

Université du Québec en Outaouais

Les gains spontanés lors d'une psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur les expériences comportementales pour le trouble d'anxiété généralisée

Essai doctoral
Présenté au
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par
© Isabelle FORTIN-DELISLE

Mars 2023

Composition du jury

Les gains spontanés lors d'une psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur les expériences comportementales pour le trouble d'anxiété généralisée

Par
Isabelle Fortin-Delisle

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Michel Dugas, Ph.D., directeur de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Paul Samuel Greenman, Ph.D., examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Isabelle Green-Demers, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Marie-Claude Guay, Ph.D., examinatrice externe, Département de psychologie, Université du Québec en Montréal

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon directeur de recherche et superviseur de stage, Professeur Michel Dugas pour le temps qu'il m'a offert afin de me guider. Ses conseils ont été essentiels dans la complétion de ce projet de recherche. Je le remercie de tout mon cœur d'avoir cru en moi. Il a su me partager sa passion de la recherche avec brio.

Je remercie Paul Samuel Greenman, Isabelle Green-Demers et Marie-Claude Guay de faire partie de mon comité d'essai doctoral et d'avoir offert généreusement leurs rétroactions afin de bonifier ce projet.

Je remercie mes superviseuses en clinique durant mes internats, Noémie Tardif, Lyse Lessard et Patricia Cham, qui m'ont guidé vers un bel équilibre de vie. Leur soutien m'a permis de réaliser mon essai dans un environnement bienveillant et propice à mon apprentissage.

Je remercie mes très chers parents, Yannick et Paul, qui ont toujours été là pour moi. Je remercie ma sœur Sarah et mon frère Thomas, pour leurs encouragements. Un remerciement particulier à Frédéric, Monique et Hugues, ma seconde famille qui encouragé mes ambitions tout en me gardant les deux pieds sur terre. Ma famille m'a offert un appui inconditionnel et inestimable.

Enfin, je remercie mes amies et collègues au doctorat Alissa et Emilie qui ont toujours été là pour moi. Leur soutien et leurs encouragements ont été d'une aide incomparable.

À toutes ces personnes, je présente mes remerciements, mon respect et ma gratitude.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
Résumé.....	v
CHAPITRE I	
Les gains spontanés lors d’une psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur les expériences comportementales pour le trouble d’anxiété généralisée	1
Les changements individuels en psychothérapie	2
Le phénomène des gains spontanés et les troubles dépressifs	3
La prévalence des gains spontanés pour le traitement psychologique de la dépression	4
L’impact des gains spontanés sur les symptômes de dépression	5
Les changements cognitifs : prédicteurs des gains spontanés pour le traitement de la dépression	5
Les gains spontanés et les troubles anxieux.....	7
L’impact des gains spontanés à long terme sur les symptômes dépressifs et anxieux	9
Les gains spontanés et la psychothérapie pour le trouble d’anxiété généralisée	9
La psychothérapie pour le trouble d’anxiété généralisée.....	13
Les modèles théoriques pour le TAG	13
La TCC centrée sur l’intolérance à l’incertitude.....	14
Une étude préliminaire sur l’efficacité des expériences comportementales pour le TAG (Hebert & Dugas, 2019).....	17
Une étude de validation (Dugas et al., 2022).....	18
Objectif et hypothèses.....	18
CHAPITRE II	
Méthode.....	19
Procédure	19
Participant·e·s	19
Critères d’inclusion et exclusion.....	19
Le recrutement	20
La thérapie cognitivo-comportementale	23
Instruments de mesure	24
Évaluations diagnostiques.....	24
Évaluation des symptômes psychologiques.....	24
Mesures secondaires	26
Le calcul des gains spontanés et des gains inversés	27
Critère 1	27
Critère 2	28
Critère 3	29
Les gains inversés	31

CHAPITRE III	
Résultats	32
Gestion des données manquantes.....	32
Normalité de l'échantillon et données aberrantes	33
Analyses principales	34
Première hypothèse.....	34
Taille d'effet.....	40
Seconde hypothèse : analyses principales.....	40
Seconde hypothèse : analyses exploratoires	41
Les gains inversés	43
Troisième hypothèse : analyses principales	43
Troisième hypothèse : analyses exploratoires.....	44
Les gains inversés	47
CHAPITRE IV	
Discussion.....	48
Les analyses exploratoires	49
Les gains spontanés et le traitement du trouble d'anxiété généralisée	49
Les gains spontanés et les changements thérapeutiques du trouble d'anxiété généralisée	51
Les fluctuations thérapeutiques.....	51
Les changements cognitifs prédicteurs des gains spontanés.....	52
Les implications cliniques.....	55
La présence des psychologues	55
Les interventions pouvant potentiellement faciliter la présence des gains spontanés	56
La potentialisation des gains spontanés dans le traitement du TAG	57
Les limites	60
Les recherches futures.....	61
Références.....	63
ANNEXE A	83
ANNEXE B	89
ANNEXE C	93
ANNEXE D	96
ANNEXE E.....	101

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Moyennes, Écart-types et Tests-t indépendants des participant·e·s ayant fait un gain spontané (GS) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gain spontané (Sans-GS) au pré-traitement.	37
Tableau 2. Moyennes, Écart-types et Tests-U non-paramétriques (Mann-Whitney) des participant·e·s ayant fait un gain inversé (GI) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gain inversé (Sans-GI) au pré-traitement.	39
Tableau 3. Moyennes, Écart-types et Tests-t appariés des participant·e·s ayant fait un gain spontané (GS) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gains spontané (Sans-GS) au post-traitement et au suivi 6 mois.....	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Organigramme de la sélection des participant·e·s.....	22
Figure 2. Équation de l'indice de changement fiable (Jacobson & Truax, 1991)	28
Figure 3. Équation du critère d'un changement important pour chaque individu (Tang & DeRubeis, 1999b)	28
Figure 4. Équation de compensation pour le postulat d'indépendance (Tang et al., 2005).....	29
Figure 5. Représentation de la moyenne des patrons de changements chez les personnes ayant fait un gain spontané.....	36
Figure 6. Changements des symptômes du TAG entre le pré-traitement et le post-traitement calculé selon le QIA	41

Résumé

Les gains spontanés sont des améliorations importantes des symptômes d'une personne souffrant d'un trouble psychologique entre deux séances de psychothérapies consécutives (Tang & DeRubeis, 1999b). La présence des gains spontanés prédit une meilleure efficacité thérapeutique à court et à long terme dans le traitement de la dépression (e.g., Tang & DeRubeis, 1999b; Wucherpennig et al., 2017). Pour le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG), des études ont fait état du phénomène des gains spontanés chez au moins 20% des personnes (Deschênes & Dugas, 2013; Flückiger et al., 2021; Present et al., 2008). Or, leurs résultats concernant l'impact des gains spontanés sur le changement thérapeutique sont plutôt mitigés. De plus, les études sur le TAG n'ont pas évalué l'impact des gains spontanés sur l'évolution des symptômes à long terme. **Objectif** : La présente étude vise ainsi à identifier la nature et le rôle des gains spontanés à court et à long terme durant une thérapie cognitive comportementale (TCC) axée sur les expériences comportementales pour le TAG. **Hypothèses** : Trois hypothèses ont été testées : (1) il y aura présence de gains spontanés chez au moins 20% des individus au cours de la TCC, (2) la présence des gains spontanés permettra une plus grande efficacité thérapeutique, et (3) la présence de gains spontanés mènera à une évolution plus bénéfique des acquis thérapeutiques dans 6 mois suivant le traitement. **Méthode** : L'échantillon de l'étude est composé de 48 participant·e·s adultes souffrant d'un TAG primaire. Durant l'étude, les participant·e·s ont reçu une TCC centrée sur les expériences comportementales de 12 séances hebdomadaires. Le Questionnaire des Inquiétudes de Penn State, version dernière semaine (QIPS-DS ; Gosselin et al., 2001; Stöber & Bittencourt, 1998) a été utilisé pour évaluer la présence des gains spontanés. Le QIPS-DS a été administré au début de chaque séance de psychothérapie. Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 2001) a été utilisé pour évaluer les symptômes du TAG. Le QIA a été administré au pré-traitement, au post-traitement et au suivi 6 mois. **Résultats** : L'occurrence des gains spontanés a été calculé grâce à trois critères inspirés de Tang et DeRubeis (1999b). Les résultats indiquent que 15 participant·e·s de cet échantillon (31.25%) ont fait l'expérience d'au moins un gain spontané. Les participant·e·s ont ensuite été répartis en deux groupes; le groupe avec gain spontané (GS) et le groupe sans gain spontané (Sans-GS). Les résultats des ANOVAs (2 Temps x 2 Condition), démontrent que les personnes ayant fait un gain spontané bénéficient davantage de la thérapie à la fin du traitement selon le QIA [$F(1,46) = 4.51, p = .039, \eta^2_{\text{partiel}} = .09$]. Au suivi 6 mois, il n'y avait aucune différence dans l'évolution des symptômes telle qu'évaluée par le QIA [$F(2,41) = .10, p = .75, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$]. Or, des analyses complémentaires utilisant l'Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux (ESTA-IV; Brown et al., 1994) montrent que les personnes ayant fait au moins un gain spontané présentaient des symptômes moins sévères que les personnes n'ayant pas fait de gains spontanés au suivi 6 mois [$t(43) = 2.58, p = .01; d = .83$]. **Conclusion** : À la lumière de nos résultats et de ceux des autres études, la présence des gains spontanés en contexte d'une TCC pour le TAG est sans équivoque. Les résultats quant à l'impact des gains spontanés sur l'efficacité thérapeutique à court et à long terme sont d'ailleurs encourageants. Nous présentons des hypothèses concernant les mécanismes d'action possibles de ce phénomène durant la psychothérapie et leurs implications cliniques.

Mots clés: Gain spontané, trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitivo-comportementale, expériences comportementales, inquiétude, intolérance à l'incertitude, gain inversé.

CHAPITRE I

Les gains spontanés lors d'une psychothérapie cognitivo-comportementale centrée sur les expériences comportementales pour le trouble d'anxiété généralisée

D'après la théorie des systèmes dynamiques, l'être humain se développe grâce à certaines expériences venant déstabiliser son état actuel incluant ses systèmes intrapersonnels (e.g., moteur, linguistique, émotionnel, cognitif, comportemental) et extrapersonnels (e.g., familial, social, professionnel) (Bak & Chen, 1991; Kelso, 1997; Schiepek et al., 2003; van der Maas & Molenaar, 1992). Une expérience isolée permet d'obtenir de l'information potentiellement contrastante et troublante. Or, ces informations ne représentent pas un poids suffisant pour engendrer un changement significatif. Par conséquent, cette expérience, bien que déstabilisante, peut être facilement écartée ou minimisée par les systèmes. En fait, l'accumulation de plusieurs événements défiant le statu quo serait nécessaire pour atteindre un point critique menant à un changement significatif chez une personne (Bauer et al., 2005; Baumeister, 1991). Ces expériences sont d'ailleurs des *fluctuations critiques* dans la vie d'un individu caractérisées par leur nature soudaine. Elles permettent ainsi une ouverture à de nouvelles informations et l'exploration de nouveaux liens entre les systèmes. Cet ensemble d'expériences est donc transformateur et mène à une nouvelle configuration des systèmes de manière plus adaptée (Kelso, 1997; Thelen & Smith, 1994). Par exemple, il est plus facile d'observer des changements de vie importants lors d'une période durant laquelle la détresse s'intensifie et le niveau de dissonance cognitive évolue de manière plus contrastante (Baumeister, 1994). Par ailleurs, ces fluctuations critiques menant à des changements significatifs peuvent aussi provenir d'émotions plus agréables. Effectivement, comme l'entend la théorie de l'expansion et de la construction (Broaden-and-build theory), en favorisant activement un état émotionnel plus positif, de nouvelles idées émergent plus fréquemment (Frederickson, 2001). La conséquence de cet état

émotionnel et cognitif plus positif se concrétise par une plus grande probabilité et une consolidation de comportements également plus positifs. Selon Heatherton et Nichols (1997), les personnes ayant vécu un changement de vie important ont fait préalablement des expériences de dissonance plus fréquentes et rapprochées dans le temps. Plusieurs événements marquants caractérisant une période d'instabilité circonscrite dans le temps permettent donc de défier le statu quo de manière significative (Hayes & Strauss, 1998). Ainsi, des expériences contrastantes, la répétition de celles-ci et le temps limité pour les vivre représentent des facteurs essentiels pour atteindre un déséquilibre critique menant à un changement important et plus stable à long terme.

Les changements individuels en psychothérapie

La psychothérapie comporte les éléments nécessaires à l'apparition de ces fluctuations critiques. D'abord, elle est relativement circonscrite dans le temps (Tolin, 2016). Selon l'Ordre des Psychologues du Québec (2012), le service s'offre, en général, sur quelques semaines à plusieurs mois. De plus, la psychothérapie a pour objectif de générer divers changements significatifs sur le plan cognitif, comportemental et émotionnel, menant à une amélioration de l'état de la personne (Tolin, 2016; OPQ, 2023). Il s'agit ainsi de favoriser une déstabilisation des facteurs de maintien des syndromes (le statu quo) qui contraignent la personne à demeurer dans un état de détresse (Caspar et al., 1992; Greenberg et al., 1996; Mahoney, 1991; Schiepek et al., 1992). La psychothérapie vise également à consolider ces changements en encourageant la répétition de ces expériences contrastantes. Le fait de remplacer les habitudes comportementales mésadaptées par de nouveaux comportements plus adaptés peut mener à des fluctuations critiques qui ébranlent l'état initial de la personne et favorisent un changement de vie ponctuel et stable (Caspar et al., 1992; Greenberg et al., 1996; Mahoney, 1991; Schiepek et al., 1992). D'ailleurs, une déstabilisation des tendances comportementales et des symptômes émotionnels prédit une amélioration significative de symptômes psychologiques à la fin du traitement (Caspar et al.,

1992; Fisher & Newman, 2016; Greenberg et al., 1996; Mahoney, 1991; Newman & Fisher, 2013; Tschacher et al., 1992). Les recherches concernant le lien entre ces fluctuations critiques et la psychothérapie ont connu un véritable essor durant les vingt dernières années (e.g., Flückiger et al., 2021; Shalom & Aderka, 2020; Tang & DeRubeis, 1999a).

Le phénomène des gains spontanés et les troubles dépressifs

Depuis presque 25 ans, plusieurs chercheurs se sont intéressés aux patrons de changements individuels dans le but de comprendre l'impact des fluctuations critiques en contexte de psychothérapie. Tang et DeRubeis (1999b) ont été les premiers à identifier et opérationnaliser un phénomène particulier de fluctuation critique en psychothérapie. Ces chercheurs ont examiné la trajectoire de changement individuelle de chaque participant dans le cadre d'une étude sur le traitement de la dépression. Ils ont ainsi pu constater une diminution drastique des symptômes dépressifs entre deux séances consécutives chez certaines personnes.

Les auteurs ont donné le nom de « gain spontané » à cette grande réduction ponctuelle des symptômes entre deux rencontres de psychothérapie. Afin d'identifier de manière rigoureuse un gain spontané, Tang et DeRubeis (1999b) ont proposé trois critères devant être respectés. Ces critères sont calculés grâce à l'administration de questionnaires auto-rapportés complétés avant chaque séance de thérapie (Tang & DeRubeis, 1999b). Les auteurs ont établi que, pour être considéré comme un gain spontané, la diminution des symptômes doit (1) être large en terme absolu, (2) représenter une diminution d'au moins 25% des symptômes avant le gain et (3) être relativement stable par rapport aux variations pré et post gain (voir Procédure pour plus d'information liée au calcul). Le phénomène des gains spontanés a d'abord été examiné dans le cadre d'une thérapie cognitive comportementale (TCC) pour la dépression (Tang & DeRubeis, 1999b). Les résultats de l'étude suggèrent que le phénomène des gains spontanés est plutôt commun et apparaît chez plus de la moitié des patient·e·s répondants favorablement au traitement

(Tang & DeRubeis, 1999b). De plus, en comparaison avec les patient·e·s n'ayant pas fait de gain spontané, les patient·e·s ayant fait au moins un gain spontané ont rapporté une plus grande amélioration des symptômes de dépression au post-traitement, au suivi 6 mois et au suivi 18 mois. Les résultats de cette première étude suggèrent donc qu'un gain spontané est lié à une plus grande amélioration clinique à la suite de la TCC pour la dépression.

La prévalence des gains spontanés pour le traitement psychologique de la dépression

Depuis la première étude des gains spontanés (i.e., Tang & DeRubeis, 1999a ; Tang & DeRubeis, 1999b), plusieurs recherches ont témoigné de la présence des gains spontanés lors du traitement de la dépression. Les gains spontanés ont été documentés dans la pratique de la TCC (e.g., Busch et al., 2006; Hopko et al., 2009; Masterson et al., 2014; Tang et al., 2007) et ce, dans différents formats tels que la TCC individuelle (e.g., Tang et al., 2005; Wucherpfennig et al., 2017), la TCC de groupe (Kelly et al., 2005; Norton et al., 2010) ou la TCC en télépratique (Andersson et al., 2013). Les gains spontanés ont aussi été rapportés pour des psychothérapies de d'autres approches théoriques telles que l'approche psychodynamique avec la thérapie expressive de soutien (e.g., Present et al., 2008; Tang et al., 2002), l'approche humaniste avec la psychothérapie interpersonnelle (Kelly et al., 2007) et l'approche systémique avec la thérapie familiale (Gaynor et al., 2003). La présence des gains spontanés semble donc être un phénomène commun en ce qui concerne la psychothérapie pour la dépression. De plus, les gains spontanés semblent constituer un phénomène assez fréquent. Une méta-analyse récente incluant 24 études examinant les gains spontanés durant le traitement de la dépression suggère qu'en moyenne 40.7% ($ET = 8.1$) des participant·e·s font l'expérience d'un gain spontané (Shalom & Aderka, 2020). Cette prévalence illustre encore une fois la grande prévalence des gains spontanés en contexte de la psychothérapie pour la dépression.

L'impact des gains spontanés sur les symptômes de dépression

Une variété d'études a pu également répertorier l'effet des gains spontanés sur le changement thérapeutique pour plusieurs modalités de traitement de la dépression. En effet, plusieurs recherches montrent que les gains spontanés prédisent des symptômes dépressifs plus faibles à la fin du traitement pour la dépression (e.g., Hardy et al., 2005; Tang & DeRubeis, 1999b; Tang et al., 2005; Tang et al., 2002). Même lorsque comparées uniquement aux personnes ayant bénéficié de la psychothérapie sans avoir fait de gains spontanés, les personnes ayant fait un gain spontané ont en moyenne une plus grande amélioration de leurs symptômes à la fin du traitement (e.g., Greenfield et al., 2011; Lemmens, et al., 2016). Autrement dit, les personnes souffrant de dépression et ayant fait un gain spontané durant le processus thérapeutique bénéficient du traitement au-delà de l'efficacité moyenne attendue. Ainsi, les gains spontanés semblent représenter un facteur important dans l'efficacité du traitement pour la dépression.

Les changements cognitifs : prédicteurs des gains spontanés pour le traitement de la dépression

Tang et DeRubeis (1999a; 1999b) ont offert une hypothèse afin d'expliquer l'apparition d'un gain spontané et son impact sur le processus de psychothérapie. Pour ce faire, les auteurs ont examiné les premières séances avant les gains (pré gains) et les deuxièmes séances avant les gains (pré, pré gain). Ils ont remarqué la présence de fluctuations cognitives importantes entre la deuxième et la première séance avant le gain spontané. En conséquence, ces chercheurs ont proposé que les interventions visant un changement cognitif favoriseraient l'apparition d'un gain spontané durant la TCC pour la dépression (Tang et DeRubeis, 1999b). Cette suggestion serait cohérente avec l'hypothèse de médiation cognitive de la dépression. Cette hypothèse soutient que l'utilisation de techniques cognitives en contexte de TCC pour la dépression mènerait à des changements cognitifs suivis d'une diminution des symptômes dépressifs (Lorenzo-Luaces et al.,

2015; Whisman, 1993). D'ailleurs, Adler et ses collègues (2013) ont observé que, à la séance avant le gain spontané, le discours des patient·e·s devenait particulièrement axé sur la recherche active d'un sens à leurs expériences. De plus, une autre étude a pu rapporter qu'il y avait un important travail cognitivo-émotionnel et une plus grande expression d'espoir avant l'apparition des gains spontanés (Abel et al., 2016). Ainsi, les premières études exploratoires liées à la compréhension des gains spontanés sont prometteuses. Or, les éléments pré-gains sont généralement examinés à travers les discours des individus ou par les observations des clinicien·nes rétroactivement à la fin de la psychothérapie. L'absence de recherche expérimentale spécifique ne permet donc pas d'établir un lien causal dans ces observations. Nonobstant l'information limitée sur les facteurs de prédiction du gain spontané, une amélioration de la flexibilité cognitive semble avoir un rôle à jouer dans l'apparition d'un gain spontané.

Selon Tang et DeRubeis (1999b), la modification des facteurs cognitifs permettrait également d'expliquer l'effet positif du gain spontané sur le processus thérapeutique. La modification cognitive mènerait d'abord à une diminution importante de symptômes (i.e., gain spontané). Ensuite, par un effet à la chaîne, le gain spontané engendrerait d'autres processus bénéfiques à la psychothérapie que les auteurs appellent la spirale ascendante (i.e., *Upward spiral*). Cet effet ascendant favoriserait notamment le maintien du gain spontané. De plus, le gain spontané aurait des effets subséquents pouvant expliquer une meilleure efficacité thérapeutique au post-traitement. Par exemple, certaines études montrent qu'à la suite des gains spontanés, d'autres fluctuations cognitives provoquent un bouleversement dans les perceptions et les interprétations. Par la suite, ce changement cognitif mènerait la personne à augmenter son sentiment d'espoir concernant les retombées thérapeutiques possibles (Abel et al., 2016; Adler et al., 2013; Hayes et al., 2007). L'espoir d'aller mieux augmenterait la motivation de la personne en contexte thérapeutique. Les attentes liées au processus thérapeutique seraient aussi modifiées à

la suite d'un gain spontané. Plus spécifiquement, les séances de psychothérapie seraient perçues comme étant plus aidantes en comparaison avec les attentes initiales de la personne recevant la psychothérapie. Ce changement de perspective plus favorable à la psychothérapie aurait un impact positif sur l'efficacité thérapeutique (Constantino et al., 2018; Wampold & Imel, 2015). De plus, l'amélioration des stratégies de coping et la consolidation de l'alliance thérapeutique après le gain spontané prédiraient un maintien des acquis jusqu'à la fin du traitement (Wucherpfennig et al., 2017). Les bénéfices de la spirale ascendante s'articulent ainsi par les améliorations des compétences de la personne recevant la psychothérapie et de ses perceptions et ses émotions vis-à-vis le processus thérapeutique. Ces changements durant le processus thérapeutique représenteraient des éléments fondamentaux de la spirale ascendante et, ultimement de l'efficacité thérapeutique (Constantino et al., 2018; Wampold & Imel, 2015; Wucherpfennig et al., 2017).

Les limites de la théorie. Les fondements théoriques de la spirale ascendante, bien que prometteurs, nécessitent d'être davantage démontrés empiriquement. En fait, certaines études n'ont pas retrouvé les mêmes phénomènes bénéfiques à la suite d'un gain spontané (e.g., Andrusyna et al., 2006; Bohn, et al., 2013; Hofmann, et al., 2006; Hunnicutt-Ferguson, et al., 2012; Vittengl et al., 2005). Les quelques études s'étant penchées sur la théorie ne permettent pas de conclure hors de tout doute que la présence d'un gain spontané mène à des bénéfices supplémentaires durant la psychothérapie. De plus, la méthodologie de ces études ne permet pas de démontrer un lien de causalité entre les changements avant, durant et après un gain spontané. Il sera donc important mettre en lumière la validité de cette théorie à travers une plus grande diversité d'études.

Les gains spontanés et les troubles anxieux

Les recherches sur les gains spontanés dans le traitement de la dépression ont inspiré plusieurs équipes de recherche à s'interroger sur la nature et l'effet des gains spontanés dans le traitement de l'anxiété (e.g., Clerkin, et al., 2008; Deschênes & Dugas, 2013; Doane et al., 2010; Hedman et al., 2014; Hofmann et al., 2006; Kelly et al., 2009; Present et al., 2008). Comme pour le traitement de la dépression, les recherches cliniques témoignent de la présence de gains spontanés durant le traitement de plusieurs troubles anxieux. Plus spécifiquement, des essais cliniques ont examiné la présence de gains spontanés durant le traitement de l'anxiété sociale (e.g., Hofmann et al., 2006), du trouble panique (e.g., Clerkin et al., 2008), du trouble d'anxiété généralisée (e.g., Present et al., 2008; Deschênes & Dugas, 2013), du trouble de stress post-traumatique (e.g., Doane et al., 2010; Kelly et al., 2009) et des troubles d'anxiété liés à la santé (Hedman et al., 2014). En général, la prévalence des gains spontanés en contexte de traitement de l'anxiété semble plus petite que celle rapportée pour le traitement des symptômes dépressifs (Shalom & Aderka, 2020). Par exemple, les données indiquent que 20.9% ($ÉT = 6.97, n = 5$) des participant·e·s avaient fait un gain spontané lors du traitement de l'anxiété sociale (Shalom & Aderka, 2020). Similairement, deux études de traitement pour divers troubles anxieux ont rapporté la présence de gains spontanés chez 17.3% (Norton et al., 2010) et 26.3% (Durland et al., 2018) des participant·e·s. Bien qu'elle soit numériquement moins élevée, la prévalence de gains spontanés lors du traitement psychothérapeutique de l'anxiété paraît considérable. De plus, il semblerait que la présence de gains spontanés permet de prédire une plus grande réduction des symptômes à la fin de la psychothérapie pour les troubles anxieux en général (Aderka et al. 2012; Shalom & Aderka, 2020). Les gains spontanés pour l'anxiété sembleraient même mener à des effets positifs aussi importants que ceux obtenus pour la dépression (Shalom & Aderka, 2020).

L'impact des gains spontanés à long terme sur les symptômes dépressifs et anxieux

Les résultats concernant les impacts à long terme des gains spontanés, c'est-à-dire plusieurs mois après la psychothérapie, sont plus mitigés pour la dépression et pour l'anxiété. Alors que certaines études montrent que les gains spontanés prédisent un maintien supérieur des gains thérapeutiques à la suite du traitement de la dépression ou de l'anxiété (e.g., Gaynor et al., 2003; Hardy et al., 2005; Clerkin et al., 2008; Kelly et al., 2009) d'autres études n'ont pas obtenu un tel résultat (e.g., Tang et al., 2002; Vittengl et al., 2005; Nogueira-Arjona et al., 2017). Selon Aderka et ses collègues (2012), l'impact des gains spontanés à long terme pourrait s'expliquer grâce à l'approche psychothérapeutique préconisée (Aderka et al., 2012). Par exemple, les études utilisant la TCC pour la dépression présentent des effets positifs au post-traitement et à long terme (e.g., Tang et al., 2007; Abel et al., 2016; Hopko et al., 2009). Cependant, dans les études comme celle de Tang et ses collègues (2002) utilisant la thérapie expressive de soutien (d'approche psychodynamique), les effets positifs des gains spontanés ne se maintiennent pas à long terme. Le nombre limité d'études sur l'effet à long terme des gains spontanés sur la dépression ou l'anxiété ne permet pas actuellement de comparer les différentes études entre elles pour ce qui est des impacts à long terme. Conséquemment, il devient difficile de comprendre ce qui fait en sorte que, dans certaines études, les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété bénéficient plus des gains spontanés à long terme que d'autres. Plus d'études dans le domaine apparaissent nécessaires afin d'obtenir un portrait clair de cet effet des gains spontanés.

Les gains spontanés et la psychothérapie pour le trouble d'anxiété généralisée

Parmi les troubles anxieux, un des troubles les moins représentés dans la littérature sur les gains spontanés est le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Le TAG est caractérisé par une inquiétude et une anxiété à la fois excessive et incontrôlable pouvant mener à une détresse considérable chez la personne qui en souffre (APA, 2013). À notre connaissance, seulement trois

études cliniques font état du phénomène des gains spontanés pour le TAG (i.e., Deschênes & Dugas, 2013; Flückiger et al., 2021; Present et al., 2008). Les résultats de ces études semblent plus mitigés que ce qui est rapporté par des méta-analyses concernant le traitement de la dépression et des autres troubles anxieux (i.e., Aderka et al., 2021; Shalom & Aderka, 2020).

Present et ses collègues (2008) ont été les premiers à étudier le phénomène des gains spontanés dans le traitement du TAG. Ces auteurs ont mesuré les gains spontanés lors d'une psychothérapie d'approche psychodynamique, à savoir la thérapie expressive de support (ES; Crits-Christoph et al., 1995; Luborsky, 1984). La thérapie ES vise à comprendre les symptômes anxieux dans un contexte de conflits interpersonnels en utilisant la méthode des thèmes fondamentaux des conflits relationnels (i.e. *the core conflictual relationship theme method*). Dans l'étude de Present et ses collègues (2008), 68 participant·e·s ont reçu 16 séances de thérapie ES. La prévalence des gains spontanés observés chez les participant·e·s était de 16.2%. Lorsque les auteurs ont retiré les participant·e·s ayant des symptômes faibles d'anxiété ou ayant complété seulement la moitié du traitement ($N_{final} = 29$), la prévalence des gains spontanés était de 34.5%. En ce qui concerne l'impact des gains spontanés sur l'efficacité thérapeutique, les résultats de cette recherche montrent que la présence d'un gain spontané ne prédisait pas de meilleurs résultats thérapeutiques à court terme, c'est-à-dire au post-traitement. Il est à noter que les chercheurs de cette étude n'ont pas mesuré l'impact des gains spontanés sur le maintien des progrès thérapeutiques à plus long terme.

Dans une seconde étude, Deschênes et Dugas (2013) ont évalué l'impact des gains spontanés en contexte d'une TCC centrée sur l'intolérance à l'incertitude pour le TAG. L'objectif de l'étude était d'examiner l'impact des gains spontanés sur le changement thérapeutique au post-traitement. Pour cette étude, 59 personnes ont reçu 14 séances hebdomadaires de psychothérapie.

Dans cet échantillon, 20.34% des participant·e·s ont fait l'expérience d'au moins un gain spontané. Ensuite, l'échantillon a été scindé en deux groupes, soit les personnes ayant fait un gain spontané et les personnes n'ayant pas fait de gain spontané. Les résultats de cette étude démontrent que les personnes ayant fait un gain spontané présentaient une réduction significativement plus importante des symptômes du TAG du pré au post-traitement. En plus, des analyses supplémentaires ont permis de confirmer la plus-value des gains spontanés uniquement chez les personnes répondant favorablement au traitement. Ainsi, pour les participant·e·s ayant bénéficié de la TCC pour le TAG, les personnes ayant fait un gain spontané ont montré des changements plus importants que celles ayant fait des changements plus graduels. Deschênes et Dugas (2013) suggèrent donc qu'un gain spontané engendrerait une diminution de la sévérité des symptômes du TAG plus importante qu'un gain plus graduel. Cependant, comme l'étude de Present et ses collègues (2008), ces auteurs n'ont pas évalué l'impact des gains spontanés à long terme. Il n'est donc pas possible de savoir si les acquis obtenus grâce aux gains spontanés ont été maintenus après la thérapie. Nonobstant, les résultats de cette étude paraissent plus encourageants que l'étude initiale de Present et ses collègues (2008).

Dans une troisième étude sur le TAG, Flückiger et ses collègues (2021) se sont penchés sur l'impact des gains spontanés sur l'efficacité d'une TCC dans une perspective de diathèse-stress (Craske & Barlow, 2006; Zinbarg et al., 2006). L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si le fait d'accorder plus d'attention au changement individuel à chaque séance pouvait permettre d'augmenter la prévalence des gains spontanés et leur impact sur une TCC pour le TAG. Dans l'échantillon de 80 participant·e·s, 17 individus ont fait l'expérience d'un gain spontané (21.25%). Tel que prévu, la majorité (65%) des personnes ayant fait un gain spontané se retrouvaient dans la condition où l'attention portée aux changements chaque semaine était plus importante. Les auteurs de cette étude ont été les premiers à inclure dans leurs analyses des

mesures à long terme (6 mois et 12 mois) pour le TAG. En combinant la trajectoire de changement au pré-traitement, durant le traitement (séance 5 et séance 10), au post-traitement et aux suivis, les résultats de cette étude suggèrent que la présence de gains spontanés n'est pas corrélée à une diminution linéaire plus rapide des symptômes ($\rho = .13$, *n.s.*) et n'est pas non plus associée à un changement quadratique significatif ($\rho = .12$, *n.s.*). Autrement dit, la présence des gains spontanés n'était pas liée à la vitesse de la trajectoire de changement. Malheureusement, en combinant les changements durant le traitement et après le traitement, il devient difficile de savoir si la présence de gains spontanés a influencé la diminution des symptômes à court ou à long terme.

Les gains inversés. Dans certains cas, un gain spontané est suivi d'un retour de 50% de la sévérité des symptômes; ce phénomène se nomme un « gain inversé » [Traduction libre] (Tang & DeRubeis, 1999b). Present et son équipe (2008) ont observé que 40% des personnes ayant fait un gain spontané ont également fait l'expérience d'un gain inversé au cours de la thérapie. Cependant, les auteurs n'ont pas exploré l'impact des gains inversés sur l'efficacité thérapeutique. Deschênes et Dugas (2013) ont, quant à eux, montré que 54% des personnes ayant fait l'expérience d'un gain spontané ont aussi fait l'expérience d'un gain inversé. Les auteurs ont remarqué que malgré la présence d'un gain inversé, un gain spontané semble être un prédicteur des résultats positifs pour la TCC pour le TAG. Malgré l'identification de gains inversés, les deux études sur le TAG n'ont pas comparé les personnes ayant fait un gain spontané stable et les personnes ayant fait un gain inversé. Il est donc impossible de connaître l'impact des gains inversés sur l'efficacité thérapeutique. Néanmoins, selon la méta-analyse de Shalom et son équipe (2020), plus il y a de gains inversés, moins l'effet bénéfique des gains spontanés est important. À la lumière de ces résultats limités, il est actuellement difficile de reconnaître le rôle d'un gain inversé durant la psychothérapie pour le TAG. Force est de constater que le phénomène

des gains inversé est encore peu connu en ce qui concerne le traitement du TAG. Davantage d'exploration est donc nécessaire afin de bien saisir l'étendue de l'influence des gains inversés à court et long terme.

La psychothérapie pour le trouble d'anxiété généralisée

Les modèles théoriques pour le TAG

Plusieurs équipes de recherche ont développé des modèles et protocoles de traitement pour le TAG (Robichaud et al., 2019). Notamment, le modèle métacognitif (Wells, 1995), le modèle d'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998) et le modèle de la régulation émotionnelle dysfonctionnelle (Mennin et al., 2002) ont permis de développer des traitements validés et efficaces pour diminuer les symptômes du TAG. D'autres traitements basés sur différents modèles ont également montré des effets intéressants sur les symptômes du TAG (e.g., évitement expérientiel [Roemer & Orsillo, 2002]; évitement des contrastes [*contrast avoidance model*; Newman & Llera, 2011]; approche interpersonnelle [Erickson & Newman, 2007]). La présente étude se penche sur un modèle en particulier; le modèle cognitif et comportemental de l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998). Ce modèle inclut quatre variables : 1) l'intolérance à l'incertitude, 2) la surestimation de l'utilité de s'inquiéter, 3) l'orientation négative face aux problèmes 4) et l'évitement cognitif. Le protocole de traitement basé sur ce modèle permet de diminuer efficacement les symptômes du TAG (e.g., Dugas et al., 2010; Ladouceur et al., 2000). De plus, les personnes répondant favorablement au traitement maintiennent leurs acquis à long terme (Dugas et al., 2010; Ladouceur et al., 2000). Cependant, de 20 à 30 % des patient·e·s ne bénéficient pas pleinement du traitement et souffrent toujours du TAG après avoir suivi cette thérapie (Dugas et al., 2010; Gosselin et al., 2006; Ladouceur et al., 2000; van der Heiden et al., 2012). Hebert et Dugas (2019) suggèrent donc qu'en ciblant uniquement et plus directement l'intolérance à l'incertitude, le traitement pourrait s'avérer plus efficace.

La TCC centrée sur l'intolérance à l'incertitude

Hebert et Dugas (2019) ont développé un protocole de TCC pour le TAG basée sur le modèle original de Dugas et al. (1998) et ciblant uniquement l'intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude (II) résulte d'un ensemble de croyances excessivement négatives relatives à l'incertitude qui prédisposent une personne à évaluer et réagir négativement à l'incertitude (Dugas et al., 1998; Laberge et al., 2003; Robichaud et al., 2019). Une personne hautement intolérante à l'incertitude croit que l'incertitude est négative et devrait être évitée puisqu'elle est injuste et/ou représente un signe d'incompétence personnelle (Sexton & Dugas, 2009a). Plusieurs recherches ont montré le rôle important de l'II dans l'étiologie du TAG (Robichaud et al., 2019). Par exemple, le lien entre l'II et les symptômes du TAG semble être relativement spécifique et sensible (i.e., Buhr & Dugas, 2006; Dugas et al., 2005; Dugas et al., 2007; Ladouceur et al., 1999). Il s'avère que parmi les quatre variables du modèle, l'II est la variable clé pour discriminer les personnes atteintes du TAG des personnes non-anxieuses (Dugas et al., 1998). Grâce à l'évaluation de la sévérité de l'II, il est possible d'identifier les personnes souffrant d'un TAG plus sévère des personnes souffrant d'un TAG moins sévère (Dugas et al., 2007). Il est également possible de distinguer le lien entre l'II et le TAG au-delà de leurs liens respectifs avec le perfectionnisme et le besoin de contrôle (Buhr & Dugas, 2006). L'II semble donc être un facteur important dans la compréhension de cette pathologie.

Afin de comprendre le rôle fonctionnel de l'II dans l'apparition et le maintien du TAG, la nature du lien entre l'II et le TAG a été examiné dans différentes études. Par exemple, Ladouceur, Gosselin et Dugas (2000) ont présenté des résultats montrant que lorsque l'II est manipulée de manière expérimentale, des changements correspondants dans le niveau d'inquiétude sont observés. De plus, les résultats d'études de traitement montrent que les changements dans l'II précèdent et prédisent les changements dans les symptômes du TAG (e.g., Dugas & Ladouceur,

2000; Meeten et al., 2012). Finalement, une étude longitudinale auprès des adolescent·e·s a permis de constater que le niveau d'II prédit le niveau d'inquiétude sur une période de 5 ans, du secondaire 1 au secondaire 5 (Dugas et al., 2012). Les résultats d'études corrélationnelles, expérimentales, cliniques et longitudinales suggèrent ainsi que l'II est un facteur de risque causal pour l'inquiétude et le TAG, et que ce construit joue un rôle central dans l'étiologie de ce trouble (Dugas, 2018).

Puisque l'II constitue un élément central de la compréhension du TAG et de son traitement, il devrait être possible d'observer une amélioration dans les symptômes du TAG en ciblant uniquement ce construit lors d'une psychothérapie. D'ailleurs, dans une étude évaluant le développement du TAG chez l'adolescent, les résultats montrent que parmi les quatre variables du modèle, l'II était la variable expliquant le mieux la sévérité des symptômes du TAG (Laugesen et al., 2003). De plus, le modèle théorique précise que l'II est le processus qui alimente les trois autres variables (i.e., la surestimation de l'importance de s'inquiéter, l'orientation négative face aux problèmes et l'évitement cognitif), renforçant elles aussi l'inquiétude (Dugas et al, 1998). En effet, en modifiant l'II, les autres composantes du modèle théorique se modifient (Dugas et al., 1998). Comme suggéré par Dugas et son équipe (1998), l'efficacité du traitement semble être déterminée par sa capacité à aider les patient·e·s à mieux tolérer l'incertitude. Le meilleur prédicteur du progrès thérapeutique est donc la diminution de l'II. Cibler uniquement l'II pourrait ainsi optimiser son effet en menant indirectement à l'amélioration des autres variables et à la diminution des symptômes du TAG (Hebert & Dugas, 2019).

Les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude. Le nouveau protocole de traitement développé par Hebert et Dugas (2019) vise à diminuer l'II en ciblant les comportements sécurisants via des expériences comportementales. Bien que le TAG soit le seul

trouble anxieux qui ne compte aucun symptôme comportemental parmi ses critères diagnostiques (APA, 2013), des études ont montré le lien entre celui-ci et les comportements sécurisants. L'II, le TAG et l'inquiétude sont liés directement ou indirectement à plusieurs types de comportements sécurisants tels que la recherche d'information excessive (Rosen & Knäuper, 2009), la demande de réassurance, l'évitement situationnel (Beesdo-Baum et al., 2012) et la procrastination (Stöber & Joorman, 2001). Une étude de Roy et ses collègues (2013) montre que les personnes atteintes du TAG (et l'II) tentent d'atteindre la certitude en utilisant différents comportements sécurisants dans leur quotidien. Les comportements sécurisants peuvent donc être conceptualisés comme des manifestations comportementales de l'II visant l'augmentation de la certitude (Dugas, 2018). Le nouveau traitement vise à diminuer l'utilisation des comportements sécurisants afin de permettre aux patient·e·s de faire de nouveaux apprentissages plus nuancés au sujet de l'incertitude (Hebert & Dugas, 2019). Hebert et Dugas (2019) proposent donc qu'en diminuant les comportements sécurisants chez les personnes souffrant d'un TAG, il soit possible d'observer une diminution de l'II et des symptômes du TAG.

Le nouveau protocole de traitement cible les croyances négatives relatives à l'incertitude en misant sur les expériences comportementales pour diminuer les comportements sécurisants (Hebert et al., 2019). Les expériences comportementales consistent à identifier et à tester les croyances personnelles importantes du patient ou de la patiente via des comportements et des situations prédéterminées (Beck et al., 1979; Bennett-Levy et al., 2005). Par exemple, un·e patient·e pourrait viser une croyance négative face à l'incertitude en s'abstenant de demander de la réassurance à ses proches lorsqu'elle ressent de l'anxiété en lien avec ses performances scolaires. Des études ont montré que les expériences comportementales peuvent produire des changements cognitifs, émotionnels et comportementaux particulièrement puissants, durables et profonds (Bennett-Levy, 2006; McManus et al., 2012). En testant les croyances négatives face à

l'incertitude via les expériences comportementales, il est possible d'agir directement sur la diminution de l'II et, ultimement, la sévérité du TAG. Le protocole de traitement mise donc uniquement sur les expériences comportementales afin de cibler l'II et, ainsi, traiter le TAG (Hebert & Dugas, 2019).

Une étude préliminaire sur l'efficacité des expériences comportementales pour le TAG (Hebert & Dugas, 2019)

Hebert et Dugas (2019) ont présenté le protocole de traitement et les résultats préliminaires sur son efficacité. Ce protocole manualisé de 12 séances est divisé en trois modules : 1) la psychoéducation sur la TCC et le TAG, 2) les expériences comportementales et 3) la prévention de la rechute (voir Procédure pour plus d'information). Le second module constitue le cœur du traitement. Il a pour but d'aider la personne à comprendre que pour diminuer son anxiété, elle doit travailler à nuancer ses croyances dysfonctionnelles face à l'incertitude. Cette étude préliminaire visait à tester l'efficacité de ce nouveau traitement dans un essai ouvert ($N = 7$). Elle montre que le traitement mène à une diminution substantielle de l'II, des symptômes du TAG et des symptômes dépressifs à la fin du traitement (post-traitement) (Hebert & Dugas, 2019). Ces gains étaient généralement maintenus 6 mois après le traitement. L'étude préliminaire laisse donc supposer que ce protocole serait bénéfique pour les personnes souffrant du TAG (Hebert & Dugas, 2019). Par contre, l'échantillon de l'étude préliminaire n'était pas assez grand pour examiner les gains spontanés. Dans la présente étude, ce protocole de traitement sera offert à un plus grand nombre de participant·e·s, ce qui nous permettra d'évaluer la présence et l'impact des gains spontanés chez les participant·e·s. Notre étude est donc la première à se pencher sur l'impact des gains spontanés sur l'efficacité d'une TCC pour le TAG centrée sur l'II uniquement par l'usage d'expériences comportementales.

Une étude de validation (Dugas et al., 2022)

À la suite des résultats encourageants d'Hébert et Dugas (2019), le nouveau traitement été évalué plus rigoureusement dans un essai clinique randomisé. L'essai clinique visait à évaluer l'efficacité du nouveau protocole de traitement en comparant un groupe de personnes ayant reçu la TCC et un groupe de personnes sur une liste d'attente (Dugas et al. 2022). Dans un échantillon de 60 participants, les chercheurs ont mesuré l'évolution des symptômes du TAG en comparant les deux groupes au pré-, mi-, post-condition. De plus, les participants traités ont été évalués aux suivis 6 mois et 12 mois. Les personnes de la condition expérimentale (la TCC) présentaient un changement supérieur entre le pré et le post-traitement sur le plan de la sévérité du TAG, de l'intensité des inquiétudes, de l'ampleur des symptômes d'anxiété somatique et des symptômes dépressifs. De plus, les gains observés au post-traitement étaient soit maintenus ou augmentés au suivi 12 mois. Conséquemment, le nouveau traitement présente des bénéfices importants pour les personnes atteintes du TAG.

Objectif et hypothèses

À la lumière de l'état actuel de la recherche sur le phénomène des gains spontanés, l'objectif de ce projet est d'identifier la nature et le rôle des gains spontanés dans une TCC centrée sur l'II et axée sur les expériences comportementales pour le TAG. Pour atteindre cet objectif, trois hypothèses seront testées. La première hypothèse est qu'il y aura présence de gains spontanés chez au moins 20% des individus suivant la TCC. La seconde hypothèse est que la présence de gains spontanés permettrait une plus grande diminution des symptômes du TAG au post-traitement. La dernière hypothèse est que la présence de gains spontanés mènerait à une évolution plus bénéfique des symptômes 6 mois suivant le traitement.

CHAPITRE II

Méthode

Cette étude utilise les données secondaires de l'essai clinique randomisé qui a évalué l'efficacité du nouveau protocole de traitement basé sur les expériences comportementales (Dugas et al. 2022). Les données des deux instruments de mesure principaux de la présente étude (le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété et le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State, version dernière semaine) n'ont pas été rapportées dans l'étude initiale de Dugas et ses collègues (2022).

Procédure

Participant·e·s

L'échantillon comprend 48 adultes francophones (40 femmes et 8 hommes) ayant un diagnostic primaire de TAG, tel que défini par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4e éd., rév.; DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Les participant·e·s ont été recruté·e·s dans la région de l'Outaouais. L'âge moyen de l'échantillon est de 34.79 ans. La durée moyenne du TAG était de 13.17 ans. Les participant·e·s ont été séparé·e·s en deux groupes : les personnes ayant fait un gain spontané (GS) et les personnes n'ayant pas fait de gain spontané (Sans-GS). Voir le Tableau 1 pour une description détaillée des caractéristiques démographiques et cliniques des participant·e·s (Chapitre III).

Critères d'inclusion et exclusion

Pour être inclus dans l'étude, les participant·e·s devaient être âgé·e·s d'au moins 18 ans et présenter un diagnostic primaire de TAG. Pour les participant·e·s prenant une médication, la posologie et le type de médication devaient être stables depuis au moins 4 à 12 semaines avant de débiter l'étude (4 semaines pour les benzodiazépines, 12 semaines pour les antidépresseurs et les hypnotiques). Les participant·e·s étaient exclu·e·s s'il y avait présence d'intention suicidaire

(selon le jugement clinique), d'abus de substance, de schizophrénie, de trouble bipolaire ou de symptômes anxieux causés par une condition médicale (e.g., anémie, hypoglycémie, hyperthyroïdie). La participation simultanée à d'autres études ou à une psychothérapie était aussi un critère d'exclusion pour l'étude.

Le recrutement

Les participant·e·s potentiels·elles ont d'abord été informé·e·s de l'étude grâce à des annonces dans les journaux et sur les réseaux sociaux, et par des affiches apposées à *l'Université du Québec en Outaouais* (UQO). Certains d'entre eux ont aussi été recruté·e·s à partir des listes d'attente d'un *Groupe de médecine familiale* (GMF) en Outaouais, par lequel ils ont reçu une brochure d'information décrivant l'étude et les invitant à contacter l'équipe de recherche pour plus d'information. Les participant·e·s potentiel·elle·s désirant plus d'information ont pu contacter l'équipe de recherche par courriel ou par téléphone. Des informations supplémentaires sur l'étude leur ont alors été présentées par la coordonnatrice de l'étude (une étudiante au niveau doctoral). Les personnes toujours intéressées ont participé à *L'Entrevue de Dépistage Téléphonique*, une entrevue d'environ 30 minutes administrée par la coordonnatrice de l'étude. Avant de commencer l'entrevue, la coordonnatrice a lu un premier formulaire de consentement (pour l'évaluation en lien avec la sélection des participant·e·s) et a obtenu un consentement verbal probatoire. La visée de cette entrevue était de présenter sommairement l'objectif et les procédures de l'étude et d'identifier les individus ne répondant clairement pas aux critères d'inclusion (e.g., diagnostic de trouble bipolaire). Les personnes ne répondant pas aux critères d'inclusion à l'entrevue téléphonique ont été exclues de l'étude et des ressources mieux adaptées à leurs besoins leur ont été proposées.

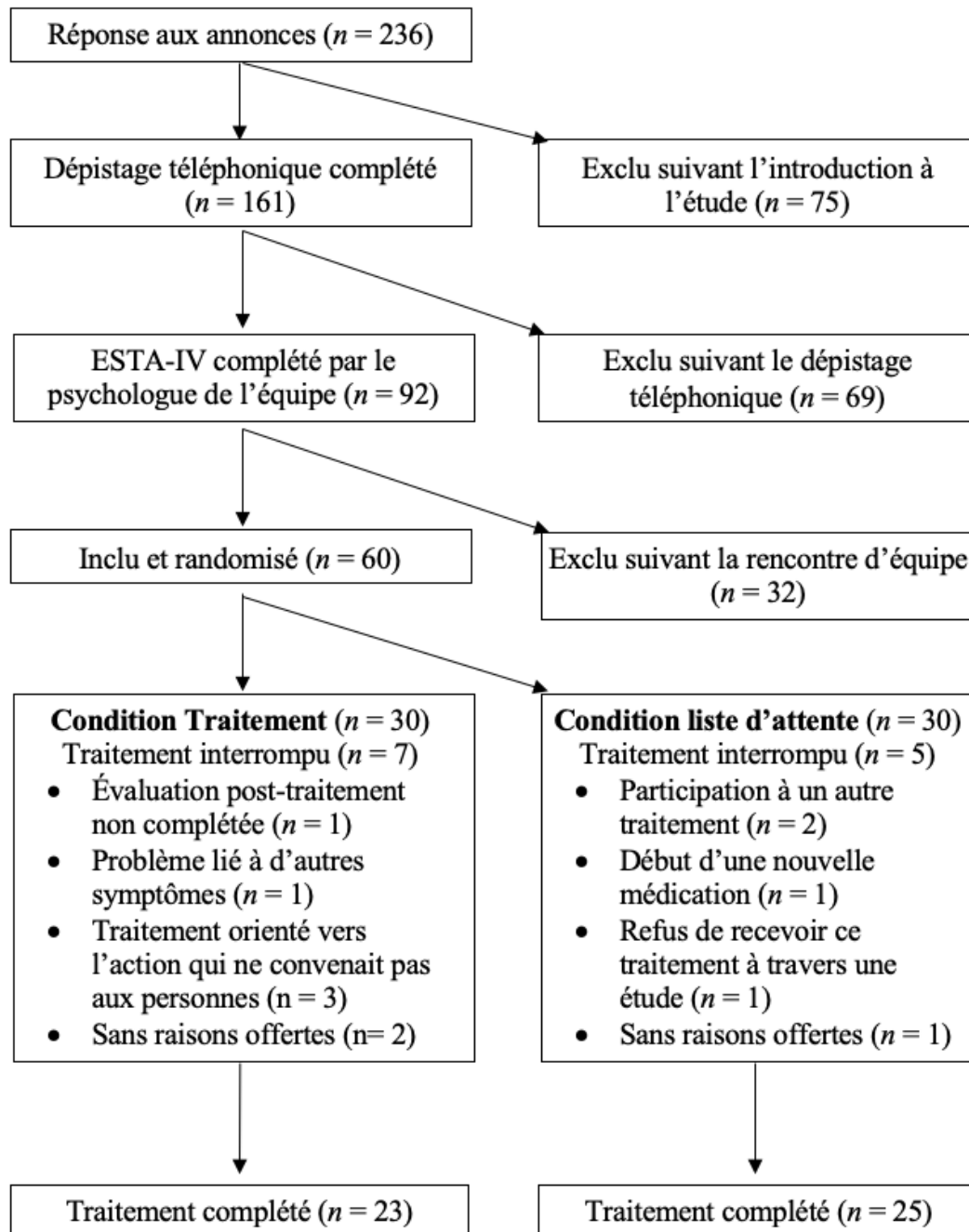
Les personnes retenues suite à l'entrevue téléphonique ont été invitées à la *Clinique de Services Psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais* (CSPUQO) afin de signer le

premier consentement de participation à l'étude (le même qui avait été présenté au téléphone). Une fois le consentement signé, les participant·e·s ont été évalué·e·s par une deuxième étudiante de doctorat grâce à *L'Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV* (ESTA-IV). Suivant l'évaluation diagnostique formelle, l'équipe de recherche s'est rencontrée afin de discuter de l'impression diagnostique à l'ESTA-IV et s'assurer que la personne satisfaisait tous les critères de sélection. Les participant·e·s retenu·e·s ont ensuite été réparti·e·s aléatoirement entre deux conditions grâce au site web Research Randomizer, <http://www.randomizer.org>. L'assignation a été faite par la coordonnatrice de recherche. Les individus exclus ont été contactés par l'évaluatrice ayant administré l'ESTA-IV; celle-ci leur a expliqué les raisons de leur exclusion et leur a offert des ressources appropriées à leurs besoins.

Les individus inclus dans l'étude ont été recontactés et invités à se rendre à la CSPUQO pour une dernière rencontre d'évaluation pendant laquelle ils ont fait une tâche expérimentale et complétée des questionnaires autorapportés, dont les deux retenus pour cette étude (le *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété* et le *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State*). Tous les questionnaires ont été administrés en ligne, grâce au logiciel d'enquête statistique *LimeSurvey*. Les participant·e·s de la condition expérimentale ont débuté la TCC dès la semaine suivante tandis que les participant·e·s de la condition contrôle (liste d'attente) ont reçu la même TCC 12 semaines après l'évaluation initiale. Pour cette étude, les personnes des deux conditions ayant complété le traitement (immédiat ou différé) sont incluses ($n = 48$). La TCC se déclinait sur 12 séances hebdomadaires d'une durée de 50 minutes chacune. Avant chaque session, les participant·e·s ont rempli le *Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State, version dernière semaine* (QIPS-DS). Le *Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété* (QIA) a, quant à lui, été administré au post-traitement et aux suivis de 6 et de 12 mois (Voir la Figure 1 pour plus de détails).

Figure 1

Organigramme de la sélection des participant·e·s.



La thérapie cognitivo-comportementale

Le protocole de traitement administré dans cette étude comprend trois modules (pour plus d'information, voir Hebert & Dugas, 2019).

Module 1. Le premier module (les deux premières séances) est consacré à la psychoéducation concernant la TCC et le TAG. Le thérapeute aborde les grands principes de la TCC tels que (a) la relation entre les pensées, les comportements et les émotions, (b) qu'il y a différentes façons de voir ses problèmes, (c) l'acquisition et la pratique de nouvelles habiletés, (d) le lien collaboratif entre le thérapeute et le ou la patient·e, (e) la promotion du sentiment d'auto-efficacité, (f) la nature limitée et structurée du traitement, (g) l'action visant ce qui est actuel (i.e., « ici et maintenant ») et (h) l'importance des exercices entre les sessions (Hebert & Dugas, 2019). Les participant·e·s apprennent aussi à prendre conscience de leurs symptômes et que leurs inquiétudes, leur anxiété et leurs comportements sécurisants sont des conséquences négatives liées à leur intolérance à l'incertitude. Ils apprennent également que l'incertitude est inévitable et qu'il est possible d'identifier leurs propres croyances relatives à l'incertitude.

Module 2. Dans les huit séances suivantes (Séances 3 à 10), les patient·e·s apprennent à utiliser des expériences comportementales afin de tester de manière structurée leurs croyances relatives à l'incertitude. Dans un premier temps, les participant·e·s sélectionnent une croyance spécifique à tester (e.g., « l'incertitude m'empêche de fonctionner »). Une fois la croyance identifiée, les participant·e·s formulent avec précision l'expérience comportementale et font une prédiction quant aux résultats observés et les émotions éprouvées. Après l'expérience s'en suivra une réflexion quant à ce qu'il est possible d'apprendre en comparant les prédictions à ce qui s'est réellement passé au niveau contextuel et émotionnel.

Module 3. Les deux dernières séances (séances 11 et 12) sont consacrées à la prévention de la rechute. Ce module a pour objectif de mieux intégrer les nouvelles croyances relatives à

l'incertitude, ainsi que les habilités et comportements acquis durant le traitement. Avec l'aide du thérapeute, les participant·e·s construisent un plan personnalisé incorporant des expériences comportementales à leur vie de tous les jours ainsi qu'un autre plan afin de reconnaître et d'agir lorsqu'il y a une augmentation des symptômes du TAG ou de l'intolérance à l'incertitude après la fin du traitement.

Instruments de mesure

Évaluations diagnostiques

L'Entrevue Téléphonique de Dépistage. L'Entrevue Téléphonique de Dépistage (ETD; Ladouceur et al., 2000) est un outil de dépistage permettant de détecter, de façon préliminaire, la présence du TAG ainsi que diverses conditions psychologiques et médicales pouvant faire partie des critères d'exclusion de l'étude.

L'Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux, version DSM-IV. L'Entrevue Structurée pour les Troubles Anxieux (ESTA-IV; Brown et al., 1994) évalue la présence de troubles anxieux et permet de dépister les troubles de l'humeur, les troubles somatoformes, les troubles de consommation de substance(s) psychoactive(s), les troubles psychotiques et les problèmes médicaux. L'ESTA-IV comprend une Échelle de Sévérité du Clinicien (ÉSC) à 9 points (0 = *aucun symptôme* ; 8 = *symptômes très sévères*). Un score de 4 et plus sur l'ESC indique l'atteinte du seuil clinique selon le DSM-IV. La fidélité inter-juges pour l'ensemble des troubles anxieux s'avère bonne, $\kappa = 0.67$ (Brown et al., 2001). L'ESTA-IV présente aussi une bonne fidélité inter-juges pour l'inquiétude ($r = .73$), pour les symptômes somatiques du TAG ($r = .83$) et pour la sévérité du TAG ($r = .72$; Brown et al., 2001).

Évaluation des symptômes psychologiques

Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (ANNEXE A). Le Questionnaire sur l'Inquiétude et l'Anxiété (QIA; Dugas et al., 2001) est un outil auto-administré qui évalue la

sévérité des symptômes du TAG selon le DSM-IV (et le DSM-5). Le premier item du questionnaire permet d'identifier les thèmes d'inquiétude de la personne et les items suivants évaluent l'ensemble des critères diagnostiques du TAG (e.g.; « Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? ») grâce à une échelle de Likert à 9 points (0 = *Aucunement excessives*; 8 = *Complètement excessives*). L'outil fait preuve de sensibilité et de spécificité, et présente un indice de fidélité test-retest de $r = .76$ pour un intervalle de quatre semaines (Beaudoin et al., 1997; Dugas et al., 2001). Pour cet échantillon, le QIA a une cohérence interne de $\alpha = 0.84$.

Le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (ANNEXE B). Le Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (QIPS; Gosselin et al., 2001) est une adaptation en français du Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990). Dans le cadre de cette étude, nous utilisons la version adaptée du QIPS « dernière semaine » (QIPS-DS; Stöber & Bittencourt, 1998) afin d'évaluer le niveau d'inquiétude durant la dernière semaine et, ainsi, permettre d'identifier les gains spontanés. Le QIPS-DS est un outil de mesure auto-administré composé de 15 items mesurant l'aspect excessif et incontrôlable de l'inquiétude. L'outil comprend des énoncés tels que « Je sais que je n'aurais pas dû m'inquiéter, mais je n'y pouvais rien ». Les réponses à ces énoncés sont indiquées grâce à une échelle de Likert à 5 points (1 = *Pas typique pour moi*; 5 = *Très typique pour moi*), avec un score total possible allant de 15 à 75. Le QIPS original traduit en français possède des propriétés psychométriques adéquates incluant une excellente fidélité test-retest ($r = .81$) et une validité de convergence avec d'autres mesures d'inquiétude et d'anxiété (Gosselin et al., 2001). De plus, le QIPS-DS, montre une excellente fidélité et une validité dans l'évaluation de l'inquiétude chaque semaine ainsi qu'une bonne sensibilité au changement (Stöber & Bittencourt, 1998). La cohérence interne moyenne de cet

outil est de $\alpha = .91$ (Stöber et al., 1998). Pour cette étude, la cohérence interne de l'outil est de $\alpha = .83$.

Mesures secondaires

L'Inventaire d'Anxiété de Beck (ANNEXE C). L'inventaire d'Anxiété de Beck (IAB; Beck et al. 1988) est un questionnaire traduit en français (Freeston et al., 1994a) visant à évaluer divers symptômes anxieux (surtout somatiques). Les 21 items mesurent des manifestations couramment associées à l'anxiété (i.e., Tremblement des mains, Nervosité, Craintes que le pire ne survienne, etc.). Les répondant-e-s évaluent la sévérité de ces manifestations sur une échelle de 0 (*Pas du tout*) à 3 (*Beaucoup*) au cours de la dernière semaine. L'IAB possède une cohérence interne de $\alpha = .92$ et une fidélité test retest de $r = .81$ dans un échantillon clinique (Beck et al., 1988). Les qualités psychométriques de la version française sont également adéquates avec une bonne validité convergente, divergente et de construit ainsi qu'une cohérence interne de $\alpha = .85$, une bonne fidélité test-retest (pour 4 semaines d'intervalle) de $r = .63$. Dans cette étude, la cohérence interne est de $\alpha = .87$.

L'Inventaire de Dépression de Beck, deuxième édition (ANNEXE D). La deuxième édition de l'inventaire de dépression de Beck (IDB-II; Beck et al. 1996), est un questionnaire traduit en français (Alsaleh & Lebreuilly, 2017) visant à évaluer divers symptômes dépressifs. L'IDB-II est un outil de mesure auto-administré composé de 21 items mesurant les symptômes et attitudes associés à la dépression incluant, par exemple, la tristesse, le pessimisme et le sentiment d'échec. Chaque énoncé propose un choix de 4 affirmations variant en intensité. Le répondant ou la répondante doit indiquer, parmi ces affirmations, laquelle représente le mieux ce qu'il ressent depuis les deux dernières semaines. Pour un thème comme la tristesse, par exemple, on retrouve les choix suivants : (0) *Je ne me sens pas triste*; (1) *Je me sens très souvent triste*; (2) *Je suis tout le temps triste*; et (3) *Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable*. L'IDB-II présente une

cohérence interne de $\alpha = .92$ et une fidélité test-retest dans une période d'une semaine de $r = .93$ (Beck et al. 1996). Pour cette étude, la cohérence interne de l'outil est de $\alpha = .84$.

L'Échelle d'Intolérance à l'Incertitude (ANNEXE E). L'échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII) a été développé afin d'évaluer les réactions d'une personne ressentant un état d'incertitude (Freeston et al., 1994b). L'ÉII est un questionnaire auto-rapporté qui comprend 27 items évaluant les réactions comportementales, émotionnelles et cognitives liées à l'incertitude. Par exemple, pour évaluer la réaction émotionnelle face à l'incertitude, un des items affirme que « L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux·se ou stressé·e. » Une échelle de Likert de 1 (*Pas du tout correspondant*) à 5 (*Tout à fait correspondant*) est présenté afin que les répondant·e·s expriment jusqu'à quel point l'énoncé leur correspond en général. Le score total s'obtient en additionnant des items; le score minimal 27 et le score maximal de 135. L'ÉII possède une cohérence interne de $\alpha = .91$ ainsi qu'une bonne validité de convergence et divergence (Freeston et al., 1994b). La cohérence interne de cette étude est également de $\alpha = .91$.

Le calcul des gains spontanés et des gains inversés

Le calcul des gains spontanés, inspiré des trois critères de Tang et DeRubeis (1999b), sera ajusté afin d'optimiser le nombre de séances utilisé dans les analyses. Le calcul est aussi adapté pour le QIPS-DS (Deschênes & Dugas, 2013) :

Critère 1

Le premier critère d'un gain spontané est que la diminution des symptômes doit être importante de manière absolue. Nous allons utiliser *l'index de changement fiable ou l'ICF* (*Reliable Change Index* [RCI]; Jacobson & Truax, 1991) pour évaluer ce premier critère. L'ICF a été utilisé dans la majorité des études rapportant des résultats provenant d'autres questionnaires que l'IDB utilisé par Tang et DeRubeis (1999b) (e.g., Deschênes & Dugas, 2013). Cette méthode permet de calculer un score de changement statistiquement significatif pour cet échantillon et,

ainsi, identifier le seuil pour un changement important en terme absolu. Pour obtenir l'IFC au QIPS-DS, il faut calculer la différence entre la moyenne des scores de la première et la dernière séance de l'ensemble des participant·e·s. Ensuite, ce score est divisé par la différence de l'erreur standard. Le produit de cette équation devient l'IFC de l'ensemble des participant·e·s composant l'échantillon. L'atteinte de l'IFC représente un changement dans les inquiétudes plus important entre deux séances consécutives qu'un changement dû au hasard (Ghun et al., 2014). Le changement dans le score au QIPS-DS doit donc être égal ou supérieur à l'IFC pour être considéré important de manière absolue. Voir la Figure 2 pour la formule de calcul du premier critère.

Figure 2

Équation de l'indice de changement fiable (Jacobson & Truax, 1991)

$$\frac{pré - post}{ES_{diff}} = ICF$$

Nota. Pré = Score moyen au QIPS-DS de la première séance de tous·tes les participant·e·s; Post : Score moyen au QIPS-DS de la dernière séance de tous·tes les participant·e·s; ES_{diff} = Différence de l'erreur standard.

Critère 2

Les gains identifiés doivent aussi représenter une diminution importante et spécifique pour l'individu en question. Pour ce faire, la réduction du score de la personne au QIPS-DS doit être d'au moins 25% de son score total avant le gain (voir Figure 3). Ce critère permet de s'assurer que le gain reflète un changement important propre à la personne souffrant de symptômes d'anxiété généralisée.

Figure 3

Équation du critère d'un changement important pour chaque individu (Tang & DeRubeis, 1999b)

$$QIPS_N - QIPS_{N+1} \geq 0.25 \times QIPS_N$$

Nota. QIPS : Score au Questionnaire des Inquiétudes de Penn State; N = Séance lors de laquelle le gain spontané s'est produit; $N+1$ = Séance suivant le gain spontané.

Critère 3

Les gains qui satisfont au premier et au second critère doivent ensuite répondre au troisième critère : le gain doit être important et relativement stable en comparaison au patron de changement de l'individu. Autrement dit, le gain doit être significativement plus important que les variations des symptômes rapportées aux sessions avant et après. Le critère établi par Tang et DeRubeis (1999b) se calcule grâce à un test- t à échantillons indépendants (alpha de .05) pour comparer la moyenne des scores des trois séances avant le gain (Séances $N-2$, $N-1$ et N [pré-g]) et la moyenne des scores des trois séances après le gain (Séances $N+1$, $N+2$ et $N+3$ [post-g]). De plus, afin de répondre aux critiques affirmant que le postulat d'indépendance des mesures avant et après n'était pas rencontré (Vittengl et al., 2005), Tang et ses collègues (2005) ont fait une première adaptation du Critère 3. Le calcul par un test- t reste le même. Cependant, la différence entre la moyenne des trois mesures avant et après le gain doit être plus grande que l'écart-type de l'échantillon multiplié par la valeur critique de 2.776 (i.e., $\alpha = .05$ et $dl = 4$). Cette méthode permet de compenser pour le postulat d'indépendance (voir Figure 4).

Figure 4

Équation de compensation pour le postulat d'indépendance (Tang et al., 2005)

$$M_{pré} - M_{post} > \text{valeur critique} * \sqrt{\frac{(n_{pré} - 1) * \acute{E}T_{pré}^2 + (n_{post} - 1) * \acute{E}T_{post}^2}{n_{pré} + n_{post} - 2}}$$

Nota. $M_{\text{pré-g}}$ = moyenne des trois mesures avant le gain; $M_{\text{post-g}}$ = moyenne des trois mesures après le gain; $n_{\text{pré}}$ = nombre de séances pré-gain (3); n_{post} = nombre de séances post-gain (3); ÉT = Écart-type.

Cependant, cette méthode ne permet pas d'identifier les gains apparaissant au tout début du traitement. Pour cette raison, Kelly et son équipe (2005) proposent une modification au troisième critère afin de permettre l'identification des gains apparaissant tôt dans le traitement tout en tenant compte de la variabilité normale entre chaque séance. Ces auteurs recommandent que les gains spontanés représentent une diminution du score des symptômes plus grand que 1.5 écart-type des variations observées durant la thérapie. Toutefois, le choix d'un écart-type de 1.5 semble peu justifié et cette méthode diffère de manière importante avec la première méthode utilisée dans les études menées sur le TAG (Deschênes & Dugas, 2013; Present et al. 2008). Par souci de pouvoir comparer nos résultats avec ces études, nous avons donc décidé d'utiliser une méthode plus similaire à celle de Tang et DeRubeis (1999b).

La version originale de Tang et DeRubeis (1999b) a été critiquée puisqu'elle ne permettait pas l'identification des gains se présentant tôt durant la thérapie. Des recherches récentes montrent cependant que des gains tôt durant la thérapie (i.e., *early gains*) sont liés à une diminution particulièrement importante des symptômes à la fin du traitement (e.g., Flückiger et al., 2013; Lutz et al., 2009). Nous avons donc considéré une adaptation de Clerkin et ses collègues (2008), qui ont présenté une méthode similaire à celle utilisée par Tang et DeRubeis (1999b). Cette adaptation utilise un test-*t* à deux échantillons ($\alpha = .05$) comparant la moyenne des scores des deux séances avant le gain (Sessions N-1 et N) et la moyenne des scores des deux séances après le gain (Sessions N+1 et N+2). Il est donc possible d'inclure des changements pouvant apparaître dès la seconde séance et jusqu'à l'avant-dernière séance. Cette méthode de calcul répond ainsi aux critiques concernant le côté trop conservateur du troisième critère de Tang et

DeRubeis (1999b). Bref, en utilisant les deux séances avant et après l'apparition du gain, nous serons en mesure de respecter les contraintes du troisième critère tout en ayant, selon nous, une meilleure sensibilité à la présence de gain spontané stable durant le traitement.

Les gains inversés

Comme mentionné précédemment, l'impact des gains inversés sur le changement thérapeutique n'a pas été examiné pour le TAG (Deschênes & Dugas, 2013; Present et al., 2008). Cependant, les gains inversés pour les autres troubles anxieux et la dépression semblent avoir un impact négatif sur l'efficacité du traitement (Shalom & Aderka, 2020). Nous allons donc évaluer la stabilité des gains en identifiant les gains inversés; c'est-à-dire les gains qui sont suivis d'un retour de la sévérité des symptômes de plus de 50% du gain au QIPS-DS (e.g., Deschênes & Dugas, 2013; Tang & DeRubeis, 1999b). Nous considérerons qu'un gain inversé peut se présenter à tout moment après un gain spontané durant le traitement. En identifiant les gains inversés, il sera possible d'évaluer leur impact sur le changement thérapeutique en comparant les personnes ayant fait des gains spontanés non-inversés à celles ayant fait des gains spontanés inversés.

CHAPITRE III

Résultats

Gestion des données manquantes

Suivant les recommandations du groupe de travail chargé d'établir les standards concernant la communication des résultats pour les articles de journaux scientifiques (*Journal Article Reporting Standards* [JARS]; Appelbaum et al., 2018), la gestion des données manquantes a été faite de façon à assurer la représentativité de l'échantillon. Dans l'étude de Present et ses collègues (2008), aucune information n'est présentée concernant la gestion des données manquantes tandis que les études de Deschênes et Dugas (2013) et Flückiger et collègues (2021) indiquent des méthodes différentes pour la gestion des données manquantes. Étant données les similarités méthodologiques (i.e., procédure de recrutement, instruments de mesure et analyses utilisées) plus importantes avec cette étude, nous avons sélectionné la méthode de gestion des données manquantes de Deschênes et Dugas (2013). Ainsi, l'objectif de réplication pourra être concrétisé et la possibilité de comparer les données sera favorisée.

La sélection de la méthode a également été influencée par certaines contraintes statistiques que peuvent comporter les options alternatives. Par exemple, l'utilisation de la dernière valeur observée pour remplacer la donnée manquante (*Last Observation Carried Forward* [LOCF]; Streiner, 2010) pourrait mener dans le contexte d'une évaluation de la trajectoire de changements par semaine à des erreurs d'identification de type 1 et de type 2. Autrement dit, il serait impossible d'identifier un gain spontané lors de la rencontre imputée étant donné que le score serait maintenu (de Goeij et al., 2013). Parallèlement, l'identification d'un gain spontané serait induite par un gonflement artificiel du score de changement entre la valeur imputée et la valeur de la séance suivante. Une autre option aurait été d'utiliser la moyenne de la rencontre avant et après le gain. Cette méthode aurait cependant pu compromettre le postulat d'indépendance des

variables puisque les données utilisées proviennent de la même personne (Kenny & Judd, 1986). Les analyses liées aux gains spontanés semblent très sensibles à la manipulation.

La méthode choisie offre donc l'opportunité de mieux comparer avec une étude similaire et d'éviter les pièges statistiques. Il s'agit de la méthode de substitution des données par la moyenne des participant·e·s au même temps de mesure. Son procédé consiste à calculer la valeur moyenne des rencontres du score au QIPS-DS de tous les participant·e·s à ce temps de mesure et remplacer la donnée manquante par cette valeur moyenne (de Goeij et al., 2013). Bien que la méthode de substitution par la moyenne de l'échantillon reste une manipulation des données, elle nous apparaît comme étant la méthode influençant le moins les données de cet échantillon. Pour cette étude, les données de seulement 6 rencontres à travers l'ensemble des suivis des 48 participant·e·s n'ont pas été compilées, ce qui représente un taux de réponse de 98.97%.

Normalité de l'échantillon et données aberrantes

Des analyses préliminaires ont été effectuées afin de vérifier la normalité statistique de l'échantillon, tel que recommandé par le JARS (Appelbaum et al., 2018). Nous avons évalué la normalité de l'échantillon à l'aide des questionnaires suivants, administrés au pré-traitement : l'ESTA-IV, le QIA, le QIPS, l'IAB, l'IDB-II et l'ÉII. Les résultats au test de Shapiro-Wilk pour les échantillons de moins de 50 participant·e·s permettent de constater une normalité de la distribution de l'échantillon pour le QIPS-DS, l'IAB, l'IDB-II et l'ÉII ($p > .05$). Étant donné la nature clinique de l'échantillon, il est attendu d'observer un plus grand nombre de participant·e·s présentant une sévérité plus importante des symptômes du TAG. Ceci affecte la distribution pour les questionnaires tels que l'ESTA-IV et le QIA avant le traitement ($p < .05$). En fait, selon des critères de sélection de l'étude, un score minimal de 4 à l'échelle du Clinicien de l'ESTA-IV était requis pour participer à cette étude. Il était ainsi souhaité que l'ensemble de l'échantillon représente une population clinique plutôt que la population générale. Autrement dit, une

distribution (kurtosis) négative était désirée pour l'échantillon clinique. De plus, il est à noter que bien que les données ne soient pas entièrement distribuées sur une courbe normale, aucune donnée aberrante n'a été identifiée. L'ensemble des données des participant·e·s ayant complété le traitement a pu être utilisé pour éprouver les hypothèses de recherche.

Analyses principales

Première hypothèse

Pour la première hypothèse qu'il y aura présence de gains spontanés chez au moins 20% des individus au cours du traitement pour le TAG, nous avons utilisé le QIPS-DS afin de faire l'identification des gains spontanés. L'identification des gains spontanés a été possible grâce à l'utilisation du logiciel statistique Excel, version 16.64.

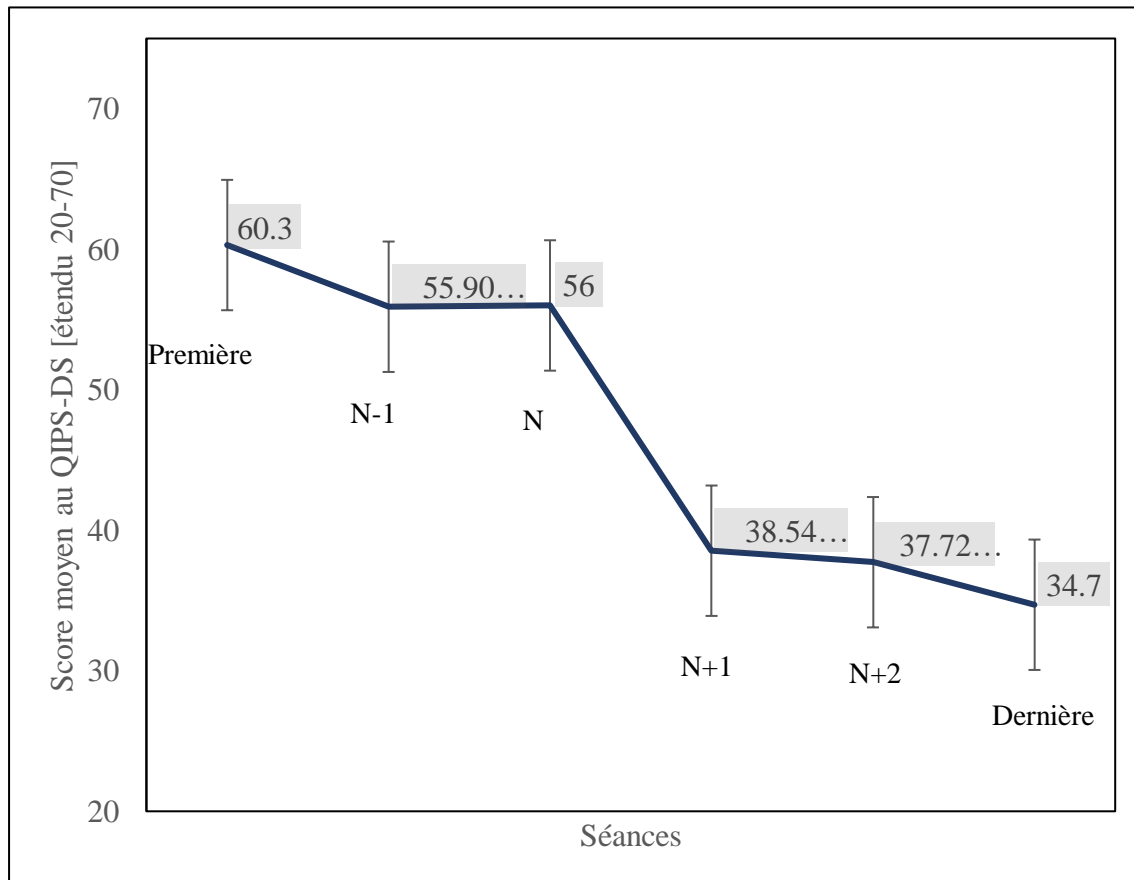
Critère 1. Nous avons d'abord calculé le premier critère d'identification grâce à l'ICF (Jacobson & Truax, 1991) à partir des données de tous les participant·e·s. La valeur de l'ICF pour cet échantillon est de 2.51. Pour l'ensemble des scores de changement impliquant une diminution des symptômes entre chacune des séances de psychothérapie, nous avons identifié 217 diminutions des symptômes répondant au premier critère (équivalents ou supérieurs à l'ICF). Ce nombre représente 37.41% des scores de diminution des symptômes entre deux séances consécutives. Tous les 48 participant·e·s avaient fait un gain important en terme absolu entre deux séances consécutives de psychothérapie.

Critère 2. Nous avons ensuite évalué si chacune des diminutions satisfaisant au premier critère était d'au moins 25% du score total de la séance précédant le changement d'au moins 2.51 (ICF). Pour les 217 changements répondant au premier critère, 36 de ceux-ci (16.59%) répondaient au second critère. Le nombre de participant·e·s ayant des diminutions de symptômes qui répondent aux deux premiers critères est de 27, ce qui représente une proportion de 45% de l'échantillon.

Critère 3. Les 36 diminutions de symptômes répondant au premier et au deuxième critère ont ensuite été soumises au calcul du dernier critère. Pour ce faire, des test-*t* à échantillons indépendants ont été calculés afin de vérifier leur stabilité relative aux changements individuels lors du traitement. Des 36 scores répondant au premier et au deuxième critère, 6 scores n'ont pu faire l'objet de test-*t* étant donné leur apparition trop tôt ($n = 2$) ou trop tard ($n = 4$) dans le traitement pour obtenir les scores nécessaires à la comparaison (2 séances avant et après le gain). Notons que l'utilisation de la méthode de calcul originale de Tang et DeRubeis (1999b), impliquant un test-*t* à 3 rencontres (plutôt que 2) avant et après le gain, aurait mené à l'exclusion de 7 scores supplémentaires. À la suite des test-*t*, un total de 16 scores (chez 15 participant·e·s) ont satisfait à l'ensemble des critères. En moyenne, les gains spontanés se produisaient après la 5^{ème} séance de psychothérapie (voir Figure 5 pour plus de détails). La première hypothèse s'avère donc confirmée puisqu'il y a présence de gains spontanés chez 31.25% des patient·e·s au cours du traitement pour le TAG. Conséquemment, les groupes pour les prochaines analyses seront constitués de 15 participant·e·s ayant fait au moins un gain spontané (14 en ayant fait un et 1 en ayant fait deux) et 33 participant·e·s n'ayant pas fait de gain spontané (Sans-GS) (voir Tableau 1 pour la comparaison des groupes).

Figure 5

Représentation de la moyenne des patrons de changements chez les personnes ayant fait un gain spontané.



Nota. N = La séance lors de laquelle s'est produit le gain spontané. N-1 = La séance avant le gain spontané. N+1 et N+2 = les séances précédant le gain spontané nécessaire au calcul du gain (voir critère 3).

Tableau 1

Moyennes, Écart-types et Tests-t indépendants des participant·e·s ayant fait un gain spontané (GS) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gain spontané (Sans-GS) au pré-traitement.

Mesures	GS <i>n</i> = 15		Sans-GS <i>n</i> = 33		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Données sociodémographiques					
Âge	39.80	15.35	32.52	9.93	1.69
Durée du TAG	19.13	15.73	10.45	12.22	1.89
Nombre de comorbidités	1.13	0.99	0.88	0.82	-1.68
Données cliniques					
ESTA-IV	5.07	0.75	5.26	0.89	0.72
QIA	44.10	7.30	38.83	8.56	-2.06*
QIPS	67.33	6.96	62.27	9.07	1.92
IAB	25.93	12.44	19.79	9.68	1.86
ÉII	88.33	18.58	80.69	19.13	1.29
IDB-II	23.40	7.37	16.21	9.18	2.66*

Nota. * $p < .05$. ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV;

QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'anxiété; QIPS = Questionnaire des Inquiétudes de Penn

State; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; IDB-II =

Inventaire de dépression de Beck, 2^e édition.

Les gains inversés. Une fois l'identification des gains spontanés terminée, nous avons procédé à l'évaluation des gains inversés (GI) en identifiant tous les retours de 50% de la sévérité des symptômes avant le gain (voir Tableau 2 pour plus de détails). Des 15 participant·e·s ayant fait au moins un gain spontané, 8 d'entre eux ont également fait l'expérience d'un gain inversé (53% de GI). La personne ayant fait deux gains spontanés a fait un premier gain spontané suivi d'un gain inversé. Un peu plus tard dans la psychothérapie, elle a fait un second gain spontané sans gain inversé. Des tests non-paramétriques ont été effectués pour les analyses liées aux gains inversés étant donné la petite taille de l'échantillon (Field, 2013).

Tableau 2

Moyennes, Écart-types et Tests-U non-paramétriques (Mann-Whitney) des participant·e·s ayant fait un gain inversé (GI) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gain inversé (Sans-GI) au pré-traitement.

Mesures	Sans-GI		GI		U
	n = 7		n = 8		
	M	ÉT	M	ÉT	
Données sociodémographiques					
Âge	38.71	13.04	40.75	17.98	29.00
Durée du TAG	17.43	17.16	20.63	15.40	32.00
Nombre de comorbidités	0.14	0.38	0.25	0.46	31.00
Données cliniques					
ESTA-IV	4.86	0.90	5.25	0.60	36.00
QIA	44.64	8.01	43.62	7.15	28.50
QIPS	70.29	6.63	64.75	6.54	15.00
IAB	32.43	12.16	20.25	10.18	12.00
ÉII	93.43	18.20	83.88	18.92	20.00
IDB-II	23.71	9.34	23.13	5.79	27.00

Nota. * $p < 0,05$. ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV;

QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'anxiété; QIPS = Questionnaire des Inquiétudes de Penn

State; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck, 2^e édition.

Taille d'effet

La statistique de taille d'effet utilisée pour éprouver les deux prochaines hypothèses est l'Éta carré partiel (η^2_{partiel}). Field (2013) suggère qu'un $\eta^2_{\text{partiel}} = 0.01$ représente une petite taille d'effet, qu'un $\eta^2_{\text{partiel}} = 0.06$ représente une taille d'effet moyenne et qu'un $\eta^2_{\text{partiel}} =$ ou > 0.14 représente une grande taille d'effet.

Seconde hypothèse : analyses principales

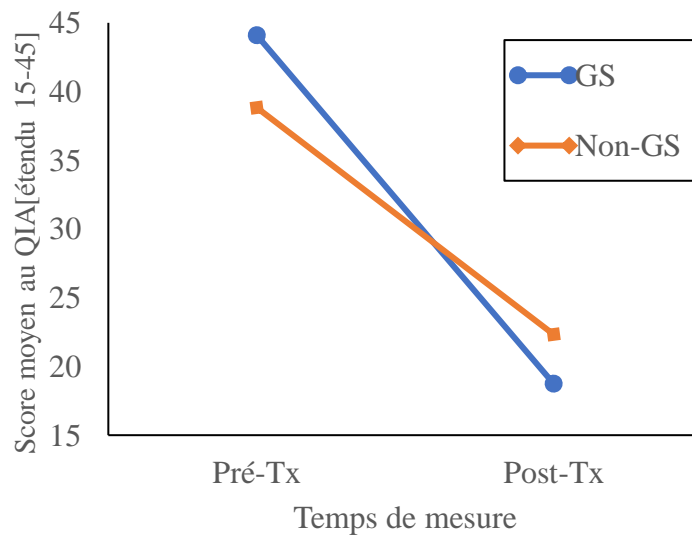
Pour la seconde hypothèse, voulant que la présence d'au moins un gain spontané permettrait à une plus grande efficacité thérapeutique telle que mesurée par le QIA, nous avons comparé le groupe n'ayant pas fait l'expérience de gain spontané (Groupe Sans-GS) au groupe ayant fait l'expérience d'un gain spontané (Groupe GS). Les analyses ont été faites à l'aide du logiciel SPSS, version 28. Des tests-*t* à échantillons indépendants ont d'abord été calculés au pré-traitement en utilisant les scores des participants au QIA, à l'ESTA-IV, au QIPS, à l'IAB, à l'ÉII et à l>IDB-II afin de comparer les deux groupes. Comparé au groupe n'ayant pas fait l'expérience de gain spontané (Groupe Sans-GS), le groupe ayant fait l'expérience d'un gain spontané (Groupe GS) présente des scores significativement plus élevés au QIA et à l>IDB-II (voir Tableau 1 pour plus de détails). Pour les autres questionnaires évaluant l'anxiété et l'incertitude, les deux groupes présentent des scores similaires.

La deuxième hypothèse a été éprouvée grâce à une ANOVA mixte à deux conditions (Groupe X Temps) comparant la moyenne des scores de changement au QIA des personnes ayant fait un gain spontané de celle des personnes n'ayant pas fait de gain spontané pour deux temps de mesure (pré et post-traitement). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution des symptômes du TAG [$F(1,46) = 119.76, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .72$].

De plus, il y a un effet d'interaction significatif entre le temps et la condition accompagné d'une taille d'effet moyenne [$F(1,46) = 4.51, p = .039, \eta^2_{\text{partiel}} = .09$]. Ainsi, les personnes ayant fait l'expérience d'au moins un gain spontané rapportent une diminution moyenne des symptômes du TAG modérément plus importante que les personnes n'ayant pas fait de gain spontané au post-traitement mesuré par le QIA (voir Figure 6).

Figure 6

Changements des symptômes du TAG entre le pré-traitement et le post-traitement calculé selon le QIA.



Nota. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'anxiété; Pré-Tx = évaluation pré-traitement; Post-Tx = évaluation post-traitement; GS = groupe de personnes ayant fait un gain spontané; Sans-GS = groupe de personnes n'ayant pas fait un gain spontané.

Seconde hypothèse : analyses exploratoires

À titre exploratoire, nous avons également comparé les groupes avec les questionnaires suivants : ESTA-IV, QIPS, IAB, ÉII et IDB-II.

Sévérité des symptômes d'anxiété généralisée évaluée par une clinicienne (ESTA-IV).

Les résultats de l'ANOVA révèlent un effet principal significatif du temps sur la diminution des

symptômes du TAG [$F(1,46) = 130.37, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .74$] et un effet d'interaction présentant une tendance significative [$F(1,46) = 2.92, p = .095^\dagger, \eta^2_{\text{partiel}} = .06$] accompagné d'une taille d'effet moyenne. Sous toute réserve, il est donc possible que la présence de gain spontané soit associée à une plus grande diminution des symptômes du TAG, telle que mesurée par l'ESTA-IV.

Sévérité des inquiétudes (QIPS). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution des inquiétudes [$F(1,46) = 106.39, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .70$] et un effet d'interaction présentant une tendance significative [$F(1,46) = 3.78, p = .058^\dagger, \eta^2_{\text{partiel}} = .08$]. Sous toute réserve, il est donc possible que la présence de gain spontané soit associée à une plus grande diminution des inquiétudes, telle que mesuré par le QIPS.

Sévérité des symptômes somatiques d'anxiété (IAB). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution des symptômes anxieux [$F(1,46) = 63.22, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .58$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,46) = 2.81, p = .10, \eta^2_{\text{partiel}} = .06$]. La présence de gain spontané ne semble pas associée à une plus grande diminution des symptômes anxieux, telle que mesurée par l'IAB.

Sévérité de l'intolérance à l'incertitude (ÉII). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude [$F(1,46) = 81.91, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .64$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,46) = 0.49, p = .49, \eta^2_{\text{partiel}} = .01$]. La présence de gain spontané ne semble pas associée à une plus grande diminution de l'intolérance à l'incertitude mesurée par l'ÉII.

Sévérité des symptômes dépressifs (IDB-II). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution des symptômes dépressifs [$F(1,46) = 45.00, p < .001, \eta^2_{\text{partiel}} = .49$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,46) = 2.40, p = .13, \eta^2_{\text{partiel}} =$

.05]. La présence de gain spontané ne semble pas associée à une plus grande diminution des symptômes dépressifs, telle que mesurée par l'IDB-II.

Les gains inversés

L'impact des gains inversés a ensuite été évalué en comparant le groupe ayant fait des gains spontanés sans gain inversé (Groupe GS-GI) au groupe ayant fait des gains spontanés et des gains inversés (Groupe GS+GI) pour l'ensemble des questionnaires suivants ; QIA, ESTA-IV, QIPS, IAB, ÉII et IDB-II au post-traitement. Un test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer les groupes au post-traitement étant donné la petite taille d'échantillon. Les résultats des analyses ne montrent aucune différence significative entre les groupes (tous $p > .05$).

Troisième hypothèse : analyses principales

Finalement, pour la troisième hypothèse, à savoir que la présence d'un gain spontané mènerait à une évolution plus bénéfique des acquis thérapeutiques à la suite du traitement, nous avons comparé le groupe n'ayant pas fait l'expérience de gain spontané (Groupe Sans-GS) au groupe ayant fait l'expérience d'un gain spontané (Groupe GS). Au suivi de 6 mois, 43 participants ont rempli les questionnaires. Des personnes n'ayant pas rempli les questionnaires, 4 provenaient du groupe n'ayant pas fait de gain spontané et 1 provenait du groupe ayant fait un gain spontané. Des comparaisons de test- t à échantillons indépendants pour les mesures principales et exploratoires ont été utilisées afin de vérifier l'équivalence des groupes au post-traitement. Les résultats ne révèlent aucune différence significative entre les groupes à la fin de la psychothérapie (tous $p > .05$) à l'exception de l'ESTA-IV. Les personnes ayant fait un gain spontané présentaient des symptômes d'anxiété généralisée significativement moins sévère que les personnes n'ayant pas fait de gains spontanés [$t(43) = 2.64, p = .01$] avec une grande taille d'effet ($d = .85$) (Voir Tableau 3 pour l'ensemble des comparaisons de moyenne post-traitement).

Cette hypothèse a été éprouvée grâce à une ANOVA mixte (Groupe X Temps) comparant le changement de la moyenne des scores au QIA des personnes ayant fait un gain spontané de celle des personnes n'ayant pas fait de gain spontané pour deux temps de mesure (post-traitement et suivi 6 mois). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal non significatif du temps sur la diminution des symptômes du TAG [$F(1,41) = 0.34, p = .56, \eta^2_{\text{partiel}} = .01$] et un effet d'interaction non significatif [$F(2,41) = .10, p = .75, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$]. Du post-traitement au suivi 6 mois, il n'y a pas de différence entre les groupes en ce qui concerne l'évolution des symptômes du TAG.

Troisième hypothèse : analyses exploratoires

À titre exploratoire, nous avons également comparé les groupes avec les questionnaires suivants : ESTA-IV, QIPS, IAB, ÉII et IDB-II.

Sévérité des symptômes d'anxiété généralisée évaluée par une clinicienne (ESTA-IV).

Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal significatif du temps sur la diminution des symptômes du TAG après le traitement [$F(1,43) = 9.48, p = .004, \eta^2_{\text{partiel}} = .18$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,43) = 0.01, p = .92, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$]. Entre la fin du traitement et le suivi 6 mois, il n'y a pas eu une différence entre les groupes en ce qui concerne l'évolution de la sévérité des symptômes du TAG mesurée par l'ESTA-IV. Un test- t a été fait afin de comparer les deux groupes au suivi 6 mois. Les résultats montrent une différence significative [$t(43) = 2.58, p = .01$] accompagnée d'une grande taille d'effet ($d = .83$). Ainsi, au suivi 6 mois, les personnes ayant fait au moins un gain spontané présentaient encore des symptômes moins sévères que les personnes n'ayant pas fait de gains spontanés (Voir Tableau 3 pour l'ensemble des comparaisons de moyenne au suivi 6 mois).

Sévérité des inquiétudes (QIPS). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal non significatif du temps sur la diminution des inquiétudes [$F(1,41) = 0.07, p = .79, \eta^2_{\text{partiel}} =$

.00] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,41) = 0.02, p = .89, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$]. Du post-traitement au suivi 6 mois, les changements mesurés par le QIPS pour le groupe ayant fait des gains spontanés et pour le groupe n'ayant pas fait de gains spontanés sont donc similaires.

Sévérité des symptômes somatiques d'anxiété (IAB). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal non significatif du temps sur la diminution des symptômes anxieux [$F(1,41) = 0.99, p = .33, \eta^2_{\text{partiel}} = .02$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,41) = 0.31, p = .58, \eta^2_{\text{partiel}} = .01$]. Du post-traitement au suivi 6 mois, les changements mesurés par l'IAB pour le groupe ayant fait des gains spontanés et pour le groupe n'ayant pas fait de gains spontanés sont similaires.

Sévérité de l'intolérance à l'incertitude (ÉII). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal non significatif du temps sur la diminution de l'intolérance à l'incertitude [$F(1,41) = 0.59, p = .45, \eta^2_{\text{partiel}} = .01$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,41) = 1.43, p = .24, \eta^2_{\text{partiel}} = .03$]. Du post-traitement au suivi 6 mois, les changements mesurés par l'ÉII pour le groupe ayant fait des gains spontanés et pour le groupe n'ayant pas fait de gains spontanés sont aussi similaires.

Tableau 3

Moyennes, Écart-types et Tests-t appariés des participant·e·s ayant fait un gain spontané (GS) et des participant·e·s n'ayant pas fait de gains spontané (Sans-GS) au post-traitement et au suivi 6 mois.

Mesure	Post-Tx			Suivi 6 mois		
	GS	Sans-GS	<i>t</i>	GS	Sans-GS	<i>t</i>
	(<i>n</i> = 15)	(<i>n</i> = 33)		(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 29)	
<i>M(ÉT)</i>	<i>M(ÉT)</i>		<i>M(ÉT)</i>	<i>M(ÉT)</i>		
QIA	18.75(9.82)	22.33(9.85)	1.12	19.14(8.45)	23.67(8.97)	1.58
ESTA-IV	1.82(1.38)	3.00(1.39)	2.64*	1.32(1.14)	2.53(1.58)	2.58*
QIPS	41.95(13.39)	45.17(10.35)	0.87	42.14(8.37)	45.83(10.29)	1.16
IAB	8.57(6.56)	8.59(6.58)	0.01	9.14(5.96)	10.62(5.65)	0.79
ÉII	53.54(21.46)	52.34(17.47)	-0.20	46.64(16.67)	53.86(17.75)	1.27
IDB-II	9.50(8.86)	7.97(6.20)	-0.58	8.64(6.44)	8.07(6.38)	-0.28

Nota. * $p < 0.05$. QIA = Questionnaire sur l'Inquiétude et l'anxiété; ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV; QIPS = Questionnaire des Inquiétudes de Penn State; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck; ÉII = Échelle d'intolérance à l'incertitude; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck, 2^e édition.

Sévérité des symptômes dépressifs (IDB-II). Les résultats de l'ANOVA illustrent un effet principal non significatif du temps sur la diminution des symptômes dépressifs [$F(1,41) = 0.08, p = .78, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$] et un effet d'interaction non significatif [$F(1,41) = .13, p = .73, \eta^2_{\text{partiel}} = .00$]. Du post-traitement au suivi 6 mois, les changements mesurés par l'IDB-II pour le groupe ayant fait des gains spontanés et pour le groupe n'ayant pas fait de gains spontanés sont similaires.

Les gains inversés

L'impact des gains inversés a ensuite été évalué en comparant le groupe ayant fait des gains spontanés sans gain inversé (Groupe GS-GI) au groupe ayant fait des gains spontanés et des gains inversés (Groupe GS+GI) pour l'ensemble des questionnaires suivants ; QIA, ESTA-IV, QIPS, IAB, ÉII et IDB-II. Un test non-paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer les groupes au suivi 6 mois étant donné la petite taille d'échantillon. Les résultats des analyses ne montrent aucune différence significative (tous $p > .05$).

CHAPITRE IV

Discussion

L'objectif de cette étude était d'identifier la nature et le rôle des gains spontanés en contexte d'expériences comportementales centrées sur l'II pour traiter le TAG. Pour ce faire, trois hypothèses ont été testées à l'aide d'un échantillon de 48 participant·e·s souffrant d'un TAG principal. Les progrès thérapeutiques ont été évalués grâce à des questionnaires auto-rapportés et des entrevues structurées afin d'évaluer la sévérité des symptômes du TAG.

La première hypothèse était qu'au moins 20% des personnes ($n \approx 9.5$) recevant le traitement basé sur les expériences comportementales feraient l'expérience d'un gain spontané. Les résultats révèlent que 31.25% ($n = 15$) des participants ont fait au moins un gain spontané durant la psychothérapie. En comparaison à ce qui était attendu, cette proportion représente une différence numérique non négligeable de 11.25%. La présence des gains spontanés chez près d'un tiers des personnes ayant reçu la psychothérapie suggère que le phénomène serait assez commun dans le cadre du nouveau traitement pour le TAG.

En séparant ensuite les personnes ayant fait un gain spontané de celles n'ayant pas fait de gain spontané en deux groupes, il a été possible d'examiner les hypothèses comparatives à court et à long terme. La seconde hypothèse était que les personnes ayant fait un gain spontané bénéficieraient davantage de la psychothérapie que celles n'ayant pas fait de gain spontané. Les résultats appuient cette hypothèse et démontrent que le groupe ayant fait des gains spontanés a rapporté en moyenne une plus grande amélioration de leurs symptômes du TAG entre le début et la fin du traitement. La dernière hypothèse était que la présence de gains spontanés mènerait à une évolution plus bénéfique des symptômes 6 mois suivant le traitement. Ici, les bénéfices des gains spontanés à long terme sont plus subtils bien que présents. Plus précisément, l'effet plus

positif obtenu au post-traitement pour les personnes qui ont fait l'expérience d'au moins un gain spontané se maintiendrait pour la sévérité du TAG évaluée par l'ESTA-IV. En résumé, les résultats de cette étude permettent de faire état de l'impact positif des gains spontanés dans le traitement du TAG. Les gains spontanés pourraient donc représenter un phénomène facilitateur dans la diminution des symptômes et du maintien de celle-ci à long terme.

Les analyses exploratoires

En ce qui concerne les gains inversés (un retour de 50% des symptômes), les analyses n'ont révélé aucun impact de ceux-ci sur le changement thérapeutique. Les calculs des gains inversés ont révélé la présence de gains inversés pour 53% des personnes ayant fait des gains spontanés. Ainsi, la majorité des patient·e·s ayant fait l'expérience d'un gain spontané et ont vécu un renversement de ce gain. La proportion des gains inversés paraît équivalente à ce qui a été observé dans d'autres études sur le TAG (e.g., Deschênes & Dugas, 2013; Present et al. 2008). Or, la plupart des personnes ayant fait l'expérience d'un gain inversé ont pu, par la suite, retrouver leur amélioration en cours de traitement. Cette nouvelle amélioration suggère que les gains inversés représenteraient davantage une détérioration temporaire plutôt qu'un enjeu persistant. À la lecture de nos résultats, il semblerait donc que l'impact bénéfique des gains spontanés ne serait pas diminué par les gains inversés de manière significative. Ce constat permet de faire état de la robustesse de l'impact positif des gains spontanés sur le traitement du TAG par des expériences comportementales visant la diminution de l'II.

Les gains spontanés et le traitement du trouble d'anxiété généralisée

Étant donné les résultats contrastants rapportés dans les études sur les gains spontanés pour le TAG, il est important de soulever les différences et les similarités entre les études afin de mieux situer nos résultats. L'exercice de comparaison de résultats inter-études constitue généralement une pratique peu recommandée. Nonobstant, il serait dommage de restreindre la

compréhension déjà limitée des changements thérapeutiques en contexte des gains spontanés pour le TAG. À travers les études, la présence des gains spontanés dans la psychothérapie pour le TAG constitue le résultat de recherche le plus constant. Or, la fréquence des gains spontanés présente une certaine variabilité. Par exemple, dans la présente étude et dans celle de Present et ses collègues (2008), environ une personne sur trois a fait l'expérience d'un gain spontané. Cette prévalence est plus importante que celle rapportée par Deschênes et Dugas (2013) et par Flückiger et ses collègues (2021). Dans ces études, environ une personne sur cinq a fait l'expérience d'un gain spontané. Bien qu'il soit difficile d'établir un chiffre exact et universel pour la prévalence des gains spontanés dans le traitement du TAG, il est possible d'affirmer que les gains spontanés sont un phénomène relativement commun dans ce contexte.

Pour la TCC centrée sur l'II, les gains spontanés semblent avoir un impact positif sur les changements thérapeutiques. Tout comme l'étude de Deschênes et Dugas (2013), notre étude témoigne d'une plus grande diminution des symptômes du TAG chez les personnes ayant fait un gain spontané à la fin d'une TCC centrée sur l'II. Ces résultats n'ont pas été observés par Present et ses collègues (2008), ces derniers ayant utilisé une thérapie expressive de support d'approche psychodynamique. Pour ce qui est de l'étude de Flückiger et ses collaborateurs (2021), ces chercheurs ont exploré la vitesse de la trajectoire de changement du début du traitement jusqu'au suivi 12 mois. Tel que mentionné précédemment, cette méthodologie ne permet pas d'isoler les changements uniquement au post-traitement. Néanmoins, les résultats paraissent encourageants et soulignent l'impact positif de ce phénomène commun, mais peu connu en contexte du TAG. En ce qui concerne l'impact des gains spontanés à long terme, la présente étude est la première à mesurer ce phénomène; il n'est donc pas possible de comparer nos résultats avec ceux de d'autres études pour le TAG. Nos résultats seraient néanmoins cohérents avec ceux rapportés pour d'autres troubles d'anxiété (e.g., Aderka & Shalom, 2021; Aderka et al., 2011; Bohn et al., 2013).

Globalement, les résultats de cette étude soulignent les effets bénéfiques à court et à long terme des gains spontanés en contexte de la TCC centrée sur l'II pour le TAG.

Les gains spontanés et les changements thérapeutiques du trouble d'anxiété généralisée

Les fluctuations thérapeutiques

Actuellement, il existe différentes hypothèses théoriques expliquant les gains spontanés en contexte de la psychothérapie. Certains chercheurs suggèrent qu'un gain spontané représente la plus grande et extrême fluctuation des symptômes parmi plusieurs plus petites fluctuations (Stiles et al., 2003; Vittengl et al., 2005). Ce principe paraît cohérent avec la théorie des systèmes dynamiques, voulant que les fluctuations isolées ne soient pas garantes d'un changement notable dans la vie d'une personne (Bauer et al., 2005; Baumeister, 1991). Ainsi, l'accumulation de ces fluctuations au courant de plusieurs semaines pourrait mener à un changement critique tel qu'un gain spontané. La psychothérapie aurait donc possiblement un rôle à jouer sur la capacité de la personne à accumuler des fluctuations durant le processus thérapeutique.

Aderka et Shalom (2021) aborde les gains spontanés sous l'angle des différences individuelles. Ils soulèvent qu'il est difficile d'identifier des facteurs universel qui seraient des prédicteurs des gains spontanés. Toutefois, une étude récente a démontré que la variabilité des symptômes intra-individuels représente un prédicteur des gains spontanés dans le traitement de divers troubles psychologiques (Shalom et al., 2018). Les auteurs s'inspirent ainsi de ces résultats afin d'offrir une nouvelle façon de conceptualiser la nature du gain spontané. Aderka et Shalom (2021) proposent donc que les gains spontanés représentent davantage des fluctuations naturelles inhérentes à la personne. Pour expliquer cette hypothèse, les auteurs argumentent qu'il est possible d'observer la présence de gains spontanés en l'absence de la psychothérapie. Cependant, il faut noter que la prévalence des gains spontanés « naturels » constitue une plus petite proportion que ce qui est observé durant un processus psychothérapeutique ([5.3%] Krüger et al.,

2014; [30-40%] Shalom & Aderka, 2020). Les auteurs affirment que la psychothérapie serait simplement un agent facilitateur des gains spontanés et non un ingrédient actif nécessaire à l'apparition de ceux-ci (Aderka & Shalom, 2021). Conséquemment, toutes les fluctuations naturelles des symptômes pourraient servir d'assise pour un gain spontané si les thérapeutes sont capables d'identifier et d'agir sur le changement initial.

Cette nouvelle conceptualisation des gains spontanés suit une logique relativement adéquate en contexte du trouble dépressif, ce dernier se caractérisant entre autres par sa nature plutôt périodique (Andrews et al., 2006). Or, il est possible que le phénomène des gains spontanés se manifeste de manière différente selon la nature du trouble psychologique (Tang et al., 2005). D'ailleurs, Aderka et Shalom (2021) reconnaissent que les troubles dépressifs sont caractérisés par une plus grande fluctuation des symptômes que les troubles anxieux. Effectivement, la nature plus épisodique de la dépression (Andrews et al., 2006) pourrait, entre autres, être associée à un taux de rémission spontanée pouvant atteindre 53% après un an (Whiteford et al., 2013). Cette rémission des symptômes illustre la nature plutôt fluctuante des symptômes de la dépression. Qu'en est-il des troubles caractérisés par un état plus chronique et moins prompts aux rémissions spontanées, tel que le TAG (Wittchen & Hoyer, 2001)? Rappelons que pour cette étude, la durée moyenne du TAG au pré-traitement était de 13.17 ans. À cause de la nature plus persistante de ce trouble, l'accumulation de fluctuations semble moins probable et les chances d'apparition d'un gain spontané en deviennent moins grande. Nous supposons donc que les fluctuations naturelles constitueraient un élément moins central pour les gains spontanés en contexte du traitement du TAG.

Les changements cognitifs prédicteurs des gains spontanés

Bien qu'il soit établi que les gains spontanés jouent un rôle dans l'efficacité de plusieurs psychothérapies pour plusieurs troubles psychologiques (Shalom & Aderka, 2020), il existe peu

d'information sur ce qui pourrait faciliter les gains spontanés dans le traitement du TAG. Tel que suggéré dans la version originale du modèle théorique des gains spontanés (i.e., *Upward Spiral*; Tang & DeRubeis, 1999b), les techniques visant des changements cognitifs prédiraient les gains spontanés et mèneraient ensuite à d'autres changements cognitifs. Vincent et Norton (2019) ont démontré que la présence de gains spontanés durant une TCC pour divers troubles anxieux était associée à un niveau élevé de changements cognitifs avant et après le gain spontané. D'ailleurs, Stone et Strunk (2020) ont montré que l'utilisation de méthodes d'interventions cognitives peuvent promouvoir les changements cognitifs. La psychothérapie offre ainsi un environnement propice à l'apparition des gains spontanés grâce aux interventions menant à des changements cognitifs.

L'intolérance à l'incertitude et les gains spontanés. Deux recherches font maintenant état d'un impact positif des gains spontanés lors d'une TCC centrée sur l'II pour le traitement du TAG (i.e., la présente étude; Deschênes & Dugas, 2013). Tel que mentionné précédemment, la relation causale entre l'II et la sévérité des symptômes du TAG est établie de manière robuste grâce à des études expérimentales, longitudinales ainsi que des études de traitement (e.g., Dugas & Ladouceur, 2000; Dugas et al., 2012 ; Dugas, 2022; Meeten et al., 2012). En effet, les données indiquent que l'II est un facteur de risque causal (Dugas, 2018; Koerner & Dugas, 2006) pour le TAG. Concrètement, une personne ayant un TAG possède un ensemble de croyances fondamentales rigides engendrant une « allergie » à l'état d'incertitude et une élévation du niveau d'inquiétude et d'anxiété (Robichaud et al., 2019). Pour diminuer cette vulnérabilité cognitive, la TCC centrée sur l'II offre des outils permettant à la personne de mieux tolérer cet état d'incertitude. Par conséquent, les croyances fondamentales deviennent plus flexibles et s'en suit une diminution de la sévérité des symptômes (Robichaud et al., 2019; Dugas et al., 2022). Nous croyons que ce changement cognitif pourrait faire partie de l'ensemble des prédicteurs des gains

spontanés liés à la théorie de la spirale ascendante (Tang & DeRubeis, 1999b). En effet, il serait possible qu'une diminution plus importante de l'II durant une séance de psychothérapie soit un prédicteur d'un gain spontané. Conséquemment, dans le contexte du traitement du TAG, l'occurrence d'un gain spontané pourrait s'expliquer par la diminution de l'II.

Les expériences comportementales et les gains spontanés. Les expériences comportementales représentent un levier thérapeutique particulièrement efficace pouvant mener à de nouveaux apprentissages et des changements cognitifs significatifs (e.g., Craske et al., 2014; Salkovskis et al., 2006; Tolin, 2019). De manière générale, les changements liés aux croyances fondamentales se présenteraient plus rapidement et se généraliseraient mieux à l'aide des expériences comportementales que par l'utilisation de réévaluation cognitive (McManus et al., 2012). De plus, Salkovskis et ses collègues (2006) ont rapporté que les expériences comportementales mènent à des résultats plus importants que l'exposition visant l'habituation en ce qui concerne la diminution de l'anxiété, des symptômes de panique et de l'évitement. Les données appuient donc l'idée que les expériences comportementales sont une technique d'intervention particulièrement efficace pour le changement cognitif et la diminution des symptômes psychologiques. Pour la TCC centrée sur l'II, les expériences comportementales visent à réduire l'II en diminuant les comportements liés à la recherche de certitude et en défiant les croyances fondamentales liées à l'II.

L'effet thérapeutique des expériences comportementales serait le résultat de l'apprentissage inhibitoire, entre autres, par la violation des attentes (Craske et al., 2014). Essentiellement, l'apprentissage inhibitoire vise à créer et consolider des liens mnésiques qui sont plus bénins ou moins menaçants que les liens plus catastrophiques déjà ancrés dans la mémoire. En engageant principalement les régions cortico-préfrontales du cerveau, ces nouveaux liens seraient plus facilement récupérés à long terme (Tolin, 2019). Autrement dit, les stratégies (telles

que les expériences comportementales) visant à développer des liens non menaçants sont conçues dans le but d'aider les personnes à apprendre que l'objet de leur peur (i.e., incertitude) ne prédit pas nécessairement une conséquence catastrophique. Une fois que les nouveaux apprentissages plus bénins sont faits, les stratégies sont réutilisées dans le but de favoriser la récurrence de ces associations pour qu'elles soient récupérées de manière plus fréquente que les anciennes associations (Craske et al., 2008; Craske et al., 2014; Weisman & Rodebaugh, 2018). Afin de maximiser l'apprentissage inhibitoire, Rescorla et Wagner (1972) suggèrent que le succès de l'entraînement à l'extinction résulte d'un décalage entre la prédiction et l'expérience vécue : la violation des attentes. Selon ce modèle, le succès de l'expérience serait directement proportionnel au degré de la violation des attentes (e.g., Deacon et al., 2013). Autrement dit, plus l'écart entre la prédiction et le résultat est important, plus la violation des attentes est grande et plus l'apprentissage inhibitoire est maximisé. La violation des attentes engendre alors une meilleure flexibilité cognitive et a un impact sur les croyances fondamentales. Dans le cas qui nous concerne, la violation des attentes favoriserait le développement de croyances moins négatives au sujet de l'incertitude et la diminution des symptômes du TAG. Conséquemment, il est possible de croire que les gains spontanés se présentent à la suite d'un apprentissage inhibitoire important grâce à une grande violation des attentes ayant mené à une diminution plus drastique de l'II.

Les implications cliniques

La présence des psychologues

La présence active des psychologues constitue un élément essentiel du processus thérapeutique pour favoriser l'impact positif du gain spontané. Une étude se centrant sur l'autosoin démontre que les gains spontanés sont présents, et ce, même en l'absence d'intervention de psychologue (Bisby et al., 2022). Or, les personnes ayant fait un gain spontané présentaient des bénéfices de la psychothérapie équivalents à celles n'ayant pas fait de gain

spontané. La présence minimale (10 à 15 minutes par semaine) d'un ou d'une psychologue n'était également pas suffisante pour observer une différence significative entre les deux groupes.

Autrement dit, la présence active et prolongée (plus de 15 minutes) d'un ou d'une psychologue pourrait être nécessaire afin de potentialiser l'impact positif du gain spontané sur la sévérité des symptômes.

Certain·e·s thérapeutes seraient meilleur·e·s que d'autre pour initier des changements thérapeutiques tels que les gains spontanés. Par exemple, Deisenhofer et ses collègues (2022) rapportent un petit effet entre les thérapeutes de leur étude. Toutefois, ces auteurs ne spécifient pas la nature des différences entre les thérapeutes. Or, Abel et ses collègues (2016) ont pu démontrer que certaines habiletés thérapeutiques sont associées aux gains spontanés dans le traitement de la dépression. Leurs résultats laissent supposer que certain·e·s clinicien·ne·s posent des actions favorisant des changements plus ponctuels et importants. Une part de la solution afin de générer davantage de gains spontanés résiderait ainsi dans des interventions pouvant être enseignées à d'autres thérapeutes. Conséquemment, l'identification de certaines habiletés spécifiques à l'intervention des gains spontanés pourrait faciliter l'apparition des gains spontanés et ainsi potentiellement augmenter l'efficacité thérapeutique.

Les interventions pouvant potentiellement faciliter la présence des gains spontanés

Les gains spontanés peuvent offrir certaines pistes de réponse concernant la trajectoire de changement durant un processus psychothérapeutique. Par exemple, dans le cadre de la TCC centrée sur l'II pour le TAG, nous proposons que certaines interventions et habiletés psychothérapeutiques spécifiques auraient de meilleures chances de faciliter l'apparition d'un gain spontané. L'impact potentiellement positif d'un gain spontané sur le traitement du TAG pourrait être facilité par des facteurs spécifiques aux actes thérapeutiques (Deisenhofer et al., 2022). Par exemple, une étude sur le traitement de la dépression résistante suggère que de

meilleures habiletés de conceptualisation de cas seraient associées aux gains spontanés (Abel et al., 2016). Dans le cas du TAG, l'utilisation d'un modèle théorique basé sur les données probantes telles que le modèle de l'II deviendrait ainsi un outil thérapeutique pouvant soutenir la conceptualisation de cas. L'usage du modèle théorique pourrait également mener à un niveau de confiance plus élevé quant à la compréhension des psychologues concernant les enjeux des personnes anxieuses. Andrusyna et ses collègues (2006) soutiennent que les stratégies thérapeutiques liées à une bonne compréhension de la personne souffrant d'un trouble psychologique prédiraient les gains spontanés. Une conceptualisation rigoureuse mènerait ainsi à l'utilisation d'interventions plus pertinentes aux enjeux individuels (i.e., l'interprétation du vécu juste). Conséquemment, la capacité de bien conceptualiser les difficultés d'une personne ayant un TAG pourrait mieux guider le choix des interventions et mener à des changements cognitifs plus ciblés (Tang & DeRubeis, 1999a; Tang & DeRubeis, 1999b).

La potentialisation des gains spontanés dans le traitement du TAG

Flückiger et ses collègues (2021) soulignent l'importance d'accorder une attention soutenue aux changements durant le processus thérapeutique. En effet, les auteurs ont constaté que la fréquence des gains spontanés était plus grande pour les personnes ayant accordé plus de temps durant chaque rencontre afin de discuter des changements inter-séances. Aderka et Shalom (2021) soutiennent même l'idée qu'accorder une attention particulière aux gains spontanés pourrait faciliter l'impact positif des gains spontanés. Or, aucun protocole d'intervention spécifique n'avait encore été proposé afin d'intervenir directement sur l'apparition des gains spontanés. Constatant cette lacune dans la littérature, Aderka et Shalom (2021) ont donc proposé des lignes directrices pour optimiser l'impact positif des gains spontanés. Nous tenterons d'adapter ces lignes directrices au protocole de traitement utilisé dans la présente étude, les expériences comportementales centrées sur l'II pour le TAG.

Les recommandations offertes par Aderka et Shalom (2021) visent avant tout la facilitation de la spirale ascendante dans le but de favoriser l'alliance thérapeutique et les changements cognitifs à la suite d'un gain spontané. Pour ce faire, les auteurs proposent quatre étapes séquentielles : (1) identifier le gain spontané, (2) discuter des facteurs menant au gain, (3) discuter du sens de ce gain dans la vie de la personne et (4) tirer avantage du gain. Durant la première étape, la reconnaissance des améliorations doit se faire de manière explicite. Par exemple, pour une personne souffrant du TAG, le ou la thérapeute pourrait souligner la diminution importante des inquiétudes ou de l'anxiété observée par rapport à la séance précédente.

Cette identification permet ainsi d'ouvrir la discussion concernant les facteurs ayant mené à cette amélioration. Aderka et Shalom (2021) soulignent l'importance de considérer les forces, les efforts et les comportements de la personne durant le processus thérapeutique. Il devient également possible de considérer les facteurs contextuels ou d'autres facteurs ayant contribué aux gains (e.g., soutien de l'entourage, événement de vie). Le fait de s'attribuer la responsabilité des événements positifs entraînerait une amélioration des symptômes (Hu et al., 2015; Sweeney et al., 1986) et favoriserait ainsi l'effet de la spirale ascendante (Aderka & Shalom, 2021). Bien qu'un gain spontané constitue une évolution des symptômes enviable, des changements rapides pourraient générer des doutes chez la personne concernant sa propre responsabilité dans ses changements (Flückiger et al, 2021). En effet, une évolution rapide des symptômes pourrait favoriser une interprétation voulant que les changements soient apparus de manière hasardeuse et ne serait que temporaires. Ce constat pourrait engendrer une détérioration de la motivation de la personne à travailler pour rendre les changements plus durables. Il est donc important d'aider la personne à s'attribuer son gain spontané et de le percevoir de manière positive avant de passer à l'étape suivante.

Le sens du gain spontané devient ensuite un sujet important à aborder. En d'autres mots, qu'est-ce que la personne a appris ou peut apprendre de son gain? Dans le cadre des expériences comportementales, c'est à cette étape qu'il devient important de comparer les prédictions et les résultats de l'expérience. L'accent mis sur la violation des attentes permettrait ainsi de générer de nouvelles croyances plus nuancées quant à l'incertitude (Craske et al., 2014; Robichaud et al., 2019). En demandant directement à la personne ce que représente le gain, pour sa thérapie ou pour son avenir, il serait possible de tirer une signification plus précise du gain spontané (Aderka & Shalom, 2021). Tel que noté par plusieurs auteurs, le fait d'accorder un sens à un événement (i.e., le gain spontané) est associé à une réduction des symptômes psychologiques ainsi qu'à une meilleure croissance personnelle et ce, pour divers troubles psychologiques (e.g., Ai, Cascio, Santangelo, & Evans-Campbell, 2005; Davis & Morgan, 2008; Neimeyer, 2006; Wong, 2010).

Finalement, la dernière étape consiste à tirer parti du gain dans le but de faciliter d'autres changements positifs. Par exemple, le fait de souligner à la personne qu'elle semble assez forte pour se mettre au défi de faire d'autres expériences comportementales peut favoriser la motivation envers le traitement et consolider l'alliance thérapeutique (Aderka & Shalom, 2021). Cette stratégie en quatre étapes peut ainsi créer un sentiment de continuité et un discours soulignant l'espoir pour l'évolution positive des symptômes (Tang & DeRubeis, 1999a; Tang & DeRubeis, 1999b). Les progrès cognitifs ont alors une signification pour la personne et se traduisent ensuite par des comportements ayant également un sens. Ces actions, porteuses de signification pour la personne, mènent à des changements plus grands et un meilleur développement personnel (e.g., Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012; Hobfoll et al., 2007). Ces lignes directrices adaptées aux propositions d'Aderka et Shalom (2021) et de Flückiger et ses collègues (2021) offrent ainsi une méthode d'intervention ayant le potentiel d'optimiser le gain

spontané et ultimement l'efficacité thérapeutique des expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude.

Les limites

Certaines limites devraient être considérées dans l'interprétation et la généralisation de nos résultats. Tout d'abord, nos résultats proviennent d'une étude de traitement visant avant tout la validation d'un nouveau protocole de traitement pour le TAG basé sur les expériences comportementales (Dugas et al., 2022). Conséquemment, l'objectif principal de la recherche n'était pas en lien avec l'étude des gains spontanés. La taille de l'échantillon n'a donc pas été établie pour l'analyse des gains spontanés et encore moins pour les gains inversés. Ainsi, la grandeur de l'échantillon n'était pas idéale pour la comparaison des groupes et plus particulièrement en contexte des gains inversés (i.e., $n = 7$ [Sans-GI] et $n = 8$ [GI]). Tel que recommandé, nous avons donc utilisé des tests non-paramétriques (Field, 2013). Or, les tests non-paramétriques sont moins sensibles (ou puissants) que leurs équivalents paramétriques. Il est donc possible que nos résultats non-significatifs en lien avec les gains inversés représentent une erreur de type 2 (et qu'il y a, en réalité, un effet des gains inversés sur le changement thérapeutique). Nous constatons les limites de l'échantillonnage et nous encourageons les études futures à utiliser un échantillon plus grand pour examiner l'impact des gains inversés en particulier.

Aussi, l'effet Hawthorne, aussi appelé l'effet de l'observateur ([Trial Effect]; McCarney et al., 2007), pourrait limiter la généralisation des résultats de cette étude à d'autres contextes. Selon cette théorie, les changements thérapeutiques (tels que les gains spontanés et leur impact) pourraient être influencés par le fait que le traitement soit offert dans le cadre d'une recherche. L'effet Hawthorne résulte avant tout de l'attention des chercheurs et de l'utilisation d'instruments de mesure durant le processus thérapeutique (McCarney et al., 2007). Une des conséquences de

cet effet serait la surévaluation de l'effet étudié (i.e., les gains spontanés), ce qui limiterait la généralisation des résultats à des services cliniques réguliers. Conséquemment, l'effet du gain spontané pourrait être plus faible dans la réalité clinique habituelle. Toutefois, des études concernant les gains spontanés dans des milieux ayant une validité écologique plus grande rapportent la présence de gains spontanés (e.g., Lutz et al., 2012). De plus, l'impact des gains spontanés semble similaire à celui observé dans le cadre d'essai cliniques menés dans des laboratoires. Nous pouvons donc croire que les effets des gains spontanés observés dans cette étude pourraient se généraliser à d'autres contextes cliniques. Ainsi, malgré les limites de cette étude, nous sommes confiants que nos résultats soulignent de manière juste l'impact positif des gains spontanés sur les expériences comportementales pour le TAG centré sur l'II.

Les recherches futures

Les recherches concernant les gains spontanés en contexte du traitement pour le TAG sont à leurs débuts. Néanmoins, cette étude a permis de consolider l'appui à l'hypothèse d'un impact positif des gains spontanés au post-traitement dans le traitement du TAG. Elle a également été la première à s'intéresser à l'impact des gains spontanés à plus long terme. Malgré nos résultats encourageants, plusieurs questions portant sur les gains spontanés dans le traitement du TAG demeurent en suspens. Afin de consolider nos connaissances à ce sujet, la poursuite de la recherche est clairement nécessaire.

Un élément d'intérêt qui a beaucoup été étudié dans le contexte du traitement pour d'autres troubles tels que la dépression (e.g., Gaynor et al., 2003; Mannings et al., 2010; Tang et al., 2005) est la présence des gains inversés. Les résultats préliminaires obtenus pour notre étude doivent être interprétés avec prudence. Comme mentionné précédemment, les prochaines études bénéficieraient d'un échantillon plus grand afin d'augmenter la confiance envers les résultats obtenus. Ainsi, les gains inversés méritent d'être davantage investigués afin d'en éclairer leur rôle

dans le traitement du TAG. De plus, le manque de connaissance concernant les prédicteurs des gains spontanés est un enjeu important dans la compréhension de ce phénomène. Bien que certains auteurs aient réussi à déceler des facteurs de prédiction dans des contextes particuliers, l'effet de ces prédicteurs ne fait pas l'unanimité (Aderka & Shalom, 2021). Cette limite apparaît encore plus évidente pour le TAG. À notre connaissance, aucune recherche ne s'est penchée sur les prédicteurs des gains spontanés dans le traitement du TAG. À la lumière de résultats de la présente étude, la possibilité que l'II puisse avoir un impact sur la présence des gains spontanés est une hypothèse qui mérite une attention particulière.

Cette recherche est la première à mesurer l'impact des gains spontanés lors d'une psychothérapie pour le TAG à court terme (post-traitement) et à long terme (suivi 6 mois). Ainsi, elle contribue à littérature naissante qui mérite un intérêt accru et soutenu. Les facteurs pouvant provoquer des gains spontanés et les mécanismes pouvant expliquer l'impact positif de ceux-ci demeurent encore méconnus. Néanmoins, cette recherche permet de confirmer la pertinence de poursuivre les recherches dans le domaine des gains spontanés et le traitement du TAG.

Références

- Abel, A., Hayes, A. M., Henley, W., & Kuyken, W. (2016). Sudden gains in cognitive-behavior therapy for treatment-resistant depression: Processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(8), 726. <http://dx.doi.org/10.1037/ccp0000101>
- Aderka, I. M., Appelbaum-Namdar, E., Shafran, N., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Sudden gains in prolonged exposure for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(4), 441-446. <https://doi.org/10.1037/a0024112>
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Bøe, H. J., & Hofmann, S. G. (2012). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 93. <https://doi.org/10.1037/a0026455>
- Aderka, I. M., & Shalom, J. G. (2021). A revised theory of sudden gains in psychological treatments. *Behaviour Research and Therapy, 139*, 103830. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103830>
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(5), 839. <https://doi.org/10.1037/a0033774>
- Ai, A. L., Cascio, T., Santangelo, L. K., & Evans-Campbell, T. (2005). Hope, meaning, and growth following the September 11, 2001, terrorist attacks. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 523-548. <https://doi.org/10.1177/0886260504272896>
- Andersson, G., Sarkohi, A., Karlsson, J., Bjärehed, J., & Hesser, H. (2013). Effects of two forms of internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression on future

thinking. *Cognitive therapy and research*, 37, 29-34. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9442-y>

Andrusyna, T. P., Luborsky, L., Pham, T., & Tang, T. Z. (2006). The mechanisms of sudden gains in Supportive-Expressive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 526–535. <https://doi.org/10.1080/10503300600591379>.

Andrews, G., Titov, N., & Team, T. (2006). *Tolkien II: a needs-based, costed, stepped-care model for mental health services, clinical pathways, treatment flowcharts, costing structures*. World Health Organization, Collaborating Centre for Classification in Mental Health

Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M., & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA Publications and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 3. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000191>

Bak, P., & Chen, K. (1991). Self-organized criticality. *Scientific American*, 264(1), 46-53.

Bauer, J. J., McAdams, D. P., & Sakaeda, A. R. (2005). Crystallization of desire and crystallization of discontent in narratives of life-changing decisions. *Journal of personality*, 73(5), 1181-1214. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00346.x>

Baumeister, R. F. (1991). *Meanings of life*. New York: Guilford.

Beaudoin, S., Tremblay, M., Carbonneau, C., Dugas, M. J., Provencher, M. D., & Ladouceur, R. (1997). Validation d'un instrument diagnostique pour le trouble d'anxiété généralisée (Validation of a diagnostic measure for generalized anxiety disorder). Affiche présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke, Canada.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory–II. *Psychological assessment*. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, *21*(3), 457–478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *31*(3), 261–277. <https://doi.org/10.1017/S1352465803002029>
- Bisby, M. A., Scott, A. J., Hathway, T., Dudeney, J., Fisher, A., Gandy, Heriseanu, A. I., M., Karin, E., Titov, N. & Dear, B. F. (2022). Sudden gains in therapist-guided versus self-guided online treatments for anxiety or depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. *90*(11), 861–871. <https://doi.org/10.1037/ccp0000771>
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *81*(1), 177–182. <https://doi.org/10.1037/a0031198>.
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *33*, 90–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.004>

- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 49-58. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.1.49>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(2), 222-236. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>
- Busch, A. M., Kanter, J. W., Landes, S. J., & Kohlenberg, R. J. (2006). Sudden gains and outcome: A broader temporal analysis of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy, 37*(1), 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.04.002>
- Caspar, F., Rothenfluh, T., & Segal, Z. (1992). The appeal of connectionism for clinical psychology. *Clinical Psychology Review, 12*(7), 719-762. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90022-Z](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90022-Z)
- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 46*(11), 1244-1250. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.002>
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry*. Workbook. Oxford University Press.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy, 58*, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- de Goeij, M. C., van Diepen, M., Jager, K. J., Tripepi, G., Zoccali, C., & Dekker, F. W. (2013). Multiple imputation: dealing with missing data. *Nephrology Dialysis Transplantation, 28*(10), 2415-2420. <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.11.010>

- Davis, C. G., & Morgan, M. S. (2008). Finding meaning, perceiving growth, and acceptance of tinnitus. *Rehabilitation Psychology, 53*(2), 128. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.53.2.128>
- Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Farrell, N. R., & Zhang, A. R. (2013). Maximizing the efficacy of interoceptive exposure by optimizing inhibitory learning: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 51*(9), 588–596. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.006>
- Deisenhofer, A. K., Rubel, J. A., Bennemann, B., Aderka, I. M., & Lutz, W. (2022). Are some therapists better at facilitating and consolidating sudden gains than others?. *Psychotherapy Research, 32*(3), 343-357. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1921302>
- Deschênes, S. S., & Dugas, M. J. (2013). Sudden gains in the cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 805-811. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9504-1>
- Doane, L. S., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 48*(6), 555-560. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.02.002>
- Donegan, E., Dugas, M. J., Seidah, A., Geninet, I., Harvey, P., & Doucet, C. (2010, Novembre). *Changes in symptoms and intolerance of uncertainty during cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder*. Affiche présentée à la reunion annuelle de l'Association des thérapies Comportementales et Cognitives [annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies], San Francisco, CA.
- Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l'anxiété généralisée: Plus on en sait, moins on en fait [The treatment of generalized anxiety: The more we know, the less we do]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 59*(2), 126–131. <https://doi.org/10.1037/cap0000144>

- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Le questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. Validation dans des échantillons non cliniques et cliniques [The Worry and Anxiety Questionnaire: Validation in non-clinical and clinical samples]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *11*, 31-36.
- 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*(2), 215-226. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00070-3)
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, *24*(5), 635-657. <https://doi.org/10.1177/0145445500245002>
- Dugas, M. J., Langlois, F., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1998, novembre). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating causality. Dans J. Stöber (éd.), *Worry: New findings in applied and clinical research*. Symposium présenté au congrès annuel de l'Association for Advancement of Behavior Therapy, Washington DC, É.-U.
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of abnormal child psychology*, *40*, 863-870. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.035>
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., Francis K., & Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, *38*(2), 169–178. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.07.002>
- Erickson, T. M., & Newman, M. G. (2007). Interpersonal and emotional processes in generalized anxiety disorder analogues during social interaction tasks. *Behavior Therapy*, *38*(4), 364-377. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.005>

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE Publications, Inc.
- Fisher, A. J., & Newman, M. G. (2016). Reductions in the diurnal rigidity of anxiety predict treatment outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *79*, 46-55. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.006>
- Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Del Re, A. C., & Lutz, W. (2013). Working along sudden gains: Responsiveness on small and subtle early changes and exceptions. *Psychotherapy*, *50*(3), 292-297. <https://doi.org/10.1037/a0031940>
- Flückiger, C., Vîslă, A., Wolfer, C., Hilpert, P., Zinbarg, R. E., Lutz, W., & Allemand, M. (2021). Exploring change in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder—A two-arms ABAB crossed-therapist randomized clinical implementation trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *89*(5), 454. <https://doi.org/10.1037/ccp0000639>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994a). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française [The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a French translation]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, *20*(1), 47–55.

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences, 17*(6), 791-802.
[https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gaynor, S. T., Weersing, V. R., Kolko, D. J., Birmaher, B., Heo, J., & Brent, D. A. (2003). The prevalence and impact of large sudden improvements during adolescent therapy for depression: A comparison across cognitive-behavioral, family, and supportive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 386.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.386>
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. *L'Encéphale: revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 27*(5), 475-484.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Greenfield, M. F., Gunthert, K. C., & Haaga, D. A. F. (2011). Sudden gains versus gradual gains in a psychotherapy training clinic. *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 17–30.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20748>
- Guhn, M., Forer, B., & Zumbo, B. D. (2014). Reliable change index. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research; Michalos, AC, Ed, 5459-5462*. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2465
- Hardy, G. E., Cahill, J., Stiles, W. B., Ispan, C., Macaskill, N., & Barkham, M. (2005). Sudden gains in cognitive therapy for depression: a replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 59. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.59>
- Hartung, D. M., & Touchette, D. (2009). Overview of clinical research design. *American Journal of Health-System Pharmacy, 66*(4), 398-408. <https://doi.org/10.2146/ajhp080300>

- Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, J. P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, J. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 409.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.409>
- Hayes, A. M., Laurenceau, J.-P., & Cardaciotto, L. (2007). Methods for capturing the process of change. In A. M. Nezu & C. M. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized clinical trials for psychosocial interventions*. Oxford University Press.
- Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Feldman, G., Strauss, J. L., & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical psychology review, 27*(6), 715-723.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.008>
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: an application to cognitive therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(6), 939. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.6.939>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ième ed.). Guilford Press.
- Heart Protection Study Collaborative Group. (2011). Effects on 11-year mortality and morbidity of lowering LDL cholesterol with simvastatin for about 5 years in 20 536 high-risk individuals: a randomised controlled trial. *The Lancet, 378*(9808), 2013-2020.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61125-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61125-2)

- Heatherton, T. F., & Nichols, P. A. (1994). Personal accounts of successful versus failed attempts at life change. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *20*(6), 664-675.
<https://doi.org/10.1177/0146167294206005>
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *26*(2), 421–436. <https://doi/10.1016/j.cbpra.2018.07.007> \t
- Hedman, E., Lekander, M., Ljótsson, B., Lindfors, N., Rück, C., Hofmann, S. G., Andersson, E., Andersson, G., & Schulz, S. M. (2014). Sudden gains in internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *54*, 22-29.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.007>.
- Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology*, *56*(3), 345–366.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>.
- Hofmann, S. G., Schulz, S. M., Meuret, A. E., Moscovitch, D. A., & Suvak, M. (2006). Sudden gains during therapy of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 687. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.687>
- Hopko, D. R., Robertson, S. M., & Carvalho, J. P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treated with behavioral activation therapy. *Behavior Therapy*, *40*(4), 346-356.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.09.001>
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z., & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy. Efficacy, effectiveness, and patient progress. *American Psychologist*, *51*(10), 1059–1064. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.51.10.1059>.

- Hu, T., Zhang, D., & Yang, Z. (2015). The relationship between attributional style for negative outcomes and depression: A meta-analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology, 34*(4), 304. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.4.304>
- Hunnicut-Ferguson, K., Hoxha, D., & Gollan, J. (2012). Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for Major Depressive Disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(3), 223–230. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.005>.
- Kelly, M. A., Cyranowski, J. M., & Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2563-2572. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.007>
- Kelly, K. A., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2009). The impact of sudden gains in cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 22*(4), 287-293. <https://doi.org/10.1002/jts.20427>
- Kelly, M. A., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: when do they occur and do they matter?. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 703-714. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.06.002>
- Kelso, J. S. (1995). *Dynamic patterns: The self-organization of brain and behavior*. MIT press.
- Kenny, D. A., & Judd, C. M. (1986). Consequences of violating the independence assumption in analysis of variance. *Psychological Bulletin, 99*(3), 422–431. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.3.422>
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. Dans G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, (p. 201-216). <https://doi.org/10.1002/9780470713143.ch12>

- Krüger, A., Ehring, T., Priebe, K., Dyer, A. S., Steil, R., & Bohus, M. (2014). Sudden losses and sudden gains during a DBT-PTSD treatment for posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 24470. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24470>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(6), 957. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.957>
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Boisvert, J. M., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy*, *30*(2), 191-207. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(99\)80003-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(99)80003-3)
- Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding adolescent worry: The application of a cognitive model. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(1), 55-64. <https://doi.org/10.1023/a:1021721332181>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224-231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Lemmens, L. H. J. M., DeRubeis, R. J., Arntz, A., Peeters, F. P. M. L., & Huibers, M. J. H. (2016). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, *77*, 170-176. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.014>

- Lorenzo-Luaces, L., German, R. E., & DeRubeis, R. J. (2015). It's complicated: The relation between cognitive change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review, 41*, 3–15.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.003>.
- Lutz, W., Stulz, N., & Köck, K. (2009). Patterns of early change and their relationship to outcome and follow-up among patients with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders, 118*(1-3), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.01.019>
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. Basic Books, Inc. <http://www.basicbooks.com/>
- Manning, P., Hardy, G., & Kellett, S. (2010). Reversals of sudden gains made during cognitive therapy with depressed adults: A preliminary investigation. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 38*(4), 491-495. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000123>
- Masterson, C., Ekers, D., Gilbody, S., Richards, D., Toner-Clewes, B., & McMillan, D. (2014). Sudden gains in behavioural activation for depression. *Behaviour Research and Therapy, 60*, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.008>
- McCarney, R., Warner, J., Iliffe, S., van Haselen, R., Griffin, M., & Fisher, P. (2007). The Hawthorne Effect: A randomised, controlled trial. *BMC Medical Research Methodology, 7*, 30. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2288-7-30>
- McManus, F., Van Doorn, K., & Yiend, J. (2012). Examining the effects of thought records and behavioral experiments in instigating belief change. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 540–547. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.07.003>

- Meeten, F., Dash, S. R., Scarlet, A. L. S., & Davey, G. C. L. (2012). Investigating the effect of intolerance of uncertainty on catastrophic worrying and mood. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 690-698. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.08.003>
- Melchior, H., Schulz, H., Kriston, L., Hergert, A., Hofreuter-Gätgens, K., Bergelt, C., Morfeld, M., Koch, U., & Watzke, B. (2016). Symptom change trajectories during inpatient psychotherapy in routine care and their associations with long-term outcomes. *Psychiatry Research*, 238, 228-235. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.046>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.1.85>
- 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(6), 487-495. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- Moher, D., Schulz, K. F., Altman, D. G., & Consort Group. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *The lancet*, 357(9263), 1191-1194. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04337-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04337-3)
- Neimeyer, R. A. (2006). Complicated grief and the reconstruction of meaning: Conceptual and empirical contributions to a cognitive-constructivist model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 141–145. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00016.x>.
- Newman, M. G., & Fisher, A. J. (2013). Mediated moderation in combined cognitive behavioral therapy versus component treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 405-414. <https://doi.org/10.1037/a0031690>
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. *Handbook of psychotherapy integration*, 2, 3-23.

- Nogueira-Arjona, R., Santacana, M., Montoro, M., Rosado, S., Guillamat, R., Vallès, V., & Fullana, M. A. (2017). Sudden gains in exposure-focused cognitive-behavioral group therapy for panic disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(4), 1285–1291. <https://doi.org/10.1002/cpp.2093>.
- Norton, P. J., Klenck, S. C., & Barrera, T. L. (2010). Sudden gains during cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(8), 887-892. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.06.012>
- Olthof, M., Hasselman, F., Strunk, G., van Rooij, M., Aas, B., Helmich, M. A., Schiepek, G., & Lichtwarck-Aschoff, A. (2020). Critical Fluctuations as an Early-Warning Signal for Sudden Gains and Losses in Patients Receiving Psychotherapy for Mood Disorders. *Clinical Psychological Science*, *8*(1), 25–35. <https://doi.org/10.1177/2167702619865969>.
- Present, J., Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Hearon, B., Ring-Kurtz, S., Worley, M., & Gallop, R. (2008). Sudden gains in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(1), 119-126. <https://doi.org/10.1002/jclp.20435>
- Robichaud, M., Koerner, N., & Dugas, M. J. (2019). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Routledge.
- Rescorla, R. A., & Wagner, A. R. (1972). A theory of Pavlovian conditioning: Variations in the effectiveness of reinforcement and nonreinforcement. In R. O. Mowrer & S. Klein (Eds.), *Handbook of contemporary learning theories*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Rosen, N. O., & Knäuper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Communication*, *24*(3), 228–238. <https://doi.org/10.1080/10410230902804125>

- Rosen, N. O., Knäuper, B., & Sammut, J. (2007). Do individual differences in intolerance of uncertainty affect health monitoring? *Psychology & Health*, 22(4), 413–430.
<http://dx.doi.org/10.1080/14768320600941038>
- Roy, P., Dugas, M. J., Langlois, F., & Gosselin, P. (2013, mai). DSM–5 behavioural symptoms of GAD: A comparaison between a clinical and a non-clinical sample. Affiche présentée au congrès annuel de l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales, Montréal, Qc.
- Schiepek, G. (2009). Complexity and nonlinear dynamics in psychotherapy. *European Review*, 17(2), 331-356. <https://doi.org/10.1017/S1062798709000763>
- Schiepek, G., Eckert, H., & Weihrauch, S. (2003). Critical Fluctuations and Clinical Change: Data-Based Assessment in Dynamic Systems1. *Constructivism in the Human Sciences*, 8(1), 57.
- Schiepek, G., Fricke, B., & Kaimer, P. (1992). *Synergetics of psychotherapy*. (p. 239-267). Springer Berlin Heidelberg.
- Schiepek, G. (2020). Contributions of systemic research to the development of psychotherapy. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 11-38). Springer, Cham.
- Shalom, J. G., & Aderka, I. M. (2020). A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators. *Clinical Psychology Review*, 76, 101827.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101827>
- Shalom, J. G., Gilboa-Schechtman, E., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., Van Oppen, P., van Balkom, A. J. L. M., & Aderka, I. M. (2018). Intraindividual variability in symptoms consistently predicts sudden gains: An examination of three independent

datasets. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(11), 892.

<https://doi.org/10.1037/ccp0000344>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., & Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12(5), 232-241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5), 22-33. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)

Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G., & Clark, D. A. (2006). Belief disconfirmation versus habituation approaches to situational exposure in panic disorder with agoraphobia: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 877-885. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.008>

Sommers-Flanagan, J., & Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice: Skills, strategies, and techniques*. John Wiley & Sons.

Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994). Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(5), 942. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.5.942>

Stöber, J., & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 645–656. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00031-X)

- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 49-60. <https://doi.org/10.1023/A:1026474715384>
- Streiner, D. (2010). Last observation carried forward. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of research design* (p. 687-688). SAGE Publications, Inc. <https://dx.doi.org/10.4135/9781412961288.n211>.
- Stulz, N., & Lutz, W. (2007). Multidimensional patterns of change in outpatient psychotherapy: The phase model revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 817–833. <https://doi.org/10.1002/jclp.20397>
- Sweeney, P. D., Anderson, K., & Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 974. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999a). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 283-288. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.3.283>
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999b). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(6), 894. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.894>
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.168>

- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 404. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.404>
- Tang, T. Z., Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden gains in recovering from depression: Are they also found in psychotherapies other than cognitive-behavioral therapy?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 444.
- Thelen, E., & Smith, L. B. (1994). *A dynamic systems approach to the development of cognition and action*. MIT press.
- Thomas, C., & Persons, J. B. (2013). Sudden gains can occur in psychotherapy even when the pattern of change is gradual. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(2), 127-142. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12029>
- Tolin, D. F. (2016). *Doing CBT: A comprehensive guide to working with behaviors, thoughts, and emotions*. Guilford Publications.
- Tolin, D. F. (2019). Inhibitory learning for anxiety-related disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 26*(1), 225-236. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.07.008>
- Tschacher, W., Schiepek, G. K., & Brunner, E. (Eds.). (1992). *Self-organization and clinical psychology: Empirical approaches to synergetics in psychology*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-77534-5>.
- Van der Maas, H., & Molenaar, P. (1992). Stagewise cognitive development: An application of catastrophe theory. *Psychological Review, 99*(3), 395–417. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.395>
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2005). Validity of sudden gains in acute phase treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 173. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.173>

- Weisman, J. S., & Rodebaugh, T. L. (2018). Exposure therapy augmentation: A review and extension of techniques informed by an inhibitory learning approach. *Clinical Psychology Review, 59*, 41-51. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.010>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 23*(4), 301-320.
<https://doi.org/10.1177/0145445599234002>
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 15-21.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin, 114*(2), 248–265. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.2.248>.
- Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine, 43*(8), 1569-1585.
<https://doi.org/10.1017/S0033291712001717>
- Wong, P. T. P. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*(2), 85–93. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9132-6>.
- Wucherpfennig, F., Rubel, J. A., Hofmann, S. G., & Lutz, W. (2017). Processes of change after a sudden gain and relation to treatment outcome—Evidence for an upward spiral. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(12), 1199. <https://doi.org/10.1037/ccp0000263>
- Zinbarg, R. E., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry. Therapist guide*. Oxford University Press.

ANNEXE A

QIA

No. Participant : _____

Date : _____

Répondez aux questions suivantes selon ce qui est habituel pour vous au cours des 2 dernières semaines.

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) _____ d) _____

b) _____ e) _____

c) _____ f) _____

Pour les numéros suivants, encerclez le chiffre correspondant (0 à 8).

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

Aucunement

Modérément

Complètement

excessives

excessives

excessives

0

1

2

3

4

5

6

7

8

3. Durant les deux dernières semaines, combien de jours avez-vous été troublé(e) par des inquiétudes excessives?

Jamais

1 jour

À tous

sur 2

les jours

0 1 2 3 4 5 6 7 8

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

Aucune									
difficulté				Difficulté				Difficulté	
				modérée				extrême	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

5. Durant les deux dernières semaines, avez-vous été troublé(e) par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet(ète) ou anxieux(se)? Cotez chaque sensation en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Agité(e), surexcité(e) ou avoir les nerfs à vif

									Très
Aucunement				Modérément				Sévèrement	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

b) Facilement fatigué(e)

									Très
Aucunement				Modérément				Sévèrement	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

								Très	
Aucunement			Modérément				Sévèrement		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

d) Irritabilité

								Très	
Aucunement			Modérément				Sévèrement		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

e) Tensions musculaires

								Très	
Aucunement			Modérément				Sévèrement		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi(e) ou sommeil agité et insatisfaisant)

								Très	
Aucunement			Modérément				Sévèrement		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	

6. Au cours des deux dernières semaines, avez-vous adopté les comportements suivants lorsque vous étiez inquiet(ète) ou anxieux(se) ? Cotez chaque comportement en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Éviter des situations pouvant se terminer de façon négative ?

Aucunement			Modérément			Très souvent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8

b) Mettre beaucoup de temps et d'effort à se préparer pour des situations qui pourraient se terminer de façon négative ?

Aucunement			Modérément			Très souvent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8

c) Remettre à plus tard un comportement ou une prise de décision (« procrastiner ») à cause des inquiétudes ?

Aucunement			Modérément			Très souvent		
0	1	2	3	4	5	6	7	8

d) Chercher à se faire rassurer de façon répétée à cause des inquiétudes ?

Aucunement			Modérément				Très souvent	
0	1	2	3	4	5	6	7	8

7. À quel point est-ce que l'anxiété, l'inquiétude, ou les comportements associés, interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc?

Aucunement			Modérément				Sévèrement	
0	1	2	3	4	5	6	7	8

ANNEXE B

Nom : _____

Date _____

QIPS-DS

Veillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre situation au cours de la **DERNIÈRE SEMAINE**. Encerchez le numéro (1 à 5) approprié.

	Pas du tout correspond ant	Un peu correspond ant	Assez corresponda nt	Très correspond ant	Extrêmeme nt correspon dant
1. Si je n'avais pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiétais pas.	1	2	3	4	5
2. Mes inquiétudes m'ont submergé(e).	1	2	3	4	5
3. Je n'ai pas eu tendance à m'inquiéter à propos des choses.	1	2	3	4	5
4. Plusieurs situations m'ont amené(e) à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
5. Je sais que je n'aurais pas dû m'inquiéter, mais je n'y pouvais rien.	1	2	3	4	5

6.	Quand j'étais sous pression, je m'inquiétais beaucoup.	1	2	3	4	5
7.	Je me suis inquiété(e) continuellement à propos de tout.	1	2	3	4	5
8.	Il m'a été facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.	1	2	3	4	5
9.	Aussitôt que je finissais une tâche, je commençais immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'avais encore à faire.	1	2	3	4	5
10.	Je ne me suis jamais inquiété(e).	1	2	3	4	5
11.	Quand je n'avais plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiétais plus.	1	2	3	4	5

12	J'ai remarqué . que je me suis inquiété(e) pour certains sujets.	1	2	3	4	5
13	Quand je . commençais à m'inquiéter, je ne pouvais pas m'arrêter.	1	2	3	4	5
14	Je me suis . inquiété(e) tout le temps.	1	2	3	4	5
15	Je me suis . inquiété(e) au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.	1	2	3	4	5

Stöber, J., & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 645-656. Traduit par Isabelle Geninet & Michel J. Dugas. (2007). Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur.

ANNEXE C

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un X dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	« jambes molles », tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	battements cardiaques marqués	0	1	2	3
8.	mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	terrifié(e)	0	1	2	3
10.	nervosité	0	1	2	3
11.	sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	tremblement de mains	0	1	2	3
13.	tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	crainte de perdre le contrôle	0	1	2	3
15.	respiration difficile	0	1	2	3
16.	peur de mourir	0	1	2	3
17.	sensation de peur, « avoir la frousse »	0	1	2	3
18.	indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	rougissement du visage	0	1	2	3

21.	transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3
-----	---	---	---	---	---

© Copyright 1987 by Aaron T. Beck, M.D. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893-897.

Traduit avec la permission de l'auteur par Mark H. Freeston. © Tous droits réservés, Université Laval, Québec, 1989.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'Inventaire d'Anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. L'Encéphale, XX, 47-55.

ANNEXE D

IDB-II

No. Dossier _____

Date _____

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerchez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerchez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir **qu'un seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no. 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe no. 18 (modifications de l'appétit).

1) Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2) Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3) Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4) Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5) Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

- 6) Sentiment d'être puni(e)
- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 - 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 - 2 Je m'attends à être puni(e).
 - 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

2 de 3

- 7) Sentiments négatifs envers soi-même
- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 - 1 J'ai perdu confiance en moi.
 - 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 - 3 Je ne m'aime pas du tout.
- 8) Attitude critique envers soi
- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 - 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 - 2 Je me reproche tous mes défauts.
 - 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.
- 9) Pensées ou désirs de suicide
- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 - 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 - 2 J'aimerais me suicider.
 - 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
- 10) Pleurs
- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
 - 1 Je pleure plus qu'avant.
 - 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 - 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
- 11) Agitation
- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 - 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 - 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 - 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.
- 12) Perte d'intérêt
- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
 - 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
 - 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 - 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que se soit.

13) Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14) Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

3 de 3

15) Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16) Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17) Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18) Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19) Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20) Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21) Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

ANNEXE E

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie. Veuillez encrer le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

Pas du tout Un peu Assez Très Tout à fait
correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

1. L'incertitude m'empêche de prendre position.1.....2.....3.....4.....5.....
2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.1.....2.....3.....4.....5.....
3. L'incertitude rend la vie intolérable.1.....2.....3.....4.....5.....
4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.1.....2.....3.....4.....5.....
6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).1.....2.....3.....4.....5.....
7. Les imprévus me dérangent énormément.1.....2.....3.....4.....5.....
8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.1.....2.....3.....4.....5.....
9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.1.....2.....3.....4.....5.....
11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.1.....2.....3.....4.....5.....

Pas du tout Un peu Assez Très Tout à fait
 correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

12. Lorsque c'est le temps d'agir,
 l'incertitude me paralyse.1.....2.....3.....4.....5.....
13. Être incertain(e) veut dire que
 je ne suis pas à la hauteur.1.....2.....3.....4.....5.....
14. Lorsque je suis incertain(e),
 je ne peux pas aller de l'avant.1.....2.....3.....4.....5.....
15. Lorsque je suis incertain(e), je
 ne peux pas bien fonctionner.1.....2.....3.....4.....5.....
16. Contrairement à moi, les autres
 semblent toujours savoir
 où ils vont dans la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
17. L'incertitude me rend vulnérable,
 malheureux(se) ou triste.1.....2.....3.....4.....5.....
18. Je veux toujours savoir ce
 que l'avenir me réserve.1.....2.....3.....4.....5.....
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.1.....2.....3.....4.....5.....
20. Le moindre doute peut
 m'empêcher d'agir.1.....2.....3.....4.....5.....
21. Je devrais être capable de
 tout organiser à l'avance.1.....2.....3.....4.....5.....
22. Être incertain(e), ça veut dire
 que je manque de confiance.1.....2.....3.....4.....5.....
23. Je trouve injuste que d'autres
 personnes semblent certaines
 face à leur avenir.1.....2.....3.....4.....5.....
24. L'incertitude m'empêche
 de bien dormir.1.....2.....3.....4.....5.....

Pas du tout Un peu Assez Très Tout à fait
correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

25. Je dois me retirer de
toute situation incertaine.1.....2.....3.....4.....5.....
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.1.....2.....3.....4.....5.....
27. Je ne tolère pas d'être indé-
cis(e) au sujet de mon avenir.1.....2.....3.....4.....5.....

.Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802