

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'ÉVITEMENT EXPÉRIENTIEL : MÉDIATEUR ENTRE DES PROCESSUS
PSYCHOLOGIQUES ET LEURS IMPACTS PSYCHOLOGIQUES

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
JESSICA ROUSSEAU

AVRIL 2026

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Frédéric Dionne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

Frédéric Langlois, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	codirecteur de recherche
--	--------------------------

Jury d'évaluation :

Frédéric Dionne, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	directeur de recherche
--	------------------------

Marie-Pier Vaillancourt Morel, Ph. D. Université du Québec à Trois-Rivières	évaluatrice interne
--	---------------------

Jean-Philippe Gagné, Ph. D. Université du Québec à Montréal	évaluateur externe
--	--------------------

Sommaire

Cet essai s'intéresse aux processus transdiagnostiques, soit des processus psychologiques communs à plusieurs troubles mentaux sur lesquels il est possible d'intervenir. Parmi eux, l'évitement expérientiel (ÉE), défini comme la tendance à éviter ou contrôler les expériences internes jugées désagréables, occupe une place centrale dans plusieurs modèles en psychologie. Ce projet de recherche s'intéresse au rôle médiateur de l'ÉE entre des processus transdiagnostiques, tels que la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et les préoccupations perfectionnistes (variables indépendantes) et des mesures d'impacts psychologiques telles que les symptômes de détresse, les relations interpersonnelles et les performances dans les rôles sociaux (variables dépendantes). Les données cliniques proviennent de 268 participants (63,8 % de femmes, $M = 39,2$ ans, $ET = 14,6$) suivis à l'Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale (UTCC) du CISSS de Chaudière-Appalaches. À l'aide du logiciel R et du paquetage *lavaan*, des analyses corrélationnelles et de médiation ont été réalisées. Les résultats indiquent que l'ÉE est significativement associé aux trois variables dépendantes. De plus, la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude présentent des effets indirects significatifs sur les impacts psychologiques par l'intermédiaire de l'ÉE, contrairement au perfectionnisme pour lequel aucun effet de médiation significatif n'a été observé. Ces résultats sont compatibles avec un modèle dans lequel l'ÉE est associé aux relations entre certains processus transdiagnostiques de vulnérabilité et la détresse psychologique, et soutiennent la pertinence de cibler l'ÉE sur le plan clinique.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	5
Processus transdiagnostiques	6
Thérapies basées sur les processus transdiagnostiques	7
Définition d'un processus transdiagnostique	9
Modèle transdiagnostique de Frank et Davidson	10
Processus psychologiques centraux de l'étude	11
Sensibilité à l'anxiété	11
Intolérance à l'incertitude	12
Perfectionnisme	14
Évitement expérientiel	16
Modèles théoriques ciblant l'ÉE	17
Modèle de la flexibilité psychologique	18
ÉE comme cible de traitement	19
Opérationnalisation et mesure de l'ÉE	20
Lien entre l'ÉE et les autres processus à l'étude	22
ÉE et sensibilité à l'anxiété	22

ÉE et intolérance à l'incertitude.....	23
ÉE et perfectionnisme	25
Limites dans la littérature.....	27
Objectif	29
Hypothèses de l'étude	31
Hypothèse 1 – ÉE et impact psychologique	31
Hypothèse 2 – Sensibilité à l'anxiété.....	32
Hypothèse 3 – Intolérance à l'incertitude	32
Hypothèse 4 – Perfectionnisme	32
Méthode.....	34
Participants.....	35
Procédure	38
Instruments de mesure	39
Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items (MEAQ-30; Sahdra et al., 2016)	39
Index de sensibilité à l'anxiété (ISA; Verreault et al., 2007).....	40
Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III; Gosselin et al., 2008)	41
Questionnaire d'attitudes perfectionnistes (MSP; Cossette, 2016).....	41
Questionnaire de mesure d'impact-45 (MI-45; Lambert et al., 1996)	42
Plan d'analyses statistiques.....	43
Résultats	45
Analyses corrélationnelles	46
Analyses de médiation	48

Discussion	53
Liens directs	54
Liens de médiation	58
Apports et implications cliniques.....	61
Limites et pistes de recherches futures	63
Conclusion	67
Références	70

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques démographiques et diagnostiques de l'échantillon.....	36
2	Analyses corrélationnelles.....	47
3	Résultats des analyses de médiation.....	51

Liste des figures

Figure

- 1 Modèle conceptuel de l'étude évaluant les relations entre la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude, le perfectionnisme, l'ÉE et les mesures d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performance dans les rôles sociaux).....31
- 2 Résultats standardisés du modèle de médiation à l'étude49

Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à mon directeur de recherche, Frédérick Dionne, Ph. D., pour son accompagnement bienveillant, sa rigueur scientifique, sa patience indéfectible et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce parcours doctoral. Sa disponibilité, ses conseils éclairés et son regard critique m'ont constamment guidée et poussée à donner le meilleur de moi-même. Je tiens aussi à remercier mon co-directeur de recherche, Frédéric Langlois, Ph. D., dont les réflexions, les corrections et les conseils avisés ont grandement contribué à la construction du modèle de recherche et ont inspiré ma démarche.

Je souhaite également remercier sincèrement Joël Gagnon, Ph. D., pour son aide précieuse dans la réalisation des analyses statistiques. Sa clarté, son efficacité et sa patience ont rendu possible la compréhension des aspects méthodologiques et ont contribué à la solidité de cette recherche.

Je tiens à souligner la précieuse collaboration de Josée Rhéaume, Ph. D., et de Valérie Tremblay, D. Psy., dont la confiance et la générosité ont permis l'accès à des données cliniques d'une qualité exceptionnelle.

Enfin, je souhaite remercier du fond du cœur mon conjoint, Pierre-Alexandre, pour son soutien, sa patience et ses encouragements infinis à chaque étape de ce long parcours. Sa présence constante a été une véritable ancre dans les moments d'incertitude.

À ma famille et mes amis, merci pour votre soutien, votre écoute et votre confiance, qui m'ont rappelé, jour après jour, l'importance de l'équilibre, du rire et de la persévérance.

Introduction

En 2010, environ une personne sur cinq était atteinte d'un trouble de santé mentale (Lesage & Émond, 2012), les troubles dépressifs et les troubles anxieux étant les plus courants (Lesage & Émond, 2012). Au Québec, en 2024, 15 % de la population québécoise de 18 ans et plus avaient reçu un diagnostic d'un trouble anxieux de la part d'un professionnel de la santé (Institut de la statistique du Québec, 2025). L'anxiété généralisée est l'un des troubles anxieux les plus fréquents; affectant environ 3 % de la population générale. La probabilité de recevoir un tel diagnostic au cours de la vie est estimée à environ 5 % (Statistique Canada, 2015). De plus, le risque de présenter un diagnostic de trouble de santé mentale est significativement plus élevé pour une personne qui en présente déjà un, augmentant ainsi le risque de comorbidité entre les troubles mentaux d'en moyenne 20 % (McGrath et al., 2020). Cette comorbidité peut rendre plus difficile le diagnostic et le traitement, ainsi qu'influencer le pronostic. Selon McGrath et ses collègues (2020), l'une des causes de la forte corrélation entre certains troubles mentaux pourrait être un chevauchement partiel des critères entre les différentes catégories diagnostiques, ou encore le fait qu'un trouble constitue un facteur de risque pour un autre.

En réponse à la complexité des troubles mentaux, à la grande hétérogénéité entre certains diagnostics et à la présence fréquente de comorbidité entre les troubles, une attention grandissante est portée aux processus cognitifs et comportementaux communs qui sous-tendent différents troubles mentaux (McManus et al., 2010). Ces approches

basées sur les processus psychologiques communs sont ainsi considérées comme transdiagnostiques, c'est-à-dire qu'elles ciblent des mécanismes communs à plusieurs troubles mentaux (Malicki & Ostaszewski, 2014; Wilamowska et al., 2010).

L'approche basée sur les processus transdiagnostiques nécessite de développer une base de connaissances empirique des processus psychologiques, et ainsi développer des interventions associées à ces processus flexibles, fiables et efficaces (Wilamowska et al., 2010). Il existe plusieurs processus cognitifs et comportementaux communs entre les troubles mentaux qui occupent une place majeure dans certains modèles ou théories transdiagnostiques (Malicki & Ostaszewski, 2014). Plusieurs auteurs considèrent l'ÉE comme un processus psychologique central, le conceptualisant comme un processus imbriqué dans les processus langagiers et cognitifs (Bardeen & Fergus, 2016; Hayes et al., 1996, 2001), et fréquemment associé aux symptômes anxieux et à la détresse émotionnelle (Bardeen & Fergus, 2016). D'autres processus psychologiques ont également fait l'objet d'études, comme la sensibilité à l'anxiété (Fitzgerald et al., 2021), l'intolérance à l'incertitude (McEvoy & Mahoney, 2012) et le perfectionnisme (Egan et al., 2011). Toutefois, peu d'études se sont intéressées aux interactions entre ces processus dans la compréhension du fonctionnement émotionnel et général à l'intérieur d'un seul modèle théorique.

Ce projet de recherche comporte deux objectifs. Premièrement, il vise à explorer de façon systématique les liens entre plusieurs processus transdiagnostiques centraux (l'ÉE,

la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et les préoccupations perfectionnistes). Deuxièmement, il vise à examiner le rôle médiateur de l'ÉE dans les relations entre ces processus psychologiques et différents indicateurs d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performance dans les rôles sociaux) auprès d'une population clinique présentant un trouble anxieux. Afin de répondre à cet objectif, le *contexte théorique* de cet essai présentera d'abord les connaissances actuelles sur les processus transdiagnostiques et les processus psychologiques à l'étude, en mettant en évidence les liens établis dans la littérature ainsi que ses limites. L'objectif et les hypothèses de la recherche seront ensuite précisés. La section *Méthode* décrira les participant·es, le devis de recherche, la procédure, les instruments de mesure ainsi que le plan d'analyses. La section *Résultats* exposera ensuite les analyses corrélationnelles et les analyses de médiation réalisées. La *Discussion* proposera une interprétation des résultats, suivie d'une présentation des limites de l'étude et des contributions à la littérature. Enfin, une *Conclusion* viendra clore l'essai.

Contexte théorique

Cette section vise à présenter un survol de la littérature scientifique concernant les processus transdiagnostiques, les thérapies basées sur ces processus ainsi que quelques modèles conceptualisant ces processus. La seconde section vise à exposer et définir certains processus étudiés dans le cadre de cet essai, notamment l'ÉE, qui occupe un rôle central dans certains modèles théoriques et thérapeutiques. Finalement, certaines limites de la littérature existante et l'objectif de la présente étude seront présentés.

Processus transdiagnostiques

Les psychothérapies empiriquement validées, aussi appelées traitements empiriquement soutenus (*Empirically Supported Treatments* ou *ESTs*), sont des approches psychothérapeutiques dont l'efficacité a été démontrée scientifiquement par des recherches rigoureuses (Chambless & Hollon, 1998). Elles insistent sur l'importance de la reproductibilité, de l'utilisation d'essais contrôlés randomisés, de l'usage de protocoles standardisés et de la spécificité du trouble ciblé (Chambless & Hollon, 1998). Par exemple, les thérapies d'exposition sont un traitement de référence pour les phobies spécifiques. En effet, selon la méta-analyse (de 33 études randomisées) de Wolitzky-Taylor et ses collègues (2008), le traitement par exposition présente des tailles d'effet importantes par rapport à l'absence de traitement, aux conditions placebos et à d'autres approches psychothérapeutiques.

La conceptualisation des psychopathologies comme des entités distinctes et la proposition de traitements spécifiques en fonction de chaque catégorie diagnostique présentent toutefois des inconvénients (Dionne et al., 2014). En effet, les symptômes entre les troubles sont rarement mutuellement exclusifs et leurs nombreux instruments de mesure offrent rarement une capture complète de ces symptômes (Dionne et al., 2014). Il existe aussi une grande hétérogénéité entre certains diagnostics et les personnes qui recherchent une thérapie présentent souvent des conditions concomitantes qui posent des défis importants lorsqu'elles tentent d'élaborer des plans de traitement optimaux (Dalglish et al., 2020).

Une approche complémentaire, qui consiste à se concentrer sur les processus psychologiques communs sous-jacents aux différents troubles mentaux qui contribuent à l'étiologie et au maintien de la psychopathologie, suscite donc un intérêt et un soutien empirique de plus en plus marqués (Hofmann & Hayes, 2019).

Thérapies basées sur les processus transdiagnostiques

Les thérapies basées sur les processus s'inscrivent dans une approche visant à intervenir sur des processus psychologiques communs à plusieurs troubles, plutôt que sur des catégories diagnostiques distinctes (Frank & Davidson, 2014). Selon Ong et ses collègues (2020), les thérapies basées sur les processus se définissent comme une approche thérapeutique visant à cibler des processus psychologiques empiriquement fondés, sélectionnés de manière individualisée et contextuelle, afin de favoriser

l'amélioration du fonctionnement. Plus précisément, l'intervention auprès du processus psychologique doit être contextuelle. En effet, la sélection des processus et des procédures doit être sensible à des variables telles que la présentation des préoccupations, les antécédents individuels et les facteurs de stress situationnels. Ces thérapies reposent également sur des méthodes thérapeutiques fondées sur des données probantes ciblant ces processus, ainsi que leurs liens, qui doivent également être validés empiriquement. Dans cette perspective, les interventions visent à agir sur des processus de changement, plutôt qu'à cibler directement des catégories diagnostiques. Enfin, leur but est d'aider à résoudre les problèmes et à promouvoir le bien-être des individus en ne visant pas uniquement à prédire les trajectoires des processus et des symptômes.

L'efficacité des approches transdiagnostiques s'avère globalement comparable à celle des traitements spécifiques à chaque trouble. Newby et ses collègues (2015) ont effectué une méta-analyse portant sur 50 études, cliniques et non cliniques, regroupant environ 1865 participants adultes afin d'examiner l'effet des approches transdiagnostiques sur l'anxiété, la dépression et la qualité de vie. Les études retenues incluaient des participants présentant un diagnostic d'anxiété et/ou de dépression, et évaluaient des interventions psychologiques ciblant simultanément plusieurs troubles anxieux ou une combinaison de troubles anxieux et dépressifs. Les résultats indiquent que ces traitements sont associés à des tailles d'effet importantes pour l'anxiété ($g = 0,85$) et la dépression ($g = 0,91$), ainsi qu'à une taille d'effet modérée pour la qualité de vie ($g = 0,69$). De plus, les comparaisons préliminaires entre traitements spécifiques à un trouble et traitements transdiagnostiques

suggèrent que ces derniers sont au moins aussi efficaces pour la réduction des symptômes anxieux et pourraient présenter un avantage pour la réduction des symptômes dépressifs.

Définition d'un processus transdiagnostique

Un processus transdiagnostique peut être défini comme un mécanisme psychologique central, présent dans plusieurs troubles mentaux différents et qui peut s'appliquer autant à des populations cliniques que non cliniques (Mansell et al., 2009). Selon Monestès et Baeyens (2016), ces processus permettent de dépasser une approche strictement catégorielle pour cibler des mécanismes communs à différentes psychopathologies. Hayes et Hofmann (2018) soulignent que les processus transdiagnostiques correspondent à des processus de changement psychologiques identifiés empiriquement, modifiables par l'intervention thérapeutique et pertinents pour comprendre et réduire la souffrance dans divers contextes cliniques.

Au cours des dernières décennies, plusieurs auteurs ont proposé des modèles transdiagnostiques et des protocoles thérapeutiques utilisables indépendamment des catégories diagnostiques. L'un de ces modèles est intéressant, puisqu'il considère plusieurs processus impliqués dans l'étiologie et le maintien de plusieurs pathologies, conceptualisant les mécanismes transdiagnostiques en deux types : les mécanismes de vulnérabilité et les mécanismes de réponse (Frank & Davidson, 2014).

Modèle transdiagnostique de Frank et Davidson

Frank et Davidson (2014) suggèrent un modèle mettant en commun plusieurs processus dits « transdiagnostiques », c'est-à-dire des variables qui s'influencent mutuellement et sont impliquées dans le développement et le maintien des différents troubles psychologiques. Dans ce modèle, ces mécanismes se divisent en deux catégories. Les mécanismes de vulnérabilité regroupent les facteurs qui prédisposent l'individu au développement d'une pathologie. Les mécanismes de réponse, quant à eux, correspondent aux réactions mises en place face à ces vulnérabilités afin de gérer ou éviter les états internes déplaisants. Ils renforcent et contribuent aux boucles de rétroaction avec des mécanismes de vulnérabilité pour maintenir et exacerber les problèmes qui se présentent.

À l'instar du modèle de Frank et Davidson (2014), la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et le perfectionnisme sont retenus dans la présente étude comme des processus centraux de vulnérabilité. L'ÉE est considéré comme un processus de réponse central dans le modèle de Frank et Davidson et sera étudié dans ce projet de recherche comme médiateur, c'est-à-dire comme un mécanisme expliquant en partie le lien entre les vulnérabilités psychologiques et les impacts sur la santé mentale. Par ailleurs, d'autres auteurs se sont également intéressés à la valeur transdiagnostique des processus à l'étude, soit la sensibilité à l'anxiété (Reiss et al., 1986; Wheaton et al., 2010), l'intolérance à l'incertitude (Dugas et al., 2001; Lee et al., 2010) ainsi que le perfectionnisme (Besser et al., 2010), et leurs impacts psychologiques.

Processus psychologiques centraux de l'étude

La sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et les préoccupations perfectionnistes sont des processus centraux de cette étude. Cette section vise à présenter une définition de ces processus et de leur rôle dans le développement et le maintien des troubles anxieux et diverses formes de psychopathologie.

Sensibilité à l'anxiété

La sensibilité à l'anxiété est une tendance à craindre les sensations physiques associées à l'anxiété en raison de leurs conséquences physiques, psychologiques ou sociales perçues comme négatives (Mahoney et al., 2015). Les individus présentant cette disposition ont tendance à interpréter de façon erronée leurs réactions physiologiques, exacerbant ainsi leurs symptômes anxieux. La sensibilité à l'anxiété peut donc mener à une peur accrue de ces expériences et à des troubles anxieux subséquents. Principalement reconnu pour son rôle explicatif dans le trouble panique (Benítez et al., 2009), ce facteur cognitif est aussi associé à divers troubles tels que les phobies, le trouble d'anxiété généralisée, la thésaurisation compulsive, l'abus de substances et certains troubles dépressifs (Frank & Davidson, 2014; Wheaton et al., 2010).

Dans cette perspective, la méta-analyse d'Olatunji et Wolitzky-Taylor (2009), regroupant 38 études et un total de 20 146 participants, confirme l'importance transdiagnostique de la sensibilité à l'anxiété. En comparant des échantillons cliniques et non cliniques, les auteurs montrent que la sensibilité à l'anxiété est significativement plus

élevée chez les personnes présentant un trouble anxieux (trouble d'anxiété généralisée, phobie sociale, anxiété face à la maladie et, particulièrement, trouble panique) mais aussi chez celles présentant un trouble de stress post-traumatique et obsessionnel-compulsif. Ces résultats appuient l'idée que la sensibilité à l'anxiété constitue un mécanisme cognitif général amplifiant la peur et l'évitement face aux sensations anxieuses, contribuant ainsi au maintien de multiples troubles psychologiques.

Intolérance à l'incertitude

L'intolérance à l'incertitude est la tendance à ressentir les situations incertaines comme pénibles et menaçantes (Carleton, 2012). Elle se manifeste par une expérience corporelle d'insécurité issue du décalage entre ce qui est anticipé et ce qui est ressenti, et entraîne un ensemble de réactions cognitives, émotionnelles et comportementales (Dugas et al., 2001; Freeston & Komes, 2023). L'intolérance à l'incertitude a d'abord été étudiée comme un processus déterminant dans le trouble d'anxiété généralisée (Lee et al., 2010; Mahoney & McEvoy, 2012), puis dans les autres troubles anxieux, tels que l'anxiété sociale (Boelen & Reijntjes, 2009; Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012), le trouble panique (Carleton et al., 2013), le trouble obsessionnel-compulsif (Mahoney & McEvoy, 2012), ainsi que la dépression (Carleton et al., 2012; Mahoney & McEvoy, 2012). D'autres auteurs se sont intéressés à l'intolérance à l'incertitude en tant que processus transdiagnostique.

Dans une méta-analyse incluant 181 études, pour un total de 52 402 participants, McEvoy et ses collègues (2019) ont d'abord évalué les liens entre l'intolérance à l'incertitude et les symptômes de plusieurs troubles (trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble obsessionnel-compulsif, dépression et trouble alimentaire). Ils ont ensuite évalué l'influence de certains facteurs sociodémographiques (type d'échantillon, âge, sexe, type de mesure, etc.) sur ces liens. Les résultats de cette étude montrent une association globale modérée ($r = 0,51$) entre l'intolérance à l'incertitude et les différents troubles, la plus forte étant avec le trouble d'anxiété généralisée ($r = 0,57$). Bien que les autres liens varient (entre $r = 0,42$ et $0,50$) selon les troubles (trouble d'anxiété sociale, trouble panique avec ou sans agoraphobie, trouble obsessionnel-compulsif, dépression et trouble alimentaire), ceux-ci demeurent modérés et stables. Les résultats reliant l'intolérance à l'incertitude à de nombreux troubles psychologiques soutiennent l'idée que l'intolérance à l'incertitude est un processus transdiagnostique (McEvoy et al., 2019).

Dans une autre méta-analyse comportant 1736 participants répartis sur 28 essais contrôlés randomisés, les chercheurs Miller et McGuire (2023) ont exploré l'effet d'interventions thérapeutiques sur l'intolérance à l'incertitude et le lien entre l'amélioration thérapeutique de l'intolérance à l'incertitude et la sévérité des symptômes anxieux (trouble d'anxiété généralisée, troubles anxieux mixtes, trouble obsessionnel-compulsif) et dépressifs en comorbidité. Les résultats montrent que les interventions psychothérapeutiques entraînent globalement une réduction importante de l'intolérance à

l'incertitude ($g = 0,89$). Surtout, plus la réduction de l'intolérance à l'incertitude est marquée, plus l'amélioration des symptômes est importante, cette variable expliquant 36 % de la variance des changements de l'amélioration clinique. Ces résultats suggèrent que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle central dans les mécanismes de changements thérapeutiques.

Les résultats de l'étude effectuée auprès d'une population non clinique de Carleton et ses collègues (2012) vont également dans ce sens. Plus précisément, les auteurs montrent que l'intolérance à l'incertitude est associée de façon similaire aux symptômes anxieux et dépressifs, mesurés de manière dimensionnelle dans la population générale. Ces résultats suggèrent que l'intolérance à l'incertitude constitue un processus transdiagnostique potentiel, dans la mesure où les manifestations anxieuses et dépressives, même en l'absence de diagnostic formel, présentent des niveaux comparables d'intolérance à l'incertitude.

Perfectionnisme

Le perfectionnisme fait référence à la tendance à adopter des standards élevés, à viser la perfection et à éprouver de l'insatisfaction face à tout ce qui n'est pas parfait (Frost et al., 1990; Hewitt & Flett, 1991). Frost et ses collègues (1990) et Hewitt et Flett (1991) ont, respectivement dans leurs travaux, conceptualisé le perfectionnisme de façon multidimensionnelle et ont chacun développé leur échelle respective. Peu importe la mesure utilisée, deux facteurs principaux du perfectionnisme apparaissent : la recherche

de hauts standards (associée au fait de mettre à profit son potentiel) et les préoccupations perfectionnistes (davantage associées à des conséquences psychopathologiques) (Limburg et al., 2017; Stoeber & Otto, 2006). Une autre façon de conceptualiser et de mesurer le perfectionnisme est de s'intéresser aux motivations qui sous-tendent les comportements perfectionnistes. Dans cette perspective, Cossette (2016), s'appuyant sur la théorie de l'autodétermination, propose de distinguer des motivations autodéterminées et non autodéterminées au perfectionnisme. Les motivations autodéterminées (intrinsèques et régulation identifiée) renvoient à une poursuite de standards élevés par intérêt, plaisir ou alignement avec des valeurs personnelles, et sont généralement associées à une forme plus adaptative du perfectionnisme. Les motivations non autodéterminées, comme la régulation introjectée (viser la perfection afin d'éviter la honte), la régulation externe sociale (viser la perfection afin de plaire aux autres) ou la régulation externe matérielle (viser la perfection en fonction des récompenses externes), sont davantage liées aux préoccupations perfectionnistes (Cossette, 2016).

Les préoccupations perfectionnistes (ou perfectionnisme pathologique) sont considérées comme un processus psychologique associé aux troubles anxieux, obsessionnels-compulsifs, dépressifs, bipolaires et de l'alimentation, ainsi qu'au syndrome de fatigue chronique (Besser et al., 2010; Moroz & Dunkley, 2015). Dans une méta-analyse regroupant 416 études (au total 113 118 participants âgés de 17 à 90 ans), dont 16 % de ces études incluaient des échantillons cliniques, Callaghan et ses collègues (2024) se sont intéressés aux liens corrélationnels entre les préoccupations

perfectionnistes et les symptômes de dépression, d'anxiété et de trouble obsessionnel-compulsif. Premièrement, leurs résultats montrent une corrélation moyenne et positive entre les préoccupations perfectionnistes et les symptômes de dépression, d'anxiété et de trouble obsessionnel-compulsif (r combiné = 0,38 à 0,43). Deuxièmement, les préoccupations perfectionnistes sont plus étroitement liées à la détresse psychologique que la recherche de hauts standards. Troisièmement, les auteurs ont observé des relations positives moyennes entre les préoccupations perfectionnistes et les symptômes psychopathologiques dans les groupes cliniques ($r = 0,39$ à 0,43) et non cliniques ($r = 0,38$ à 0,41). Bref, les résultats de cette méta-analyse suggèrent que les préoccupations perfectionnistes sont un processus qui peut être considéré comme transdiagnostique et qu'il est pertinent pour un large éventail de psychopathologies avec ou sans diagnostic clinique (Callaghan et al., 2024).

Le dernier processus à l'étude correspond à l'ÉE. La prochaine section visera à présenter son rôle central dans le développement et le maintien de plusieurs psychopathologies, au cœur de plusieurs modèles théoriques et dans ses relations avec les autres processus psychologiques à l'étude.

Évitement expérientiel

L'évitement expérientiel (ÉE) désigne la tendance à vouloir éviter ou contrôler des pensées, émotions, souvenirs ou sensations désagréables (Hayes et al., 2012). Bien que de nombreux comportements puissent sembler différents d'un contexte à l'autre, ils

remplissent la même fonction d'évitement et apparaissent dans divers troubles psychologiques (Gámez et al., 2011). Les stratégies d'évitement peuvent prendre plusieurs formes, notamment l'aveuglement, la distraction, la fuite, la suppression de pensées ou la suppression émotionnelle (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 2012). Bien que l'évitement de stimuli externes menaçants, douloureux ou désagréables fasse partie de notre héritage évolutif (Kenrick & Shiota, 2008) et peut être adaptatif dans certains contextes spécifiques (p. ex., se calmer avant une discussion conflictuelle), l'ÉE devient problématique lorsqu'il est utilisé de manière rigide et généralisée, contribuant alors au maintien de la souffrance psychologique (Schmalz & Murrell, 2010).

Modèles théoriques ciblant l'ÉE

L'évitement a été décrit sous différentes formes à travers plusieurs modèles théoriques en psychologie. Dans les approches psychodynamiques, il se retrouve dans les mécanismes de défense mobilisés pour faire face à un conflit interne ou à un vécu d'inconfort (Cramer, 1998; Freud, 1966). Du côté des approches humanistes et existentielles, il est conceptualisé comme une interférence avec le contact direct avec la réalité et l'éventail complet des expériences émotionnelles, limitant ainsi l'authenticité du vécu subjectif (Perls et al., 1951; Rogers, 1995). Les théories comportementales y voient un processus qui entrave de nouveaux apprentissages et contribue au maintien de la psychopathologie, notamment par le conditionnement classique et opérant (Barlow, 2003; Mowrer, 1947). Cette idée a été reprise dans le modèle unifié des troubles émotionnels, qui décrit l'évitement comme une tendance accrue à percevoir certaines expériences

internes comme aversives, amenant la personne à chercher à modifier, supprimer ou contrôler ses réponses émotionnelles (Barlow et al., 2004). Enfin, dans la thérapie comportementale dialectique, l'accent est mis sur l'importance des techniques d'exposition et sur la réduction des comportements d'évitement face aux affects, dans le but de favoriser une régulation émotionnelle plus adaptative (Linehan, 1993).

L'ÉE occupe une place prépondérante dans l'étude du développement et du maintien des troubles psychologiques dans les thérapies comportementales de troisième vague, notamment dans la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes et al., 2012) avec son modèle de la flexibilité psychologique qui sera décrit ci-dessous.

Modèle de la flexibilité psychologique

Hayes et ses collègues (1996) ont avancé que de nombreuses formes de psychopathologie peuvent être conceptualisées comme des efforts malsains pour échapper aux émotions, pensées, souvenirs et autres expériences internes. Concevoir un processus psychologique comme l'évitement sous l'angle d'un diagnostic fonctionnel permet d'intégrer une grande variété de paradigmes théoriques ainsi que d'intérêts de recherche et cliniques. Cette perspective ouvre également la voie à de nouvelles approches testables pour l'analyse et le traitement des troubles du comportement (Hayes et al., 1996). L'une de ces approches correspond aux traitements basés sur l'acceptation, soit l'ACT (Hayes et al., 2012). L'ACT vise à modifier l'impact des émotions et des cognitions en modifiant la lutte avec elles plutôt qu'en essayant de changer leur forme, leur fréquence ou leur

sensibilité situationnelle (Hayes et al., 1996). Le modèle qui sous-tend l'ACT est basé sur des processus communs ancrés dans des mécanismes langagiers et cognitifs (tels que la fusion cognitive et l'évitement expérientiel) pouvant expliquer la souffrance psychologique. En effet, ces processus, qui favorisent la suppression ou le contrôle d'expériences perçues comme pénibles, tendent à restreindre progressivement l'espace de vie de la personne : les situations évitées se multiplient, les pensées et émotions deviennent plus envahissantes, et la capacité de vivre le moment présent s'amenuise (Hayes et al., 2012).

ÉE comme cible de traitement

Bien qu'il existe de nombreux processus psychologiques potentiels, l'ÉE demeure une cible pertinente en intervention et en recherche, à travers des symptômes et des théories distincts (Hayes et al., 1996). Dans une méta-analyse comportant 28 études menées auprès de populations cliniques et non cliniques et fondées sur des devis corrélationnels et expérimentaux, Chawla et Ostafin (2007) ont examiné le rôle de l'ÉE dans l'étiologie, le maintien et le traitement de différentes psychopathologies. Les auteurs ont relevé que l'ÉE était un prédicteur significatif dans plusieurs problématiques psychologiques comme les troubles anxieux (trouble d'anxiété généralisée, trouble d'anxiété sociale, trouble panique, phobie spécifique), obsessionnels-compulsifs, dépressifs, de dépendances et de stress post-traumatique.

D'autres études se sont également intéressées à l'ÉE comme un mécanisme de changement central et transdiagnostique. Akbari et ses collègues (2022) ont examiné la validité conceptuelle et le rôle transdiagnostique de l'ÉE dans plusieurs troubles psychologiques ainsi que certains modérateurs (comme le type de population, le type de mesure et la comorbidité des symptômes) dans une revue systématique et méta-analyse étudiant la taille d'effet de 441 études qui incluaient 135 347 participants. Les résultats de cette étude indiquent un lien modéré à important entre l'ÉE et l'anxiété (et ses troubles associés), les symptômes dépressifs, le trouble dépressif majeur, l'inquiétude, les troubles obsessionnels-compulsifs et le trouble de stress post-traumatique. De plus, la variation de l'ampleur des corrélations en fonction du niveau moyen d'ÉE indique que des niveaux plus élevés d'ÉE sont associés à une plus grande sévérité des symptômes psychologiques. Les résultats d'Akbari et ses collègues suggèrent finalement que l'ÉE joue un rôle en tant que processus transdiagnostique et transculturel pertinent pour la dépression, l'anxiété, les troubles obsessionnels-compulsifs et le trouble de stress post-traumatique.

Opérationnalisation et mesure de l'ÉE

Afin de mesurer l'ÉE, le premier questionnaire plus spécifique à cet effet fut développé par Hayes et ses collègues (2004). Le *Questionnaire d'acceptation et d'action* (AAQ) a été élaboré pour mesurer la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité à persévérer ou à modifier le cours d'une action malgré la présence de pensées, sensations et émotions désagréables, en direction de ce qui est important pour la personne. Une seconde version révisée (AAQ-II) a ensuite été développée par Bond et ses

collègues (2011) en une échelle à 7 items. Les versions dans sa langue originale (anglais) ainsi qu'en langue française présentent de bonnes propriétés psychométriques ainsi qu'une validité discriminante et convergente de bonne qualité (Bond et al., 2011; Monestès et al., 2009).

Plusieurs études utilisant l'AAQ et l'AAQ-II ont montré des liens entre l'ÉE et la détresse, une diminution des affects positifs et plusieurs psychopathologies. Cet instrument comme mesure de l'ÉE fut toutefois critiqué pour son hétérogénéité, ses preuves quelque peu faibles concernant la validité discriminante liée aux affects négatifs et à la détresse psychologique et l'utilisation limitée aux échantillons non cliniques lors du processus de développement des items (Gámez et al., 2011; Wolgast, 2014). De plus, bien qu'elles aient été conceptualisées à l'origine comme une mesure de l'ÉE, les auteurs décrivent maintenant les deux versions de l'AAQ comme des mesures de « flexibilité psychologique », qui s'étendent au-delà de la portée du construit de l'ÉE.

En réponse aux limites de ce questionnaire, Gámez et ses collègues (2011) ont développé leur propre questionnaire mesurant l'ÉE : le *Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel* (MEAQ). Cet instrument comprend 62 éléments mesurant six sous-échelles pour évaluer un large éventail de contenus d'ÉE (évitement comportemental, aversion à la détresse, procrastination, distraction/suppression, répression/déni et endurance à la détresse). Ces nombreuses dimensions de l'ÉE fournissent ainsi des informations pertinentes pour un large éventail de pathologies et de

théories (Gámez et al., 2011). Le MEAQ, qui fut validé auprès de différentes populations cliniques et non cliniques dans sa langue d'origine, présente une bonne cohérence interne, est lié à d'autres mesures d'évitement et se distingue des construits de détresse et de dysfonctionnement. Rochefort et ses collègues (2018) ont d'ailleurs mené une étude visant à examiner la validité de construit de ces deux questionnaires. Cette étude, menée sur un grand échantillon non clinique et d'étudiants universitaires, a montré que l'AAQ-II était associé à davantage d'indicateurs de névrotisme et d'affects négatifs, alors que le MEAQ était associé à des facteurs reliés à l'ÉE comme la flexibilité psychologique. Cette étude suggère donc que l'AAQ-II fonctionne comme une mesure de détresse et d'affects négatifs, tandis que le MEAQ fonctionne comme un indicateur d'ÉE.

Lien entre l'ÉE et les autres processus à l'étude

La prochaine section vise d'abord à présenter les distinctions conceptuelles entre les processus psychologiques à l'étude, puis à présenter leurs associations dans la prédiction des troubles psychologiques.

ÉE et sensibilité à l'anxiété

La sensibilité à l'anxiété se distingue de l'ÉE en faisant référence à un ensemble spécifique de croyances et de biais attentionnels (Reiss et al., 1986), tandis que l'ÉE correspond à un processus fonctionnel plus large (Hayes et al., 1996, 2012). L'ÉE concerne les événements internes (pensées, sensations, émotions) négatifs en général (Chawla & Ostafin, 2007; Kashdan et al., 2006), alors que la sensibilité à l'anxiété

concerne spécifiquement les sensations corporelles (McNally, 2002). La sensibilité à l'anxiété susciterait l'interprétation erronée de certaines sensations corporelles anodines comme dangereuses et menaçantes, ce qui conduirait à la peur, à l'évitement et à l'utilisation de comportements de sécurité pour réduire l'anxiété et le risque perçu de conséquences redoutées (Jurin & Biglbauer, 2018). L'ÉE, quant à lui, représenterait les tentatives d'éviter ou de supprimer les émotions, les pensées et d'autres expériences privées telles que les sensations corporelles redoutées et l'anxiété (Wheaton et al., 2010).

Ces deux processus psychologiques sont souvent liés et sont conjointement prédictifs de troubles tels que l'anxiété. En effet, l'étude de Wheaton et ses collègues (2010), qui visait à étudier les relations entre la sensibilité à l'anxiété, l'ÉE et les symptômes d'anxiété liés à la santé, montre que ces processus sont corrélés l'un à l'autre, se rapportant à des expériences négatives associées à l'anxiété liée à la santé.

ÉE et intolérance à l'incertitude

L'intolérance à l'incertitude se manifeste de façon cognitive (inquiétude, recherche de certitude), émotionnelle (anxiété) et comportementale (vérification, évitement) et est spécifique à la gestion des situations incertaines, qui sont perçues comme pénibles et menaçantes (Carleton, 2016; Freeston & Komes, 2023). L'ÉE est une tendance plus large et consiste à éviter toute expérience interne (pensées, émotions, sensations corporelles, souvenirs) jugée comme négative (Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996). Bien que

différents, ces concepts sont toutefois reliés : la volonté d'éviter cet état interne suscitée par l'incertitude peut motiver les stratégies d'évitement (Lee et al., 2010).

Dugas et ses collègues (2005) ont initialement proposé un modèle du trouble d'anxiété généralisée fondé sur quatre processus centraux : l'intolérance à l'incertitude, les croyances positives à l'égard de l'inquiétude, l'orientation négative face aux problèmes et l'évitement cognitif, dans une étude menée auprès d'une population clinique. En comparant un groupe de 17 patients présentant un trouble d'anxiété généralisée à un groupe de 28 patients avec un trouble panique avec agoraphobie, les résultats montrent que seule l'intolérance à l'incertitude distinguait spécifiquement le groupe présentant un trouble d'anxiété généralisée, soutenant son rôle central dans ce trouble. Par ailleurs, lorsque les deux groupes étaient combinés, les quatre variables du modèle étaient reliées à l'inquiétude. Les auteurs soulignent que l'intolérance à l'incertitude alimente la perception de celle-ci comme intolérable et menaçante, favorisant ainsi le recours à des stratégies d'évitement cognitif et contribuant au maintien du trouble d'anxiété généralisée.

Dans la continuité de ce modèle, Buhr et Dugas (2012) ont étudié conjointement l'intolérance à l'incertitude, l'ÉE et la peur des émotions dans une étude transversale menée auprès de 251 étudiants universitaires, dont certains répondaient aux critères du trouble d'anxiété généralisée. Les résultats montrent que, bien que l'ÉE et la peur des émotions contribuent de manière significative à la sévérité de l'inquiétude et des symptômes associés au trouble d'anxiété généralisé, l'intolérance à l'incertitude demeure

le prédicteur le plus robuste de l'inquiétude. Ces résultats suggèrent que ces processus interagissent dans le maintien des symptômes anxieux.

L'étude de Carleton et ses collègues (2013), qui visait à évaluer les relations entre les dimensions de l'intolérance à l'incertitude, la sensibilité à l'anxiété et les symptômes de peur et d'évitement associés au trouble panique, met en évidence ces associations complexes. Menée auprès d'un échantillon communautaire de 115 participants, elle montre, par des analyses de corrélation et de régression, une relation significative entre l'intolérance à l'incertitude, la sensibilité à l'anxiété et les symptômes du trouble panique (dont l'évitement de situations). Les auteurs suggèrent que ce lien entre l'intolérance à l'incertitude et l'évitement pourrait découler de la crainte d'attaques de panique.

ÉE et perfectionnisme

L'ÉE se distingue par le fait d'être une stratégie caractérisée par une inflexibilité et une tentative automatique de modifier ou éviter les expériences internes négatives (pensées, émotions, sensations) (Kashdan et al., 2006). Le perfectionnisme (ou, plus spécifiquement, les préoccupations perfectionnistes) est plutôt une stratégie cognitive où l'autoévaluation est centrale : autojugement sévère, peur du jugement social et rumination sur ses performances ou erreurs (Piotrowski, 2019). Le perfectionnisme implique néanmoins une composante d'évitement émotionnelle, dans la mesure où les comportements de sur-vérification et de sur-organisation visent généralement à éviter des affects tels que la honte ou la peur de l'échec (Egan et al., 2011).

Des études se sont intéressées à la relation de médiation entre l'ÉE, le perfectionnisme et d'autres variables, notamment en examinant son rôle comme variable médiatrice. Par exemple, Moroz et Dunkley (2015) se sont intéressés aux interactions entre les préoccupations perfectionnistes (prédicteur), l'estime de soi (modérateur), l'ÉE (variable médiatrice) et les symptômes dépressifs (variable dépendante). Les résultats de leur étude (sur un échantillon communautaire de 210 adultes) suggèrent que l'ÉE était utilisé afin de gérer les sentiments négatifs associés à l'autocritique sévère et les critiques perçues des autres, qui sont des aspects importants des préoccupations perfectionnistes (Moroz & Dunkley, 2015). Une tendance au perfectionnisme impliquerait donc une forte tendance à développer un schéma de fuite ou d'évitement afin de diminuer l'impact négatif des pensées autocritiques et des préoccupations concernant les perceptions négatives des autres (Moroz & Dunkley, 2015). De manière similaire, l'étude corrélacionnelle de Santanello et Gardner (2007), menée auprès d'une population étudiante, visait à explorer la relation entre le perfectionnisme pathologique (prédicteur) et des préoccupations liées à la peur de l'erreur (variable dépendante), avec l'ÉE comme médiateur. Leurs résultats mettent en évidence l'importance du rôle que joue l'ÉE dans la relation entre le perfectionnisme pathologique et ces préoccupations, tout en suggérant que d'autres facteurs peuvent également influencer cette relation.

Gerdan et Salcioglu (2025) se sont intéressés, dans une étude auprès d'un échantillon clinique de 221 participants, au rôle médiateur de l'évitement dans la relation entre le perfectionnisme, l'intolérance à l'incertitude, considérés comme variables prédictives, et

des symptômes d'anxiété et de dépression. Les résultats appuient le rôle médiateur de l'évitement entre le perfectionnisme, l'intolérance à l'incertitude et les symptômes psychopathologiques. Un niveau élevé d'intolérance et de perfectionnisme était associé à une augmentation de l'évitement, elle-même associée à une augmentation des symptômes anxieux et dépressifs (Gerdan & Salcioglu, 2025).

Limites dans la littérature

Les thérapies basées sur le processus nécessitent un cadre organisé et cohérent afin de guider la conceptualisation clinique et la prise de décision thérapeutique (Ong et al., 2020). En l'absence d'un tel cadre, plusieurs limites peuvent émerger telles qu'un manque de directives empiriquement fondées, une variabilité accrue dans la pratique clinique et des difficultés d'implantation liées à la complexité de ces approches (Ong et al., 2020).

Dans ce contexte, il apparaît pertinent de mieux comprendre les associations entre les différents processus psychologiques et leurs liens avec les impacts psychologiques. Plus spécifiquement, examiner la contribution relative de ces processus et leurs associations indirectes permet de mieux situer leur place au sein des modèles transdiagnostiques. La présente étude s'inscrit dans cette perspective en mettant à l'épreuve un modèle théorique qui postule que la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et les préoccupations perfectionnistes constituent des variables de vulnérabilité transdiagnostiques qui exercent leurs effets sur la détresse psychologique via l'ÉE. Celui-ci est considéré comme un

mécanisme central de maintien et d'impact sur la qualité de vie, ce qui justifie son rôle de médiateur dans ce modèle.

Deuxièmement, bien que de nombreuses études soutiennent la nature transdiagnostique de l'ÉE, les résultats de la méta-analyse menée par Akbari et ses collègues (2022), évaluant le rôle de l'ÉE comme processus dans un éventail de troubles mentaux, notamment les troubles anxieux, ainsi que les modérateurs potentiels de ces relations, suggèrent une variabilité dans la façon dont l'ÉE fonctionne dans le développement et le maintien des troubles. En effet, les résultats liés aux modérateurs suggèrent que le rôle de l'ÉE peut dépendre de la mesure et de facteurs contextuels pouvant varier entre chaque trouble. Par exemple, dans les troubles anxieux, l'ÉE peut se manifester par l'évitement de sensations corporelles, comme avec la sensibilité à l'anxiété (souvent liée au trouble panique, par exemple) (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009) ou par l'évitement de situations incertaines, comme avec l'intolérance à l'incertitude (souvent associée au trouble d'anxiété généralisée, par exemple) (McEvoy et al., 2019). Si l'ÉE est en effet très pertinent pour un large éventail de troubles, caractériser cette relation avec précision peut aider à développer et à utiliser des procédures de traitement efficaces et largement applicables (à diverses populations et à plusieurs troubles psychologiques).

Troisièmement, d'autres processus, comme la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et le perfectionnisme, font l'objet d'études s'intéressant au rôle de ces processus dans le développement et le maintien de plusieurs troubles psychologiques,

notamment les troubles anxieux. Or, davantage d'études ont porté sur l'ÉE, et peu se sont intéressées au rôle médiateur de ces processus les uns avec les autres. Cette étude est donc intéressante en sa capacité à explorer la relation entre l'ÉE, d'autres processus psychologiques et des mesures d'impacts psychologiques. De plus, cette étude permet d'explorer ces relations auprès d'un grand échantillon clinique.

Quatrièmement, la présente étude comprend également un avantage quant aux instruments de mesure utilisés, notamment pour l'ÉE. En effet, plusieurs des études portant sur l'ÉE utilisaient l'AAQ-II qui présente certains problèmes de validité, tels qu'un chevauchement élevé avec la détresse psychologique (Tyndall et al., 2019; Wolgast, 2014), un manque de précision en ce qui concerne la mesure de l'ÉE ou certains aspects de l'inflexibilité psychologique (Gámez et al., 2011) et des corrélations élevées avec d'autres processus reliés à l'ACT, tels que la fusion cognitive (Gillanders et al., 2014). La présente étude a l'avantage d'utiliser le questionnaire développé par Gámez et ses collègues (2011), le MEAQ, un questionnaire visant à répondre aux limites mentionnées précédemment.

Objectif

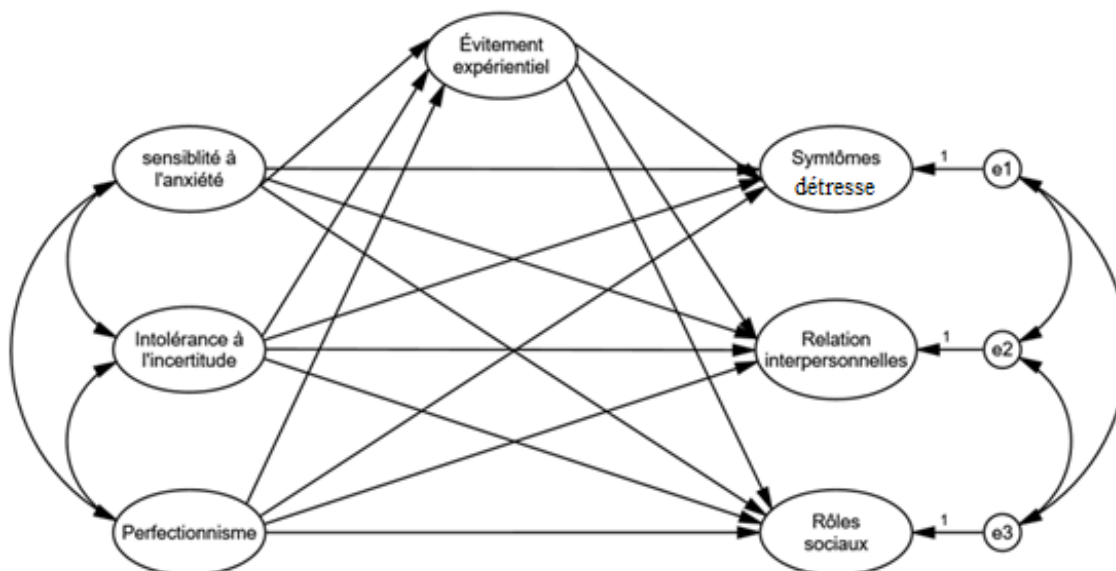
L'objectif de cette étude est de tester le rôle médiateur de l'ÉE dans les relations entre certains processus transdiagnostiques de vulnérabilité (sensibilité à l'anxiété, intolérance à l'incertitude et préoccupations perfectionnistes) et différentes mesures d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performances dans

les rôles sociaux) en mettant à l'épreuve un modèle (voir Figure 1) comparant simultanément la relation entre ces processus auprès d'un échantillon de personnes présentant un trouble anxieux.

Dans la majorité des études antérieures, les processus transdiagnostiques ont été examinés en lien avec des symptômes spécifiques, notamment anxieux ou dépressifs. Toutefois, la présente étude s'intéresse plutôt à des mesures d'impacts psychologiques, soit les symptômes de détresse, les relations interpersonnelles et le fonctionnement dans les rôles sociaux. Ces dimensions, évaluées à l'aide de la MI-45, permettent d'appréhender le fonctionnement global de l'individu, au-delà de la présence de symptômes spécifiques. Dans une perspective transdiagnostique, ce choix apparaît pertinent, puisqu'il permet d'examiner la manière dont différents processus psychologiques sont associés à des domaines de fonctionnement communs à plusieurs troubles mentaux. En effet, les difficultés interpersonnelles et les altérations du fonctionnement social sont fréquemment observées à travers divers troubles, notamment les troubles anxieux et dépressifs, ce qui en fait des indicateurs pertinents pour saisir l'impact global de ces processus.

Figure 1

Modèle conceptuel de l'étude évaluant les relations entre la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude, le perfectionnisme, l'ÉE et les mesures d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performance dans les rôles sociaux)



Hypothèses de l'étude

Pour chacune des variables à l'étude, une hypothèse concernant les liens directs et de médiation sera présentée.

Hypothèse 1 – ÉE et impact psychologique

Considérant que l'ÉE est un prédicteur significatif de la détresse psychologique et d'un large éventail de psychopathologies (Akbari et al., 2022; Chawla & Ostafin, 2007), il est attendu que l'ÉE sera positivement associé aux indicateurs d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles, performance sociale).

Hypothèse 2 – Sensibilité à l’anxiété

La sensibilité à l’anxiété, reconnue comme facteur de vulnérabilité au développement et au maintien des troubles anxieux et dépressifs (Mahoney et al., 2015; Wheaton et al., 2010), devrait être positivement et directement associée aux impacts psychologiques.

Étant donné que la sensibilité à l’anxiété peut favoriser l’adoption de stratégies d’évitement visant à réduire l’activation physiologique perçue comme menaçante (Wheaton et al., 2010), il est attendu que l’ÉE médiera la relation entre la sensibilité à l’anxiété et les impacts psychologiques.

Hypothèse 3 – Intolérance à l’incertitude

L’intolérance à l’incertitude, associée aux troubles anxieux et dépressifs (Carleton, 2012) et considérée comme un facteur transdiagnostique majeur (McEvoy et al., 2019), devrait être positivement et directement reliée aux impacts psychologiques.

Étant donné qu’elle alimente les inquiétudes et les comportements d’évitement (Carleton et al., 2013; Dugas et al., 2005), il est prévu que l’ÉE médiera cette relation.

Hypothèse 4 – Perfectionnisme

Le perfectionnisme pathologique étant lié à des symptômes dépressifs, anxieux et obsessionnels (Callaghan et al., 2024), il est anticipé que les motivations externes du

perfectionnisme seront positivement et directement associées aux impacts psychologiques.

De plus, puisque les préoccupations perfectionnistes (autocritiques, peur du jugement) peuvent entraîner l'évitement des affects négatifs (Moroz & Dunkley, 2015), l'ÉE devrait également jouer un rôle médiateur dans cette relation.

Méthode

Cette section vise à présenter la méthodologie de cette étude en décrivant d'abord les informations associées aux participants et au devis de l'étude. Ensuite, une description de la procédure de la prise de données et des instruments de mesure utilisés sera présentée. Finalement, le plan des analyses statistiques de cette étude sera exposé.

Participants

Les données cliniques secondaires de ce projet d'étude proviennent d'un échantillon clinique constitué de 268 participants dont l'âge varie entre 18 et 85 ans ($M = 39,16$, $ÉT = 14,58$), de l'Unité de Thérapie Cognitive-Comportementale (UTCC) du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Les caractéristiques démographiques, incluant le sexe, le statut civil, la scolarité et l'occupation, et diagnostiques de l'échantillon sont présentés dans le Tableau 1. Cette étude présente un devis non expérimental rétrospectif et vise à analyser les données recueillies dans le cadre de la procédure d'évaluation clinique standardisée de l'UTCC.

Tableau 1*Caractéristiques démographiques et diagnostiques de l'échantillon*

Caractéristique	Fréquence	%
Sexe		
Féminin	171	63,8
Masculin	97	36,2
Statut civil		
Célibataire	95	35,4
Conjoint·e de fait	87	32,5
Marié·e	60	22,4
Divorcé·e	18	6,7
Séparé·e	6	2,2
Veuf·ve	1	0,4
Réponse non disponible	1	0,4
Scolarité		
Primaire	9	3,4
Secondaire	90	33,6
Collégiale	69	25,7
Universitaire	88	32,8
Autre	12	4,5
Occupation		
Emploi rémunéré à temps plein	75	28,0
Arrêt de travail	49	18,3
Emploi rémunéré à temps partiel	32	11,9
Étudiant·e à temps plein	31	11,6
Invalidité	27	10,1
À la maison	24	9,0
Retraité·e	22	8,2
Recherche d'emploi	6	2,2
Emploi saisonnier	2	0,7

Tableau 1*Caractéristiques démographiques et diagnostiques de l'échantillon (suite)*

Caractéristique	Fréquence	%
Diagnostic principal		
Autre trouble anxieux (spécifiés et non spécifiés)	69	25,7
Trouble d'anxiété généralisée	60	22,4
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et troubles associés	51	19,0
Troubles dépressifs	26	9,7
Trouble panique	14	5,2
État de stress post-traumatique (ESPT) et troubles associés	11	4,1
Phobie sociale	9	3,4
Troubles bipolaires (Type I et II)	8	3,0
Phobie spécifique	5	1,9
Trouble d'adaptation avec anxiété ou humeur	4	1,5
Troubles psychotiques	3	1,1
Dysmorphophobie	2	0,7
Agoraphobie	1	0,4
Trouble d'accumulation compulsive	1	0,4
Trichotillomanie	1	0,4
Troubles alimentaires	1	0,4
Insomnie	1	0,4
Trouble/traits personnalité limite	1	0,4
Diagnostic secondaire		
Trouble/traits personnalité Cluster C	35	13,1
Trouble d'anxiété généralisée	30	11,2
Troubles dépressifs	30	11,2
Autre trouble anxieux (spécifié et non spécifié)	26	9,7
Trouble/traits personnalité Cluster B	18	6,7
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et troubles associés	11	4,1
Phobie sociale	9	3,4
Agoraphobie	9	3,4
Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité (TDAH)	9	3,4
Trouble bipolaire (Type I et II)	8	3,0
Troubles psychotiques	8	3,0

Tableau 1*Caractéristiques démographiques et diagnostiques de l'échantillon (suite)*

Caractéristique	Fréquence	%
Trouble d'adaptation avec humeur mixte	6	2,2
Trouble panique	5	1,9
État de stress post-traumatique (ESPT) et troubles associés	5	1,9
Trouble somatique/associé (spécifié et non spécifié)	3	1,1
Troubles du spectre de l'autisme	3	1,1
Trouble/traits personnalité mixte/générale	3	1,1
Trouble de somatisation	2	0,7
Syndrome de Gilles de la Tourette	2	0,7
Insomnie	2	0,7
Trouble lié à l'alcool (abus/dépendance)	2	0,7
Trouble/traits personnalité Cluster A	2	0,7
Anxiété face à la maladie (hypochondrie)	1	0,4
Troubles neurocognitifs	1	0,4
Autre	1	0,4
NA	37	13,8
Total	268	100

Procédure

Selon la procédure d'évaluation de l'UTCC, les participants complètent une série de questionnaires lors de leur arrivée au service. Dans le cadre de cette étude, certains questionnaires ont été sélectionnés parmi la banque complète. La passation des questionnaires se déroule en deux blocs : un premier bloc regroupant les mesures de symptômes et d'impacts psychologiques, suivi d'un second bloc comprenant les mesures de processus psychologiques. Les questionnaires sont d'abord expliqués aux participants, qui les complètent à domicile entre les séances d'évaluation. Le temps requis pour remplir

la batterie de questionnaires est d'environ deux à trois heures au total sur une période d'environ deux semaines.

Les données sélectionnées pour les analyses de cette étude concernaient les participants qui étaient âgés entre 18 et 85 ans au moment de l'évaluation et qui présentaient des troubles anxieux et apparentés comme diagnostic principal ou secondaire. La présence d'un trouble altérant significativement la validité des questionnaires (un trouble psychotique sévère, un trouble somatoforme, des déficits cognitifs apparents, une déficience intellectuelle, etc.) chez un participant constituait un critère d'exclusion. Ce projet de recherche a été approuvé par les comités d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (no CER-20-266-10.15) et du Centre de recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (no 2021-787).

Instruments de mesure

Cette section décrit les questionnaires utilisés afin de mesurer les variables de la présente étude.

Questionnaire multidimensionnel d'évitement expérientiel – version 30 items (MEAQ-30; Sahdra et al., 2016)

La version originale de ce questionnaire (MEAQ; Gámez et al., 2011) comprend 62 items visant à mesurer six dimensions de l'ÉE : l'évitement comportemental (évitement manifeste, physique d'une situation inconfortable), l'aversion à la détresse (évaluation ou attitude négative face à sa détresse), la procrastination (retarder une

détresse anticipée), la distraction et la suppression (tentatives d'ignorer ou de supprimer la détresse), le déni (distanciation et dissociation de la détresse) et l'endurance à la détresse (volonté de se comporter efficacement face à la détresse). La version utilisée dans la présente étude, qui offre une simplicité de temps et d'utilisation en comportant 30 items (Sahdra et al., 2016), parvient néanmoins à mesurer les six dimensions de l'ÉE mentionnées précédemment. Les items (p. ex., « Il m'arrive de procrastiner pour éviter d'affronter les problèmes ») sont répondus selon une échelle Likert en 6 points allant de *tout à fait en désaccord* (1) à *tout à fait d'accord* (6). La validité et la fidélité de cette version du MEAQ ont été testées dans une étude menée par Ekşi et ses collègues (2018). Leurs résultats montrent une bonne cohérence interne et le concept d'ÉE est relié à d'autres mesures d'évitement et se distingue de construits similaires (comme la détresse et le ressentiment d'affects négatifs). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,85.

Index de sensibilité à l'anxiété (ISA; Verreault et al., 2007)

L'ISA est composé de 16 items et mesure la tendance à attribuer des conséquences négatives aux symptômes anxieux sur le plan social, physique ou psychologique (Reiss et al., 1986). Les items (p. ex., « Il est important de ne pas paraître nerveux ») sont répondus à l'aide d'une échelle Likert en 5 points allant de *très peu* (0) à *beaucoup* (4). La version traduite montre une validité et une fidélité satisfaisantes auprès d'une population québécoise francophone (Verreault et al., 2007). Dans cette étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,90.

Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III; Gosselin et al., 2008)

L'III est composé de 45 items et mesure la tendance d'un individu à considérer intolérables les incertitudes (Gosselin et al., 2008). Il est composé de deux échelles. La première évalue la tendance d'un individu, aux plans cognitif et émotionnel, à être intolérant à l'incertitude selon trois dimensions : la difficulté à accepter et tolérer les situations incertaines, la difficulté à supporter les imprévus et la difficulté à demeurer dans l'attente en situation incertaine et un besoin de tout savoir dans l'immédiat. La deuxième évalue six manifestations cognitives et comportementales de cette intolérance à l'incertitude (l'exagération de la probabilité d'occurrence d'un événement négatif, l'évitement, les inquiétudes, les comportements de réassurance, le doute et le besoin de contrôle). Chaque item (p. ex., « J'ai de la difficulté à supporter qu'un imprévu puisse survenir ») correspond à une échelle Likert en 5 points allant de *pas du tout correspondant* (1) à *tout à fait correspondant* (5). Ce questionnaire présente une validité convergente et une cohérence interne satisfaisantes (Gosselin et al., 2008). Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,91.

Questionnaire d'attitudes perfectionnistes (MSP; Cossette, 2016)

Le MSP (Cossette, 2016) mesure les motivations sous-jacentes aux comportements perfectionnistes. Inspiré de la théorie de l'autodétermination, il comprend sept sous-échelles regroupées en deux facteurs. Le premier est un facteur autodéterminé, associé à une forme plus adaptative du perfectionnisme (motivations intrinsèque et régulation identifiée) et est associé à la recherche de hauts standards et un bon fonctionnement

(Cossette, 2016). Le deuxième correspond à un facteur non autodéterminé, lié à la pression interne, à la recherche d'approbation, à l'évitement de conséquences négatives et à une expression plus pathologique du perfectionnisme (régulation introjectée, régulations externes sociale et matérielle et amotivation). Cette deuxième échelle est liée aux préoccupations perfectionnistes et à un moins bon fonctionnement (Cossette, 2016). Dans la présente étude, seul le facteur non autodéterminé du MSP est retenu afin de cibler spécifiquement la composante pathologique du perfectionnisme. Chaque item (p. ex., « parce que je m'en voudrais de ne pas faire les choses à la perfection ») correspond à une échelle Likert en 7 points allant de *ne correspond pas du tout* (1) à *correspond exactement* (7). Cet instrument montre une bonne fidélité, ainsi qu'une validité convergente et divergente satisfaisante dans un échantillon de la population générale. Il possède également une bonne cohérence interne pour chacun des facteurs. Dans cette étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) est de 0,89.

Questionnaire de mesure d'impact-45 (MI-45; Lambert et al., 1996)

Le MI-45 est composé de 45 items et permet l'évaluation du fonctionnement psychologique global à un temps précis, ainsi que de l'évolution d'une personne recevant des services de santé mentale. Ce questionnaire autoadministré est composé de trois sous-échelles se rapportant aux trois dimensions fondamentales de la santé mentale proposées par Lambert et ses collègues (1996) : les symptômes intrapsychiques de détresse (SD), les relations interpersonnelles (RI) et les performances dans les rôles sociaux (RS). La sous-échelle SD mesure les symptômes de la dépression et l'anxiété (p. ex., « Je me

fatigue rapidement »). La sous-échelle RI mesure la satisfaction et les difficultés que le participant peut vivre lors de ses interactions avec les autres dans son milieu (p. ex., « Je m'entends bien avec mon entourage »). La sous-échelle RS mesure le niveau d'insatisfaction, de conflit, de détresse et d'incompétence dans les tâches reliées à l'emploi, aux rôles familiaux et aux loisirs du participant (p. ex., « J'aime mon temps libre »). Selon Lambert (2012), ces sous-échelles sont généralement utilisées dans la littérature ainsi que par les intervenants cliniques, puisqu'elles représentent trois aspects fondamentaux de la santé mentale. La version francophone de ce questionnaire possède une cohérence interne satisfaisante (Flynn et al., 2002), ainsi que de bonnes propriétés psychométriques, incluant une fidélité test-retest, une validité convergente (corrélations entre la cote totale de la MI-45 et diverses mesures de bien-être ou de détresse psychologique) et une validité discriminante comparables à sa version originale (Brosseau-Liard et al., 2020) dans des populations communautaires, cliniques et universitaires. Dans la présente étude, le coefficient de cohérence interne (alpha de Cronbach) indique un coefficient pour chaque sous-échelle, soit 0,90 (SD), 0,78 (RI) et 0,68 (RS).

Plan d'analyses statistiques

Avant de procéder au modèle de médiation, les associations bivariées entre toutes les variables ont été examinées en calculant une matrice de corrélations de Pearson. Les analyses de médiation ont ensuite été réalisées à l'aide du paquetage *lavaan* (Rosseel, 2012). Le modèle d'analyse acheminatoire (*path analysis*), estimé dans un cadre

d'équations structurelles, spécifiait un médiateur unique (ÉE; MEAQ) et trois variables indépendantes (sensibilité à l'anxiété [ISA], intolérance à l'incertitude [III] et la tendance au perfectionnisme non-autodéterminé [MSP]) expliquant chacun des trois critères (symptômes de détresse [SD], relations interpersonnelles [RI] et performances dans les rôles sociaux [RS]), avec estimation simultanée des chemins « a » (indépendantes → médiateur), « b » (médiateur → critères) et « c' » (effets directs des indépendantes sur les critères), ainsi que des paramètres dérivés pour les effets indirects ($a \times b$) et totaux ($c' + a \times b$). Afin d'obtenir des intervalles de confiance robustes pour les effets indirects, la méthode *bootstrap* avec 5000 rééchantillonnages a été employée, en conservant les intervalles à 95 % basés sur les percentiles. Les coefficients rapportés incluent à la fois les estimations non standardisées et les coefficients standardisés pour la comparaison entre les variables. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R (R Core Team, 2024).

Aucune variable de contrôle (p. ex., âge, sexe ou diagnostic) n'a été incluse dans le modèle. L'objectif de l'étude étant de se concentrer sur les associations entre les processus psychologiques à l'étude, l'ajout de telles variables aurait complexifié le modèle et rendu l'interprétation des relations entre ces processus moins directe. De plus, dans une perspective transdiagnostique, l'accent est mis sur des processus communs à différents troubles, ce qui peut justifier de ne pas inclure de variables liées à des catégories diagnostiques spécifiques.

Résultats

Cette section vise à présenter les résultats des analyses statistiques réalisées afin de répondre aux objectifs de l'étude. Il sera d'abord question des analyses corrélationnelles entre les variables ciblées. Il sera ensuite question des analyses de médiation mettant en lumière les associations entre les processus psychologiques (sensibilité à l'anxiété, intolérance à l'incertitude, préoccupations perfectionnistes) et les mesures d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performances dans les rôles sociaux) par l'entremise de la variable de médiation (ÉE).

Analyses corrélationnelles

Une analyse descriptive et corrélacionnelle des données a d'abord été effectuée. Les analyses corrélacionnelles ont permis d'examiner les associations entre les différents processus psychologiques à l'étude et les impacts psychologiques (voir Tableau 2). Dans ces mesures, des scores plus élevés reflètent un niveau plus élevé de détresse psychologique, ainsi que davantage de difficultés dans les relations interpersonnelles et le fonctionnement dans les rôles sociaux. Les corrélacions entre les variables sont généralement significatives et vont dans le sens attendu. En effet, les résultats montrent une corrélation modérée positive entre l'ÉE et les impacts psychologiques : symptômes de détresse ($r = 0,41$), relations interpersonnelles ($r = 0,32$) et performances dans les rôles sociaux ($r = 0,36$).

Tableau 2*Analyses corrélationnelles*

Variables	Variables						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Évitement expérientiel	1,00	0,40***	0,39***	0,25***	0,41***	0,32***	0,36***
2. Sensibilité à l'anxiété		1,00	0,50***	0,46***	0,51***	0,31***	0,33***
3. Intolérance à l'incertitude			1,00	0,37***	0,35***	0,28***	0,20***
4. Motivations perfectionnistes non-autodéterminées				1,00	0,37***	0,18**	0,31***
Impacts psychologiques							
5. Symptômes de détresse					1,00	0,58***	0,56***
6. Relations interpersonnelles						1,00	0,43***
7. Performances dans les rôles sociaux							1,00

Notes.* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.
 $N = 268$.

Il y a également une corrélation modérée positive entre la sensibilité à l'anxiété et les impacts psychologiques : symptômes de détresse ($r = 0,51$), relations interpersonnelles ($r = 0,31$) et performances dans les rôles sociaux ($r = 0,33$).

Ensuite, les résultats montrent une corrélation faible à modérée positive entre l'intolérance à l'incertitude et les impacts psychologiques : symptômes de détresse ($r = 0,35$), relations interpersonnelles ($r = 0,28$) et performances dans les rôles sociaux ($r = 0,20$). Finalement, il existe une corrélation faible à modérée positive entre les motivations perfectionnistes non-autodéterminées et les impacts psychologiques : symptômes de détresse ($r = 0,37$), relations interpersonnelles ($r = 0,18$) et performances dans les rôles sociaux ($r = 0,31$).

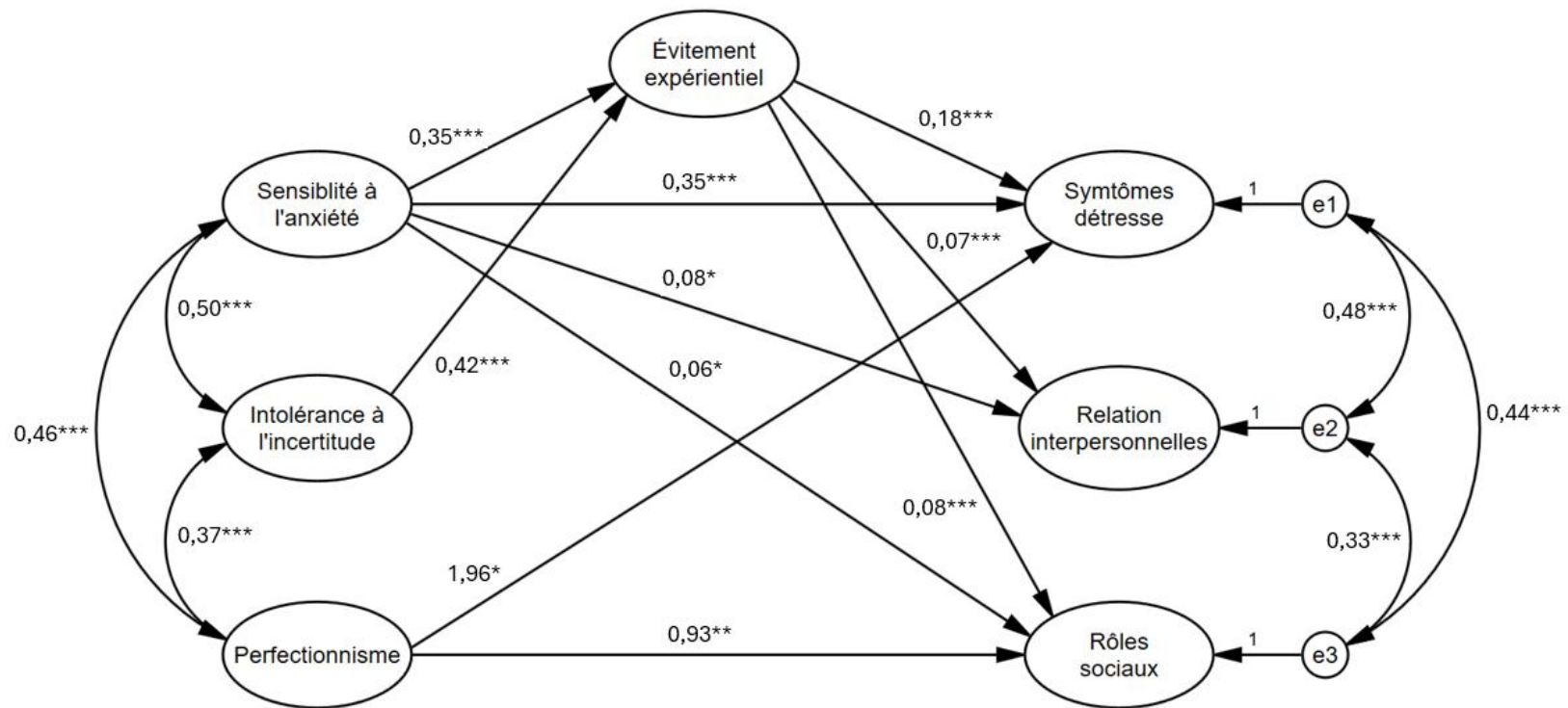
Analyses de médiation

La prochaine section vise à présenter les analyses de médiation (liens directs et indirects), qui ont permis d'examiner la relation entre les variables indépendantes (sensibilité à l'anxiété, intolérance à l'incertitude, préoccupations perfectionnistes) et les variables dépendantes (les impacts psychologiques) via un médiateur (l'ÉE).

L'analyse des liens directs révèle que l'ÉE est significativement associé aux trois variables dépendantes (voir Figure 2). De façon spécifique, l'ÉE est associé à davantage de symptômes de détresse ($\beta = 0,18, p < 0,001$), de difficultés dans les relations interpersonnelles ($\beta = 0,07, p < 0,001$) et de difficultés dans les rôles sociaux ($\beta = 0,08, p < 0,001$).

Figure 2

Résultats standardisés du modèle de médiation à l'étude



Notes. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$. *** $p < 0,001$.
 $N = 268$.

Ensuite, concernant la sensibilité à l'anxiété, le modèle révèle des liens directs significatifs tout en contrôlant pour l'effet de l'ÉE sur les trois variables dépendantes. De façon spécifique, la sensibilité à l'anxiété est associée à davantage d'ÉE ($\beta = 0,35$, $p < 0,001$), de symptômes de détresse ($\beta = 0,35$, $p < 0,001$), de difficultés dans les relations interpersonnelles ($\beta = 0,08$, $p < 0,05$) et de difficultés dans les rôles sociaux ($\beta = 0,06$, $p < 0,05$). Ensuite, concernant l'intolérance à l'incertitude, celle-ci est significativement associée à davantage de ÉE ($\beta = 0,42$, $p < 0,001$), sans association directe significative avec les variables dépendantes. Enfin, les préoccupations perfectionnistes sont significativement associées à davantage de symptômes de détresse ($\beta = 1,96$, $p < 0,05$) et de difficultés dans les rôles sociaux ($\beta = 0,93$, $p < 0,01$).

L'analyse des liens indirects (voir Tableau 3) montre que la sensibilité à l'anxiété présente un effet indirect significatif via l'ÉE sur les trois variables dépendantes. Plus précisément, la sensibilité à l'anxiété est indirectement associée à davantage de symptômes de détresse ($\beta = 0,06$, $p < 0,01$), de difficultés dans les relations interpersonnelles ($\beta = 0,05$, $p < 0,05$) et de difficultés dans les rôles sociaux ($\beta = 0,07$, $p < 0,01$). Donc, plus les participants présentent une sensibilité à l'anxiété, plus ils auront tendance à l'évitement expérientiel et plus ils vivront les trois manifestations de la santé mentale mesurées par le MI-45. L'intolérance à l'incertitude affiche quant à elle des effets indirects significatifs via l'ÉE sur les symptômes de détresse ($\beta = 0,06$, $p < 0,01$), sur les relations interpersonnelles ($\beta = 0,05$, $p < 0,05$) et sur le fonctionnement dans les rôles sociaux ($\beta = 0,07$, $p < 0,01$).

Tableau 3*Résultats des analyses de médiation*

Liens	Estimé non standardisé [IC 95 %]	Erreur standard	Estimé standardisé	<i>p</i>
ASI → MEAQ → SD	0,06 [0,02 – 0,11]	0,023	0,06	0,006
ASI → MEAQ → RI	0,03 [0,01 – 0,05]	0,010	0,05	0,013
ASI → MEAQ → RS	0,03 [0,01 – 0,04]	0,009	0,07	0,005
III → MEAQ → SD	0,08 [0,02 – 0,13]	0,027	0,06	0,005
III → MEAQ → RI	0,03 [0,01 – 0,05]	0,012	0,05	0,011
III → MEAQ → RS	0,03 [0,01 – 0,05]	0,011	0,07	0,004
MSP → MEAQ → SD	0,12 [-0,27 – 0,51]	0,199	0,01	0,544
MSP → MEAQ → RI	0,05 [-0,11 – 0,21]	0,081	0,01	0,546
MSP → MEAQ → RS	0,05 [-0,11 – 0,21]	0,083	0,01	0,543

Note. ASI = Sensibilité à l'anxiété; MEAQ = Évitement expérientiel; III = Intolérance à l'incertitude; MSP = Perfectionnisme; SD = Symptômes de détresse; RI = Relations interpersonnelles; RS = Rôles sociaux. Les valeurs des estimés standardisés et non standardisés ainsi que leurs intervalles de confiance sont arrondis à deux décimales.

Donc, plus l'intolérance à l'incertitude est présente, plus ils auront tendance à l'évitement expérientiel et plus ils vivront les trois manifestations de la santé mentale mesurées par le MI-45. Aucun effet indirect n'est présent pour les préoccupations perfectionnistes.

En résumé, les résultats indiquent que l'ÉE est significativement associé aux trois indicateurs d'impacts psychologiques. De plus, la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude présentent des effets indirects significatifs via l'ÉE, contrairement aux préoccupations perfectionnistes. Dans l'ensemble, ces résultats sont compatibles avec un modèle suggérant que l'ÉE pourrait être lié à l'association entre certains processus transdiagnostiques de vulnérabilité et les impacts psychologiques. La prochaine section visera d'ailleurs à discuter des résultats, de leurs implications cliniques et théoriques, ainsi que des limites et pistes de recherche futures.

Discussion

L'objectif principal de cette étude était d'examiner le rôle médiateur de l'ÉE dans la relation entre trois processus psychologiques transdiagnostiques (sensibilité à l'anxiété, intolérance à l'incertitude et préoccupations perfectionnistes) et des mesures d'impacts psychologiques (symptômes de détresse, relations interpersonnelles et performances dans les rôles sociaux). De manière générale, les résultats soutiennent les hypothèses formulées. En effet, l'ÉE prédit significativement la variance des trois indicateurs d'impacts psychologiques, et il médie les liens entre la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude avec ces mêmes variables de fonctionnement psychologique. Toutefois, aucun lien de médiation significatif n'a été observé pour les préoccupations perfectionnistes. Plus spécifiquement, les liens directs et indirects (de médiation) seront discutés ci-dessous.

Liens directs

Premièrement, les analyses ont révélé que l'ÉE est significativement associé à des niveaux plus élevés de symptômes de détresse, de difficultés interpersonnelles et de perturbations dans les rôles sociaux. Ces résultats sont cohérents avec la littérature scientifique indiquant que l'ÉE pouvait être associé à divers troubles psychologiques (Akbari et al., 2022; Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 2012). Dans le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT (Hayes et al., 1996, 2012), l'évitement est considéré comme un processus psychologique central dans l'étiologie et la persistance de la

psychopathologie et de la détresse psychologique. Le fait que l'ÉE soit associé à davantage de symptômes de détresse psychologique, ainsi que de difficultés dans les relations interpersonnelles et le fonctionnement social suggère que ses effets s'étendent au-delà des symptômes internes, c'est-à-dire qu'il restreint le répertoire comportemental de l'individu et limite la qualité de vie. Ces résultats soutiennent donc la valeur transdiagnostique et fonctionnelle de ce processus. De plus, le fait que ces associations aient été observées au sein d'un échantillon clinique présentant une diversité de troubles psychologiques renforce la généralisation de ces constats et la portée transdiagnostique de l'ÉE.

Deuxièmement, les liens directs observés entre la sensibilité à l'anxiété et les mesures d'impacts psychologiques sont également significatifs. La sensibilité à l'anxiété est associée à des niveaux plus élevés de détresse psychologique, mais aussi à des difficultés relationnelles et fonctionnelles. Ce résultat soutient les travaux de Mahoney et ses collègues (2015) et de Wheaton et son équipe (2010), selon lesquels la tendance à craindre et à interpréter négativement les sensations physiques d'anxiété est liée à une augmentation de la détresse interne, mais influence également le comportement social, notamment par la crainte du jugement ou de la perte de contrôle. La sensibilité à l'anxiété, bien qu'initialement reconnue comme un facteur central dans le développement et le maintien du trouble panique (Jurin & Biglbauer, 2018; McNally, 2002), s'inscrit aussi dans une perspective plus large en tant que processus transdiagnostique. Cette portée élargie renforce l'idée proposée par Frank et Davidson (2014), selon laquelle la sensibilité

à l'anxiété agit comme un mécanisme de vulnérabilité, prédisposant les individus à réagir de manière dysfonctionnelle aux sensations perçues comme menaçantes. Elle demeure ainsi un facteur clé dans la compréhension des troubles anxieux, où elle contribue au maintien de l'hypervigilance et constitue l'un des prédicteurs les plus constants de la détresse psychologique et des comportements d'évitement (Taylor et al., 2007).

Troisièmement, contrairement à l'hypothèse formulée, les résultats n'ont pas mis en évidence de lien direct significatif entre l'intolérance à l'incertitude et les indicateurs de fonctionnement psychologique lorsque l'ÉE est pris en compte dans le modèle. Ce résultat doit toutefois être nuancé, puisque les analyses corrélationnelles montrent des associations bivariées significatives entre l'intolérance à l'incertitude et les impacts psychologiques. Ce résultat suggère que, bien qu'associée à une vulnérabilité importante sur le plan émotionnel, la difficulté à tolérer l'incertitude ne serait pas directement liée au fonctionnement dans les rôles sociaux ou aux relations interpersonnelles lorsque l'effet de l'ÉE est considéré. Il est possible que l'impact de l'intolérance à l'incertitude sur le fonctionnement s'exerce de manière indirecte, par l'activation de stratégies de réponse telles que l'ÉE. À cet égard, les résultats montrent un lien direct significatif entre l'intolérance à l'incertitude et l'ÉE. Ce résultat suggère que les personnes ayant une faible tolérance à l'incertitude ont davantage tendance à recourir à des stratégies d'évitement face aux situations perçues comme imprévisibles ou menaçantes. Ce constat rejoint les observations de Dugas et ses collègues (2005) et Carleton (2012), selon lesquelles la difficulté à tolérer l'imprévisibilité favorise l'adoption de comportements d'évitement

visant à prévenir ou contrôler les situations perçues comme menaçantes. De même, Carleton et ses collègues (2013) soulignent que l'intolérance à l'incertitude peut entraîner la mise en œuvre de stratégies d'évitement cognitif et émotionnel. Ces stratégies, bien qu'elles réduisent temporairement l'anxiété, contribuent au maintien de la détresse psychologique à plus long terme (Hayes et al., 2012).

La différence observée entre la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude quant à leurs liens directs avec les mesures d'impacts psychologiques peut s'expliquer par la nature distincte de ces processus. Effectivement, alors que la sensibilité à l'anxiété est associée à des réactions immédiates d'évitement susceptibles d'altérer directement le fonctionnement (Taylor et al., 2007), l'intolérance à l'incertitude renvoie davantage à une vulnérabilité cognitive (Carleton, 2012; Dugas et al., 2005) dont l'impact sur le fonctionnement semble s'exercer principalement de manière indirecte, par l'entremise de stratégies d'évitement (Hayes et al., 2012).

Quatrièmement, les résultats montrent des liens faibles à modérés, mais significatifs entre les préoccupations perfectionnistes et certains indicateurs de fonctionnement psychologique, soit davantage de symptômes de détresse et de difficultés au niveau du fonctionnement dans les rôles sociaux. Ces résultats rejoignent partiellement ceux de la méta-analyse de Callaghan et ses collègues (2024), qui montrent une association modérée entre les préoccupations perfectionnistes et divers indicateurs de détresse psychologique, notamment la dépression et l'anxiété. Toutefois, l'absence d'association significative avec

les relations interpersonnelles, ainsi que les liens observés relativement modestes, pourraient s'expliquer par la nature de la mesure utilisée. En effet, le MSP (Cossette, 2016) évalue principalement des motivations non autodéterminées au perfectionnisme, plutôt que des comportements ou préoccupations perfectionnistes en tant que tels. Il est donc possible que des mesures ciblant plus directement les manifestations cognitives et comportementales du perfectionnisme aient permis d'observer des associations plus robustes avec la détresse psychologique.

Liens de médiation

Conformément aux hypothèses formulées, il était attendu que l'ÉE, en raison de son rôle central dans diverses psychopathologies (Akbari et al., 2022; Frank & Davidson, 2014; Hayes et al., 1996), médie les relations entre les processus psychologiques et les mesures d'impacts psychologiques. Ces hypothèses ont été partiellement confirmées. Les analyses de médiation montrent effectivement que la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude présentent un lien indirect significatif, par le biais de l'ÉE, sur les trois variables dépendantes. Ces résultats s'accordent avec le modèle transdiagnostique de Frank et Davidson (2014), selon lequel l'ÉE représente un mécanisme de réponse traduisant l'influence de mécanismes de vulnérabilité (sensibilité à l'anxiété et intolérance à l'incertitude) sur la détresse psychologique. Plus spécifiquement, les personnes présentant une sensibilité élevée à l'anxiété ou une faible tolérance à l'incertitude sont plus susceptibles d'interpréter les sensations ou situations internes comme menaçantes, ce qui les amènent à avoir recours à des stratégies d'évitement afin de réduire l'inconfort

momentanément (Carleton et al., 2013; Dugas et al., 2005; Wheaton et al., 2010) et éventuellement présenter une moins bonne santé mentale. En effet, ces stratégies, bien qu'elles diminuent l'anxiété à court terme, contribuent au maintien de la détresse psychologique à plus long terme (Hayes et al., 2012). Par ailleurs, des interprétations alternatives demeurent plausibles, notamment l'existence de relations bidirectionnelles, où la détresse psychologique et les difficultés de fonctionnement pourraient également contribuer au maintien ou à l'augmentation de l'évitement expérientiel. Ces résultats suggèrent ainsi que certaines vulnérabilités, comme la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude, sont associées aux impacts psychologiques principalement lorsqu'elles s'accompagnent de stratégies d'évitement des expériences internes, ce qui met en évidence le rôle spécifique de l'ÉE dans ces relations. Il importe toutefois de souligner que, compte tenu du devis transversal et de l'utilisation de données secondaires, ces résultats doivent être interprétés avec prudence. Bien qu'ils soient cohérents avec le modèle proposé, ils ne permettent pas d'établir une séquence causale entre les variables.

À l'inverse, les préoccupations perfectionnistes ne présentent pas de médiation significative avec l'ÉE. Ce résultat suggère que celles-ci pourraient être associées aux impacts psychologiques par des mécanismes distincts de l'ÉE. En fait, aucun lien direct n'a été observé entre ces deux variables, ce qui suggère que l'ÉE, tel qu'opérationnalisé dans la présente étude, n'intervient pas de manière notable dans la relation entre les préoccupations perfectionnistes et les mesures d'impacts psychologiques. Ce résultat peut s'expliquer par la nature fonctionnelle du perfectionnisme, qui se manifeste moins par un

évitement direct des expériences internes que par des stratégies de sur-engagement et de contrôle, comme la sur-vérification, la recherche de réassurance ou la rumination, visant à prévenir des émotions anticipées telles que la honte ou la peur de l'échec (Moroz & Dunkley, 2015). Toutefois, cette interprétation mérite d'être nuancée, puisque le perfectionnisme peut également se manifester par des stratégies d'évitement comportemental, telles que la procrastination et la peur de l'échec (Moroz & Dunkley, 2015). Cette nuance apparaît particulièrement pertinente dans le contexte de la présente étude, considérant que le MEAQ-30 inclut explicitement des dimensions liées à l'évitement comportemental, notamment la procrastination. Contrairement à la sensibilité à l'anxiété et à l'intolérance à l'incertitude, qui sont associées à des réactions d'évitement plus immédiates et comportementales, le perfectionnisme implique surtout des schémas cognitifs d'autocritique et d'anticipation, dont la fonction d'évitement est plus indirecte (Piotrowski, 2019). Dans cette perspective, l'absence de lien direct observée entre les préoccupations perfectionnistes et l'ÉE pourrait refléter la diversité des manifestations du perfectionnisme. Cette distinction pourrait expliquer l'absence de lien direct entre les préoccupations perfectionnistes et l'ÉE global observé dans la présente étude. Ces résultats convergent partiellement avec certaines études antérieures. En effet, Moroz et Dunkley (2015) ont montré que l'ÉE peut partiellement expliquer le lien entre les préoccupations perfectionnistes et la détresse, mais l'effet observé était modeste et dépendait de l'estime de soi. De manière similaire, Santanello et Gardner (2007) ont trouvé un rôle médiateur de l'ÉE dans la relation entre le perfectionnisme pathologique et l'inquiétude, mais ont aussi souligné que d'autres facteurs jouaient un rôle important dans

ce lien. L'absence d'effet indirect significatif dans la présente étude pourrait ainsi s'expliquer à la fois par le fait que nous n'avons pas une mesure directe de la tendance perfectionniste (plutôt une mesure des motivations sous-jacentes au perfectionnisme) ou par les caractéristiques spécifiques de l'échantillon clinique. Une nouvelle étude devrait tenter de répliquer celle-ci avec une réelle mesure de tendance perfectionniste.

Apports et implications cliniques

Plusieurs apports empiriques, théoriques et cliniques renforcent la pertinence de cette étude dans la littérature sur les processus transdiagnostiques.

Sur le plan empirique, l'utilisation d'un échantillon clinique important et diversifié ($n = 268$) constitue une force notable de cette étude. En effet, la majorité des recherches antérieures sur l'ÉE, la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude ont été menées auprès de populations non cliniques, souvent étudiantes (Chawla & Ostafin, 2007; Moroz & Dunkley, 2015). En s'appuyant sur des données issues d'un milieu clinique, cette étude offre une validité écologique accrue et permet de mieux comprendre les associations entre ces processus dans un contexte thérapeutique, caractérisé par la comorbidité et la variabilité des symptômes. De plus, l'utilisation du MEAQ-30 (Sahdra et al., 2016) représente une amélioration méthodologique importante. Contrairement à l'AAQ-II, souvent critiqué pour son chevauchement avec les mesures de détresse (Gámez et al., 2011; Wolgast, 2014), le MEAQ-30 permet une évaluation plus fine et multidimensionnelle des comportements d'évitement. Cet outil rend possible une

meilleure distinction entre la détresse psychologique et le processus d'évitement lui-même, renforçant ainsi la validité des résultats observés.

D'un point de vue théorique, le modèle de médiation proposé permet un examen intégré de plusieurs processus transdiagnostiques centraux au sein d'une même analyse. Peu d'études ont mis à l'épreuve la contribution simultanée de la sensibilité à l'anxiété, de l'intolérance à l'incertitude et des préoccupations perfectionnistes, tout en considérant l'ÉE comme une variable de médiation. Le choix de cette variable intermédiaire s'appuie sur des modèles théoriques la conceptualisant comme un mécanisme de réponse proximal, par lequel diverses vulnérabilités psychologiques sont associées à la détresse et à l'altération du fonctionnement. Ainsi, bien que des devis transversaux permettent statistiquement de tester différentes configurations de médiation, le positionnement de l'ÉE dans le modèle de cette étude repose sur un ancrage théorique clair, sans toutefois permettre d'inférer une relation causale. Cette approche comparative permet d'examiner les associations observées entre ces processus et des indicateurs d'impacts psychologiques. Les résultats sont compatibles avec un modèle dans lequel l'ÉE est lié aux associations entre certains processus transdiagnostiques de vulnérabilité et les impacts psychologiques, ce qui s'inscrit dans les modèles transdiagnostiques contemporains (Frank & Davidson, 2014; Hayes et al., 2012).

Sur le plan clinique, les associations observées entre l'ÉE et certaines mesures d'impacts psychologiques, ainsi que les effets indirects impliquant la sensibilité à l'anxiété

et l'intolérance à l'incertitude, suggèrent qu'il pourrait être pertinent de considérer ce processus comme une cible d'intervention. Dans le contexte des troubles anxieux, cela pourrait notamment s'inscrire dans des approches visant à modifier la relation aux expériences internes (p. ex., pensées, émotions, sensations), plutôt que leur contenu, afin de soutenir une diminution des comportements d'évitement et une plus grande flexibilité psychologique. Dans cette perspective, ces résultats peuvent également orienter la formulation de cas en favorisant un repérage conjoint des processus de vulnérabilité (p. ex., sensibilité à l'anxiété, intolérance à l'incertitude) et des stratégies de réponse comme l'évitement expérientiel. Dans un contexte de comorbidité, cette approche permet de prioriser des cibles thérapeutiques transdiagnostiques plutôt que de se centrer uniquement sur des symptômes spécifiques. Par exemple, lorsque ces vulnérabilités sont associées à un niveau élevé d'évitement, des interventions visant la tolérance aux sensations corporelles ou à l'incertitude peuvent être particulièrement pertinentes. Plus concrètement, des stratégies issues des thérapies cognitivo-comportementales et de troisième vague peuvent être mobilisées, telles que l'exposition interoceptive, l'exposition à l'incertitude, la défusion cognitive, la pleine conscience ou l'acceptation des expériences internes. Ces approches visent à réduire les comportements d'évitement et à favoriser un engagement plus flexible dans les activités significatives.

Limites et pistes de recherches futures

Cette étude présente quelques limites à considérer afin d'apprécier les résultats. Premièrement, le devis transversal utilisé ne permet pas d'établir des relations causales

entre les variables. Il demeure donc impossible de déterminer avec certitude la direction des effets. Des études longitudinales, comportant plusieurs temps de mesure, seraient essentielles pour examiner la stabilité et la directionnalité des liens observés. De plus, des devis expérimentaux intégrant une intervention ciblant l'ÉE permettraient de tester plus directement l'efficacité clinique et le rôle causal de ce processus.

Deuxièmement, cette étude repose sur des analyses corrélationnelles qui, bien qu'utiles pour établir des associations entre variables, ne permettent pas d'explorer des relations dynamiques ou bidirectionnelles entre les processus psychologiques à l'étude. Par exemple, bien que l'ÉE soit examiné comme médiateur, il est possible que certaines variables, comme la détresse psychologique, agissent en retour sur ce processus, créant des boucles de rétroaction. Pour approfondir cette dynamique, des modèles analytiques plus complexes, tels que les modèles de trajectoire latente ou d'équations différentielles dynamiques, pourraient être envisagés dans des études futures.

Troisièmement, l'utilisation exclusive de questionnaires autorapportés peut impliquer certains biais relatifs à la désirabilité sociale et la variance commune liée à la méthode. Bien que l'ensemble des instruments utilisés présente des indices de cohérence interne généralement satisfaisants, il convient de noter que la sous-échelle du fonctionnement dans les rôles sociaux (RS) a obtenu un indice plus faible, ce qui invite à interpréter ces résultats avec prudence. Pour surmonter cette limite, il serait intéressant que des recherches futures adoptent plusieurs méthodes de collecte de données, combinant des

instruments autorapportés avec d'autres sources de données indépendantes (comme des mesures comportementales, de jugement clinique, d'évaluation des proches, physiologiques ou neurologiques).

Quatrièmement, l'utilisation de données secondaires restreint le choix des instruments de mesure. Les questionnaires disponibles provenaient d'une base de données clinique préexistante, ne permettent pas d'inclure certaines variables pertinentes, telles que la régulation émotionnelle ou la fusion cognitive, susceptibles d'interagir avec l'ÉE. De plus, ce contexte n'a pas permis d'inclure de variables de contrôle (p. ex., âge, sexe ou diagnostic), ce qui constitue une limite importante, puisque ces variables pourraient influencer les associations observées entre les processus psychologiques et les impacts psychologiques. Par ailleurs, la représentativité de l'échantillon constitue une limite à considérer. Celui-ci est majoritairement composé de femmes et provient d'un milieu clinique spécialisé (UTCC), ce qui peut restreindre la généralisation des résultats à d'autres populations, notamment à des échantillons plus diversifiés ou issus de la population générale. Ce contexte a également limité le contrôle sur les conditions de passation des questionnaires et la séquence de collecte des données. Pour pallier ces limites, de futures études pourraient concevoir des devis spécifiquement centrés sur l'étude des processus transdiagnostiques, permettant une sélection intentionnelle des mesures les plus pertinentes et l'intégration de variables de contrôle afin de mieux préciser les relations observées.

Pour conclure, cette étude met en lumière les associations entre l'ÉE et les liens observés entre certains processus psychologiques et leurs impacts psychologiques. La médiation observée pour la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude suggère la présence de mécanismes possiblement distincts, sans permettre d'en inférer la nature causale, et pouvant être pertinents à considérer dans l'élaboration d'approches d'intervention différenciées. Malgré les limites liées au devis transversal et à l'utilisation de données secondaires, les résultats contribuent à l'avancement des connaissances empiriques, théoriques et cliniques. Ils soulignent également l'intérêt de poursuivre les recherches sur ces processus transdiagnostiques afin de soutenir le développement d'interventions thérapeutiques ciblant l'ÉE et la flexibilité psychologique.

Conclusion

Cet essai avait comme objectif d'examiner le rôle médiateur de l'ÉE dans les relations entre trois processus psychologiques transdiagnostiques, soit la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude et les préoccupations perfectionnistes, et des mesures d'impacts psychologiques, telles que la détresse psychologique, les difficultés interpersonnelles et le fonctionnement dans les rôles sociaux. Les résultats indiquent que l'ÉE est associé aux relations entre la sensibilité à l'anxiété et l'intolérance à l'incertitude avec les impacts psychologiques, alors qu'aucun effet indirect n'est observé pour les préoccupations perfectionnistes.

Sur le plan théorique, l'évitement apparaît comme un processus reliant des vulnérabilités psychologiques à leurs manifestations cliniques. Ce constat rejoint le modèle de Frank et Davidson (2014), selon lequel l'ÉE constitue un mécanisme de réponse, ainsi que dans les modèles de la flexibilité psychologique (Hayes et al., 2012), qui soutiennent qu'un rapport rigide avec les expériences internes favorise le maintien de la souffrance. Ainsi, l'ÉE apparaît comme une cible cohérente au sein de plusieurs modèles explicatifs. D'un point de vue clinique, les résultats soutiennent l'intérêt d'approches centrées sur les processus, notamment en ciblant l'ÉE et en favorisant une plus grande ouverture face aux expériences internes. Bien que d'autres processus, tels que la sensibilité à l'anxiété, l'intolérance à l'incertitude ou les préoccupations perfectionnistes, mobilisent également des stratégies visant à réduire diverses formes

d'évitement, l'intérêt spécifique de l'ÉE réside dans sa conceptualisation globale et transdiagnostique, permettant d'intervenir simultanément sur différentes manifestations de l'évitement. Des approches telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) apparaissent particulièrement pertinentes, en mettant l'accent sur l'acceptation, la défusion cognitive et l'action guidée par les valeurs.

Certaines limites doivent toutefois être prises en compte. D'abord, le devis transversal utilisé ne permet pas d'établir la direction causale des relations entre les variables. Ensuite, l'utilisation exclusive de questionnaires autorapportés peut également introduire des biais liés à la désirabilité sociale ou à la perception subjective des symptômes. De plus, le recours à une base de données secondaires limite la possibilité d'inclure certaines variables pertinentes. L'étude présente néanmoins des forces notables, dont l'utilisation du MEAQ-30, qui permet une mesure différenciée de l'ÉE, et l'inclusion d'un échantillon clinique diversifié.

En somme, cet essai met en lumière l'importance de considérer l'ÉE comme un processus central dans la compréhension des liens entre les vulnérabilités psychologiques et leurs impacts fonctionnels. Les résultats obtenus soutiennent l'idée d'une vision transdiagnostique centrée sur les processus, à la fois pour la recherche et la pratique clinique. Cette perspective ouvre la voie à des interventions plus ciblées, flexibles et empiriquement fondées, capables de répondre à la complexité des manifestations de la souffrance psychologique au-delà des catégories diagnostiques traditionnelles.

Références

- Akbari, M., Seydavi, M., Hosseini, Z. S., Krafft, J., & Levin, M. E. (2022). Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 65-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Barlow, D. H. (2003). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic, 2nd ed. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), 345-346. <https://doi.org/10.4088/JCP.v64n0318d>
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80036-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80036-4)
- Benítez, C. I., Shea, M. T., Raffa, S., Rende, R., Dyck, I. R., Ramsawh, H. J., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2009). Anxiety sensitivity as a predictor of the clinical course of panic disorder: A 1-year follow-up study. *Depression and Anxiety*, 26(4), 335-342. <https://doi.org/10.1002/da.20423>
- Besser, A., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2010). Perfectionistic self-presentation and trait perfectionism in social problem-solving ability and depressive symptoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(8), 2121-2154. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2010.00653.x>
- Boelen, P. A., & Reijntjes, A. (2009). Intolerance of uncertainty and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 130-135. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.04.007>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>

- Brosseau-Liard, P. É., Vandette, M.-P., Jamshidi, P., Kogan, C. S., & Aubry, T. (2020). Propriétés psychométriques de la version française (Mesure d'impact; MI-45) du Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) en milieu clinique et universitaire. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(1), 78-83. <https://doi.org/10.1037/cbs0000138>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2012). Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(1), 1-17. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.1>
- Callaghan, T., Greene, D., Shafran, R., Lunn, J., & Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
- Carleton, R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(8), 937-947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>
- Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
- Carleton, R. N., Fetzner, M. G., Hackl, J. L., & McEvoy, P. (2013). Intolerance of uncertainty as a contributor to fear and avoidance symptoms of panic attacks. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 328-341. <https://doi.org/10.1080/16506073.2013.792100>
- Carleton, R. N., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. G. (2012). Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.011>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>

- Cossette, A. (2016). *Validation d'un questionnaire mesurant les motivations sous-jacentes au perfectionnisme* [Essai doctoral]. Université du Québec à Trois-Rivières, QC. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7830/>
- Cramer, P. (1998). Defensiveness and defense mechanisms. *Journal of Personality*, 66(6), 879-894. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00035>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179-195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dionne, F., Blais, M. C., & Khoury, B. (2014). Les TCC transdiagnostiques : un complément (ou une alternative) à l'approche par diagnostic du DSM-5. *Revue québécoise de psychologie*, 35(3), 233-251.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. <https://doi.org/10.1023/A:1005553414688>
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(3), 329-343. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.02.002>.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ekşi, H., Kaya, Ç., & Kuşcu, B. (2018). *Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire-30: Adaptation and psychometric properties of the Turkish version*. Communication présentée au 8th International Conference on Research in Education, Manisa, Turquie.
- Fitzgerald, H. E., Hoyt, D. L., Kredlow, M. A., Smits, J. A. J., Schmidt, N. B., Edmondson, D., & Otto, M. W. (2021). Anxiety sensitivity as a malleable mechanistic target for prevention interventions: A meta-analysis of the efficacy of brief treatment interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 28(4), 323-337. <https://doi.org/10.1037/cps0000038>
- Flynn, R. J., Aubry, T. D., Guindon, S., Tardif, I., Viau, M., & Gallant, A. (2002). Validation d'une version française du *Outcome Questionnaire* et évaluation d'un service de counseling en milieu clinique. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 17(3), 57-74. <https://doi.org/10.3138/cjpe.0017.004>

- Frank, R. I., & Davidson, J. (2014). *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision making*. New Harbinger Publications.
- Freeston, M., & Komes, J. (2023). Revisiting uncertainty as a felt sense of unsafety: The somatic error theory of intolerance of uncertainty. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 79, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101827>
- Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defence* (1^{re} éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429481550>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., & Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692-713. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- Gerdan, G., & Salcioglu, E. (2025). Experiential avoidance as a transdiagnostic mediator in the relationship between intolerance of uncertainty, maladaptive perfectionism, and psychiatric symptoms: Structural and causal mediation analyses in a clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(3), e70102. <https://doi.org/10.1002/cpp.70102>
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.02.005>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Éds). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37-50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Institut de la statistique du Québec. (2025). *Troubles d'anxiété*. <https://statistique.quebec.ca/vitrine/egalite/dimensions-egalite/sante/troubles-anxiete?onglet=ensemble-de-la-population#note-desc-1>
- Jurin, T., & Biglbauer, S. (2018). Anxiety sensitivity as a predictor of panic disorder symptoms: A prospective 3-year study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(4), 365-374. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1453745>
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kenrick, D. T., & Shiota, M. N. (2008). Approach and avoidance motivation(s): An evolutionary perspective. Dans A. J. Elliot (Éd.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 273-288). Psychology Press.
- Lambert, M. J. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2(2), 23-27.

- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 126-136. <https://doi.org/10.1080/16506070902966918>
- Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (Surveillance des maladies chroniques, no 6). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mahoney, A. E. J., & McEvoy, P. M. (2012). A transdiagnostic examination of intolerance of uncertainty across anxiety and depressive disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 212-222. <https://doi.org/10.1080/16506073.2011.622130>
- Mahoney, C. T., Segal, D. L., & Coolidge, F. L. (2015). Anxiety sensitivity, experiential avoidance, and mindfulness among younger and older adults: Age differences in risk factors for anxiety symptoms. *The International Journal of Aging & Human Development*, 81(4), 217-240. <https://doi.org/10.1177/0091415015621309>
- Malicki, S., & Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 61-71. <https://doi.org/10.1016/j.pin.2014.04.002>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>

- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. J. (2012). To be sure, to be sure: Intolerance of uncertainty mediates symptoms of various anxiety disorders and depression. *Behavior Therapy*, 43(3), 533-545. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.02.007>
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e153. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- McManus, F., Shafran, R., & Cooper, Z. (2010). What does a “transdiagnostic” approach have to offer the treatment of anxiety disorders? *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491-505. <https://doi.org/10.1348/014466509X476567>
- McNally R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01475-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01475-0)
- Miller, M. L., & McGuire, J. F. (2023). Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *Journal of Affective Disorders*, 341, 283-295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.132>
- Monestès, J.-L., & Baeyens, C. (2016). *L'approche transdiagnostique en psychopathologie : alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.mones.2016.01>
- Monestès, J.-L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du Questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *European Review of Applied Psychology / Revue européenne de psychologie appliquée*, 59(4), 301-308. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2009.09.001>
- Moroz, M., & Dunkley, D. M. (2015). Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as mediators. *Personality and Individual Differences*, 87, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.044>
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving.” *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>

- Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999. <https://doi.org/10.1037/a0017428>
- Ong, C. W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Beyond acceptance and commitment therapy: Process-based therapy. *The Psychological Record*, 70(4), 637-648. <https://doi.org/10.1007/s40732-020-00397-z>
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
- Piotrowski, K. (2019). Perfectionism and identity processes in two domains: Mediation roles of worry, rumination, indecisiveness, shame, and guilt. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01864>
- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90143-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9)
- Rocheftort, C., Baldwin, A. S., & Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, 49(3), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>
- Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R Package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., & Scrucra, L. (2016). Using genetic algorithms in a large nationally representative American sample to abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00189>
- Santanello, A. W., & Gardner, F. L. (2007). The role of experiential avoidance in the relationship between maladaptive perfectionism and worry. *Cognitive Therapy and Research*, 31(3), 319-332. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9000-6>
- Schmalz, J. E., & Murrell, A. R. (2010). Measuring experiential avoidance in adults: The Avoidance and Fusion Questionnaire. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(3), 198-213. <https://doi.org/10.1037/h0100908>

- Statistique Canada. (2015). *Section B – Troubles anxieux. Partir 4 – Trouble d’anxiété généralisé*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-fra.htm#a4>
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., Abramowitz, J. S., Holaway, R. M., Sandin, B., Stewart, S. H., Coles, M., Eng, W., Daly, E. S., Arrindell, W. A., Bouvard, M., & Cardenas, S. J. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: Development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.2.176>
- Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005>
- Verreault, N., Labrecque, J., Marchand, A., & Marchand, L. (2007). Validation de l’*Index de sensibilité à l’anxiété* auprès de la population Québécoise Francophone. *Revue québécoise de psychologie*, 28(3), 253-268.
- Wheaton, M. G., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2010). The contribution of experiential avoidance and anxiety sensitivity in the prediction of health anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 229-239. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.3.229>
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27(10), 882-890. <https://doi.org/10.1002/da.20735>
- Wolgast, M. (2014). What does the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) really measure? *Behavior Therapy*, 45(6), 831-839. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.07.002>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 1021-1037. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.007>