BF
20.5
UL
2005
D945
C:2

JEAN-BERNARD DUPUY

LES PROCESSUS COGNITIFS DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET LA COMORBIDITÉ AVEC LE TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE

Thèse présentée
à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval
dans le cadre du programme de doctorat en psychologie (orientation clinique)
pour l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.)

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

2005

© Jean-Bernard Dupuy, 2005

BIBLIOTHÈQUE ★ UNIVERSITÉ LAVAL ★

RÉSUMÉ

Cette étude propose d'évaluer comment se manifestent les processus cognitifs du trouble d'anxiété généralisée (TAG) lorsque le trouble de dépression majeure (TDM) est comorbide au TAG. Trente-deux participants ont été divisés en deux groupes. Le premier groupe comprend des individus ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM et le second est constitué de gens ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Les deux groupes sont comparés sur quatre variables cognitives: l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes. Les résultats montrent que les gens ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM sont plus intolérants à l'incertitude, maintiennent une attitude plus négative face aux problèmes et présentent plus d'évitement cognitif. La discussion soulève les implications de la comorbidité TAG et TDM au plan cognitif et thérapeutique.

RÉSUMÉ

Cette étude propose d'évaluer comment se manifestent les processus cognitifs du trouble d'anxiété généralisée (TAG) lorsque le trouble de dépression majeure (TDM) est comorbide au TAG. Bien que plus de gens sont atteints d'un TAG et d'un TDM comorbide que d'un TAG sans TDM, très peu de recherches ont été faites sur le sujet. L'objectif central de l'étude vise à améliorer la compréhension de cette comorbidité en examinant la dimension cognitive. Trente-deux participants ont été divisés en deux groupes suite à deux évaluations diagnostiques indépendantes effectuées au moyen d'une entrevue structurée. Le premier groupe ($N = 15$; 10 femmes et 5 hommes) comprend des individus ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM et le second groupe ($N = 17$; 12 femmes et 5 hommes) est constitué de gens ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Au moyen d'ANCOVAs, les groupes ont été comparés sur quatre variables cognitives centrales dans le développement et le maintien du TAG: l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes. Les résultats montrent que les gens ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM sont plus intolérants à l'incertitude, maintiennent une attitude plus négative face aux problèmes et présentent plus d'évitement cognitif que les individus ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Donc, la présence d'un TDM comorbide chez les gens atteints d'un TAG est associée à un niveau de sévérité plus élevé quant à trois processus cognitifs. L'étude indique la pertinence d'utiliser les variables cognitives à l'étude, afin de mieux comprendre la comorbidité TAG et TDM. Enfin, une analyse discriminante de type pas à pas a été effectuée afin de déterminer quels critères diagnostiques du TAG permettent le mieux de différencier les gens ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM, des individus ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Cette analyse a retenu trois critères (le niveau d'interférence, la perturbation du sommeil et la tension musculaire) qui facilitent le diagnostic différentiel entre les deux groupes.

ABSTRACT

The present study looks at how cognitive variables proven to be central to the development and maintenance of Generalized Anxiety Disorder (GAD), manifest themselves when GAD and Major Depressive Disorder (MDD) are comorbid. GAD is more often present simultaneously with MDD than alone but few studies have investigated the phenomenon of comorbid GAD and MDD. The principal goal of the present study is to bring a deeper understanding of this comorbidity by paying closer attention to its cognitive dimension. In the present research, 32 participants were divided into 2 groups, following two independent diagnostic evaluations with the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV. The first group ($N = 15$; 10 women and 5 men) is made up of individuals with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD; and the second group ($N = 17$; 12 women and 5 men) is made up of people with a principal diagnosis of GAD without MDD. ANCOVAs were used to compare groups on 4 cognitive variables: intolerant of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance and beliefs about worry. Results show that the group of individuals with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD were more intolerant of uncertainty, presented poorer problem orientation and displayed more cognitive avoidance than the group of people with a principal diagnosis of GAD without MDD. Thus, the presence of comorbid MDD in people living with GAD is associated to a higher level of severity for three cognitive processes. The study demonstrates the pertinence of using the cognitive variables under study to better understand comorbid GAD and MDD. Moreover, a stepwise discriminant analysis was made on GAD diagnostic criteria. This analysis retained three criteria (level of interference, sleeping problems and muscular tension), which facilitated the differential diagnosis between both groups.

AVANT-PROPOS

Je tiens tout d'abord à remercier Docteur Robert Ladouceur, mon superviseur de thèse, pour son aide précieuse tout au long de mon parcours doctoral. J'ai grandement apprécié votre expertise, vos conseils et le temps que vous m'avez accordé. Vous avez largement contribué à ma formation de chercheur et de clinicien.

Je désire également remercier les membres de mon comité de thèse, Docteur Jean-Marie Boisvert, Docteur Philippe Landreville et Docteure Josée Savard pour m'avoir guidé dans les dédales de la rédaction d'une thèse. Vos commentaires ont été très utiles.

Merci à Sophie Allaire pour son travail assidu et rigoureux en tant que clinicienne affectée à l'accord interjuge.

Sincère remerciement aux Instituts de Recherches en Santé du Canada (IRSC) et à la Fondation de l'Université Laval quant à l'aide financière apportée dans le cadre de mon doctorat.

Une pensée spéciale à mes collègues et amis du laboratoire avec qui j'ai partagé de très beaux moments. Votre humour et votre joie de vivre m'ont fait chaud au cœur.

Je voudrais également remercier ma famille et mon ami Michel pour leur support moral de tout instant.

Finalement, j'aimerais te remercier Lyne, ma complice de tous les jours, pour ce privilège que j'ai de vivre aux côtés d'une personne aussi inspirante que toi.

TABLE DES MATIÈRES

Page

RÉSUMÉ.....ii

ABSTRACT.....iv

AVANT-PROPOS.....v

TABLE DES MATIÈRES.....vi

LISTE DES TABLEAUX.....ix

CHAPITRE I INTRODUCTION GÉNÉRALE.....1

1.1 Données épidémiologiques du trouble d'anxiété généralisée.....2

1.2 Impact social du trouble d'anxiété généralisée.....3

1.3 Diagnostic du trouble d'anxiété généralisée.....4

1.4 Étiologie du trouble d'anxiété généralisée.....5

1.4.1 L'intolérance à l'incertitude.....8

1.4.2 L'attitude négative face aux problèmes.....9

1.4.3 L'évitement cognitif.....10

1.4.4 Les fausses croyances.....11

1.5 Comorbidité du trouble d'anxiété généralisée.....12

1.6 Trouble de dépression majeure.....14

1.7 Diagnostic différentiel du trouble d'anxiété généralisée et du trouble de dépression majeure.....15

1.8 Modèle du trouble d'anxiété généralisée appliqué au trouble de dépression majeure.....17

1.8.1 L'intolérance à l'incertitude.....17

1.8.2 L'attitude négative face aux problèmes.....18

1.8.3 L'évitement cognitif.....18

1.8.4 Les fausses croyances.....19

1.9 Comorbidité trouble d'anxiété généralisée et

trouble de dépression majeure.....19

1.10 Objectif et hypothèses.....22

1.11 Analyses subsidiaires.....23

CHAPITRE II COGNITIVE PROCESSES OF GENERALIZED ANXIETY

DISORDER IN COMORBID GENERALIZED ANXIETY

DISORDER AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER.....24

2.1 Résumé.....25

2.2 Page titre.....26

2.3 Abstract.....27

2.4 Introduction.....28

2.5 Method.....36

2.5.1 Participants.....36

2.5.2 Measures.....37

2.5.2.1 Diagnostic interview.....37

2.5.2.1.1 Anxiety Disorder Interview Schedule

for DSM-IV.....37

2.5.2.2 Cognitive process measures associated to

the four variables of the GAD model.....37

2.5.2.2.1 Intolerance of uncertainty.....37

2.5.2.2.2 Poor problem orientation.....37

2.5.2.2.3 Cognitive avoidance.....38

2.5.2.2.4 False beliefs about worry.....38

2.5.2.3 Symptom measure.....38

2.5.2.3.1 *GAD diagnostic criteria*.....38

2.5.3 Procedure.....39

2.6 Results.....40

2.6.1 Analyses of descriptive data.....40

2.6.2 Principal analyses.....40

2.6.3 Subsidiary analyses.....41

2.7 Discussion.....42

2.8 References.....50

CHAPITRE III CONCLUSION GÉNÉRALE.....65

RÉFÉRENCES.....72

ANNEXE A : MODÈLE DU TAG.....85

ANNEXE B : ADIS-IV.....87

ANNEXE C : QUESTIONNAIRE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE.....140

ANNEXE D : QUESTIONNAIRE D'ATTITUDE FACE AUX PROBLÈMES.....143

ANNEXE E : QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVITEMENT COGNITIF.....145

ANNEXE F : QUESTIONNAIRE POURQUOI S'INQUIÉTER ? – DEUXIÈME VERSION.....148

ANNEXE G : QUESTIONNAIRE SUR L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ – ABRÉGÉ.....151

ANNEXE H : ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE.....153

LISTE DES TABLEAUX

Page

TABLEAU 1

Comparaison du groupe TAG et du groupe TAG/TDM sur les variables sexe, éducation, occupation et statut civil : répartition (*n*) et tests de chi-carré (χ^2).....61

TABLEAU 2

Comparaison du groupe TAG et du groupe TAG/TDM sur les variables âge, nombre de diagnostics secondaires et sévérité du TAG : moyenne (*M*), écarts-types (*É-T*) et tests de différence de moyennes (*t*).....62

TABLEAU 3

Coefficients standardisés et corrélations des variables prédictrices avec la fonction discriminante.....63

TABLEAU 4

Comparaison du groupe TAG et du groupe TAG/TDM sur les variables contribuant significativement à la fonction discriminante: moyenne (*M*), écarts-types (*É-T*) et analyse de variance (*F*).....64

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La présente étude a pour but de déterminer de quelle façon se manifeste quatre processus cognitifs (l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes) issus d'un modèle théorique du trouble d'anxiété généralisée, lorsque le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de dépression majeure se présentent de façon concomitante.

Dans ce contexte, le trouble d'anxiété généralisée sera d'abord circonscrit en termes d'épidémiologie, d'impact social, de diagnostic et d'étiologie selon des modèles théoriques. Le trouble de dépression majeure sera ensuite définie en termes de diagnostic, de différences et de similitudes avec le trouble d'anxiété généralisée. Enfin, il sera question du phénomène de la comorbidité entre le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de dépression majeure. Les objectifs et hypothèses proposés dans le cadre de la présente étude seront aussi détaillés.

Données Épidémiologiques du Trouble d'Anxiété Généralisée

Parmi l'ensemble des troubles anxieux, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est l'un des plus fréquents (Barrett, Barrett, Oxman, & Gerber, 1988). Aux États-Unis, à partir des critères diagnostiques de la troisième édition révisée du «Diagnostic and Statistical Manuel» (DSM-III-R; APA, 1987), le National Comorbidity Survey (NCS) rapporte que 5.1% des gens âgés entre 15 et 45 ans vont développer un TAG au cours de leur vie et que 3.1% vont en être atteint au cours de l'année (Wittchen, Zao, Kessler, & Eaton, 1994). Au Canada, le dernier rapport sur la prévalence du TAG a été effectué à partir des critères du DSM-III. Ce rapport fait état d'une prévalence de 7.6% pour les 12 derniers mois (Newman & Bland, 1994). La plus récente étude de prévalence du TAG, laquelle utilise les critères du DSM-IV, révèle quant à elle un taux de 3.6% pour les 12 derniers mois, lorsqu'une procédure semblable à celle du NCS est utilisée pour évaluer la prévalence (Carter, Wittchen, Pfister, & Kessler, 2001).

Plusieurs études démontrent que le TAG apparaît généralement dans la vingtaine (Thyer, Parrish, Curtis, Nesse, & Cameron, 1985; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998) et perdure souvent pour une longue durée (Crits-Christoph, Connolly, Azarian, Crits-Christoph, & Shappell, 1996). Le trouble est généralement chronique et présente plusieurs épisodes pouvant s'étendre sur plus de dix ans (Angst & Vollrath, 1991; Mancuso, Townsend, & Mercante, 1993). Le ratio entre les hommes et les femmes atteints du TAG est d'environ 1:2. Cette répartition entre les sexes est toutefois moins marquée chez les adolescents et les jeunes adultes et plus importante chez les adultes âgés de 45 ans et plus (Wittchen et al., 1994).

Impact Social du TAG

Le TAG est à l'origine d'importantes difficultés économiques et sociales (Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000). Ce trouble est associé à une perte importante de la productivité au travail (Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999) et les personnes qui en sont atteintes s'absentent souvent en raison de symptômes anxieux (Massion, Warshaw, & Keller, 1993). De plus, les gens atteints de TAG consultent plus souvent les professionnels de la santé que le reste de la population en général (Maier et al., 2000). En fait, c'est le trouble anxieux le plus souvent observé par les professionnels de la santé offrant des soins de première ligne (Wittchen, 2002).

Il est toutefois important de noter que les gens atteints de TAG consultent principalement pour des troubles associés (par exemple la dépression et l'insomnie) (Bradwejn, Berner, & Shaw, 1992) et rarement pour le TAG lui-même (Barlow, 1988). Ce trouble est souvent perçu comme un trait de personnalité stable (Rapee, 1991) et ce n'est que plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes que la majorité des gens qui en sont atteints vont consulter (Olfson, Kessler, Berglund, & Lin, 1998), généralement lorsque les difficultés occasionnées nuisent trop au fonctionnement (Barlow, 1988). Malheureusement,

c'est après plusieurs évaluations médicales que le TAG est généralement diagnostiqué chez les gens qui en sont atteints (Lydiard, 2000).

Diagnostic du TAG

Les critères diagnostiques du TAG ont subi plusieurs modifications au fil des ans. Ce n'est que dans la troisième édition du DSM (APA, 1980) qu'apparaît pour la première fois le TAG comme une entité diagnostique distincte. Le TAG constitue alors une catégorie résiduelle dont le diagnostic nécessite l'élimination des autres troubles anxieux ainsi que des troubles de l'humeur. La conceptualisation hiérarchique du diagnostic du TAG dans le DSM-III offre une pauvre fiabilité diagnostique et rend impossible de déceler la présence d'un TAG comorbide avec un autre trouble (Brown, Barlow, & Liebowitz, 1994).

Dans l'édition révisée du DSM-III (APA, 1987), le TAG devient un diagnostic primaire. Dans cette édition, le diagnostic du TAG n'est plus soumis à un contrôle hiérarchique et peut donc être établi en présence d'un autre trouble chez un même individu, à condition qu'il ne survienne pas exclusivement en présence d'un autre trouble. Le DSM-III-R fait place à des critères plus spécifiques et la notion d'anxiété anticipatoire est remplacée par l'inquiétude chronique (Hunt & Singh, 1991). L'inquiétude devient ainsi une caractéristique discriminante qui permet au TAG d'être diagnostiqué plus facilement (Rapee, 1991).

En 1994, une quatrième édition du DSM (APA, 1994) amène de nouvelles modifications dans les critères diagnostiques et améliore la distinction entre le TAG et les autres troubles anxieux. Le critère principal du trouble, qui consistait en la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives ou irréalistes, réfère désormais à la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives. L'aspect irréaliste des inquiétudes n'est alors plus considéré, étant trop subjectif (Abel & Borkovec, 1995).

Dans ce contexte, l'inquiétude se définie comme une intrusion cognitive caractérisée par un enchaînement de pensées et d'images chargées d'émotions négatives difficiles à contrôler (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Étant principalement composée de mots, l'inquiétude se présente sous une forme d'activité cognitive sémantique (Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996). Il n'est donc pas surprenant d'observer chez les gens qui rencontrent les critères du TAG, un grand nombre d'explications verbales aux situations incertaines (Provencher, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 2000).

L'anxiété réfère, quant à elle, aux malaises physiques (par exemple la tension musculaire, la fatigue, l'insomnie) et psychologiques (par exemple l'irritabilité, la nervosité, les difficultés de concentration) associés à l'inquiétude (Ladouceur & Dugas, 1999). L'anxiété constitue donc une conséquence directe de l'inquiétude. Il a d'ailleurs été démontré qu'une diminution des inquiétudes est accompagnée d'une diminution de l'anxiété (Dugas & Ladouceur, 2000).

De plus, les 18 critères somatiques du DSM-III-R sont remplacés dans le DSM-IV par 6 critères somatiques plus spécifiques : difficultés de sommeil, tension musculaire, difficultés à se concentrer ou pertes de mémoire, sensation de fatigue, irritabilité et agitation ou sensation d'être à bout. Pour qu'un TAG soit diagnostiqué, il faut donc que l'anxiété et les inquiétudes soient difficiles à contrôler et accompagnées d'au moins trois des 6 symptômes somatiques, plus de la moitié du temps, depuis au moins 6 mois (APA, 1994).

Étiologie du TAG

Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer l'étiologie du TAG, ce qui a mené à l'élaboration de différents modèles principalement basés sur des aspects cognitifs. Dans le modèle proposé par Rappee en 1991, le TAG s'explique par une attention vigilante que l'individu porte à l'information véhiculée dans l'environnement, afin de repérer toutes

menaces possibles. Selon ce modèle, l'information perçue menaçante est encodée en schèmes cognitifs ne nécessitant qu'un stimulus de faible intensité pour être activés. Ainsi, même les situations incertaines peuvent être perçues menaçantes. De plus, un sentiment de manque de contrôle sur les événements perçus menaçants augmente l'anxiété chez les gens atteints de TAG. Dans ce contexte, l'inquiétude permet de réduire l'anxiété en agissant comme mode d'analyse du problème, tout en renforçant son maintien.

En 1994, un second modèle développé par Tallis et Eysenck tente d'expliquer la caractéristique centrale du TAG : l'inquiétude excessive (Tallis & Eysenck, 1994). Dans ce modèle, le niveau de menace d'une situation est en fonction d'une évaluation de ses ressources personnelles et du danger potentiel de la situation. Une situation évaluée menaçante enclenche l'inquiétude qui agit comme une alarme pour se préparer à une menace potentielle future. L'inquiétude produit un état de vigilance diffuse et augmente la sensibilité à l'information de type émotionnel. Dès lors, il s'en suit une activation qui centre l'attention de l'individu sur le contenu de ses inquiétudes. Ayant un contenu négatif, les inquiétudes contribuent à créer une humeur négative. Selon ce modèle, le processus d'évaluation de la situation et l'inquiétude sont maintenus lorsque le problème n'est pas confronté (par exemple l'évitement cognitif) ou lorsque des stratégies de résolution de problèmes inadéquates sont utilisées.

À la différence du modèle de Rapee (1991), le modèle de Tallis et Eysenk (1994) fait abstraction du processus d'hypervigilance qui précède l'inquiétude et se concentre davantage sur l'inquiétude elle-même. Néanmoins, le modèle de Tallis et Eysenk introduit la notion d'humeur négative influencée par les inquiétudes. De plus, deux aspects importants du TAG sont ajoutés, soit la notion d'évitement cognitif et les stratégies de résolution de problèmes. Nonobstant ces différences, les deux modèles semblent relativement complémentaires.

En 1995, Wells élabore aussi un modèle cognitif de l'étiologie du TAG. Dans ce modèle, l'évaluation d'une situation menaçante crée des croyances positives face à l'inquiétude. L'individu développe ainsi des croyances à l'effet que l'inquiétude est un moyen efficace de se protéger des situations dangereuses et de les gérer. Ces croyances favorisent l'inquiétude de type I, soit celle concernant les situations de la vie courante, qui augmente au point d'engendrer des croyances négatives à l'égard de l'inquiétude. Ces croyances négatives, concernant les peurs et les dangers de s'inquiéter, engendrent à leur tour des inquiétudes de type II (ou méta-inquiétudes) où l'individu s'inquiète des effets de l'inquiétude. Ce deuxième type d'inquiétudes suscite de l'anxiété chez la personne atteinte de TAG et contribue au maintien des inquiétudes excessives. De plus, le fait d'essayer de supprimer et d'éviter ces inquiétudes contribue à les maintenir.

Ce modèle récupère donc l'idée du modèle de Tallis et Eysenck (1994) où l'évaluation d'une situation menaçante est à la base de l'inquiétude chez les gens atteints de TAG. Cependant, à la différence des deux modèles précédents, le modèle de Wells rajoute l'idée que les croyances influencent l'inquiétude. La notion d'évitement cognitif, soulevée dans le modèle de Tallis et Enseck, est également reprise par Well qui développe davantage le concept.

En 1998, Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston présentent un modèle du TAG qui intègre les principales caractéristiques des trois modèles précédemment définis. Ce modèle cognitif fournit une explication du TAG et plus particulièrement de l'inquiétude excessive qui constitue le critère diagnostique principal du trouble. Plus complet que les précédents, ce modèle identifie quatre variables centrales dans le développement et le maintien de l'inquiétude excessive: 1) l'intolérance à l'incertitude, 2) l'attitude négative face aux

problèmes, 3) l'évitement cognitif et 4) les fausses croyances à propos des inquiétudes (voir annexe A).

Ce modèle élaboré à partir de résultats de recherches sur le TAG et chaque variable a fait l'objet d'études afin de confirmer sa pertinence dans le modèle. Les quatre variables constituent d'ailleurs les composantes d'un traitement du TAG élaboré à l'Université Laval, traitement qui a notamment démontré son efficacité à plusieurs reprises (réf. Dugas & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000; Provencher, Ladouceur, & Dugas, 2001). Présentement, le traitement du TAG selon le modèle de Dugas et ses collègues (1998) est appliqué à partir de techniques spécifiques ciblant les trois variables actives du modèle soit l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes. En traitant ces trois composantes intimement reliées à l'intolérance à l'incertitude, le participant deviendra plus tolérant à l'incertitude et moins inquiet.

L'Intolérance à l'Incertitude

Différentes études ont démontré l'importance de l'intolérance à l'incertitude chez les gens atteints d'un TAG (ex : Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Entre autres, une étude effectuée par Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas (1998) a démontré que l'intolérance à l'incertitude est plus élevée chez les gens atteints d'un TAG que chez les gens qui s'inquiètent modérément mais qui n'ont pas de TAG. L'intolérance à l'incertitude permet également de distinguer les gens atteints d'un TAG, des gens présentant un autre trouble d'anxiété (Ladouceur et al., 1999). Certaines études ont démontré que l'intolérance à l'incertitude prédit efficacement la tendance à s'inquiéter (Dugas, Ladouceur, & Freeston, 1995; Laugesen, Dugas, & Bukowski, 2003) et précède l'inquiétude (Dugas et al., 1997).

Dans le modèle de Dugas et ses collègues (1998) l'intolérance à l'incertitude est considérée comme la caractéristique centrale de la personne atteinte d'un TAG. Cette caractéristique influence la façon dont la personne capte et réagit à l'information qui lui est fournie en situation d'incertitude ou d'ambiguïté (Freeston et al., 1994). Ladouceur, Talbot et Dugas (1997) ont démontré que les gens intolérants à l'incertitude ont une tendance marquée à percevoir des ambiguïtés dans une situation. Provencher et ses collègues (2000) ont observé que les gens atteints de TAG perçoivent plus de situations potentiellement négatives que les autres. En fait, ces gens considèrent inacceptable qu'un événement indésirable se produise.

Par conséquent, l'individu intolérant à l'incertitude a tendance à intensifier les questions de type "et si" au point de les perpétuer en l'absence du stimulus instigateur (Dugas et al., 1998). Donc, celui-ci aura besoin d'un plus grand nombre d'indices avant de prendre une décision dans une situation qui présente de l'ambiguïté (Ladouceur et al., 1997). L'intolérance à l'incertitude est donc une variable déterminante dans le développement d'inquiétudes excessives. Elle rejoint l'idée de menace, face à une situation incertaine définie dans le modèle de Rappee (1991). Selon le modèle de Dugas et ses collègues (1998), lors d'une situation (réelle ou fictive) dont le dénouement est incertain, l'inquiétude est utilisée en tant que tentative de résolution de problèmes par l'individu intolérant à l'incertitude (Ladouceur et al., 1998).

L'Attitude Négative Face aux Problèmes

Il a été démontré que les gens atteints de TAG ont une moins bonne attitude face aux problèmes que les gens qui n'ont pas de TAG (Ladouceur et al., 1998). Paradoxalement, il fut démontré que les gens atteints de TAG possèdent les mêmes habiletés de résolution de problèmes que ceux qui n'ont pas d'inquiétudes excessives (Davey, 1994) ou de TAG (Blais, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1994). Les gens atteints d'un TAG savent donc comment

résoudre leurs problèmes, mais ils n'utilisent pas leurs habiletés de résolution de problèmes en raison d'une attitude négative face aux problèmes (Ladouceur et al., 1998). Cette explication est conforme à l'idée de Tallis et Eysenck (1994) en ce qui concerne l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes inefficace.

De plus, l'inquiétude est fortement liée à l'attitude négative face aux problèmes (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1995). Une relation causale fut d'ailleurs observée entre la confiance en la résolution de problèmes et la baisse du niveau d'inquiétudes (Davey, Jubb, & Cameron, 1996). En fait, l'attitude négative face aux problèmes prédit efficacement l'inquiétude (Dugas et al., 1997).

Dans ce contexte, l'attitude négative face aux problèmes constitue la deuxième variable du modèle de Dugas et ses collègues (1998). Elle consiste en une attitude négative à l'égard des problèmes (Dugas, Letarte, et al., 1995) et rejoint l'idée de Rappee (1991) en ce qui concerne le sentiment de manque de contrôle sur les événements perçus menaçants. Par exemple, lorsqu'une situation problématique se présente, les gens atteints d'un TAG ne se concentrent pas sur un processus de résolution de problèmes, ils évaluent plutôt la situation comme étant menaçante et dommageable, ce qui contribue au maintien de leurs inquiétudes (Dugas, Letarte, et al., 1995).

L'Évitement Cognitif

Plusieurs études ont démontré l'importance de l'évitement cognitif chez les gens atteints de TAG (Borkovec & Inz, 1990; Borkovec & Lyonfield, 1993), justifiant ainsi la pertinence de cette troisième variable dans le modèle. L'évitement cognitif est un processus qui permet d'éviter et de repousser de l'esprit les images anxiogènes qui font augmenter l'activation physiologique périphérique (Borkovec & Lyonfield, 1993). Cependant, cet évitement cognitif a pour effet de donner un élan aux images qui finissent par revenir avec

plus de force (Freeston et al., 1996). Un tel processus renforce la présence des inquiétudes qui servent d'évitement cognitif pour repousser les images anxiogènes (Borkovec & Lyonfield, 1993). La notion d'évitement cognitif du modèle de Tallis et Eysenk (1994) est donc récupérée dans le présent modèle.

Les Fausses Croyances

Une forte corrélation fut observée entre la présence de fausses croyances favorables à l'égard de l'inquiétude et la tendance à s'inquiéter (Freeston et al., 1994). La tendance à s'inquiéter est d'ailleurs plus élevée chez les gens qui entretiennent de fausses croyances à propos des répercussions positives de l'inquiétude (Davez, Tallis, & Capuzzo, 1996).

Les fausses croyances constituent donc la quatrième variable du modèle du TAG, composante qui rejoint l'idée des croyances à propos des inquiétudes telle que définie dans le modèle de Wells (1995). Plus spécifiquement, la littérature identifie cinq principales croyances véhiculées par les gens atteints d'un TAG : 1) l'inquiétude permet de résoudre plus facilement les problèmes, 2) l'inquiétude permet de prévenir les émotions désagréables liées aux situations négatives, 3) l'inquiétude prévient qu'un événement négatif se produise, 4) l'inquiétude motive et pousse à agir dans la vie, et 5) l'inquiétude fait partie de la personnalité (Borkovec & Roemer, 1995; Langlois et al., 1999). Ces fausses croyances, observées chez les gens atteints de TAG, renforcent la présence d'inquiétudes et en favorisent le maintien.

Dugas et ses collègues (1998) ont donc réussi à développer un modèle étiologique qui facilite la compréhension du TAG. Les variables du modèle constituent des processus cognitifs que des études empiriques ont clairement reliés au TAG et à l'inquiétude excessive. Il est donc possible d'envisager l'utilisation de ce modèle comme point d'ancrage dans des études sur le TAG en situation de comorbidité.

Comorbidité du TAG

La comorbidité réfère à la présence de toute autre entité clinique susceptible de survenir durant l'évolution clinique d'un patient (Bouchard, 2000). Selon Wittchen (1996), la comorbidité est davantage la règle que l'exception en ce qui concerne les troubles psychiatriques. Tel que mentionné précédemment, ce n'est que depuis l'apparition du DSM-III-R, il y a 14 ans, qu'il est possible de considérer la comorbidité entre le TAG et les autres troubles psychologiques. Plusieurs études ont établi qu'il est rare d'observer un TAG chez un individu sans qu'il n'y ait la présence d'un autre trouble comorbide (Wittchen et al., 1994). En fait, seulement 25% des gens atteints d'un TAG ne présenteraient aucun autre trouble psychologique (Maier et al., 2000).

La comorbidité est donc un portrait plus juste des gens atteints d'un TAG (Brown, Barlow, et al., 1994). En ce sens, le National Comorbidity Survey (1994) a établi que 40% des gens ayant un TAG seraient également atteints d'un trouble de dépression majeure (TDM), 27% seraient aussi agoraphobes, 25% auraient également une phobie spécifique et 23% seraient aussi atteints de phobie sociale (comorbidité établie à partir des trente derniers jours) (Wittchen et al., 1994).

Certains auteurs évoquent la possibilité que les résultats de prévalence, en ce qui a trait à la comorbidité du TAG, soient influencés par la similarité qui existe entre les symptômes du TAG et ceux d'autres troubles psychologiques (Maier et al., 2000; Roy-Byrne & Katon, 1997). En effet, plusieurs études font état de difficultés importantes dans le diagnostic différentiel du TAG, ce qui pourrait expliquer le haut niveau de prévalence de la comorbidité (Joormann & Stöber, 1999; Shapiro, Roberts, & Beck, 1999).

Toutefois, afin d'expliquer la prévalence élevée de comorbidité chez les gens atteints de TAG, certains chercheurs avancent l'hypothèse que ce trouble pourrait prédisposer au

développement d'autres troubles psychologiques (Brown, Barlow, et al., 1994; Roy-Byrne & Katon, 1997). En effet, un nombre important de chercheurs considèrent que le TAG devance l'apparition des troubles comorbides (réf. Brown & Barlow, 1992; Roy-Byrne & Katon, 1997). Cela semble être le cas en ce qui concerne le TDM. Il fut observé par Kessler et ses collègues (1996) qu'il existe un risque significativement plus élevé de développer un premier épisode de dépression majeure (DM) après l'apparition d'un TAG, le risque étant élevé pendant plusieurs années mais uniquement lorsque le TAG est actif (Kessler et al., 1996). Une récente étude effectuée par Bruce, Machan, Dyck et Keller (2001) semble d'ailleurs confirmer ces résultats. Le TAG devance un premier épisode de DM dans 63% des cas (Fava et al., 2000).

La comorbidité est un phénomène encore peu étudié et malgré son importance chez les gens atteints de TAG, plusieurs recherches et études de traitement ne la considèrent toujours pas ou se limitent à étudier la minorité de gens atteints de TAG sans comorbidité.

Parmi tous les troubles psychologiques, le TDM est le trouble comorbide le plus fréquemment rencontré chez les gens atteints de TAG (Noyes, 2001; Wittchen et al., 1994). Masi, Mucci, Favilla, Romano et Poli (1999) ont observé que 80% des gens atteints d'un TAG présentent des symptômes dépressifs. De plus, environs deux tiers des gens ayant un TAG rapportent avoir déjà souffert d'un TDM dans leur histoire de vie (Noyes, 2001; Roy-Byrne & Katon, 1997). Dans une récente étude effectuée à partir des critères diagnostiques du DSM-IV ($N = 4181$), il fut observé que 40% des gens atteints de TAG avaient également un TDM (comorbidité établie à partir des trente derniers jours) et que 59% en avait eu une dans la dernière année (Wittchen et al., 2000). La comorbidité TAG et TDM dépasse donc le nombre de gens atteints de TAG sans comorbidité.

La présence simultanée du TAG et du TDM est un phénomène à l'origine d'implications nosologiques et cliniques importantes (Wittchen, 1996). Par conséquent, il paraît essentiel d'évaluer et d'analyser ce que représente la présence simultanée d'un TDM chez une personne atteinte de TAG.

Trouble de Dépression Majeure

Selon la quatrième édition du DSM (APA, 1994), un minimum de cinq symptômes est nécessaire pour établir le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Plus spécifiquement, il doit y avoir présence d'humeur dépressive persistante ou d'une perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités usuelles depuis au moins deux semaines. Par ailleurs, il faut que ces symptômes représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur. De plus, au moins quatre des symptômes suivants doivent être présents: 1) diminution ou augmentation de l'appétit ou perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (modification du poids en un mois excédant 5%), 2) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours, 3) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours, 4) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours, 5) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours, 6) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours et 7) pensées de mort récurrentes (pas uniquement la peur de mourir) et/ou des idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan.

Selon le DSM-IV (APA, 1994), l'épisode de DM est considéré terminé lorsque les critères diagnostiques ne sont plus présents pendant au moins deux mois consécutifs. Il doit donc y avoir absence complète de symptômes ou présence de symptômes dépressifs qui ne répondent plus à l'ensemble des critères diagnostiques.

Diagnostic Différentiel du TAG et du TDM

Il existe entre le TAG et le TDM plusieurs symptômes communs. Par exemple, dans la dernière version du DSM (APA, 1994), quatre des critères diagnostiques du TAG servent aussi de critères diagnostiques pour le TDM : la fatigue, l'insomnie, l'agitation et les difficultés de concentration. La non-spécificité des symptômes entre le TAG et le TDM est un sujet controversé et l'aspect nosologique des deux troubles a été souvent remis en question (Witchen et al., 1994). Malgré un chevauchement important entre le TAG et le TDM, plusieurs chercheurs concluent en la présence de deux troubles distincts (réf. Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Kessler, Keller, & Wittchen, 2001; Reich, 1995; Sanderson, Beck, & Beck, 1990).

En ce qui a trait aux caractéristiques distinctives, Joormann et Söber (1999) ont constaté que la tension musculaire était le symptôme le plus spécifique au TAG lorsque comparé au TDM. De plus, ils ont rapporté que les difficultés de concentration, bien qu'étant également un symptôme du TAG, étaient plus spécifiques au TDM lorsque comparées au TAG. Cette étude a cependant été faite à partir d'un échantillon non-clinique et certaines erreurs méthodologiques semblent avoir influencé les résultats. Il serait donc pertinent que ces observations soient revérifiées dans des études ultérieures.

La présence de désespoir, bien qu'il ne s'agisse pas d'un des critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994), est également un symptôme fortement corrélé au TDM (Beck, Riskind, Brown, & Steer, 1988; Lovibond, 1995). Ce symptôme est d'ailleurs très lié aux idées suicidaires (Beck, Brown, Berchick, Stewart, & Steer, 1990). Beck et ses collègues (1988) ont observé des corrélations, quoique modérées, entre le désespoir et le TAG. Cependant, lorsque les mesures de dépression sont utilisées en covariance, les corrélations entre le désespoir et le TAG ne s'avèrent plus significatives (Beck et al., 1988).

La tendance à s'inquiéter est fortement corrélée avec le niveau d'inquiétude, caractéristique centrale du TAG (Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur, & Dugas, 2001). Dans une étude effectuée par Starcevic (1995), il fut observé que la tendance à s'inquiéter est autant présente chez les gens atteints d'un TDM que chez les gens atteints d'un TAG. Cette étude a été réalisée à l'aide du Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) qui mesure la tendance à s'inquiéter.

Dans le même sens, des chercheurs ont récemment rapporté que l'inquiétude est une intrusion cognitive aussi présente chez les gens atteints de TDM et qu'elle n'était pas spécifique au TAG (réf. Sergerstrom, Tsao, Alden, & Craske, 2000; Stöber, 2000). L'inquiétude semble toutefois avoir des manifestations spécifiques dans le TAG et dans le TDM.

Par exemple, Langlois, Freeston et Ladouceur (2000) ont analysé l'inquiétude chez des gens atteints de TAG (N = 228) en effectuant une analyse factorielle à partir des scores obtenus à l'aide du Questionnaire sur les Intrusions Cognitives (QIC; Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1992). Ils ont observé que l'inquiétude des gens atteints de TAG était caractérisée par des pensées intrusives et dérangeantes. Les émotions négatives qui y sont associées sont proportionnelles à la probabilité que la situation imaginée soit réelle. De plus, l'inquiétude serait associée à une perception de responsabilité et de blâme. Des stratégies d'échappement et d'évitement cognitif sont alors utilisées pour mieux gérer la présence d'inquiétudes (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1991).

En contrepartie, certaines études ont observé que l'humeur dépressive (critère diagnostique central de le TDM) joue un rôle sur les intrusions cognitives (Freeston et al., 1992). Plus spécifiquement, l'humeur dépressive semble liée à l'augmentation de la fréquence des intrusions cognitives (Clark & Hemsley, 1985). La présence d'humeur dépressive semble

aussi prolonger la présence d'intrusions cognitives indésirables (Rachman, 1981). Bien qu'aucune analyse qualitative n'ait encore été effectuée, Starcevic (1995) considère que l'inquiétude dans le TDM est davantage liée à un sentiment de perte, de culpabilité et de responsabilité exagérée. En ce sens, d'autres auteurs ont identifié que les intrusions cognitives dans le TDM sont liées à des sentiments de responsabilité, de culpabilité (Freeston, Ladouceur, Provencher, & Blais, 1995) et de manque de contrôle (Edwards & Dickerson, 1987). De plus, Freeston et ses collègues (1995) ont observé que l'humeur dépressive était associée à des stratégies peu efficaces pour gérer les intrusions cognitives.

En dépit des particularités de l'inquiétude dans le TAG et le TDM, l'importance que l'inquiétude semble avoir dans le TDM renforce la pertinence de vérifier comment se manifestent les variables cognitives du modèle du TAG et de l'inquiétude excessive élaboré par Dugas et ses collègues (1998), lorsque le TAG et le TDM sont comorbides.

Modèle du TAG Appliqué au TDM

L'Intolérance à l'Incertitude

Tel que pour les gens atteints d'un TAG, ceux atteints de dépression seraient intolérants à l'incertitude. Selon Andersen et Schwartz (1992), les gens atteints de dépression ont développé la certitude que les événements futurs seront négatifs (concept mieux connu sous le nom de « *depressive predictive certainty* ») en lien à une incapacité de tolérer l'inconfort créer par un état d'incertitude. Ils utilisent les événements négatifs passés comme base à leurs attentes. L'incertitude quant aux événements futurs est substituée par la certitude que les événements futurs seront négatifs. Ainsi, les gens atteints de dépression vivent avec la certitude que les événements négatifs anticipés vont se produire et que des événements positifs n'auront pas lieu (Garber, Miller, & Abramson, 1980). La recherche de certitude chez les gens atteints de dépression fut d'ailleurs observée dans plusieurs études sur les processus de la

perception sociale (réf. Weary & Edwards, 1994). L'intolérance à l'incertitude n'est donc pas une caractéristique spécifique au TAG. Les gens qui souffrent de dépression seraient si intolérants à l'incertitude qu'ils préfèrent vivre avec la certitude que les événements futurs seront négatifs que supporter la présence d'incertitude dans leur vie, d'où découle l'humeur négative qui caractérise la dépression (Andersen & Schwartz, 1992).

L'Attitude Négative Face aux Problèmes

L'attitude négative face aux problèmes est également un phénomène très présent chez les gens atteints de dépression (Nezu & Perri, 1989). Cette variable est fortement corrélée au désespoir (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccini, 1998), une caractéristique centrale de la dépression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) (aussi conceptualisée sous le nom de « *depressive predictive certainty* ») qui fait en sorte que les gens atteints de ce trouble ont la certitude que les événements futurs seront négatifs (Andersen & Schwartz, 1992). Selon, Beck et ses collègues (1979), les gens atteints de dépression prévoient avec certitude qu'ils vont échouer lorsqu'ils sont confrontés à un problème. Ils ont donc une attitude négative très sévère face aux problèmes.

L'Évitement Cognitif

L'évitement cognitif est aussi fortement utilisé chez les gens atteints de dépression (Spurrell & McFarlane, 1995). Ceux-ci mettent beaucoup d'effort pour éliminer les pensées indésirables (Wenzlaff, 1993). La présence de nombreuses pensées négatives dans la dépression fait en sorte qu'il est particulièrement difficile pour les gens atteints de ce trouble de détourner leur attention d'une pensée négative vers une pensée positive. Les pensées indésirables ont tendance à revenir rapidement et chaque intrusion est normalement suivie d'une tentative d'éliminer la pensée (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Ainsi, les

gens atteints de dépression tentent à plusieurs reprises d'inhiber leurs pensées indésirables et rapportent des niveaux élevés de suppression de pensées (Wenzlaff & Bates, 1998).

La faible fréquence de cognitions positives dans la dépression semble rendre le processus d'évitement cognitif plus difficile chez les gens atteints de dépression que chez les individus ayant un trouble d'anxiété (Burgess & Haaga, 1994; Jolly & Wiesner, 1996). Généralement, la présence d'humeur dépressive augmente la difficulté d'éliminer les pensées à l'origine de détresse (Edwards & Dickerson, 1987; Sutherland, Newman, & Rachman, 1982). Ce phénomène a d'ailleurs été observé chez les gens atteints de troubles d'anxiété et dépressifs comorbides (Rachman, 1981). Selon Spurrell et Macfarlane (1995), le niveau d'évitement cognitif est proportionnel au niveau de détresse et à la sévérité d'un trouble. Ils ont d'ailleurs observé une corrélation positive entre l'évitement cognitif et la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux. Certains auteurs (tel Stöber, 2000) avancent qu'il est aussi probable que les inquiétudes dans le TDM agissent en tant que processus d'évitement des intrusions cognitives liées à des situations perçues menaçantes. Cependant, aucune étude n'a encore confirmé cette hypothèse chez les gens dépressifs.

Les Fausses Croyances

En ce qui concerne les fausses croyances face aux inquiétudes dans le TDM, aucune étude n'est actuellement rapportée dans la littérature. Néanmoins, il serait envisageable que le désespoir, présent dans le TDM, élimine les croyances favorables à l'égard de l'inquiétude puisqu'il sous-entend une perception négative de soi, du monde et du futur.

Comorbidité TAG et TDM

Les gens atteints de troubles comorbides sont généralement plus sévèrement malades, manifestent plus de symptômes et font plus de tentatives de suicide que ceux qui ne présentent qu'un seul trouble (Angst, 1993). Souêtre et ses collègues (1994) ont évalué l'impact de la

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITÉ LAVAL

comorbidité entre le TAG et d'autres troubles sur la sévérité des symptômes. Ils ont comparé un groupe d'individus atteints d'un TAG sans comorbidité ($N = 395$) à un groupe de gens atteints d'un TAG et de problèmes de dépendance comorbides ou de symptômes dépressifs comorbides ($N = 604$). Une différence significative fut observée entre les deux groupes sur plusieurs variables. Entre autres, les gens comorbides ont démontré des symptômes d'anxiété et de dépression plus sévères que les gens ne présentant aucune comorbidité. Bien que la présence simultanée d'un TAG et de symptômes dépressifs semble aggraver la sévérité des symptômes du TAG, l'hétérogénéité de l'échantillon utilisé au niveau de la comorbidité remet en question la validité des résultats obtenus.

Par ailleurs, la littérature rapporte un nombre restreint d'études portant spécifiquement sur la comorbidité TAG et TDM. Une de ces études, effectuée par Kessler et ses collègues (1999), a évalué l'impact d'une comorbidité TAG et TDM sur le niveau de fonctionnement des individus à partir des données du «National Comorbidity Survey» et du «Midlife Development in the U.S. Survey» . Il a ainsi été démontré que les gens présentant cette comorbidité avaient un niveau de perturbation du fonctionnement plus élevé que les gens seulement atteints d'un TAG ou d'un TDM. Des résultats similaires furent observés dans une étude de Wittchen et ses collègues (2000), où les gens atteints d'un TAG et d'un épisode de DM ont rapporté une productivité au travail et un nombre d'activités quotidiennes moins élevé que les gens uniquement atteints d'un TAG. Une étude effectuée auprès d'enfants et adolescents a également rapporté une symptomatologie plus sévère chez les participants atteints d'un TAG et d'un TDM que chez les participants ayant un TAG sans TDM (Masi, Favilla, Mucci, & Millepiedi, 2000).

Bien que le TAG soit à lui seul responsable d'importantes perturbations du fonctionnement et d'invalidité (Ormel et al., 1994; Schonfeld et al., 1997), les résultats de ces

études supportent l'idée que la présence simultanée d'un TAG et d'un TDM est davantage nuisible au fonctionnement d'un individu qu'un TAG seul. Les gens atteints de cette comorbidité consultent plus souvent des professionnels de la santé que les individus ayant un TAG sans TDM (Wittchen et al., 1994) mais la comorbidité réduit significativement la probabilité de traiter avec succès le TAG (Wittchen et al., 2000).

La majorité des études sur la comorbidité TAG et TDM visent donc les symptômes et le fonctionnement social mais il apparaît essentiel d'analyser ce phénomène sous un autre angle et porter une attention particulière aux processus cognitifs du TAG lorsque le TAG et le TDM sont comorbides. De telles recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre ce phénomène et de développer de nouveaux traitements cognitifs mieux adaptés à la comorbidité TAG et TDM.

À ce jour, une seule étude s'est penchée sur le fonctionnement cognitif des gens atteints de cette comorbidité. Celle-ci révèle certains biais cognitifs chez les gens atteints de TAG et de TDM. Plus spécifiquement, Bradley, Mogg, Millar et White (1995) ont observé que les gens atteints de TAG montraient plus d'interférences aux mots négatifs que le faisaient les gens atteints de TAG et de TDM. Ils expliquent ces résultats chez les gens atteints de TAG par une hypervigilance dirigée vers toutes situations potentiellement menaçantes dans l'environnement. Selon eux, la dépression inhibe un tel comportement chez les gens comorbides et il existe ainsi vraisemblablement des biais cognitifs entre les deux groupes.

La littérature rapporte donc peu d'information sur la dimension cognitive de la comorbidité TAG et TDM, et ce malgré que la majorité des variables cognitives du modèle du TAG de Dugas et ses collègues (1998) jouent un rôle important dans le TDM.

Objectif et Hypothèses

L'objectif de la présente étude vise à déterminer de quelle façon se manifestent les processus cognitifs du TAG, lorsque le TAG et le TDM sont comorbides. Des gens ayant un diagnostic principal de TAG et TDM (groupe TAG/TDM) seront comparés à des individus ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM (groupe TAG), sur les quatre variables cognitives du modèle du TAG de Dugas et ses collègues (1998). Compte tenu de l'étendue des connaissances actuelles répertoriées dans la littérature, c'est uniquement sur la base des recherches sur le TAG et des recherches sur le TDM qu'il est possible de formuler des hypothèses quant aux particularités des manifestations qui pourront être observées en situation de comorbidité TAG et TDM.

En ce qui concerne l'intolérance à l'incertitude, l'hypothèse se formule ainsi : les gens du groupe TAG/TDM sont significativement plus intolérants à l'incertitude que les individus du groupe TAG. Chez les gens atteints de dépression, la certitude que les événements futurs seront négatifs « *depressive predictive certainty* », semble être le signe d'une extrême intolérance à l'incertitude.

Deuxièmement, en ce qui a trait à l'attitude négative face aux problèmes, l'hypothèse se formule ainsi : les gens du groupe TAG/TDM ont une attitude significativement plus négative face aux problèmes que les individus du groupe TAG. Cette hypothèse repose sur la présence du désespoir dans la dépression. Celui-ci est lié à une attitude profondément négative face aux problèmes.

Troisièmement, en ce qui concerne l'évitement cognitif, l'hypothèse se formule ainsi : les gens du groupe TAG/TDM présentent significativement plus d'évitement cognitif que les individus du groupe TAG. D'une part, il existe une corrélation positive entre la sévérité des

symptômes et l'évitement cognitif. D'autre part, la présence de dépression chez un individu augmente la difficulté d'éliminer les pensées à l'origine de détresse.

Finalement, en ce qui a trait aux fausses croyances quant à l'inquiétude, l'hypothèse se formule ainsi : les gens du groupe TAG ont significativement plus de fausses croyances quant à l'inquiétude que les individus du groupe TAG/TDM. La présence d'une certitude que les événements futurs seront négatifs chez les gens atteints de dépression rend improbable qu'ils perçoivent l'inquiétude comme une façon de résoudre des problèmes plus facilement, une façon de prévenir un événement négatif ou un outil de motivation.

Analyses Subsidiaires

Outre les variables du modèle à l'étude, il semble pertinent d'évaluer, à titre exploratoire, quels symptômes du TAG permettent le mieux de discriminer les gens du groupe TAG des individus du groupe TAG/TDM.

L'ensemble de l'étude est présenté sous forme d'article dans le chapitre II. Il est à noter que tous les instruments et questionnaires utilisés dans la présente étude se retrouvent en annexe.

CHAPITRE II

COGNITIVE PROCESSES OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN COMORBID GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Résumé

Cette étude propose d'évaluer comment se manifestent les processus cognitifs du trouble d'anxiété généralisée (TAG) lorsque le trouble de dépression majeure (TDM) est comorbide au TAG. Trente-deux participants ont été divisés en deux groupes. Le premier groupe comprend des individus ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM et le second est constitué de gens ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Les deux groupes sont comparés sur quatre variables cognitives : l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes. Les résultats montrent que les gens ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM sont plus intolérants à l'incertitude, maintiennent une attitude plus négative face aux problèmes et présentent plus d'évitement cognitif. La discussion soulève les implications de la comorbidité TAG et TDM au plan cognitif et thérapeutique.

Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder

Jean-Bernard Dupuy & Robert Ladouceur

School of Psychology, Laval University

Quebec, Canada

A doctoral research award of the Canadian Institutes of Health Research supports this study. The authors would like to thank Sophie Allaire for acting as an inter-rater clinician.

Corresponding author: Jean-Bernard Dupuy, School of Psychology, Laval University, Ste-Foy, Quebec, G1K 7P4

Abstract

The present study looks at how cognitive variables, proven to be central to the development and maintenance of Generalized Anxiety Disorder (GAD), manifest themselves when GAD and Major Depressive Disorder (MDD) are comorbid. GAD is more often present simultaneously with MDD than alone, but few studies have investigated the phenomenon. In the present research, 32 participants were divided into 2 groups, a group of individuals with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD and a group of people with a principal diagnosis of GAD without MDD, following 2 independent examinations with the Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV. Groups were compared on 4 cognitive variables: intolerance of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance and beliefs about worry. Results showed that the group of individuals with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD were more intolerant of uncertainty, presented poorer problem orientation and displayed more cognitive avoidance. The findings are discussed in terms of the implications of comorbid GAD and MDD on a cognitive and therapeutic level. Moreover, subsidiary analyses were performed in order to facilitate the differential diagnosis between both groups.

Cognitive Processes of Generalized Anxiety Disorder in Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Disorder

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the most frequent (Barrett, Barrett, Oxman, & Gerber, 1988) and pervasive anxiety disorders. It has a lifetime prevalence of 5.1% and a 12-month prevalence of 3.1% (Wittchen, Zao, Kessler, & Eaton, 1994). Its negative impact in people's lives is considerable in terms of social functioning and work efficiency (Wittchen, 2002; Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, & Kessler, 2000).

Since the publication of the DSM-III-R (APA, 1987), comorbidity can now be considered between GAD and other psychological disorders. Comorbidity refers to the presence of any other additional clinical disorder susceptible to occur during the clinical evolution of a patient (Bouchard, 2000). As psychiatric disorders are concerned, Wittchen (1996) reports that comorbidity is rather the rule than the exception. Many studies have shown that GAD is rarely present in an individual without another comorbid disorder (Wittchen et al., 1994). In fact, only 25 (Maier et al., 2000) to 33.7 % (Wittchen et al., 1994) of people suffering from GAD do not report any other psychological disorder(s).

Of all psychological disorders, Major Depressive Disorder (MDD) is the most prevalent comorbid disorder found in individuals with GAD (Noyes, 2001; Wittchen et al., 1994). In a recent study of prevalence based on the DSM-IV diagnostic criteria, 40% of the people with GAD received a diagnosis of MDD (rate established within the last 30 days) and 59% of the people with GAD suffered from MDD in the past year (Wittchen et al., 2000). In addition, other studies have shown that two thirds of those who suffer from GAD report a history of MDD in their lifetime (Noyes, 2001; Roy-Byrne & Katon, 1997). There exists a significantly increased risk for a first episode of Major Depression (MD) for many years after

the onset of GAD, as long as GAD is not remitted (Kessler et al., 1996). In fact, GAD was found to precede the first onset of MD in 63% of cases in which both disorders were comorbid (Fava et al., 2000). However, many studies (i.e. Brown, Chorpita, & Barlow, 1998; Kessler, Keller, & Wittchen, 2001; Reich, 1995; Sanderson, Beck, & Beck, 1990) support the notion that GAD is an independent disorder, as opposed to the idea that it is only a prodrome of MDD.

Whereas it is known that individuals with comorbid disorders are usually more severely ill, display more symptoms and make more suicidal attempts than people presenting one disorder (Angst, 1993), only a few studies have specifically studied the comorbidity between GAD and MDD. Among them, the study of Kessler, DuPont, Berglund and Wittchen (1999) used data from the National Comorbidity Survey and the Midlife Development in the U.S. Survey to examine the impact of a GAD and MDD comorbidity on the functioning level of individuals. They observed that people presenting this type of comorbidity are more impaired than individuals with only GAD. These results concord with those reported by Wittchen et al. (2000), who observed that people with GAD and comorbid MDD are less productive at work and less active than individuals with only GAD. Furthermore, Masi, Favilla, Mucci and Millepiedi (2000), compared these two populations and observed that the participants with comorbidity displayed more severe symptoms than the individuals with only GAD.

Thus, these studies suggest that the simultaneous presence of GAD and MDD is more impairing than the sole presence of GAD and that the number of individuals with this specific comorbidity clearly exceeds the number of people with only GAD. Nevertheless, the phenomenon of comorbid GAD and MDD still remains understudied and a large number of researches on GAD do not consider it. So far, the few studies on comorbid GAD and MDD

have mostly focused on prevalence, symptoms and social functioning. It is essential to adopt another angle of investigation and look at GAD cognitive processes in comorbid GAD and MDD. Such research is necessary for the elaboration of appropriate prevention plans (such as preventing the apparition of MDD in people suffering from GAD), and developing new cognitive treatments, which will be better adapted to this specific comorbidity.

Therefore, in order to have a better understanding of this phenomenon, the objective of the present study is to determine how four cognitive variables (intolerance of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance and beliefs about worry), from a theoretical model of GAD (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998), manifest themselves when GAD and MDD are comorbid.

In the past decade, many authors have tried to describe cognitive processes implied in GAD by elaborating conceptual models (e.i. Rappee, 1991; Tallis & Eysenck, 1994; Wells, 1995). More recently, Dugas et al. (1998) have also developed a model, by successfully integrating the main characteristics of the other previously published models. Their theoretical model of GAD follows a cognitive-behavioural approach and identifies four cognitive processes, which are central to the development and maintenance of excessive worry (GAD main diagnostic criteria): intolerance of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance and beliefs about worry. These four variables also constitute the basis of a GAD treatment that has been proven effective in many different studies (e.g. Dugas & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000).

Intolerance of uncertainty is one of the main elements of this model and the importance of its role in GAD is well known (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997; Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur, 1994). Intolerance of uncertainty influences how a person perceives and reacts to information in uncertain or ambiguous situations (Freeston et al.,

1994). Ladouceur, Talbot and Dugas (1997) have observed in people who are intolerant of uncertainty, a marked tendency to perceive ambiguities in situations. Individuals with GAD perceive more potentially negative situations than people without GAD (Provencher, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 2000). In fact, people who are intolerant of uncertainty, consider unacceptable the possibility that a negative future event could occur. Therefore, they have a tendency to intensify "what if" questions and to perpetuate these types of questions even in the absence of the initial stimulus (Dugas et al., 1998). Furthermore, they need a great number of certainty cues before making a decision in ambiguous situations, which provoke uncertainty (Ladouceur et al., 1997).

Intolerance of uncertainty is thus a determinant variable in the development of excessive worries. In situations where the development is uncertain, worry is used as a problem-solving method in individuals who are intolerant of uncertainty (Ladouceur, Blais, Freeston, & Dugas, 1998). It was observed that intolerance of uncertainty is predictive of the tendency to worry (Dugas, Ladouceur, & Freeston, 1995; Laugesen, Dugas, & Bukowsi, 2003) and precedes worry (Dugas et al., 1997). It also distinguishes people meeting GAD criteria from individuals presenting other anxiety disorders (Ladouceur et al., 1999).

As for people with GAD, those suffering from depression seem to be intolerant of uncertainty and depressive predictive certainty might well be the best evidence of it. Depressed individuals perceive dreaded future events as certain to occur and desired future events as certain not to occur (Garber, Miller, & Abramson, 1980). They have negative expectations about the future that they hold with certainty (Andersen, 1990). Andersen and Schwartz (1992) explain that certainty in depressives is developed from their difficulty to live with uncertainty. They cannot tolerate the discomfort uncertainty creates and therefore are highly motivated to exit this state of uncertainty. Thus, they use past negative events as a basis

for their future-event predictions. Thus, people's uncertainty about what is likely to happen has evolved into certainty about negative future events, which has generated depressive affects. The search for certainty in people with depression is supported by research on social-perception processes among depressives (Weary & Edwards, 1994). Thus, intolerance of uncertainty does not seem to be a specific feature of GAD. It would seem that people suffering from depression display such high intolerance of uncertainty, that they prefer living with the certainty that negative events will occur rather than dealing with the presence of uncertainty.

Poor problem orientation is another key variable of Dugas's model (Dugas et al., 1998). It consists of a negative attitude towards problems (Dugas, Letarte, Rhéaume, Freeston, & Ladouceur, 1995). When a problematic situation occurs, people with GAD do not focus on a problem solving strategy. Instead, they evaluate the situation as threatening and dangerous, which contributes to the maintenance of their worries (Dugas, Letarte, et al., 1995). Paradoxically, although individuals with GAD have a poorer problem orientation than people who do not have GAD (Ladouceur et al., 1998), they possess the same general problem solving skills (Blais, Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1994). Thus, people with GAD know how to resolve their problems but they do not use their skills because of poor problem orientation (Ladouceur et al., 1998). Worry is also strongly related to poor problem orientation (Dugas, Letarte, et al., 1995). A causal relationship was even observed between confidence in problem solving and a decrease in worry levels (Davey, Jubb, & Cameron, 1996).

Poor problem orientation is also an important feature of people with MDD. This variable is strongly correlated to hopelessness (D'Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccini, 1998), a core characteristic of depression (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Hopelessness can also be conceptualized as depressive predictive certainty (Andersen & Schwartz, 1992), a

phenomenon described earlier. When considering future tasks, depressed people fully expect to fail (Beck et al., 1979). Thus, poor problem orientation is very severe in depression.

Cognitive avoidance is the third important feature of Dugas's GAD model (Dugas et al., 1998). It is a cognitive process that allows one to avoid and brush away fearful mental images that raise peripheral physiological activation (Borkovec & Lyonfield, 1993). Whereas this process seems to be helpful at first, it gives a run up to fearful mental images, which come back even stronger (Freeston, Dugas, & Ladouceur, 1996). Such a process reinforces worry, which also serves as a cognitive avoidance process to push back anxious images (Borkovec & Lyonfield, 1993). Many studies have proven the importance of cognitive avoidance in people with GAD (Borkovec & Inz, 1990; Borkovec & Lyonfield, 1993).

However, cognitive avoidance is also a much used cognitive process in depression (Spurrell & McFarlane, 1995). Individuals suffering from depression put a lot of effort to eliminate undesirable thoughts (Wenzlaff, 1993). The presence of numerous negative thoughts in depression makes it particularly difficult for people who suffer from this disorder to turn their attention away from a negative thought, towards a positive one. Undesirable thoughts have a tendency to come back rapidly and every new intrusion is normally followed by an attempt to eliminate the thought (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Thus, people with depression often repeat their attempts to inhibit undesirable thoughts. In fact, they report high levels of thought suppression (Wenzlaff & Bates, 1998).

Compared to anxiety disorders, the process of cognitive avoidance might be harder in depression since this disorder is characterized by a low frequency of positive cognitions (Burgess & Haaga, 1994; Jolly & Wiesner, 1996). Generally, the presence of a depressive mood increases one's difficulty to eliminate distress-provoking thoughts (Edwards & Dickerson, 1987; Sutherland, Newman, & Rachman, 1982). In fact, this phenomenon was

observed in people suffering from comorbid anxiety and depressive disorders (Rachman, 1981). Spurrell and McFarlane (1995) believe that cognitive avoidance shows the severity and distress of a disorder. They have observed a positive correlation between cognitive avoidance and the severity of depressive and anxious symptoms.

False beliefs about worry constitute the last main variable of Dugas's model (Dugas et al., 1998). Based on the literature, people with GAD hold five different types of belief about worry: 1) worrying allows them to solve problems more easily, 2) worrying allows them to prevent unpleasant emotions linked to negative situations, 3) worrying prevents negative events to occur, 4) worrying motivates people and pushes them to act in life, and 5) worry is a part of personality (Borkovec & Roemer, 1995; Langlois et al., 1999). These false beliefs about worry in individuals with GAD reinforce the presence of worry and favour its maintenance. A strong correlation was reported between the presence of false positive beliefs about worry and the tendency to worry (Freeston et al., 1994). Although the tendency to worry is as elevated in depression as in GAD (Stracevic, 1995), the literature does not report any study on the role of false beliefs about worry in depression. The negative perception individuals with depression hold of the self, the world and the future, may well inhibit all favourable beliefs about worry.

Although the cognitive processes of Dugas's model (Dugas et al., 1998) implied in GAD are important features in MDD, little is known about comorbid GAD and MDD. The literature about comorbid GAD and MDD mostly reports information on symptoms severity and impairment in different life domains. In order to have a better understanding of the phenomenon, the principal objective of the present study is to determine how GAD cognitive variables manifest themselves when GAD and MDD are comorbid. We will thus compare people with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD (GAD/MDD group) to

individuals with a principal diagnosis of GAD without MDD (GAD group), on the four cognitive variables of Dugas's empirically supported model of GAD (Dugas et al., 1998). Our hypotheses are based on how these variables manifest themselves in GAD and in MDD respectively.

Concerning intolerance of uncertainty, we hypothesise that people from the GAD/MDD group are significantly more intolerant of uncertainty than people from the GAD group. Depressive predictive certainty in depressed people seems to be the sign of a most profound intolerance of uncertainty. Secondly, regarding poorer problem orientation, we hypothesise that people from the GAD/MDD group have a significantly poorer problem orientation than individuals from the GAD group. This hypothesis is based on the role of hopelessness in depression, which can lead to very poor problem orientation. Thirdly, as far as cognitive avoidance is concerned, the hypothesis is that people from the GAD/MDD group display significantly more cognitive avoidance than individuals from the GAD group. Symptom severity, which is more elevated in comorbid GAD and MDD, is positively correlated to cognitive avoidance. Furthermore, the presence of depression might increase the difficulty to eliminate distress-provoking thoughts. Finally, concerning false beliefs about worry, the hypothesis is that people from the GAD group have significantly more false beliefs about worry than people from the GAD/MDD group. Depression is characterized by depressive predictive certainty and thus it is improbable that people with MDD perceive worry as a way to solve problems more easily, a way to prevent a negative event from happening or as a motivating tool.

A subsidiary objective of the present study is to facilitate the differential diagnosis of GAD and comorbid GAD and MDD by exploring which GAD diagnostic criteria better differentiate the GAD group from the comorbid GAD /MDD group.

Method

Participants

Thirty-two participants meeting the criteria were included in the study to form two groups. Recruitment was carried out through different means. Posters were placed around the university campus and in different health clinics. An advertisement was published in a local newspaper and patients consulting for GAD or MDD in a hospital affiliated with the university, were offered the possibility of participating in the study. Only those with a principal diagnosis of GAD or with comorbid GAD and MDD, with less than 3 points difference between the score of GAD and the score of MDD on the severity scale of the ADIS-IV (see Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994) were considered. Participants were excluded if they had: a) a comorbid disorder (i.e. anxiety disorder, somatoform disorder, psychoactive substance use disorder, sleep disorder) with a score less than 2 points lower than the score of GAD or the score of MDD on the severity scale of the ADIS-IV, b) a comorbid disorder with a score equal or higher than 6 on the severity scale of the ADIS-IV (a severe comorbid disorder), c) a mood disorder other than MDD, d) a psychotic disorder.

Group of Participants with a Principal Diagnosis of GAD (GAD group)

This group consisted of 17 participants from 19 to 55 years old. Secondary diagnoses in the GAD group were the following: Social Phobia ($n = 7$), Specific Phobia ($n = 4$), Agoraphobia ($n = 2$), Obsessive-Compulsive Disorder ($n = 2$) and Panic Disorder without Agoraphobia ($n = 2$).

Group of Participants with a Principal Diagnosis of Comorbid GAD and MDD (GAD/MDD group)

This group was made up of 15 individuals from 20 to 62 years old. Secondary diagnoses in the GAD/MDD group were the following: Social Phobia ($n = 11$), Specific

Phobia (n = 3), medical condition (n = 2) and Panic Disorder without Agoraphobia (n = 1). All participants from this group developed GAD before MDD.

Measures

Diagnostic Interview

Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV (*ADIS-IV*; Brown et al., 1994). The ADIS-IV is a clinical diagnostic interview used to determine the presence/absence of anxiety disorders, affective disorders, somatoform disorders, psychoactive substance use disorders, psychotic disorders, sleep disorders and medical conditions. This clinical interview, is based on the DSM-IV's (APA, 1994) diagnostic criteria (cognitive and somatic), is approximately 90 minutes long. The severity of each disorder is assessed on an eight-point scale. This interview has shown reliability in diagnosing GAD. It facilitates the differential diagnosis of Axis I disorders and allows for good agreement between inter-raters (Dugas & Ladouceur, 2000).

Cognitive Process Measures Associated to the Four Variables of the GAD Model

Intolerance of uncertainty. The Intolerance of Uncertainty questionnaire (IU; Freeston et al., 1994) measures one's intolerance of uncertainty in everyday situations. It is a 27 items self-administrated measure rated by participants on a 5-point Likert-type scale, from 1 (not corresponding at all) to 5 (totally corresponding). The factorial structure of this questionnaire consists of 5 factors: frustration about uncertainty, refusal of uncertainty, uncertainty gives a negative self-image, uncertainty gives stress, uncertainty impedes action. The internal consistency (α = .91) and discriminant validity of this instrument are excellent. The test-retest reliability is good (r = .78) (Dugas et al., 1997).

Poor problem orientation. The Negative Problem Orientation questionnaire (NPO; Gosselin, Pelletier, & Ladouceur, 2000) measures one's negative attitude toward problems. It

is a unifactorial self-administrated measure with 12 items rated by participants on a 5-point Likert-type scale, from 1 (not corresponding at all) to 5 (extremely corresponding). The internal consistency of this instrument is excellent (α = .94). The authors of this questionnaire are presently doing the analyses of the other psychometric properties.

Cognitive avoidance. The Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ; Gosselin et al., 2002) assesses which strategies are used to avoid intrusive disturbing thoughts and is rated by participants on a 5-point Likert-type scale, from 1 (not corresponding at all) to 5 (totally corresponding). It is a 25 items self-administrated measure evaluating 5 different cognitive avoidance strategies: distraction; avoidance of stimuli triggering unpleasant thoughts; thoughts suppression; transformation of images in verbal thoughts; and thoughts substitution. The internal consistency of this instrument is excellent (α = .95) and its criteria validity is good (Langlois et al., 1996).

False beliefs about worry. The Why Worry? – Second version questionnaire (WW-II; Gosselin et al., 2001) evaluates five types of beliefs that people with GAD have about worry. It is a 25 items self-administrated measure rated by participants on a 5-point Likert-type scale, from 1 (not true at all) to 5 (totally true). The factorial structure of this questionnaire consists of 5 factors: magic thinking; worry helps solve problems; worry motivates; worry prevents emotional consequences; and worry is a part of my personality. The internal consistency of this instrument is excellent (α = .93) as well as the validity (Gosselin et al., 2001; Langlois et al., 1999)

Symptom Measure

GAD diagnostic criteria. The Worry and Anxiety Questionnaire – Abbreviated version (WAQ; Dugas, Freeston, Lachance, Provencher, & Ladouceur, 1995) was developed to verify

the presence and the severity of the GAD symptoms, as they appear in the DSM-IV (APA, 1994). It is an 11 items self-report measure rated by participants on a 9-point Likert-type scale. Whereas the first question of this instrument refers to the most frequent worry topics, the other 10 questions assess the severity of GAD diagnostic criteria. Only the last 10 questions were retained for this study. This questionnaire presents good convergent and discriminant validity and shows satisfactory test-retest reliability (Dugas, Freeston, et al., 1995; Dugas et al., 2001).

Procedure

Individuals calling to participate received information about the goal of the study and were asked a few questions in order to verify the presence of excessive worries. Participants aged 18 to 65 reporting excessive worries were given an appointment in the following week for further evaluation with the ADIS-IV. An envelope including a consent form, the four questionnaires measuring GAD cognitive processes (IU, NPO, CAQ, WW-II) and the questionnaire assessing GAD diagnostic criteria (WAQ), was sent to them by mail. It was requested that participants sign the consent form, fill out the questionnaires and bring everything back the day of the appointment.

An experienced clinical psychologist administered the ADIS-IV, which were tape recorded in order to evaluate and ensure the reliability of all the diagnoses. A second clinician, independent to the study, listened to the recordings to diagnose every participant. The first and second clinicians compared their diagnoses. The inter-rater agreement calculated on all diagnoses, as measured by a Kappa coefficient, is of 0.96.

Participants received a $20. compensation after the ADIS-IV interview for travelling and parking expenses. As well, a list of mental health resources was given to every participant. Different inclusion and exclusion criteria were used in order to better circumscribe the phenomenon under study, to insure that all diagnoses are in conformity with the objectives of

the study and to reduce unwanted sources of variance. Participants satisfying theses criteria were divided into two groups: GAD and GAD/MDD. Groups were compared on the different measures used.

Results

Analyses of Descriptive Data

Preliminary analyses were performed on the samples descriptive data in order to make sure that there were not any significant differences between the GAD group and the GAD/MDD group in terms of sex, education, occupation, civil status, age, number of secondary diagnoses and severity of GAD. Results of these analyses are presented in Table 1 and 2.

Insert table 1 here

Insert table 2 here

Principal Analyses

In order to see if the GAD group and the GAD/MDD group significantly differ in terms of intolerance of uncertainty, cognitive avoidance, negative problem orientation and false beliefs about worry, statistical analyses were performed on the four main measures. Considering that a significant difference was observed between the GAD group and the GAD/MDD group in terms of the severity of GAD, analyses of covariance were used for every group comparison in order to control for this difference in severity. The alpha level adopted was fixed at .05 for all the analyses.

A first analysis of covariance (ANCOVA), performed on the results of the IU questionnaire, revealed a significant difference between the GAD group and the GAD/MDD group $F(1, 29) = 6.82$, $p = .01$. More specifically, people from the GAD/MDD group ($M = 97.87$, $SD = 13.10$) were significantly more intolerant of uncertainty than individuals from the GAD group ($M = 70.76$, $SD = 17.82$).

A second analysis of covariance (ANCOVA), performed on the results of the NPO questionnaire, revealed a significant difference between the GAD group and the GAD/MDD group $F(1, 29) = 7.37$, $p = .01$. In fact, individuals from the GAD/MDD group ($M = 46.13$, $SD = 5.97$) presented a significantly poorer problem orientation than people from the GAD group ($M = 31.82$, $SD = 11.20$).

A third analysis of covariance (ANCOVA), performed on the results of the CAQ questionnaire, revealed a significant difference between the GAD group and the GAD/MDD group $F(1, 29) = 4.54$, $p = .04$. More specifically, people from the GAD/MDD group ($M = 77$, $SD = 18.70$) display significantly more cognitive avoidance than individuals from the GAD group ($M = 59.88$, $SD = 16.25$).

A fourth analysis of covariance (ANCOVA), performed on the results of the WW-II questionnaire, did not reveal any significant difference between the GAD group and the GAD/MDD group $F(1, 29) = 0.002$, $p = .97$, *ns*. People from the GAD/MDD group ($M = 55$, $SD = 20.19$) do not present a significantly different level of false beliefs about worry than individuals from the GAD group ($M = 47$, $SD = 12.43$).

Subsidiary Analyses

A stepwise discriminant analysis was conducted on the scores of the WAQ (WAQ; Dugas, Freeston, et al., 1995) to identify which of the GAD diagnostic criteria better

discriminate the GAD group from the GAD/MDD group. All of the observations were included. The discriminant function was significant $\Lambda = 0.43$ χ^2 $(3, N = 32) = 24.26$, $p = .0001$, indicating that predictors differentiate the two groups. With an entry criterion of .05 and a criterion for remaining in the function of .1, three of the ten predictors were retained by the stepwise analysis: level of interference, sleeping problems and muscular tension. They were strongly correlated to the discriminant function. Correlation coefficients with the discriminant function and standardized coefficients for the discriminant function are presented in Table 3 for the variables that were retained. Table 4 shows a comparison of the GAD group and the GAD/MDD group on the variables contributing significantly to the discriminant function. A following classification analysis based on the three retained predictors classified correctly 88.2% of the participants in GAD group and 93.3% of the individuals in the GAD/MDD group.

Insert table 3 here

Insert table 4 here

Discussion

In order to have a better understanding of comorbid GAD and MDD, the goal of the present study was to assess how GAD cognitive variables manifest themselves when GAD and MDD are comorbid. Using an empirically supported theoretical model of GAD (Dugas et al., 1998), we compared people with a principal diagnosis of comorbid GAD and MDD to individuals with a principal diagnosis of GAD without MDD, on four cognitive variables proven to be central to the development and maintenance of GAD.

The first hypothesis, stating that people from the GAD/MDD group would be more intolerant of uncertainty than individuals from the GAD group, was supported. This result shows the importance of intolerance of uncertainty in people from the GAD/MDD group, and supports Andersen and Schwartz (1992) observations that depression is associated to a high motivation to avoid uncertainty. Individuals with comorbid GAD and MDD seem to be associated with a radical position toward uncertainty, namely depressive predictive certainty, due to a very elevated level of intolerance of uncertainty in depression. Such an attitude reflects a more severe degree of intolerance of uncertainty than the attitude of individuals with a principal diagnosis of GAD without MDD, in situations presenting uncertainty.

The second hypothesis, stating that people from the GAD/MDD group would have a poorer problem orientation than people from the GAD group, was also supported. This result underlines the importance of depressive predictive certainty in depression. More specifically, depressed people expect to fail (Beck et al., 1979), which attitude is strongly correlated to depression and not significantly correlated to GAD (Beck, Riskind, Brown, & Steer, 1988). In fact, the certainty to fail in MDD is probably the most severe form of a negative problem orientation. D'Zurilla et al. (1998) have even demonstrated a strong association between negative problem solving orientation, depression, hopelessness, and suicidal ideations.

Considering the third hypothesis, the results were again as expected. Individuals from the GAD/MDD group display more cognitive avoidance than people from the GAD group. This result supports what was previously reported in the literature. Whereas Spurrell and McFarlane (1995) reported a positive correlation between cognitive avoidance and the severity of depressive and anxious symptoms, it has been observed that people with comorbid GAD and MDD display more severe symptoms than individuals with only GAD (Masi et al., 2000). Nevertheless, a higher level of cognitive avoidance in people with comorbid GAD and MDD

seems to be related to the presence of MDD in comorbid GAD and MDD. In fact, depression is associated with a greater difficulty to eliminate distress-provoking thoughts (Edwards & Dickerson, 1987) and this phenomenon, was also observed in comorbid anxiety and depressive disorders (Rachman, 1981). Thus, because depression is characterized by a low frequency of positive cognitions (Burgess & Haaga, 1994; Jolly & Wiesner, 1996), it is harder for individuals with depression than for people with anxiety disorders to turn their attention away from negative thoughts towards positive ones. When depression is involved, undesirable thoughts come back more rapidly and attempts to eliminate them seem more frequent (Wegner et al., 1987), which may explain the obtained result.

The fourth hypothesis, stating that people from the GAD group have a significantly higher level of false beliefs about worry than people from the GAD/MDD group, was inconclusive. Considering that depression is characterized by a negative perception of self, the world and the future, it was assumed that people with comorbid GAD and MDD would have a lower level of positive beliefs about worry than individuals with GAD without MDD. However, the obtained results did not show any difference between the two groups. People from the GAD group display a similar level of false beliefs about worry than individuals from the GAD/MDD group. Why is the presence of MDD in the comorbid group not associated to a difference in the level of false beliefs about worry? Although the literature does no report any study focusing on false beliefs about worry in depression, Papageorgiou and Wells (2001a, 2001b) found that depressed people value ruminating and have positive beliefs about rumination. In fact, ruminating about the future is a characteristic of MDD and a cognitive phenomenon similar to worry (Papageorgiou & Wells, 1999). Schwarzer (1996) has even questioned the legitimacy of making a distinction between worry and rumination. Two different studies have also reported beliefs about rumination in people with MDD that are very

similar to positive beliefs about worry in people with GAD. For example, people with MDD engage in rumination because they believe it will help them to understand themselves or solve their problems (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 1991).

These observations bring light to the obtained results as it gives insights to why people from the GAD/MDD group do not report a lower level of false beliefs about worry than individuals from the GAD group. The presence of MDD in people with GAD and MDD may not be associated to any changes in the level of positive of beliefs about worry because of the presence of similar beliefs about rumination in depression. Thus, positive beliefs about worry in people with GAD are not affected by the presence of a comorbid MDD. Given the importance of worry in depression (Borkovec, 1994; Starcevic, 1995), it would be pertinent to further investigate if individuals with depression also hold positive beliefs about worry.

Thus, the present study indicates that the presence of comorbid MDD in people living with GAD is associated to a higher level of severity for three cognitive processes of GAD: intolerance of uncertainty, poor problem orientation and cognitive avoidance. Knowing that GAD preceded the onset of MDD in the majority of cases in which both disorders are comorbid, more studies will be necessary to understand how changes operate in terms of the level of severity of cognitive processes. Is it an increase in the level of severity of cognitive processes (caused by exterior factors) that leads to the development of secondary comorbid MDD or, is it the presence of MDD that causes an increase in the level of severity of cognitive processes? Whereas the experimental design of the present study does not allow a specific answer to these questions, as cognitive avoidance is concerned, the literature presented above suggest that the increased level of severity is inherent to the way MDD manifests itself on a cognitive level. However, the higher level of intolerance of uncertainty observed in the GAD/MDD group might be more likely implicated in the process that leads to the

development of comorbid MDD in people living with GAD. A high level of intolerance of uncertainty seems to be at the origin of depressive predictive certainty (thus also at the origin of the higher level of severity of poor problem orientation in the GAD/MDD group), which in turn generates depressive affects. Intolerance of uncertainty appears to be a cognitive vulnerability factor predisposing certain people to develop GAD and MDD. It seems to be as much at the origin of excessive worries in GAD than at the origin of depressive affects, which characterize depression. GAD and MDD seem to be sharing the same continuum of intolerance of uncertainty, going from mild to severe intolerance. On this continuum, people of the GAD group would have an *elevated level* of intolerance of uncertainty (on the right side of the continuum), whereas those of the GAD/MDD group would display a *very elevated level* of intolerance of uncertainty (on the extreme right end of the continuum). GAD, which distinguishes itself from other anxiety disorders by its intolerance of uncertainty (Ladouceur et al., 1999), is generally the temporally primary disorder in relation to depression among people who present a comorbid anxiety disorder and depression (Kessler et al., 1996). It has been suggested by Dugas et al. (1998) that the emotional state and life events have an influence on the level of intolerance of uncertainty of people living with GAD.

However, intolerance of uncertainty cannot by itself explain why there is such a high risk of developing MDD in people living with GAD. Different researchers (i.e. Akiskal, 1985; Craske, Barlow, & O'Leary, 1992) have suggested that depression may be exhaustion that develops in response to chronic anxiety; information supported by neurological studies on the effect of chronic anxiety on the brain (i.e. Avery et al., 1985; Holsboer, 1999; Tiller, Biddle, Maguire, & Davis, 1988). In the case of GAD, chronic anxiety is maintained by worry, which in turn is maintained by the four variables presented in this study (intolerance of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance and false beliefs about worry). Thus, GAD

cognitive variables might be promoting, at the very least indirectly, the development of MDD in people with GAD.

In terms of treatment, this means that treating GAD might reduce the risks of developing secondary comorbid MDD in people living with GAD. Presently, different treatment studies (i.e. Dugas & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000; Provencher, Ladouceur, & Dugas, 2001) have reported the use of an efficient intervention which includes different cognitive-behavioural techniques (i.e. problem solving training, cognitive exposition, cognitive restructuring) to treat GAD. The techniques directly target worry and three of the four cognitive variables presented in this study: poor problem orientation, cognitive avoidance and false beliefs about worry. Treatment studies do not however report any treatment strategy permitting to directly target intolerance of uncertainty. It is by treating worry and the other three cognitive processes that the level of intolerance of uncertainty is reduced. Nevertheless, the efficacy of this specific cognitive-behavioural treatment is not limited to GAD. In a recent treatment study (Provencher, Ladouceur, Dugas, Leger, & Freeston, 2001), all participants suffering from GAD and a comorbid mood disorder (MDD or dysthymia) at pre-test did not meet criteria for GAD or the mood disorder at post-test. Therapeutic gains were generalized to both disorders. Targeting GAD cognitive processes in people suffering from comorbid GAD and MDD had a positive impact on MDD. This study further supports the notion that comorbid GAD and MDD share many cognitive processes (i.e. intolerance of uncertainty, poor problem orientation, cognitive avoidance). However, Provencher's study presents limits that will have to be overcome in future studies before concluding that GAD's treatment is sufficient to cure comorbid MDD in people suffering from GAD. Future treatment studies will need samples that are bigger and more homogeneous (it is not clear how many GAD patients had a comorbid MDD and how many had a comorbid dysthymia).

The present study also aims at exploring which GAD diagnostic criteria better differentiate the GAD group from the comorbid GAD /MDD group. From 10 diagnostic criteria associated to GAD in the DSM-IV, three were retained: level of interference in life, sleeping problems and muscular tension. They were more severe in the GAD /MDD group. These criteria showed the strongest correlation to the discriminant function and permitted to classify a majority of participant in their respective group. In terms of level of interference in life, the obtained result corroborate findings that people with GAD and MDD are less productive at work and are involved in less activities than individuals with only GAD (Wittchen et al., 2000). The findings concerning sleeping problems and muscular tension are also interesting. Whereas sleeping problems is a criterion in both the diagnosis of MDD and GAD, muscular tension is a unique feature of GAD, differentiating this disorder from the mood disorders and other anxiety disorders. The nosology of GAD and MDD has been questioned many times. Several GAD diagnostic criteria are also used as diagnostic criteria for MDD. Thus, differentiating GAD from comorbid GAD and MDD is often complicated. In this context, results of this analysis are particularly pertinent for clinical assessment, as they may facilitate a differential diagnosis and consequently allow clinicians to consider a treatment better suited to the patient's needs. In fact, when accounting these three specific symptoms in patients, family physicians should investigate further to assess the presence of GAD. Considering the high and long-lasting risk of developing MDD in people suffering from GAD (Kessler et al., 1996), an early and efficient diagnosis could have a great impact on a person's life, as it might allow one to seek treatment faster and maybe prevent the apparition of MDD. Nevertheless, it is important to note that although temporally primary GAD significantly increases the risk for first onset of MD, GAD is not a significant predictor of MDD (Kessler et

al., 2001). The bases rates of the two disorders are very different and MDD is more prevalent than GAD (Kessler et al., 2001).

Whereas results of the present study could be considered in a prevention context, the design makes it impossible to determine the exact contribution of GAD cognitive processes in the development of secondary comorbid MDD in people with GAD. However, the main limitations of the study pertain to our sample selection. Since stringent inclusion and exclusion criteria were used to circumscribe the phenomenon under study and reduce sources of variance, our sample might not be representative of all comorbid GAD and MDD sufferers. Furthermore, all of our participants in the GAD/MDD group reported to have developed GAD before MDD and therefore our sample might not be representative of people with comorbid GAD and MDD who develop MDD before GAD. Whereas it is presently unknown if any difference exists between both of these types of people with comorbid GAD and MDD, we believe that results must be interpreted with caution.

Despite these limitations, the present study displays high internal validity, shows good statistical power and enlarges the understanding of comorbid GAD and MDD. It is a phenomenon of it own, far more complex than the addition of two disorders. Future studies should investigate why certain GAD patients develop a comorbid MDD when others do not. The discovery of prevention factor could have great implications for treatment.

References

Akiskal, H. S. (1985). Anxiety: Definition, relationship to depression, and proposal for an integrative model. In A. H. Tuma & J. D. Master (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 787-797). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., revised). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Andersen, S. M. (1990). The inevitability of future suffering: The role of depressive predictive certainty in depression. *Social Cognition, 8*, 203-228.

Andersen, S. M., & Schwartz, A. H. (1992). Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition, 10*, 271-298.

Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. International Scientific Symposium: Depression - OCD - anxiety (1993, Mainz, Germany). *International Clinical Psychopharmacology, 8*, 21-25.

Avery, D. H., Osgood, T. B., Ishiki, D. M., Wilson, L. G., Kenny, M., & Dunner, D. L. (1985). The DST in psychiatric outpatients patients with generalized anxiety disorder, panic disorder, or primary affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 142*, 844-848.

Barrett, E., Barrett, J. A., Oxman, T. O., & Gerber, P. D. (1988). The Prevalence of Psychiatric Disorders in a Primary Care Practice. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1100-1106.

Beck, A. T., Riskind, J. H., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). Levels of hopelessness in DSM III disorders: A test of the cognitive model of depression. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 459-469.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual (2nd ed.).* San Antonio. TX: Psychological Corporation.

Blais, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). *Problem orientation and problem-solving skills in clinical and nonclinical worriers.* Unpublished manuscript, Laval University, Quebec.

Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions and origins of worry. G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-35). Chichester: Wiley.

Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research & Therapy, 28*, 153-158.

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

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

Bouchard, S. (2000). Les troubles comorbides accompagnant le trouble d'anxiété généralisée [Comorbid Disorders accompanying Generalized Anxiety Disorder]. In S. Bouchard, J. C. Cusson, R. Gilbert & J. Plamondon (Eds.), *Trouble d'anxiété généralisée : La maladie des inquiétudes* (pp. 21-24). Montréal : Association / Troubles Anxieux du Québec.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV.* Albany, New York: Graywind Publications.

Burgess, E., & Haaga, D. A. F. (1994). The Positive Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnaire--Revised (ATQ--RP): Equivalent measures of positive thinking. *Cognitive Therapy & Research, 18*, 15-23.

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

Davey, G. C. L., Jubb, M., & Cameron, C. (1996). Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 333-344.

Dozois, D. J. A., Dobson, K. S., & Ahnberg, J. L. (1998). A Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment, 10*, 83-89.

Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. D., & Ladouceur, R. (1995). *The Worry and Anxiety Questionnaire : Initial validation in nonclinical and clinical samples.* Symposium conducted at the World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen.

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

Dugas, M. J., 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 clinical and non-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*, 215-226.

Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1995, July). *Worry: the contribution of intolerance of uncertainty, problem solving and worry appraisal.* Paper presented at the World congress of behavioural and cognitive therapies, Copenhagen, Denmark.

Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy & Research, 19*, 109-120.

D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, & E. J., Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 1091-1107.

Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology, 60*, 317-328.

Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 97-102.

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

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

Garber, J., Miller, S. M., & Abramson, L. Y. (1980). On the distinction between anxiety and depression: Perceived control, certainty, and probability of goal attainment. In J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp.131-169). San Francisco: Academic Press.

Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Bertrand, J. (2001). *Pourquoi s'Inquiéter-II : Développement et validation d'un instrument évaluant les croyances face aux inquiétudes* [The Why Worry - Second version questionnaire : Development and validation of an instrument assessing beliefs about worry]. Manuscript submitted for publication.

Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC) : Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents [The Cognitive Avoidance Questionnaire : Development and validation with adults and adolescents]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 12,* 24-37.

Gosselin, P., Pelletier, O., & Ladouceur, R. (2000, October). *Le questionnaire d'attitude face aux problèmes: développement et analyses préliminaires* [The Negative Problem Orientation Questionnaire : Development and preliminary analyses]. Paper presented at the XXIII annual congress of the Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie (SQRP), Hull.

Holsboer, F. (1999). The rationale for corticotropin-releasing hormone receptor (CRH-R) antagonists to treat depression and anxiety. *Journal of Psychiatric Research, l 33*, 181-214.

Jolly, J. B., & Wiesner, D. C. (1996). Psychometric properties of the Automatic Thoughts Questionnaire-Positive with inpatient adolescents. *Cognitive Therapy & Research, 20*, 481-498.

Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two National Surveys. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1915-1923.

Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 19-39.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168*, 17-30.

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

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a new cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 957-964.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J. M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30,* 191–207.

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: experimental findings. *Behavior Modification, 21*, 355-371.

Langlois, F., Gosselin, P., Laberge, M., Tremblay, M., Léger, E., Provencher, M., & Ladouceur, R. (1999, May). *Les croyances erronées face aux inquiétudes: validation de la version révisée du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter* [False beliefs about worry : Validation of the revised version of The Why Worry Questionnaire]? *(PSI-II).* Symposium conducted at the annual congress of the Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTECC), Lyon, France.

Langlois, F., Lachance, S., Provencher, M., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Fournier, S., Talbot, F., & Ladouceur, R. (1996, April). *Le Questionnaire d'Évitement Cognitif : analyses préliminaires* [The Cognitive Avoidance Questionnaire : Preliminary analyses]. Poster presented at the annual congress of the Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTECC), Annecy, France.

Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31,* 55-64.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 176-190.

Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta psychiatrica Scandinavica, 101*, 29-36.

Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Depressive comorbidity in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Child psychiatry and human development, 30*, 205-215.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.

Noyes, R. Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 41-55.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (1999). Process and metacognitive dimensions of depressive and anxious thoughts and relationships with emotional intensity. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 6*, 156-162.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive & Behavioral Practice, 8*, 160-164.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32*, 13-26.

Provencher, M. D., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Catastrophizing assessment of worry and threat schemata among worriers. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 28*, 211-224.

Provencher, M. D., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). *Efficacité d'un traitement cognitif-comportemental individualisé selon le type d'inquiétudes pour le trouble d'anxiété généralisée* [Efficacy of a cognitive behavioural treatment for Generalized Anxiety Disorder, based on the type of worries]. Unpublished doctoral dissertation, University of Laval, Quebec.

Provencher, M. D., Ladouceur, R., Dugas, M. J., Leger, E., & Freeston, M. H. (2001). *Rôle de la comorbidité dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée* [The role of comorbidity in the treatment of Generalized Anxiety Disorder]. Unpublished doctoral dissertation, University of Laval, Quebec.

Rachman, S. (1981). Part. I Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3,* 89-99.

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

Reich, J. (1995). Family psychiatric histories in male patients with generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, l* 7, 71-78.

Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 34-40.

Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1025-1028.

Schwarzer, R. (1996). Thought control of action: Interfering self-doubts. In I.G. Sarason, G. R. Pierce & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings.* (pp. 99-115). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Spurrell, M. T., & McFarlane, A. C. (1995). Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic: The role of intrusion and avoidance. *British Journal of Medical Psychology, 68*, 333-340.

Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression : a preliminary report. *Behavior Research and Therapy, 33*, 55-56.

Sutherland, G., Newman, B., & Rachman, S. (1982). Experimental investigations of the relations between mood and intrusive unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology, 55*, 127-138.

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

Tiller, J. W., Biddle, N., Maguire, K. P., & Davies, B. M. (1988). The Dexamethasone Suppression Test and plasma dexamethasone in generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 23*, 261-270.

Weary, G., & Edwards, J. A. (1994). Social cognition and clinical psychology: Anxiety, depression, and the processing of social information. In R. S. Wyer, Jr. & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 2, pp. 289-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality & Social Psychology. 53*, 5-13.

Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.

Wenzlaff, R. M. (1993). The mental control of depression: Psychological obstacles to emotional well-being. In D. M.Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 238-257). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality & Social Psychology, 75*, 1559-1571.

Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity-fact or artefact? *British Journal of Psychiatry, 168*, 7-8.

Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.

Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.

Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364.

Table 1

Comparison of the GAD group and the GAD/MDD group on sex, education, occupation and civil status: repartition (n) and Chi-square tests (χ^2)

Variables	GAD group	GAD/MDD group	χ^2
	n	*n*	
Sex			0.06
Women	12	10	
Men	5	5	
Education			1.09
High School	2	1	
College	11	8	
University	4	6	
Principal Occupation			5.12
Full Time Work	2	7	
Student	11	5	
Retired	1	1	
Without Work	3	2	
Civil Status			4.07
Single	12	7	
Married	2	4	
Common Law	2	3	
Separated	1	0	
Divorced	0	1	

*$p < .05$.

Table 2

Comparison of the GAD group and the GAD/MDD group on age, number of secondary diagnoses and severity of GAD: means (M), standard deviations (SD) and t values

	GAD group		GAD/MDD group		
Variables	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*t*
Age	30.18	10.79	37.73	14.14	-1.71
Number of Secondary Diagnoses	1	0.71	1.13	0.83	-0.49
Severity of GAD	5.88	0.86	6.93	0.46	-4.39*

*$p < .05$.

Table 3

Standardized coefficients and correlations of predictor variables with the discriminant function

Variables	Correlation Coefficients with the discriminant function	Standardized Coefficients for the discriminant function
Level of Interference	.62	.64
Sleeping Problems	.55	.65
Muscular Tension	.46	.52

Table 4

Comparison of the GAD group and the GAD/MDD group on variables contributing significantly to the discriminant function: means (M), standard deviations (SD) and F values

Variables	GAD group		GAD/MDD group		
	M	*SD*	*M*	*SD*	*F*
Level of Interference	5.18	1.13	6.73	1.10	15.49*
Sleeping Problems	4.18	2.79	6.87	1.06	12.34*
Muscular Tension	4.24	2.08	6.20	1.66	8.59*

*$p < .05$.

CHAPITRE III

CONCLUSION GÉNÉRALE

L'objectif principal de la présente étude visait à améliorer la compréhension de la comorbidité Trouble d'Anxiété Généralisée (TAG) et Trouble de Dépression Majeure (TDM) en portant une attention particulière à la dimension cognitive. La pertinence et l'intérêt de l'étude se situent à plusieurs niveaux, principalement en regard à la comorbidité TAG et TDM.

D'abord, il est rare d'observer un TAG chez une personne sans la présence d'autres troubles comorbides (Wittchen et al., 1994). Seulement une minorité d'individus atteints de TAG ne présentent aucun autre trouble psychologique (Maier et al., 2000; Wittchen et al., 1994). Néanmoins, plusieurs recherches et études de traitement sur le TAG ne la considèrent pas ou se limitent à étudier la minorité de gens atteints de TAG sans comorbidité.

De plus, de tous les troubles psychologiques, le TDM est le trouble comorbide le plus fréquent chez les personnes atteintes d'un TAG (Noyes, 2001; Wittchen et al., 1994). La comorbidité TAG et TDM est à l'origine d'implications cliniques très importantes et celle-ci est davantage nuisible au fonctionnement d'une personne qu'un TAG qui n'est pas accompagné d'un TDM (Kessler et al., 1999; Masi et al., 2000; Wittchen et al., 2000). À ce jour, la majorité des études portant spécifiquement sur la comorbidité entre le TAG et le TDM se sont principalement penchées sur la prévalence, les symptômes et le fonctionnement social. Il apparaissait donc essentiel d'analyser ce phénomène sous un autre angle en portant une attention particulière aux processus cognitifs.

Dans ce contexte, l'étude proposait d'évaluer la présence et la manifestation de quatre processus cognitifs du TAG (l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, l'évitement cognitif et les fausses croyances face aux inquiétudes), lorsque le TAG et le TDM se présentent de façon concomitante.

Étant donné le peu de connaissances actuelles sur la comorbidité TAG et TDM répertoriées dans la littérature, c'est uniquement sur la base des recherches sur le TAG et des

recherches sur le TDM qu'il a été possible de formuler des hypothèses quant aux particularités des manifestations observées en situation de comorbidité TAG et TDM. Toutefois, les variables à l'étude sont issues d'un modèle étiologique supporté empiriquement (Dugas et al., 1998) et celles-ci constituent les composantes fondamentales d'un traitement du TAG qui s'est montré efficace dans plusieurs études de traitement (réf. Dugas & Ladouceur, 2000; Ladouceur et al., 2000; Provencher et al., 2001). La présente étude apporte donc une contribution originale puisque les variables du modèle développé à l'Université Laval n'ont jamais été étudiées dans le contexte spécifique de la comorbidité TAG et TDM.

Une force majeure de la présente recherche consiste en la mise en place de critères d'inclusion et d'exclusion qui permettent, d'une part, d'assurer que les diagnostics principaux sont conformes aux objectifs de l'étude et, d'autre part, de réduire les sources de variance indésirables afin de mieux circonscrire le phénomène à l'étude. Ainsi, les troubles susceptibles de compromettre l'étude du phénomène de la comorbidité TAG et TDM ont été exclus (par exemple les troubles de l'humeur autres que le TDM et les troubles psychotiques). L'utilisation de critères spécifiques d'inclusion et d'exclusion réduit quelque peu la représentativité des échantillons de l'étude quant à l'ensemble des gens ayant un TAG ou un TAG et un TDM comorbide. Cette démarche méthodologique apparaît néanmoins des plus pertinentes en raison du peu de connaissance sur la dimension cognitive de la comorbidité TAG et TDM, assurant ainsi un haut niveau de validité interne.

De plus, pour s'assurer de la validité de l'évaluation diagnostique, une entrevue structurée a été réalisée au moyen du « *Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV* » (ADIS-IV; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994) (voir annexe B) et un accord interjuge a été effectué avec un second clinicien indépendant à la recherche. Une telle procédure contribue donc à augmenter le degré de fidélité des résultats obtenus.

Afin de s'assurer que la seule différence entre les groupes soit la présence du TDM comorbide, des analyses statistiques ont été effectuées sur l'ensemble des variables socio-démographiques. Ces analyses ont révélé que les groupes étaient similaires sur la majorité des variables. Une seule différence a été observée quant à la sévérité, c'est-à-dire que la sévérité du TAG s'est avérée plus élevée chez les gens qui présentent un diagnostic principal de TAG et de TDM que chez les gens qui ont un diagnostic de TAG sans TDM. Afin de s'assurer que cette différence entre les groupes ne compromet pas la validité des résultats, des analyses de covariance ont donc été effectuées en considérant la sévérité du TAG comme covariable. Grâce à cette procédure, les différences observées entre les groupes sont plus facilement attribuables au phénomène de comorbidité TAG et TDM.

Plus spécifiquement, quatre analyses de covariance ont été effectuées pour vérifier la présence de différences significatives entre les deux groupes sur les variables à l'étude, ce qui justifie fréquemment l'utilisation d'une correction de Bonferroni au seuil alpha utilisé. Dans le contexte de la présente étude, il apparaît toutefois préférable de ne pas effectuer une telle correction et ce, sur la base de plusieurs sources scientifiques (réf. Perneger, 1998; Rothman, 1990; Simon, 2004; Uitenbroek, 1997). D'une part, aucune hypothèse nulle générale n'a été formulée sur l'ensemble des variables mesurées. Au contraire, quatre hypothèses dirigées, indépendantes les unes des autres, ont été formulées préalablement à l'étude sur la base de recherches et théories répertoriées dans la littérature scientifique. D'autre part, il est important d'éviter de faire une erreur de type II, c'est-à-dire de conclure à une absence de différences significatives alors qu'il y en a une, dans un contexte où les échantillons sont de tailles restreintes.

En ce qui a trait aux analyses principales, les résultats obtenus appuient la majorité des hypothèses à l'étude, à savoir les gens ayant un diagnostic principal de TAG et de TDM sont

plus intolérants à l'incertitude, ont une attitude plus négative face aux problèmes et utilisent plus l'évitement cognitif que les individus ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. L'étude confirme donc que les deux groupes sont différents au plan cognitif et met en lumière l'importance de savoir comment se manifestent les processus cognitifs du TAG lorsque celui-ci est accompagné d'un TDM comorbide. Étant donné le nombre restreint de recherches s'étant intéressées exclusivement à la dimension cognitive de la comorbidité TAG et TDM, la présente étude vient combler un incontestable vide empirique.

De plus, l'étude montre la pertinence d'utiliser les variables cognitives du TAG du modèle de Dugas et ses collègues (1998), afin de mieux comprendre et traiter la comorbidité TAG et TDM. En effet, ces variables cognitives, lesquelles semblent également toutes fortement impliquées dans le TDM, constituent la base d'un traitement du TAG qui pourrait s'avérer très utile pour traiter les gens atteints d'un TAG et d'un TDM comorbide.

Quant aux analyses subsidiaires, l'étude met en relief la nécessité pour les professionnels de la santé de porter une attention particulière aux critères diagnostiques du TAG et plus particulièrement à trois d'entre eux, soit le niveau d'interférence dans la vie, les problèmes de sommeil et les tensions musculaires. En effet, ces trois critères diagnostiques se sont avérés être plus sévères chez les gens du groupe TAG/TDM que chez les individus du groupe TAG et ont permis de classer efficacement la majorité des participants dans leur groupe respectif. Par conséquent, les résultats de ces analyses faciliteront le diagnostic différentiel entre les gens ayant un diagnostic principal de TAG et TDM et les personnes ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Ces résultats prennent une grande importance dans un contexte où le TAG et le TDM partagent plusieurs critères diagnostiques et où la nosologie des deux troubles est souvent remise en question.

De plus, les résultats des analyses subsidiaires appuient les résultats rapportés dans les études précédentes sur la comorbidité TAG et TDM quant aux perturbations du fonctionnement. En effet, les participants qui présentent un diagnostic principal de TAG et de TDM rapportent un niveau d'interférence dans leur vie significativement plus élevé que les participants ayant un diagnostic principal de TAG sans TDM. Les résultats de la présente étude confirment donc l'importance d'étudier davantage la comorbidité TAG et TDM car son impact sur la vie des gens qui en sont atteints est indéniablement sévère.

Par ailleurs, l'étude met en relief toute l'importance de comprendre l'implication des processus cognitifs du TAG dans la comorbidité TAG et TDM, afin de prévenir le développent d'un TDM secondaire comorbide au TAG. En effet, tous les participants du groupe TAG/TDM ont rapporté avoir développé le TAG avant le TDM. La présente étude ne permet toutefois pas de déterminer quelle est la contribution exacte des variables cognitives à l'étude dans le développement d'un TDM secondaire comorbide chez les gens atteints d'un TAG. Il serait donc pertinent que les études à venir évaluent la façon dont se manifestent les processus cognitifs du TAG à travers le temps, dans le cadre d'un protocole longitudinal ou transversal, afin de cibler ce qui précipite l'apparition d'un TDM comorbide chez les gens atteints d'un TAG. De plus, il serait intéressant d'un point de vue préventif, d'étudier pourquoi certaines personnes atteintes d'un TAG développent un TDM secondaire comorbide alors que d'autres individus ayant également un TAG n'en développent pas. Cependant, puisque tous les participants du groupe TAG/TDM ont rapporté avoir développé le TAG avant le TDM, il apparaît nécessaire d'envisager la possibilité que les résultats de l'étude ne soient peut-être pas représentatifs des gens qui développent un TDM avant le TAG. Des études ultérieures seront utiles pour vérifier s'il existe des différences en fonction de l'ordre d'apparition des troubles comorbides chez les gens atteints d'un TAG et d'un TDM comorbide.

Bref, les résultats rapportés dans le cadre de la présente étude ouvrent la voie à plusieurs autres recherches qui permettront d'approfondir les connaissances actuelles du phénomène de la comorbidité TAG et TDM. Considérant l'impact considérable de la comorbidité TAG et TDM sur la vie des gens et le peu de connaissance sur le sujet, il est nécessaire de poursuivre l'étude de ce phénomène au plan cognitif afin d'améliorer le traitement et prévenir son apparition. Ultimement, cette étude représente une avancée notable tant au plan empirique que dans le domaine de la psychologie clinique, ayant mesuré empiriquement des phénomènes cognitifs abstraits qui créent, paradoxalement, une souffrance bien réelle dans la vie des gens. En espérant que ces résultats puissent être utilisés afin de leur permettre de retrouver bien-être et épanouissement.

RÉFÉRENCES

Abel, J. L., & Borkovec, T. D. (1995). Generalizability of DSM-III-R generalized anxiety disorders to proposed DSM-IV criteria and cross-validation of proposed changes. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 303-315.

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

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

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

Andersen, S. M., & Schwartz, A. H. (1992). Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition, 10*, 271-298.

Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. International Scientific Symposium: Depression - OCD - anxiety. *International Clinical Psychopharmacology, 8*, 21-25.

Angst., J., & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*, 572-575.

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

Barrett, E., Barrett, J. A., Oxman, T. O., & Gerber, P. D. (1988). The Prevalence of Psychiatric Disorders in a Primary Care Practice. *Archives of General Psychiatry, 45*, 1100-1106.

Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B., & Steer, R. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide : A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 147*, 190-195.

Beck, A. T., Riskind, J. H., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). Levels of hopelessness in DSM III disorders : A test of the cognitive model of depression. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 459-469.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Blais, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). *Problem orientation and problem-solving skills in clinical and non-clinical worriers.* Manuscrit non-publié, Québec: Université Laval.

Borkovec, T. D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research & Therapy, 28*, 153-158.

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

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

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

Bouchard, S. (2000). Les troubles comorbides accompagnants le trouble d'anxiété généralisée. Dans S. Bouchard, J. C. Cusson, R. Gilbert, & J. Plamondon (Eds.), *Trouble d'anxiété généralisée : La maladie des inquiétudes* (pp. 21-24). Montréal : Association / Troubles Anxieux du Québec.

Bradley, B. P., Mogg, K., Millar, N., & White, J. (1995). Selective processing of negative information : Effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 532-536.

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

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

Brown, T.A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1272-1280.

Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, New York : Graywind Publications.

Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I., & Keller, M. B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety, 14*, 219-225.

Burgess, E., & Haaga, D. A. F. (1994). The Positive Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnaire--Revised (ATQ--RP): Equivalent measures of positive thinking. *Cognitive Therapy & Research, 18*, 15-23.

Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety, 13*, 78-88.

Clark, D. A., & Hemsley, D. R. (1985). Individual differences in the experience of depressive and anxious, intrusive thoughts. *Behaviour Research & Therapy, 23*, 625-633.

Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Azarian, K., Crits-Christoph, K., & Shappell, S. (1996). An open trial of brief supportive-expressive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy, 33*, 418-430.

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

Davey, G. C. L., Jubb, M., & Cameron, C. (1996). Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 333-344.

Davey, G. C. L., Tallis, F., & Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research, 20*, 499-520.

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

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

Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD: Targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification, 24*, 635-657.

Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1995, 12-15 July). *Worry: the contribution of intolerance of uncertainty, problem solving and worry appraisal.* Communication présentée au World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Denmark.

Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy & Research, 19*, 109-120.

Dupuy, J. B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behavior Research and Therapy, 39*, 1249-1255

D' Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J. I., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology, 54*, 1091-1107.

Edwards, S., & Dickerson, M. (1987). Intrusive unwanted thoughts: A two-stage model of control. *British Journal of Medical Psychology, 60*, 317-328.

Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A.A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry, 41*, 97-102.

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

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M., & Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: context, appraisal, mood and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 201-215.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population: I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research & Therapy, 29*, 585-597.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1992). Cognitive intrusions in a non-clinical population: II. Associations with depressive, anxious, and compulsive symptoms. *Behaviour Research & Therapy, 30*, 263-271.

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

Garber, J., Miller, S. M., & Abramson, L. Y. (1980). On the distinction between anxiety and depression: Perceived control, certainty, and probability of goal attainment. Dans J. Garber & M. E. P. Seligman (Eds.), *Human helplessness: Theory and applications* (pp.131-169). San Francisco: Academic Press.

Hunt, C., & Singh, M. (1991). Generalized anxiety disorder. *International Review of Psychiatry, 3*, 215-229.

Jolly, J. B., & Wiesner, D. C. (1996). Psychometric properties of the Automatic Thoughts Questionnaire-Positive with inpatient adolescents. *Cognitive Therapy & Research, 20*, 481-498.

Joormann, J., & Stöber, J. (1999). Somatic symptoms of Generalized Anxiety Disorder for the DSM-IV: Associations with pathological worry and depression symptoms in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 13*, 491-503.

Kessler, R. C., DuPont R. L., Berglund, P., & Wittchen H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two National Surveys. *American Journal of Psychiatry, 156*, 1915-1923.

Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 19-39.

Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R Major Depressive Disorder in the general population: Results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168*, 17-30.

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

Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (1999). Le trouble d'anxiété généralisée. Dans G. Morin (Eds.), *Les troubles anxieux: approche cognitive et comportementale* (pp.31-57). Boucherville, Québec.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 957-954.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Blais, F., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Boisvert, J. M. (1999). Specificity of generalized anxiety disorder symptoms and processes. *Behavior Therapy, 30,* 191–207.

Ladouceur, R., Talbot, F., & Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: experimental findings. *Behavior Modification, 21*, 355-371.

Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population: study 2. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 175-189.

Langlois, F., Gosselin, P., Laberge, M., Tremblay, M., Léger, E., Provencher, M., & Ladouceur, R. (1999, mai). *Les croyances erronées face aux inquiétudes: validation de la version révisée du questionnaire Pourquoi S'Inquiéter? (PSI-II)*. Communication présentée au congrès annuel de l'Association Francophone de la Formation et de la Recherche en Thérapie Comportementale et Cognitive (AFFORTECC), Lyon, France.

Laugesen, N., Dugas, M. J., & Bukowski, W. M. (2003). Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31,* 55-64.

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research & Therapy, 33*, 335-343.

Lydiard, R. B. (2000). An overview of generalized anxiety disorder: Disease state-appropriate therapy. Clinical Therapeutics: *The International Peer Reviewed Journal of Drug Therapy, 22*, A3-A19.

Maier, W., Gansicke, M., Freyberger, H., Linz, M., Heun, R., & Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta psychiatrica Scandinavica, 101*, 29 - 36.

Mancuso, D. M., Townsend, M. H., & Mercante, D. E. (1993). Long-term follow-up of generalized anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry, 34*, 441-446.

Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Depressive comorbidity in children and adolescents with generalized anxiety disorder. *Child psychiatry and human development, 30*, 205-215.

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R., & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 40*, 210-215.

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

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

Newman, S. C., & Bland, R. C. (1994). Life events and the 1-year prevalence of major depressive episode, generalized anxiety disorder, and panic disorder in a community sample. *Comprehensive Psychiatry, 35*, 76-82.

Nezu, A. M., & Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 408-413.

Noyes, R. Jr. (2001). Comorbidity in generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 24*, 41-55.

Olfson, M., kessler, R. C., Berglund, P. A., & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *American Journal of Psychiatry, 155*, 1415-1422.

Ormel, J., VonKorff, M., Ustun, T. B., Pini, S., Korten, A., & Oldehinkel, T. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA: Journal of the American Medical Association, 272*, 1741-1748.

Perneger, T. V. (1998). What's wrong with Bonferroni adjustments. *British Medical Journal, 316*, 1236-1238.

Provencher, M. D., Freeston, M. H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Catastrophizing assessment of worry and threat schemata among worriers. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 28*, 211-224.

Provencher, M. D., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). *Efficacité d'un traitement cognitif-comportemental individualisé selon le type d'inquiétudes pour le trouble d'anxiété généralisée*. Thèse de doctorat non-publiée, Université Laval, Québec.

Rachman, S. (1981). Part. I Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 3*, 89-99.

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

Reich, J. (1995). Family psychiatric histories in male patients with generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry, l* 7, 71-78.

Rothman, K. J. (1990). No adjustments are needed for multiple comparisons. *Epidemiology, 1*, 43-46.

Roy-Byrne, P. P., & Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 34-40.

Sanderson, W. C., Beck, A. T., & Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1025-1028.

Sergerstrom, S. C., Tsao, J. C. I., Alden, L. E., & Craske, M. G. (2000). Worry and rumination : repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 671-688.

Shapiro, A. M., Roberts, J. E., & Beck, J. G. (1999). Differentiating symptoms of anxiety and depression in older adults: Distinct cognitive and affective profiles? *Cognitive Therapy and Research, 23*, 53-74.

Shonfeld, W. H., Verboncoeur, C. J., Fifer, S. K., Lipschutz, R. C., Lubeck, D. P., & Buesching, D. P. (1997). The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 43*, 105-119.

Simon, S. D. (2004). *Bonferroni correction.* Obtenu le 19 novembre, 2004, du Children's Mercy Hospital and Clinics, site web: *http://www.childrensmercy.org/stats/ask/bonferroni.asp*

Souetre, E., Lozet, H., Cimarosti, I., Martin, P., Chignon, J. M., Ades, J., Tignol J., & Darcourt, G. (1994). Cost of anxiety disorders: Impact of comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 151-160.

Spurrell, M. T., & McFarlane, A. C. (1995). Life-events and psychiatric symptoms in a general psychiatry clinic: The role of intrusion and avoidance. *British Journal of Medical Psychology, 68*, 333-340.

Starcevic, V. (1995). Pathological worry in major depression: a preliminary report. *Behavior Research and Therapy, 33*, 55-56.

Stöber, J. (2000). Worry, thoughts, and images: A new conceptualization. Dans U. von Hecker, S. Dutke, & G. Sedek (Eds.), *Generative mental processes and cognitive resources: Integrative research on adaptation and control* (pp. 223-244). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.

Sutherland, G., Newman, B., & Rachman, S. (1982). Experimental investigations of the relations between mood and intrusive unwanted cognitions. *British Journal of Medical Psychology, 55*, 127-138.

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

Thyer, B. A., Parrish, R., Curtis, G. C., Nesse, R. M., & Cameron, O. G. (1985). Ages of onset of DSM-III anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 26*, 113-122.

Uitenbroek, D. G. (1997). *Bonferroni.* Obtenu le 19 novembre, 2004, de Simple Interactive Statistical Analysis, *http://home.clara.net/sisa/bonhlp.htm*

Weary, G., & Edwards, J. A. (1994). Social cognition and clinical psychology: Anxiety, depression, and the processing of social information. Dans R. S. Wyer, Jr. & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 2, pp. 289-338). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality & Social Psychology. 53*, 5-13.

Wells, A. (1995). Metacognition and worry: A cognitive model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 23*, 301-320.

Wenzlaff, R. M. (1993). The mental control of depression: Psychological obstacles to emotional well-being. In D. M.Wegner & J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 238-257). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Wenzlaff, R. M., & Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality & Social Psychology, 75*, 1559-1571.

Wittchen, H. U. (1996). What is comorbidity-fact or artefact? *British Journal of Psychiatry, 168*, 7-8.

Wittchen, H. U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*, 162-171.

Wittchen, H. U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., & Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology, 15*, 319-328.

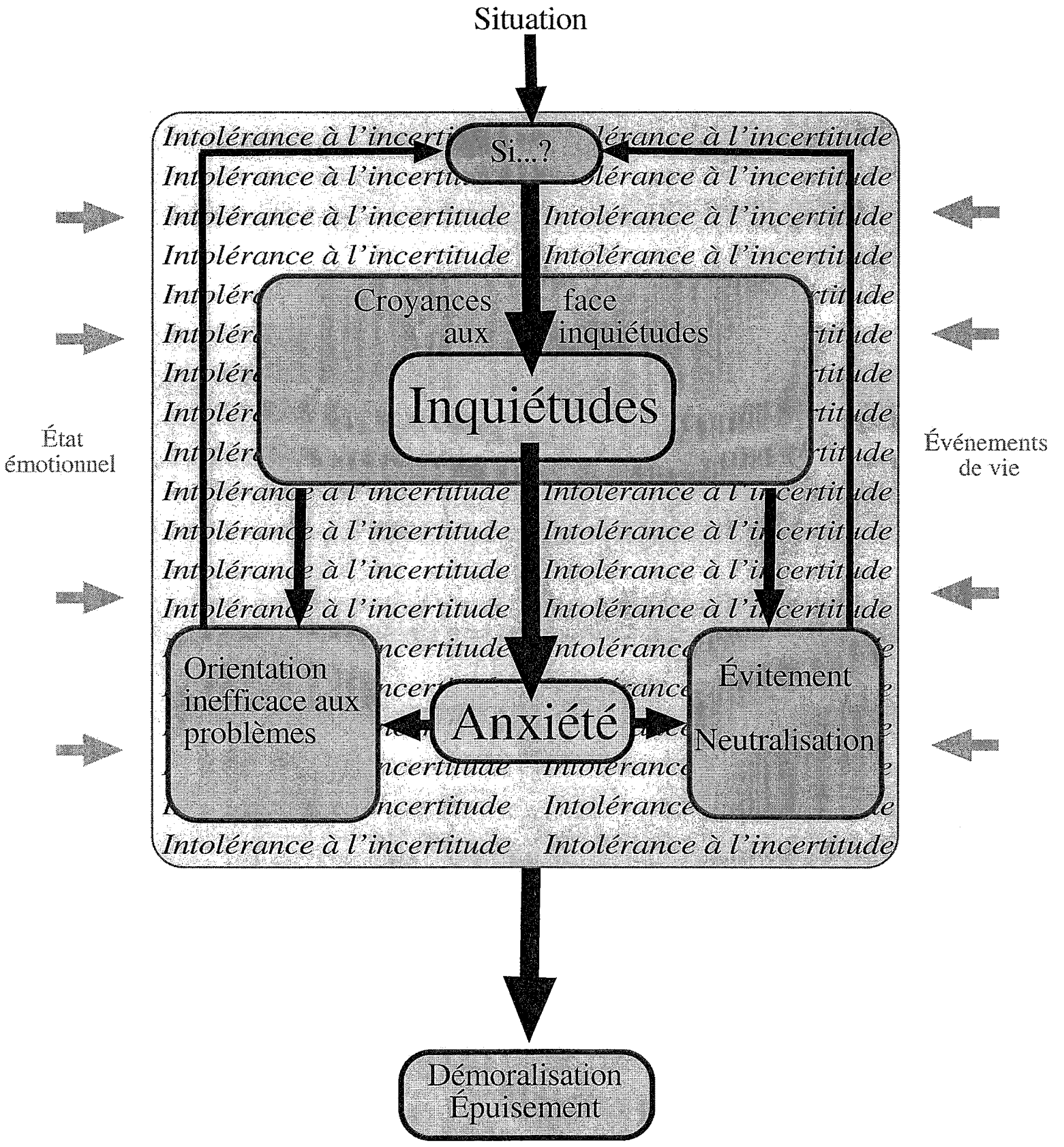
Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine, 28*, 109-126

Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 355-364.

ANNEXE A

MODÈLE DU TAG

Modèle du trouble d'anxiété généralisée IV



© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997.

ANNEXE B

ADIS-IV

Code _____	Évaluateur _____		(Thérapeute Oui ____ Non ____)		
Date _____	Entrevue _____				
	Interjuge _____				
Pré-traitement ____	Post-liste d'attente	____	Post-test		____
Suivi 6 mois ____	Suivi 12 mois	____	Suivi 24 mois		____

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)

Plan d'entrevue sur les troubles anxieux pour le DSM-IV (ADIS-IV)

TIMOTHY A. BROWN, Psy.D.
PETER A. Di NARDO, Ph.D.
and
DAVID H. BARLOW, Ph.D.

Phobia and Anxiety Disorders Clinic
Center for Stress and Anxiety Disorders
University at ALBANY
State University of NEW YORK

STATE UNIVERSITY of NEW YORK at ONEONTA

Copyright 1994, Graywind Publications
Interdiction de photocopier ou de distribuer sans la permission des auteurs.

Adaptation québécoise de Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, Sylvie Beaudoin, Robert Ladouceur.
Laboratoire de thérapies behaviorales, École de psychologie, Université Laval.
Version révisée et abrégée

Date d'impression : 1er février 1997

Ce document a été imprimé sous la supervision de la Division Reprographie de l'Université Laval, conformément au *Règlement sur les notes de cours à l'Université Laval* et à l'entente intervenue entre la Conférence des Recteurs et principaux d'universités du Québec, l'Union des écrivaines et écrivains du Québec et l'Université Laval.

André Vézina
Directeur
Reprographie, CMS et Stocks

Autorisation no : 140092 ml

Introduction

L'entrevue doit commencer par une brève introduction explicative. Il faut obtenir une description succincte des symptômes qui motivent la consultation. Cette section permettra de déterminer de façon préliminaire la présence d'attaques de panique, d'anxiété phobique et d'inquiétude chronique (ainsi qu'à préciser les problèmes médicaux ou les difficultés de la vie pouvant être associés à ces symptômes).

Je vais vous poser un certain nombre de questions touchant différents aspects de votre vie. Tout d'abord, j'aimerais avoir une idée générale des types de problèmes que vous avez connus dernièrement. Quels étaient-ils?

_____

_____

_____

Si vous deviez n'en nommer qu'une, quelle principale raison donneriez-vous à votre présence ici aujourd'hui? (Noter mot pour mot la réponse du patient.)

_____

_____

Au cours de la dernière année, avez-vous éprouvé certaines difficultés ou connu des changements relativement aux aspects suivants de votre vie :

-Famille / relations ?

_____

_____

-Problèmes juridiques / policiers?

_____

_____

-Travail / études?

_____

_____

-Situation financière?

_____

_____

-Santé (personnelle)?

_____

_____

-Santé (de proches)?

_____

_____

Après ce bref interrogatoire :

Je vais vous poser des questions plus précises sur certains problèmes particuliers qui peuvent vous concerner ou pas. Nous en avons effleuré quelques-uns, mais j'aimerais obtenir de plus amples détails.

TROUBLE PANIQUE

INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1A. Ces temps-ci, vous arrive-t-il de ressentir une attaque soudaine de crainte ou de malaise intenses?

OUI_____NON _____

Si la réponse est OUI, passer au point 2a.

B. Si la réponse est NON, Vous est-il déjà arrivé de ressentir une attaque soudaine de crainte ou de malaises intenses?

OUI_____NON _____

Si la réponse est OUI, **Quand cela vous est-il arrivé la dernière fois?**

_____

****

Si la réponse aux questions 1a. ou 1b. est OUI, ou équivoque, poursuivre l'interrogatoire.
Autrement, passer à la section **AGORAPHOBIE** (p.8).

****

2A. Dans quels types de situations éprouvez-vous ces sensations?; Dans quel lieu êtes-vous le plus susceptible d'éprouver ces sensations?

_____

_____

_____

_____

B. Vous est-il déjà arrivé d'éprouver ces sensations de façon imprévisible, sans raison apparentes, ou dans des situations inhabituelles dans lesquelles vous ne vous y attendiez pas?

OUI _____NON _____

Si le patient affiche des symptômes de panique imprévisible, poursuivre l'interrogatoire pour déterminer si ces symptômes se manifestent dans un certain nombre de contextes situationnels ou s'ils sont circonscrits à un type particulier de situation (comme cela peut-être le cas dans la phobie sociale ou simple).

3. **Combien de temps faut-il habituellement pour que la poussée d'anxiété/ de malaise intense atteigne son sommet?**

_____minutes

4. **Combien de temps dure habituellement ce sommet?**

_____minutes

****

En l'absence d'attaques de panique imprévisibles (sans stimulus déclenchant), passer à la section **AGORAPHOBIE** (p. 8)

****

II. Cotation des symptômes

Dans cette section, coter uniquement les attaques de panique qui surviennent de façon **IMPRÉVISIBLE,** dans une variété de situations. Les symptômes de panique qui sont limités à un seul stimulus déclenchant (par exemple : endroits clos ou hauteurs, situations sociales, contenu obsessionnel, etc.) ne doivent pas être cotés ici.

Dans les cas mixtes ou équivoques, la cotation peut se faire dans cette section.

Coter l'intensité de chaque symptôme qui est typique de la dernière période d'attaques et, s'il y a lieu, ce qui caractérisait l'attaque typique dans un épisode passé et distinct de perturbation. Si un symptôme n'est éprouvé qu'au cours de certaines attaques (c'est-à-dire s'il ne se produit pas de façon typique pendant une attaque), mettre la cote entre parenthèses.

Le DSM-IV définit une attaque de panique comme une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, au cours de laquelle au moins quatre des symptômes ci-dessous se manifestent soudainement pour atteindre un sommet en 10 minutes. Si les attaques typiques ne comprennent pas 4 de ces symptômes, déterminer si au moins une attaque s'est caractérisée par 4 de ces symptômes.

Poser les questions suivantes pour coter les symptômes :

1. **Souffrez-vous habituellement de/d' _____au cours des attaques?**

2. **À quel point ce symptôme est-il perturbant/grave?** Si un doute subsiste quant au caractère typique du symptôme, demander : **Avez-vous ce symptôme presque chaque fois que vous avez une attaque?**

Coter l'intensité des symptômes typiques de l'attaque à l'aide de l'échelle suivante :

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

Attaque

			Commentaires
a.	Palpitations, coeur qui débat ou accélération du rythme cardiaque.	_____	_____
b.	Transpiration	_____	_____
c.	Tremblements ou secousses musculaires	_____	_____
d.	Sensations de souffle coupé ou sensations d'étouffement.	_____	_____
e.	Sensations d'étranglement	_____	_____
f.	Douleur ou gène thoracique	_____	_____
g.	Nausées ou maux de ventre	_____	_____
h.	Frissons ou bouffées de chaleur	_____	_____
i.	Étourdissements, instabilité, avoir l'impression d'avoir la tête vide ou impression d'évanouissement.	_____	_____
j.	Sensations de dépersonnalisation ou d'irréalité	_____	_____
k.	Sensations d'engourdissement ou de picotements	_____	_____
l.	Peur de mourir	_____	_____
m.	Peur de devenir fou.	_____	_____
n.	Peur de commettre un acte non contrôlé	_____	_____

2a. Si le patient signale moins de 4 symptômes par attaque typique, demander :

Avez-vous connu des périodes (attaques) où vous avez eu une attaque imprévisible de crainte/malaise s'accompagnant au moins de quatre de ces symptômes?

OUI _____ NON_____

III. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'attaques de panique qui a commencé en gros en _____ (préciser le mois/ l'année).

1a. Combien d'attaques de paniques avez-vous eues au cours du dernier mois?

_____

b. Combien d'attaques de paniques avez-vous eues au cours des 6 derniers mois?

_____

2a. Au cours du dernier mois, dans quelle mesure vous êtes-vous inquiété ou appréhendé d'avoir une autre attaque de panique?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet/ Pas d' Appréhension		Rarement inquiet/ Appréhension légère		Parfois inquiet/ Appréhension moyenne		Souvent inquiet/ Appréhension sévère		Constamment inquiet/ Appréhension extrême

Cote : _____

En l'absence d'inquiétude/d'appréhension persistante de subir une attaque de panique au cours du dernier mois, demander : **Depuis votre première attaque, avez-vous connu une période d'au moins un mois pendant laquelle vous vous êtes inquiété de subir d'autres attaques?**

OUI_____NON_____

Si la réponse est OUI, **Quand était-ce?**

DU _____ AU _____

b. De façon précise, selon vous, quel genre de choses pourrait arriver à la suite de ces attaques (Poser des questions sur les conséquences immédiates et à long terme)?

_____

_____

c. Ces attaques vous ont-elles amené à modifier votre comportement/mode de vie d'une façon ou d'une autre?

OUI_____NON _____

Si la réponse est OUI, **De quelle façon?** _____

3. **De quelle façon les attaques de panique perturbent-elles votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; jusqu'à quel point le fait d'avoir ces attaques vous dérange-t-il?**

_____

_____

Coter le degré de d'interférence:_____ et de détresse :_____

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

4a. **Vous souvenez-vous à quel moment est survenue la première attaque de cette période actuelle d'attaques?**

OUI_____NON _____

Si la réponse est OUI, **Quand était-ce?** _____ Mois _____ Année

b. **Avez-vous été soumis à ce moment à un type quelconque de stress?**

OUI_____NON _____

Que s'est-il passé dans votre vie à ce moment-là?

_____

_____

c. **Le jour où cette première attaque s'est produite, aviez-vous pris des médicaments, de la drogue, de l'alcool, de la caféine?**

OUI _____ NON_____

Préciser (Type, quantité, date d'utilisation) :_____

_____

5. **Pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces attaques, à quel moment ces attaques de panique sont-elles devenues problématiques en ce sens qu'elles se sont produites régulièrement/ qu'elles ont été une source majeure d'inquiétude ou d'anxiété à l'idée d'en avoir d'autres, ou qu'elles ont entraîné un changement de votre comportement d'une façon ou d'une autre** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : _____ Mois _____ Année

6. **Quel genre de choses semble déclencher ces attaques?** [Poser des questions sur les facteurs internes (pensées, sensations, images) et externes (situations redoutées, situations qui déclenchent une exacerbation de l'attention sur soi, effets physiques de différentes substances (caféine) ou activités (exercice, etc.).]

_____

_____

_____

7. **Quand une attaque de panique survient, comment tentez-vous d'y faire face?**

_____

_____

_____

AGORAPHOBIE

1a. Ces temps-ci, vous arrive-t-il de vous sentir dans un état de panique dans certaines situations ou de les éviter par crainte d'être dans cet état de panique?

OUI_____ NON _____

Si la réponse est OUI, passer au point Cotation des situations agoraphobiques.

Si la réponse est NON, passer au point 1b.

1b. Ces temps-ci, redoutez-vous de vous retrouver dans certaines situations par crainte de subir des symptômes comme de la diarrhée, des vomissements, des étourdissements, etc.?

OUI_____ NON _____

Si OUI, Quels symptômes craignez-vous pourraient survenir dans ces situations?

_____

Passer au point "Cotation des situations agoraphobiques".

****

Si la réponse à toutes ces questions est NON et qu'il n'y a pas de trouble panique, passer à la section **PHOBIE SOCIALE** (P.11).

****

II. COTATION DES SITUATIONS AGORAPHOBIQUES.

NOTE : L'évaluation doit concerner seulement l'anticipation de paniques ou autres symptômes (e.g. diarrhée). Appréhension/évitement due à d'autres conditions (e.g. phobie spécifique ou sociale) doit être évaluée à "0".

Poser la question suivante pour coter les situations agoraphobiques :

À quel point redoutez-vous cette situation?; À quelle fréquence évitez-vous cette situation?; Le fait d'être accompagné vous aide-t-il à vous sentir plus à l'aise face à ces situations?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas d'évitement ni de fuite/ pas d'appréhension		Evitement ou fuite parfois/Appréhension légère		Moyen: capable de faire face seul/Appréhension moyenne		Sévère: rarement seul; doit être accompagné/ Appréhension sévère		Très sévère: ne peut jamais faire face seul Appréhension très sévère

		Appréhension	Évitement	Commentaires
a.	Conduire l'automobile : courtes distances longues distances; autoroute (20,40)	_____	_____	_____
b.	Monter en voiture	_____	_____	_____
c.	Faire l'épicerie	_____	_____	_____
d.	Aller au centre commercial	_____	_____	_____
e.	Être dans une foule	_____	_____	_____
f.	Prendre les transports publics (bus, train)	_____	_____	_____
g.	Prendre l'avion	_____	_____	_____
h.	Visiter le médecin ou chez le dentiste	_____	_____	_____
i.	Aller chez le coiffeur	_____	_____	_____
j.	Être dans une file d'attente	_____	_____	_____
k.	Se promener à pied	_____	_____	_____
l.	Passer sur un pont	_____	_____	_____
m.	Être seul à la maison	_____	_____	_____
n.	Être hors de la ville	_____	_____	_____
o.	Au cinéma, au théâtre, au stade	_____	_____	_____
p.	Au restaurant	_____	_____	_____
q.	À l'église	_____	_____	_____
r.	Se trouver dans des lieux clos : ascenseur, petite pièce, tunnel	_____	_____	_____
s.	Se trouver dans des espaces vastes, ouverts (parcs, terrains de stationnement)	_____	_____	_____
t.	Au travail	_____	_____	_____
u.	Autres : _____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

S'il n'y a pas de preuve de crainte ou d'évitement, passer à la section **PHOBIE SOCIALE** (P.11).

III. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'appréhension/d'évitement de certaines situations.

1. **Transportez-vous sur vous certaines choses ou posez-vous certains gestes juste avant de sortir pour vous aider à vous sentir plus confortable dans ces situations** [Poser des questions sur la prise de précautions comme le fait de transporter des flacons de médicaments, un téléphone cellulaire, le fait d'avoir accès à sa voiture, d'amener des livres/des instructions écrites, de boire, de prendre des objets de peur d'être malade en public (des essuie-tout).] ?

_____

_____

2. **De quelle façon l'appréhension/ l'évitement face à ces situations interfère-t-elle votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?**

_____

_____

Coter le degré de d'interférence : _____ et de détresse : _____

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

3. **À quel moment l'appréhension face à ces situations s'est-elle manifestée la première fois** (Note : Si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient, une première attaque de panique.)?

_____

Date d'apparition : _____Mois _____ Année

PHOBIE SOCIALE

INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. **Ces temps-ci, vous arrive-t-il de ressentir de la crainte, de la nervosité ou de l'anxiété dans des situations sociales où vous êtes susceptible d'être observé ou jugé par d'autres ou encore lorsque vous rencontrez des inconnus?**

OUI _____NON _____

1b. **Ces temps-ci, est-ce que vous êtes extrêmement préoccupé de faire ou de dire quelque chose qui pourrait vous mettre dans une situation embarrassante ou humiliante face aux autres, ou qui pourrait amener les autres à avoir une mauvaise opinion de vous?**

OUI _____NON _____

****

Si non à 1a et 1b, passer à la section **Trouble physique** (p.15).
Si OUI à 1a ou 1b, passer au point 2.

****

2. **Je vais maintenant vous décrire certaines situations de ce type et je vous demande de me dire comment vous vous sentez dans ces situations et dans quelle mesure vous les éviter.**

Pour chaque situation, faire une cotation distincte du degré de peur et d'évitement à l'aide de l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas de peur/ N'évite jamais		Peur légère/ Évite rarement		Peur Moyenne/ Évite Parfois		Peur sévère/ Évite souvent		Peur Très sévère/ Évite toujours

		Peur	**Évitement**	**Commentaires**
a.	Assister à une fête	_____	_____	_____
b.	Participer à des réunions/cours	_____	_____	_____
c.	Parler devant un groupe officiellement	_____	_____	_____
d.	Parler à des inconnus	_____	_____	_____
e.	Manger en public	_____	_____	_____
f.	Utiliser les toilettes publiques	_____	_____	_____
g.	Écrire en public (signer des chèques, remplir des formulaires)	_____	_____	_____
h.	Rendez-vous galant	_____	_____	_____
i.	Parler à des personnes en position d'autorité	_____	_____	_____
j.	Être affirmatif -refuser des demandes déraisonnables	_____	_____	_____
	-demander aux autres de modifier leur comportement	_____	_____	_____
k.	Commencer une conversation	_____	_____	_____
l.	Maintenir une conversation	_____	_____	_____
m.	Autres : _____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

I. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'anxiété dans les situations sociales.

Remplir pour l'épisode actuel d'anxiété sociale qui est potentiellement de sévérité clinique :

A. Émunérer les situations les plus problématiques : _____

1. **Que craignez-vous qu'il arrive dans ces situations?** _____

_____

2. **Est-ce que vous ressentez de l'anxiété presque chaque fois que vous êtes confronté à la situation de** _____?

OUI _____ NON _____

3. **Est-ce que l'anxiété se manifeste dès que vous êtes mis dans cette situation ou juste avant, ou se manifeste-t-elle parfois de façon retardée ou imprévisible?**

IMMÉDIATE _____RETARDÉE_____

4a. **De quelle façon ces peurs interfèrent-elles avec votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; Dans quelle mesure êtes-vous dérangé par ces peurs?**

_____

_____

b. **Votre travail actuel ou vos études ont-ils été influencés par ces peurs?**

_____

Coter le degré de d'interférence : _____et de détresse : _____.

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

c. **Selon vous, lequel interfère le plus dans votre vie : le fait d'éviter certaines situations ou le fait de vous inquiéter par rapport à ce qui pourrait arriver? En quelle proportion?**

Éviter _____ **Inquiéter** _____

d. **Selon vous, lequel vous dérange le plus : le fait d'éviter certaines situations ou le fait de vous inquiéter par rapport à ce qui pourrait arriver? En quelle proportion?**

Éviter _____ **Inquiéter** _____

5. **À quel moment l'anxiété face à _____ est-elle devenue problématique en ce sens qu'elle a causé beaucoup de détresse ou d'interférence dans votre vie** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : _____Mois _____ Année

TROUBLE PHYSIQUE

1. Avez-vous actuellement une maladie ou un trouble physique ?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, passez à la question 2.

Si la réponse est NON, **Avez-vous un trouble dans votre état de santé, comme de l'hypoglycémie, de la fibromyalgie, de la douleur, de l'arthrite, de l'hyperthyroïdie ou autre ?**

OUI _____ NON _____

****

Si OUI, passer à la question 2.
Si NON, passer à la section **Hypochondrie** (P.18).

****

2. Y a-t-il eu un diagnostic d'établi?

OUI _____ NON _____

Si oui;

Lequel: _____

Par: _____
(Nom du médecin, spécialiste, hôpital)

Date: _____

Si non; Qu'est ce qui vous fait dire que vous avez ce trouble ?

_____

_____

_____

_____

3a) Quels symptômes avez-vous ?

_____

_____

_____

b) Est-ce que ce trouble-ci vous amène aussi les symptômes suivants?

	Oui	Non
- agitation, fébrilité, sensation d'être survolté, à bout	____	____
- facilement fatigué	____	____
- difficultés de concentration ou trous de mémoire	____	____
- irritabilité	____	____
- tension musculaire	____	____
- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu; sommeil agité ou peu reposant	____	____

4.Evolution du trouble

a) La forme de l'évolution depuis le début du trouble

Constante: Très peu de changement dans la sévérité des symptômes.
Episodique: Période(s) de rémission totale d'au moins six mois (absence de symptôme).
Détériorante: La sévérité des symptômes augmente progressivement et constamment.
Fluctuante: La sévérité de symptômes croît et décroît sans une rémission de plus de six mois.

"Depuis le début du trouble, est-ce qu'il y a eu des changements dans la présence et la sévérité des symptômes que vous venez de me décrire ? (Non=Constante)

OUI _____ NON _____

Si oui,
"Est-ce qu'il y avait des périodes de six mois ou plus sans la présence des symptômes de ce trouble? (Oui=Episodique)

OUI _____ NON _____

Si non,
"Est-ce qu'il y a eu des périodes d'amélioration temporaire durant au moins un mois? (Oui=Fluctuante, Non=Détériorante)

OUI _____ NON _____

Evolution depuis début			
Constante:	_____	**Episodique:**	_____
Détériorante:	_____	**Fluctuante:**	_____

b) La forme de l'évolution depuis un an

"Depuis un an, est-ce qu'il y a eu des changements dans la présence et la sévérité des symptômes que vous venez de me décrire ? (Non=Constante)

OUI _____ NON _____

Si oui,
"Depuis un an, est-ce qu'il y a eu une période de six mois ou plus sans la présence des symptômes de ce trouble? (Oui=Episodique)

OUI _____ NON _____

Si non,
"Depuis un an, est-ce qu'il y a eu des périodes d'amélioration temporaire durant au moins un mois? (Oui=Fluctuante, Non=Détériorante)

OUI _____ NON _____

Evolution depuis un an			
Constante:	_____	**Episodique:**	_____
Détériorante:	_____	**Fluctuante:**	_____

5. **De quelle façon ce trouble interfère-t-il dans votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales) ?**

_____

_____

_____

Coter le degré d'interférence:

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

6. **Médicaments actuels pour le trouble physique**

a) Veuillez indiquer les médicaments que le sujet prend présentement
"Actuellement quel sont les médicaments que vous prenez?"
b) quelle sorte de médicaments
c) le dosage prescrit
d) qui a prescrit le médicament
e) depuis quand ce médicament est pris
f) quelle est la fréquence d'utilisation

Sorte	Dosage	De qui?	Depuis quand?	Fréquence

7. **Difficultés reliées aux médicaments**

Veuillez noter les difficultés que le sujet peut avoir avec les médicaments nommés précédemment.

"Avez-vous déjà eu des problèmes avec ces médicaments comme des effets secondaires, des problèmes de sevrage?"

OUI _____ NON _____

Préciser:_____

_____

_____

_____

HYPOCHONDRIE

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. Au cours des quelques derniers mois, avez-vous craint ou cru de façon constante que vous pouviez être atteint d'une maladie grave? (cancer, maladie du coeur, SIDA, etc.)?

OUI _____ NON _____

Quels types de maladies pensiez-vous avoir?

_____

_____

Passer à Épisode actuel.

****

Si la réponse aux questions 1a est OUI ou équivoque,
poursuivre l'interrogatoire.
Autrement, passer à la section **Trouble d'Anxiété Généralisée** (p. 22)

****

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle pendant laquelle vous avez craint ou cru avoir une maladie grave.

Relever les maladies qui feront l'objet de l'interrogatoire : _____

_____

A. Maladie #1

1a. Avez-vous certains symptômes ou sensations qui sont associés à cette crainte ou à cette croyance que vous souffrez de _____ (préciser la maladie)?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI,

1b. Quels symptômes avez-vous?

_____

1c. À quelle fréquence ces symptômes se manifestent-ils?

_____

2a. Avez-vous vu un médecin pour vérifier que vous aviez _____ ?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI,

2b. **À combien de reprises avez-vous vu un médecin en raison de ces symptômes depuis que vous craignez ou croyez avoir _____?**

_____

2c. **Quel a été le résultat de ces évaluations médicales?**

_____

2d. **Si le médecin vous dit que tout va bien, vous sentez-vous rassuré sur le fait que vous n'avez pas de maladie?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, **Pendant combien de temps restez-vous ainsi rassuré?** _____

Est-ce que cette assurance disparaît au point que vous pensez encore que vous êtes malade?

OUI _____ NON _____

3a. **Lorsque la pensée est présente, à quel degré pensez-vous que vous avez _____(sur une échelle de 0 à 100 où 0=pas du tout et où 100 = complètement)?**

_____ %

3b. **Lorsque la pensée n'est pas présente, à quel degré pensez-vous que vous avez _____(sur une échelle de 0 à 100 où 0=pas du tout et où 100 = complètement)?**

_____ %

3c. **Existe-t-il des données ou des preuves qui pourraient vous permettre de penser que vous ne souffrez pas de _____?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, faire préciser au patient : _____

B. Maladie #2

1a. Avez-vous certains symptômes ou sensations qui sont associés à cette crainte ou à cette croyance que vous souffrez de _____ (préciser la maladie)?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI,

1b. Quels symptômes avez-vous?

_____

1c. À quelle fréquence ces symptômes se manifestent-ils?

_____

2a. Avez-vous vu un médecin pour vérifier que vous aviez _____ ?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI,

2b. À combien de reprises avez-vous vu un médecin en raison de ces symptômes depuis que vous craignez ou croyez avoir _____?

_____

2c. Quel a été le résultat de ces évaluations médicales?

_____

2d. Si le médecin vous dit que tout va bien, vous sentez-vous rassuré sur le fait que vous n'avez pas de maladie?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, **Pendant combien de temps restez-vous ainsi rassuré?** _____

Est-ce que cette assurance disparaît au point que vous pensez encore que vous êtes malade?

OUI _____ NON _____

3a. Lorsque la pensée est présente, à quel degré pensez-vous que vous avez _____(sur une échelle de 0 à 100 où 0=pas du tout et où 100=complètement.)?

_____ %

3b. **Lorsque la pensée n'est pas présente, à quel degré pensez-vous que vous avez _____(sur une échelle de 0 à 100 où 0=pas du tout et où 100=complètement.)?**

_____ %

3c. **Existe-t-il des données ou des preuves qui pourraient vous permettre de penser que vous ne souffrez pas de _____?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, faire préciser au patient :_____

4. **De quelle façon le fait de craindre ou de croire que vous souffrez de _____ interfère-t-il votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)? À quel point le fait de craindre/croire que vous avez _____ vous dérange-t-il?**

_____

_____

Coter le degré d'interférence :_____ et de détresse : _____

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

5. **À quel moment cette croyance/crainte d'avoir _____ est-elle devenue problématique en ce sens qu'elle vous a préoccupé constamment, qu'elle vous a dérangé ou qu'elle a interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : _____Mois _____ Année

En cas d'incertitude quant à la durée, **Avez-vous été préoccupé par la crainte ou la croyance d'avoir _____ au cours des six derniers mois au moins?**

OUI _____ NON _____

TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

1a. **Au cours des quelques derniers mois, avez-vous été constamment inquiet ou anxieux relativement à un certain nombre d'événements ou de situations de la vie quotidienne?**

OUI _____ NON _____

De quels types de choses vous inquiétez vous?_____

_____

_____

_____

_____

2. **Je vais maintenant vous poser une série de questions sur l'inquiétude que vous éprouvez relativement à certains aspects de la vie.**

Utiliser les espaces sous chaque sujet potentiel d'inquiétude pour relever le contenu spécifique de l'inquiétude du patient (y compris l'information recueillie antérieurement aux points 1a. et 1b.). Il faudra souvent poursuivre l'interrogatoire pour déterminer si les sujets d'inquiétude exprimés par le patient ne sont pas reliés à un trouble concomitant de l'Axe I. Si on détermine que le sujet d'inquiétude s'inscrit totalement dans un autre trouble de l'Axe I, accorder la cote "0"- Utiliser la section réservée aux commentaires pour inscrire toute information cliniquement pertinente (p. ex. : présence d'un trouble concomitant auquel est relié le sujet d'inquiétude).

Pour chaque sujet d'inquiétude, faire une cotation distincte de la fréquence, du caractère excessif et de la perception de l'incontrôlabilité à l'aide des échelles et questions ci-dessous.

FRÉQUENCE :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais inquiet		Rarement inquiet		Parfois inquiet		Souvent inquiet		Constamment inquiet

À quelle fréquence vous inquiétez-vous à propos de _____?

EXCÈS :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout excessif		Légèrement excessif		Modérément excessif		Très excessif		Extrêmement excessif

Compte tenu de votre situation de vie, est-ce que cette inquiétude à propos de _____ est exagérée?

Si les choses vont bien, est-ce que vous vous inquiétez quand même à propos de _____?

CONTRÔLE :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas de Difficulté		Difficulté légère		Difficulté moyenne		Difficulté prononcée		Difficulté extrême

Éprouvez-vous de la difficulté à contrôler votre inquiétude à propos de _____?

Cette inquiétude à propos de _____ est-elle difficile à maîtriser dans la mesure où, même en tentant de penser à autre chose, elle persiste?

	Fréquence	**Excès**	**Contrôle**	**Commentaires**
a. Sujets mineurs (p.ex. : ponctualité, réparations mineures)				
b. Travail/Études				
c. Famille				
d. Situation financière				
e. Relations sociales/ Interpersonnelles				
f. Santé (personnelle)				
g. Santé (des proches)				
h.Situation dans la société/dans le monde				
i. Autre				
j.Autre				

En l'absence d'inquiétude excessive/incontrôlable,
passer à la section **Trouble obsessionnel-compulsif** (p.27)

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle d'inquiétude à propos de ces sujets. Vous m'avez dit que _____ étaient vos principales inquiétudes. Est-ce que cela vous paraît représentatif? Les questions qui suivront porteront sur ces sujets.

Énumérer les principaux sujets d'inquiétude : _____

_____

1. **Au cours des 6 derniers mois, ces sujets ont-ils été une source d'inquiétude la majorité des jours?**

   OUI _____ NON _____

2. **Au cours d'une journée ordinaire du mois passé, quel pourcentage de la journée diriez-vous que vous étiez inquiet?**

   _____ %

   _____ Heures / jour

3. **Au cours des 6 derniers mois, avez-vous souvent expérimenté de/d'_____ quand vous étiez inquiet?; le symptôme de/d'_____ a-t-il été présent la majorité des jours au cours des 6 derniers mois?** (Ne pas relever les symptômes qui sont associés à d'autres troubles comme la panique, la phobie sociale, etc.)

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

	GRAVITÉ	LA MAJORITÉ DES JOURS
a. agitation, fébrilité, sensation d'être survolté ou à bout.	_____	O N
b. Facilement fatigué	_____	O N
c. Difficultés de concentration ou trous de mémoire	_____	O N
d. Irritabilité	_____	O N
e. Tension musculaire	_____	O N
f. Difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu; sommeil agité ou peu reposant.	_____	O N

4. **De quelle façon ces inquiétudes et cette tension/anxiété associée à ces sujets d'inquiétude ont-elles interféré votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; à quel point ces inquiétudes vous ont-elles dérangé?**

_____

_____

_____

Coter le degré d'interférence: _____et de détresse: _____

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

5.a **Pendant cette période, à quel moment ces inquiétudes et ces symptômes de tension/d'anxiété sont-ils devenus problématiques en ce sens qu'ils se sont produits de façon persistante, vous ont ennuyé et que vous avez eu de la difficulté à les contrôler, ou qu'ils ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : ____Mois ____ Année

b. **Vous souvenez-vous d'un facteur ayant pu mener à ce problème ?**

_____

_____

_____

c. **Avez-vous été soumis à ce moment à un type quelconque de stress?**

OUI _____ NON _____

Que s'est-il passé dans votre vie à ce moment-là?

_____

_____

6. **Juste avant que vos inquiétudes deviennent un problème, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, quantité, dates d'utilisation) : _____

_____

7. **Juste avant que vos inquiétudes deviennent un problème, avez-vous eu des problèmes de santé (par ex. hyperthyroïdisme)?**

OUI _____ NON _____

Préciser (Type, dates d'apparition/de rémission) : _____

_____

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. Ces temps-ci, est-ce que vous êtes dérangé par des pensées, des images ou des impulsions qui reviennent sans cesse et qui vous semblent inappropriés ou absurdes mais contre lesquelles vous ne pouvez rien? (Donner les exemples énumérés ci-dessous)

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

_____

Si la réponse à 1a est NON, passer à 1b.

Cotation des obsessions et des compulsions

Utiliser l'espace réservé sous chaque caractéristique pour relever le contenu spécifique et la nature des obsessions et/ou compulsions (y compris l'information recueillie antérieurement au point 1a). Si l'on détermine qu'une caractéristique ci-dessous relève davantage d'un autre trouble relevant de l'axe I, lui accorder la cote "0".

		Présence (oui / non)	Durée (Min.)	Fréquence par jour	Commentaires/ Précisions
a.	**Doute** (p.ex.: serrure fermées, appareils éteints, s'assurer que les tâches sont complètes et exactes)	_____	_____	_____	_____
b.	**Contamination** (crainte de contracter des germes sur les poignées de porte, les toilettes, l'argent, etc.)	_____	_____	_____	_____
c.	**Crainte de faire du mal aux autres accidentellement** (par ex. : les empoisonner ou les blesser sans le savoir)	_____	_____	_____	_____
d.	**Pensées agressives** (p. ex.: se blesser ou blesser les autres intentionnellement, détruire des objets)	_____	_____	_____	_____
e.	**Pensées sexuelles** (p. ex.: pensées ou images obscènes)	_____	_____	_____	_____
f.	**Pensées religieuses/sataniques** (p.ex.: pensées/impulsions blasphématoires)	_____	_____	_____	_____
g.	**Peur de perdre le contrôle** (p.ex.: pousser des cris/se déshabiller en public)	_____	_____	_____	_____
h.	**Images horrifiantes** (p.ex. corps mutilés)	_____	_____	_____	_____
i.	**Pensées/images insensés** (p.ex.: chiffres, lettres, chansons)	_____	_____	_____	_____
j.	**Autre**	_____	_____	_____	_____
k.	**Autre**	_____	_____	_____	_____

1b. **Ces temps-ci, vous sentez-vous obligé de répéter le même comportement ou la même idée maintes et maintes fois dans le but d'essayer de soulager un sentiment de malaise? (Donner les exemples énumérés ci-dessous)**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

_____

		Présence (oui / non)	Durée (Min.)	Répétition (fois)	Commentaires/ Précisions
a.	**Compter** (p.ex.: certaines lettres, chiffres, autres objets dans l'environnement)	_____	_____	_____	_____
b.	**Vérifier**(serrures, appareils, routes, papiers importants, poubelles)	_____	_____	_____	_____
c.	**Laver**	_____	_____	_____	_____
d.	**Accumuler** (p. ex.: journaux, poubelles, articles sans valeur)	_____	_____	_____	_____
e.	**Répéter en soi** (p. ex.: phrases,mots prières)	_____	_____	_____	_____
f.	**Adopter certaines règles ou séquences stéréotypées** (p.ex.: s'assurer d'une symétrie, faire des rituels, adopter une routine précise pour les activités quotidiennes)	_____	_____	_____	_____
g.	**Autre**	_____	_____	_____	_____
h.	**Autre**	_____	_____	_____	_____

****

En l'absence d'obsessions ou de compulsions,
Passer à la section **PHOBIE SIMPLE** (p. 32)

****

A. Obsessions

En l'absence d'obsessions, passer à la section compulsions (p. 30)

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle de pensées, d'images ou d'impulsions répétitives.

Relever les principales obsessions 1: _____

2: _____

Poser les questions suivantes pour chaque obsession :

1a. **Au cours d'une journée ordinaire pendant le mois dernier, quel pourcentage de la journée diriez-vous que ces pensées/impulsions/images/relatives à _____ ont occupé votre esprit?**

no1 : _____% no2 : _____% ensemble : _____%

1b. Dans les cas équivoques, **ces pensées/impulsions/images occupent-elles habituellement votre esprit au moins une heure par jour?**

OUI _____ NON _____

2a. **Au moment où ces pensées/impulsions/images relatives à _____ occupent votre esprit, jusqu'à quel point pensez-vous qu'elles sont vraies (échelle de 0 à 100 où 0 = pas du tout et 100 = totalement)?**

no1 : _____% no2 : _____%

2b. **Jusqu'à quel point pensez-vous que ces pensées/impulsions/images sont vraies, même lorsqu'elles n'occupent pas votre esprit (échelle de 0 à 100)?**

no1 : _____% no2 : _____%

3. **De quelle façon ces pensées/impulsions/images relatives à _____ vous viennent-elles à l'esprit** (Vérifier si le patient reconnaît que les obsessions sont le fruit de son imagination)?

_____

En présence d'intrusion dans la pensée, **Est-ce que ça arrive que ces pensées/impulsions/images sont imposées de l'extérieur?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

4. **Pour vous, que veut dire le fait d'avoir ces pensées/impulsions/images?; quelle signification accordez-vous au fait d'avoir ces pensées/impulsions/images?**

_____

_____

B. Compulsions

En l'absence de compulsions, passer à la section C; Épisode actuel (Obsessions et compulsions;p.31)

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle où vous avez eu des comportements ou des actes mentaux répétitifs.

Relever les principales compulsions 1: _____

2: _____

Poser les questions suivantes pour chaque compulsion :

1a. **Au cours d'une journée ordinaire pendant le mois dernier, quel pourcentage de la journée diriez-vous que vous _____?**

no1 : _____% no2 : _____% ensemble : _____%

1b. Dans les cas équivoques,**Passez-vous habituellement au moins une heure par jour à répéter ces comportements/actes mentaux?**

OUI _____ NON _____

2. **Avez-vous l'impression que la répétition de ces comportements/actes mentaux n'a pas de sens ou prend plus de temps que vraiment nécessaire?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

Si la réponse est NON, Est-ce qu'à un certain moment donné pendant cette période où vous êtes dérangé par ces comportementaux/actes mentaux, vous avez eu l'impression qu'ils n'avaient pas de sens ou prenaient plus de temps que vraiment nécessaire?

OUI _____ NON _____

Préciser:

_____

_____

3. **À quel point vous sentez-vous anxieux si vous ne pouvez pas adopter ces comportements/actes mentaux ou si vous ne les faites pas?**

_____

C. ÉPISODE ACTUEL (Obsessions et/ou compulsions)

1. **De quelle façon ces pensées/images/comportements revenant de façon répétitive interfèrent-ils votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)? À quel point ces symptômes vous dérangent-ils?**

_____

_____

Coter le degré de d'interférence : _____ et de détresse : _____

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

2. **Juste avant ou depuis le début cette période actuelle où vous avez eu de façon répétitive ces pensées/impulsions/images/comportements, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?**

OUI _____ NON _____

Préciser (type, quantité, dates d'utilisation) : _____

_____

3. **Juste avant ou pendant cette période actuelle où vous avez eu de façon répétitive ces pensées/impulsions/images/comportements, avez-vous eu un problème de santé physique quelconque?**

OUI _____ NON _____

Préciser (type, dates d'apparition/de rémission) : _____

_____

4a. **À quel moment ces pensées/impulsions/images/comportements revenant de façon répétitive, sont-ils devenus problématiques en ce sens où ils sont devenus persistants (plus d'une heure par jour), vous ont dérangé, ou ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignement précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : _____Mois _____Année

Si OUI, le clinicien devrait considérer interroger le patient à propos des épisodes passés, particulièrement si ce dernier détermine que cette information pourrait être importante pour des raisons cliniques et de diagnostiques.

Date(s) des épisodes précédents : _____

PHOBIE SPÉCIFIQUE

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

Pour chaque situation, faire une cotation distincte du degré de peur et du degré d'évitement à l'aide de l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas de peur/ N'évite jamais		Peur légère/ Évite rarement		Peur Moyenne/ Évite Parfois		Peur sévère/ Évite souvent		Peur Très sévère/ Évite toujours

Pour chaque situation, poser des questions à la fois sur les épisodes actuels et passés :

1. **Ces temps-ci, avez-vous peur ou ressentez-vous le besoin d'éviter certaines choses comme :**

Utiliser la section réservée aux commentaires pour relever toute information clinique pertinente (p.ex. : fréquence à laquelle la situation redoutée se présente).

		Peur	Évitement	Commentaires
a.	**Animaux** (p. ex. : serpents, araignées, chiens, abeilles/insectes)	_____	_____	_____
b.	**Environnement naturel**			
	hauteur	_____	_____	_____
	tempêtes	_____	_____	_____
	eau	_____	_____	_____
c.	**Sang/injection/blessure: de soi**			
	sang d'une petite coupure	_____	_____	_____
	injections	_____	_____	_____
	prélèvements	_____	_____	_____
d.	**Sang/injection/blessure: d'autrui**			
	sang d'une petite coupure	_____	_____	_____
	injections	_____	_____	_____
	prélèvements	_____	_____	_____
e.	**Situation**			
	voyage en avion	_____	_____	_____
	Ascenseur/petit endroit clos	_____	_____	_____
	Conduite automobile	_____	_____	_____
f.	**Varié**			
	Interventions dentaires/chirurgicales	_____	_____	_____
	Étouffement	_____	_____	_____
	vomissement	_____	_____	_____
	peur d'attraper une maladie	_____	_____	_____
g.	**Autres**			
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

En l'absence de crainte/ d'évitement,
Passer à la section **ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE** (p.35)

II. ÉPISODE ACTUELLE

Pour chaque crainte spécifique de caractère potentiellement de sévérité clinique, poser les questions suivantes :

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur vos craintes spécifiques actuelles.

A. Crainte spécifique numéro 1 : _____

1. **Que craignez-vous qu'il arrive dans cette situation?** _____

_____

2. **Est-ce que vous expérimentez de l'anxiété presque chaque fois que vous êtes confronté à _____?**

OUI _____ NON _____

3. **Est-ce que l'anxiété se manifeste dès que vous êtes mis dans cette situation ou juste avant, ou se manifeste-t-elle parfois de façon retardée ou imprévisible?**

IMMÉDIATE _____ RETARDÉE _____

6. **De quelle façon cette crainte interfère-t-elle avec votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; Dans quelle mesure êtes-vous dérangé par cette crainte?**

_____

_____

Coter le degré d'interférence : _____ et de détresse : _____

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

6a. **À quel moment l'anxiété face à _____ était-elle devenue problématique en ce sens qu'elle causait beaucoup de détresse ou d'interférence dans votre vie** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignement précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)

_____

Date d'apparition : _____Mois _____Année

B. Crainte spécifique no 2 : _____

1. Que craignez-vous qu'il arrive dans cette situation? _____

_____

2. Est-ce que vous expérimentez de l'anxiété presque chaque fois que vous êtes confronté à _____?

OUI _____ NON _____

3. Est-ce que l'anxiété se manifeste dès que vous êtes mis dans cette situation ou juste avant, ou se manifeste-t-elle parfois de façon retardée ou imprévisible?

IMMÉDIATE _____ RETARDÉE _____

6. De quelle façon cette crainte interfère-t-elle votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales)?; Dans quelle mesure êtes-vous dérangé par cette crainte?

_____

_____

Coter le degré d'interférence : _____ et de détresse : _____

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

6a. À quel moment l'anxiété face à _____ était-elle devenue problématique en ce sens qu'elle causait beaucoup de détresse ou d'interférence dans votre vie (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignement précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)

_____

Date d'apparition : _____Mois _____Année

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE/TROUBLE STRESS AIGU

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. **Vous est-il déjà arrivé d'être victime ou témoin d'un événement traumatisant ou mettant votre vie ou celle d'autres personnes en danger comme une attaque, un viol, un meurtre, un combat, un accident grave, une catastrophe naturelle ou d'origine humaine?**

OUI _____ NON_____

Si la réponse est OUI, préciser la nature et la date de l'événement ou des événements; préciser la date où le traumatisme a pris fin dans le cas où celui-ci a persisté (par exemple : violence corporelles répétées :

_____

_____

_____

1b. **Vous souvenez-vous d'événements de cette nature au cours de votre enfance?**

OUI _____ NON_____

Si la réponse est OUI, préciser la nature et la date de l'événement ou des événements; préciser la date où le traumatisme a pris fin dans le cas où celui-ci a persisté (par exemple : violence corporelles répétées :

_____

_____

_____

Si la réponse à 1a ou 1b est OUI, investiguer davantage pour poser le diagnostic.

ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. Ces temps-ci, vous sentez-vous déprimé, triste, vidé ou avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans presque toutes vos activités habituelles?

Dépressif : OUI _____ NON _____
Perte d'intérêt : OUI _____ NON _____

1b. Ces temps-ci, d'autres personnes vous font-elles des commentaires sur le fait que vous avez l'air déprimé ou triste ou que vous semblez moins intéressé par dans vos activités habituelles?

Dépressif : OUI _____ NON _____
Perte d'intérêt : OUI _____ NON _____

****

Si la réponse aux questions 1a, 1b est OUI ou équivoque,
poursuivre l'interrogatoire.
Autrement, passer à la section **TROUBLE DYSTHIMIE** (p. 40)

****

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle[où vous vous sentez déprimé/où vous avez perdu intérêt].

1. Avez-vous ressenti ces sentiments de [dépression/perte d'intérêt dans les activités habituelles] pour une bonne partie de la journée presque tous les jours au cours des deux dernières semaines?

Dépressif : OUI _____ NON _____
Perte d'intérêt : OUI _____ NON _____

Si NON, le clinicien devrait interroger le patient de façon sommaire afin de déterminer la possibilité d'un trouble dépressif en rémission ou récurrente.

2. **Au cours des deux dernières semaines, avez-vous expérimenté un/une_____?; Avez-vous expérimenté un/une _____ presque chaque jour au cours des deux dernières semaines?** (Relever les symptômes qui ont été présents au cours de la même période de deux semaines et qui ont constitué un changement par rapport au fonctionnement habituel du patient.)

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

		Gravité	Presque tous les jours	
a.	Déprimé, triste, vidé	_____	O	N
b.	Perte d'intérêt	_____	O	N
c.	Perte ou gain de poids significatif (par ex. : plus de 5% de poids corporel en un mois); augmentation ou diminution de l'appétit	_____	O	N
d.	Insomnie ou hypersomnie	_____	O	N
e.	1. Agitation ou ralentissement psychomoteur **Êtes-vous capable de rester tranquille ?**	_____	O	N
	2. Êtes-vous si ralenti que vous pouvez difficilement vous déplacer ou soutenir une conversation? (doit être observable)	_____	O	N
f.	Fatigue ou perte d'énergie	_____	O	N
g.	Sentiment d'indignité ou culpabilité excessive. **Vous sentez-vous coupable ou vous accusez-vous?**	_____	O	N
h.	Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision. **Pensez-vous au ralenti, avez-vous du mal à prendre des décisions?**	_____	O	N
i.	Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires. **Pensez-vous à la mort ou à vous faire du mal? À quel point y pensez-vous?**	_____	O	N

Si la réponse à la question 2i. est OUI, poser des questions sur l'étendue des idées suicidaires ou sur l'intention suicidaire (par ex. : tentatives précédentes de suicide, existence d'un plan précis pour se suicider ou accès aux moyens de mettre ce plan à exécution, capacité de donner des raisons de vouloir vivre) :

_____

_____

_____

_____

_____

j. Avez-vous déjà fait une (ou des) tentative(s) de suicide?

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, poser des questions sur la récence?

_____

_____

_____

3. De quelle façon ces symptômes de dépression interfèrent-ils avec votre vie (vie de tous les jours, travail, activités sociales); Jusqu'à quel point le fait d'avoir ces symptômes vous dérange-t-il?

_____

_____

Coter le degré d'interférence: _____ et de détresse: _____

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

4. Juste avant ou depuis cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces sentiments, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?

OUI _____ NON _____

Préciser (type, quantité, dates d'utilisation) : _____

_____

5. Pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces sentiments, avez-vous eu des problèmes de santé physique (par ex. : hypothyroïdie,hypoglycémie) ou étiez-vous enceinte?

OUI _____ NON _____

Préciser (type, dates d'apparition/de rémission) : _____

_____

6a. À quel moment la dépression et les symptômes l'accompagnant sont-ils devenus problématiques en ce sens qu'ils se sont produits de façon persistante (presque tous les jours), qu'ils vous ont dérangé, ou qu'ils ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)

_____

Date d'apparition : _____Mois _____ Année

Note : Si les symptômes de dépression se sont produits dans les 2 mois ayant suivi la perte d'un être cher, considérer le diagnostic de deuil.

7. **À part cette période actuelle de dépression et/ou de perte d'intérêt dans les activités habituelles, y a-t-il eu d'autres périodes distinctes avant celle-ci où vous avez connu les mêmes problèmes?**

OUI _____ NON _____

Si OUI, le clinicien devrait considérer interroger le patient à propos des épisodes passés, particulièrement si ce dernier détermine que cette information pourrait être importante pour des raisons cliniques et de diagnostiques.

Date(s) des épisodes précédents : _____

TROUBLE DYSTHYMIE

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

Si le patient a répondu aux critères de l'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR, faire précéder les questions de l'INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE par "**À part cette période** _____ (préciser la date de l'épisode dépressif majeur)."

1a. Au cours des deux dernières années, avez-vous eu souvent des jours au cours desquels vous vous sentiez triste ou déprimé pendant la plus grande partie de la journée?

OUI _____ NON _____

1b. Au cours des deux dernières années, des personnes vous ont-elles fait des commentaires sur le fait que vous paraissiez souvent déprimé ou triste?

OUI _____ NON _____

****

Si la réponse aux questions 1a ou 1b est OUI ou équivoque, poursuivre l'interrogatoire.
Autrement, passer à la section **MANIE/CYCLOTHYMIE** (p. 43)

****

II. ÉPISODE ACTUEL

Je vais maintenant vous poser une série de questions sur la période actuelle où vous vous êtes senti déprimé ou triste.

1. Quel pourcentage de jours au cours des deux dernières années vous êtes-vous senti déprimé la majeure partie de la journée?

_____%

Si la réponse est équivoque, **Diriez-vous que vous vous êtes senti ainsi la majorité des jours au cours des deux dernières années?**

OUI _____ NON _____

2. Au cours des deux dernières années, avez-vous connu des périodes de 2 mois ou plus pendant lesquelles votre humeur était normale?

OUI _____ NON _____

Si OUI, **Quand était-ce?** DU _____ AU _____

3. **Au cours des deux dernières années, avez-vous souvent expérimenté un/une : _____ quand vous étiez déprimé?; Au cours des deux dernières années, est-ce que ce symptôme de _____ a été là de façon persistante, c'est-à-dire que vous n'avez pas eu de périodes d'au moins 2 mois pendant lesquelles vous n'avez pas eu ce symptôme?**

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

		Gravité	Persistance
a.	Perte d'appétit ou boulimie	_____	O N
b.	Insomnie ou hypersomnie.**Troubles du sommeil ou sommeil exagéré?**	_____	O N
c.	Baisse d'énergie ou fatigue	_____	O N
d.	Faible estime de soi. **Sentiment d'échec ou faible estime de soi?**	_____	O N
e.	Difficulté de concentration ou difficulté à prendre des décisions	_____	O N
f.	Sentiment de perte d'espoir. **Pessimisme face à l'avenir?**	_____	O N

4. **De quelle façon ces symptômes de dépression interfèrent-ils avec votre vie (vie de tous les jours, travail,activités sociales)?; À quel point le fait d'avoir ces symptômes vous dérange-t-il?**

_____

_____

Coter le degré d'interférence : _____ et de détresse:_____

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

5. **Pendant toute cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces sentiments, avez-vous pris des médicaments ou d'autres types de drogues sur une base régulière?**

OUI _____ NON _____

Préciser (type, quantité, dates d'utilisation) : _____

_____

6. **Pendant cette période actuelle au cours de laquelle vous avez eu ces sentiments, avez-vous eu des problèmes de santé physique (par ex. : hypothyroïdie, hypoglycémie) ou étiez-vous enceinte?**

OUI _____ NON _____

Préciser (type, dates d'apparition/de rémission) : _____

_____

7. **À quel moment la dépression et les symptômes l'accompagnant sont-ils devenus problématiques en ce sens qu'ils se sont produits de façon persistante (presque tous les jours), qu'ils vous ont dérangé, ou qu'ils ont interféré avec votre vie d'une façon ou d'une autre** (Note : si le patient reste imprécis quant à la date d'apparition, tenter d'obtenir des renseignements plus précis, par exemple, en essayant d'établir un lien entre l'apparition de la perturbation et des faits réels survenus dans la vie du patient.)?

_____

Date d'apparition : _____Mois _____ Année

MANIE/CYCLOTHYMIE

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. **Avez-vous déjà connu une période de plusieurs jours ou vous vous êtes senti anormalement ou excessivement exalté ou irritable? Il s'agit de bien autre chose que de se sentir simplement de bonne humeur ou de ressentir les effets euphorisants d'une substance. Ce dont je parle, c'est une période où vous avez été de façon persistante anormalement exalté ou irritable, par exemple où vous n'aviez plus besoin de dormir autant, où vos pensées défilaient où vous étiez facilement distrait où vous vous lanciez dans un nombre inhabituel d'activités.**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, **Quand cela vous est-il arrivé la dernière fois?**

_____

Combien de temps cette période a-t-elle duré? _____

Si OUI, investiguer davantage pour poser le diagnostic.

TROUBLE DE SOMATISATION

I. Interrogatoire préliminaire

1a. **Au cours de votre vie, avez-vous eu beaucoup de problèmes de santé physique différents?**

OUI _____ NON _____

b. **Au cours des quelques dernières années, ces problèmes physiques vous ont-ils amené à consulter le médecin à plusieurs reprises ou ont-ils perturbé votre vie de façon majeure (travail, activités sociales)?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

c. **Au cours des quelques dernières années, les médecins que vous avez consultés ont-ils souvent eu de la difficulté soit à diagnostiquer l'origine de vos symptômes, soit à les traiter efficacement?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

Si OUI, aux questions 1a,1b et 1c; énumérer TOUS les troubles et l'âge approximatif depuis l'enfance.

ABUS D'ALCOOL/DÉPENDANCE À L'ALCOOL

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1a. **Ces temps-ci, combien d'alcool avez-vous l'habitude de boire** (Préciser le nombre, le type, la quantité et indiquer la période; p. ex. : "trois bières de 12 oz par semaine".)?

_____

_____

Si le patient prend actuellement de l'alcool, passer au point 2.

1b. **Avez-vous déjà eu dans votre vie une période où vous buviez de l'alcool?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI,
Combien d'alcool aviez-vous l'habitude de boire (Préciser le nombre, le type et la quantité et indiquer la période; p. ex. : "trois bières de 12 oz par semaine".)?

_____

_____

À quand remonte la dernière période au cours de laquelle vous buviez de l'alcool?

_____

Si OUI à 1b, investiguer davantage pour poser le diagnostic.

****

En l'absence de consommation d'alcool actuelle,
passer à la section ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES (p.45)

****

ABUS DE SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES
DÉPENDANCE À DES SUBSTANCES PSYCHO-ACTIVES

I. INTERROGATOIRE PRÉLIMINAIRE

1. Consommation de caféine

1a. **Ces temps-ci, combien de boissons contenant de la caféine avez-vous l'habitude de boire** (Préciser le nombre, le type, la quantité et indiquer la période; p. ex. : "trois tasses de café par jour")?

_____

_____

1b. **Votre consommation de caféine vous a-t-elle causé des problèmes (p.ex. : anxiété, troubles du sommeil, symptômes physiques comme des troubles gastro-intestinaux, agitation, maux de tête)?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser : _____

2a. **À part votre consommation d'alcool ou de caféine, avez-vous déjà pris d'autres substances comme de la marijuana ou de la cocaïne?**

OUI _____ NON _____

2b. **Avez-vous déjà utilisé certains médicaments d'ordonnance ou non (p. ex.: anxiolytiques, remèdes contre la toux) en quantités excessives ou à une fréquence ou à une dose supérieures à celles prescrites par le médecin?**

OUI _____ NON _____

Si OUI à 2a ou 2b, investiguer davantage pour poser le diagnostic.

PSYCHOSE NON ORGANIQUE/SYMPTÔMES DE CONVERSION

1. **Avez-vous déjà connu un déficit de votre fonctionnement physique comme une paralysie, des convulsions ou des douleurs intenses?**

OUI _____ NON _____

Si la réponse est OUI, préciser la nature et les dates : _____

_____

2. **Avez-vous déjà connu une période au cours de laquelle vous avez connu des expériences étranges et inhabituelles comme :**

a) Entendre ou voir des choses que les autres ne perçoivent pas? **oui** _____ **non**_____

b) Entendre des voix ou des conversations alors qu'il n'y a personne **oui** _____ **non**_____

c) Avoir des visions que les autres n'ont pas? **oui** _____ **non**_____

d) Avoir la sensation que quelque chose d'étrange se passe autour de vous, que des gens font des choses pour vous mettre à l'épreuve, vous provoquer ou vous blesser de sorte que vous devez toujours être sur vos gardes? **oui** _____ **non**_____

Si la réponse à l'une de ces questions est OUI, préciser la nature et les dates :

_____

_____

_____

Si OUI à une question ou plus, investiguer davantage pour poser le diagnostic.

INSOMNIE

1. **Avez-vous de la difficulté à vous endormir?**

OUI _____ NON _____

a. Habituellement (i.e., dans le dernier mois), combien de soirs/nuits par semaine prenez-vous plus de 30 minutes pour vous endormir après avoir éteint les lumières?

_____

2. **Avez-vous de la difficulté à rester endormi?**

OUI _____ NON _____

a. Habituellement (i.e., dans le dernier mois), combien de soirs/nuits par semaine restez-vous éveillé plus de 30 minutes durant la nuit après vous être endormi une première fois?

_____

3. **Avez-vous des problèmes de réveil trop tôt le matin?**

OUI _____ NON _____

a. Habituellement (i.e., dans le dernier mois), à quelle heure est votre réveil le matin?

_____

4. **Jusqu'à quel point est-ce que vos difficultés de sommeil (ou la fatigue qui y est associée) nuisent à votre fonctionnement quotidien (occupationnel, social et autres)?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Légèrement		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

5. **Jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé par vos difficultés de sommeil ou par les séquelles (fatigue, problèmes de concentration, etc.) qui y sont associées?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout		Légèrement		Modérément		Beaucoup		Extrêmement

6. **Utilisez-vous des médicaments pour les problèmes de santé physique ou mental que vous avez?**

OUI _____ NON _____

Si oui, lesquels?

_____

7. **Est-ce que vous consommez de l'alcool pour vous aider à dormir (ou tard dans la soirée)?**

OUI _____ NON _____

Si oui, lesquels?

_____

Combien d'onces par soir?

_____

Depuis combien de temps?

_____

8. **Est-ce que vous prenez un médicament avec ou sans ordonnance pour vous aider à dormir?**

OUI _____ NON _____

Si oui, lesquels?

_____

Quel dosage?

_____

Depuis combien de temps?

_____

9a. **Avez-vous déjà eu une période dans votre vie où vous aviez des problèmes de sommeil (insomnie), sans avoir de problèmes reliés aux inquiétudes ni de dépression?**

OUI _____ NON _____

Si non, passer à la question "Autre traitement" (#10).
Si oui, passer à b.

9b. **Avez-vous vécu une période d'au moins un mois d'insomnie sans Trouble d'anxiété Généralisée ni Dépression?**

OUI _____ NON _____

Si non, passer à la question "Autre traitement" (#10).
Si oui, passer à c.

9c. **À quand cette période remonte-t-elle?**

_____

_____

Combien de temps a-t-elle duré?

_____

_____

10. **Autre traitement**

Recevez-vous présentement un traitement de la part d'un psychologue, psychothérapeute, psychiatre ou autres?

OUI _____ NON _____

Qui?_____

Pour quelle raison?_____

Depuis combien de temps?_____

DIAGNOSTICS ACTUELS DU DSM-IV

	Principal diagnostic	Cotation de la gravité	Autres diagnostics	Cotation de la gravité
AXE 1 :	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
AXE 2 :	_____	_____	_____	_____

AXE 3: _____

AXE 4: Aigu : _____ Toléré : _____

Facteurs de stress aigus : _____

_____

Facteurs de stress chroniques : _____

_____

AXE 5: Actuel : _____ L'an passé : _____

DIAGNOSTICS PASSÉS DU DSM-IV

Diagnostic	Cotation de la gravité	Date d'apparition	Date de rémission
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Niveau de certitude diagnostique (0-100) : _____

Si la cote est < 70, prière de commenter :

_____

_____

_____

ANNEXE C

QUESTIONNAIRE D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

II 1.1

Incertitude

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

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

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

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

20. ____ Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.

21. ____ Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.

22. ____ Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.

23. ____ Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.

24. ____ L'incertitude m'empêche de bien dormir.

25. ____ Je dois me retirer de toute situation incertaine.

26. ____ Les ambiguïtés de la vie me stressent.

27. ____ Je ne tolère pas d'être indécis(e) au sujet de mon avenir.

©Mark H. Freeston, Michel Dugas, Hélène Letarte, Josée Rhéaume, & Robert Ladouceur. Laboratoire de thérapies behaviorales, École de psychologie, Université Laval, Québec, 1993. Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and individual Differences, 17*, 791-802.

ANNEXE D

QUESTIONNAIRE D'ATTITUDE FACE AUX PROBLÈMES

QAP

Questionnaire d'Attitude face aux Problèmes

Les gens peuvent réagir de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex : problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Écrivez le chiffre vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés.

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

____ 1. Je perçois les problèmes comme étant menaçant pour mon bien-être.

____ 2. Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes.

____ 3. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème.

____ 4. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables.

____ 5. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés.

____ 6. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus.

____ 7. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.

____ 8. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.

____ 9. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.

____ 10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.

____ 11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.

____ 12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Olivier Pelletier, Julie Bertrand & Robert Ladouceur (2000). École de psychologie, Université Laval, Québec (Qc), Canada.

ANNEXE E

QUESTIONNAIRE SUR L'ÉVITEMENT COGNITIF

QEC

Questionnaire sur l'Évitement Cognitif

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées (écrivez le numéro correspondant à l'avant de chacun des énoncés).

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

1. ___ Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.
2. ___ J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.
3. ___ Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.
4. ___ Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.
5. ___ J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.
6. ___ J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.
7. ___ J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.
8. ___ Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.
9. ___ J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.
10. ___ Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.
11. ___ Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.
12. ___ Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.
13. ___ Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.

Suite page suivante ➡

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

14. ___ Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.

15. ___ Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.

16. ___ Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préfèrerais ne pas penser.

17. ___ Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.

18. ___ J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.

19. ___ Lorsque je vois des images dans ma tête qui sont trop dérangeantes, je les remplace par des pensées verbales (monologue interne).

20. ___ Je m'inquiète de beaucoup de petites affaires pour ne pas penser aux choses plus importantes.

21. ___ Parfois, je me garde occupé(e) seulement pour empêcher les pensées de surgir dans mon esprit.

22. ___ J'évite des situations avec d'autres personnes qui me font penser à des choses désagréables.

23. ___ J'essaie de décrire intérieurement des événements dérangeants plutôt que d'en former une image dans ma tête.

24. ___ Je mets de côté les images associées à une situation menaçante en tentant plutôt de me la décrire intérieurement.

25. ___ Je pense à ce qui inquiète les autres plutôt que de penser à mes propres inquiétudes.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Frederic Langlois, Mark H. Freeston, Robert Ladouceur, Michel J. Dugas & Olivier Pelletier, 2000. Laboratoire de thérapies comportementales et cognitives, Université Laval, Québec, Canada.

ANNEXE F

QUESTIONNAIRE POURQUOI S'INQUIÉTER ? - DEUXIÈME VERSION

PSI 2

Pourquoi S'inquiéter?

Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais (écrivez le chiffre à l'avant de chacun des énoncés).

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

1. _____ Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.
2. _____ Si je m'inquiète, je serai moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.
3. _____ Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.
4. _____ Si je m'inquiète à l'avance, je serai moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.
5. _____ Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.
6. _____ Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.
7. _____ Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.
8. _____ C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.
9. _____ Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.
10. _____ Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.
11. _____ Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.
12. _____ Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.
13. _____ Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.
14. _____ En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.

Suite page suivante



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

15. _____ L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.

16. _____ Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.

17. _____ Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.

18. _____ En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.

19. _____ Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.

20. _____ Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.

21. _____ En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.

22. _____ Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.

23. _____ Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.

24. _____ En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.

25. _____ Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.

© Tous droits réservés. Patrick Gosselin, Robert Ladouceur, Frederic Langlois, Mark H. Freeston & Julie Bertrand, 2001.
Laboratoire de thérapies comportementales et cognitives, Université Laval, Québec, Canada.

ANNEXE G

QUESTIONNAIRE SUR L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ - ABRÉGÉ

QIA

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété

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

   a) _____ d) _____

   b) _____ e) _____

   c) _____ f) _____

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement excessives				Modérément excessives				Complètement excessives

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives? (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais				1 jour sur 2				À tous les jours

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? (Encerclez le chiffre correspondant.)

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

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? (Cotez chaque sensation à l'aide de l'échelle)

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

   ____ Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

   ____ Facilement fatigué-e

   ____ Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

   ____ Irritabilité

   ____ Tensions musculaires

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

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc. ? (Encerclez le chiffre correspondant.)

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

© Tous droits réservés. Michel J. Dugas, Mark H. Freeston, Martin D. Provencher, Stella Lachance, Robert Ladouceur & Patrick Gosselin (2000). Université Laval, Québec (Qc), Canada.

ANNEXE H

ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Numéro du participant : _____

Entrevue téléphonique

Partie A : Données socio-démographiques

Date : _____ Évaluateur : _____
Nom : _____ Téléphone : _____
Sexe : H _____ F_____ Âge : _____

Comment avez-vous entendu parler de l'étude (journal, affiche, tiers, etc.) **?**

_____

_____

Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous avez complété ?

1. Primaire	
2. Secondaire	
3. CÉGEP	
4. Université	
5. Autre :	
NSP/NRP	

Présentement, quelle est votre occupation principale ?

1. Au travail	
1.1. Temps plein	
1.2. Temps partiel	
1.3. Saisonnier	
1.4. Autre	
2. Aux études	
2.1. Temps plein	
2.2. Temps partiel	
3. Au foyer	
4. Retraité	
5. Sans emploi	
NSP/NRP	

Quel est votre métier ou votre profession ?

_____

_____

Quel est votre état civil ?

1. Célibataire	
2. Marié(e)	
3. Conjoint de fait	
4. Séparé(e)	
5. Divorcé(e)	
6. Veuf (ve)	
NSP/NRP	

Avez-vous des enfants ? : Oui _____ Non _____

Si oui, combien ? _____

Vivent-ils avec vous ? Oui _____ Non _____

Partie B : Évaluation préliminaire du TAG et de la dépression

Je vais maintenant vous poser quelques questions afin de vérifier si vous répondez aux critères de sélection de notre étude.
Il s'agit d'une entrevue confidentielle.
Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.
Répondez-moi aussi précisément que possible.

<u>TAG</u>

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

		TAG	**NonTAG**
a)	_____	_____	_____
b)	_____	_____	_____
c)	_____	_____	_____
d)	_____	_____	_____
e)	_____	_____	_____
f)	_____	_____	_____
g)	_____	_____	_____
h)	_____	_____	_____

Si la personne mentionne des inquiétudes au sujet de sa santé physique, investiguer la présence d'un problème médical. Si oui, évaluer si les inquiétudes sont excessives pour l'état de santé physique de la personne. Pour évaluer l'aspect excessif des inquiétudes pour un problème médical, il faut tenir compte de :

*(1) la sévérité du problème médical*_____
*(2) la durée depuis le début du problème médical*_____
*(3) la fréquence des inquiétudes*_____
*(4) l'intensité des inquiétudes*_____

Poursuivre l'évaluation en excluant les inquiétudes qui sont "normales" pour une condition médicale et celles qui sont associées à un autre trouble émotionnel. Par exemple, ne pas inclure les inquiétudes au sujet des choses suivantes:

(1) les attaques de panique
(2) l'évaluation des autres en situation sociale
(3) une obsession ou une compulsion
(4) une phobie simple
(5) tout autre problème psychologique

2. **Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?**
   Oui _____ Non _____

3. **Est-ce qu'il y a des gens de votre entourage qui vous disent que vos inquiétudes sont excessives ou exagérées?**
   Oui _____ Non _____
   Si oui, qui? a) _____
   b) _____
   c) _____

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

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

5. **Au cours d'une journée normale du dernier mois, quel pourcentage de la journée vous êtes-vous senti-e tendu-e, anxieux-se ou inquiet-ète?**
   _____%

Ici, on parle d'une journée d'environ 16 heures, c'est-à-dire les heures d'éveil. Donc, si la personne s'inquiète pendant 4 heures, le pourcentage devient 25%.

6. **Récemment, avez-vous eu des inquiétudes plus d'une journée sur deux?**
   Oui _____ Non _____

Ici, récemment veut dire au cours des derniers mois. Si la personne a de la difficulté à répondre, on peut lui demander si elle est inquiète ou anxieuse dans une journée habituelle ou moyenne.
Si oui, depuis combien de temps? _____

7. **Depuis combien de temps vos inquiétudes ou votre anxiété sont-elles un problème pour vous?**
   _____ années _____mois

Ici il ne s'agit pas d'évaluer la durée de la présence d'inquiétudes plus d'une journée sur deux, mais depuis combien de temps c'est un problème pour la personne.

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

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

Si la personne répond oui à au moins 3 symptômes, elle répond au critère somatique du TAG.
Oui _____ Non _____

9. **Est-ce que vos inquiétudes ou votre anxiété interfèrent avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, études, activités sociales, famille, etc.?**
   Oui _____ Non _____

10. **Est-ce que vos inquiétudes ou votre anxiété vous amènent à éviter certaines activités?**
    Oui _____ Non _____

11. **Est-ce que vos inquiétudes ou votre anxiété vous amènent à poser certains gestes?**
    Oui _____ Non _____

12. **Est-ce que vos inquiétudes ou votre anxiété font en sorte que vous vous sentez mal quand vous faites des activités ou tentez de relaxer?**
    Oui _____ Non _____

Si la personne répond oui à au moins une question d'interférence (9, 10, 11, 12), elle répond au critère d'interférence.
Oui _____ Non _____

Dépression

13. **Au cours des 2 dernières semaines, est-ce qu'à presque tous les jours vous vous êtes senti déprimé et triste et ce, pendant la plus grande partie de la journée?**
    Oui _____ Non _____

14. **Est-ce que vous avez perdu intérêt pour vos activités habituelles?**
    Oui _____ Non _____

15. **Avez vous de la difficulté à faire vos activités quotidiennes de base comme prendre votre douche ou vous préparer un repas ?**
    Oui _____ Non _____

16. **Ces derniers temps, avez-vous perdu espoir au point de penser à vous enlever la vie?**
    Oui _____ Non _____

    Si oui, noter les interventions: _____

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

    Si oui, lesquelles? _____

18. **Qu'est-ce qui vous dérange le plus entre (1) vos inquiétudes et votre anxiété et (2) cette autre difficulté (le trouble additionnel le plus sévère)?**
    TAG _____% Autre _____%

Conclure l'entretien.