



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

Vers un protocole de traitement processuel et modulaire des troubles anxio-dépressifs[☆]



Towards a modular, processual treatment protocol for anxio-depressive disorders

Pierre Philippot^{a,*}, Martine Bouvard^b, Céline Baeyens^c,
Vincent Dethier^a

^a Laboratoire de psychopathologie expérimentale, institut de recherche en sciences psychologiques, université catholique de Louvain, place du Cardinal-Mercier, 10, 1348, Louvain-la-Neuve, Belgique

^b Département de psychologie, université de Savoie, Jacob-Bellecombette BP 1104, 73011 Chambéry cedex, France

^c Université Grenoble-Alpes, UFR SHS, 1251, avenue Centrale, BP 47, 38040 Grenoble cedex 9, France

Reçu le 15 juin 2015 ; reçu sous la forme révisée le 29 juin 2015 ; accepté le 1^{er} juillet 2015

Disponible sur Internet le 5 août 2015

MOTS CLÉS

Conceptualisation de cas ;
Diagnostic ;
Processus transdiagnostiques ;
Protocole modulaire ;
Anxiété ;
Dépression

Résumé L'approche processuelle transdiagnostique a été conçue pour pallier les limites des protocoles de traitement empiriquement validés pour un diagnostic et régulièrement utilisés en thérapie comportementale et cognitive. Dans cet article, nous avons présenté une nouvelle manière de concevoir les thérapies : une approche modulaire et processuelle. Son idée centrale est que l'évaluation et l'intervention en psychopathologie doivent cibler les processus étiopathologiques, responsables de l'apparition et du maintien du trouble. Le rationnel général est de proposer un modèle de conceptualisation de cas individuel centré sur les processus responsables du maintien du trouble chez la personne. Plus précisément, nous avons identifié et présenté sept classes de processus (éviter l'expérimentiel et désactivation comportementale, stratégies de régulation des émotions, croyances métacognitives dysfonctionnelles, sentiment d'inopérance et faible sentiment d'efficacité personnelle, écarts entre les sois, ruminations mentales, intolérance à l'incertitude), ainsi que les questionnaires permettant de les évaluer. Des modules d'intervention ciblant chacun un processus dysfonctionnel chez un patient donné seront ensuite proposés.

© 2015 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Un site internet présente le projet décrit dans cet article, ainsi que les instruments cliniques qui en font l'objet : <http://www.uclap.be/processus>.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.philippot@uclouvain.be (P. Philippot).

KEYWORDS

Case
conceptualisation;
Diagnosis;
Transdiagnostic
processes;
Modular protocol;
Anxiety;
Depression

Summary Recently, the approach of applying a validated treatment protocol as a function of the psychiatric disorder diagnosed has been questioned. Among the limitations highlighted, is the fact that, in most cases, people presenting a mental disorder also suffer from co-morbid mental disorders. In these conditions, it is uncertain how to determine a treatment approach based on protocols that have been validated for uni-morbid cases. Others have also pointed to the great diversity of individual profiles within the same diagnostic category, questioning the relevance of a single treatment for different cases presenting the same diagnosis. Finally, from a logical standpoint, some claim that any treatment should address the cause of the disorder (i.e. etiopathological processes) and not its effect (symptoms determining the diagnosis). To overcome these limitations, a transdiagnostic, processual approach has been proposed. This approach supposes that there are psychological processes common to different diagnoses, and that treatment should target the cause of the disorder (i.e. the underlying psychological processes) and not its consequences (i.e. the symptoms and the diagnoses). In this article, building on the transdiagnostic, processual perspective, we present a new way to conceive psychological treatment of mental disorders: the processual, modular approach. In this approach, case conceptualization is central. It aims at identifying the psychological processes that are responsible for the onset and maintenance of the disorder. Based on this processual case conceptualisation, the intervention targets the specific processes that have been found active in a given individual. More precisely, the intervention consists of the concatenation of modules, each module targeting a specific etiopathological process. Hence, the end-treatment, the concatenation of modules, is individualized according to the specific processes that have been identified as determining the condition of a specific individual. The proximal validation of this approach relies on demonstrating that the processual case conceptualization accurately identifies the psychological processes that maintain the problem and that each module is indeed effective in altering the psychological process it targets. The distal validation would be to demonstrate that this new approach is more effective in reducing symptoms than the traditional "diagnosis-based treatment approach". We expose a case conceptualization module that aims at identifying the main processes that are active in anxio-depressive disorders in adults. Based on a literature review, we have identified seven classes of processes: experiential avoidance and behavioral deactivation, dysfunctional emotion regulation strategies, meta-cognitive beliefs, helplessness and poor self-efficacy, gaps between actual self and ideal or socially prescribed selves, mental rumination, and intolerance to uncertainty. From the literature, we have selected self-reported questionnaires measuring each of these processes. Special care has been given to choosing questionnaires easy to use in everyday regular clinical practice, and that allow for constructive feedback with the clients. The structure and underlying dimensions, psychometric characteristics, validation in English and in French are presented for each questionnaire. The selected questionnaires are the Multidimensional Emotion Avoidance Questionnaire (MEAQ), the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), the Meta-cognition Questionnaire (MCQ), a specially designed questionnaire assessing self-efficacy in a variety of life situations, a specially designed questionnaire defining the ideal and the socially prescribed selves of the client, as well as the gaps between these selves and the actual self, and the distress it triggers, the Cambridge-Exeter Repetitive Thinking Scale (CERTS), and the Intolerance to Uncertainty Scale (IUS). The resulting clinical instrument for case conceptualization is presented and its limitations are discussed. This article is complemented by a sister article in this volume that presents a clinical case, conceptualized with the present protocol.

© 2015 Association française de thérapie comportementale et cognitive. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les 30 dernières années ont connu un essor remarquable de la psychothérapie, notamment du fait du développement de protocoles de traitement empiriquement validés. Le clinicien dispose actuellement d'une série de traitements psychothérapeutiques dont l'efficacité a été éprouvée par des méthodes scientifiques rigoureuses. Typiquement, cette validation scientifique a adopté l'essai clinique contrôlé et randomisé comme critère de référence. Ainsi, pour être validé, un traitement doit faire la preuve qu'il

réduit davantage les symptômes qu'un traitement placebo, ou au moins tout autant qu'un autre traitement établi ayant une efficacité supérieure au placebo [1–3]. Cette approche, inspirée des sciences médicales, s'est organisée sur la base des diagnostics psychiatriques tels que définis par les grandes classifications internationales (DSM, CIM). Outre la rigueur concernant la méthodologie de recherche, cette approche a mis l'accent sur la validation de l'efficacité symptomatique, c'est-à-dire sur la capacité du

traitement à réduire les symptômes définissant les critères diagnostiques.

Tout en reconnaissant ses immenses mérites, l'approche des protocoles de traitement validés pour un diagnostic a été l'objet de différentes critiques [4]. Celles-ci concernent notamment le fait que la validité théorique (le traitement repose-t-il sur un modèle théorique solide et scientifiquement éprouvé?) et la validité processuelle (le traitement agit-il par son action sur les processus étiopathologiques qu'il prétend cibler?) ont été négligées. La validité théorique est importante, car c'est en affinant les modèles par assimilation et accommodation de données empiriques et cliniques que des modèles théoriques plus pertinents peuvent être développés et servir de base à des interventions mieux adaptées et plus efficaces. De même, la validité processuelle définie comme la connaissance des facteurs d'action d'un traitement (les processus mobilisés) est capitale pour concevoir des interventions potentialisant au mieux ces ingrédients actifs.

Une autre limite concerne la validité écologique des traitements empiriquement validés (le traitement est-il généralisable à la population rencontrée par les cliniciens?). Les recherches effectuées dans cette perspective impliquent le recours à des échantillons de patients présentant une pathologie spécifique sans ou avec peu de pathologies comorbides. Cependant, dans la réalité clinique, la comorbidité est la règle plutôt que l'exception. Une validation écologique des traitements devrait donc également s'adresser à des populations comorbides.

Une troisième limite a trait au fait que les critères d'efficacité sont établis uniquement par rapport à des troubles spécifiques, tels qu'énoncés par le DSM-IV et maintenant par le DSM-5 [5]. Il existe cependant des états de souffrances psychologiques, nécessitant un traitement, et pour lesquels il n'existe pas de diagnostic « reconnu » (par exemple, les conséquences du harcèlement moral). Le DSM établit des catégories sur base d'un consensus au niveau symptomatique et évite volontairement de faire référence aux processus psychopathogènes sous-jacents. Or en toute logique, les traitements devraient cibler les processus et non les symptômes.

Malgré les limites énoncées, il faut souligner que la notion de traitement empiriquement validé met très justement l'accent sur l'importance de l'évaluation critique des interventions psychothérapeutiques en fonction de différents

critères : symptomatologie, qualité de vie, fonctionnement personnel, relationnel, ou professionnel. Cette notion souligne également l'importance du cycle empirique dans le processus de la prise en charge (recueil de données, hypothèses, intervention, évaluation, adaptation des hypothèses ou clôture).

L'approche processuelle transdiagnostique

Afin de répondre aux limites des traitements ciblant les diagnostics, une nouvelle approche propose de cibler les processus étiopathologiques causant ou maintenant les troubles. Cette approche est basée sur deux postulats : celui de la primauté des processus psychologiques dans la détermination des troubles mentaux d'une part et celui que des mêmes processus peuvent être actifs dans différents diagnostics d'autre part. On parle donc d'une approche processuelle, transdiagnostique.

Le postulat de la primauté des processus psychologiques est bien exprimé dans le modèle formulé par Kinderman et Tai [6–8], représenté dans la Fig. 1. Ces auteurs ont mis en question le modèle bio-psycho-social des troubles mentaux qui stipule que ceux-ci sont déterminés par la conjonction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Comme représenté dans la Fig. 1, Kinderman propose que les troubles mentaux soient déterminés directement et exclusivement par des processus psychologiques. Ces processus psychologiques peuvent eux-mêmes être déterminés par des facteurs biologiques, des facteurs sociaux, ou des événements ou contextes de vie. Cependant, l'influence de ces derniers facteurs sur les troubles mentaux est nécessairement médiée par les processus psychologiques. En effet, par leur définition même, les troubles mentaux concernent un dysfonctionnement de processus mentaux, autrement dit, psychologiques, et les déterminants proximaux de ce dysfonctionnement ne peuvent donc être que psychologiques.

Le postulat de transdiagnosticité a été formulé par différents auteurs, par exemple [4,9]. Il part du double constat, d'une part, de la grande prévalence des cas comorbides quand une approche diagnostique catégorielle (DSM, ICD) est utilisée, et d'autre part, le fait que des mêmes processus psychologiques sont présents dans différentes catégories diagnostiques. Par exemple, la rumination mentale est un processus actif dans la dépression, la psychose

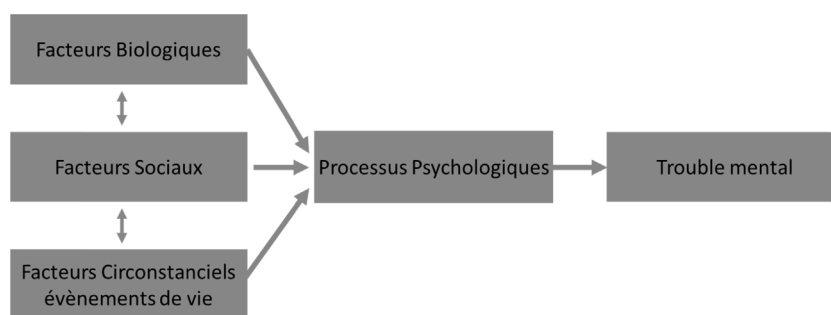


Figure 1 Modèle de la détermination des troubles mentaux de Kinderman et Tai (2007).
Kinderman and Tai's (2007) mental disorder determination model.

ou la dépendance à l'alcool, par exemple [10]. Remarquons que l'approche processuelle n'implique pas que tous les processus étiopathologiques soient nécessairement transdiagnostiques. Certains processus peuvent être propres à un trouble. Par exemple, la fusion « pensée-forme » (le fait de croire que simplement penser à de la nourriture peut provoquer une prise de poids) est un processus propre aux troubles alimentaires [11].

Dans la perspective processuelle transdiagnostique, la prise en charge psychothérapeutique consiste en un premier temps à identifier les processus psychologiques qui sont responsables de l'apparition et du maintien du trouble. Dans un second temps, l'intervention psychothérapeutique a pour but d'agir sur ces processus afin d'éliminer le trouble. Par exemple, si un mode de rumination mentale abstraite et auto-dépréciative semble être le processus maintenant un état dépressif chez un individu, l'intervention ciblera spécifiquement ce mode de rumination, par exemple [12]. Dans cette perspective, la validation des interventions psychothérapeutiques n'est plus pensée en termes de diagnostic (quelle intervention est efficace pour réduire la symptomatologie attachée à un diagnostic spécifique?), mais bien en termes de processus (quelle intervention peut altérer le processus incriminé afin de supprimer la cause de maintien du trouble?).

Dans cette démarche, la conceptualisation de cas occupe une place importante, tout particulièrement en ce qui concerne la mise en évidence des processus psychologiques responsables de l'apparition et du maintien du trouble. Beaucoup de modèles de la conceptualisation de cas ont été proposés [13]; Collaborative Case Conceptualization [14]; Problem-Solving Approach [15]; Strengths-Based CBT Model [16]; A Transdiagnostic Approach [9]; The Transdiagnostic Road Map To Case Formulation And Treatment Planning [17]. Malgré cette profusion de la littérature, le clinicien est confronté à la diversité des processus qui peuvent être considérés et à l'absence de nomenclature ou de classification de ces processus.

Outre la grande diversité des processus qui ont été mis en évidence par la recherche en psychopathologie, se pose également la question du niveau de spécificité auquel ces processus doivent être considérés. Par exemple, le phénomène clinique de la rumination mentale est considéré comme un processus psychologique pouvant déterminer une série de troubles. On est ici à un niveau très général. À un niveau plus spécifique, les travaux de Watkins [18] ont montré que les ruminations pathologiques étaient sous-tendues par un style cognitif particulier, qualifié d'abstrait et d'analytique : l'individu se questionne sur les causes et les conséquences de son état à un niveau d'abstraction assez élevé (par exemple : « pourquoi ne puis-je pas trouver le courage de m'en sortir? » ou « que va-t-il m'arriver si je n'arrive pas à sortir de ma dépression, vais-je pouvoir garder mon emploi? »). Ce mode cognitif peut aussi être considéré comme un processus. Dans le cas présent, le niveau d'analyse est plus spécifique. Par ailleurs, un niveau d'analyse encore plus spécifique peut être utilisé. En effet, la rumination est caractérisée par un déficit de flexibilité cognitive : la difficulté à désengager son attention d'une réponse dominante (les pensées ruminatives qui surviennent automatiquement) et à réengager son attention sur la tâche ou l'action pertinente.

Implications cliniques pour la conceptualisation de cas

Comment, dès lors, le clinicien peut-il procéder pour établir les processus qui seront la cible de son intervention? Répondre à cette question implique de tenir compte d'au moins quatre facteurs. Le premier et le plus important est de se baser sur les processus mis en évidence dans la littérature pour le type de problème présenté par le client. La littérature est riche en modèles spécifiant les processus sous-tendant soit des troubles (par exemple, les modèles de Ladouceur [19] ou Borkovec [20] pour le trouble d'anxiété généralisée) soit des problèmes psychologiques (par exemple le modèle du perfectionnisme de Frost [21] ou Shafran [22]). De plus, cette littérature a spécifié le niveau optimal auquel prendre en compte le processus afin d'expliquer le trouble.

Le second facteur est la praticabilité clinique. Certains processus (par exemple, l'évitement comportemental) peuvent faire plus facilement l'objet d'une intervention psychothérapeutique que d'autres (par exemple, les biais attentionnels envers la menace). En effet, certains processus, notamment les processus implicites, requièrent des stratégies élaborées pour pouvoir être mis en évidence et pour pouvoir être modifiés. Par exemple, mettre en évidence un biais d'attention requiert des tâches informatisées avec une chronométrie des réponses très précise. Il en est de même pour leur modification par des programmes d'entraînement attentionnel spécifiques. Cette technologie n'est pas toujours à la portée du clinicien.

Le troisième facteur tient compte de l'expertise du clinicien. Le domaine des processus étiopathologiques est très vaste. De plus, ces connaissances évoluent rapidement. Aucun clinicien ne peut prétendre à une bonne maîtrise des méthodes d'évaluation et d'intervention pour tous les processus mis en évidence dans la littérature. Il paraît dès lors inévitable que le clinicien privilégie les processus qu'il maîtrise, dans la limite de leur pertinence pour rendre compte du cas.

Enfin, les préférences du client sont à tenir en compte. Certains clients peuvent manifester un intérêt particulier à travailler certains domaines, ou pour certains types d'interventions. À nouveau, dans la limite de ce qui est justifié par les processus mis en évidence dans la conceptualisation de cas, ces préférences sont à prendre en considération.

Ces quatre principes guident le choix du clinicien dans la sélection des processus et de leur niveau d'analyse. Il n'en reste pas moins vrai que cet exercice est un art plus qu'une science ou l'application de procédures bien définies. Cette approche requiert une formation approfondie des psychothérapeutes aux modèles psychopathologiques, ainsi qu'une formation continue étant donné l'évaluation rapide des connaissances en la matière.

Le développement de traitements modulaires

Une autre réponse aux limites des protocoles d'intervention validés pour un diagnostic est le développement de protocoles d'intervention modulaires. Cette nouvelle optique vise à adapter l'intervention psychothérapeutique aux spécificités

de chaque cas, tout en préservant la validation empirique caractérisant les protocoles d'intervention validés pour un diagnostic. L'idée est de composer, pour un individu donné, une intervention qui soit la concaténation de différents modules spécifiques, chaque module prenant en charge un aspect particulier du traitement. Chaque client reçoit donc un traitement individualisé en fonction des ingrédients qui pourraient lui être utiles. Par exemple, Chorpita et al. [23] ont conçu et évalué un programme modulaire pour le traitement des troubles anxio-dépressifs chez l'enfant. Ce traitement comprend une série de 31 modules, comme par exemple, un module de planification d'activités, un module de psycho-éducation sur l'anxiété, un module de relaxation, ou encore un module d'exposition expérientielle. En fonction de la conceptualisation du cas, le clinicien établit la liste des modules qui pourraient être bénéfiques à l'enfant, ainsi que leur ordre d'administration. Dans un essai clinique randomisé, Chorpita et al. ont montré que l'application du protocole modulaire donnait de meilleurs résultats que l'application de traitements empiriquement validés pour le trouble principal présenté par l'enfant.

Toutefois, cette approche est actuellement limitée par différentes questions encore non résolues. Notamment, la nature et la cible des modules ne sont pas établies. Dans le protocole de Chorpita, chaque module concerne une intervention psychothérapeutique (par exemple de l'activation comportementale ou de l'exposition) pour laquelle la littérature a apporté des preuves d'efficacité. Le clinicien doit donc établir pour un cas donné, les interventions qui seraient indiquées. Cependant, la manière de poser ce choix n'est pas explicitée, laissant indéfini un aspect central de cette approche. De même, aucune procédure n'est donnée pour déterminer l'ordre d'application des modules, ni le nombre optimal de modules à proposer.

Une alternative serait de faire correspondre les modules non à des interventions thérapeutiques en elles-mêmes, mais à des processus. Le rationnel sous-jacent est d'identifier lors de la conceptualisation de cas les processus responsables de l'apparition et du maintien du trouble chez un client donné. Le traitement subséquent serait composé des modules d'intervention qui ont prouvé leur efficacité pour agir sur les processus identifiés. Ainsi, à chaque processus, correspondrait un module d'intervention. Cette nouvelle perspective joindrait ainsi l'approche processuelle et l'approche modulaire.

Un protocole d'évaluation des processus dans les troubles anxio-dépressifs

Rationnel

Dans une optique d'intervention modulaire basée sur les processus, nous avons entrepris de construire un traitement des troubles anxio-dépressifs chez l'adulte. Le rationnel général de ce traitement est de proposer en un premier temps, un module de conceptualisation de cas individualisée ayant pour objectif d'identifier les processus responsables du maintien du trouble chez le client. Ensuite, un module de psycho-éducation vise à donner au client des informations de base sur la dépression, l'anxiété et les émotions en général, ainsi que sur le rationnel du traitement. Enfin, des modules

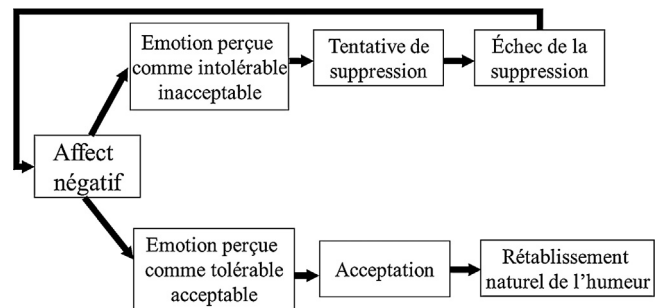


Figure 2 Modèle du maintien de la détresse émotionnelle de Barlow.

Barlow's emotion distress maintenance model.

d'intervention ciblant chacun un processus spécifique sont proposés. La nature et le nombre des modules d'intervention seraient directement déterminés par les processus mis en évidence lors du module initial de conceptualisation de cas.

La première étape dans la constitution de ce protocole de traitement modulaire et processuel est donc l'identification des processus psychologiques. Nous souhaitons concevoir un instrument qui soit à la fois validé, au moins sur le plan psychométrique, et qui puisse être utilisé facilement dans un contexte clinique tout venant. Dans cette optique, nous avons d'abord identifié dans la littérature les principaux processus pour lesquels il existe des preuves solides d'implication dans les troubles anxio-dépressifs. Ensuite, pour chaque processus, nous avons recherché les tests et questionnaires validés qui en permettent la mesure.

Présentation des processus

Nous avons identifié sept grandes classes de processus. Ceux-ci couvrent les domaines comportementaux, émotionnels, cognitifs et métacognitifs.

L'évitement expérientiel et la désactivation comportementale

Récemment, Barlow et al. ont proposé que l'évitement émotionnel était le moteur central de la plupart des troubles psychopathologiques [24,25]. Leur idée de base est illustrée dans la Fig. 2. Confronté à une émotion anticipée comme difficile ou menaçante, l'individu se trouve devant une alternative. Soit cette émotion est perçue comme extrêmement pénible et potentiellement intolérable, insupportable au point de devenir inacceptable. Soit cette émotion négative est perçue, certes comme une épreuve désagréable, mais pouvant être tolérée et supportée. Dans le premier cas, l'individu va tenter de supprimer ou d'éviter l'émotion : il peut éviter les situations où l'émotion est susceptible d'apparaître, ne pas prêter attention ou dénier ses sentiments, essayer de supprimer son anxiété en prenant des médicaments, en se distrayant, etc.

L'évitement peut être une stratégie efficace, en un premier temps du moins, quand il s'agit d'éviter des éléments extérieurs à soi. On peut, par exemple, éviter les chiens si

on en a peur. Mais cette stratégie est tout à fait inopérante avec les émotions car celles-ci sont des états internes, et comme telles, elles ne peuvent pas être réellement évitées. L'évitement des émotions ne mène donc pas à leur disparition. Au contraire, comme l'évitement émotionnel empêche le traitement de l'information émotionnelle, la situation problématique a toutes les chances de se maintenir, ainsi que l'émotion qui en résulte. Selon Barlow, un cercle vicieux est alors initié : l'émotion évitée se maintient, l'individu se sent de plus en plus impuissant face à cette situation, ce qui accroît la détresse suscitée par l'émotion. Ce cercle vicieux peut donner lieu à un trouble émotionnel, comme l'anxiété ou la dépression.

Les évitements émotionnels ont également pour conséquence que l'individu se désengage d'une série d'activités en lien avec ses buts, ses valeurs, les rôles qu'il investit. Ce retrait des activités entraîne une désactivation comportementale avec la perte d'activités significatives et renforçantes. Celle-ci engendre une perte des affects positifs et une détérioration de l'humeur et a été considérée comme un facteur central dans la dépression [26]. De plus, le désengagement comportemental a souvent comme conséquence de priver l'individu d'activités qui protègent du stress (comme l'activité physique) et qui offrent un soutien social nécessaire pour faire face à l'adversité.

Les stratégies de régulation des émotions

La régulation émotionnelle comprend « les processus impliqués dans la reconnaissance, le monitoring, l'évaluation et la modification des réactions émotionnelles » [27]. La présence d'émotions perturbatrices a été constatée dans pratiquement tous les troubles mentaux [28] et il existe une abondante littérature attestant des difficultés de régulations des émotions dans beaucoup de populations cliniques [29]. La littérature distingue en général les stratégies de régulation des émotions internalisées (par exemple, essayer de penser à autre chose que l'émotion) et les stratégies externalisées (par exemple, aller parler à des amis). Des chercheurs ont aussi émis l'hypothèse que certaines de ces stratégies, qu'elles soient internalisées ou externalisées, auraient des effets constructifs alors que d'autres seraient dysfonctionnelles [30]. Dans une revue méta-analytique de la littérature, Aldao et al. [29] ont montré que les déficits dans les stratégies de régulation internalisées (par exemple, la rumination et la suppression émotionnelle) étaient particulièrement associés aux troubles internalisés comme l'anxiété et la dépression.

Les croyances métacognitives dysfonctionnelles

Les termes de croyances métacognitives se réfèrent aux croyances et théories que les individus ont à propos de leurs propres cognitions [31]. Par exemple, un individu peut avoir la croyance que ne pas contrôler les pensées qui défilent dans sa tête pourrait avoir des conséquences extrêmement néfastes pour lui-même et le rendre fou. Ou encore, une personne peut penser que le fait de s'inquiéter amène à un meilleur fonctionnement et une meilleure efficacité dans la vie quotidienne. Ces croyances métacognitives amènent

l'individu à mettre en place des stratégies d'évaluation, de surveillance et de contrôle des pensées potentiellement dysfonctionnelles.

La métacognition, terme se référant à la fois aux connaissances ou croyances et aux processus impliqués dans l'évaluation, la surveillance et le contrôle de la cognition [9], est considérée dans le modèle de Wells et Matthews [32] comme un facteur important dans le développement de troubles psychologiques [31]. Le rôle des métacognitions a été mis en évidence dans une série de troubles tels que le trouble d'anxiété généralisée, [33,34], le trouble obsessionnel compulsif [35–37], le syndrome de stress post-traumatique [38,39], l'hypochondrie [40], la dépression [41] et la schizophrénie [42].

Le sentiment d'inopérance et le faible sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'inopérance est la croyance d'un individu dans son incapacité à exercer un impact sur le résultat de ses actions. À l'inverse, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) regroupe les croyances d'une personne dans sa capacité à produire une réalisation donnée. La notion de SEP s'inscrit dans le cadre de la théorie socio-cognitive de Bandura [43]. Cette théorie postule que le SEP détermine l'initiation de stratégies de coping, l'effort qui y sera consacré ainsi que leur maintien dans le temps. Le SEP dériverait de quatre sources d'informations : les expériences passées, les expériences vicariantes, la persuasion verbale et les états psychologiques. Dans cette perspective, la thérapie viserait à équiper les personnes en développant des compétences et des savoirs afin qu'elles exercent une plus grande influence sur leurs pensées, leurs comportements, leurs états émotionnels ainsi que sur le cours de leur vie [44]. Le rôle du SEP a été mis en évidence dans les phobies spécifiques et les expériences traumatiques [44,45]. Son rôle dans d'autres pathologies reste à déterminer.

Les écarts entre les sois

La notion d'écart entre les sois se base sur le modèle théorique de Higgins [46]. Ce modèle postule l'existence de plusieurs représentations de soi :

- le soi perçu, qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne pense posséder ;
- le soi idéal qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne aimerait posséder ;
- et le soi socialement prescrit, qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne pense devoir posséder.

Ce modèle postule que des écarts entre les sois provoquent un inconfort, une détresse. La vision négative de soi pourrait conduire à la dépression si l'écart entre le soi perçu et le soi idéal est trop important ou à l'anxiété en cas d'écart entre le soi perçu et les valeurs morales de l'individu. La vision négative de soi est également impliquée dans d'autres pathologies, par exemple les troubles

des conduites alimentaires (voir l'inventaire des troubles alimentaires ou Eating Disorders Inventory de Garner [47]).

Les ruminations mentales

Les ruminations mentales ont été initialement étudiées dans le cadre de la dépression. Selon la théorie des styles de réponses, elles sont considérées comme un mode de réponse à la détresse caractérisé par des pensées répétitives et passives centrées sur la symptomatologie dépressive et sur ses causes (« pourquoi est-ce que je suis déprimé(e) ? »), conséquences et implications éventuelles (« que va-t-il se passer si je n'arrive pas à faire face ? ») [48].

Bien que de nombreuses recherches aient mis en évidence le rôle des ruminations dans le développement et le maintien de la dépression (pour une revue, voir Nolen-Hoeksema et al., [49]), les ruminations mentales sont actuellement considérées comme un processus transdiagnostique impliqué dans de nombreux troubles tels que – entre autres – les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles alimentaires, ou les troubles liés à l'abus et la dépendance aux substances (pour une revue, voir Baeyens et al. [50] et Watkins [51]).

Dans sa théorie des modes de traitement, Watkins [18,51,52] distingue deux modes de ruminations, l'un concret-expérientiel, l'autre abstrait-analytique. Dans le mode concret-expérientiel, les pensées se caractérisent par une attention portée au moment présent et sur la manière dont les choses se déroulent moment par moment, tenant compte des émotions ressenties, des sensations physiologiques et corporelles ainsi que du contexte spécifique de la situation. Dans le mode abstrait-analytique, les pensées résultent d'une attention focalisée d'une manière abstraite sur l'analyse de causes, des conséquences et de la signification d'un état ou d'une situation. Ce type de focalisation sous-entend les questions de type « pourquoi ? » et la focalisation porte plutôt sur le passé ou sur le futur que sur le moment présent. Le mode abstrait-analytique serait le processus ruminatif impliqué dans différents troubles psychologiques [18]. La distinction entre un mode concret-expérientiel et un mode abstrait-analytique a permis de développer de nouvelles pistes d'intervention, centrées sur les ruminations, visant à modifier le mode abstrait en un mode concret, par exemple [12].

L'intolérance à l'incertitude

L'intolérance à l'incertitude consiste en la tendance excessive d'un individu à considérer comme inacceptable la possibilité qu'un événement négatif se produise en dépit de sa faible probabilité d'occurrence [53]. L'intolérance à l'incertitude favorise le développement de croyances erronées à l'égard des inquiétudes, interfère avec le processus de résolution de problèmes et contribue aux tentatives d'évitement cognitif. En tant que processus, elle est associée à de l'anxiété-trait [54] et avec les sensations de panique [53], elle joue un rôle dans le trouble obsessionnel compulsif (voir le questionnaire des croyances obsessionnelles mis au point par l'OCCWG [55]). Elle est reconnue comme la croyance centrale du trouble d'anxiété généralisée par Ladouceur et al.

Présentation des questionnaires

Pour chaque classe de processus, nous avons recherché des instruments psychométriquement validés, dans la mesure du possible, en français, ou au moins en anglais. Pour les processus métacognitifs concernant les écarts de soi et le sentiment d'opérance, nous n'avons pas trouvé d'instrument facilement exploitable dans un contexte clinique aussi avons-nous entrepris la construction et la validation de deux questionnaires.

Questionnaire multi-dimensionnel d'évitement expérientiel

Le questionnaire multi-dimensionnel d'évitement expérientiel (Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire [MEAQ]) [56] est un questionnaire de 62 items mis au point pour évaluer les évitements expérientiels. Gamez et al. [56] suggèrent que les scores à chacune des sous-échelles peuvent s'avérer utiles dans la direction à donner à l'intervention. Par exemple, les personnes hautes à la sous-échelle d'évitement comportemental pourraient être de bons candidats à des techniques d'exposition. De même, les participants ayant une note haute à la sous-échelle d'aversion à la détresse pourraient avoir besoin de plus de temps pour être sensibilisés aux problèmes causés par les tentatives de supprimer les expériences aversives. Par ailleurs, les personnes qui ont des scores élevés à la sous-échelle de procrastination et des scores bas à l'échelle d'endurance à la détresse pourraient bénéficier de techniques liées à l'entretien motivationnel [57] ou d'un accent sur les valeurs ou sur l'action engagée. Des scores élevés à la sous-échelle de répression et déni peuvent indiquer l'importance de mettre l'accent sur l'expressivité des émotions. Finalement, des scores élevés à la sous-échelle de répression et déni ainsi qu'à l'échelle de distraction et suppression pourraient bénéficier d'exercices de pleine conscience afin d'augmenter la conscience émotionnelle et de favoriser des stratégies plus adaptatives. Une validation de la version française est actuellement en cours.

Questionnaire de régulation des émotions

Le questionnaire de régulation des émotions (QRE-21) [58] est un questionnaire de 21 items spécialement conçu pour mesurer différentes stratégies de régulation émotionnelle. Le QRE-21 évalue la fréquence avec laquelle les personnes utilisent deux types de stratégies de régulation des émotions : fonctionnelles (réévaluation positive) et dysfonctionnelles (suppression), qui mobilisent à la fois des ressources internes (intra) et externes (relations interpersonnelles) pour réguler les émotions. Il est composé de quatre dimensions : la régulation des émotions « interne-fonctionnelle », « interne-dysfonctionnelle », « externe-fonctionnelle », et « externe-dysfonctionnelle » [30,58]. Ce questionnaire a été traduit en français par Philippot [59] et sa validation est en cours de publication par Decker, Trouillet et Philippot [60].

Questionnaire de métacognition

Le questionnaire de métacognition (Metacognitions Questionnaire [MCQ-30]) est un questionnaire de 30 items qui mesure les croyances métacognitives et la conscience de soi cognitive. Le développement de ce questionnaire se base sur le modèle métacognitif de Wells [61]. Le MCQ a initialement été validé dans une version anglaise à 65 items par Cartwright-Hatton et Wells [62]. Cinq facteurs stables dans le temps ont été mis en évidence. Ces dimensions sont les suivantes :

- les croyances positives par rapport à l'inquiétude. Ces croyances consistent à penser que les inquiétudes amènent une série de bénéfices comme une meilleure organisation, plus d'efficacité, le fait d'éviter des problèmes qui pourraient survenir et une meilleure adaptation ;
- les croyances négatives par rapport à l'inquiétude. Ces croyances consistent à penser que s'inquiéter représente une menace, pourrait rendre malade ou fou et est absolument hors de contrôle ;
- les croyances à propos des compétences cognitives. Ces croyances se rapportent à une faible confiance en sa propre mémoire ;
- les croyances de superstition, de culpabilité et de responsabilité personnelle. Ces croyances consistent à penser qu'avoir certaines pensées est mal et que le fait de ne pas pouvoir contrôler ses pensées implique une responsabilité personnelle et pourrait faire l'objet d'une punition ;
- la conscience de soi cognitive regroupe des items relatifs au fait de focaliser son attention et à surveiller les pensées. Une version courte à 30 items a ensuite été proposée [63]. La version longue a été traduite en français par Laroï, Van der Linden et d'Acremont [64]. Pour chacune de ces versions, la structure en cinq facteurs a été retrouvée. Une validation de la version courte en français est actuellement en cours. Les résultats préliminaires sont cohérents avec ceux retrouvés dans les versions anglaises longue et courte.

Questionnaire de sentiment d'efficacité personnelle

Le questionnaire de sentiment d'efficacité personnelle (SEP) a été créé par notre équipe, en accord avec les recommandations de Bandura [64]. Il est composé de 10 items, couvrant chacun un domaine de vie, comme la vie amoureuse, la famille, les loisirs, etc. Pour chacun, le participant évalue son niveau de confiance dans sa capacité à gérer les choses par rapport à ces domaines sur une échelle de 0 à 100. L'intérêt de ce questionnaire réside avant tout dans l'identification de domaines de vie dans lesquels le SEP est particulièrement faible ou particulièrement élevé. L'intervention peut viser tant à s'appuyer sur un SEP élevé dans un domaine particulier (travail sur les ressources) que sur la mise en place d'expériences de maîtrise active dans les domaines dans lesquels le SEP est faible (travail sur les déficits).

Questionnaire d'écarts des sois

Le questionnaire d'écarts des sois (QES) mesure l'écart entre plusieurs représentations de soi et a été mis au point par notre équipe. Il se base sur le modèle théorique de Higgins [65] qui postule l'existence de plusieurs représentations de soi :

- le soi perçu, qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne pense posséder ;
- le soi idéal qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne aimerait posséder ;
- et le soi socialement prescrit, qui est la représentation des caractéristiques qu'une personne pense devoir posséder.

La personne doit d'abord faire la liste des caractéristiques qu'elle aimerait idéalement posséder et de celles qu'elle ne veut absolument pas avoir. Ensuite, elle évalue pour chacune des caractéristiques dans quelle mesure (sur une échelle allant de 0% à 100%) elle pense posséder ces caractéristiques. Finalement, elle évalue dans quelle mesure elle se sent proche de cet idéal ainsi que la détresse provoquée par cet écart (sur une échelle allant de 1 à 7). Tout ceci est répété pour les caractéristiques du soi socialement prescrit, c'est-à-dire les caractéristiques que la personne pense que son entourage souhaiterait qu'elle ait. Au final, quatre scores sont fournis :

- l'écart entre le soi idéal et le soi perçu ;
- la détresse provoquée par l'écart entre le soi idéal et le soi perçu ;
- l'écart entre le soi socialement prescrit et le soi perçu ;
- et la détresse provoquée par l'écart entre le soi socialement prescrit et le soi perçu.

Ce questionnaire est en cours de validation. D'un point de vue clinique, la diminution d'un écart entre les sois pourrait être travaillée, par exemple grâce à des stratégies ciblant une éventuelle distorsion de la perception du soi réel ou du soi socialement prescrit ou sur les valeurs et buts importants pour la personne, ou en développant l'acceptation de ces écarts et/ou sur les comportements induits par l'émotion.

Mini-CERTS

Le Mini Cambridge Exeter Repetitive Thoughts Scale (Mini-CERTS) [66] est un questionnaire qui évalue les pensées répétitives et la rumination mentale. Celles-ci sont définies comme des processus mentaux répétitifs, prolongés et des pensées récurrentes à propos des préoccupations et de l'expérience propre. L'échelle permet de distinguer les modes concret-expérientiel et abstrait-analytique des ruminations. Les ruminations ne sont pas considérées uniquement comme un mode de réponse à la détresse mais comme une manière de penser à soi, à des sentiments, des situations ou des événements. Le Mini-CERTS évalue chacune de ces formes de ruminations. Il se compose donc de deux dimensions et est composé de quinze items. Le Mini-CERTS est une version courte du CERTS [67]. Il a été validé en français dans sa version courte par Douillez et al. [66].

Échelle d'intolérance à l'incertitude

L'échelle d'intolérance à l'incertitude (EII) évalue les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales à des situations ambiguës, les implications de l'incertitude et les tentatives de contrôler le futur. Elle comprend 27 items et a été initialement étudiée sur une population francophone par Freeston et al. [68]. Chaque item est coté selon une échelle en cinq points (de 1 à 5). Le score total correspond à la somme des scores aux 27 items. Actuellement, deux dimensions sont retenues [69] : croyance que « l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements » et croyance que « l'incertitude est injuste et gâche tout ». Le questionnaire différencie des sujets ayant un trouble d'anxiété généralisée (TAG) de sujets témoins et de sujets TAG non cliniques [70].

Conclusions et perspectives

Dans cet article, nous avons présenté une nouvelle manière de concevoir les traitements psychologiques : une approche modulaire et processuelle. Cette approche a pour caractéristiques de se fonder sur les modèles psychologiques des troubles mentaux et d'accorder une grande importance à la conceptualisation de cas et à l'individualisation du traitement. Son idée centrale est que l'évaluation et l'intervention en psychopathologie doivent cibler les processus étiopathologiques responsables de l'apparition et du maintien du trouble. Dans cette optique, la validation d'un traitement porte avant tout sur des modules. Ceux-ci doivent faire la preuve qu'ils agissent efficacement sur les processus étiopathologiques qu'ils sont censés modifier.

Une première étape décisive dans le développement des traitements modulaires processuels est l'identification des processus spécifiques opérant chez un client donné. Dans la deuxième partie de cet article, nous avons présenté un protocole constitué de questionnaires, et qui a pour ambition de mesurer les principaux processus à l'œuvre dans les troubles anxio-dépressifs. Les questionnaires ont également été sélectionnés pour leur praticabilité en milieu clinique. Certains sont encore en finalisation de validation et, même si les données dont nous disposons sont encourageantes, une réserve est de circonstance quant à leur interprétation. La seconde étape est en cours de réalisation. Nous avons réalisé des protocoles de cas individuel afin de tester le protocole décrit dans cet article avant de réaliser une étude contrôlée. Dans ce même numéro du *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, nous présentons une étude de cas clinique où le protocole d'évaluation a été utilisé. Cette étude montre concrètement les avantages et les limites du protocole. Parmi les limites, il faut notamment souligner le fait que les normes des questionnaires pour leur version française sont certainement perfectibles. Plus fondamentalement, les instruments étant des questionnaires auto-rapportés, les processus qu'ils peuvent mettre en évidence doivent presque nécessairement être accessibles à la conscience du sujet. Les processus implicites sont donc largement négligés par cet instrument.

Nous espérons avoir ouvert la porte sur une nouvelle manière de pratiquer les interventions psychologiques. Celle-ci offre les avantages d'une individualisation du

traitement et d'exploiter au maximum les compétences du thérapeute. Elle maintient cependant toutes les exigences de rigueur et de validation énoncées par le mouvement des traitements psychologiques empiriquement validés.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] American Psychological Association. Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders; 1995 [Washington, DC: author].
- [2] Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol* 1997;48:449–80.
- [3] Maxfield L, Hyer LA. The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *J Clin Psychol* 2002;58:23–41.
- [4] Barlow DH, Bullis JR, Comer JS, Ametaj AA. Evidence-based psychological treatments: an update and a way forward. *Ann Rev Clin Psych* 2013;9:1–27.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- [6] Kinderman P. A psychological model of mental disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2005;13:206–17.
- [7] Kinderman P. Understanding and addressing psychological and social problems: the mediating psychological processes model. *Int J Soc Psychiatry* 2009;55(5):464–70.
- [8] Kinderman P, Tai S. Empirically grounded clinical interventions: clinical implications of a psychological model of mental disorder. *Behav Cogn Psychother* 2007;35(1):1–14.
- [9] Harvey AG, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- [10] Ehrling T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther* 2008;1:192–205.
- [11] Coelho JS, Baeyens C, Purdon C, Pitet A, Bouvard M. Cognitive distortions and eating pathology: Specificity of thought-shape fusion. *Behav Res Ther* 2012;50:449–56.
- [12] Watkins ER. Psychological treatment of depressive rumination. *Curr Opin Psychol* 2015;4:32–6.
- [13] Persons JB. The case formulation approach to Cognitive-Behavior Therapy. New York: Guilford Press; 2008.
- [14] Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. Collaborative case conceptualisation: working effectively with clients in cognitive-behavioral therapy. New York: Guilford Press; 2009.
- [15] Nezu CM, Nezu AM. Clinical decision making in everyday practice: the science in the art. *Cogn Behav Pract* 1995;2:5–25.
- [16] Padesky CA, Mooney KA. Strengths-based cognitive-behavioural therapy: a four-step model to build resilience. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:283–90.
- [17] Frank RI, Davidson J. The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: practical guidance for clinical decision making. Oakland: New Harbinger Publications; 2014.
- [18] Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 2008;134(2):163–206.
- [19] Ladouceur R, Dugas MJ, Freeston MH, Rheame J, Blais F, Boisvert JM. Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behav Ther* 1999;30:191–207.

- [20] Borkovec TD. The nature, functions, and origins of worry. In: Tallis GDF, editor. *Worrying: perspectives on theory assessment and treatment*. Sussex, England: Wiley & Sons; 1994. p. 5–33.
- [21] Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res* 1990;14:449–68.
- [22] Shafran R, Cooper Z, Fairburn CG. Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 2002;40(7):773–91.
- [23] Chorpita BF, Weisz JR, Daleiden EL, Schoenwald SK, Palinkas LA, Miranda J, et al. Long-term outcomes for the Child STEPs randomized effectiveness trial: a comparison of modular and standard treatment designs with usual care. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(6):999–1009.
- [24] Barlow DH, Allen LB. The scientific basis of psychological treatments for anxiety disorders: past, present and future. In: Gorman JM, editor. *Fears and anxiety: benefits of translational research*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2007.
- [25] Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther* 2004;35(2):205–30.
- [26] Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatment for depression: procedure, principles, and progress. *Clin Psychol Rev* 2003;23:699–717.
- [27] Phillips KJV, Power MJ. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: the regulation of emotion questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 2007;14:145–56.
- [28] Kring AM, Werner KH. Emotion regulation in psychopathology. In: Feldman PPRS, editor. *The regulation of emotion*. New York: LEA; 2004. p. 359–85.
- [29] Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2010;30:217–37.
- [30] Phillips KJV, Power MJ. A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: the regulation of emotions questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 2007;14(2):145–56.
- [31] Wells A. *Emotional disorders & metacognitions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2000.
- [32] Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther* 1996;34(11–12):881–8.
- [33] Davis RN, Valentiner DP. Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Pers Individ Dif* 2000;29:513–26.
- [34] Wells A, Carter K. Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther* 1999;37(6):585–94.
- [35] Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998;36(9):899–913.
- [36] Emmelkamp PMG, Aardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clin Psychol Psychother* 1999;6(2):139–45.
- [37] Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2003;17(2):181–95.
- [38] 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* 2001;32(1):65–83.
- [39] Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire - psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychol Med* 1999;29(5):1089–99.
- [40] Bouman TK, Meijer KJ. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clin Psychol Psychother* 1999;6(2):96–101.
- [41] Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical meta-cognitive model of rumination and depression. *Cogn Ther Res* 2003;27(3):261–73.
- [42] Lobban F, Haddock G, Kinderman P, Wells A. The role of meta-cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Pers Individ Dif* 2002;32(8):1351–63.
- [43] Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191–215.
- [44] Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman; 1997.
- [45] Bandura A. Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *J Pers Soc Psychol* 1983;45(2):464–9.
- [46] Higgins ET. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychol Rev* 1987;94(3):319–40.
- [47] Garner DM. *The Eating Disorder Inventory-3*. Professional manual; 2004 [Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc].
- [48] Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991;100:569–82.
- [49] Nolen-Hoeksema S, Wisco B, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci* 2008;3:400–24.
- [50] Baeyens C, Kornacka M, Douilliez C. De la dépression à une perspective transdiagnostique : conceptualisation et interventions sur les ruminations mentales. *Rev Francoph Clin Comport Cogn* 2012;XVII:66–85.
- [51] Watkins ER. Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clin Psychol Rev* 2011;31:260–78.
- [52] Watkins ER. Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behav Res Ther* 2004;42:1037–52.
- [53] Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample. *Cogn Ther Res* 2001;25(5):551–8.
- [54] Greco V, Roger D. Coping with uncertainty: the construction and validation of a new measure. *Pers Individ Dif* 2001;31(4):519–34.
- [55] Steketee G, Frost R, Bhar S, Bouvard M, Calamari J, Carmin C, et al. Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusions inventory - Part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behav Res Ther* 2005;43(11):1527–42.
- [56] Gámez W, Chmielewski M, Kotov R, Ruggero C, Watson D. Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychol Assess* 2011;23(3):692–713.
- [57] Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002.
- [58] Power MJ. *Emotion-focused cognitive therapy*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
- [59] Philippot P. Traduction française du Questionnaire de Régulation des Émotions (QRE-21; Power, 2010); 2010.
- [60] Decker E, Trouillet R, Philippot P. Validation française du questionnaire de régulation émotionnelle de Phillips et Power. Rapport interne. France: Université de Montpellier; 2015.
- [61] Wells A. Meta-cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 1995;23(3):301–20.
- [62] Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disord* 1997;11(3):279–96.
- [63] Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004;42(4):385–96.
- [64] Larøi F, Van der Linden M, d'Acremont M. Validity and reliability of a French version of the metacognitions questionnaire in a nonclinical population. *Swiss J Psychol* 2009;68(3):125–32.
- [65] Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Urdan FPT, editor. *Self-efficacy for adolescents*. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2006.

- [66] Douilliez C, Heeren A, Lefèvre N, Watkins E, Barnard P, Philippot P. Validation of the French version of a questionnaire that evaluates constructive and non-constructive repetitive thoughts. *Can J Behav Sci* 2014;46(2):185–92.
- [67] Barnard P, Watkins E, Mackintosh B, Nimmo-Smith I. Getting stuck in a mental rut: some process and experiential attributes. In: 35th congress of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies. 2007.
- [68] Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994;17(6):791–802.
- [69] Sexton KA, Dugas MJ. Defining distinct negative beliefs about uncertainty: validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychol Assess* 2009;21:176–86.
- [70] Ladouceur R, Blais F, Freeston MH, Dugas MJ. Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 1998;12:139–52.