentiellement sur les issues négatives au détriment de l'analyse de dénouements positifs privilégiant ainsi l'évaluation des risques et des dangers. Ceci va avoir pour conséquence le renforcement du sentiment de vulnérabilité.

Par ailleurs, si l'inquiétude est utilisée à but de prévention et de préparation contre un évènement négatif, la non-occurrence de cet évènement à la suite de la période d'inquiétude va renforcer le comportement, car les deux évènements vont être interprétés comme une cause et son effet.

2.5 Le modèle d'intolérance à l'incertitude

Le modèle d'intolérance à l'incertitude a été initialement pensé par Dugas, en 1998 pour conceptualiser le souci du trouble anxieux généralisé et a vu le jour suite à des anecdotes racontées par des patients (128).

L'intolérance à l'incertitude peut être définie comme la tendance excessive d'un individu à trouver intolérable qu'un évènement négatif puisse se produire, qu'importe la faible probabilité de sa survenue. Elle est caractérisée par Ladouceur comme "la façon dont un

individu perçoit l'information dans des situations ambiguës ou incertaines, et répond à ces situations par un ensemble de réponses cognitives, émotionnelles et comportementales" (129).

2.5.1 Souci et intolérance à l'incertitude

Pour Dugas ce paramètre est à même d'aggraver le questionnement "Et si?" initial, voire même de le générer en l'absence de stimulus immédiat. L'idée d'un lien entre intolérance à l'incertitude et souci vient de vieilles études différenciant les personnes sujettes au souci et les personnes qui en sont exemptées. Tout d'abord, il a été observé que le souci semblait toujours concerner le futur incertain (13) et que les personnes ayant tendance à se faire du souci requéraient davantage d'informations avant d'arriver à arrêter une décision, qui peut permettre de suggérer qu'ils nécessitent un haut niveau de preuve avant de se prononcer (8,112). L'intolérance à l'incertitude a été plus spécifiquement caractérisée par Dugas comme étant la perception de l'incertitude comme étant "stressante, bouleversante, que le fait d'être incertain sur le futur était injuste, que les événements incertains étaient négatifs et devaient être évités, et que cette incertitude interfère avec l'habilité du sujet à fonctionner" (130). En 1994, Freeston et al ont observé une corrélation entre intolérance à l'incertitude et souci chez une population non clinique, même après ajustement sur les niveaux de dépression et d'anxiété (90), ces résultats ont été répliqués par Dugas (131). De même, des observations faites en 1995 ont trouvé de plus hauts niveaux d'intolérance à l'incertitude chez des patients TAG que d'autres souffrant d'autres troubles anxieux (Ladouceur et al, 1995). En 2001, dans un enquête non clinique, Dugas a trouvé que l'intolérance à l'incertitude était reliée de façon plus forte au souci qu'aux symptômes obsessionnels et compulsifs ou aux sensations de panique (132). Afin d'étudier le lien causal entre intolérance à l'incertitude et souci, Ladouceur a mis au point une procédure de jeu afin d'accroître l'intolérance à l'incertitude dans un groupe, et de la décroître dans un autre groupe. Les résultats ont montré que les sujets chez qui elle était augmentée montraient de plus hauts niveaux de souci que ceux chez qui elle était diminuée (133). Ces résultats sont donc en faveur du fait que l'intolérance à l'incertitude soit impliquée dans le développement et le maintien du souci, par des mécanismes directs (via l'induction de biais cognitifs) et indirects (par la génération de métacognitions positives sur le souci, l'orientation négative du problème, et l'évitement cognitif). Concernant l'induction de biais cognitifs, McLeod a effectué une revue de la littérature allant dans le sens que le souci

et le TAG étaient associés à une hypervigilance et à des biais d'évaluation négative (134). Ce style de pensée se manifesterait via des biais attentionnels pour les stimuli négatifs. Par ailleurs, il a également été observé chez les sujets TAG une tendance à l'interprétation en tant que menace de stimuli ou de situations pouvant être interprétées de façon plus bénigne (135,136). Dans la première étude il s'agit de visages, avec une plus grande hypovigilance pour les visages ayant une expression menaçante ou positive chez les sujets TAG, et dans la seconde, il s'agit de phrases ambiguës, que les sujets anxieux avaient davantage tendance à interpréter de façon menaçante que les sujets non anxieux. Dans une autre étude ciblant plus spécifiquement l'intolérance à l'incertitude, des étudiants devaient évaluer la potentielle menace de scénarii écrits, qui étaient soit positifs, soit négatifs, soit ambigus. Les étudiants avec une grande intolérance à l'incertitude avaient tendance à évaluer comme davantage menaçants tous les scénarii par rapport aux sujets l'étant faiblement, et cette différence était accentuée pour les scénarii ambigus (137).

2.5.2 Souci et orientation négative du problème

L'autre élément du modèle d'intolérance à l'incertitude du souci est la faible orientation vers le problème. Elle est définie comme "un ensemble de processus métacognitifs concernant la conscience et l'évaluation des problèmes de tous les jours et des capacités à résoudre ces problèmes" (138). Davey, en 1994 a été le premier à émettre l'hypothèse d'un lien entre le souci et cette faible orientation vers le problème. Il a observé que le souci était associé à une faible confiance dans les capacités de résolution de problème, et une faible perception de contrôle sur ce processus. De façon plus complexe, il observe en 1992 une association entre souci et recherche d'informations et de résolution de problèmes, mais ces stratégies coexistent avec des biais cognitifs comme le fait de percevoir des événements comme une menace. Il a également observé que des changements dans la confiance dans les capacités de résolution de problèmes étaient associés à une baisse du souci initial (139).

Dans une étude parue en 1997, Dugas a voulu étudier dans quelle mesure l'intolérance à l'incertitude et la faible orientation vers le problème prédisaient des niveaux de souci. Il a ainsi inclus 285 étudiants canadiens de trois classes de psychologie, à qui il a fait remplir une batterie d'auto-questionnaires comprenant : le PSWQ, l'Echelle d'Intolérance à l'Incertain (Freeston et al, 1994), le Social Problem Solving Inventory (Dugas et al, 1994), le Beck Anxiety Inventory et le Beck Depression Inventory. Le troisième groupe devait remplir de nouveau les

échelles cinq semaines après la première administration. Les résultats ont montré une corrélation prédominante entre souci en tant que trait, intolérance à l'incertitude et orientation négative du problème. Il n'existait pas de corrélation entre capacité de résolution de problèmes et souci. Deux régressions hiérarchiques ont ensuite été menées pour évaluer la relation entre intolérance à l'incertitude et orientation du problème dans la prédiction des scores du PSWQ. L'âge, le sexe et l'état d'humeur était des prédicteurs de ces scores, de même que la sous partie "orientation émotionnelle du problème" et l'intolérance à l'incertitude. Ce n'était pas le cas des capacités de résolution de problème (131). Cette dernière observation corrobore les résultats d'autres études montrant que les sujets soucieux ne manquaient pas de capacités de résolution de problèmes (140,141). L'orientation émotionnelle du problème a été définie comme les réactions émotionnelles immédiates associées aux situations problèmes (142). Les résultats laissent ainsi suggérer que l'orientation négative du problème n'est pas uniquement liée à l'intolérance à l'incertitude mais également à l'intolérance à l'activation émotionnelle.

2.5.3 Evitement cognitif et importance des métacognitions

Dugas reprend également certains éléments d'autres modèles du TAG, comme l'évitement cognitif en lien avec le souci et les métacognitions en tant que facteur d'entretien. Il postule que ces trois paramètres (en ajoutant l'intolérance à l'incertitude), ainsi que la faible orientation et la faible confiance dans les solutions d'un problème permettraient de discriminer les sujets TAG des sujets sains, et que l'intolérance à l'incertitude serait le paramètre le plus discriminant. Un schéma résumant le modèle est joint en Annexe 2. Dans son étude, 24 patients souffrant de TAG et 20 patients contrôle étaient soumis à un entretien standardisé pour le diagnostic de troubles anxieux, puis devaient remplir des auto-questionnaires ciblant des symptômes comme le souci, l'anxiété et les symptômes dépressifs, mais aussi des processus cognitifs comme l'intolérance à l'incertitude, les métacognitions, la tendance à la suppression des pensées intrusives, et la résolution de problèmes. Les résultats ont montré que les deux groupes différaient en fonction de la combinaison de ces variables. En s'intéressant à ces facteurs de façon individuelle, il est ressorti que l'intolérance à l'incertitude était la variable la plus importante expliquant les différences entre les deux groupes. De plus, Dugas fait la distinction entre deux types de souci : le souci de type 1, qui s'intéresse à des problèmes dont l'échéance est proche, et le souci de type 2, dont l'inquiétude

concerne des évènements catastrophiques assez peu probables. Pour l'inquiétude de type 1, Dugas suggère qu'il faudrait aider les patient à s'orienter vers le problème pour aider à sa résolution. En effet, l'intolérance à l'incertitude peut conduire le patient à s'intéresser à des détails mineurs de la situation à la place de se focaliser sur les éléments importants.

Par ailleurs, la recherche concernant le TAG, dont le symptôme clé est le souci, a identifié que le niveau d'intolérance à l'incertitude distinguait les patients TAG des patients souffrant d'autres troubles anxieux (Ladouceur, 1999).

3 Thérapies cognitivo comportementales du souci

Malgré l'émergence de la vision du souci comme symptôme transnosographique, comme dans les modèles précédemment cités, les thérapies cognitivo-comportementales se focalisent pour la plupart sur le TAG.

3.1 La thérapie cognitivo-comportementale

Dans cette sous partie nous allons détailler les différentes étapes de la thérapie cognitivo-comportementale ciblant le souci. Etant donné le manque de bibliographie dans l'approche transnosographique, celle-ci s'inscrira dans le cadre du TAG.

Le plan de thérapie a été mis au point par Newman et Borkovec, sur la base du modèle d'évitement cognitif (143).

3.1.1 Auto enregistrement et détection des signaux provoquant l'anxiété

La première partie de la thérapie va se focaliser sur le repérage de leur fonctionnement et donc des situations problèmes et des réponses cognitives et comportementales qu'ils y opposent. Ainsi, l'une des clés va être de pouvoir aider le patient à identifier les stimuli déclenchant l'anxiété et donc le souci anxieux, et ce que ce soit en session ou dans sa vie courante. Ces signaux peuvent être internes, comme des pensées, des images, des sensations corporelles, ou bien externes, comme des évènements de vie anxiogènes (remarques de pairs, évènements financiers, professionnels, médicaux, ou simplement des situations où le sujet manque d'informations).

La détection de ces stimuli déclencheurs est importante car l'analyse fonctionnelle du trouble postule en faveur d'un cercle vicieux : ce stimulus anxiogène va entraîner une pensée

anxieuse, qui va elle-même provoquer une réponse physiologique (comme une tension musculaire), qui à son tour va engendrer du souci, à l'origine d'affects négatifs, qui vont entretenir le souci anxieux.

Afin de détecter ces stimuli déclencheurs de l'inquiétude, le thérapeute peut faire remplir au patient des colonnes détaillant la situation problème, les pensées, les émotions associées, ainsi que le comportement qui a pu en découler. Cet enregistrement peut également être fait en séance, en recontextualisant le patient dans une situation anxiogène passée ou à venir, afin de d'analyser le cheminement du souci anxieux à un moment précis, permettant de généraliser les choses par la suite.

3.1.2 Méthode de contrôle des stimuli

Les sujets souffrant de trouble anxieux généralisé ont tendance à se faire du souci de façon longue et/ou fréquente. Afin de réguler cela, Borkovec propose une méthode de programmation du souci afin de redonner l'impression de contrôle du sujet sur ses pensées. Il s'agit du même exercice que celui décrit plus haut dans la thérapie métacognitive, mais soutenu par un rationnel différent.

Ainsi, il s'agit de désigner avec le patient une plage de temps d'une demi-heure, dans un lieu dédié, totalement dédiée au souci. En conséquence, lorsqu'une situation ou une tâche identifiée comme étant un déclencheur habituel du souci survient dans la journée, le patient va devoir repousser son souci à cette plage dédiée. Il va ainsi avoir davantage de facilités à se concentrer sur les tenants et aboutissants afin de réaliser cette tâche que sur le souci qu'elle provoque, qui lui sera programmée sur une période bien spécifique.

Si jamais le patient n'est pas capable de différer son souci, on lui conseille alors de se rendre dans l'endroit dédié, de se livrer intensément au souci, et de revenir à la tâche l'ayant déclenchée que si celui-ci a été contrôlé.

Le but de la méthode est finalement de concurrencer l'association faite entre la situation anxiogène et le souci anxieux.

3.1.3 Techniques de relaxation

La relaxation a trouvé sa place dans le traitement de l'anxiété diffuse depuis plusieurs années, et celle-ci paraît toujours être d'actualité au vu des caractéristiques psychophysiologiques

induites par le souci. En effet, étant donné que le manque de flexibilité sympathique est l'une des caractéristiques du trouble anxieux généralisé, s'entraîner à de multiples techniques de relaxation peut être utile pour regagner un minimum de tonus parasympathique et baisser la tension musculaire.

Ces méthodes de relaxation peuvent comporter la respiration diaphragmatique, la relaxation musculaire progressive, l'imagerie guidée, la méditation. Le but étant que le patient s'entraîne à ses diverses techniques régulièrement et repère la ou lesquelles sont plus efficaces dans un certain type de situation donné.

Habituellement, le thérapeute montre en séance la technique au patient, qu'ils finissent par répéter ensemble. Concernant la respiration diaphragmatique, dans un premier temps, on s'essaie à une respiration thoracique, superficielle, puis on ralentit le rythme diaphragmatique. Par ce biais, le patient se rend compte que sa façon de respirer influence directement sa façon de se sentir en général, et qu'il peut appliquer un certain contrôle sur ce paramètre en contrôlant sa respiration. Ils sont ensuite encouragés à s'entraîner sans le thérapeute et à appliquer cette technique dès lors qu'ils repèrent ces moments de respiration thoracique superficielle, généralement en lien avec l'anxiété.

La relaxation musculaire progressive consiste à tendre puis relâcher plusieurs groupes musculaires. Cet exercice provoque un allongement des fibres musculaires, ce qui a pour résultat d'amoinir la tension musculaire, et indirectement de baisser l'activité sympathique (Bernstein et *al*, 2000). Au fur et à mesure des séances, on apprendra au patient à combiner la relaxation de plusieurs groupes musculaires de façon concomitante pour une efficacité plus prononcée dans un laps de temps moindre. Par ailleurs, cette technique a pour résultat, si elle fonctionne correctement, de provoquer un "laisser-aller" de la tension musculaire, et par là même de l'anxiété, lors du relâchement musculaire.

L'imagerie guidée consiste à sélectionner des scènes associées à la tranquillité et à l'agréable. Les scènes peuvent être construites de sorte à ce qu'elles provoquent de la relaxation et différents types d'affects positifs. Cette technique n'est pas adaptée aux situations aiguës que l'on peut retrouver lors de la détection des signaux anxiogènes, mais davantage pour intensifier les séances formelles d'entraînement à la relaxation. La méditation, elle consiste à apporter un dispositif de focalisation

De façon plus pertinente, il est appris au patient ce que l'on appelle la "relaxation appliquée" (144). Il s'agit de pratiquer les techniques de relaxation dès lors qu'un début d'anxiété ou de souci est repéré pendant l'auto-enregistrement. Le thérapeute peut également inciter le patient à avoir recours à cette technique lorsqu'il repère le souci ou l'anxiété durant la séance.

Il est à noter que les patients s'adonnant à du souci anxieux ou souffrant de trouble anxieux généralisé sont souvent perfectionnistes, avec de hauts standards de performance, donc il est difficile pour eux d'atteindre un parfait état de relaxation, qui pourrait même être anxiogène, par l'impression de perdre le contrôle (Heide, Borkovec, 1984).

Le but de ces techniques de relaxation et de faire passer davantage de temps au patient à se concentrer sur le présent que de se faire du souci sur le passé ou le futur. Le rationnel étant que plus le temps est passé à se focaliser sur le présent, moins il le sera à créer des affects négatifs, et plus il sera appliqué à des stratégies de résolution de problèmes effectives.

3.1.4 Thérapie cognitive

Etant donné la nature purement cognitive du souci, les techniques de thérapie cognitive (Beck et al, 1985) ont longtemps et souvent été utilisées pour le TAG. Comme dans toute prise en charge en TCC, la matière première de la thérapie cognitive va être l'auto enregistrement, incluant l'identification des pensées, des images, des façons de percevoir les choses associées au souci et à l'anxiété. La première partie de la thérapie cognitive va être d'évaluer la précision de ces pensées et croyances par le raisonnement, incluant la logique, les probabilités et les preuves s'il y en a. On va ensuite faire travailler le patient sur l'élaboration d'hypothèses alternatives qui pourraient être plus précises, puis s'entraîner à générer ces hypothèses alternatives quand se déclenche le souci. Enfin on procédera au test de la croyance catastrophique de départ et des nouvelles hypothèses alternatives à travers des expériences comportementales pour rechercher des preuves de leur vraisemblance respective.

Il est possible de faire tenir au patient un journal contenant la liste des éléments déclencheurs du souci et s'ils pensent que la chose redoutée va se produire. Tous les soirs, pour chaque situation ayant eu une issue, il est demandé d'évaluer dans quelle mesure l'évènement initialement redouté s'est produit, et d'évaluer par rapport à leurs prédictions, dans le cas où cet évènement s'est effectivement produit, dans quelle mesure ils ont été

capables de s'y adapter. Des résultats d'études ont montré que pour la plupart des situations redoutées, les événements craints arrivaient moins souvent que prévu, et que lorsqu'ils se produisaient, ils y faisaient face de façon plus solide que prévue (145).

3.1.5 Répétition en imagerie de stratégies d'adaptation

Plutôt que de pratiquer l'exposition en imagerie comme abordé ci-dessous, la répétition en imagerie a pour but de compléter la thérapie cognitive en fournissant d'autres stratégies d'adaptation que le souci et de les mettre en pratique de façon répétée en imagination.

Ainsi dans la désensibilisation par autocontrôle (146), il est demandé au patient d'utiliser les techniques de relaxation décrites ci-dessus afin d'obtenir une détente complète. Une fois cet état atteint, on demande au patient de se concentrer sur une pensée-image génératrice de souci et d'anxiété. Une fois que le patient repère cette anxiété monter, il le signale au thérapeute, et utilise de nouveau des techniques de relaxation pour la faire baisser, avec par la suite le visionnage en imagerie des scénarii alternatifs à ceux du souci, de même que les possibles autres stratégies d'adaptation travaillées en thérapie cognitive. La même image déclenchant le souci est utilisée plusieurs fois afin de renforcer le comportement alternatif. Une fois l'anxiété significativement diminuée à plusieurs reprises, d'autres images sont travaillées ou complètent la première.

3.1.6 Expositions graduelles

Etant donné le postulat selon lequel le souci est un moyen de se prémunir contre certains processus émotionnels, et le fait que l'imagerie est un moyen efficace pour déclencher ce genre ce processus, l'exposition graduelle à l'imagerie peut être très utile chez des personnes souffrant de trouble anxieux généralisé.

En 2016, Andersson et *al* ont étudié l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'extinction de l'anxiété, délivrée via internet, sur le souci en tant que plainte, en s'affranchissant donc de la question nosographique. Ainsi, ont été randomisés 140 "high worriers" (i.e dont le score au questionnaire de Penn State était supérieur à 56) soit pour la thérapie, soit pour la liste d'attente. Le traitement consistait en une présentation théorique d'une centaine de pages sur le souci et son rôle d'évitement cognitif, ainsi qu'en des fiches de travail divisées en 8 modules. Trois techniques ont été utilisées afin de provoquer l'extinction : 1) de la mindfulness concernant les pensées de catastrophe, c'est à dire exprimer ces pensées

sans jugement de valeur 2) penser à la pire éventualité (ressemblant à la technique de la flèche descendante), et 3) l'acceptation de l'incertitude. Les résultats ont montré une supériorité de cette intervention sur la liste d'attente avec une taille d'effet de 1,39 (IC à 95% [1.04,1.73]) sur le PSQW, avec 58% de répondants (147).

En 2008, Covin et al ont effectué une méta-analyse afin d'évaluer l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales pour le TAG sur le souci. Ont été incluses des études jusqu'à 2006, avec pour critères d'inclusion : un diagnostic de TAG selon le DSM, une mesure du souci via l'échelle de Penn State comme l'un des critères de jugement, et l'utilisation de techniques à la fois cognitives et comportementales lors des interventions. Ainsi 10 articles ont été sélectionnés. Les résultats ont montré une taille d'effet large, qui était modérée par l'âge et les modalités de traitement : de meilleurs résultats ont été observés chez des sujets jeunes en thérapie individuelle. Par ailleurs, l'amélioration sur le souci s'est également maintenue à 6 et 12 mois de suivi. Il reste tout de même la question des techniques utilisées qui peuvent être très larges étant donné les critères d'inclusion (148).

3.2 La thérapie métacognitive

Issu de son modèle, que nous avons détaillé ci-dessus, Wells, en 2005, a établi un plan de thérapie basée sur les métacognitions afin de contrecarrer le souci anxieux du trouble d'anxiété généralisée (149). Cette thérapie est basée sur le postulat de métacognitions positives et négatives sur le souci, conduisant à des stratégies à la fois de recherche de réassurance via le souci ou de suppression de pensée qui seraient facteurs d'entretien et donc à cibler.

Selon Wells, la thérapie métacognitive s'articule selon un schéma particulier : après la conceptualisation du cas, le thérapeute va essayer d'aiguiser la capacité de distinction entre la pensée déclencheuse -l'inquiétude- et la réponse constituée par le souci, et apprendre au patient de nouvelles réponses au méta-niveau. La finalité va être de faire identifier que le souci en soi n'est pas tant le problème que les croyances-notamment la dangerosité et l'incontrôlabilité- qui le concernent. Ensuite, le but va être d'ébranler les croyances concernant le caractère incontrôlable, puis celles concernant le caractère dangereux du souci. Enfin, la cible sera les métacognitions positives concernant le souci.

3.2.1 Extraire les métacognitions

La première étape nécessaire pour formuler une conceptualisation d'un cas dans ce type de thérapie est d'obtenir les métacognitions. Deux types de croyances négatives sur le souci sont pertinents : celles sur l'incontrôlabilité du souci, et celles sur le danger de se faire du souci. Ces métacognitions peuvent être obtenues via des auto-questionnaires comme le "Anxious Thought Inventory" (Wells, 1994), le "Meta-cognition questionnaire" (Cartwright Hatton et Wells, 1997) et le GAD scale (Wells, 1997). D'autres techniques comme le questionnement lors de l'entretien des conséquences du souci peuvent permettre d'identifier ces métacognitions et de différencier les positives et les négatives concernant le souci. On peut également formuler cette recherche sous la forme d'un entretien motivationnel avec les avantages et inconvénients de se faire du souci afin d'explorer ce souci de type 2.

Les meta-croyances positives sont attaquées via la même technique de recueil des avantages et inconvénients, et également via l'utilisation de la stratégie du décalage. Cette technique consiste à faire dérouler par le patient de façon détaillée son scénario anxieux, de s'exposer à la situation redoutée, puis à faire une comparaison entre le scénario et les événements effectivement passés, afin de mettre en évidence à quel point le souci peut distordre la réalité. Cette expérience comportementale permet alors de faire émerger la question de l'utilité du souci, si celui-ci ne dépeint pas vraiment la réalité. Une seconde technique peut être utilisée pour faire critiquer ces croyances positives : lors d'une tâche habituellement accompagnée de souci, le patient va être invité à augmenter puis diminuer son recours au souci, et questionner sur son utilité à faire face à la situation donnée ou à faire que les choses se passent bien.

3.2.2 Conceptualisation du cas

Une fois que les métacognitions et les comportements ont été explorés, le but va être de conceptualiser le cas selon le modèle métacognitif, à savoir : une pensée-image déclencheuse de souci va occasionner des métacognitions positives sur le souci, sélectionnant ainsi ce comportement face à ce stimulus. Une fois ce souci de type 1 enclenché, des métacognitions négatives sur le souci de type 1 vont provoquer un souci de type 2. Ce souci de type 2 va à son tour influencer le comportement, et vice versa, tout comme les stratégies de contrôle de pensée et les émotions, renforçant ainsi le souci de type 1 initial. Afin de remplir cette analyse fonctionnelle, on peut demander au patient de raconter en détail un épisode de souci anxieux

intense, afin de compléter les données des auto-questionnaires. Ainsi, après avoir identifié le type de pensée ayant initialement déclenché le souci, le but va être d'identifier le type de réponse à ce stimulus (se faire du souci par rapport au pire, essayer de se rassurer, de se distraire...). Ensuite, la réponse émotionnelle associée à ce comportement va être également recueillie, et cette étape sera suivie par l'inclusion des métacognitions à l'analyse (souci de type 2). Pour finir, il faudra recueillir les comportements qui ont découlé de ces métacognitions.

3.2.3 Partage du modèle

Cette étape consiste à partager l'analyse du problème à la fois sous la forme verbale, et également sous celle d'un diagramme avec les liens entre les différents éléments évoqués ci-dessus, et ainsi demander un retour au patient.

3.2.4 Modifier le souci de type 2 et les métacognitions associées

Afin de modifier les croyances négatives d'incontrôlabilité du souci, il va falloir rechercher avec le patient les éléments ayant pu contribuer à moduler le souci, par exemple en lui demandant de raconter et d'énumérer des situations pendant lesquelles il était en train de se faire du souci mais a été interrompu à cause d'une distraction, ou d'un autre but. Ces récits vont avoir pour but d'amasser des preuves en faveur de la possibilité de différer le souci, et donc de le contrôler, afin d'augmenter l'ambivalence du patient sur cette question. Les contre arguments vont aussi être recherchés.

Afin de défier ces croyances, des expériences peuvent être faites, comme demander comme exercice au patient de noter le début d'un souci anxieux, et de reporter ce souci jusqu'à un moment spécifique de la journée. Une fois ce moment arrivé, le patient peut décider de s'adonner ou non au souci, et pendant un temps limité. Cet exercice va être réalisé plusieurs fois, et la croyance en l'incontrôlabilité du souci va être réévaluée après chaque expérience.

Concernant les croyances de danger, celles-ci peuvent également être modulées via des expériences comportementales : on va ainsi demander au patient d'essayer de perdre le contrôle ou de se causer un dommage physique ou mental en se faisant intensément du souci pendant la période allouée dans la journée. Ces expériences peuvent être suivies par de la psychoéducation concernant les effets protecteurs de l'anxiété.

3.2.5 Prévention de la rechute

La dernière étape de la thérapie métacognitive va être de faire générer au patient des pensées alternatives aux scénarii catastrophes tissés lors du déclenchement du souci, et de trouver des issues positives probables aux questionnements "Et si..." à la place des conclusions habituelles. La prévention de la rechute est basée sur le résumé des stratégies alternatives au souci, et au maintien de la critique des métacognitions, tant positives que négatives, à travers le maintien des expositions.

En 2006, Wells a mené un essai ouvert afin d'évaluer l'efficacité de la thérapie métacognitive. Ainsi, dix patients souffrant de trouble anxieux généralisé ont été recrutés et évalués avant et après des sessions de thérapie métacognitive, puis à 6 et 12 mois de suivi (149). Le trouble anxieux généralisé devait être le problème majeur. Ils ne prenaient pas de médicaments et n'avaient pas bénéficié de thérapie cognitivo-comportementale classique. Wells a eu recours au Beck Anxiety Inventory (150), au Beck Depression Inventory (4), à la sous partie anxiété traité de l'échelle State-trait Anxiety Inventory (Spielberg et al, 1983), et à l'AnTI. Sur ces dix patients, cinq avaient des diagnostics supplémentaires, dont trois dépressions et deux phobies sociales. Concernant les résultats, Wells a observé une amélioration significative de ces patients, après le traitement, concernant le souci, l'anxiété et la dépression. Dans tous les cas sauf un, ces améliorations étaient préservées lors du suivi. Les taux de rémission étaient de 87,5% à 6 mois et 75% à 12 mois. (149)

En 2018, Nordahl a mené une étude comparative entre thérapie cognitivo-comportementale et thérapie métacognitive dans le trouble anxieux généralisé. 246 patients souffrant de TAG ont été évalués et 81 ont été randomisés dans 3 groupes : TCC, Thérapie métacognitive et liste d'attente. Des évaluations ont été menées en pré traitement, post traitement, et à deux ans de suivi. Ils ont conclu que la TCC et la thérapie métacognitive étaient toutes deux efficaces, mais que la thérapie métacognitive était supérieure à la TCC classique, avec une différence significative entre les deux groupes, et un taux de rémission supérieur (68% contre 38%). Ces différences sont retrouvées sur les mesures à 2 ans de suivi (151).

3.3 Thérapie basée sur l'intolérance à l'incertitude

Certaines étapes de la thérapie, comme la psychoéducation et l'identification du souci en situation sont similaires aux schémas de thérapie plus classiques décrits ci-dessus. Le modèle

de thérapie ciblée sur l'intolérance à l'incertitude a été mis au point par Robichaud et Dugas (152,153).

L'intolérance à l'incertitude y est présentée au patient comme le combustible enrichissant le souci : en effet, les personnes qui la ressentent sont plus à même de se faire du souci étant donné qu'elle génère beaucoup de questionnement "Et si...?". Ainsi, la moindre situation incertaine, va poser ce genre d'interrogations, et ainsi déclencher l'engrenage du souci.

Le patient peut dans un premier temps penser que l'incertitude en soi est le réel problème. Le thérapeute va ainsi guider le patient vers le fait que réduire l'incertitude de la vie est une tâche impossible, et le réel problème est le vécu par rapport à celle-ci.

Il est remis au patient une liste des comportements effectués dans le but de diminuer ou d'éviter l'incertitude de certaines situations. On va proposer comme exercice au patient entre les séances des expériences comportementales en supprimant certains de ces comportements afin d'en évaluer l'utilité, et également d'aider le patient, progressivement, à tolérer des situations incertaines.

Dans un second temps sont évaluées les métacognitions positives par rapport au souci, et le lien est fait entre l'intolérance à l'incertitude, ces croyances positives ainsi que l'entretien du souci. Des études ont retrouvé que des patients souffrant de TAG présentaient des croyances positives concernant les sujets suivants : "le souci est un trait de personnalité positif", "le souci aide à la résolution de problèmes", "le souci a une fonction motivationnelle", "le souci aide protéger des émotions négatives" et "le souci aide à ce que des choses négatives ne se produisent pas"(126). Pour cibler ces croyances, et donc augmenter la motivation du patient à arrêter la pratique du souci, on demandera au patient de faire une liste de "soucis utiles" que l'on va tester via des techniques comportementales et cognitives. On peut ainsi utiliser des techniques de jeu de rôle, sur le modèle de l'entretien motivationnel, pendant lesquels il va être demandé au patient de trouver des éléments pour convaincre auprès d'une cour que le souci est utile, puis de chercher des arguments contre. Lorsque le patient joue le rôle de l'avocat du souci, le thérapeute utilise des techniques de questionnement socratique pour en voir les côtés inutiles.

Vient ensuite la phase ciblant l'orientation négative du problème. Dans un premier temps, le but va être d'aider le patient à identifier et différencier la situation problématique et les

émotions négatives qui l'entourent. Après avoir identifié problèmes et émotions, le thérapeute évoque l'orientation négative du problème en expliquant que les problèmes font partie de la vie, et qu'ils ne sont pas nécessairement attribuables à des faiblesses personnelles. Le thérapeute peut également cibler la vision d'une situation comme nécessairement menaçante, en lui présentant les menaces et les opportunités comme deux extrémités d'un continuum plutôt que comme deux catégories hermétiques. La seconde partie de cette phase de traitement consistera en des techniques de résolution de problèmes. Celle-ci se découpe en plusieurs parties bien définies, à savoir : la définition du problème, la formulation du but, la génération de solutions alternatives, la prise de décision, la mise en œuvre de cette décision et son évaluation (142). La phase de définition du problème est importante car peut mettre en évidence certains biais cognitifs : on explique aux patients que le problème doit être exprimé de façon concrète et spécifique, et doit inclure la description du problème, la situation idéale, et les obstacles s'opposant à l'obtention de cette situation, le tout en mettant de côté les suppositions et les interprétations du patient. Dans la troisième partie, on explique au patient le concept du "brainstorming" afin de faire émerger de multiples solutions possibles.

La dernière étape cible l'évitement cognitif et est donc constituée de l'exposition en imagerie décrite plus haut, qui cible davantage le souci de type 2 dans le modèle de Dugas, donc le souci ciblant des événements qui n'existent pas au moment où le sujet y pense.

4 Discussion

Le souci est donc un processus de répétition de la pensée, à visée adaptative initialement, qui peut être dysfonctionnel lorsqu'il s'étend sur trop de domaines ou de façon trop envahissante, et que l'on trouve chez les personnes saines comme dans la plupart des troubles psychiatriques de l'axe 1. Quoi de plus évident que de penser que dans quelque maladie mentale, les sujets sont préoccupés, soucieux de quelque chose. Ce souci, comme abordé précédemment, a été observé depuis l'antiquité en tant que signe clinique, et le débat autour du TAG comme entité diagnostique propre a probablement trouvé certaines racines dans le caractère très commun et diffus, quelle que soit la pathologie, de ce processus qui peut devenir dysfonctionnel. Cette constatation a, nous l'avons vu, amené à une nouvelle considération thérapeutique basée sur la plainte, sur le processus davantage que sur le diagnostic. Cette approche en psychothérapie a été initiée par Barlow en 1988 (154) avec la

mise au point d'un protocole unifié pour traiter les pathologies anxieuses et dépressives. Ce protocole s'articule autour de quatre objectifs : augmenter la conscience émotionnelle, faciliter la flexibilité dans les évaluations, identifier et contrecarrer les évitements cognitifs et comportementaux, et les expositions situationnelles et intéroceptives aux indices émotionnels. D'autres protocoles ont été développés par la suite, également centrés sur l'émotion, mais peu ont été comparés par rapport aux techniques de TCC ciblées sur des pathologies, et peu se concentraient sur le souci ou les pensées répétitives négatives.

Une méta analyse effectuée en 2015 a eu pour but d'évaluer ces thérapies transdiagnostiques sur les troubles anxieux et la dépression. Celles-ci ne ciblaient ni le souci ni la rumination. Les résultats des 50 études incluses ont montré une taille d'effet moyenne incontrôlée large pour l'anxiété et la dépression, et moyenne pour la qualité de vie. Ces tailles d'effets se maintenaient durant le suivi. Les résultats des 24 études contrôlées randomisées incluses ont montré une supériorité sur les groupes contrôle, avec une moindre différence lorsque le contrôle consistait dans le traitement habituel. La qualité de ces essais a été jugée comme pauvre, avec une grande hétérogénéité. Les protocoles basés sur la TCC étaient globalement plus efficaces que ceux basés sur la thérapie ACT pour l'anxiété mais pas pour la dépression (155). En 2017, une méta analyse a été menée afin d'évaluer l'efficacité de TCC transdiagnostiques pour l'anxiété contre des protocoles basés sur le diagnostic. 67 études ont été incluses, et elles-mêmes devaient inclure des participants avec des diagnostics de troubles anxieux selon le DSM IV ou V. Concernant les interventions, les TCC étaient incluses quel que soit leur format, et une distinction entre les deux types de thérapie au diagnostic était faite selon la définition des thérapies transdiagnostiques (156). Comme dans le cas de la méta analyse sus citée, les interventions ne ciblaient pas le souci. Ainsi, des scores d'anxiété pré et post intervention ont été recueillis dans 83 conditions de traitement dans ces études. L'effet estimé des TCC transdiagnostiques était similaire à celui des thérapies basées sur le trouble, avec des tailles d'effets large pour les deux types d'interventions, non significatives cliniquement bien que statistiquement significatives. Il n'a pas été observé de relation entre les taux de comorbidité et l'issue des thérapies transdiagnostiques (157).

Trois études de cas ciblant le souci dans le cadre du TAG, du PTSD et de la phobie sociale ont été publiées, avec l'utilisation de la thérapie métacognitive comme outil principal, et avec des résultats encourageants, montrant la baisse significative des scores des échelles de

psychométrie ainsi que de la qualité de vie subjective des patients concernés (148).

Dans cette même veine, une étude a comparé l'efficacité d'une TCC transdiagnostique délivrée par internet, ciblée sur le souci et la rumination sur les troubles anxieux et l'épisode dépressif caractérisé. Ont été inclus des patients souffrant de TAG, de dépression ou d'une comorbidité des deux. Ils ont été randomisés dans deux groupes iTCC, comprenant 6 sessions de thérapie (n=46) et liste d'attente (n=53). La dépression, le TAG, les pensées répétitives négatives ainsi que les pensées répétitives sur celles-ci ont été évaluées avant, pendant et après le traitement. Les résultats ont montré que la fréquence et les pensées positives concernant les pensées répétitives négatives ont significativement été diminuées dans le groupe iTCC par rapport au groupe contrôle. (158)

De plus, une étude contrôlée randomisée s'est intéressée à l'efficacité d'une thérapie cognitive et comportementale ciblée sur le souci dans une population souffrant de trouble psychotique chronique avec idées délirantes de persécution. Les patients, souffrant de trouble psychotique non affectifs et âgé de 18 à 65 ans ont été randomisés dans un groupe d'intervention TCC basée sur le souci, composé de 6 séances (n=73), ou dans un groupe contrôle de prise en charge habituelle (n=77). Les critères de jugement principaux étaient les mesures du PSWQ et de la Psychotic Symptoms Rating Scale (159). A huit semaines d'intervention, une diminution significative des scores de souci et d'idées délirantes de persécution ont été observées dans le groupe de l'intervention par rapport au groupe contrôle (160).

Au final, malgré la vision émergente du souci, et plus largement des pensées répétitives négatives non seulement comme processus transdiagnostique mais également comme facteur de maintien et d'entretien de pathologies anxieuses et dépressives, peu d'études concernent des interventions cognitivo-comportementales ciblées.

Par ailleurs nous n'avons abordé que l'approche TCC du souci, mais la littérature aborde également d'autres types de psychothérapie, notamment la mindfulness, qui est par ailleurs présente dans un bon nombre de protocoles de TCC étudiés. Une revue de littérature publiée en 2014 avait pour but d'évaluer l'efficacité de protocoles de mindfulness sur le souci et la rumination, de façon transnosographique. Ont été inclus des essais contrôlés et des études de médiation publiées jusque décembre 2013. Elles étaient éligibles si elles comprenaient des mesures de souci et de rumination en tant que critère principal ou secondaire. Les études

concernant des patients psychotiques ou souffrant de troubles de l'axe II ont été exclues. Sur les 11 études incluses, 10 ont montré des effets significatifs sur la réduction de la rumination, contre 4 sur le souci (161). Un essai randomisé de 2013 avait pour but d'évaluer l'efficacité de thérapies basées sur l'acceptation et l'engagement (ACT) contre la relaxation appliquée pour le TAG, et n'a pas montré de différence significative entre les deux (162). Une autre revue de la littérature avait pour but d'évaluer les traitements destinés à diminuer le souci et/ou la rumination. Celle-ci suggérait que les thérapies basées sur la mindfulness ainsi que les interventions cognitivo-comportementales étaient toutes les deux efficaces pour diminuer ces deux types de processus cognitifs (163).

Cette vision transdiagnostique processuelle repose ailleurs des questions plus profondes, notamment sur la place du diagnostic en psychiatrie : doit-on placer cette spécialité sur le même plan que la médecine somatique, avec la volonté de traitement de pathologies, ou bien doit-on s'intéresser aux processus, et donc plus fondamentalement à la plainte présentée ? Le souci en est un bon exemple.

Insel en 2010 a voulu réfléchir autour de la classification des maladies mentales, portant le constat que les catégories actuelles, basées sur des consensus cliniques, ne reflétaient pas tout à fait les données issues des neurosciences, et ne prenaient peut être pas en compte les mécanismes sous-jacents aux dysfonctionnements. Il met un point d'honneur à inclure des critères issus de la recherche sur les plans électrophysiologiques et d'imagerie fonctionnelle quant au fonctionnement des circuits neuronaux, avec plusieurs niveaux d'intérêt. Il évoque la volonté d'ajouter dans les critères l'implication des niveaux génétiques, moléculaire et cellulaire dans le fonctionnement de ces circuits mais aussi à l'échelle de l'individu, de l'environnement familial et du contexte social. Bien que cette volonté puisse être scientifiquement intéressante, se posent les limites liées à la fiabilité des techniques employées pour étudier ces circuits, mais aussi l'impact de telles découvertes sur la clinique et l'issue de certaines pathologies.

Maunt s'est intéressé à la particularité du diagnostic psychiatrique et de son explication auprès du patient. Le fait est que le diagnostic en psychiatrie défie la définition même du diagnostic, qui sous-entend la connaissance de la cause, de l'étiologie du trouble. Ainsi, on peut expliquer à un patient que la dépression est la cause de sa fatigue, mais nous ne savons pas bien expliquer la dépression, en raison de la complexité et de l'hétérogénéité étiologique de celle-

ci, comme de tous les troubles mentaux, ce qui suscite d'autres questions à une échelle différente. Cela étant, il ne rejette pas la notion de diagnostic psychiatrique et d'explication causale d'un bloc : même si nous n'avons pas toutes les clés en main, des informations peuvent néanmoins être données au patient : que ce soit de façon positive, avec une idée du modèle bio psycho social, mais aussi négatives, en éliminant une étiologie "organique".

Kinderman, parmi d'autres adopte une autre posture, en prônant l'abandon du diagnostic psychiatrique au profit d'une approche psychosociale centrée sur la plainte, et donc a fortiori le bien être (164,165).

Finalement, bien que les positions tenues soient diverses, un accord semble être trouvé dans la nécessité d'un changement dans l'approche des troubles mentaux. Ces questionnements traduisent bien la complexité d'une spécialité médicale aux confins d'étiologies intrinsèques dont on aura peut-être un jour la clé, et d'autres facteurs non médicaux, de l'ordre environnemental, avec toutes les interactions complexes que cela implique, et ainsi la question de l'échelle à laquelle on doit se positionner pour soulager au mieux les patients.

5 Conclusion

Ainsi, la vision du souci comme phénomène transdiagnostique est intéressante et prometteuse du point de vue de l'élaboration de nouvelles stratégies de prise en charge psychothérapique : il s'agit d'une approche processuelle centrée sur la clinique et la plainte, qui repose au final la question de la place du diagnostic en psychiatrie. En revanche la littérature est à ce jour peu abondante concernant l'évaluation de TCC ciblées, en raison de faibles effectifs, de manque de protocoles unifiés, et de manque d'études comparatives avec des techniques connues comme efficaces, comme la TCC classique. De même, il est intéressant de considérer d'autres interventions, comme la mindfulness, qui fait ses preuves dans la littérature jusqu'à présent dans cet objectif précis, et qui commence à poindre dans certains protocoles TCC.

6 Références bibliographiques

1. Le concept de l'angoisse - Sören Kierkegaard [Internet]. Babelio. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Kierkegaard-Le-concept-de-langoisse/233407>
2. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther.* 1983;21(1):9-16.
3. Spielberger CD, Gorsuch R, Lushene RE, Vagg PR. State-trait anxiety inventory (STAI). *BiB.* 1 janv 2010;2010.
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 1961;4(6):561-71.
5. Wolpe J, Lang PJ. A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behav Res Ther.* 1 mai 1964;2(1):27-30.
6. Simon A, Ward LO. Variables influencing the sources, frequency and intensity of worry in secondary school pupils. *Br J Soc Clin Psychol.* déc 1974;13(4):391-6.
7. Simon A, Ward LO. Sex-related patterns of worry in secondary school pupils [Internet]. *British Journal of Clinical Psychology.* 1982 [cité 14 juill 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.2044-8260.1982.tb01428.x>
8. Tallis F, Davey GCL, Capuzzo N. The phenomenology of non-pathological worry: A preliminary investigation. In: *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 61-89. (Wiley series in clinical psychology).
9. A. Wisocki P. Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behav Ther.* 1 juin 1988;19:369-79.
10. Clark DM. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther.* 1986;24(4):461-70.
11. DeGood DE, Tait RC. The cognitive-somatic anxiety questionnaire: Psychometric and validity data. *J Psychopathol Behav Assess.* 1 mars 1987;9(1):75-87.
12. Zuckerman M, Lubin B, Rinck CM. Construction of new scales for the Multiple Affect Adjective Check List. *J Behav Assess.* 1 juin 1983;5(2):119-29.
13. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther.* 1983;21(1):9-16.
14. Craske MG, Rapee RM, Jackel L, Barlow DH. Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behav Res Ther.* 1989;27(4):397-402.
15. Sanderson WC, Barlow DH. A description of patients diagnosed with DSM-III—R generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis.* 1990;178(9):588-91.

16. Borkovec TD, Shadick RN, Hopkins M. The nature of normal and pathological worry. In: *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. New York, NY, US: Guilford Press; 1991. p. 29-51.
17. Roemer L, MOLINA S, Borkovec T. An Investigation of Worry Content among Generally Anxious Individuals. *J Nerv Ment Dis*. 1 juin 1997;185:314-9.
18. Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull*. 2008;134(2):163-206.
19. Harvey AG, éditeur. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2004. 365 p.
20. Wells A, Davies MI. The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*. 1 nov 1994;32(8):871-8.
21. Rachman S, Grüter-Andrew J, Shafran R. Post-event processing in social anxiety. *Behav Res Ther*. 1 juin 2000;38(6):611-7.
22. Mellings TMB, Alden LE. Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther*. 1 mars 2000;38(3):243-57.
23. Amir N, Cashman L, Foa EB. Strategies of thought control in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1 août 1997;35(8):775-IN1.
24. Abramowitz JS, Tolin DF, Street GP. Paradoxical effects of thought suppression: a meta-analysis of controlled studies. *Clin Psychol Rev*. 1 juill 2001;21(5):683-703.
25. Rassin E, Diepstraten P. How to suppress obsessive thoughts. *Behav Res Ther*. 1 janv 2003;41(1):97-103.
26. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol*. 1 août 1991;61:115-21.
27. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry*. avr 2002;180(4):363-8.
28. Ehlers A, Clark DM, Dunmore E, Jaycox L, Meadows E, Foa EB. Predicting response to exposure treatment in PTSD: The role of mental defeat and alienation. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):457-71.
29. Clohessy S, Ehlers A. PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br J Clin Psychol*. 1999;38(3):251-65.
30. Steil R, Ehlers A. Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behav Res Ther*. 1 juin 2000;38(6):537-58.

31. Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and Predictors of Acute Stress Disorder and PTSD following Road Traffic Accidents: Thought Control Strategies and Social Support. *Behav Ther.* 1 déc 2001;32:65-83.
32. Mayou RA, Ehlers A, Bryant B. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behav Res Ther.* juin 2002;40(6):665-75.
33. Warda G, Bryant RA. Cognitive bias in acute stress disorder. *Behav Res Ther.* 1 déc 1998;36(12):1177-83.
34. Williams DA, Thorn BE. An empirical assessment of pain beliefs. *Pain.* mars 1989;36(3):351-8.
35. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess.* 1995;7(4):524-32.
36. Eccleston C, Crombez G, Aldrich S, Stannard C. Worry and chronic pain patients: a description and analysis of individual differences. *Eur J Pain Lond Engl.* 2001;5(3):309-18.
37. Troop NA, Treasure JL. Psychosocial factors in the onset of eating disorders: responses to life-events and difficulties. *Br J Med Psychol.* déc 1997;70 (Pt 4):373-85.
38. Hart KE, Chiovari P. Inhibition of eating behavior: negative cognitive effects of dieting. *J Clin Psychol.* juin 1998;54(4):427-30.
39. Lichstein KL, Rosenthal TL. Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *J Abnorm Psychol.* 1980;89(1):105-7.
40. Harvey AG. Pre-sleep cognitive activity: a comparison of sleep-onset insomniacs and good sleepers. *Br J Clin Psychol.* sept 2000;39 (Pt 3):275-86.
41. Harvey AG. Insomnia: symptom or diagnosis? *Clin Psychol Rev.* oct 2001;21(7):1037-59.
42. Watts FN, Coyle K, East MP. The contribution of worry to insomnia. *Br J Clin Psychol.* 1994;33(2):211-20.
43. Wicklow A, Espie CA. Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behav Res Ther.* 1 juill 2000;38(7):679-93.
44. Rippere V. What's the thing to do when you're feeling depressed: A pilot study. *Behav Res Ther.* 1977;15(2):185-91.
45. Nolan SA, Roberts JE, Gotlib IH. Neuroticism and Ruminative Response Style as Predictors of Change in Depressive Symptomatology. *Cogn Ther Res.* 1 oct 1998;22(5):445-55.
46. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol.* août 2000;109(3):504-11.

47. Freeman D. Cognitive approaches to delusions: A critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol.* 1999;113–154.
48. Ehring T, Watkins E. Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. 1 sept 2008;1:192-205.
49. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord.* oct 2013;151(1):313-20.
50. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* nov 1991;100(4):569-82.
51. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, Weiss ST, Vokonas PS, Sparrow D. Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation.* 18 févr 1997;95(4):818-24.
52. Segerstrom SC, Solomon GF, Kemeny ME, Fahey JL. Relationship of worry to immune sequelae of the Northridge earthquake. *J Behav Med.* oct 1998;21(5):433-50.
53. Starcevic V. Pathological worry in major depression: A preliminary report. *Behav Res Ther.* 1995;33(1):55-6.
54. Chelminski I, Zimmerman M. Pathological worry in depressed and anxious patients. *J Anxiety Disord.* 1 janv 2003;17(5):533-46.
55. Martin LL, Tesser A, McIntosh WD. Wanting but not having: The effects of unattained goals on thoughts and feelings. In: *Handbook of mental control.* Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1993. p. 552-72. (Century psychology series).
56. Martin L, Tesser A. Ruminative Thoughts. *Adv Soc Cogn.* 1 janv 1996;9.
57. Thomsen DK. The association between rumination and negative affect: A review. *Cogn Emot.* 1 déc 2006;20(8):1216-35.
58. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol.* août 1991;100(3):316-36.
59. Fresco DM, Frankel AN, Mennin DS, Turk CL, Heimberg RG. Distinct and Overlapping Features of Rumination and Worry: The Relationship of Cognitive Production to Negative Affective States. *Cogn Ther Res.* 2002;10.
60. Papageorgiou C, Wells A. Process and meta-cognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6(2):156-62.
61. Watkins E, Moulds M, Mackintosh B. Comparisons between rumination and worry in a non-clinical population. *Behav Res Ther.* 1 déc 2005;43(12):1577-85.
62. Watkins E. Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behav Res Ther.* sept 2004;42(9):1037-52.

63. McLaughlin KA, Borkovec TD, Sibrava NJ. The effects of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behav Ther.* mars 2007;38(1):23-38.
64. Behar E, Zullig AR, Borkovec TD. Thought and Imaginal Activity During Worry and Trauma Recall. *Behav Ther.* 2005;36(2):157-68.
65. Blagden JC, Craske MG. Effects of active and passive rumination and distraction: A pilot replication with anxious mood. *J Anxiety Disord.* 1996;10(4):243-52.
66. Spinhoven P, Klein N, Kennis M, Cramer AOJ, Siegle G, Cuijpers P, et al. The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behav Res Ther.* juill 2018;106:71-85.
67. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract.* 1 mars 2001;8(2):160-4.
68. Lopatka C, Rachman S. Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behav Res Ther.* juill 1995;33(6):673-84.
69. Freeston MH, Ladouceur R, Thibodeau N, Gagnon F. Cognitive intrusions in a non-clinical population: II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 1992;30(3):263-71.
70. Langlois F, Freeston MH, Ladouceur R. Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 1. *Behav Res Ther.* févr 2000;38(2):157-73.
71. Wells A, Morrison AP. Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: a comparative study. *Behav Res Ther.* nov 1994;32(8):867-70.
72. Clark DA, Claybourn M. Process characteristics of worry and obsessive intrusive thoughts. *Behav Res Ther.* déc 1997;35(12):1139-41.
73. Pichot P. [DSM-III: the 3d edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders from the American Psychiatric Association]. *Rev Neurol (Paris).* 1986;142(5):489-99.
74. Barlow DH, Blanchard EB, Vermilyea JA, Vermilyea BB, DiNardo PA. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *Am J Psychiatry.* janv 1986;143(1):40-4.
75. Bowlby J. *Attachment and loss 2.* 2. New York: Basic Books; 1973.
76. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation.* Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978. xviii, 391. (Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation).
77. Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Hülsenbeck P. Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behav Res Ther.* mai 2000;38(5):487-97.
78. Whiteside SP, Brown AM. Exploring the utility of the Spence Children's Anxiety

- Scales parent- and child-report forms in a North American sample. *J Anxiety Disord.* déc 2008;22(8):1440-6.
79. Mickelson K, Kessler R, Shaver P, Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol.* 1 déc 1997;73:1092-106.
 80. Warren SL, Huston L, Egeland B, Sroufe LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 1997;36(5):637-44.
 81. Bifulco A, Kwon J, Jacobs C, Moran PM, Bunn A, Beer N. Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* oct 2006;41(10):796-805.
 82. Cassidy J, Lichtenstein-Phelps J, Sibrava NJ, Thomas CL, Borkovec TD. Generalized anxiety disorder: connections with self-reported attachment. *Behav Ther.* mars 2009;40(1):23-38.
 83. Hale ED, Treharne GJ, Norton Y, Lyons AC, Douglas KMJ, Erb N, et al. « Concealing the evidence »: the importance of appearance concerns for patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2006;15(8):532-40.
 84. Wijsbroek SAM, Hale WW, Raaijmakers QAW, Meeus WHJ. The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescents' self-reported GAD and SAD symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* juill 2011;20(7):361-71.
 85. Shanahan T, Shanahan C. Teaching Disciplinary Literacy to Adolescents: Rethinking Content- Area Literacy. *Harv Educ Rev.* avr 2008;78(1):40-59.
 86. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* sept 2009;32(3):483-524.
 87. Nordahl HM, Wells A, Olsson CA, Bjerkeset O. Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Aust N Z J Psychiatry.* sept 2010;44(9):852-8.
 88. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behav Res Ther.* 1990;28(6):487-95.
 89. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther.* 1 janv 1977;15(5):389-95.
 90. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Personal Individ Differ.* 1 déc 1994;17(6):791-802.
 91. González M, Bethencourt JM, Fumero A, Fernández A. [Spanish adaptation of the « Why worry? » questionnaire]. *Psicothema.* mai 2006;18(2):313-8.
 92. McEvoy PM, Mahoney AEJ, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the repetitive thinking questionnaire. *J*

- Anxiety Disord. 1 juin 2010;24(5):509-19.
93. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1 juin 2011;42(2):225-32.
 94. Miranda R, Wheeler A, Polanco-Roman L, Marroquín B. The Future-Oriented Repetitive Thought (FoRT) Scale: A Measure of Repetitive Thinking about the Future. *J Affect Disord*. 1 janv 2017;207:336-45.
 95. Borkovec TD. The role of cognitive and somatic cues in anxiety and anxiety disorders: Worry and relaxation-induced anxiety. In: *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1985. p. 463-78.
 96. Borkovec TD, Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behav Res Ther*. 1990;28(2):153-8.
 97. Freeston MH, Dugas MJ, Ladouceur R. Thoughts, images, worry, and anxiety. *Cogn Ther Res*. 1996;20(3):265-73.
 98. Borkovec TD, Ray WJ, Stober J. Worry: A Cognitive Phenomenon Intimately Linked to Affective, Physiological, and Interpersonal Behavioral Processes. *Cogn Ther Res*. 1 déc 1998;22(6):561-76.
 99. Makovac E, Smallwood J, Watson DR, Meeten F, Critchley HD, Ottaviani C. The verbal nature of worry in generalized anxiety: Insights from the brain. *NeuroImage Clin*. 2018;17:882-92.
 100. Stoeber J, Tepperwien S, Staak M. Worrying leads to reduced concreteness of problem elaborations: Evidence for the avoidance theory of worry. *Anxiety Stress Coping*. 1 juill 2000;13:217-27.
 101. Paivio A. *Mental Representations: A Dual Coding Approach*. Oxford University Press; 1990. 338 p.
 102. Tucker DM, Newman JP. Verbal versus imaginal cognitive strategies in the inhibition of emotional arousal. *Cogn Ther Res*. 1981;5(2):197-202.
 103. Borkovec TD, Hu S. The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behav Res Ther*. 1990;28(1):69-73.
 104. Borkovec TD. Worry: A potentially valuable concept. *Behav Res Ther*. 1985;23(4):481-2.
 105. Borkovec TD, Roemer L. Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. mars 1995;26(1):25-30.
 106. Hoehn-Saric R, Lee JS, McLeod DR, Wong DF. Effect of worry on regional cerebral blood flow in nonanxious subjects. *Psychiatry Res*. 30 déc 2005;140(3):259-69.
 107. Newman MG, Llera SJ. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety

- disorder: a review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psychol Rev.* avr 2011;31(3):371-82.
108. Newman M, Castonguay L, Borkovec T, Molnar C. Integrative psychotherapy. In 2004. p. 320-50.
 109. Roemer L, Erisman SM, Orsillo S. Mindfulness and acceptance-based treatments for anxiety disorders. *Oxf Handb Anxiety Relat Disord.* 1 janv 2009;476-87.
 110. Mennin D. Emotion Regulation Therapy: An Integrative Approach to Treatment-Resistant Anxiety Disorders. *J Contemp Psychother.* 1 juin 2006;36:95-105.
 111. Davey GC, Hampton J, Farrell J, Davidson S. Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personal Individ Differ.* 1992;13(2):133-47.
 112. Tallis F, Eysenck M, Mathews A. Elevated evidence requirements and worry. *Personal Individ Differ.* 1991;12(1):21-7.
 113. Metzger RL, Miller ML, Cohen M, Sofka M, Borkovec TD. Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *J Clin Psychol.* 1990;46(1):78-88.
 114. Borkovec TD, Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol.* août 1993;61(4):611-9.
 115. Hofmann W, Gawronski B, Gschwendner T, Le H, Schmitt M. A meta-analysis on the correlation between the implicit association test and explicit self-report measures. *Pers Soc Psychol Bull.* oct 2005;31(10):1369-85.
 116. Llera SJ, Newman MG. Effects of worry on physiological and subjective reactivity to emotional stimuli in generalized anxiety disorder and nonanxious control participants. *Emot Wash DC.* oct 2010;10(5):640-50.
 117. Stapinski LA, Abbott MJ, Rapee RM. Evaluating the cognitive avoidance model of generalised anxiety disorder: impact of worry on threat appraisal, perceived control and anxious arousal. *Behav Res Ther.* oct 2010;48(10):1032-40.
 118. Andrews V, Borkovec TD. The differential effects of inductions of worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* mars 1988;19(1):21-6.
 119. Thayer JF, Friedman BH, Borkovec TD. Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biol Psychiatry.* 15 févr 1996;39(4):255-66.
 120. Butler K. Content, Context, and Compositionality. *Mind Lang.* 1995;10(1-2):3-24.
 121. Bacon MM, Rood EA, Washburn MF. A study of affective contrast. (Minor Stud. fr. Psychol. Lab. of Vassar Col., XXV.). *Am J Psychol.* 1914;25:290-3.
 122. Steinfurth ECK, Alius MG, Wendt J, Hamm AO. Physiological and neural correlates of

- worry and rumination: Support for the contrast avoidance model of worry. *Psychophysiology*. 2017;54(2):161-71.
123. Heide FJ, Borkovec TD. Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(2):171-82.
 124. Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother*. 1995;23(3):301-20.
 125. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979;34(10):906-11.
 126. Francis K, Dugas MJ. Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personal Individ Differ*. 2004;37(2):405-15.
 127. Wells A. A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the anxious thoughts inventory. *Anxiety Stress Coping*. 1 janv 1994;6(4):289-99.
 128. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. *Behav Res Ther*. févr 1998;36(2):215-26.
 129. Ladouceur R, Talbot F, Dugas MJ. Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. Experimental findings. *Behav Modif*. juill 1997;21(3):355-71.
 130. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Scale: psychometric properties of the English version. *Behav Res Ther*. août 2002;40(8):931-45.
 131. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. Intolerance of Uncertainty and Problem Orientation in Worry. *Cogn Ther Res*. 1 déc 1997;21(6):593-606.
 132. Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cogn Ther Res*. 1 oct 2001;25(5):551-8.
 133. Ladouceur R, Gosselin P, Dugas MJ. Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behav Res Ther*. sept 2000;38(9):933-41.
 134. MacLeod C, Campbell L, Rutherford E, Wilson E. The causal status of anxiety-linked attentional and interpretive bias. In: *Cognition, emotion and psychopathology: Theoretical, empirical and clinical directions*. New York, NY, US: Cambridge University Press; 2004. p. 172-89.
 135. Eysenck MW, Mogg K, May J, Richards A, Mathews A. Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *J Abnorm Psychol*. mai 1991;100(2):144-50.
 136. Mogg K, Bradley B. Attentional Bias in Generalized Anxiety Disorder Versus Depressive Disorder. *Cogn Ther Res*. 1 févr 2005;29:29-45.

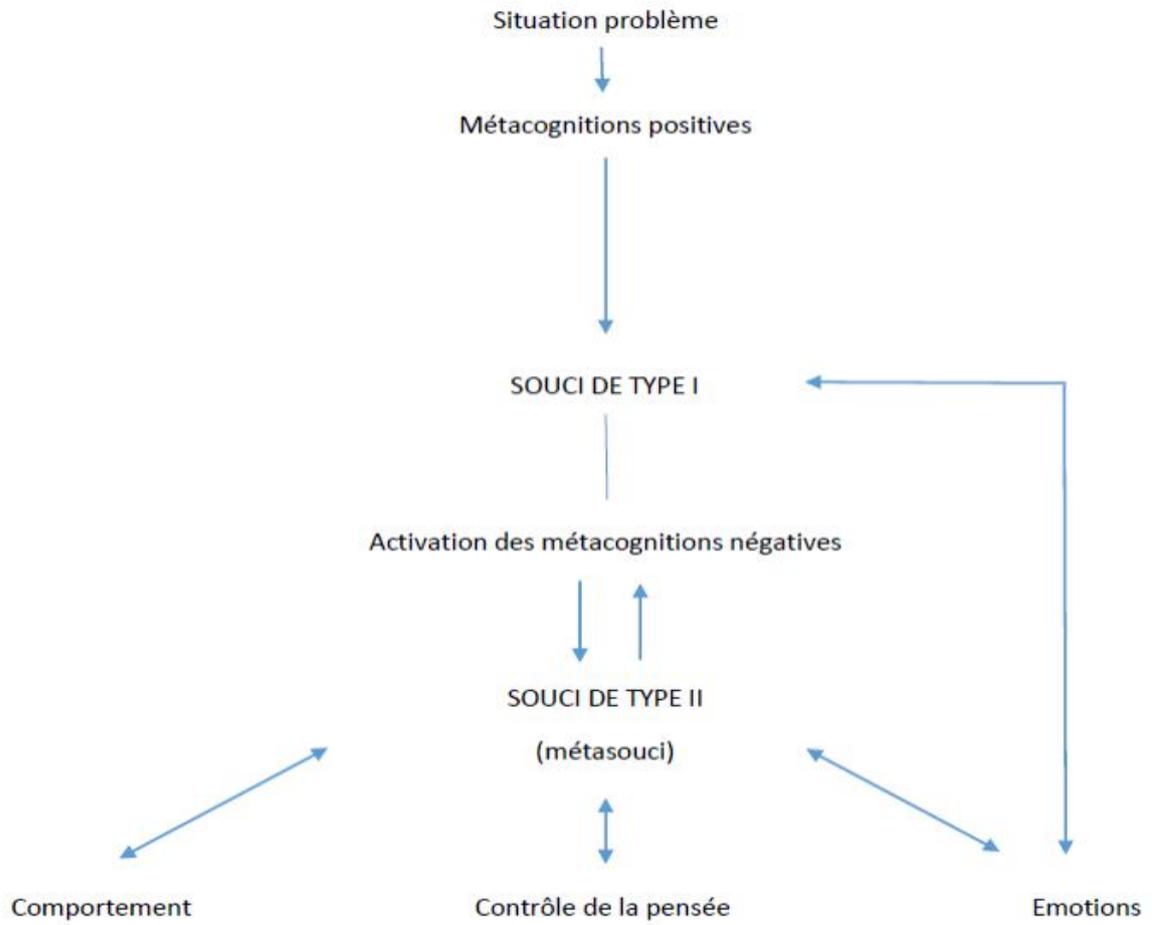
137. Dugas MJ, Hedayati M, Karavidas A, Buhr K, Francis K, Phillips NA. Intolerance of Uncertainty and Information Processing: Evidence of Biased Recall and Interpretations. *Cogn Ther Res.* 1 févr 2005;29(1):57-70.
138. Maydeu-Olivares A, D’Zurilla TJ. A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cogn Ther Res.* 1996;20(2):115-33.
139. Davey GCL, Jubb M, Cameron C. Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence. *Cogn Ther Res.* 1996;20(4):333-44.
140. Dugas MJ, Letarte H, Rhéaume J, Freeston MH, Ladouceur R. Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cogn Ther Res.* 1 févr 1995;19(1):109-20.
141. Davey GCL. Pathological worrying as exacerbated problem-solving. In: *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment.* Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 35-59. (Wiley series in clinical psychology).
142. D’Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: Chang EC, D’Zurilla TJ, Sanna LJ, éditeurs. *Social problem solving: Theory, research, and training [Internet].* Washington: American Psychological Association; 2004 [cité 12 juill 2019]. p. 11-27. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/10805-001>
143. Newman M, Borkovec T. Cognitive behavioural therapy for worry and generalised anxiety disorder. In 2002. p. 150-72.
144. Ost LG. Applied relaxation: description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther.* 1987;25(5):397-409.
145. Borkovec TD, Hazlett-Stevens H, Diaz ML. The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clin Psychol Psychother.* 1999;6(2):126-38.
146. Goldfried MR. Systematic desensitization as training in self-control. *J Consult Clin Psychol.* 1971;37(2):228-34.
147. Andersson E, Hedman E, Wadström O, Boberg J, Andersson EY, Axelsson E, et al. Internet-Based Extinction Therapy for Worry: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther.* mai 2017;48(3):391-402.
148. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJA. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord.* 2008;22(1):108-16.
149. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1 sept 2006;37(3):206-12.
150. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7.
151. Nordahl HM, Borkovec TD, Hagen R, Kennair LEO, Hjemdal O, Solem S, et al. Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open.* sept 2018;4(5):393-400.

152. Dugas MJ, Ladouceur R. Treatment of GAD. Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behav Modif.* oct 2000;24(5):635-57.
153. Davey G, Wells A, éditeurs. *Worry and its psychological disorders: theory, assessment, and treatment.* Chichester, England ; Hoboken, NJ: Wiley; 2006. 410 p. (The Wiley series in clinical psychology).
154. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide.* Oxford University Press; 2017. 209 p.
155. Newby JM, Williams AD, Andrews G. Reductions in negative repetitive thinking and metacognitive beliefs during transdiagnostic internet cognitive behavioural therapy (iCBT) for mixed anxiety and depression. *Behav Res Ther.* août 2014;59:52-60.
156. Efficacy of Transdiagnostic Treatments: A Review of Published Outcome Studies and Future Research Directions - Semantic Scholar [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Efficacy-of-Transdiagnostic-Treatments%3A-A-Review-of-McEvoy-Nathan/dd4a9e988ece6d1f19e56302f42301949393c897>
157. Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27466074>
158. Titov N, Andrews G, Johnston L, Robinson E, Spence J. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* sept 2010;48(9):890-9.
159. Haddock G, McCARRON J, TARRIER N, FARAGHER EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med.* juill 1999;29(4):879-89.
160. Freeman D, Dunn G, Startup H, Pugh K, Cordwell J, Mander H, et al. Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): a parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *Lancet Psychiatry.* avr 2015;2(4):305-13.
161. Gaynor K. A critical review of mindfulness-based psychological treatments for worry and rumination. *Crit Rev.* 2014;6.
162. Hayes-Skelton SA, Roemer L, Orsillo SM. A Randomized Clinical Trial Comparing an Acceptance Based Behavior Therapy to Applied Relaxation for Generalized Anxiety Disorder. *J Consult Clin Psychol.* oct 2013;81(5):761-73.
163. Querstret D, Croypley M. Assessing treatments used to reduce rumination and/or worry: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* 1 déc 2013;33(8):996-1009.
164. Kinderman PP. Peter Kinderman's blog: Times of change and opportunity: Towards a psychological model of mental health and well-being [Internet]. Peter Kinderman's blog. 2013 [cité 28 juill 2019]. Disponible sur: <http://peterkinderman.blogspot.com/2013/11/times-of-change-and-opportunity->

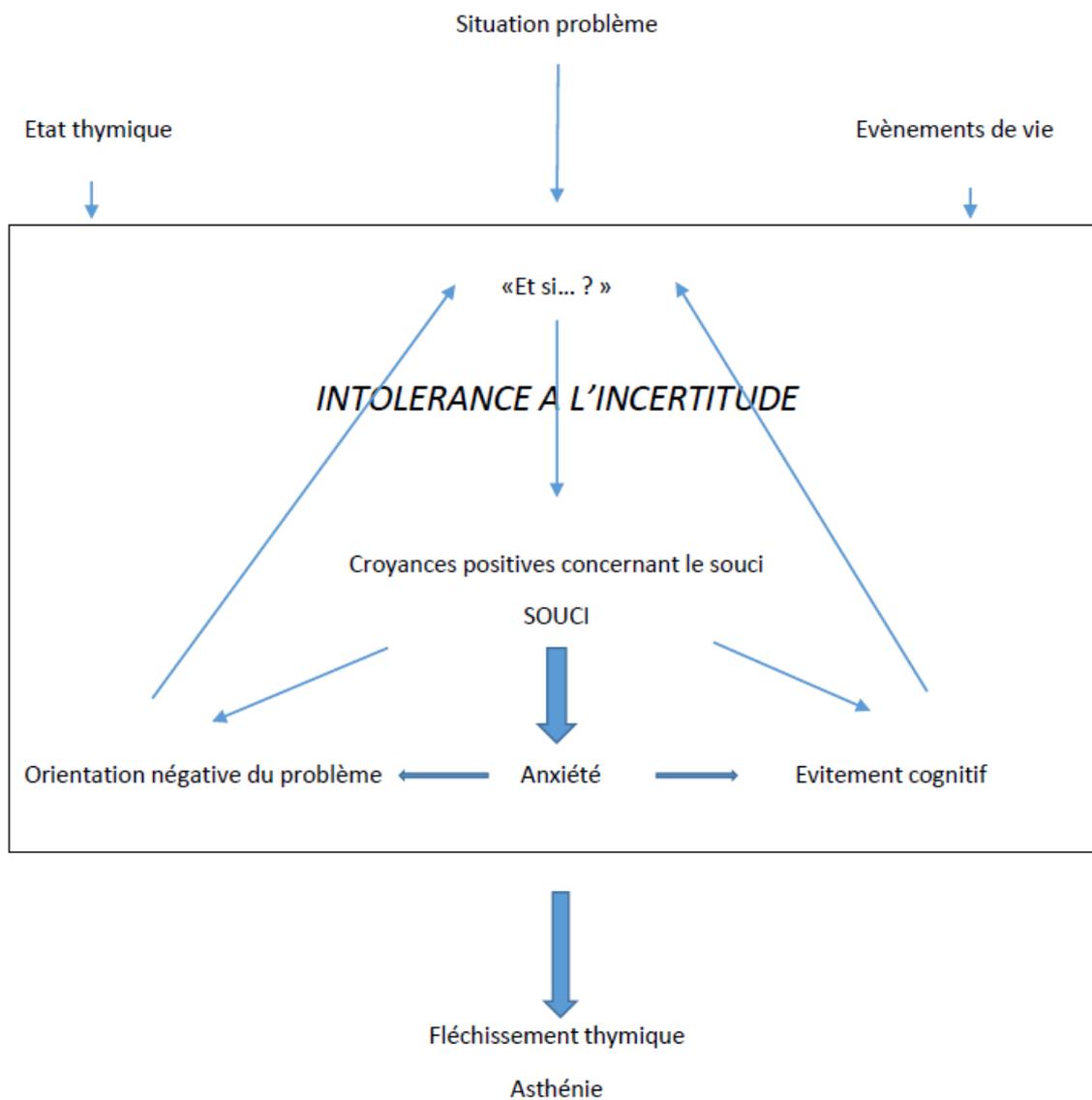
towards.html

165. Pemberton R, Wainwright T. The end of mental illness thinking? *Int J Clin Health Psychol.* sept 2014;14(3):216-20.
166. Gosselin P. Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. 2001;10.
167. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide.* Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 1997. xiv, 314. (Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide).

7 Annexes



Annexe 1 : Le modèle métacognitif (153,167)



Annexe 2 : Le modèle d'intolérance à l'incertitude (128,153)

8 Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »