

INFORMATION TO USERS

This manuscript has been reproduced from the microfilm master. UMI films the text directly from the original or copy submitted. Thus, some thesis and dissertation copies are in typewriter face, while others may be from any type of computer printer.

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted. Broken or indistinct print, colored or poor quality illustrations and photographs, print bleedthrough, substandard margins, and improper alignment can adversely affect reproduction.

In the unlikely event that the author did not send UMI a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if unauthorized copyright material had to be removed, a note will indicate the deletion.

Oversize materials (e.g., maps, drawings, charts) are reproduced by sectioning the original, beginning at the upper left-hand corner and continuing from left to right in equal sections with small overlaps.

Photographs included in the original manuscript have been reproduced xerographically in this copy. Higher quality 6" x 9" black and white photographic prints are available for any photographs or illustrations appearing in this copy for an additional charge. Contact UMI directly to order.

Bell & Howell Information and Learning
300 North Zeeb Road, Ann Arbor, MI 48106-1346 USA

UMI[®]
800-521-0600

PATRICK GOSSELIN

**SPÉCIFICITÉ ET MANIPULATION
DE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE**

Mémoire
présenté à la Faculté des études supérieures
de l'Université Laval
pour l'obtention
du grade de maître en psychologie (M.Ps.)

École de psychologie
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL

SEPTEMBRE 1999

© Patrick Gosselin, 1999



National Library
of Canada

Acquisitions and
Bibliographic Services

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque nationale
du Canada

Acquisitions et
services bibliographiques

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*

Our file *Notre référence*

The author has granted a non-exclusive licence allowing the National Library of Canada to reproduce, loan, distribute or sell copies of this thesis in microform, paper or electronic formats.

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

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque nationale du Canada de reproduire, prêter, distribuer ou vendre des copies de cette thèse sous la forme de microfiche/film, de reproduction sur papier ou sur format électronique.

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

0-612-44710-3

Résumé

Certains auteurs ont identifié l'intolérance à l'incertitude comme étant un processus important relié à l'inquiétude et au Trouble d'anxiété généralisée (TAG). Ce mémoire vise à étudier le lien existant entre ce processus et l'inquiétude afin de mieux comprendre son implication dans le TAG. La première étude tente de démontrer la spécificité de la relation existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Les résultats obtenus confirment que l'intolérance à l'incertitude est un processus fortement associé à l'inquiétude et peu associé aux symptômes du Trouble obsessionnel-compulsif et du Trouble panique. La deuxième étude vise, quant à elle, à manipuler l'intolérance à l'incertitude afin d'en observer l'effet sur l'inquiétude. Les résultats démontrent que les participants dont l'intolérance à l'incertitude a été augmentée présentent un niveau d'inquiétude plus élevé comparativement aux participants dont l'intolérance a été diminuée. Ces résultats concordent avec le modèle théorique de Dugas et ses collaborateurs (1998) et soulignent l'importance de poursuivre les recherches visant à préciser le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG.

Patrick Gosselin
Étudiant à la maîtrise

Robert Ladouceur, Ph.D.
Directeur de recherche

Avant-propos

J'ai maintenant le plaisir de remercier les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la concrétisation de ce projet. Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche, Monsieur Robert Ladouceur. Merci mille fois pour ton appui constant, tes conseils judicieux (tant au niveau académique que musical, héhé!) et ta grande disponibilité. Merci également pour m'avoir donné la chance de travailler dans un milieu des plus stimulant et des plus formateur. J'espère que notre collaboration durera encore longtemps.

Je tiens également à remercier Monsieur Michel Dugas pour la co-supervision apportée tout au long de ce projet. Ton amitié, ta grande disponibilité et tes nombreux conseils ont contribué à enrichir cette expérience de recherche.

Merci à Hans Ivers et Yves Lacouture pour leurs précieux conseils aux niveaux statistique et méthodologique. À Mark Freeston, merci pour ses nombreux conseils et pour avoir contribué à éveiller mon intérêt pour la recherche en psychologie. Merci également aux gens du LAB avec qui j'ai chaque jour la chance de travailler.

Merci à toi Janique, ma meilleure amie, pour ta présence, ton amour, tes encouragements et ta patience. Merci également à tous mes amis (Québec et Thetford) qui, sans le savoir, m'ont encouragé en me changeant les idées. Je pense particulièrement à mon frère Stéphane, Robin, Sylvain, Annie, Myriam, Dominique, Jacynthe, Marie-Claude et Alex. Merci à tous d'être là.

Je tiens spécialement à remercier mes parents. Vos efforts constants, votre soutien et votre amour m'ont toujours permis d'aller de l'avant et m'ont grandement encouragé à me rendre jusqu'ici. Même si vous êtes physiquement loin de Québec, vous êtes toujours près de moi.

Sincères remerciements à tous ceux et celles qui ont participé aux différentes études de ce mémoire. Finalement, je tiens à remercier le Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche et le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FCAR-FRSQ-Santé) pour le soutien financier apporté à la réalisation de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
AVANT-PROPOS	iii
TABLE DES MATIÈRES	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
<u>CHAPITRE I:</u>	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
<u>CHAPITRE II:</u>	
SPÉCIFICITÉ DE LA RELATION ENTRE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE ET L'INQUIÉTUDE (ARTICLE)	
1.1 Page titre	8
1.2 Résumé	9
1.3 Introduction	10
1.4 Méthode	14
1.4.1 Participants	14
1.4.2 Instruments	15
1.4.2.1 Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State ...	15
1.4.2.2 Questionnaire d'Intolérance à l'Incertitude	15
1.4.2.3 Questionnaire sur les Sensations Physiques	15
1.4.2.4 Index de Sensibilité à l'Anxiété	16
1.4.2.5 Inventaire de PADOVA	16
1.4.2.6 Inventaire de Responsabilité Sociale	17
1.4.3 Procédure	17
1.5 Résultats	17
1.5.1 Relations entre les variables	17
1.5.2 Contribution de l'intolérance à l'incertitude dans la prédiction des mesures de symptômes	18
1.5.2.1 Prédiction de la tendance à s'inquiéter	19
1.5.2.2 Prédiction des symptômes associés au TOC	19
1.5.2.3 Prédiction des symptômes associés au Trouble panique	20
1.6 Discussion	20
1.7 Références	24
1.8 Note de l'auteur	29
1.9 Tableaux	30
1.9.1 Tableau 1	30
1.9.2 Tableau 2	31
1.9.3 Tableau 3	32
1.9.4 Tableau 4	33

CHAPITRE III :

**MANIPULATION EXPÉRIMENTALE DE L'INTOLÉRANCE À
L'INCERTITUDE : ÉTUDE D'UN MODÈLE THÉORIQUE DES
INQUIÉTUDES EXCESSIVES AUPRÈS DE LA POPULATION
NON CLINIQUE.
(ARTICLE)**

2.1	Page titre	35
2.2	Résumé	36
2.3	Introduction	37
2.4	Méthode	40
2.4.1	Participants	40
2.4.2	Matériels	40
2.4.3	Procédure	40
2.4.4	Tâche expérimentale	41
2.4.4.1	Augmentation du niveau d'intolérance	42
2.4.4.2	Diminution du niveau d'intolérance	42
2.4.5	Instruments	42
2.4.5.1	Vérification de la manipulation	42
2.4.5.2	Mesure de la variable dépendante	43
2.5	Résultats	43
2.5.1	Vérification de la manipulation	43
2.5.2	Effets sur l'inquiétude envers la fondation	44
2.6	Discussion	44
2.7	Références	48
2.8	Note de l'auteur	52
2.9	Tableaux et figure	53
2.9.1	Tableau 1	53
2.9.2	Tableau 2	54
2.9.3	Figure 1	55

CHAPITRE IV:

CONCLUSION GÉNÉRALE	56
---------------------------	----

LISTE DES OUVRAGES CITÉS	60
NOTES DE L'AUTEUR	69
APPENDICES	70

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : <u>Étude 1</u> : Matrice de corrélations pour l'ensemble des mesures ..	30
Tableau 2 : <u>Étude 1</u> : Régression hiérarchique : Prédiction de la tendance à s'inquiéter (QIPS)	31
Tableau 3 : <u>Étude 1</u> : Régression hiérarchique: Prédiction des symptômes associés au Trouble obsessionnel-compulsif (IP).....	32
Tableau 4 : <u>Étude 1</u> : Régression hiérarchique : Prédiction des symptômes associés au Trouble panique (QSP).....	33
Tableau 1 : <u>Étude 2</u> : Questions mesurant l'intolérance à l'incertitude envers la situation de jeux	53
Tableau 2 : <u>Étude 2</u> : Questions mesurant l'inquiétude envers la Fondation <i>Espoir-d'Enfant</i>	54
Figure 1 : <u>Étude 2</u> : Niveau d'inquiétude moyen rapporté en fonction des groupes expérimentaux	55

CHAPITRE 1

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Des études épidémiologiques situent la prévalence du Trouble d'anxiété généralisée (TAG) entre 4,1% et 6,6% (Blazer, Hughes, George, Swartz, & Boyer, 1991 ; Kessler et al., 1994), situant du même coup ce trouble anxieux parmi les plus répandus. Malgré cette prévalence élevée, le taux de consultation auprès des professionnels de la santé est relativement faible (Bradwejn, Berner, & Shaw, 1992). Ceci pourrait, entre autres, s'expliquer du fait que les gens aux prises avec le TAG perçoivent souvent leur problème comme étant un trait immuable de leur personnalité. Ils croient donc, par conséquent, être inutile de consulter. Les répercussions à long terme associées au TAG sont souvent nombreuses et se présentent sous diverses formes: absentéisme au travail/école, démoralisation (Butler, Fennell, Robson, & Gelder, 1991), augmentation des consultations médicales et des risques de développer un autre trouble anxieux (Brown & Barlow, 1992), dépression, cancer, diabète et troubles cardio-vasculaires (Craske, Barlow, & O'Leary, 1992).

La majorité des patients souffrant du TAG rapportent qu'ils se sont sentis anxieux et nerveux toute leur vie (Brown & Barlow, 1992; Riley, McCormick, & Alloca, 1995). À ce sujet, plusieurs études démontrent qu'une très grande proportion des gens aux prises avec le TAG ne peuvent rapporter clairement le début de leur trouble ou encore rapportent s'inquiéter excessivement depuis l'enfance (e.g., Butler et al., 1991 ; Rapee, 1985 ; Sanderson & Barlow, 1990). Plus récemment, Ladouceur, Boisvert, Gagnon, Thibodeau, Freeston et Dugas (1996) constatent que 60% des adultes souffrant du TAG rapportent des symptômes avant l'âge de 16 ans. Il semble donc que le TAG soit présent dans toutes les tranches d'âge de la population. D'ailleurs, certains processus cognitifs identifiés chez les adultes comme étant associés au TAG sont également présents chez les adolescents présentant des inquiétudes élevées (Lemay et al., 1997). Ceci pourrait donc laisser supposer que le TAG et ses mécanismes de maintien prendraient forme avant l'adolescence.

Parmi les troubles anxieux, aucun diagnostic primaire n'a autant changé au cours des 15 dernières années, comparativement à celui du TAG. Ce n'est qu'en 1980, avec la publication du DSM-III de l'*American Psychiatric Association* (APA, 1980), que le TAG fut reconnu pour la première fois comme catégorie diagnostique. Cette dernière ne pouvait cependant être assignée que si les patients ne rencontraient pas les critères d'un autre trouble. En d'autres mots, le TAG était considéré comme une catégorie résiduelle ne pouvant être confirmée qu'après l'élimination hiérarchique du diagnostic des autres troubles anxieux. La fidélité diagnostique du TAG était donc relativement faible ce qui avait pour effet de diminuer l'attention portée au développement et à l'évaluation de traitements efficaces pour ce trouble (Barlow & Dinardo, 1991). Avec l'arrivée du DSM-III-R (APA, 1987), les critères diagnostiques du TAG ont subi des changements considérables. Devenu catégorie diagnostique primaire, le TAG possédait alors ses propres principaux symptômes, soit la présence d'inquiétudes excessives et/ou irréalistes concernant deux ou plusieurs situations et la présence de six symptômes somatiques sur 18. Cette nouvelle conceptualisation et restructuration du TAG a entraîné un changement important dans la direction des recherches portant sur ce trouble, ciblant maintenant l'inquiétude excessive et les symptômes somatiques persistants (Rapee & Barlow, 1991). Malgré cette conceptualisation plus précise du TAG, de nombreux efforts restaient toujours à faire afin d'améliorer sa fiabilité diagnostique (Di Nardo, Moras, Barlow, Rapee, & Brown, 1993).

Selon la quatrième et plus récente édition du DSM (APA, 1994), le TAG est principalement caractérisé par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives. Ces dernières doivent être présentes plus d'un jour sur deux, depuis au moins six mois et concerner un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires). Le contrôle difficile des inquiétudes et l'interférence quotidienne causée par l'anxiété ou les inquiétudes font également partie des critères diagnostiques du TAG. Finalement, le critère diagnostique somatique a été simplifié, nécessitant maintenant la présence de trois symptômes somatiques parmi les six suivants: nervosité ou surexcitation, tendance à être facilement fatigué,

difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et troubles de sommeil (APA, 1994). La présence d'inquiétudes excessives demeure néanmoins la principale caractéristique du TAG, laquelle permet de le distinguer des autres troubles anxieux (Dugas, Ladouceur, Boisvert, & Freeston, 1996).

Jusqu'au début des années '80, l'inquiétude était considérée comme étant un épiphénomène découlant de l'anxiété. Les recherches ont cependant permis de démontrer que l'inquiétude et l'anxiété, bien qu'étant reliées, sont des construits indépendants possédant chacun leur propre source de variance (Davey, Hampton, Farrell, & Davidson, 1992). Borkovec, Robinson, Pruzinski et DePree (1983) définissent l'inquiétude comme étant «un enchaînement de pensées et d'images chargées d'émotions négatives difficiles à contrôler» (p. 10). Elle représente une «tentative de résolution de problèmes à propos d'une situation réelle ou fictive dont le dénouement est incertain, mais qui peut engendrer une ou plusieurs conséquences négatives» (p. 10). Ces mêmes auteurs soulignent également le caractère incontrôlable des inquiétudes. En fait, les personnes souffrant du TAG sont dans l'incapacité d'arrêter ou de prévenir les inquiétudes. Pour sa part, Barlow (1988) définit l'inquiétude comme étant une forme d'appréhension au sujet des événements à venir. Macleod, Williams et Bekerian (1991), après avoir analysé différentes définitions de l'inquiétude, concluent que certaines caractéristiques sont communes à chaque définition : « l'inquiétude est un phénomène cognitif, accompagné d'un état de détresse émotionnelle comme l'anxiété, concernant un événement futur dont les conséquences sont incertaines » (p. 478).

Bien que les inquiétudes excessives soient très répandues et qu'elles présentent des implications personnelles et sociales très importantes, elles demeurent peu étudiées (Dugas, Gosselin, Laberge, & Ladouceur, 1999 ; Rapee, 1991). Par conséquent, les mécanismes impliqués dans leur développement et leur maintien sont mal connus (Davey et al., 1992 ; Dugas et al., 1996 ; Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996 ; Macleod et al., 1991). Une étude effectuée par notre équipe de recherche nous a d'ailleurs récemment permis de constater que même si

les recherches portant sur le TAG ont connu un essor considérable au cours de la dernière décennie, moins de 10 % d'entre elles ont tenté d'identifier les processus impliqués dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes excessives (Dugas et al., 1999).

Certaines conceptions théoriques ont malgré tout été proposées afin d'identifier les principales caractéristiques de l'inquiétude et mettre en évidence les processus qui lui sont associés (e.g., Borkovec & Roemer, 1995 ; Davey & Tallis, 1994 ; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1994). Selon le modèle théorique de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) un processus cognitif jouerait un rôle central dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes excessives : l'intolérance à l'incertitude.

L'intolérance à l'incertitude se définit comme étant une prédisposition à réagir négativement à un événement incertain, indépendamment du niveau d'incertitude (probabilité d'apparition) et des conséquences associées à cet événement. En d'autres mots, pour une même situation incertaine, comportant une probabilité d'apparition et une conséquence, deux individus peuvent différer en ce qui a trait à leur seuil de tolérance envers cette situation. Ainsi, un individu intolérant à l'incertitude évaluera une situation incertaine comme étant dérangeante voire même inacceptable, tandis qu'un individu plus tolérant évaluera la même situation comme étant non dérangeante. Nous dirons alors que le seuil de tolérance à l'incertitude du premier individu était plus bas comparativement à celui du deuxième individu. Considérant que la vie de tous les jours comporte sans cesse des situations incertaines et/ou ambiguës, la personne intolérante à l'incertitude percevra de nombreuses sources de danger dans son quotidien.

Bien qu'il existe un nombre considérable de résultats démontrant la sensibilité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude (e.g., Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997), peu d'études ont examiné systématiquement la spécificité de

leur relation. En effet, est-ce que l'intolérance à l'incertitude est un processus associé uniquement au TAG ou est-ce un processus associé également à d'autres troubles anxieux comme le Trouble obsessionnel-compulsif ? La première étude de ce mémoire tentera donc d'apporter des précisions à cette question en démontrant, auprès d'une population non clinique, que l'intolérance à l'incertitude est associée plus fortement à l'inquiétude, principal symptôme du TAG, qu'aux principaux symptômes du Trouble obsessionnel-compulsif et du Trouble panique.

La deuxième étude de ce mémoire tentera quant à elle, de manipuler l'intolérance à l'incertitude, afin de préciser la relation existant entre ce processus et l'inquiétude. En effet, aucune étude n'a encore tenté de manipuler l'intolérance à l'incertitude afin de voir l'impact produit sur l'inquiétude. Le fait d'augmenter l'intolérance à l'incertitude envers une situation devrait avoir pour effet d'augmenter l'inquiétude envers cette même situation.

Le principal but de ce mémoire est donc de mieux définir et de mieux comprendre le lien existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude ce qui permettra, dans une étape ultérieure, de rendre l'évaluation et le traitement du TAG plus efficace.

CHAPITRE 2

SPÉCIFICITÉ DE LA RELATION ENTRE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE ET L'INQUIÉTUDE

En-tête : SPÉCIFICITÉ DE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude

Patrick Gosselin, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur

École de psychologie, Université Laval

Québec, Canada

G1K 7P4

Résumé

De récentes études ont identifié l'intolérance à l'incertitude comme étant un processus important relié à l'inquiétude et au Trouble d'anxiété généralisée (e.g., Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998 ; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994 ; Ladouceur et al., 1998). Cette étude a pour but d'étudier la spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Trois cent quarante-sept étudiants universitaires ont complété une batterie de questionnaires mesurant la tendance à s'inquiéter, les symptômes associés au Trouble obsessionnel-compulsif, les symptômes associés au Trouble panique et trois processus cognitifs associés avec une des manifestations d'anxiété : l'intolérance à l'incertitude, la responsabilité et la sensibilité à l'anxiété. Les résultats obtenus démontrent que l'intolérance à l'incertitude est un fort prédicteur de la tendance à s'inquiéter, mais un faible prédicteur des symptômes associés au Trouble obsessionnel-compulsif et au Trouble panique. Ces résultats concordent avec l'hypothèse selon laquelle la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude est spécifique. Cette étude démontre également l'importance de poursuivre les recherches visant à préciser le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le Trouble d'anxiété généralisée.

Spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude

Selon la quatrième et plus récente édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* de l'*American Psychiatric Association (APA, 1994)*, le TAG est principalement caractérisé par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives. Ces dernières doivent être présentes plus d'un jour sur deux, depuis au moins six mois et concerner un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires). Le contrôle difficile des inquiétudes et l'interférence quotidienne causée par l'anxiété ou les inquiétudes font également partie des critères diagnostiques du TAG. Finalement, le diagnostic requiert la présence de trois symptômes somatiques parmi les six suivants: nervosité ou surexcitation, tendance à être facilement fatigué, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et troubles de sommeil (APA, 1994). La présence d'inquiétudes excessives demeure néanmoins la principale caractéristique du TAG, laquelle permet de le distinguer des autres troubles anxieux (Dugas, Ladouceur, Boisvert, & Freeston, 1996).

Afin de préciser son rôle et sa nature, plusieurs auteurs se sont penchés sur une définition de l'inquiétude (e.g., Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983; Barlow, 1988). Macleod, Williams et Bekerian (1991), après avoir analysé différentes définitions de l'inquiétude se retrouvant dans la littérature, concluent que certaines caractéristiques sont communes à chaque définition : « l'inquiétude est un phénomène cognitif, accompagné d'anxiété, concernant un événement futur négatif, dont les conséquences sont incertaines ». (p.478) La notion d'incertitude présente dans cette définition jouerait, selon plusieurs auteurs, un rôle fondamental dans la compréhension du TAG et de l'inquiétude (Andrews & Borkovec, 1988; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994; Macleod et al., 1991; Tallis & Eysenck, 1994).

Comme le mentionnent Tallis et Eysenck (1994), le degré auquel la personne perçoit l'incertitude affectera sa réaction envers un événement menaçant. En fait, un

individu percevant l'incertitude d'une situation comme étant dérangeante, voire même inacceptable, serait davantage prédisposé à s'inquiéter de cette même situation, comparativement à un individu pour qui l'incertitude de la situation serait perçue comme moins dérangeante. Cette perception de l'incertitude rejoint de près la notion d'intolérance à l'incertitude proposée par Freeston et ses collaborateurs (1994). Cette équipe de chercheurs a d'ailleurs récemment proposé un modèle théorique du TAG dont le processus central est l'intolérance à l'incertitude (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Ces chercheurs affirment que l'intolérance à l'incertitude serait la principale variable impliquée dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes excessives. Les résultats préliminaires d'un traitement cognitif et comportemental basé sur ce modèle semblent démontrer une bonne efficacité du traitement (Dugas & Ladouceur, 1996).

L'intolérance à l'incertitude se définit comme étant une prédisposition à réagir négativement à un événement incertain ou ambigu, indépendamment du niveau objectif d'incertitude (probabilité d'apparition) et des conséquences associés à cet événement. En d'autres mots, pour une même situation incertaine, comportant une probabilité d'apparition et une conséquence, deux individus peuvent différer en ce qui a trait à leur seuil de tolérance envers cette situation. Ainsi, un individu intolérant à l'incertitude évaluera une situation incertaine comme étant dérangeante voire même inacceptable, tandis qu'un individu plus tolérant évaluera la même situation comme étant non dérangeante. Nous dirons alors que le seuil de tolérance à l'incertitude du premier individu était plus bas comparativement à celui du deuxième individu. Cette définition met l'emphase sur l'évaluation subjective de l'incertitude par la personne et représente bien la réalité exprimée par les patients en cours de thérapie. Considérant que la vie de tous les jours comporte sans cesse des situations incertaines et/ou ambiguës, la personne intolérante à l'incertitude percevra de nombreuses sources de danger dans son quotidien. Suivront alors de nombreuses inquiétudes, de même qu'un état émotionnel négatif, incluant l'anxiété et la dépression (Dugas, Freeston, Blais, & Ladouceur, 1994 ; Macleod & Mathews, 1988).

Des études récentes appuient le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le maintien des inquiétudes chez des populations cliniques et non cliniques. Freeston et ses collaborateurs (1994) ont démontré que l'intolérance à l'incertitude était un bon prédicteur de la tendance à s'inquiéter. De plus, les patients TAG et les personnes présentant des inquiétudes élevées sont plus intolérants à l'incertitude comparativement aux personnes présentant des inquiétudes modérées (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). D'autres études ont démontré un lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'exacerbation de certains comportements associés au TAG, comme le nombre d'indices requis avant de prendre une décision (Lachance, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 1995 ; Ladouceur, Talbot, & Dugas, 1997).

Bien qu'il existe un nombre considérable de résultats démontrant la sensibilité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, peu d'études ont examiné systématiquement la spécificité de leur relation. En effet, est-ce que l'intolérance à l'incertitude est un processus associé uniquement au TAG ou est-ce un processus associé également à d'autres troubles anxieux comme le Trouble obsessionnel-compulsif ? Comme le mentionnent Ladouceur et ses collaborateurs (1998), l'identification d'un symptôme ou d'un processus spécifique à un trouble permet d'en améliorer à la fois le diagnostic et le traitement. Un exemple très connu permettant d'illustrer ceci concerne le système de classification du DSM (APA). En effet, à chaque révision du DSM, un effort est mis afin d'augmenter la spécificité des critères diagnostiques de manière à pouvoir mieux définir et délimiter les troubles présentés. Le TAG a notamment subi de nombreux changements bénéfiques dans sa conceptualisation, passant de trouble résiduel dans le DSM-III (APA, 1980), à un trouble possédant ses propres critères diagnostiques spécifiques comme la présence d'inquiétudes excessives et incontrôlables (DSM-IV ; APA, 1994).

Comme le rappellent Garber et Hollon (1991), la hiérarchie présente dans le domaine de la psychopathologie (e.g., le TAG fait partie des troubles anxieux, les

troubles anxieux font partie des troubles psychiatriques, etc.) a une implication directe sur la nature de la question de spécificité. Selon ces auteurs, la spécificité peut être abordée selon deux perspectives : la spécificité au sens large et la spécificité au sens étroit. La première permet de vérifier si le processus à l'étude est spécifique au trouble donné, en comparaison à l'ensemble de la classe diagnostique dont il fait partie. Dans cet ordre d'idée, la question pourrait être : « est-ce que l'intolérance à l'incertitude permet de distinguer les patients ayant un TAG d'un groupe de patients ayant un autre trouble anxieux, indépendamment du type spécifique d'anxiété présenté par les gens de ce groupe ? ». La deuxième perspective, qui est la spécificité au sens étroit, permet de vérifier si le processus est spécifique au trouble donné (TAG), en comparaison à chacun des autres troubles de la même classe diagnostique. Utilisant le même exemple que précédemment, la question devient donc : « Est-ce que l'intolérance à l'incertitude permet de distinguer les patients ayant un TAG des patients ayant une Phobie sociale, des patients ayant un Trouble panique ou encore des patients ayant un Trouble obsessionnel-compulsif ? ».

Garber et Hollon (1991) suggèrent de commencer l'étude de la spécificité d'un processus par la perspective au sens large avant d'étudier la spécificité au sens étroit. Ladouceur et ses collaborateurs (1998) se sont donc récemment intéressés à la spécificité au sens large de l'intolérance à l'incertitude en comparant quatre groupes de participants : (1) des patients ayant un TAG primaire, (2) des patients ayant un TAG secondaire, (3) des patients ayant un trouble anxieux différent du TAG et (4) des participants non cliniques. Cette étude fut la première à démontrer que l'intolérance à l'incertitude est un processus spécifique du TAG. Leurs résultats ont permis de confirmer, qu'en plus d'être un indice sensible, l'intolérance à l'incertitude est un processus qui semble propre au TAG, lorsque comparé à un groupe de patients ayant un autre trouble anxieux.

Le principal objectif de cette étude consiste à vérifier la spécificité, mais cette fois-ci au sens étroit, de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude.

Plus précisément, cette étude tentera de démontrer que l'intolérance à l'incertitude est associée plus fortement à l'inquiétude, principal symptôme du TAG, qu'aux principaux symptômes du Trouble obsessionnel-compulsif et du Trouble panique. Pour ce faire, six mesures seront utilisées, soit trois mesures de symptômes et trois mesures de processus. Les trois mesures de symptômes utilisées sont : une mesure d'inquiétude (principal symptôme du TAG), une mesure de symptômes associés au TOC et une mesure de symptômes associés au Trouble panique. Les trois mesures de processus utilisées, largement appuyées par la littérature comme étant associées aux troubles à l'étude, sont : une mesure d'intolérance à l'incertitude pour les symptômes du TAG (Freeston et al., 1994), une mesure de responsabilité pour les symptômes du TOC (Salkovskis, 1992) et une mesure de sensibilité à l'anxiété pour les symptômes du Trouble panique (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986).

L'hypothèse principale de l'étude est formulée de la façon suivante : l'intolérance à l'incertitude sera fortement associée à l'inquiétude, principal symptôme du TAG, mais faiblement associée aux symptômes du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et du Trouble panique. Autrement dit, la mesure d'intolérance à l'incertitude sera un fort prédicteur de la tendance à s'inquiéter, mais un faible prédicteur des symptômes du TOC et du Trouble panique.

Méthode

Participants

Trois cent quarante-sept (348) étudiants francophones recrutés dans des classes de premier cycle universitaire ont accepté de participer à cette étude par questionnaires. L'échantillon total est composé de 272 participants de sexe féminin dont la moyenne d'âge est de 22.79 ans ($ET = 5.56$) et de 68 participants de sexe masculin dont la moyenne d'âge est de 23.13 ans ($ET = 5.53$). Sept participants ont omis de mentionner leur sexe.

Instruments

L'âge, le sexe, le programme, le cycle et l'année d'étude sont des variables évaluées par le biais d'un questionnaire d'informations générales.

Le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990 ; traduction : Ladouceur et al., 1992). Le QIPS comprend 16 items évaluant la tendance générale à s'inquiéter. Ce questionnaire, à structure unifactorielle, possède une bonne consistance interne, une bonne fidélité test-retest, ainsi qu'une validité convergente et discriminante adéquate (Meyer et al., 1990). Cette mesure distingue les patients souffrant du TAG des participants non cliniques ou des personnes souffrant d'autres troubles anxieux (Brown, Antony, & Barlow, 1992). La traduction française démontre une excellente fidélité test-retest (4 semaines) ($r = .86$), une très bonne consistance interne ($\alpha = .91$) et une excellente validité convergente avec d'autres mesures d'inquiétudes et d'anxiété (Ladouceur et al., 1992).

Le Questionnaire d'Intolérance à l'Incertain (QII ; Freeston et al., 1994). Le QII comprend 27 items concernant l'incertitude, les réactions émotionnelles et comportementales face aux situations ambiguës, les conséquences liées à l'incertitude et les tentatives réalisées dans le but de contrôler le futur. Le score total au questionnaire permet de distinguer les gens qui rencontrent les critères du TAG par questionnaire de ceux qui ne les rencontrent pas (Freeston et al., 1994), de même que les patients souffrant du TAG des patients souffrant d'autres troubles anxieux (Ladouceur et al., 1995). Le QII est également corrélé à la performance à des tâches comportementales ambiguës (Ladouceur et al., 1997). La consistance interne du QII est excellente ($\alpha = .91$) et sa fidélité test-retest (5 semaines) est également très satisfaisante ($r = .78$) (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997).

Le Questionnaire sur les Sensations Physiques (QSP ; Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984; traduction: Stephenson, Marchand, Lavallée, & Brillon,

1995). Le QSP comprend 17 items évaluant la peur des gens face aux sensations physiques généralement associées au Trouble panique. Ce questionnaire, à structure unifactorielle, possède une bonne consistance interne ($\alpha = .88$) (Chambless et al., 1984, 1989 ; Arrindell, 1993) et une fidélité test-retest (3 mois) satisfaisante ($r = .67$) (Arrindell, 1993). Cette mesure distingue les patients souffrant du Trouble panique de participants Agoraphobes, de participants non cliniques (Chambless et al., 1984), de personnes souffrant d'autres troubles anxieux et de participants dépressifs (Chambless & Gracely, 1989).

L'Index de Sensibilité à l'Anxiété (ISA ; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986; traduction: Stephenson, Marchand, Lavallée, & Brillon, 1994). L'ISA comprend 16 items énumérant des conséquences négatives associées à la présence d'anxiété. Le participant doit exprimer jusqu'à quel point il est d'accord avec chacun des énoncés. Ce questionnaire, à structure unifactorielle, possède une très bonne consistance interne ($\alpha = .88$) (Peterson & Heibronner, 1987), de même qu'une fidélité test-retest (2 semaines) très satisfaisante ($r = .75$) (Reiss et al., 1986). La version française du questionnaire possède une très bonne cohérence interne ($\alpha = .88$) et une bonne stabilité temporelle (Stephenson et al., 1994).

L'Inventaire de PADOVA (IP ; Sanavio, 1988 ; traduction : Freston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1994). L'IP comprend 60 items évaluant les symptômes obsessionnels et compulsifs. Sa structure à quatre facteurs a été identifiée et reproduite en Italie, Hollande, aux États-Unis et au Québec : Contrôle mental, Contamination, Vérification et Contrôle impulsif (voir Freston et al., 1994 ; Sternburger & Burns, 1990 ; Van Oppen, 1992). Le questionnaire possède une excellente cohérence interne ($\alpha = .90$) (Freston et al., 1994), de même qu'une très bonne fidélité test-retest (1 mois) ($r = .83$) (Sanavio, 1988). L'inventaire distingue adéquatement les patients obsessionnels-compulsifs des patients souffrant d'autres troubles anxieux (Sanavio, 1988).

L'Inventaire de Responsabilité Sociale (IRS ; Salkovskis, 1992 ; traduction : Letarte, Rhéaume, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1993). L'IRS comprend 27 items évaluant les croyances associées à la responsabilité dans le Trouble obsessionnel-compulsif. L'adaptation française du questionnaire démontre une très bonne consistance interne ($\alpha = .94$) ainsi qu'une bonne validité convergente (Rhéaume, Ladouceur, & Freeston, 1996).

Procédure

Cette étude par questionnaires est réalisée à l'intérieur de cours universitaires. Les questionnaires sont distribués dans deux classes de psychologie et une classe de théologie. L'expérimentateur explique que cette étude vise à préciser les pensées associées à divers troubles anxieux. Les participants répondent aux questionnaires sur une base volontaire et signent le formulaire de consentement de l'étude. L'expérimentateur précise que les informations recueillies resteront strictement confidentielles et que, pour ce faire, les questionnaires seront identifiés par un numéro afin de préserver l'anonymat des participants. Quarante minutes ont été nécessaires à la passation dans chacun des groupes.

Résultats

Relations entre les variables

Une matrice de corrélation a été calculée pour l'ensemble des variables à l'étude. Une correction de Bonferroni a été appliquée aux analyses de corrélation ($\alpha (.05/15) = .0033$), afin de minimiser le risque d'erreur de type I. Les résultats démontrent premièrement que l'intolérance à l'incertitude (QII) corrèle plus fortement avec la tendance à s'inquiéter (QIPS, $r = .70$, $p < .0033$) qu'avec les mesures des symptômes associés au TOC (IP, $r = .48$, $p < .0033$) et au Trouble panique (QSP, $r = .12$, ns). Tel qu'attendu, parmi les autres mesures de processus, la mesure de responsabilité (IRS) corrèle plus fortement avec la mesure des

symptômes du TOC (IP, $r = .57$, $p < .0033$), tandis que la mesure de sensibilité à l'anxiété (ISA) corrèle plus fortement avec la mesure des symptômes du Trouble panique (BSQ, $r = .63$, $p < .0033$). Une analyse a posteriori (différence entre deux échantillons non indépendants) (voir Howell, 1997, p.263) démontre que la corrélation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude est significativement plus forte que celle entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes du TOC ($t(346) = 5.17$, $p < .001$) et celle entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes du Trouble panique ($t(346) = 10.72$, $p < .001$). La matrice de corrélation est présentée au Tableau 1.

Insérer Tableau 1 ici

Contribution de l'intolérance à l'incertitude dans la prédiction des mesures de symptômes

Afin de vérifier la contribution unique de l'intolérance à l'incertitude dans la prédiction de chacune des mesures de symptômes, trois régressions hiérarchiques ont été effectuées. Pour chacune des mesures de symptômes, utilisées comme variables dépendantes, une régression hiérarchique est effectuée en forçant l'entrée des variables personnelles (âge et sexe) dans une première étape. Par la suite, les mesures de responsabilité et de sensibilité à l'anxiété sont entrées dans une deuxième et troisième étape des analyses suivant la procédure *Stepwise*. L'intolérance à l'incertitude est donc entrée dans une quatrième et dernière étape des analyses afin d'en examiner la contribution unique (indépendante des autres variables) dans la prédiction des trois mesures de symptômes. Des analyses préliminaires permettent d'affirmer que les variables utilisées respectent les postulats de normalité, linéarité et d'homoscedaticité. Le niveau alpha pour ces analyses est fixé à .05.

Prédiction de la tendance à s'inquiéter

Les résultats de cette première régression hiérarchique démontrent que les variables personnelles, lorsque entrées dans une première étape d'analyses, apportent une contribution non significative dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Par la suite, les mesures de responsabilité et de sensibilité à l'anxiété, entrées dans une deuxième et troisième étape, apportent une contribution respective de 7,9% ($F(1,332) = 28.93, p < .05$) et 1,9% ($F(1,331) = 7.05, p < .05$). L'intolérance à l'incertitude, lorsqu'elle est entrée dans une quatrième et dernière étape de l'analyse, apporte une contribution significative ($F(1,330) = 296.35, p < .05$) et très importante de 42% dans la prédiction de la tendance à s'inquiéter. Le tableau 2 présente un résumé des principaux résultats de la première régression hiérarchique.

Insérer Tableau 2 ici

Prédiction des symptômes associés au TOC

Les résultats de la deuxième régression démontrent également que les variables personnelles, lorsque entrées dans une première étape d'analyses, apportent une contribution non significative dans la prédiction des symptômes associés au TOC. Par la suite, les mesures de responsabilité et de sensibilité à l'anxiété, entrées dans une deuxième et troisième étape, apportent une contribution respective de 32,6% ($F(1,331) = 160.61, p < .05$) et 10,8% ($F(1,330) = 63.36, p < .05$). L'intolérance à l'incertitude, lorsqu'elle est entrée dans une quatrième et dernière étape de l'analyse, apporte une contribution significative ($F(1,329) = 24.44, p < .05$), mais faible de 3,9% dans la prédiction des symptômes associés au TOC. Le tableau 3 présente un résumé des principaux résultats de la deuxième régression.

Insérer Tableau 3 ici

Prédiction des symptômes associés au Trouble panique

Les résultats de la troisième régression démontrent pour leur part que les variables personnelles, entrées dans une première étape d'analyses, apportent une contribution significative ($F(2,333) = 5.91, p < .05$) de 3,4% dans la prédiction des symptômes associés au Trouble panique. Par la suite, les mesures de sensibilité à l'anxiété et de responsabilité, entrées dans une deuxième et troisième étape, apportent une contribution respective de 38,5% ($F(1,332) = 220.12, p < .05$) et 0.5% ($F(1,331) = 2.78, ns$). L'intolérance à l'incertitude, lorsqu'elle est entrée dans une quatrième et dernière étape de l'analyse, apporte une contribution significative ($F(1,330) = 4.99, p < .05$), mais faible de 0.9% dans la prédiction des symptômes associés au Trouble panique. Le tableau 4 présente un résumé des principaux résultats de la troisième régression.

Insérer Tableau 4 ici

Discussion

Le but de la présente étude était de démontrer la spécificité de la relation existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, en vérifiant plus précisément que l'intolérance à l'incertitude est un fort prédicteur de l'inquiétude, principal symptôme du TAG, mais un faible prédicteur des symptômes du TOC et du Trouble panique.

Les résultats obtenus aux trois régressions hiérarchiques, utilisant les mesures de symptômes comme variable dépendante, démontrent qu'effectivement l'intolérance à l'incertitude est un excellent prédicteur de la tendance à s'inquiéter, et un faible prédicteur des symptômes associés au TOC et au Trouble panique. En

effet, lorsque l'intolérance à l'incertitude est entrée comme dernière variable de processus à l'intérieur des régressions, elle prédit à elle seule 42% de variance dans la tendance à s'inquiéter, comparativement à 3.9% pour les symptômes du TOC et 0.9% pour les symptômes du Trouble panique. Ces résultats appuient donc l'hypothèse de spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Les corrélations obtenues entre les différentes mesures concordent avec ces résultats et apportent un appui supplémentaire à l'hypothèse de spécificité. En effet, une très forte relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude est observée ($r = .70$), ce qui confirme les résultats d'études précédentes concernant la sensibilité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude (e.g., Dugas et al., 1997, $r = .70$; Freeston et al., 1994, $r = .63$). Les résultats de la présente étude démontrent cependant que ce processus semble être beaucoup moins lié aux symptômes d'autres troubles anxieux (TOC et Trouble panique), ce qui apporte un appui supplémentaire à l'hypothèse de spécificité. L'ensemble de ces résultats confirme l'hypothèse principale de cette étude en démontrant que l'intolérance à l'incertitude n'est pas seulement un processus sensible, mais également un processus spécifique à l'inquiétude.

Cette recherche se veut une première étape dans l'étude de la spécificité au sens étroit de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG, en démontrant la spécificité de la relation existant entre ce processus et l'inquiétude dans une population non clinique. Les résultats concordent donc et étendent les résultats déjà obtenus par Ladouceur et ses collaborateurs (1998), en démontrant qu'en plus d'être un processus spécifique du TAG au sens large, l'intolérance à l'incertitude est un processus spécifique à l'inquiétude au sens étroit. Il serait maintenant intéressant de répliquer cette étude auprès d'une population clinique afin de vérifier les résultats obtenus et généraliser la spécificité au sens étroit de l'intolérance à l'incertitude au TAG.

La forte comorbidité présente entre le TAG et les autres troubles anxieux justifie de continuer l'étude de variables spécifiques à ce trouble. En effet, une

caractéristique importante du TAG concerne son très haut taux de comorbidité avec les autres troubles psychiatriques (Brown & Barlow, 1992 ; Massion, Warshaw, & Keller, 1993). Selon les résultats rapportés par Yonkers, Warshaw, Massion et Keller (1996), 90% des patients présentant un TAG auraient également eu au cours de leur vie, un autre trouble anxieux. L'identification de variables spécifiques à chacun des troubles pourrait donc permettre de mieux les identifier, mieux les comprendre et, par conséquent, mieux les traiter. Illustrons ceci par un exemple. L'évaluation d'une cliente conduit à la conclusion que celle-ci présente un problème de phobie sociale, de Trouble panique, de même qu'un problème d'inquiétudes excessives (TAG). Il est cependant difficile de déterminer avec certitude l'importance relative des différents diagnostics de la cliente (Phobie sociale, TAG ou Trouble panique). La patiente présente cependant des résultats très élevés à différentes mesures d'intolérance à l'incertitude, elle formule à maintes reprises des plaintes laissant croire qu'elle supporte très mal l'incertitude (e.g., Si jamais j'ai une attaque de panique ? Si je fais une erreur en présence des gens ? Si mon enfant a un accident ? Si jamais mes patrons s'aperçoivent que j'ai pris du retard ?) et elle rapporte finalement que son plus grave problème est qu'elle trouve très inquiétant et anxiogène de n'être jamais certaine face à différents événements de sa vie (au cas où...). Puisque l'intolérance à l'incertitude a préalablement été identifiée comme étant un processus spécifique au TAG et non un processus associé à d'autres troubles, ces indications peuvent être d'une très grande importance. Elles pourront en effet servir à déterminer quel trouble est le plus important chez la cliente et quel trouble devrait être traité en premier.

Puisque cette étude s'est intéressée à la spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude en comparaison aux symptômes du TOC et du Trouble panique, il pourrait être intéressant de vérifier la spécificité en contrastant auprès d'autres troubles comme la Phobie sociale, l'Hypochondrie, le Trouble de stress post-traumatique ou, encore, la Dépression.

Les résultats obtenus dans cette étude démontrent l'importance de continuer les recherches visant à mieux comprendre le rôle et les effets de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG. Comme le mentionnent Garber et Hollon (1991), il est important de ne pas confondre spécificité et causalité. Une variable peut être spécifique ou non spécifique à un trouble, mais représenter néanmoins un facteur de causalité important dans son développement. Il serait intéressant, dans les recherches futures, de tenter de vérifier si le lien unissant l'intolérance à l'incertitude à l'inquiétude est de nature causale ou non.

Références

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^e édition). Washinton, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e édition). Washinton, DC: Auteur.

Andrews, V.H., & Borkovec, T.D. (1988). The Differential effects of induction on worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19, 21-26.

Arrindell, W. A. (1993). The fear of fear concept : evidence in favour of multidimensionality. Behaviour Research and Therapy, 31, 507-518.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinski, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behaviour Research and Therapy, 21, 9-16.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. Behaviour Research and Therapy, 30, 33-37.

Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 835-844.

Chambless, D. L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1090-1097.

Chambless, D. L., & Gracely, E. J., (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. Cognitive Therapy and Research, 13, 9-20.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994, novembre). Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers.

Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research, 21, 593-606.

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, 36, 215-226.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996, novembre). A new treatment program for Generalized Anxiety Disorder : Evaluation in a single-case design. Communication présentée at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.

Dugas, M.J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M.H. (1996). Le Trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et applications cliniques (Generalized Anxiety Disorder: Fundamental elements and clinical applications). Psychologie Canadienne, 37, 40-53.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N, & Gagnon, F. (1991). La mesure des symptômes obsessionnels-compulsifs. Thérapie comportementale et cognitive, 4, 22-28

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.

Garber, J., & Hollon, S.D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? Psychological Bulletin, 110, 129-136.

Howell, D.C. (1997). Statistical methods for psychology (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Lachance, S., Dugas, M.J., Ladouceur, R. & Freeston, M.H. (1995, octobre). Mesures comportementales de l'intolérance à l'incertitude. Communication présentée au Congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Ottawa, Ontario.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in Generalized Anxiety Disorder. Journal of Anxiety Disorders, *12*, 139-152.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1998). Specificity of GAD Symptoms and Processes. Manuscrit soumis pour publication.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1995, novembre). Specific association between Generalized Anxiety Disorder and intolerance of uncertainty among anxiety disorder patients. Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Québec, Canada.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992, juin). The Penn State Worry Questionnaire : Psychometric Properties of a French Translation. Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Québec, Canada.

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M.J. (1997). Behavioral Expressions of Intolerance of Uncertainty in Worry: Experimental findings. Behavior Modification, *21*, 355-371.

Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1993). The R-Scale : Psychometric properties of a French version. Manuscrit non publié.

Macleod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. Quarterly Journal of Experimental Psychology, *4*, 653-670.

Macleod, A.K., Williams, M.G., & Bekarian, D.A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, *100*, 478-486.

Massion, A., Warshaw, M. G., & Keller, M. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder versus generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry, *150*, 600-607.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, *28*, 487, 495.

Peterson, R. A., & Heibronner, R. (1987). The Anxiety Sensitivity Index : construct validity and factor analytic structure. Journal of Anxiety Disorders, *1*, 117-121.

Reiss, S., Peterson, R.S., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research and Therapy, *24*, 1-8.

Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1996). The prediction of obsessive-compulsive symptoms : New evidence for multiple cognitive vulnerability factors. Manuscrit soumis pour publication.

Salkovskis, P.M. (1992, juin). Cognitive models of therapy of obsessive-compulsive disorder. Communication présentée at the World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Ontario, Canada.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, *26*, 169-177.

Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., & Brillon, P. (1994, octobre). Translation and transcultural validation of the Anxiety Sensitivity Index. Communication présentée au XXVI Congrès International de Psychologie, Montréal, Québec

Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., & Brillon, P. (1995, mai). Traduction et validation canadienne-française du Body Sensation Questionnaire. Communication présentée à l'Association Canadienne-Française pour l'Avancement de la Science, Chicoutimi, Québec.

Sternburger, L. G. & Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions : psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. Behaviour Research and Therapy, *28*, 341-345.

Tallis, F., & Eysenck, M.H. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, *22*, 37-56.

Van Oppen, P. (1992). Obsessions and compulsions : Dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, *30*, 631-637.

Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1996).
Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. British Journal of
Psychiatry, 168, 308-313.

Notes de l'auteur

La recherche décrite dans cet article a été supportée financièrement par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ) et le Conseil de Recherche Médical du Canada (CRM) et a été réalisée alors que le premier auteur était financièrement supporté par le Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche et le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FCAR-FRSQ-Santé).

Toute correspondance doit être adressée à Patrick Gosselin, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4.

Tableau 1

Matrice de corrélations pour l'ensemble des mesures

Mesures	QIPS	IP	QSP	QII	IRS	ISA
QIPS	1.00	.38*	.12	.70*	.28*	.23*
IP		1.00	.38*	.48*	.57*	.50*
QSP			1.00	.12	.27*	.63*
QII				1.00	.40*	.33*
IRS					1.00	.34*
ISA						1.00

Note. QIPS : Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

IP : Inventaire de PADOVA

QSP : Questionnaire sur les Sensations Physiques

QII : Questionnaire d'Intolérance à l'Incertaineté

IRS : Inventaire de Responsabilité Sociale

ISA : Index de Sensibilité à l'Anxiété

* $p < .0033$ (.05/15)

Tableau 2

Régression hiérarchique : Prédiction de la tendance à s'inquiéter (QIPS) (N = 336)

Variables	ΔR^2	<u>B</u>	<u>SE B</u>	β
Personnelles ^a	.014			
Âge		-.033	.075	-.016
Sexe		-5.450	1.056	-.196*
Responsabilité (IRS) ^b	.079*	.001	.030	.002
Sensibilité à l'anxiété (ISA) ^c	.019*	-.016	.048	-.013
Intolérance à l'incertitude (QII) ^d	.420*	.475	.028	.728*

Note. ΔR^2 : Augmentation du R^2

B : Coefficient de régression

SE B : Coefficient d'erreur standard de régression

β : Coefficient de régression standardisé

a 2,333 dl b 1,332 dl c 1,331 dl d 1,330 dl

* $p < .05$

Tableau 3

Régression hiérarchique: Prédiction des symptômes associés au Trouble obsessionnel-compulsif (IP) (N = 335)

Variables	ΔR^2	<u>B</u>	<u>SE B</u>	β
Personnelles ^a	.003			
Âge		-.290	.173	-.067
Sexe		-.078	2.448	.001
Responsabilité (IRS) ^b	.326*	.598	.070	.384*
Sensibilité à l'anxiété (ISA) ^c	.108*	-.781	.112	-.303*
Intolérance à l'incertitude (QII) ^d	.039*	.317	.064	.221*

Note. ΔR^2 : Augmentation du R^2

B: Coefficient de régression

SE B: Coefficient d'erreur standard de régression

β : Coefficient de régression standardisé

a 2,332 dl b 1,331 dl c 1,330 dl d 1,329 dl

* $p < .05$

Tableau 4

Régression hiérarchique : Prédiction des symptômes associés au Trouble panique (QSP) (N = 336)

Variables	ΔR^2	B	SE B	β
Personnelles ^a	.034			
Âge		.166	.084	.082*
Sexe		-3.152	1.195	-.110*
Sensibilité à l'anxiété (ISA) ^b	.385*	.749	.055	.620*
Responsabilité (IRS) ^c	.005	.078	.034	.107*
Intolérance à l'incertitude (QII) ^d	.009*	-.070	.031	-.104*

Note. ΔR^2 : Augmentation du R²

B: Coefficient de régression

SE B: Coefficient d'erreur standard de régression

β : Coefficient de régression standardisé

a 2,333 dl b 1,332 dl c 1,331 dl d 1,330 dl

*p<.05

CHAPITRE 3

**MANIPULATION EXPÉRIMENTALE DE L'INTOLÉRANCE À
L'INCERTITUDE : ÉTUDE D'UN MODÈLE THÉORIQUE DES
INQUIÉTUDES AUPRÈS DE LA POPULATION NON CLINIQUE**

En-tête : MANIPULATION DE L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

**Manipulation expérimentale de l'intolérance à l'incertitude :
étude d'un modèle théorique des inquiétudes auprès de la population non clinique**

Patrick Gosselin, Robert Ladouceur, & Michel Dugas

École de psychologie, Université Laval

Québec, Canada

G1K 7P4

Résumé

Certains auteurs ont identifié l'intolérance à l'incertitude comme étant un processus important relié à l'inquiétude et au Trouble d'anxiété généralisée (e.g., Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998 ; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994 ; Ladouceur et al., 1998). La présente étude vise à préciser le lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude à l'aide d'une manipulation expérimentale. Un jeu de hasard est utilisé afin de comparer le niveau d'inquiétude des participants assignés aux conditions intolérance à l'incertitude augmentée et diminuée. Les résultats démontrent que les participants dont l'intolérance à l'incertitude a été augmentée présentent un niveau d'inquiétude plus élevé comparativement aux participants dont l'intolérance à l'incertitude a été diminuée. Ces résultats concordent avec le modèle théorique de Dugas et ses collaborateurs (1998), selon lequel l'intolérance à l'incertitude jouerait un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes excessives. En effet, les résultats obtenus démontrent qu'une augmentation de l'intolérance à l'incertitude des participants suscite chez eux une inquiétude envers une fondation qui leur est, au départ, inconnue. Les implications cliniques de cette étude sont examinées et des suggestions concernant les recherches futures sont apportées.

Manipulation expérimentale de l'intolérance à l'incertitude : étude d'un modèle théorique des inquiétudes auprès de la population non clinique

Depuis la parution du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième édition*, (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), l'inquiétude excessive et incontrôlable est devenue la principale caractéristique du Trouble d'anxiété généralisée (TAG). Comme le mentionnent Brown, O'Leary et Barlow (1993), les changements survenus dans la conceptualisation du TAG aux cours des dernières années ont fait en sorte de réorienter et d'augmenter les recherches portant sur ce trouble. Cette nouvelle orientation des recherches, maintenant dirigée vers une compréhension spécifique du TAG et de l'inquiétude, est particulièrement importante puisqu'elle est à la base de l'émergence de modèles théoriques du TAG et de l'inquiétude excessive (e.g., Barlow, 1988 ; Borkovec, Metzger, & Pruzinsky, 1986 ; Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998 ; Macleod, Williams, & Bekerian, 1991).

Dugas et ses collaborateurs (1998) ont récemment proposé un modèle théorique du TAG et des inquiétudes excessives incluant quatre variables cognitives: l'intolérance à l'incertitude (Dugas & Ladouceur, sous presse; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994), la faible orientation au problème (Davey, 1994 ; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997 ; Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998), l'évitement cognitif (Borkovec & Lyonfields, 1993) et les fausses croyances concernant l'utilité des inquiétudes (Brown et al., 1993; Freeston et al., 1994; Roemer & Borkovec, 1993). Parmi ces quatre variables cognitives, l'intolérance à l'incertitude serait la plus importante (Dugas, Ladouceur, & Freeston, 1995) et jouerait un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes excessives (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). Les résultats préliminaires d'un traitement cognitif et comportemental basé sur ce modèle semblent démontrer une bonne efficacité du traitement (Dugas & Ladouceur, 1996).

Bien que plusieurs auteurs aient inclu la notion d'incertitude dans leur conceptualisation du TAG (Andrew & Borkovec, 1988; Dugas et al., 1998 ; Dugas & Ladouceur, sous presse) et de l'anxiété en général (Garber, Miller, & Abramson, 1980; Krohne, 1989, 1993), Krohne (1989, 1993) fut le premier auteur à proposer le construit d'*intolérance* à l'incertitude dans son modèle portant sur l'anxiété. L'intolérance à l'incertitude et l'intolérance aux stimuli émotionnels seraient les principales variables impliquées dans les troubles anxieux. Krohne (1993) suggère qu'un niveau élevé d'intolérance à l'incertitude suscite des réactions d'hypervigilance face à un problème de nature incertaine, tandis qu'un niveau élevé d'intolérance aux stimuli émotionnels engendre des réactions d'évitement cognitif. L'anxiété excessive serait le résultat d'un constant passage chez la personne d'un état d'hypervigilance (relié à l'incertitude d'une situation) à un état d'évitement (relié aux réactions anxieuses ressenties par l'individu). Bien que les éléments apportés par le modèle de Krohne (1993) fournissent des avenues de recherches très intéressantes dans le domaine de l'anxiété, ceux-ci (e.g., intolérance à l'incertitude) se doivent d'être définis plus précisément.

L'intolérance à l'incertitude se définit comme étant une prédisposition à réagir négativement à un événement incertain, indépendamment du niveau objectif d'incertitude (probabilité d'apparition) et des conséquences associés à cet événement. En d'autres mots, pour une même situation incertaine, comportant une probabilité et une conséquence, deux individus peuvent différer en ce qui a trait à leur seuil de tolérance envers cette situation. Ainsi, un individu intolérant à l'incertitude évaluera une situation incertaine comme étant dérangeante voire même inacceptable, tandis qu'un individu plus tolérant évaluera la même situation comme étant non dérangeante. Nous dirons alors que le seuil de tolérance à l'incertitude du premier individu était plus bas comparativement à celui du deuxième individu. Cette définition met l'emphase sur l'évaluation subjective de l'incertitude par la personne et représente bien la réalité exprimée par les patients en cours de thérapie. Considérant que la vie de tous les jours comporte sans cesse des

situations incertaines et/ou ambiguës, la personne intolérante à l'incertitude percevra de nombreuses sources de danger dans son quotidien. Suivront alors de nombreuses inquiétudes, de même qu'un état émotionnel négatif, incluant l'anxiété et la dépression (Dugas, Freeston, Blais, & Ladouceur, 1994 ; Macleod & Mathews, 1988).

Certaines études ont jusqu'à maintenant démontré la sensibilité (e.g., Freeston et al., 1994 ; Dugas et al., 1997) et la spécificité (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 1998 ; Ladouceur et al., 1998) de la relation existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Cependant, aucune étude n'a encore manipulé le niveau d'intolérance à l'incertitude afin d'en voir l'impact produit sur l'inquiétude. Suivant le modèle de Dugas et ses collaborateurs (1998), qui stipule une relation causale entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, une augmentation du niveau d'intolérance envers une situation incertaine devrait augmenter l'inquiétude envers cette même situation. À l'opposé, une diminution de l'intolérance à l'incertitude devrait entraîner une diminution de l'inquiétude envers cette situation. Comme le mentionnent Garber et Hollon (1991), la manipulation expérimentale précise la causalité et permet notamment de comprendre le rôle de plusieurs processus dans l'acquisition et le maintien de divers troubles comme la Boulimie (Cooper, Clark, & Fairburn, 1993), le Trouble obsessionnel-compulsif (Ladouceur et al., 1995 ; Ladouceur, Rhéaume, & Aublet, 1997) et le Trouble panique (Clark et al., 1988).

Dans cette étude, une tâche de roulette informatique a été développée afin d'augmenter l'intolérance à l'incertitude chez un groupe et diminuer l'intolérance à l'incertitude chez un autre groupe. Prenant en considération la définition de l'intolérance à l'incertitude, il fallait donc développer une tâche permettant de faire percevoir la situation incertaine comme acceptable (ou non dérangeante) chez un groupe et inacceptable (ou dérangeante), par un deuxième groupe et ce, sans modifier les probabilités objectives et les conséquences associées à la situation. L'hypothèse principale de l'étude stipule que, suite à la manipulation de

l'intolérance à l'incertitude, les participants du *groupe intolérance augmentée* rapporteront un niveau plus élevé d'inquiétude comparativement aux participants du *groupe intolérance diminuée*.

Méthode

Participants

Quarante-deux étudiants (42) francophones ont participé à cette étude. Les participants ont été recrutés lors d'une étude par questionnaires effectuée dans trois classes de premier cycle universitaire. L'échantillon est composé de 30 participants de sexe féminin dont la moyenne d'âge est de 23.80 ans ($ET = 7.07$) et de 12 participants de sexe masculin dont la moyenne d'âge est de 21.67 ans ($ET = 1.92$). Chaque participant a reçu un montant de 5\$ en guise de compensation pour l'étude. Les participants ont été assignés aléatoirement à une des deux conditions expérimentales (Intolérance augmentée et intolérance diminuée). Cependant, puisqu'une différence entre les sexes au niveau de la tendance à s'inquiéter est généralement observée, un nombre équivalent de femmes et d'hommes ont été répartis dans les deux conditions. Chacune des conditions expérimentales comprend 21 participants.

Matériel

Un ordinateur IBM multimédia avec écran couleur a été utilisé dans cette étude. Celui-ci est équipé d'un logiciel de roulette informatique simulant le jeu de la roulette retrouvé dans les casinos.

Procédure

Les étudiants ayant donné leur nom pour participer à cette étude ont été invités à une rencontre individuelle d'une durée approximative d'une heure dont le but présenté était d'étudier les pensées des gens à l'égard du hasard. Aucun des participants n'a été préalablement informé du but réel de l'étude consistant à manipuler l'intolérance à l'incertitude. L'expérimentateur se présente comme quelqu'un faisant partie d'une équipe de recherche visant à étudier les croyances

associées au jeu pathologique. Après avoir expliqué brièvement la tâche expérimentale (jeu de roulette), l'expérimentateur invite les participants à signer le formulaire de consentement. Une fois la tâche complétée, les participants sont invités à répondre à un court questionnaire. L'expérimentateur explique ensuite aux participants les buts de l'étude et leur demande de signer un deuxième formulaire de consentement s'ils acceptent que leurs résultats soient utilisés pour les analyses. Aucun participant n'a refusé de signer le deuxième formulaire de consentement.

Tâche expérimentale

La tâche consiste en un jeu de roulette informatique sur lequel les participants doivent miser pendant 15 essais consécutifs. Chaque participant doit miser uniquement sur une des trois colonnes de chiffres disponibles sur le tapis des mises de la roulette. À chaque essai, le montant de la mise est fixé à 2\$. Chaque participant débute la tâche avec un montant de 20\$. La roulette est programmée de manière à ce que le montant final de chacun des participants soit de 14\$.

L'expérimentateur débute en expliquant le fonctionnement sommaire du jeu de roulette. Une emphase est mise sur les probabilités associées aux différentes situations de jeux (e.g., une chance sur deux si la mise est sur les couleurs, une chance sur 36 si la mise est sur un seul chiffre, une chance sur trois si la mise est sur une colonne). Après avoir vérifié que le participant a bien saisi les probabilités pouvant être associées au jeu, l'expérimentateur lui indique que pour cette étude il devra miser sur les colonnes, il aura donc une chance sur trois de gagner à chaque essai. L'expérimentateur explique ensuite qu'afin de faire ressembler la tâche à une situation de jeu réelle comportant des enjeux, un montant de 100\$ sera remis à une Fondation (fictive) du nom d'*Espoir d'Enfant*. L'expérimentateur insiste cependant sur le fait que l'argent sera remis à la Fondation si et seulement si, leur montant final, après les 15 essais de jeux, est égal ou supérieur à 20\$ (supérieur ou égal à leur montant initial). Si leur montant final est inférieur à 20\$, rien ne sera versé à la fondation.

Augmentation du niveau d'intolérance

Les participants de ce groupe reçoivent, à plusieurs reprises en cours d'expérimentation, des informations ayant pour but de les amener à évaluer leurs chances de gagner (la probabilité) comme étant inacceptables (e.g., On a déjà fait une étude dans ce genre-là l'année passée et c'est dommage, mais on avait de meilleures chances de gagner. Les gens misaient sur les couleurs, ils avaient donc une chance sur deux de gagner. C'est très dommage qu'on ait ramené ça à une chance sur trois. En fait, je commence à me rendre compte, en regardant les gens jouer, qu'il y a une grande différence entre une chance sur trois et une chance sur deux, c'est 50% versus 33%. Nos chances de gagner sont beaucoup moins bonnes !).

Diminution du niveau d'intolérance

Les consignes précédentes sont reprises ici. Cependant, les participants de ce groupe reçoivent des indications à l'effet que la probabilité de gagner d'une chance sur trois est élevée (e.g., On a déjà fait ça avec une chance sur 36, les gens ne gagnaient jamais, maintenant, il n'y a plus de problème avec ça, on a une chance sur trois de gagner. Ça pourrait toujours être mieux si on avait une chance sur deux, mais dans le fond, il n'y a pas beaucoup de différence entre une chance sur deux et une chance sur trois.). L'expérimentateur mentionne également aux participants de ne pas s'en faire, que ce n'est qu'un jeu après tout. S'ils ne gagnent pas quelqu'un d'autres finira par gagner.

Instruments

L'âge, le sexe, le programme, le cycle et l'année d'étude sont des variables évaluées par le biais d'un questionnaire d'informations générales.

Vérification de la manipulation

Six questions ont été développées afin d'évaluer le niveau d'intolérance à l'incertitude ressenti par les participants lors de la situation de jeu. Ils doivent

évaluer chacune des six questions sur une échelle de type Likert en 9 points (1 = pas du tout correspondant et 9 = tout à fait correspondant). Ces questions ont été construites à partir d'items provenant du Questionnaire d'Intolérance à l'Incertain (QII ; Freeston et al., 1994). Le tableau 1 présente les six questions mesurant l'intolérance à l'incertitude envers la situation de jeu.

Insérer Tableau 1 ici

Mesure de la variable dépendante

Trois questions ont été développées afin de mesurer l'inquiétude des participants envers la Fondation *Espoir-d'Enfant*. Ces questions ont été construites à partir de celles provenant du Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990 ; traduction : Ladouceur et al. 1992). Le tableau 2 présente les trois items mesurant l'inquiétude des participants à propos de la Fondation *Espoir-d'Enfant*.

Insérer Tableau 2 ici

Résultats

Vérification de la manipulation

Afin de vérifier l'effet de la manipulation sur l'intolérance à l'incertitude, un test t pour échantillons indépendants est effectué. Le niveau alpha pour cette analyse est fixé à .05 (alpha = .05). Les résultats démontrent une différence significative entre le groupe *intolérance augmentée* et le groupe *intolérance diminuée* en ce qui concerne leur niveau d'intolérance à l'incertitude ($t(40) = 7.26$, $p < .05$). En fait, les moyennes obtenues par chacun des groupes démontrent que le groupe *intolérance augmentée* ($M = 37.81$, $ET = 7.58$) rapporte un plus haut niveau d'intolérance à l'incertitude envers la situation de jeux comparativement au groupe *intolérance diminuée* ($M = 19.71$, $ET = 8.55$).

Effets sur l'inquiétude envers la fondation

Afin de vérifier la présence de différence significative entre les deux groupes concernant la mesure d'inquiétude, un autre test t est effectué. Le niveau alpha pour cette analyse est fixé à .05 (alpha = .05). Les résultats démontrent une différence significative entre les deux groupes concernant leur niveau d'inquiétude ($t(40) = 5.52, p < .05$). Les participants du groupe où l'intolérance à été augmentée ($M = 17.86, ET = 5.05$) rapportent être plus inquiets en ce qui concerne les besoins de la Fondation *Espoir-d'Enfant* comparativement au groupe où l'intolérance à l'incertitude a été diminuée ($M = 8.76, ET = 5.62$). La figure 1 présente le niveau d'inquiétude moyen rapporté par chacun des groupes.

Insérer Figure 1 ici

Discussion

La présente étude visait à manipuler l'intolérance à l'incertitude des participants afin d'en observer l'effet sur l'inquiétude. Les résultats obtenus suggèrent que le niveau d'intolérance à l'incertitude des participants a effectivement été manipulé : les participants faisant partie du *groupe intolérance à l'incertitude augmentée* rapportent être plus intolérants envers leurs chances de gagner comparativement aux participants du *groupe intolérance à l'incertitude diminuée*. Ces premiers résultats sont d'une grande importance en ce qui concerne les recherches portant sur l'intolérance à l'incertitude, puisque le fait de pouvoir manipuler expérimentalement une variable permet de mieux la définir et de mieux comprendre l'interaction entre celle-ci et les autres variables associées. L'utilisation de la manipulation expérimentale a notamment permis à Ladouceur et ses collaborateurs (1995, 1997), de clarifier les composantes de leur définition de la responsabilité, tout en permettant de mieux comprendre l'implication de ce processus dans le Trouble obsessionnel-compulsif.

Les résultats obtenus confirment également l'hypothèse principale de l'étude qui stipule que suite à la manipulation de l'intolérance à l'incertitude, les participants du *groupe intolérance augmentée* rapporteront un niveau d'inquiétude plus élevé comparativement aux participants du *groupe intolérance diminuée*. En effet, les participants du *groupe intolérance augmentée* rapportent s'inquiéter plus de la Fondation *Espoir d'Enfant* comparativement aux participants du *groupe intolérance diminuée*. Une augmentation du niveau d'intolérance à l'incertitude semble donc conduire à une augmentation du niveau d'inquiétude des participants.

Suivant le modèle de Dugas et ses collaborateurs (1998), l'intolérance à l'incertitude jouerait un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes. Plus précisément, ces auteurs mentionnent que l'intolérance à l'incertitude aurait pour effet de générer chez l'individu des questions du type « Et si telle chose arrivait ? Et si... ? », entraînant ainsi l'inquiétude. Cependant, qu'en est-il exactement de la nature du lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude ? Sommes-nous en présence d'une relation causale, comme le propose Dugas et ses collaborateurs (1998), ou sommes-nous en présence d'une relation strictement corrélationnelle entre ces deux variables ? Quels éléments nouveaux nous apportent les résultats de cette étude en ce qui concerne la nature de ce lien ?

Comme le rappellent Garber et Hollon (1991), trois conditions sont généralement considérées comme étant nécessaires afin de tirer des conclusions quant à la causalité de deux variables : (1) la covariation (i.e. le processus doit être présent ou doit avoir été présent si le trouble est présent, (2) l'antécédence temporelle (l'émergence du processus doit précéder le début du trouble et (3) l'élimination des autres causes possibles. La covariation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude a été démontrée à maintes reprises. En effet, de récentes études ont démontré que l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude étaient hautement corrélées (e.g., Dugas et al., 1997 ; Freeston et al., 1994, Gosselin et al.,

1998). Concernant l'antécédence temporelle, Dugas et Ladouceur (1998) ont premièrement démontré, à l'aide d'analyses en séries chronologiques, qu'une diminution au niveau de l'intolérance à l'incertitude précédait la diminution au niveau de la tendance à s'inquiéter lors d'un traitement cognitif et comportemental du TAG. Aucun résultat n'a cependant encore démontré que l'apparition ou l'émergence de l'intolérance à l'incertitude précédait l'apparition des inquiétudes.

La présente étude apporte des éléments de réponses à cette question, de même que des avenues de recherches très intéressantes visant à préciser la nature du lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Les résultats démontrent en effet que l'augmentation du niveau d'intolérance à l'incertitude, est associée à la naissance d'une inquiétude envers une Fondation fictive au départ inconnue des participants. Bien qu'elle ne prétend pas démontrer, à elle seule, la causalité de la relation existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, cette étude se veut une première tentative de manipulation de l'intolérance à l'incertitude qui apporte des résultats convergents vers une hypothèse de causalité. Les résultats démontrent qu'effectivement ce processus peut être manipulé et qu'une augmentation de l'intolérance à l'incertitude est associée à la naissance d'une inquiétude envers une fondation au départ inconnue des participants. À l'opposé, une diminution de l'intolérance à l'incertitude est associée à une inquiétude plus faible envers la fondation.

Les résultats obtenus dans cette étude concordent donc avec le modèle théorique de Dugas et ses collaborateurs (1998) selon lequel l'intolérance à l'incertitude jouerait un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes. Les résultats concordent également avec l'ensemble des recherches effectuées jusqu'à maintenant sur l'intolérance à l'incertitude, qui rapportent un lien très fort entre cette variable et l'inquiétude (e.g., Dugas et al., 1997 ; Freeston et al., 1994 ; Gosselin et al., 1998).

Une limite inhérente à la présente étude doit cependant être prise en considération. Aucune mesure n'a été prise auprès des participants afin de contrôler pour l'effet de variables nuisibles, telles que la dépression et l'anxiété. Il serait important, dans une recherche ultérieure, de tenir compte de ces variables nuisibles puisqu'elles sont hautement corrélées avec l'inquiétude. En effet, il est possible que la manipulation ait eu un impact direct sur ces variables et que ce soit celles-ci qui aient eu un effet sur l'inquiétude. Cette recommandation fait partie du troisième critère à respecter selon Garber et Hollon (1991) afin d'apporter un appui supplémentaire à l'hypothèse d'une relation de causalité entre deux variables : le contrôle des autres causes possibles.

Les résultats obtenus dans cette étude démontrent l'importance de continuer les recherches visant à mieux comprendre le rôle et les effets de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG. Maintenant que des résultats ont démontré que l'intolérance à l'incertitude pouvait bel et bien être manipulée, il serait intéressant de répliquer l'étude en portant un intérêt particulier aux variables nuisibles ayant pu jouer un rôle causal lors de la manipulation. Il pourrait également être intéressant de prendre des mesures d'intolérance à l'incertitude et de tendance à s'inquiéter générale afin de voir l'impact de la manipulation sur un contenu non spécifique au contenu expérimental.

Références

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e édition). Washinton, DC: Auteur.

Andrews, V.H., & Borkovec, T.D. (1988). The Differential effects of induction on worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19, 21-26.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

Borkovec, T. D. & Lyonfields, J. D. (1993). Worry : Thought suppression of emotional processing. Dans H. W. Krohne (Eds.), Chronic anxiety : Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression (pp. 29-51). New York : Guilford.

Borkovec, T.D., Metzger, R.L., Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, worry and the Self. Dans L.M Hartman & K.R. Blanktein (Eds), Perception of Self in Emotional Disorders and Psychotherapy (pp. 219-243). New York: Plenum Press.

Brown, T.A., O'Leary, T.A., & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. Dans D.H. Barlow (Ed), Clinical Handbook of Psychological Disorders (pp. 137-188). New York: Guilford Press.

Clark, D. M., Salkovskis, P.M., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middleton, H., & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. Dans I. Hand & H. U. Wittchen (Eds), Panic and Phobias 2 (pp.151-157). Berlin : Springer-Verlag.

Cooper, M. J., Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1993). An experimental study of the relationship between thoughts and eating behaviour in bulimia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 31, 749-757.

Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. Behaviour Research and Therapy, 32, 327-330.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994, novembre). Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers. Communications présentée au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research, 21, 593-606.

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, 36, 215-226.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996, novembre). A new treatment program for Generalized Anxiety Disorder : Evaluation in a single-case design. Communication présentée at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.

Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1998). Treatment of GAD : Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Manuscrit soumis pour publication.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (sous presse). Analysis and treatment of Generalized Anxiety Disorder. Dans V.E. Caballo, & R.M. Turner (Eds.), International Handbook of Cognitive-Behavioral Therapy.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1995, juillet). Worry : The contribution of intolerance of uncertainty, problem solving, and worry appraisal. Communication présentée at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.

Garber, J., & Hollon, S.D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? Psychological Bulletin, 110, 129-136.

Garber, J., Miller, S.M., & Abramson, L.Y. (1980). On the Distinction between Anxiety and Depression : Perceived Control, Certainty, and Probability of Goal Attainment. Dans Human helplessness: Theory and applications. New York: Academic Press.

Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1998). Spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Manuscrit soumis pour publication.

Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes : relating cognitive person variables to actual coping behavior. Advances in Behaviour Research and Therapy, 11, 235-248.

Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. Dans H. W. Krohne (Ed.), Attention and avoidance (pp.19-50). Toronto, Gottingen : Hogrefe & Huber.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in Generalized Anxiety Disorder. Journal of Anxiety Disorders, 12, 139-152.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1998). Specificity of GAD Symptoms and Processes. Manuscrit soumis pour publication.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992, juin). The Penn State Worry Questionnaire : Psychometric Properties of a French Translation. Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Québec, Canada.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F.(1997). Excessive responsibility in obsessional concerns:a fine-grained experimental analysis. Behaviour Research and Therapy, 35, 423-427.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M.H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of Obsessive-Compulsive Disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 937-946.

Macleod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the alloation of attention to threat. Quartely Journal of Experimental Psychology, 4, 653-670.

Macleod, A.K., Williams, M.G., & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Wory Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 28, 487, 495.

Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1993). Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds), Handbook of mental control (pp.220-238). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Notes de l'auteur

La recherche décrite dans cet article a été supportée financièrement par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ) et le Conseil de Recherche Médical du Canada (CRM) et a été réalisée alors que le premier auteur était financièrement supporté par le Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche et le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FCAR-FRSQ-Santé).

Toute correspondance doit être adressée à Patrick Gosselin, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4.

Tableau 1

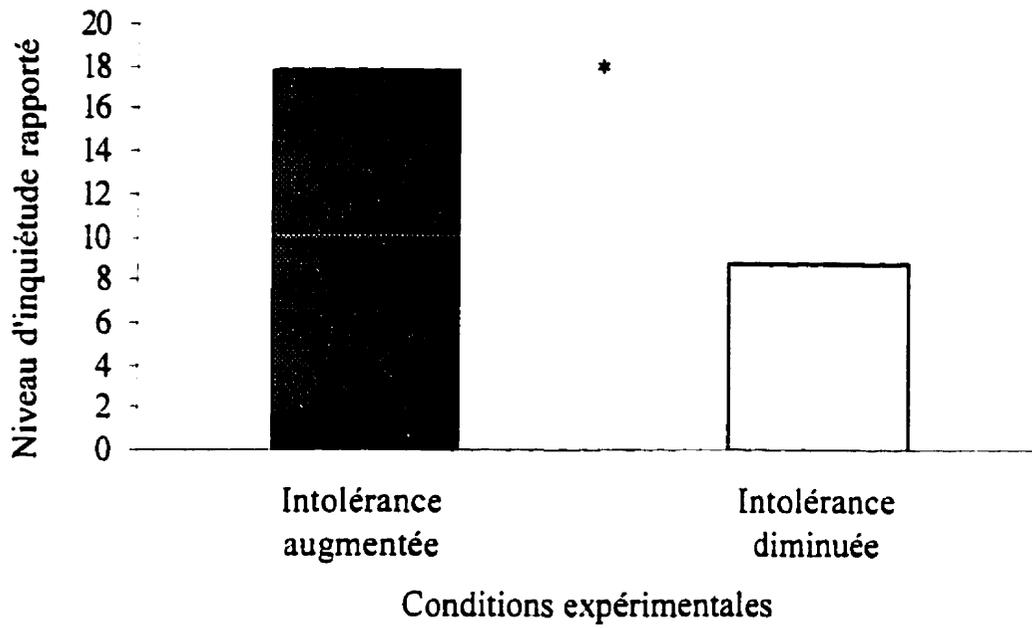
Questions mesurant l'intolérance à l'incertitude envers la situation de jeux

#	Questions
1	Ne pas être certain(e) de gagner l'argent pour les enfants me préoccupait.
2	Si j'avais été certain(e) de gagner l'argent j'aurais été moins dérangé(e) par la situation.
3	Je trouvais dommage de ne pas avoir plus de garanties de gagner l'argent pour la fondation.
4	Si j'avais été certain(e) de gagner l'argent peu importe mon choix (colonne), j'aurais été moins préoccupé(e) par la situation.
5	Ne pas être certain(e) de gagner l'argent pour la Fondation Espoir d'Enfant me dérangeait.
6	L'incertitude d'obtenir l'argent me stressait.

Tableau 2

Questions mesurant l'inquiétude envers la Fondation *Espoir-d'Enfant*

#	Questions
1	Je suis préoccupé(e) par les besoins d'argent de la Fondation <i>Espoir-d'Enfant</i> .
2	Je remarque que je m'inquiète quant à l'argent que reçoit la Fondation <i>Espoir-d'Enfant</i> .
3	Je m'inquiète à propos des besoins de la Fondation <i>Espoir-d'Enfant</i> .



* $p < .05$

Figure 1. Niveau d'inquiétude moyen rapporté en fonction des groupes expérimentaux.

CHAPITRE 4

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le principal but de ce mémoire visait à mieux définir et mieux comprendre le lien existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, afin de mieux saisir l'importance de ce processus dans le TAG. La première étude visait à démontrer la spécificité de la relation existant entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude, en démontrant plus précisément que l'intolérance à l'incertitude est un fort prédicteur de l'inquiétude, principal symptôme du TAG, mais un faible prédicteur des symptômes du TOC et du Trouble panique. La deuxième étude visait quant à elle à manipuler l'intolérance à l'incertitude des participants afin d'en observer l'effet sur l'inquiétude.

Tels qu'attendus, les résultats de l'étude 1 démontrent que l'intolérance à l'incertitude n'est pas seulement un processus sensible, mais semble également être un processus spécifique à l'inquiétude. Plus précisément, les résultats démontrent que l'intolérance à l'incertitude est un excellent prédicteur de l'inquiétude, principal symptôme du TAG, mais un faible prédicteur des symptômes associés au TOC et au Trouble panique. Cette recherche se veut une première étape dans l'étude de la spécificité au sens étroit de l'intolérance à l'incertitude dans le TAG, en démontrant la spécificité de la relation existant entre ce processus et la caractéristique centrale du trouble, l'inquiétude. Les résultats de la présente étude concordent donc et étendent les résultats obtenus par Ladouceur et ses collaborateurs (1998), en démontrant qu'en plus d'être un processus spécifique du TAG au sens large, l'intolérance à l'incertitude est un processus spécifique à l'inquiétude au sens étroit.

Selon les résultats rapportés par Yonkers, Warshaw, Massion et Keiler (1996), 90% des patients présentant un TAG auraient également eu au cours de leur vie, un autre trouble anxieux. L'identification de variables spécifiques à chacun des troubles pourrait donc permettre de mieux les identifier, mieux les comprendre et, par conséquent, mieux les traiter.

Les résultats de la deuxième étude démontrent pour leur part que l'intolérance à l'incertitude peut effectivement être manipulée. Ces premiers résultats sont d'une grande importance en ce qui concerne les recherches portant sur l'intolérance à l'incertitude, puisque le fait de pouvoir manipuler expérimentalement une variable permet de mieux la définir et de mieux comprendre l'interaction entre celle-ci et les autres variables associées.

Les résultats confirment également l'hypothèse principal de l'étude qui stipule que suite à la manipulation de l'intolérance à l'incertitude, les participants du *groupe intolérance augmentée* rapporteront un niveau d'inquiétude plus élevé comparativement aux participants du *groupe intolérance diminuée*. Ainsi, une augmentation du niveau d'intolérance à l'incertitude semble bel et bien conduire à une augmentation du niveau d'inquiétude des participants.

Les résultats obtenus apportent de nouveaux éléments convergents vers l'hypothèse d'une relation causale entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. En effet, une augmentation de l'intolérance à l'incertitude semble être associée à la naissance d'une inquiétude envers une fondation au départ inconnue des participants. D'autres études sont cependant nécessaires afin de confirmer cette hypothèse. En effet, comme le rappellent Garber et Hollon (1991), trois conditions sont généralement considérées comme étant nécessaires afin de tirer des conclusions quant à la causalité de deux variables : (1) la covariation (i.e. le processus doit être présent ou doit avoir été présent si le trouble est présent), (2) l'antécédence temporelle (l'émergence du processus doit précéder le début du trouble) et (3) l'élimination des autres causes possibles. La deuxième étude de ce mémoire se veut une première étape visant à apporter des preuves concernant l'antécédence temporelle de l'intolérance à l'incertitude sur l'inquiétude.

Les résultats obtenus dans les deux études de ce mémoire appuient le modèle théorique de Dugas et ses collaborateurs (1998) selon lequel l'intolérance à l'incertitude jouerait un rôle clé dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes.

Les résultats concordent également avec l'ensemble des recherches, portant sur l'intolérance à l'incertitude, qui rapportent un lien très fort entre cette variable et l'inquiétude (e.g., Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997 ; Freeston et al., 1994 ; Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 1998).

Ce mémoire souligne l'importance de considérer et de continuer les recherches visant à préciser le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans le Trouble d'anxiété généralisée. En effet, la compréhension de ce processus, maintenant identifié comme étant propre au TAG, permettra dans une étape ultérieure d'améliorer l'efficacité des interventions psychologiques spécifiques à ce trouble.

LISTE DES OUVRAGES CITÉS

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^e édition). Washinton, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^e édition révisée). Washinton, DC: Auteur.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e édition). Washinton, DC: Auteur.

Andrews, V.H., & Borkovec, T.D. (1988). The Differential effects of induction on worry, somatic anxiety, and depression on emotional experience. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 19, 21-26.

Arrindell, W. A. (1993). The fear of fear concept : evidence in favour of multidimensionality. Behaviour Research and Therapy, 31, 507-518.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. New York: Guilford Press.

Barlow, D.H., & DiNardo, P.A. (1991). The diagnosis of generalized anxiety disorder: Development, current status, and future directions. Dans R.M. Rapee & D.H. Barlow (Eds), Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression (pp.95-118). New York: Guilford Press.

Blazer, D. G., Hughes, D., George, L. K., Swartz, M., & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. Dans L. N. Robins & D. A. Reiger (Eds.), Psychiatric disorders in America : The Epidemiologic Cathment Area study. New York : The Free Press.

Borkovec, T. D. & Lyonfields, J. D. (1993). Worry : Thought suppression of emotional processing. Dans H. W. Krohne (Eds.), Chronic anxiety : Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression (pp. 29-51). New York : Guilford.

Borkovec, T.D., Metzger, R.L., Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, worry and the Self. Dans L.M. Hartman & K.R. Blanktein (Eds), Perception of Self in Emotional Disorder and Psychotherapy (pp. 219-243). New York: Plenum Press.

Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinski, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. Behaviour Research and Therapy, 21, 9-16.

Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26, 25-30.

Bradwejn, J., Berner, M., & Shaw, B. (1992). Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling. Montréal, Québec: Grosvenor inc.

Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. Behaviour Research and Therapy, 30, 33-37.

Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 835-844.

Brown, T.A., O'Leary, T.A., & Barlow, D.H. (1993). Generalized anxiety disorder. Dans D.H. Barlow (Ed), Clinical Handbook of Psychological Disorders (pp. 137-188). New York: Guilford Press.

Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 167-175.

Chambless, D. L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 1090-1097.

Chambless, D. L., & Gracely, E. J., (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. Cognitive Therapy and Research, 13, 9-20.

Clark, D. M., Salkovskis, P.M., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middleton, H., & Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. Dans I. Hand & H. U. Wittchen (Eds), Panic and Phobias 2 (pp.151-157). Berlin : Springer-Verlag.

Cooper, M. J., Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1993). An experimental study of the relationship between thoughts and eating behaviour in bulimia nervosa. Behaviour Research and Therapy, 31, 749-757.

Craske, M.G., Barlow, D.H., & O'Leary, T. (1992). Mastery of your anxiety and worry. Albany, New York: Graywind Publications.

Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. Behaviour Research and Therapy, *32*, 327-330.

Davey, G.C.L., Hampton, J., Farrell, J., & Davidson, S.(1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate construts. Personality and Individual Differences, *13*, 133-147.

Davey, G.C.L., & Tallis, F. (Eds.). (1994). Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment. England: Guilford.

DiNardo, P.A., Moras, K., Barlow, D.H., Rapee, R.M., & Brown, T.A. (1993). Reliability of the DSM-III-R anxiety disorder categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised. Archives of General psychiatry, *50*, 251-256.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., Blais, F., & Ladouceur, R. (1994, novembre). Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers. Communication présentée au Congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.

Dugas, M.J., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1994, novembre). The nature of worry. Communication présentée au congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, Californie.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. Cognitive Therapy and Research, *21*, 593-606.

Dugas, M.J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1998). Generalized anxiety disorder: a preliminary test of a conceptual model. Behaviour Research and Therapy, *36*, 215-226.

Dugas, M. J, Gosselin, P., Laberge, M., & Ladouceur, R. (1999, mai). GAD Publications : So Where Do We Stand ? Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Halifax, Canada.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996, novembre). A new traitment program for Generalized Anxiety Disorder : Evaluation in a single-case design. Communication

présentée at the Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York, NY.

Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1998). Treatment of GAD : Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. Manuscrit soumis pour publication.

Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (sous presse). Analysis and treatment of Generalized Anxiety Disorder. Dans V.E. Caballo, & R.M. Turner (Eds.), International Handbook of Cognitive-Behavioral Therapy.

Dugas, M.J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., & Freeston, M.H. (1996). Le Trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et applications cliniques (Generalized Anxiety Disorder: Fundamental elements and clinical applications). Psychologie Canadienne, 37, 40-53.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M.H. (1995, juillet). Worry : The contribution of intolerance of uncertainty, problem solving, and worry appraisal. Communication présentée at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.

Freeston, M.H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1996). Thoughts, images, worry and anxiety. Cognitive Therapy and Research, 20, 265-273.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N, & Gagnon, F. (1991). La mesure des symptômes obsessifs-compulsifs. Thérapie comportementale et cognitive, 4, 22-28

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? Personality and Individual Differences, 17, 791-802.

Garber, J., & Hollon, S.D. (1991). What can specificity designs say about causality in psychopathology research? Psychological Bulletin, 110, 129-136.

Garber, J., Miller, S.M., & Abramson, L.Y. (1980). On the Distinction between Anxiety and Depression : Perceived Control, Certainty, and Probability of Goal Attainment. Dans Human helplessness: Theory and applications. New York: Academic Press.

Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1998). Spécificité de la relation entre l'intolérance à l'incertitude et l'inquiétude. Manuscrit soumis pour publication.

Howell, D.C. (1997). Statistical methods for psychology (4th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hugues, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Archives of General Psychiatry, *51*, 8-19.

Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes : relating cognitive person variables to actual coping behavior. Advances in Behaviour Research and Therapy, *11*, 235-248.

Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. Dans H. W. Krohne (Ed.), Attention and avoidance (pp.19-50). Toronto, Gottingen : Hogrefe & Huber.

Lachance, S., Dugas, M.J., Ladouceur, R. & Freeston, M.H. (1995, octobre). Mesures comportementales de l'intolérance à l'incertitude. Communication présentée au Congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Ottawa, Ontario.

Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in Generalized Anxiety Disorder. Journal of Anxiety Disorders, *12*, 139-152.

Ladouceur, R., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., Thibodeau, N., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1996). Cognitive behavioral treatment of generalized anxiety disorder : Extension to group format and to adolescent and elderly populations. Manuscrit inédit.

Ladouceur, R., Dugas, M.J., Freeston, M.H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J.-M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1998). Specificity of GAD Symptoms and Processes. Manuscrit soumis pour publication.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992, juin). The Penn State Worry Questionnaire : Psychometric Properties of a French Translation. Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Québec, Canada.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: a fine-grained experimental analysis. Behaviour Research and Therapy, 35, 423-427.

Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M.H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., Langlois, F., & Pokomandy-Morin, K. (1995). Experimental manipulations of responsibility: an analogue test for models of Obsessive-Compulsive Disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 937-946.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992, juin). The Penn State Worry Questionnaire : Psychometric Properties of a French Translation. Communication présentée au Congrès annuel de la Canadian Psychological Association, Québec, Canada.

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M.J. (1997). Behavioral Expressions of Intolerance of Uncertainty in Worry: Experimental findings. Behavior Modification, 21, 355-371.

Lemay, D., Gosselin, P., Laberge, M., Freeston, M.H., Langlois, F., & Ladouceur, R. (1997, octobre). Inquiétudes chez les adolescents: évitement cognitif et croyances reliées à l'utilité des inquiétudes. Communication présentée au XXIème congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke, Québec.

Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1993). The R-Scale : Psychometric properties of a French version. Manuscrit non publié.

Massion, A., Warshaw, M. G., & Keller, M. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder versus generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry, 150, 600-607.

Macleod, C., & Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 4, 653-670.

Macleod, A.K., Williams, M.G., & Bekerian, D.A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. Journal of Abnormal Psychology, 100, 478-486.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 28, 487, 495.

Peterson, R. A., & Heibronner, R. (1987). The Anxiety Sensitivity Index : construct validity and factor analytic structure. Journal of Anxiety Disorders, 1, 117-121.

Rapee, R.M. (1985). The distinction between panic disorder and generalized anxiety disorders : Clinical presentation. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 19, 227, 232.

Rapee, R.M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. Clinical Psychology Review, 11, 419-440.

Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1991). Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression. New York: Guilford Press.

Reiss, S., Peterson, R.S., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety, frequency and the prediction of fearfulness. Behaviour Research and Therapy, 24, 1-8.

Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1996). The prediction of obsessive-compulsive symptoms : New evidence for multiple cognitive vulnerability factors. Manuscrit soumis pour publication.

Riley, W.T., McCormick, M. G.F., & Alloca, P.N. (1995, novembre). Child versus adult onset of generalized anxiety disorder. Communication présentée au XIXième congrès annuel de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.

Roemer, L., & Borkovec, T. D. (1993). Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. Dans D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Eds), Handbook of mental control (pp.220-238). Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall.

Salkovskis, P.M. (1992, juin). Cognitive models of therapy of obsessive-compulsive disorder. Communication présentée at the World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Ontario, Canada.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, 26, 169-177.

Sanderson, W.C., Barlow, D.H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. Journal of Nervous and Mental Disease, 178, 588-591.

Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., & Brillon, P. (1994, octobre). Translation and transcultural validation of the Anxiety Sensitivity Index. Communication présentée au XXVI Congrès International de Psychologie, Montréal, Québec

Stephenson, R., Marchand, A., Lavallée, M. C., & Brillon, P. (1995, mai). Traduction et validation canadienne-française du Body Sensation Questionnaire. Communication présentée à l'Association-Canadienne Française pour l'Avancement de la Science, Chicoutimi, Québec.

Sternburger, L. G. & Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions : psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. Behaviour Research and Therapy, 28, 341-345.

Tallis, F., & Eysenck, M.H. (1994). Worry: Mechanisms and modulating influences. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22, 37-56.

Van Oppen, P. (1992). Obsessions and compulsions : Dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity of the Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, 30, 631-637.

Yonkers, K.A., Warshaw, M.G., Massion, A.O., & Keller, M.B. (1996). Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. British Journal of Psychiatry, 168, 308-313.

Notes de l'auteur

Les recherches décrites dans ce mémoire ont été supportées financièrement par le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FRSQ) et le Conseil de Recherche Médical du Canada (CRM). Elles ont également été réalisées alors que le premier auteur était financièrement supporté par le Fonds pour la Formation de Chercheurs et l'Aide à la Recherche et le Fonds de la Recherche en Santé du Québec (FCAR-FRSQ-Santé).

Toute correspondance doit être adressée à Patrick Gosselin, École de psychologie, Université Laval, Québec, Canada, G1K 7P4.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ÉTUDE 1

Laboratoire de Thérapies Cognitives-Béaviorales
École de Psychologie
Université Laval
G1K 7P4

Informations générales

Age: _____

Sexe: Masculin _____ Féminin _____

Occupation actuelle:

Étudiant(e):

Domaine d'étude: _____

Cycle: 1 _____ 2 _____ 3 _____

Année: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____

Autres (emploi): _____

Deuxième expérimentation

La participation à cette deuxième étude, qui porte sur les pensées associées au hasard, implique une rencontre d'une durée approximative de 60 minutes. Votre participation consiste à exécuter une tâche sur ordinateur. Un montant de 5 dollars vous sera remis pour votre participation.

Si vous désirez participer à la seconde étude proposée, veuillez inscrire votre nom et numéro de téléphone. Nous vous contacterons dans les plus brefs délais.

Nom: _____

Téléphone: _____ - _____ - _____

Merci de votre précieuse collaboration!

Patrick Gosselin
Étudiant à la maîtrise
École de Psychologie, Université Laval

APPENDICE B

QUESTIONNAIRE SUR LES INQUIÉTUDES DE PENN STATE

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

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

-
- _____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
- _____ 2. Mes inquiétudes me submergent.
- _____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
- _____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
- _____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
- _____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
- _____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
- _____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
- _____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
- _____ 10. Je ne m'inquiète jamais.
- _____ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
- _____ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
- _____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
- _____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
- _____ 15. Je m'inquiète tout le temps.
- _____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

© Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Hélène Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J. Letarte, H., Rhéaume, J. Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 33, 240.

APPENDICE C

QUESTIONNAIRE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Incertitude

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

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

1. ___ L'incertitude m'empêche de prendre position.
 2. ___ Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.
 3. ___ L'incertitude rend la vie intolérable.
 4. ___ C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.
 5. ___ Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.
 6. ___ L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).
 7. ___ Les imprévus me dérangent énormément.
 8. ___ Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.
 9. ___ L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.
 10. ___ On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.
 11. ___ Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.
 12. ___ Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.
 13. ___ Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.
 14. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.
 15. ___ Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.
 16. ___ Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie .
 17. ___ L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.
 18. ___ Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.
 19. ___ Je deteste être pris(e) au dépourvu.
-

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

20. ____ Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.
21. ____ Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.
22. ____ Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.
23. ____ Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.
24. ____ L'incertitude m'empêche de bien dormir.
25. ____ Je dois me retirer de toute situation incertaine.
26. ____ Les ambiguïtés de la vie me stressent.
27. ____ Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

APPENDICE D

QUESTIONNAIRE SUR LES SENSATIONS PHYSIQUES

A) Ce questionnaire regroupe certaines sensations qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e). Évaluez le degré de peur suscitée par chacune des sensations **que vous avez déjà ressenties**. Utilisez l'échelle suivante:

1	2	3	4	5
Cette sensation ne m'effraie pas du tout	Cette sensation m'effraie un peu	Cette sensation m'effraie moyennement	Cette sensation m'effraie beaucoup	Cette sensation m'effraie énormément

-
- _____ 1. Palpitations cardiaques.
- _____ 2. Serrement ou sensation de lourdeur dans la poitrine.
- _____ 3. Engourdissement dans les bras ou les jambes.
- _____ 4. Picotement au bout des doigts.
- _____ 5. Engourdissement dans une autre partie du corps.
- _____ 6. Souffle court.
- _____ 7. Étourdissement.
- _____ 8. Vision embrouillée.
- _____ 9. Nausée (mal de coeur).
- _____ 10. Avoir des papillons dans l'estomac ou avoir l'estomac à l'envers.
- _____ 11. Impression d'avoir un noeud dans l'estomac.
- _____ 12. Avoir une boule dans la gorge.
- _____ 13. Avoir les jambes molles.
- _____ 14. Transpirer.
- _____ 15. Avoir la gorge sèche.
- _____ 16. Se sentir désorienté(e) et confus(e).
- _____ 17. Se sentir détaché(e) ou déconnect(é) de son corps; impression d'être "à moitié là".
- _____ 18. Autres sensations (décrivez-les et évaluez-les).
-

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux **trois** sensations les plus pénibles pour vous.

APPENDICE E

INDEX DE SENSIBILITÉ À L'ANXIÉTÉ

Index de Sensibilité à l'Anxiété

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le chiffre vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

0	1	2	3	4
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

-
- ___ 1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(euse).
 - ___ 2. Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou(folle).
 - ___ 3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.
 - ___ 4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.
 - ___ 5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.
 - ___ 6. Cela me fait peur quand mon coeur bat rapidement.
 - ___ 7. Cela m'embarrasse quand mon estomac "crie".
 - ___ 8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée.
 - ___ 9. Quand je m'aperçois que mon coeur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une "crise de coeur" (infarctus).
 - ___ 10. Cela me fait peur quand je deviens essouffé(e).
 - ___ 11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.
 - ___ 12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.
 - ___ 13. Les gens remarquent quand je me sens tout(e) tremblant(e).
 - ___ 14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur.
 - ___ 15. Quand je me sens nerveux(euse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale.
 - ___ 16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(euse).

APPENDICE F

INVENTAIRE DE PADOVA

Inventaire de Padova

Les énoncés suivants réfèrent à des pensées et des comportements qui peuvent survenir à tous les jours dans la vie de chacun. Pour chacun des énoncés, choisir la réponse qui semble le mieux vous décrire en tenant compte du degré de perturbation que ces pensées ou comportements peuvent vous causer. Cotez vos réponses comme suit:

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement

- _____ 1. Je sens que mes mains sont sales quand je touche de l'argent.
- _____ 2. Je pense qu'un contact, même léger, avec des sécrétions corporelles (transpiration, salive, urine etc.) peut contaminer mes vêtements ou me nuire de quelque façon.
- _____ 3. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais que des étrangers ou d'autres personnes lui ont touché.
- _____ 4. J'éprouve de la difficulté à toucher aux déchets ou aux choses sales.
- _____ 5. J'évite d'utiliser les toilettes publiques parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
- _____ 6. J'évite d'utiliser les téléphones publics parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
- _____ 7. Je lave mes mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.
- _____ 8. Parfois, je dois me laver ou me nettoyer simplement car je crois possiblement être sale ou contaminé(e).
- _____ 9. Si je touche à quelque chose que je crois contaminé(e), je dois immédiatement me laver ou me nettoyer.
- _____ 10. Si un animal me touche, je me sens sale et je dois immédiatement me laver ou changer mes vêtements.
- _____ 11. Quand des doutes et des inquiétudes me viennent à l'esprit, je ne peux pas me reposer avant d'en avoir discuté avec une personne rassurante.
- _____ 12. Quand je parle, j'ai tendance à répéter les mêmes choses et les mêmes phrases plusieurs fois.
- _____ 13. J'ai tendance à demander aux gens de répéter les mêmes choses plusieurs fois de suite même si j'ai bien compris ce qu'ils disaient la première fois.
- _____ 14. Je me sens obligé(e) de suivre la même séquence lorsque je m'habille, me déshabille et me lave.
- _____ 15. Avant d'aller me coucher, je dois faire certaines choses dans une certaine séquence.
- _____ 16. Avant d'aller au lit, je dois suspendre ou plier mes vêtements d'une façon spéciale.
- _____ 17. Je sens que je dois répéter certains chiffres sans aucune raison.

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement

- ___ 18. Je dois faire les choses plusieurs fois avant de penser qu'elles sont faites correctement.
- ___ 19. J'ai tendance à vérifier les choses plus souvent que nécessaire.
- ___ 20. Je vérifie et revérifie les robinets, le four, les ronds du poêle et les interrupteurs de lumière même après les avoir fermés.
- ___ 21. Je retourne à la maison vérifier les portes, fenêtres, tiroirs, etc. pour m'assurer qu'ils sont correctement fermés.
- ___ 22. Je vérifie continuellement en détail les formulaires, documents, chèques, etc. pour être certain(e) de les avoir remplis correctement.
- ___ 23. Je reviens continuellement en arrière pour voir si les allumettes, les cigarettes, etc. sont bel et bien éteintes.
- ___ 24. Quand je manipule de l'argent, je le compte et le recompte plusieurs fois.
- ___ 25. Avant de mettre une lettre à la poste, je la vérifie avec soin à plusieurs reprises.
- ___ 26. J'éprouve de la difficulté à prendre des décisions, même pour des choses sans importance.
- ___ 27. Parfois, je doute d'avoir fait des choses même si je sais les avoir faites.
- ___ 28. J'ai l'impression que je ne serai jamais capable d'expliquer clairement mes pensées, surtout quand je parle de choses importantes qui me touchent.
- ___ 29. Après avoir fait quelque chose avec soin, j'ai l'impression de l'avoir mal faite ou de ne pas l'avoir finie.
- ___ 30. Je suis quelquefois en retard parce que je m'attarde à faire certaines choses plus souvent que nécessaire.
- ___ 31. Je me crée des problèmes et des doutes, au sujet de la plupart des choses que je fais.
- ___ 32. Quand je commence à penser à certaines choses, je deviens obsédé(e) par celles-ci.
- ___ 33. Des pensées déplaisantes me viennent à l'esprit, contre ma volonté, et je ne peux pas m'en débarrasser.
- ___ 34. Des blasphèmes ou des mots obscènes et grossiers me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.
- ___ 35. Mes pensées prennent leurs propres directions et j'éprouve de la difficulté à être attentif(ve) à ce qui se passe autour de moi.
- ___ 36. J'imagine des conséquences catastrophiques comme le résultat de mon inattention ou d'erreurs mineures que j'ai faites.
-

	0	1	2	3	4
	Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
_____	37.	Je pense ou me soucie longtemps par rapport au mal que j'aurais pu faire à quelqu'un sans m'en apercevoir.			
_____	38.	Quand j'entends parler d'un désastre, je pense que d'une manière ou d'une autre, c'est de ma faute.			
_____	39.	Sans raison, il m'arrive de m'inquiéter longuement à propos d'avoir une blessure ou une maladie.			
_____	40.	Parfois je commence à compter des objets sans raison.			
_____	41.	J'ai l'impression que je dois me souvenir de numéros sans aucune importance.			
_____	42.	Quand je lis, j'ai l'impression d'avoir manqué des passages importants et de devoir les relire au moins deux à trois fois.			
_____	43.	Je me préoccupe de me souvenir de choses sans importance et je fais des efforts pour ne pas les oublier.			
_____	44.	Quand une pensée ou un doute me vient à l'esprit, je dois examiner tous les aspects et je ne peux m'arrêter tant que je ne l'ai pas fait.			
_____	45.	Dans certaines situations, j'ai peur de perdre le contrôle et de poser des gestes embarrassants.			
_____	46.	Quand je regarde en bas d'un pont ou d'une fenêtre très élevé, je ressens l'impulsion de me lancer dans le vide.			
_____	47.	Quand je vois un train s'approcher, je pense parfois que je pourrais me jeter sous ses roues.			
_____	48.	A certains moments, je suis tenté(e) d'enlever vivement mes vêtements en public.			
_____	49.	Quand je conduis un véhicule, je me sens parfois poussé(e) à frapper quelqu'un ou quelque chose.			
_____	50.	Voir des armes m'excite et m'amène à avoir des pensées violentes.			
_____	51.	Je deviens contrarié(e) et inquiet(e) à la vue de couteaux, poignards et autres objets pointus.			
_____	52.	Je ressens parfois quelque chose en moi qui me pousse à poser des gestes vraiment insensés et contre ma volonté.			
_____	53.	Je ressens parfois le besoin de briser ou d'endommager des choses sans aucune raison.			
_____	54.	Je me sens parfois poussé(e) à voler quelque chose appartenant à quelqu'un d'autre, même s'il m'est complètement inutile.			
_____	55.	Je ressens parfois une irrésistible tentation de voler quelque chose à l'épicerie.			

0	1	2	3	4
Pas du tout	Peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement

- _____ 56. Je me sens parfois poussé(e) à blesser des enfants ou des animaux sans défense.
- _____ 57. Je crois que je dois effectuer des gestes particuliers ou marcher d'une certaine manière.
- _____ 58. Dans certaines situations, je me sens parfois poussé(e) à trop manger même si j'en deviens malade.
- _____ 59. Quand j'apprends qu'il y a eu un suicide ou un crime, je me sens longtemps bouleversé(e) et j'éprouve de la difficulté à arrêter d'y penser.
- _____ 60. Je me crée des soucis inutiles à propos des microbes et des maladies.

APPENDICE G

INVENTAIRE DE RESPONSABILITÉ SOCIALE

Echelle-R

Pour chacun des énoncés suivants, veuillez encercler le chiffre qui correspond le mieux à votre façon de penser. Utilisez cette échelle d'évaluation:

1	2	3	4	5	
Correspond Aucunement	Correspond Faiblement	Correspond Moyennement	Correspond Fortement	Correspond Extrêmement	

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. Je me sens souvent responsable pour les choses qui vont mal. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2. Si je peux avoir une quelconque influence sur les choses qui vont mal, alors je dois agir pour les prévenir. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3. Si je n'agis pas quand je peux prévoir un tort ou un danger, alors je suis à blâmer pour toutes les conséquences si cela se produit. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4. Je suis trop sensible à la responsabilité face aux choses qui vont mal. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5. Un jour, je vais payer pour mes péchés. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6. Si je <u>pense</u> à de mauvaises choses, c'est aussi mauvais que de <u>faire</u> ces mauvaises choses. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7. Je cause souvent du tort. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8. Je m'inquiète beaucoup des effets produits par les choses que je fais ou je ne fais pas. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9. Pour moi, ne pas agir pour prévenir un désastre est aussi mauvais que de le faire arriver. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10. Pour moi, l'insouciance est inexcusable lorsqu'elle peut affecter d'autres personnes. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 11. Rien faire peut causer autant de tort que des mauvaises intentions délibérées. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 12. Si je sais que le danger est possible, même s'il est peu probable, je devrais toujours essayer de le prévenir. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 13. Si j'ai causé du tort, je ne peux pas me pardonner. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 14. Je dois toujours penser aux conséquences de mes actions même pour les plus petites. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 15. J'ai fait beaucoup de choses qui auraient pu faire du tort aux autres. |

					1	2	3	4	5
					Correspond	Correspond	Correspond	Correspond	Correspond
					Aucunement	Faiblement	Moyennement	Fortement	Extrêmement
1	2	3	4	5	16.	Les gens sont généralement trop insouciants.			
1	2	3	4	5	17.	Je prends souvent la responsabilité de choses pour lesquelles d'autres personnes ne pensent pas être de ma faute.			
1	2	3	4	5	18.	Tout ce que je fais peut causer de sérieux problèmes.			
1	2	3	4	5	19.	Pour moi, c'est inutile d'essayer de réparer les choses une fois qu'elles ont mal tourné.			
1	2	3	4	5	20.	Je dois m'assurer que les autres personnes sont protégées des choses que je fais.			
1	2	3	4	5	21.	Je passe souvent près de causer du mal.			
1	2	3	4	5	22.	Je dois protéger les autres des torts éventuels.			
1	2	3	4	5	23.	Je ne devrais jamais causer même le moindre tort aux autres.			
1	2	3	4	5	24.	Les gens ne devraient pas me faire confiance au cas où je leur ferais défaut.			
1	2	3	4	5	25.	Je serai condamnée pour mes actions.			
1	2	3	4	5	26.	Je peux toujours prévenir des accidents si je prends suffisamment de précautions.			
1	2	3	4	5	27.	De mauvaises choses peuvent facilement arriver à cause de ma négligence.			

APPENDICE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE 1

**Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie
Université Laval**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT:

Étude sur les pensées

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à cette étude par questionnaires. Le but de l'étude consiste à vérifier les processus cognitifs associés aux troubles anxieux. Ma tâche consiste à remplir une série de questionnaires portant sur les pensées et les processus qui leur sont associés.

Il va sans dire que toutes les informations que je fournirai dans cette étude resteront strictement confidentielles. Afin que mon nom ne puisse être associé à mes réponses aux questionnaires, ce formulaire de consentement sera remis séparément.

Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Comme avantage, ma participation à l'étude contribuera à améliorer les connaissances sur les pensées et les processus associées aux troubles anxieux. Comme inconvénient, je devrai accorder une période approximative de 30 minutes pour répondre à l'ensemble des questionnaires.

Ma participation à l'étude se limite à compléter les questionnaires ci-joints. Si pour une raison ou une autre je désire me retirer de l'étude, je suis absolument libre de le faire sans que cela ne me cause préjudice.

Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Patrick Gosselin au 656-2131 poste 4762 qui répondra à mes questions. Cette étude s'effectue sous la supervision de Robert Ladouceur, Ph.D. et de Michel Dugas, Ph.D.

Date: _____ Signature du répondant _____

APPENDICE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PRÉ-EXPÉRIMENTAL DE L'ÉTUDE 2

**Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie
Université Laval****FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Je, soussigné(e) _____, consens librement à participer à cette étude visant à préciser les pensées des gens à l'égard du hasard.

Ma participation implique une seule rencontre d'une durée approximative d'une heure. Ma tâche consistera premièrement à remplir un questionnaire portant sur les pensées pouvant être associées au hasard. Par la suite, je serai invité à jouer à la roulette informatique sur ordinateur. Finalement, je devrai remplir un nouveau questionnaire mesurant mes perceptions face au hasard.

Toutes les informations que je fournirai dans cette étude resteront strictement confidentielles. Seuls les responsables de la recherche auront accès aux informations que je fournirai. Afin que mon nom ne puisse être associé à mes réponses aux questionnaires, ce formulaire de consentement sera entreposé séparément. Les informations que je fournirai seront entreposées sous clé dans un local réservé à cette fin.

Comme avantage, ma participation à l'étude contribuera à améliorer les connaissances sur les pensées associées au hasard. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Comme inconvénient, je devrai accorder une période d'environ une heure pour l'expérimentation. Il est possible que je ressente une certaine fatigue suite à l'expérimentation.

Ma participation à l'étude se fait sur une base volontaire. Si pour une raison ou une autre je désire me retirer de l'étude, je suis absolument libre de le faire sans que cela ne me cause préjudice. Pour ma participation, je recevrai un montant de 5.00\$ en guise de compensation.

Certains détails concernant l'étude pourront m'être communiqués si je le désire. Dans ce cas, je peux contacter Patrick Gosselin au 656-2131 poste 4762 qui répondra à mes questions. Cette étude s'effectue sous la supervision de Robert Ladouceur, Ph.D. et de Michel Dugas, Ph.D.

Date: _____ Signature du participant: _____

Signature de l'expérimentateur: _____

APPENDICE J

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POST-EXPÉRIMENTAL
DE L'ÉTUDE 2**



**Laboratoire de thérapies comportementales, École de psychologie
Université Laval**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
POST EXPÉRIMENTAL:**

Étude portant sur la manipulation de l'intolérance à l'incertitude

Je, soussigné(e) _____, consens librement à ce que les informations que j'ai communiquées pendant l'expérimentation soient utilisées par l'expérimentateur.

Les buts réels de l'étude m'ont été expliqués. Je sais que l'expérimentateur ne pouvait me les communiquer avant ma participation puisque cela aurait pu influencer les informations que j'ai données.

Toutes les informations que j'ai fournies dans cette étude, resteront strictement confidentielles. Seuls les responsables de la recherche auront accès à ces informations. Afin que mon nom ne puisse être associé à mes réponses aux questionnaires, ce formulaire de consentement sera entreposé séparément. Les informations que j'ai fournies seront entreposées sous clé dans un local réservé à cette fin.

Comme avantage, ma participation à l'étude contribuera à améliorer les connaissances sur le rôle de l'intolérance à l'incertitude dans l'acquisition et le maintien des inquiétudes. Elle permettra également d'apporter des précisions concernant la définition même de l'intolérance à l'incertitude. Il n'y a aucun risque à participer à cette étude. Un des désavantages possibles de ma participation est la période de temps que j'ai dû accorder. Il est possible que je ressente une certaine fatigue suite à la tâche expérimentale.

Pour ma participation, j'ai reçu un montant de 5.00\$ en guise de compensation pour mes frais de déplacement.

Si j'ai des questions ou si je veux plus d'informations relativement à l'étude, je peux contacter Patrick Gosselin au 656-2131 poste 4762 qui répondra à mes questions. Cette étude s'effectue sous la supervision de Robert Ladouceur, Ph.D. et de Michel Dugas, Ph.D.

Date: _____ Signature du participant: _____

Signature de l'expérimentateur: _____

APPENDICE K

QUESTIONNAIRE D'INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ÉTUDE 2



**UNIVERSITÉ
LAVAL**

Laboratoire de Thérapies Cognitives-Béaviorales
École de Psychologie
Université Laval
G1K 7P4

Informations générales

Age: _____

Sexe: Masculin _____ Féminin _____

Occupation actuelle:

Étudiant(e):

Domaine d'étude: _____

Cycle: 1____ 2____ 3____

Année: 1____ 2____ 3____ 4____ 5____

Autres (emploi): _____

Merci de votre précieuse collaboration!

**Patrick Gosselin
École de Psychologie, Université Laval**

APPENDICE L

**QUESTIONNAIRE MESURANT L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE
ENVERS LA SITUATION EXPÉRIMENTALE ET L'INQUIÉTUDE ENVERS
LA FONDATION *ESPOIR D'ENFANT***

Questionnaire sur l'étude et la Fondation Espoir d'Enfant

Les questions suivantes font référence à ce que vous avez pu ressentir **lors de l'expérimentation**. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pas du tout correspondant		Un peu correspondant		Moyennement correspondant		Très correspondant		Tout à fait correspondant

1. ___ Ne pas être certain(e) de gagner l'argent pour les enfants me préoccupait.
2. ___ Si j'avais été certain(e) de gagner l'argent j'aurais été moins dérangé(e) par la situation.
3. ___ Je trouvais dommage de ne pas avoir plus de garantis de gagner de l'argent pour la fondation.
4. ___ Si j'avais été certain(e) de gagner l'argent peu importe mon choix (colonne), j'aurais été moins préoccupé(e) par la situation.
5. ___ Je suis préoccupé(e) par les besoins d'argent de la Fondation Espoir d'Enfant.
6. ___ Ne pas être certain(e) de gagner l'argent pour la Fondation Espoir d'Enfant me dérangeait.
7. ___ L'incertitude d'obtenir l'argent me stressait.
8. ___ Je remarque que je m'inquiète quant à l'argent que reçoit la Fondation Espoir d'Enfant.
9. ___ Je m'inquiète à propos des besoins de la Fondation Espoir d'Enfant.

APPENDICE M

ROULETTE INFORMATIQUE UTILISÉE DANS L'ÉTUDE 2

Fonds: 20



0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13
 14
 15
 16
 17
 18
 19
 20
 21
 22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

Tour 1

