

De la dépression à une perspective transdiagnostique : conceptualisation et interventions sur les ruminations mentales

“ From depression to a transdiagnostic perspective : conceptualizations and interventions on mental rumination ”

Céline BAEYENS^a, Monika KORNACKA^{b-c} et Céline DOUILLIEZ^{b-c}

^a Université Pierre Mendès France (Grenoble 2), LIP, Grenoble, France

^b Université Lille Nord de France, Lille, France

^c UDL3, PSITEC, Villeneuve d'Ascq, France

Résumé

Les ruminations ont été définies comme des pensées répétitives et passives centrées sur la symptomatologie dépressive et sur ses causes, conséquences et implications éventuelles (Nolen-Hoeksema, 1991). Dans cette revue de la littérature, nous aborderons deux théories fondamentales dans la compréhension des ruminations mentales : la théorie des styles de réponses (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008) et la théorie des modes de traitement (Watkins, 2004 ; 2008 ; 2011). Ensuite, nous déterminerons dans quelle mesure les ruminations apparaissent comme un processus transdiagnostique impliqué dans l'anxiété sociale, le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif, les troubles des conduites alimentaires et ceux liés à l'alcool. Enfin, les nouvelles pistes d'interventions centrées sur les ruminations seront décrites ainsi que l'état actuel des évidences empiriques concernant leur efficacité.

Mots-clés : Rumination, dépression, processus transdiagnostique, intervention

Abstract

Ruminations have been defined as repetitive and passive thoughts focused on depressive symptomatology and its causes, consequences and implications (Nolen-Hoeksema, 1991). In this literature review, we explore two important theories regarding the understanding of mental ruminations: the response style theory (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008) and the mode of processing theory (Watkins, 2004 ; 2008 ; 2011). Then, we will determine whether rumination can be considered as a transdiagnostic process involved in social anxiety, posttraumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, eating disorders and alcohol use. Finally, developments of new interventions focused on ruminations will be described as well as empirical evidence regarding their efficacy.

Key words : Rumination, depression, transdiagnostic process, intervention

La nature et les conséquences des ruminations mentales ont largement été explorées dans le cadre de la compréhension de la dépression. Susan Nolen-Hoeksema a été une pionnière de cette ligne d'investigation. En explorant les déterminants possibles des différences de genre dans la prévalence de la dépression, ses études suggèrent que les femmes sont plus vulnérables à la dépression que les hommes notamment parce qu'elles ont tendance à ruminer à propos de leurs symptômes alors que les hommes auraient tendance à se distraire (Nolen-Hoeksema, 1987 ; 1991). Les ruminations ont été définies comme des pensées répétitives et passives centrées sur la symptomatologie dépressive et sur ses causes, conséquences et implications éventuelles (Nolen-Hoeksema, 1991). Dans un premier temps, nous tenterons de rendre compte de la conceptualisation des ruminations dans le cadre de la théorie des styles de réponse (pour une revue, voir Nolen-Hoeksema, 2004 ; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Nous aborderons ensuite les ruminations comme un processus résultant d'un style cognitif particulier avant de considérer la possibilité d'une conception des ruminations mentales comme un processus transdiagnostique. Enfin, nous développerons les pistes thérapeutiques et l'état actuel des preuves scientifiques concernant les interventions centrées sur les ruminations.

Ruminations dépressives et théorie des styles de réponse

De nombreuses études ont mis en évidence une corrélation positive entre le niveau de dépression et la tendance à ruminer (e.g., Eshun, 2000 ; Ito & Agari, 2003 ; pour une revue, voir Thomsen, 2006). La théorie des styles de réponses (*Response Style Theory* ; Nolen-Hoeksema, 1991) est une des théories de référence dans la compréhension des ruminations dépressives. Elles y

sont définies comme un mode de réponse à un sentiment de détresse. Cette réponse consiste à centrer son attention, de manière répétitive et passive sur les symptômes dépressifs et sur les causes et conséquences éventuelles de ces symptômes. Cette définition cible ainsi un *processus* ruminatif, i.e., des pensées répétitives centrées sur les sentiments et difficultés, plutôt qu'un contenu des ruminations (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008).

Mesures des ruminations

Selon la théorie des styles de réponse, la tendance à ruminer constitue une caractéristique individuelle stable dans le temps (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999 ; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Afin de mesurer ce trait, Nolen-Hoeksema et Morrow (1991) ont développé une échelle de réponse ruminative de 22 items - la *Ruminative Responses Scale* (RRS)¹. Cette échelle évalue la fréquence des pensées ruminatives en réponse à un sentiment de tristesse ou une humeur dépressive. Dans sa version originale, les réponses ruminatives reflétaient une focalisation sur soi (e.g., « Pensez : pourquoi je réagis de cette manière ? »), sur les symptômes (e.g., « Pensez à quel point il est difficile de vous concentrer ») et sur les causes et conséquences possibles de l'humeur dépressive (e.g., « Analyser des événements récents pour essayer de comprendre pourquoi vous êtes déprimé(e) »).

Malgré les bonnes qualités psychométriques de l'échelle originale (pour une revue, voir Luminet, 2004), la RRS présentait un biais potentiel majeur. En effet, le contenu de certains items pouvait être confondu avec l'évaluation de symptômes dépressifs (e.g., « Pensez à quel point vous vous sentez passif(ve) et démotivé(e) »). Afin de réduire cette confusion,

⁽¹⁾ La RRS fait partie d'un instrument plus large, le questionnaire des styles de réponse (*Response Style Questionnaire*, RSQ) qui évalue les réponses ruminatives et les réponses de distraction. Dans le cadre du présent article, sauf exception, nous nous centrerons sur la sous-échelle de réponses ruminatives.

La correspondance concernant cet article peut être adressée à Céline Baeyens, UFR SHS, Laboratoire interuniversitaire de psychologie, 1251 Avenue Centrale, BP 47, 38040 Grenoble Cedex 9, France.

Email : celine.baeyens@upmf-grenoble.fr

ou à Céline Douilliez, Université Charles de Gaulle – Lille 3, UFR de Psychologie, Laboratoire PSITEC, BP 60149, 59 650 Villeneuve d'Ascq Cedex, France.

Email : celine.douilliez@univ-lille3.fr.

Treynor, Gonzalez, et Nolen-Hoeksma (2003) ont supprimé les 12 items ambigus et réévalué la structure factorielle du RRS sur les 10 items restants. Le résultat de cette analyse factorielle suggérait une solution en deux facteurs. Le premier facteur, appelé « Ressassement » (*Brooding*), reposerait sur « une comparaison passive entre la situation actuelle et certains standards non réalisés ». Le second facteur, appelé « Réflexion » (*Reflection*), correspondrait à « une introspection volontaire pour s'engager dans une résolution de problème afin de soulager les symptômes dépressifs » (Treynor *et al.*, 2003, p. 256). Une version francophone du RRS est actuellement en cours de validation (Douilliez, Baeyens, Guimpel, & Philippot, en préparation).

Différentes études suggèrent que la dimension de ressassement est associée positivement aux symptômes dépressifs. Les données montrent que, comparativement à des sujets sans histoire de dépression, les sujets avec un diagnostic de dépression ruminent (i.e., ressasser) deux à quatre fois plus souvent (Joorman, Dkane, & Gotlib, 2006 ; Pearson, Watkins, Mullan, & Moberly, 2010). Les résultats sont moins consensuels sur la dimension de réflexion qui serait associée négativement aux symptômes dépressifs (pour une revue, voir Luminet, 2004).

Ruminations et dépression

Les ruminations mentales ont longtemps été considérées comme un épiphénomène de la dépression. Différentes études suggèrent néanmoins un rôle *fondamental* des ruminations dépressives, et plus particulièrement de la dimension ressassement, tant dans le développement que dans le maintien de la dépression. Des études longitudinales ont montré que, chez des personnes sans histoire de dépression, le taux de rumination prédisait le développement (e.g., Nolen-Hoeksema, 2000 ; Just & Alloy, 1997) et la sévérité de la dépression (e.g., Huffziger, Reinhard, & Kuehner, 2009 ; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994 ; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007 ; Smith, Alloy, & Abramson, 2003 ; Treynor *et al.*, 2003) et qu'il prédisait le maintien d'un épisode dépressif chez des personnes souffrant de dépression (e.g., Huffziger *et al.*, 2009 ; Kuehner & Weber, 1999 ; Nolen-Hoeksema, 2000 ; Rohan, Sigmon, & Dorhofer, 2003). Par ailleurs, les ruminations apparaissent comme un symptôme résiduel important, même après une rémission partielle ou complète d'un épisode dépressif, ce qui

suggère qu'elles pourraient être non seulement un processus central dans l'installation et le maintien de la dépression mais également un facteur de rechute (Joormann *et al.*, 2006 ; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993 ; Nolen-Hoeksema, 1991 ; Riso *et al.*, 2003 ; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998 ; Watkins *et al.*, 2007). Bien que la plupart des études aient porté sur des populations adultes, certaines études longitudinales ont également montré que la rumination constituait un facteur de risque de développer un trouble dépressif à l'adolescence (Abela & Hankin, 2011 ; voir cependant Rood, Roelofs, Bögels, Nolen-Hoeksema, & Schouten, 2009).

Mécanismes d'action des ruminations

Selon la théorie des styles de réponse (Nolen-Hoeksema, 1991 ; 2004), le rôle des ruminations dans le maintien d'une humeur dépressive s'explique par quatre mécanismes d'action différents. Ces mécanismes ont été mis en évidence par l'utilisation de tâches expérimentales dans lesquelles on demandait à des sujets soit de ruminer soit de se distraire pendant 8 minutes (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). Dans la condition rumination, les sujets étaient invités à centrer leur attention sur une série de phrases qui les engageaient à ruminer sur eux-mêmes, leurs sentiments et leurs sensations physiques en évaluant la signification, les causes et les conséquences (e.g., « Pensez à la manière dont vous vous sentez » ; « Pensez à ce que vos sentiments peuvent signifier » ; « Pensez aux raisons pour lesquelles vous vous sentez de cette manière » ; « Pensez aux différentes conséquences de la manière dont vous vous sentez »). Dans la condition distraction, les sujets devaient centrer leur attention sur une série de phrases les invitant à imaginer des scènes visuelles neutres (e.g., « Pensez à la forme d'un grand parapluie noir » ; « Pensez à un bateau qui traverse l'océan » ; « Pensez à une goutte d'eau qui glisse lentement sur une vitre »).

Comparativement à une induction de distraction², l'induction de rumination a non seulement pour conséquence d'augmenter l'humeur dépressive (e.g., Brinker & Dozois, 2009 ; Jones, Papadakis, Hogan, & Strauman, 2009 ; Jong-Meyer, Beck, & Riede, 2009 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995 ; McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011 ; pour une revue voir aussi Watkins, 2008) mais elle entraîne également des cognitions néga-

⁽²⁾ Tous les résultats décrits se basent sur la comparaison entre les résultats obtenus par les participants en condition de rumination et ceux obtenus par les participants en condition de distraction.

tives. Ainsi, après une période de rumination, les participants dysphoriques décrivent spontanément plus de problèmes récents (Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999) et interprètent également de manière plus négative des situations ambiguës (Lyubomirsky *et al.*, 1999). Les effets de l'induction de rumination s'étendent également aux cognitions orientées vers le passé et le futur. En effet, les participants dysphoriques en condition de rumination non seulement rappellent plus de souvenirs autobiographiques négatifs mais rapportent une fréquence plus importante d'événements négatifs passés (Lyubomirsky *et al.*, 1998 ; Thomsen, Schnieper, Olesen, & Hammershoj, 2011). Enfin, ruminer amène les participants dysphoriques à envisager l'avenir de manière plus pessimiste et fataliste, et diminue la capacité d'imaginer un événement positif dans le futur (Lavender & Watkins, 2004 ; voir également Nolen-Hoeksema, 2004 ; Nolen-Hoeksema *et al.*, 2008).

Le deuxième mécanisme d'action des ruminations concerne l'interférence avec la recherche de solutions efficaces aux problèmes. Suite à une induction de rumination, les participants présentant un épisode dépressif majeur génèrent des solutions moins efficaces lorsqu'ils doivent résoudre des problèmes (e.g., Donaldson & Lam, 2004 ; Kao, Dritschel, & Astell, *et al.*, 2006 ; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

Troisièmement, les ruminations interfèrent avec la motivation dans la mise en œuvre de comportements instrumentaux. Les patients dysphoriques qui ruminent démontrent moins de motivation à entreprendre des activités plaisantes pouvant améliorer l'humeur dépressive (e.g., Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993 ; Lyubomirsky *et al.*, 1999).

Enfin, les ruminations peuvent avoir un impact sur le soutien social. En effet, pris dans l'ornière de leurs pensées, les personnes qui ruminent réduisent leur orientation vers le soutien social. Les ruminateurs vont non seulement moins solliciter leur entourage, mais ils identifient et apprécient moins le support social qui leur est donné (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999 ; Nolen-Hoeksema, 1991, 2004 ; Pearson, Watkins, Kuyken, & Mullan, 2010).

L'impact négatif des ruminations de type ressassement et leur contribution à l'apparition, le maintien et la récurrence des troubles dépressifs semblent aujourd'hui indéniables. A l'inverse, le statut des ruminations de type réflexion comme une dimension adaptée des ruminations n'est pas aussi bien démontré (voir Joormann *et al.*, 2006 ; Nolen-Hoeksema, *et al.*, 2008 ; Surrence, Miranda, Marroquin, & Chan, 2009). Par contre, la distinction

entre les ruminations adaptatives ou non a été plus largement explorée par Edward Watkins, de l'Université d'Exeter, au travers de la théorie du mode de traitement. Dans cette perspective, les ruminations peuvent être fonctionnellement différentes en fonction du style cognitif adopté.

Théorie du mode de traitement

Les études sur les ruminations dépressives, et plus particulièrement les travaux sur la RRS, ont laissé entrevoir la possibilité de ruminations pouvant être fonctionnellement différentes, associées à des conséquences adaptatives ou non (e.g., Treynor *et al.*, 2003). Watkins (2004) suggère que le facteur déterminant les conséquences, positives ou négatives, des ruminations ne réside pas dans leur contenu, i.e., l'attention portée sur l'humeur négative, les problèmes et le soi, mais dans la manière dont l'information est traitée (e.g., Teasdale, 1999). La notion de mode de traitement, parfois utilisée sous le terme de style cognitif, tente de rendre compte des conséquences, adaptatives ou non, des ruminations.

Watkins (2004) propose de distinguer deux modes de traitement (ou styles cognitifs), l'un concret-expérientiel, l'autre abstrait-analytique. Les pensées qui résultent d'un style concret-expérientiel se caractérisent par une focalisation attentionnelle sur le moment présent et sur la manière dont les choses se déroulent moment par moment (en se posant la question du « comment »), tenant compte des émotions ressenties, des sensations physiologiques et corporelles ainsi que du contexte spécifique de la situation. L'individu observe comment son état ou sa situation change moment par moment. Dans le deuxième style cognitif, abstrait-analytique, moins adapté selon les études (pour une revue, voir Watkins, 2008), les pensées résultent d'une attention focalisée d'une manière abstraite sur l'analyse de causes, des conséquences et de la signification d'un état ou d'une situation. Ce type de focalisation sous-entend les questions de type « pourquoi ? » et la focalisation porte plutôt sur le passé ou sur le futur que sur le moment présent.

Au moins trois sources théoriques peuvent rendre compte de la distinction entre les modes abstrait-évaluatif et concret-expérientiel et des conséquences associées à chacun de ces modes. Premièrement, selon le modèle des Sous-systèmes Cognitifs en Interaction - SCI - de Teasdale et Barnard (*Interacting Cognitive Subsystems* ; Teasdale & Barnard, 1993), il existe différents niveaux de traitement de l'information, fonctionnant de manière incompatible : les niveaux propositionnel et implicationnel. Au niveau propositionnel, sont

encodées les informations spécifiques et conceptuelles qui peuvent être représentées verbalement. Le traitement des informations liées au soi à un niveau propositionnel mènerait à un mode conceptuel-évaluatif caractérisé par un mode de pensée analytique, évaluatif, i.e., focalisé sur l'écart entre la situation actuelle et les résultats recherchés. Il serait responsable du mode abstrait-analytique et caractérisé par des pensées évaluatives au sujet des causes, conséquences et signification de l'expérience émotionnelle. En d'autres termes, il mènerait à penser « au sujet de soi ». Au niveau implicationnel, sont encodées les informations implicites d'ordre supérieur, sous la forme de schémas mentaux construits sur base de la récurrence des expériences. Le traitement des informations liées au soi à un niveau implicationnel mènerait au mode concret-expérientiel caractérisé par un mode de pensée non évaluatif, lié à l'expérience sensorielle et émotionnelle de l'individu au moment présent (Watkins, 2004). En d'autres termes, il mènerait à se centrer sur l'expérience directe, telle qu'elle se déroule instant après instant. C'est à ce niveau que les changements émotionnels s'opèreraient. Par conséquent, nous pouvons supposer qu'un mode de pensée concret-expérientiel aurait des conséquences émotionnelles adaptatives alors qu'un mode de pensée abstrait-analytique aurait des conséquences non adaptatives.

Plus récemment, Watkins (2011) a développé un raisonnement théorique basé sur les théories socio-cognitives (e.g., Carver & Scheier, 1982, 1990 ; Trope & Liberman, 2003 ; Vallacher & Wegner, 1987). Cette littérature suggère que les buts, événements et actions peuvent être mentalement représentés à différents niveaux, variant d'un niveau abstrait à un niveau concret. Les représentations à un niveau abstrait seraient générales, super-ordonnées, décontextualisées. Ces représentations incluraient la signification d'un événement (répondant à la question du « pourquoi », e.g., « pourquoi je me lave les dents »). Les représentations à un niveau concret seraient concrètes, spécifiques et comprendraient des détails contextualisés des événements ou situations. Elles informent sur la manière et les moyens par lesquels une action peut être menée (répondant à la question du « comment », e.g., « comment je me lave les dents »).

Dans des populations non cliniques, les informations seraient traitées par défaut à un niveau abstrait avec un lien maintenu vers les niveaux de

traitement plus concrets. L'adoption d'un niveau de traitement concret ou abstrait pourrait néanmoins être déterminé par les circonstances. En effet, les niveaux de traitement abstrait seraient adaptatifs dans des situations soit familières soit dans lesquelles nous devons agir en fonction de buts à long terme (répondant à la question du « pourquoi » nous menons une action). Les niveaux de traitement concrets seraient eux adaptés lors de situations inhabituelles ou difficiles, avec une centration sur la manière de mener une action. Outre les circonstances externes, le niveau de traitement adopté peut dépendre de l'état d'humeur (e.g., Vallacher & Wegner, 1987).

Chez les personnes souffrant de dépression, il y aurait une dérégulation des niveaux d'identification des buts/actions (Watkins, 2008 ; 2011) qui les mène à une utilisation trop fréquente d'un style cognitif abstrait, *indépendamment des circonstances*. Ce mode de traitement abstrait fait référence au niveau de traitement propositionnel de la théorie des sous-systèmes en interaction (Teasdale & Barnard, 1993).

L'hypothèse d'un mode abstrait à la base des ruminations dépressives fait également référence à la théorie de la réduction de la concrétude (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998 ; Stöber, 1998 ; Stöber & Borkovec, 2002) selon laquelle les inquiétudes (ou ruminations anxieuses³) sont caractérisées par un mode abstrait, sur-général. Cette réduction de la concrétude se retrouve également dans les ruminations dépressives (Watkins & Moulds, 2007) et aurait pour conséquences d'une part, une diminution de la capacité à résoudre les problèmes et d'autre part, une interférence au niveau du traitement de l'information émotionnelle.

Selon ces trois cadres théoriques, la distinction entre deux niveaux de traitement ou styles cognitifs peut expliquer les conséquences différentielles des pensées répétitives. Afin de mettre en évidence ces conséquences au niveau empirique, le paradigme d'induction de rumination de Nolen-Hoeksema et Morrow (1993) a été modifié afin d'induire soit un style abstrait-analytique, soit un style concret-expérientiel. Dans le premier cas, on demandait aux participants d'évaluer les causes, conséquences et implications des sensations. Dans le second cas, les participants étaient invités à centrer leur attention sur l'expérience de leurs symptômes. Les résultats des études ont montré que, comparativement aux participants ayant adopté un

⁽³⁾ Nous verrons plus loin que les ruminations, étudiées au départ dans le cadre de la dépression, et les inquiétudes, étudiées dans le cadre du trouble anxieux généralisé (TAG) présentent beaucoup de caractéristiques communes.

style concret-expérientiel, les participants souffrant de dépression qui adoptaient un style cognitif abstrait-analytique rapportaient plus de souvenirs autobiographiques généraux (Watkins & Teasdale, 2001 ; 2004), une capacité réduite à résoudre des problèmes (Watkins & Baracaia, 2001 ; Watkins & Moulds, 2007) et ils s'évaluaient plus négativement sur des traits généraux négatifs (Rimes & Watkins, 2005 ; voir aussi Vassilopoulos & Watkins, 2009).

Outre les biais cognitifs induits par un style abstrait-analytique, d'autres études expérimentales ont montré l'impact de ce style de pensée au niveau de la régulation émotionnelle. Ainsi, Watkins (2004) a testé expérimentalement l'impact de ces deux types de pensées répétitives sur la récupération émotionnelle *après* une situation d'échec et a montré que les participants utilisant le style abstrait-analytique rapportaient, après un délai de douze heures, une détresse émotionnelle plus importante et des intrusions concernant l'échec plus fréquentes par rapport aux participants de la condition concrète-expérientielle. Ces résultats ont été étendus à l'étude de la vulnérabilité émotionnelle à des événements négatifs. Moberly et Watkins (2006) ont montré que l'entraînement à un style abstrait-analytique *avant* d'être soumis à un événement stressant entraînait plus d'affects négatifs qu'un entraînement à un style concret-expérientiel, et ceci particulièrement pour les participants ayant une tendance importante à ruminer. En résumé, ces études suggèrent qu'un style cognitif abstrait-analytique non seulement interfère avec la récupération émotionnelle suite à une situation d'échec (Watkins, 2004) mais rend également les personnes émotionnellement plus vulnérables à une situation négative (Moberly & Watkins, 2006), comparativement à un style concret-expérientiel.

La théorie des modes de traitement vient compléter la théorie des styles de réponse (Nolen-Hoeksema, 1991). Le style abstrait-analytique partage des composantes communes avec les ruminations de type « ressassement », aux conséquences non adaptatives, tandis que le style concret-expérientiel pourrait refléter certains aspects des ruminations de type réflexion (Treynor *et al.*, 2003). Cependant, contrairement aux ruminations dépressives (Nolen-Hoeksema, 1991), la focalisation des pensées résultant du style abstrait-analytique ne se limite pas aux symptômes dépressifs, mais peut se focaliser sur d'autres situations.

Les ruminations et plus particulièrement les conséquences des styles cognitifs ne se limitent pas au trouble dépressif majeur. Des études de plus en plus nombreuses suggèrent que les ruminations, ou du moins les processus qui sous-tendent les ruminations non adaptatives, contribueraient à la vulnérabilité, au maintien et à la récurrence d'autres troubles psychopathologiques (pour une revue, voir Watkins, 2008 ; 2011).

Vers une conceptualisation transdiagnostique

La littérature suggère que les ruminations, et plus particulièrement la distinction entre les ruminations fonctionnelles et dysfonctionnelles, pourraient être considérées comme un processus transdiagnostique, c'est-à-dire un processus cognitif contribuant de manière causale à plusieurs troubles psychologiques (Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004 ; voir aussi McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011 ; Dudley, Kuyken, & Padesky, 2010 ; Ehling & Watkins, 2008 ; Mansell, Harvey, Watkins, & Shafran, 2009 ; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Dans cette section, nous aborderons les principaux troubles pour lesquels les ruminations ont été envisagées comme un processus central, à savoir les troubles anxieux, la dépendance à l'alcool, les troubles du comportement alimentaire (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). Parmi les troubles anxieux, nous n'aborderons pas le trouble d'anxiété généralisé, une revue de la littérature concernant ce trouble dépassant le cadre du présent article (pour une revue, voir Nolen-Hoeksema, *et al.*, 2008) mais nous nous centrerons plus spécifiquement sur l'anxiété sociale, le trouble de stress post-traumatique et le trouble obsessionnel compulsif.

Anxiété sociale

Un type de pensée répétitive négative a été largement étudié dans l'anxiété sociale. Il s'agit du traitement post-événement, aussi appelée rumination post-mortem⁴, qui intervient quand un individu s'engage dans une inspection mentale détaillée de sa performance dans une situation sociale passée (Brozovich & Heimberg, 2008). D'après les modèles cognitifs de l'anxiété sociale (e.g., Clark & Wells,

⁽⁴⁾ Bien que selon certains auteurs, les termes de traitement post-événement ou post-mortem et rumination post-événement soient utilisés de manière relativement interchangeable (Wong & Moulds, 2009), Fehm, Schneider, et Hoyer (2007) suggèrent que le traitement post-événement inclut des processus cognitifs autres que la rumination, comme par exemple, les biais de récupération en mémoire.

1995 ; Hoffmann, 2007 ; Rapee & Heimberg, 1997), cette rumination post-mortem serait un facteur important de maintien de l'anxiété sociale. Après avoir été confronté à une situation sociale, l'individu s'engagerait dans une auto-évaluation négative de sa performance, ce qui favoriserait une anticipation négative de nouvelles interactions sociales et alimenterait ainsi le cycle de l'anxiété. Ce type de rumination est mesuré par différentes questionnaires spécifiques : le *Rumination Questionnaire* (Mellings & Alden, 2000) ; le *Thoughts Questionnaire* (Edwards, Rapee, & Franklin, 2003) ; le *Post-Event Processing Questionnaire* (PEPQ ; Rachman, Gruter-Andrew, & Shafran, 2000) ; *Post-Event Processing Questionnaire –Revised* (PEPQ-R ; McEvoy & Kingsep, 2006). Malheureusement, aucun de ces questionnaires n'est traduit ni validé en français et aucun n'a été spécifiquement conçu pour distinguer les ruminations fonctionnelles ou dysfonctionnelles.

Les études rétrospectives et par journal de bord montrent que les personnes souffrant d'anxiété sociale, à un niveau sous-clinique (i.e., avec des niveaux élevés d'anxiété sociale sans nécessairement présenter l'ensemble des critères nécessaires au diagnostic de phobie sociale) ou clinique, ont tendance à s'engager dans une rumination post-mortem après avoir été confrontées à une situation sociale (e.g., Fehm *et al.*, 2007 ; Lundh & Sperling, 2002 ; McEvoy & Kinsep, 2006 ; Rachman *et al.*, 2000). En thérapie cognitivo-comportementale de groupe, cette rumination post-mortem peut être activée après une première session de groupe ou lors d'expositions (Kocovski & Rector, 2008 ; Laposa & Rector, 2011).

Plutôt que de mesurer la rumination rétrospectivement ou après une situation sociale survenant dans l'environnement naturel, certaines études ont placé les individus dans une situation sociale (e.g., prise de parole en public, interaction avec un inconnu) et ont mesuré le niveau de rumination post-mortem. Ces études ont mis en évidence que les personnes souffrant d'anxiété sociale, à un niveau clinique et sous-clinique, avaient tendance à s'engager dans plus de ruminations post-mortem, jusqu'à une semaine après l'évènement stressant socialement, comparativement à des participants contrôle (Abott & Rapee, 2004 ; Edwards *et al.*, 2003 ; Dannahy & Stopa, 2007 ; Kocovski, Endler, Rector, & Flett, 2005 ; Mellings & Alden, 2000 ; Perini, Abbott, & Rapee, 2006). Par ailleurs, les résultats de Kashdan et Roberts (2007) montrent que le niveau de rumination post-mortem après une situation sociale dans laquelle les sujets répondent à des questions personnelles augmente l'anxiété mesurée 24h après l'interaction. Cette rumination pourrait expliquer en partie pourquoi la peur des individus souffrant de phobie sociale ne

s'éteint pas avec l'exposition répétée à des situations sociales survenant dans leur environnement naturel (Brozovich & Heimberg, 2008).

Les études présentées précédemment ont mis en évidence une relation entre l'anxiété sociale et la rumination post-mortem suscitée par une situation sociale naturelle ou induite. Toutefois, aucune de ces études n'a directement manipulé la rumination pour en examiner le rôle causal dans l'anxiété sociale. Récemment, Wong et Moulds (2009) ont mis en évidence que, contrairement à la distraction, l'induction de rumination *après* une performance sociale maintenait l'anxiété chez tous les participants et augmentait les croyances inconditionnelles inadaptées chez les personnes fortement anxieuses socialement. Par ailleurs, l'induction de rumination *avant* de réaliser une performance sociale augmente l'anxiété chez tous les participants ainsi que les croyances conditionnelles inadaptées chez les personnes fortement anxieuses (Wong & Moulds, 2011).

Plus récemment, les études ont intégré la distinction entre différents styles cognitifs, abstrait-analytique vs concret-expérientiel (Watkins, 2004 ; 2008 ; 2011). Par exemple, Vassilopoulos (2008) a mis en évidence une diminution du niveau d'anxiété chez des personnes avec une anxiété sociale élevée après qu'elles aient été amenées à ruminer de manière concrète-expérientielle alors qu'aucune diminution n'était observée dans une condition abstraite-analytique. Vassilopoulos et Watkins (2009) ont mis en évidence, qu'après l'induction d'un style de rumination concret-expérientiel, les individus avec un niveau d'anxiété sociale élevé s'évaluaient comme moins incompetents et sans valeur, tandis que leur évaluation négative se maintenait dans la condition d'induction d'un style abstrait-analytique. Dans cette étude, aucun effet de la condition sur l'anxiété n'a été observé. Toutefois, ces résultats n'ont pas été répliqués dans une étude dans laquelle les participants étaient confrontés à une situation d'évaluation sociale. Ainsi, Wong et Moulds (sous presse) ont mis en évidence que l'induction d'un mode expérientiel (i.e., centré sur les sensations) avant une tâche d'évaluation sociale (rumination d'anticipation) et après la tâche (rumination post-évènement) génèrait plus de croyances conditionnelles avant (e.g., « si on voit que je suis anxieux, on va penser que je suis faible ») et de croyances inconditionnelles après (e.g., « les gens pensent que je suis ennuyeux »). Ces résultats semblent suggérer que pour les individus souffrant d'anxiété sociale, le mode de traitement expérientiel est inadapté. D'après les auteurs, le mode expérientiel amènerait les individus anxieux socialement à focaliser leur attention sur leurs sensations, ce qui alimenterait leur perception négative d'eux-mêmes (e.g., Clark & Wells, 1995).

Toutefois, des recherches sont nécessaires pour clarifier les conditions sous-lesquelles l'un ou l'autre mode est délétère dans l'anxiété sociale.

Ces derniers résultats soulignent la nécessité d'intégrer dans les modèles cognitifs de l'anxiété sociale une distinction entre les processus de rumination adaptatifs, fonctionnels et non-adaptatifs, dysfonctionnels.

Trouble de stress post-traumatique

Les modèles cognitifs du trouble de stress post-traumatique (TSPT) suggèrent que la rumination peut favoriser le développement et contribuer au maintien du trouble en empêchant le traitement émotionnel du trauma (Ehlers & Clark, 2000). Deux types de ruminations ont été étudiés dans ce cadre : la rumination dépressive considérée comme un facteur favorisant le développement du TSPT et la rumination centrée sur le trauma qui participerait au maintien des intrusions. Une série d'études transversales suggère une association entre d'une part, la rumination dépressive et la rumination centrée sur le trauma et d'autre part, les symptômes de TSPT qui surviennent après un trauma, et ce indépendamment de la dépression (e.g., Ehling, Frank, & Ehlers, 2008 ; Laposa & Rector, 2003 ; Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007). De plus, les études longitudinales montrent que la rumination dépressive est un bon prédicteur du développement d'un TSPT (e.g. Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991 ; Ehling *et al.*, 2008). L'étude de Michael *et al.* (2007) suggère que le type de rumination est particulièrement important pour prédire la sévérité des symptômes. Ainsi, les ruminations qui contiennent des questions du type « Pourquoi ? » et « Et si ? » de même que la compulsion à continuer à ruminer et les affects négatifs pendant et après la rumination sont des prédicteurs de la sévérité du TSPT.

Des études expérimentales ont également montré qu'après avoir visionné un film stressant lié à un accident de la route, les participants qui avaient été amenés à ruminer comme si ils avaient été les victimes (e.g., « Pourquoi les personnes conduisent si imprudemment » ; « est-ce que j'arriverai à être la même personne qu'avant ? »), montraient une récupération émotionnelle plus lente que les participants qui avaient été amenés à se distraire en réalisant une tâche non liée au film (Zetsche, Ehling, & Ehlers, 2009). En utilisant le rappel détaillé d'un événement de vie négatif, Ehling, Fuchs, et Kläsner (2009) ont observé que l'induction de ruminations centrées sur l'événement participait au maintien de l'humeur négative et à la survenue d'intrusions immédiatement après la description alors que le

pattern inverse était observé après une consigne de distraction. Enfin, une étude a testé l'hypothèse que le mode abstrait serait spécifiquement responsable des effets dysfonctionnels des ruminations (Ehling, Szeimies, & Schaffrick, 2009). Dans cette étude, les participants devaient ruminer sur un mode abstrait, concret ou se distraire après avoir visionné un film stressant. Les résultats ont montré que les ruminations sur un mode abstrait avaient pour effet de maintenir l'humeur négative pour une période plus longue par rapport aux deux autres conditions.

Trouble obsessionnel-compulsif

Les obsessions, centrales dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), peuvent notamment prendre la forme de pensées répétitives et intrusives et sont perçues comme inacceptables par les patients. Elles partagent certaines similitudes et différences avec les inquiétudes et les ruminations.

Les études réalisées sur des populations non-cliniques suggèrent que les inquiétudes sont plus fréquentes que les obsessions, ont une durée plus longue et perdurent plus longtemps dans la vie de la personne (Langlois, Freeston, & Ladouceur, 2000a). Par exemple, les personnes ont tendance à rapporter une meilleure conscience des déclencheurs des inquiétudes et une plus grande tendance à éviter les déclencheurs des obsessions (Langlois *et al.*, 2000a). Par ailleurs, les obsessions sont plus expérimentées sous la forme d'images tandis que les inquiétudes sont plus expérimentées sous forme verbale et sont plus vagues (Langlois *et al.*, 2000a). Enfin, le contenu des inquiétudes est plus déplaisant et les interférences créées par les inquiétudes sont plus sévères que celles créées par les obsessions (Langlois *et al.*, 2000a). La question des différences et similitudes entre les obsessions et les inquiétudes n'a pas encore trouvé de réponse satisfaisante. Ainsi, Langlois *et al.* (2001a) suggèrent qu'elles sont probablement sous-tendues par des processus communs alors que d'autres auteurs avancent l'idée que les inquiétudes pourraient être une stratégie de contrôle des pensées intrusives obsessionnelles (Fergus & Wu, 2011).

Les obsessions et les ruminations ont également été comparées entre elles (Walh *et al.*, 2011). Ainsi, tant les personnes présentant un TOC que celles souffrant de trouble dépressif rapportent que les obsessions ont un contenu plus visuel, sont plus irrationnelles et sont associées à un plus grand besoin d'agir. Par contre, les ruminations sont plus orientées vers le passé et sont plus réalistes. Il n'y a cependant pas, à notre connaissance, d'études ayant exploré le rôle spécifique des modes abstrait-analytique et concret-expérientiel dans le

développement et/ou le maintien du trouble obsessionnel-compulsif.

Troubles des conduites alimentaires et de l'image du corps

Si les relations entre pensées répétitives et troubles des conduites alimentaires (TCA) ont été peu explorées jusqu'à récemment, l'idée selon laquelle la rumination pourrait jouer un rôle central dans le maintien des TCA n'est pas neuve. Heatherton et Beaumeister (1991) font l'hypothèse que l'hyperphagie pourrait être une stratégie comportementale mise en place pour échapper à la détresse émotionnelle et qu'ensuite, cette incapacité à contrôler son comportement alimentaire pourrait engendrer des perceptions négatives de soi qui alimenteraient en retour le processus de rumination maintenant ainsi la personne dans un cercle vicieux. Ce modèle permet également de mieux comprendre la forte comorbidité entre troubles dépressifs et TCA (Braun, Sunday, & Halimi, 1994). La rumination serait un médiateur de la relation entre symptômes dépressifs et symptômes de TCA (Harrell & Jackson, 2008). Nolen-Hoeksema *et al.* (2007) ont testé une relation réciproque entre les symptômes du TCA et la rumination. Dans une étude longitudinale réalisée auprès d'un échantillon non-clinique, ils ont mis en évidence que la rumination de type ressassement prédisait une augmentation des symptômes boulimiques et réciproquement. Par ailleurs, les adolescentes qui avaient tendance à ruminer étaient plus susceptibles de développer une hyperphagie boulimique. Holm-Denoma et Hankin (2010) ont répliqué ces résultats et mis en évidence que le sentiment de compétence dans le domaine de l'apparence physique, un concept proche de la satisfaction corporelle, était un médiateur de cette relation réciproque. De plus, Gordon, Holm-Denoma, Troop-Gordon, et Sand (sous presse) ont montré que les personnes avec un niveau élevé d'insatisfaction corporelle rapportaient plus de comportements hyperphages lorsqu'elles avaient tendance à ruminer de manière abstraite-analytique (« ressassement »). Dans ces études, l'effet apparaissait indépendamment du niveau de dépression.

Si la rumination, de type ressassement et de type réflexion, est associée aux symptômes de TCA, seule la rumination de type ressassement apporte une contribution *unique*, i.e., indépendamment du genre, de l'anxiété et de la dépression, dans une population non-clinique (Rawal, Park, & Williams, 2010). Par ailleurs, les patients souffrant d'anorexie présentent des scores plus élevés de rumination de type ressassement mais pas de type réflexion (Rawal *et al.*, 2010, étude 2), et ceci même en contrôlant

l'effet de l'anxiété et de la dépression. Par ailleurs, le changement dans la symptomatologie après 10 mois est prédit par un changement dans la rumination de type ressassement, même après avoir contrôlé le changement dans la dépression.

En résumé, les premières études suggèrent que la rumination, et particulièrement le processus de pensée qui consiste à comparer son état actuel et son état désiré, la rumination de type ressassement, joue un rôle important dans l'installation et le maintien des TCA. Ces études se sont cependant spécifiquement intéressées aux relations entre la rumination dépressive, mesurée par la RRS, et les symptômes de TCA. Toutefois, l'humeur dépressive n'est certainement pas le seul objet de rumination pour les personnes souffrant de TCA. Comme le suggère le modèle de Fairburn, Cooper, et Shafran (2003), l'alimentation, le poids et l'apparence constituent d'autres sources d'évaluation d'un écart entre l'état actuel et l'état souhaité pouvant engendrer un cycle de rumination.

Afin d'évaluer les ruminations *spécifiques* aux TCA, Cowdrey et Park (2011) ont développé une version du RRS pour les TCA dans laquelle les participants doivent évaluer ce qu'ils font généralement quand ils sont préoccupés à propos de leur alimentation, leur poids et leur silhouette. Des résultats préliminaires (Cowdrey & Park, 2011, 2012) suggèrent que la rumination de type ressassement spécifique aux TCA, et dans une certaine mesure celle de type réflexion est associée aux symptômes de TCA. De plus, la rumination de type ressassement centrée sur les préoccupations liées au corps est un meilleur prédicteur de la symptomatologie des TCA que la rumination sur l'humeur dépressive. Toutefois, chez des personnes souffrant d'anorexie, la rumination de type réflexion (et non ressassement) centrée sur les préoccupations liées au corps prédit les symptômes de TCA indépendamment de la dépression et de l'anxiété.

Enfin, il existe peu d'études expérimentales visant à évaluer le rôle causal de la rumination dans les TCA. Etu et Gray (2010) ont montré qu'après avoir lu une vignette évoquant une image corporelle négative, les participants de la condition rumination (selon la procédure de Nolen-Hoeksema et Morrow, 1993) rapportaient un état d'insatisfaction corporelle plus grand que les participants de la condition distraction. Enfin, Rawal, Williams, et Park (2011) ont montré qu'après un stress induit par le fait de devoir imaginer manger un repas gras, les individus sous-cliniques avec une symptomatologie de TCA importante et des patientes souffrant d'anorexie présentaient moins d'augmentation de l'estimation du poids, moins de probabilité de changement dans le poids/apparence et moins d'envie de réduire ces effets après une induction de rumination concrète-

expérientielle comparativement à une condition de rumination abstraite-analytique. Ces participants rapportaient également moins de tentatives de neutralisation cognitive. Ce n'est pas seulement le fait de ruminer mais la manière de ruminer qui jouerait donc un rôle dans les TCA (Park, Dunn, & Barnard, 2011)

Troubles liés à l'alcool

Selon Caselli, Bortolai, Leoni, Rovetto, et Spada (2008), il existerait un lien direct et indirect entre rumination dépressive et consommation problématique d'alcool. D'une part, en augmentant le risque de symptômes dépressifs, la rumination affecte indirectement et négativement le décours, le traitement et le pronostic des troubles liés à l'usage d'alcool. D'autre part, la prise d'alcool pourrait être une stratégie de régulation visant à échapper aux ruminations (Heatheron & Baumesiter, 1991). Par exemple, les personnes avec une histoire d'abus sexuel durant l'enfance ont tendance à s'engager dans des consommations d'alcool pour gérer leur détresse et les effets délétères de la rumination (Sarin & Nolen-Hoeksema, 2010). Dans une population non-clinique, Nolen-Hoeksema & Harrell (2002) ont montré que les femmes qui avaient tendance à ruminer utilisaient plus l'alcool pour gérer leur détresse. Dans une étude longitudinale, Nolen-Hoekseman *et al.* (2007) ont mis en évidence que la rumination prédisait prospectivement les symptômes d'abus de substance et augmentait le risque de présenter un diagnostic d'abus de substance chez les adolescentes sur les 4 années de l'étude. Par ailleurs, les patients consultant pour un problème d'abus d'alcool présentaient des scores de ruminations dépressives plus élevés, comparativement à des participants contrôles (Caselli *et al.*, 2008). De plus, la rumination était un prédicteur de la consommation d'alcool et de l'appartenance à la catégorie des buveurs problématiques, indépendamment de la dépression (Caselli *et al.*, 2008).

Les études précédentes se sont centrées exclusivement sur la rumination dépressive. Toutefois, les patients pourraient utiliser l'alcool pour échapper à des ruminations de nature différente (par ex., relative à des difficultés interpersonnelles, au maintien de leur abstinence,...). Ainsi, Devynck, Sgard et Douilliez (2011) ont montré que des patients présentant une dépendance à l'alcool rapportaient plus de ruminations abstraites-analytiques, d'inquiétudes, de ruminations de type réflexion et ressassement, et moins de ruminations concrètes-expérientielles que les participants contrôles. Cependant, dans cette dernière étude, la

contribution des pensées non-adaptatives au statut clinique n'était pas indépendante de la dépression.

Les études présentées pour différents troubles suggèrent que la rumination apparaît comme un facteur potentiellement impliqué dans le développement et le maintien de différentes difficultés psychologiques. Cependant, les preuves empiriques d'une distinction fonctionnelle entre un mode de pensée concret-expérientiel et abstrait-analytique sont encore peu nombreuses, exceptées pour les ruminations liées à l'anxiété sociale. En plus de la nécessité de mener des études expérimentales afin de déterminer le rôle causal des modes de pensée dans différents troubles, il apparaît également nécessaire de développer des instruments spécifiques d'évaluation des dimensions concrètes-expérientielles et abstraites-analytiques. Un tel instrument –le Mini Cambridge Exeter Repetitive Thought Scale– est en cours de développement (Douilliez, Philippot, Heeren, Lefèvre, Watkins, & Barnard, soumis) et les premières études suggèrent qu'il permet effectivement de distinguer les conséquences fonctionnelles vs dysfonctionnelles de la tendance à présenter les styles cognitifs précédemment décrits (Di Schiena, Luminet, & Philippot, 2010 ; Di Schiena, Luminet, Philippot, & Douilliez, 2012 ; Douilliez & Philippot, 2012 ; Philippot & Heeren, 2011).

Si de futures études transversales, longitudinales et expérimentales permettent d'établir le rôle de ces modes de pensées dans différents troubles, elles ouvriront la voie à la transposition des interventions spécifiques centrées sur les ruminations qui ont été développées dans le cadre de troubles de l'humeur. La question centrale de l'intervention ne peut cependant pas faire l'économie d'explication des raisons potentielles pour lesquelles, malgré les conséquences négatives des ruminations, elles persistent. Ces explications sont décrites dans le paragraphe suivant.

Ruminations : Apprentissage, méta-cognition et fonction

Selon la théorie des styles de réponse, les ruminations sont un comportement appris (Nolen-Hoeksema, 1991). Cet apprentissage peut se faire de différentes manières, soit par observation, soit par l'impossibilité d'avoir appris et/ou mis en place des stratégies adaptatives, soit encore parce que les ruminations ont été maintenues par des renforcements négatifs (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). La modification d'un apprentissage ne se réalise généralement pas uniquement en procurant

de l'information sur l'utilisation et les conséquences du comportement. Il va s'agir de modifier les comportements appris notamment en modifiant les facteurs (internes ou externes) qui déclenchent les comportements appris, i.e., les ruminations, et de remplacer ces comportements par une réponse différente, voire incompatible (e.g., ruminations concrètes-expérientielles au lieu de ruminations abstraites-analytiques ; Teasdale, 1999). Ces modifications des apprentissages requièrent de l'entraînement, en l'absence duquel il est peu probable que les comportements appris, i.e., les ruminations non adaptatives, se modifient spontanément.

Un deuxième facteur explicatif du maintien des ruminations en dépit de leurs conséquences négatives relève du domaine des croyances concernant les ruminations. D'après Lyubomirsky et Nolen-Hoeksema (1993), les individus *croient* qu'en se focalisant sur l'évaluation de leurs affects et de la situation qui les a engendrés, ils atteindront une meilleure compréhension d'eux-mêmes et de la situation problématique. Cette croyance - ou méta-cognition - a également été décrite par Papageorgiou et Wells (2001 ; 2003 ; 2004) qui suggèrent que les personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur présentent des métacognitions à la fois positives et négatives concernant leurs ruminations. D'une part, les ruminations seraient initiées et maintenues par les croyances en l'utilité de ces ruminations pour trouver un sens à leur dépression, résoudre les problèmes et les éviter dans le futur (e.g., « Afin de comprendre mes sentiments de dépression, je dois réfléchir au sujet de mes problèmes ») (Roelofs, *et al.*, 2007 ; Watkins & Baracaia, 2001 ; Watkins & Moulds, 2005). Cependant, la rumination ne remplit pas toujours l'objectif souhaité. Dans ce cas, les ruminations persistent et mènent aux conséquences négatives sur l'humeur, les pensées, la capacité à résoudre les problèmes et les conséquences sociales décrites précédemment. Ces conséquences mènent aux méta-cognitions négatives sur les ruminations : les ruminations sont perçues comme non seulement incontrôlables et délétères au niveau individuel mais également comme ayant des conséquences interpersonnelles et sociales (e.g., Roelofs *et al.*, 2007). Etant donné que les croyances concernant les effets bénéfiques des ruminations sont corrélées positivement avec le taux de ruminations effectives (Papageorgiou & Wells, 2003 ; Roelofs *et al.*, 2007), elles devraient être intégrées comme une cible de toute intervention centrée sur la modification des ruminations.

Enfin, un troisième facteur pouvant expliquer le maintien des ruminations non adaptatives réside dans leur fonction, et en particulier leur fonction d'évitement. En restant à un niveau abstrait, général, les ruminations pourraient

remplir une fonction d'évitement expérientiel (Stöber & Borkovec, 2002 ; Giorgio *et al.*, 2010 ; Martell, Addis, & Jacobson, 2001 ; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Par exemple, si, au lieu de se concentrer sur le ressenti au moment présent et sur les aspects concrets de leurs problèmes, ils analysent les situations passées d'une manière générale et abstraite, alors les personnes *croient* que leur ressenti émotionnel immédiat s'atténue (Philippot, Baeyens, & Douilliez, 2006). Cette stratégie, basée sur cette croyance, pourrait néanmoins être délétère pour la régulation émotionnelle à long terme.

En résumé, une intervention sur les ruminations se devra d'aborder la fonction que peuvent prendre les ruminations, l'histoire d'apprentissage des ruminations et les croyances positives concernant les ruminations. Ces différents éléments ont été intégrés dans le développement d'interventions visant les ruminations.

Interventions centrées sur les ruminations

Malgré le constat du rôle déterminant des ruminations mentales dans le développement et le maintien des troubles dépressifs, peu d'interventions ont spécifiquement ciblé les ruminations mentales. Classiquement, les interventions cognitives ont visé une identification et une modification du contenu des pensées automatiques (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) et non le processus ruminatif en tant que tel. Par ailleurs, peu de données sont disponibles sur l'efficacité des interventions cognitives classiques dans la diminution et/ou la prévention des ruminations mentales. Le défi de toute intervention ciblée sur les ruminations consiste non seulement à rendre le processus de pensée moins négatif mais surtout à briser la chaîne de pensées négatives qui alimente les ruminations.

Les interventions cliniques de la troisième vague ont ouvert une autre voie de traitement des ruminations mentales. Ces interventions ont été essentiellement celles développées dans le cadre de l'activation comportementale (Martell, *et al.*, 2001), des interventions cognitives basées sur la pleine conscience (Segal, Teasdale, & Williams, 2002) et, plus récemment, le développement de protocoles spécifiques centrées sur les ruminations (e.g., Watkins *et al.*, 2007 ; 2011). Toutes ces interventions ont été développées dans le cadre de la prise en charge de la dépression (e.g., Martell *et al.*, 2001) ou de la prévention de la rechute dépressive (Segal *et al.*, 2002). Elles ont pour point commun une approche processuelle des ruminations dans laquelle les fonctions et conséquences des ruminations sont abordées plus que leur forme et

leur contenu. Dans les paragraphes suivants, nous décrirons les éléments essentiels de l'approche centrée sur les ruminations, développée par Edward Watkins (e.g., Watkins *et al.*, 2007 ; 2011), avant de synthétiser les données actuelles sur son efficacité.

La thérapie centrée sur les ruminations combine des éléments des modules d'interventions issus des protocoles d'activation comportementale et les éléments d'analyse fonctionnelle et contextuelle. Deux idées clefs sont à la base des interventions sur les ruminations. La première idée clef concerne la distinction de *deux formes de ruminations* : des ruminations ayant des conséquences fonctionnellement différentes. Sur base des recherches fondamentales (pour une revue, voir Watkins, 2008), comme nous l'avons évoqué précédemment, on distingue des ruminations abstraites, analytiques, évaluatives, potentiellement dysfonctionnelles de ruminations concrètes, expérientielles, plus fonctionnelles. La seconde idée clef réside dans l'identification de la *fonction* de la rumination. En effet, à l'instar des conceptualisations développées dans le cadre de l'activation comportementale, les ruminations sont considérées comme un comportement couvert ayant une fonction d'évitement.

Le premier objectif des interventions sur les ruminations est d'identifier le processus ruminatif, de déterminer si celui-ci est fonctionnel ou dysfonctionnel et d'explorer les fonctions de ces ruminations. Ces objectifs sont en partie remplis par la psycho-éducation, les auto-observations et l'analyse fonctionnelle et contextuelle des ruminations. Le second objectif vise à modifier les ruminations elles-mêmes ou à modifier un style cognitif particulier, abstrait, analytique, évaluatif, afin de développer un style plus concret, expérientiel. Dans les paragraphes qui suivent, nous développerons ainsi les éléments importants des interventions (psychoéducation, auto-observations, analyse fonctionnelle/contextuelle, modification du style de pensée).

Comme dans toute intervention thérapeutique, la première étape concerne la psychoéducation. Elle vise la *normalisation* des ruminations mentales tout en reconnaissant que, utilisées de manière excessive, elles peuvent jouer un rôle dans le développement et le maintien des états dépressifs, ou plus largement, des troubles émotionnels. Cette information s'accompagne d'identification d'événements spécifiques de ruminations mentales et la mise en lien des épisodes identifiés avec une détérioration de l'humeur, une augmentation de comportements d'évitement fonctionnellement associés à la rumination (i.e., inactivité, procrastination), une inhabilité à résoudre des problèmes, ou encore une augmentation de la

concentration sur soi rendant les patients moins susceptibles de porter leur attention sur ce qui les entoure (voir par exemple, Addis & Martell, 2004). Un soin particulier va être apporté à la détection des croyances concernant l'utilité des ruminations (e.g., Papageorgiou & Wells, 2001), en dépit de leurs conséquences négatives. Outre l'information relative aux rôles des ruminations et l'identification des conséquences de celles-ci pour les patients, la psychoéducation visera également à distinguer les ruminations dysfonctionnelles, abstraites, évaluatives (i.e., la cible des interventions), des ruminations fonctionnelles, concrètes, expérientielles. L'apprentissage de cette distinction se fera au moyen d'exercices « standards » d'imagerie (pour un exemple, voir Philippot, 2011) et de situations personnelles (voir Martell *et al.*, 2001). Enfin, les ruminations seront présentées comme un comportement appris qui peut être modifié par de nouveaux apprentissages et la pratique de ces nouveaux apprentissages. Le lecteur trouvera des exemples concrets qui servent de guide à la psycho-éducation dans les ouvrages d'Addis et Martell (2004) et de Philippot (2011).

La seconde étape de l'intervention visera l'observation des ruminations mentales. En particulier, on observera le *contexte* interne et externe dans lequel les ruminations apparaissent (Quand un épisode de rumination a-t-il commencé ? Que s'est-il passé juste avant, au niveau interne ou externe ?), augmentent ou diminuent (A quel moment l'épisode a-t-il été plus ou moins intense ? Combien de temps l'épisode a-t-il duré ? Comment l'épisode s'est-il arrêté ?) et les *conséquences cognitives et émotionnelles* des ruminations (Que se passait-il au niveau de l'humeur, des cognitions, de la capacité à résoudre les problèmes, de l'attention ?). Ces auto-observations serviront à établir l'analyse fonctionnelle des ruminations mentales.

L'analyse fonctionnelle des ruminations mentales vise à mettre en évidence la fonction et les conséquences des ruminations. Cette mise en évidence se fait par l'examen des *différences* observées en fonction des contextes, de l'utilité des ruminations, de leur développement et des alternatives à la rumination (Watkins, *et al.*, 2007 ; 2011). Le contexte fait référence à tous les éléments susceptibles d'influencer les ruminations chez une personne donnée. Il va s'agir de spécifier le moment, le lieu, l'activité, le contexte social dans lesquels les ruminations apparaissent et, corollairement, ceux dans lesquels elles n'apparaissent pas. Ainsi, un client pourrait remarquer qu'il rumine essentiellement quand il est seul mais jamais lorsque sa femme est à la maison. Pour un autre, il se pourrait qu'il rumine essentiellement lorsqu'il est soumis à une situation d'évaluation. Enfin, un

patient prendra conscience que son processus ruminatif s'arrête lorsque son attention est détournée vers une autre activité (p.ex., recevoir un coup de téléphone).

La question de la *fonction* des ruminations est inférée en partie par l'observation de leurs conséquences, positives et négatives. Si la fonction supposée de la rumination est un évitement, le thérapeute tentera, avec son patient, de déterminer ce qui est évité. Par exemple, les observations d'un client qui rumine au moment d'écrire son mémoire de fin d'étude pourraient mener à l'hypothèse que la rumination lui permet d'éviter de se confronter à son travail et à la peur de l'échec. Chez un autre patient, un épisode de rumination qui a lieu avant des rencontres formelles avec des collègues pourrait avoir comme fonction de se préparer à des critiques afin de les éviter.

La question du *développement* des ruminations fait référence à l'histoire d'apprentissage du patient. Le thérapeute s'intéressera à la période à laquelle ont débuté les ruminations, la manière dont elles ont été apprises. Par exemple, il explorera si les ruminations ont fait l'objet d'un apprentissage vicariant ou si elles se sont maintenues par des renforcements négatifs (e.g., une rumination qui se développe pour éviter des critiques est renforcée par la non apparition des critiques).

Enfin, le thérapeute abordera les alternatives possibles à la rumination. Cet aspect de l'analyse fonctionnelle repose essentiellement sur les aspects de *variabilité* des ruminations, tant au niveau du contexte, que du décours et des conséquences des ruminations : quelles sont les différences entre des situations dans lesquelles les ruminations ont été fonctionnelles ou non, brèves ou étendues, dans lesquelles elles se sont arrêtées ou non ? Quels sont les comportements alternatifs qui ont pu être mis en place ? Par exemple, au cours de l'analyse fonctionnelle, il peut apparaître que la rumination s'intensifie lorsque le patient commence à entrer dans une rumination plus abstraite, se posant des questions portées sur le « pourquoi » (« Pourquoi cette situation m'arrive ? » ; « Qu'ai-je fait pour mériter cela ? »). À l'inverse, lorsque le client n'entre pas dans ce mode abstrait-analytique, la rumination est moins intense et plus brève. Par conséquent, il s'agira avec le patient de développer des alternatives au mode de pensée abstrait et ce, par différents moyens tels que se distraire ou porter son attention sur le moment présent (i.e., adopter un style concret-expérientiel, voir infra).

L'ensemble de ces éléments va permettre d'aider le patient à identifier non seulement les ruminations fonctionnelles et dysfonctionnelles mais

également les signaux d'alarme de la rumination. Ces signaux peuvent être une pensée (e.g., « pourquoi moi ? »), une émotion (e.g., tristesse, anxiété, colère), une sensation physique qui annonce qu'un épisode ruminatif est sur le point de commencer. Outre l'identification des signaux d'alarme, l'analyse fonctionnelle aidera le patient à développer des stratégies alternatives à la rumination. C'est l'étape de l'intervention sur les ruminations proprement dite.

Deux objectifs guident le travail spécifique sur les ruminations et reposent sur deux idées clés relatives aux ruminations. D'une part, si les ruminations remplissent une fonction d'évitement, les ruminations sont remplacées par des comportements *d'approche* plus fonctionnels pour les patients. Cet objectif a été largement développé dans le cadre de l'activation comportementale (Martell *et al.*, 2001). D'autre part, si les ruminations fonctionnelles sont caractérisées par un style de pensée abstrait, évaluatif, ce style devra être remplacé par un style concret, expérientiel, incompatible avec le style abstrait (e.g., Teasdale & Barnard, 1993). La combinaison de ces deux objectifs offre plusieurs pistes de travail sur les ruminations. La première piste vise à mettre en place un comportement ouvert ou couvert antagoniste avec la rumination et sa fonction. Ainsi, dans le cas de notre étudiant qui rumine au lieu d'écrire son mémoire de fin d'année, on se centrera sur l'aménagement du contexte, ou plus spécifiquement sur l'altération des contingences internes et externes (e.g., table de travail dégagée, matériel prêt, relaxation avant de commencer) et la mise en place d'objectifs visant la réalisation du travail (e.g., commencer par la construction d'un plan et l'écriture du premier paragraphe). Une seconde piste, basée sur la distinction entre des ruminations abstraites-analytiques dysfonctionnelles et concrètes-expérientielles fonctionnelles, vise à remplacer les ruminations dysfonctionnelles par des ruminations fonctionnelles. Plutôt que d'amorcer un processus d'évaluation négatives des sensations et symptômes (ruminations centrées sur le « Pourquoi ? »), on favorisera une attention portée sur le moment présent et la manière dont les événements se déroulent moment par moment (ruminations centrées sur le « comment ? »). Afin de réaliser ce changement de mode de pensée, il peut être utile aux patients de s'entraîner à une pratique de la pleine conscience (Segal *et al.*, 2002 ; voir aussi Philippot, 2011). Une autre possibilité est de s'entraîner à un mode concret-expérientiel en pratiquant des exercices basés sur les activités absorbantes (Csikszentmihalyi, 1990). Décrites essentiellement dans le courant de la psychologie positive, les activités absorbantes que nous nous souvenons, vivons ou imaginons dans le futur impliquent des processus opposés aux processus

d'abstraction. En effet, les activités absorbantes sont décrites comme des activités qui constituent une finalité en elles-mêmes et dans lesquelles l'attention est centrée sur l'action, moment par moment. Ces activités peuvent être aussi diverses que la lecture d'un livre, jouer de la musique, observer un paysage naturel, aménager son jardin, pratiquer une activité sportive ... Utiliser des images, des souvenirs d'activités absorbantes dans lesquels le client porte son attention sur ses pensées, sensations, sa posture, son expérience sensorielle, corporelle, son attitude, sa motivation, ses sentiments liés à l'action représente ainsi un mode concret-expérientiel incompatible avec un mode abstrait-analytique.

Outre les interventions spécifiques centrées sur les ruminations, le thérapeute sera attentif à servir de modèle, c'est-à-dire à adopter lui-même un style concret, expérientiel, centré sur l'action durant les interventions en prenant soin d'ancrer le patient dans une perspective concrète, expérientielle.

Différentes études suggèrent que les interventions sur les ruminations sont efficaces. D'une part, dans une étude basée sur une série de cas uniques, Watkins *et al.* (2007) ont montré que cette intervention était efficace auprès de 12 patients présentant des symptômes dépressifs résiduels. Les résultats ont montré, au bout de 12 séances, une diminution de la sévérité des symptômes dépressifs avec cinquante pour cent de rémission complète, une réduction des troubles comorbides (essentiellement des troubles anxieux) et une diminution de la tendance à ruminer. Plus récemment, l'intervention auprès de personnes souffrant de symptômes dépressifs résiduels a été évaluée au moyen d'une étude contrôlée randomisée. Les résultats ont montré que l'adjonction d'interventions ciblant spécifiquement les ruminations au traitement habituel des patients réduit significativement les symptômes résiduels et augmente le taux de rémission comparativement à une condition contrôle (Watkins *et al.*, 2011).

A côté d'interventions de type thérapeutique, d'autres types d'interventions ont été développés. Basé sur le constat qu'un entraînement répété à un style de pensée concret diminue la vulnérabilité émotionnelle (Moberly & Watkins, 2006 ; Watkins *et al.*, 2008) et améliore les symptômes dépressifs et la rumination chez des patients dysphoriques (Watkins, Baeyens, & Read, 2009 ; Watkins & Moberly, 2009), Watkins a développé des interventions de « self-help » durant lesquelles des patients avec un diagnostic de dépression majeure s'entraînent à des exercices d'imagerie visant à modifier leur style de pensée, visant un mode plus concret (Watkins *et al.*, 2012).

Ces exercices se centrent sur l'analyse fonctionnelle d'épisodes de rumination et la sélection et implémentation d'alternatives aux ruminations. Ces exercices sont également renforcés par l'apprentissage d'un mode concret-expérientiel au travers d'exercices d'imagerie sur les activités absorbantes (Csikszentmihalyi, 1990). Une des spécificités de ces interventions est qu'elles restent guidées par un clinicien afin de pouvoir bien comprendre le rationnel du traitement, d'en évaluer la pertinence pour le patient et de s'assurer d'une progression au cours de l'intervention. Les résultats de l'étude contrôlée randomisée menée auprès de patients cliniquement déprimés suggèrent qu'un entraînement à un style de pensée concret sur une période de 6 semaines réduit significativement les symptômes dépressifs et que cet effet est médiatisé par une diminution de l'intensité des ruminations et de la tendance à surgénéraliser (Watkins *et al.*, 2012). Les interventions de type self-help ont également été testées auprès de patients en soins palliatifs (Galfin, Watkins, & Harlow, 2012). Dans ces interventions, les patients étaient entraînés à développer un style concret-expérientiel au moyen d'exercices sur les activités absorbantes. Comparativement à un groupe ne recevant pas de traitement, les patients ayant reçu l'intervention montraient des niveaux moins élevés d'anxiété, bien qu'aucun effet n'ait été mis en évidence sur les mesures de dépression.

En conclusion, différentes études suggèrent que les interventions sur les ruminations mentales pourraient être utilisées dans la prise en charge de la dépression, soit comme traitement unique, soit comme une partie intégrante des traitements cognitivo-comportementaux classiques. Cependant, il apparaît nécessaire de répliquer ces résultats afin de se prononcer sur leur statut possible de traitement validé empiriquement. Outre les répliques, force est de constater qu'il n'existe pas de preuves empiriques de l'utilité transdiagnostique de ces interventions. En effet, malgré des études de plus en plus nombreuses permettant d'envisager les ruminations comme un processus transdiagnostique, les études sur l'efficacité des interventions centrées sur les ruminations dans d'autres troubles que les troubles dépressifs sont encourageantes mais restent anecdotiques (Sezibera, Van Broeck, & Philippot, 2009).

Article reçu le 10 juillet 2012
et Accepté le 22 septembre 2012

Références

- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004). Post-event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 136-44.
- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2011). Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence : A multi-wave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 259-271.
- Addis, M. E. & Martell, C. R. (2004). *Overcoming Depression One Step at a Time : The New Behavioral Activation Approach to Getting Your Life Back*. New York : New Harbinger Press.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies : a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974-83.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stöber, J. (1998). Worry : A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561-576.
- Braun, B. L., Sunday, S. R., & Halimi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine, 24*, 859-867.
- Brinker, J. K., & Dozois, D. J. A. (2009). Ruminative Thought Style and Depressed Mood. *Journal of Clinical Psychology, 65*, 1-20.
- Brozovitch, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 891-903.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York : Cambridge University Press.
- Caselli, G., Bortolai, C., Leoni, M., Rovetto, F., & Spada, M. M. (2008). Rumination in problem drinkers. *Addiction Research & Theory, 16*, 564-571.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia : Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York : Guilford Press.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2011). Assessing rumination in eating disorders : Principal component analysis of a minimally modified ruminative response scale. *Eating Behaviors, 12*, 321-324.
- Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors, 13*, 100-105.
- Dannahy, L., & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 1207-1219.
- Devynck, F., Sgard, F., & Douilliez, C. (2012). *Pensées répétitives constructives et non-constructives chez les patients alcoolodépendants*. Congrès annuel de l'Association Française de Thérapie Cognitive et Comportementale, Paris, France.
- Donaldson, C., & Lam, D. (2004). Rumination, mood and social problem-solving in major depression. *Psychological Medicine, 34*, 1309-1318.
- Di Schiena, R., Luminet, O., & Philippot, P. (2011). Alexithymia and ruminative thinking style in depression. *Personality and Individual Differences, 50*, 10-14.
- Douilliez, C., Baeyens, C., Guimpel, B., & Philippot, P. (en préparation). Measure of the Brooding and Reflection Dimensions of Rumination in the Ruminative Response Scale : a French Validation.
- Douilliez, C., Philippot, P., Heeren, A., Lefebvre, N., Watkins, E., & Barnard, P. (soumis). La Mini-CERTS (Cambridge-Exeter Repetitive Thought Scale) : Un questionnaire bref évaluant les pensées répétitives constructives et non-constructives.
- Dudley, R., Kuyken, W., & Padesky, C. A. (2010). Disorder specific and transdiagnostic case conceptualisation. *Clinical Psychology Review, 31*, 213-224.
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Franklin, J. (2003). Post event rumination and recall bias for a social performance event in high and low socially anxious individuals. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 603-617.
- Ehlers, A., & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy, 38*, 319-345.
- Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2008). The Role of Rumination and Reduced Concreteness in the Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 488-506.
- Ehring, T., Fuchs, N., & Kläsner, I. (2009). The effects of experimentally induced rumination versus distraction on analogue posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy, 40*, 403-413.
- Ehring, T., Szeimies, A. K., & Schaffrick, C. (2009). An experimental analogue study into the role of abstract thinking in trauma-related rumination. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 285-93.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive Negative Thinking as a Transdiagnostic Process. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 192-205.
- Eshun, S. (2000). Role of gender and rumination in suicide ideation : A comparison of college

- samples from Ghana and the U.S. *Cross Cultural Research*, 34, 250-263.
- Etu, S. F., & Gray, J. J. (2010). A preliminary investigation of the relationship between induced rumination and state body image dissatisfaction and anxiety. *Body Image*, 7, 82-85.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders : A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fehm, L., Schneider, G., & Hoyer, J. (2007). Is post-event processing specific for social phobia ? *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 11-22.
- Fergus, T. A., & Wu, K. D. (2011). Searching for Specificity between Cognitive Vulnerabilities and Mood and Anxiety Symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 74-81.
- Galfin, J. M., Watkins, E. R., & Harlow, T. (2012). A brief guided self-help intervention for psychological distress in palliative care patients : a randomised controlled trial. *Palliative Medicine*, 26, 197-205.
- Giorgio, J. M., Sanfilippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., et al. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination : three tests of the model. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1021-31.
- Gordon, K. H., Holm-Denoma, J. M., Troop-Gordon, W., & Sand, E. (sous presse). Rumination and body dissatisfaction interact to predict binge eating. *Body Image*.
- Harrell, Z. A. T., & Jackson, B. (2008). Think fat and feeling blue: eating behaviors, ruminative coping, and depressive symptoms in college women. *Sex Roles*, 58, 658-666.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders : A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford : Oxford University Press.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110, 86-108.
- Heeren, A. & Philippot, P. (2011). Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness : Preliminary Findings. *Mindfulness*, 2, 8-13.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder : A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- Holm-Denoma, J. M., & Hankin, B. L. (2010). Physical appearance competence as a mediator of the rumination and bulimic symptom link in female adolescents. *Journal of Child Clinical and Adolescent Psychology*, 39, 537-544.
- Huffziger, S., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2009). A longitudinal study of rumination and distraction in formerly depressed inpatients and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 746-756.
- Ito, T., & Agari, I. (2003). The relationship between negative rumination trait and the Big Five of personality. *Japanese Journal of Counseling Science*, 36, 1-9.
- Jones, N. P., Papadakis, A. A., Hogan, C. M., & Strauman, T. J. (2009). Over and over again : rumination, reflection, and promotion goal failure and their interactive effects on depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 254-9.
- Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551.
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination ? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-80.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression : Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kao, C. M., Dritschel, B. H., & Astell, A. (2006). The effects of rumination and distraction on over-general autobiographical memory retrieval during social problem solving. *British Journal of Clinical Psychology*, 54, 267-272.
- Kashdan, T. B., & Roberts, J. E. (2007). Social anxiety, depressive symptoms, and post-event rumination : affective consequences and social contextual influences. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 284-301.
- Kocovski, N. L., MacKenzie, M. B., & Rector, N. A. (2011). Rumination and distraction periods immediately following a speech task : effect on postevent processing in social anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 45-56.
- Kocovski, N. L., & Rector, N. A. (2008). Post-event processing in social anxiety disorder : Idiosyncratic priming in the course of CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 23-36.
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients : An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 1323-1333.
- Langlois, F., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (2000a). Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a nonclinical population : Study II. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 175-189.

- Laposa, J. M., & Rector, N. A. (2003). The prediction of intrusions following an analogue traumatic event : Peritraumatic cognitive processes and anxiety-focused rumination versus rumination in response to intrusions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 877-883.
- Laposa, J. M., & Rector, N. A. (2011). A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 568-573.
- Lavender, A., & Watkins, E. (2004). Rumination and future thinking in depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 129-42.
- Luminet, O. (2004). Assessment and measurement of rumination. In C. Papageorgiou and A. Wells (Eds.), *Rumination : Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. (pp. 187-215). Chichester : Wiley.
- Lundh, L., & Sperling, M. (2002). Social anxiety and the post-event processing of socially distressing events. *Cognitive Behavior Therapy*, 31, 129-134.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-Perpetuating Properties of Dysphoric Rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-90.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers : clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-60.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context : strategies for guided action*. New York : Norton.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy : An International Quarterly*, 23, 6-19.
- McEvoy, P. M., & Kingsep, P. (2006). The post-event processing questionnaire in a clinical sample with social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1689-1697.
- McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-93.
- Mellings, T. M. B., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety : The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behavior Research and Therapy*, 38, 243-257.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 307-317.
- Moberly, N. J., & Watkins, E. R. (2006). Processing mode influences the relationship between trait rumination and emotional vulnerability. *Behavior Therapy*, 37, 281-91.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression : Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-82.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-11.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. In C. Papageorgiou and A. Wells (Eds.), *Rumination : Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression*. (pp. 107-124). Chichester : Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that" : ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 801-14.
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use : Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 391-404.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster : The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally-occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-8.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 198-207.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative Coping With Depressed Mood Following Loss. *Journal of Personality*, 67, 92-104.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A Heuristic for Developing Transdiagnostic Models of Psychopathology : Explaining Multifinality and Divergent Trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589-609.

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination : Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32, 13-26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination : Nature, theory and treatment*. Chichester: Wiley.
- Park, R. J., Dunn, B. D., & Barnard, P. J. (2011). Schematic Models and Modes of Mind in Anorexia Nervosa : A Novel Process Account. *International Journal of Cognitive Therapy*, 4, 415-437.
- Pearson, K. A., Watkins, E. R., Kuyken, W., & Mullan, E. G. (2010). The psychosocial context of depressive rumination : ruminative brooding predicts diminished relationship satisfaction in individuals with a history of past major depression. *The British Journal of Clinical Psychology*, 49, 275-80.
- Pearson, K. A., Watkins, E. R., Mullan, E. G., & Moberly, N. J. (2010). Psychosocial correlates of depressive rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 784-791.
- Perini, S. J., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2006). Perception of performance as a mediator in the relationship between social anxiety and negative post-event rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 645-659.
- Philippot, P. (2011). *Emotion et psychothérapie* (2ème édition). Wavre : Mardaga.
- Philippot, P., Baeyens, C., & Douilliez, C. (2006). Specifying emotional information : modulation of emotional intensity via executive processes. *Emotion*, 6, 560-571.
- Rachman, S., Gruter-Andrew, J., & Shafran, R. (2000). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 611-617.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rawal, A., Park, R. J., & Williams, J. M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 851-859.
- Rawal, A., Williams, J. M. G., Park, R. J. (2011). Effects of analytical and experiential self-focus on stress-induced cognitive reactivity in eating disorder psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 635-645.
- Rimes, K.A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgments in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1673-1681.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., et al. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 72-80.
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to episodes of dysphoria : Gender, neuroticism, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-423.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R. D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1295-305.
- Rohan, K. J., Sigmon, S. T., & Dorhofer, D. M. (2003). Cognitive-behavioral factors in seasonal affective disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 22-30.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth : a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 29, 607-16.
- Sarin, S., & Nolen-Hoeksema, S. (2010) The dangers of dwelling : An examination of the relationship between rumination and consumptive coping in survivors of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion*, 24, 71-85.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to preventing relapse*. New York : Guilford Press.
- Sezibera, V., Van Broeck, N., & Philippot, P. (2009). Intervening on persistent posttraumatic stress disorder : Rumination-focused cognitive and behavioral therapy in a population of young survivors of the 1994 genocide in Rwanda. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 107-113.
- Smith, J. M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation : Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36, 443-454.
- Stöber, J. (1998). Worry, problem elaboration and suppression of imagery : The role of concreteness. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 751-756.
- Stöber, J., & Borkovec, T. D. (2002). Reduced Concreteness of Worry in Generalized Anxiety Disorder : Findings From a Therapy Study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 89-96.
- Surrence, K., Miranda, R., Marroquin, B. M., & Chan, S. (2009). Brooding and reflective rumina-

- tion among suicide attempters : Cognitive vulnerability to suicidal ideation. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 803-808.
- Teasdale, J. D. (1999). Multi-level theories of cognition-emotion relations. In T.D. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 665-682). Chichester, UK : Wiley.
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change. Re-modelling depressive thought*. Hove, UK : Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Thomsen, D. K., Schnieber, A., & Oleson, M. H. (2011). Rumination is associated with the phenomenal characteristics of autobiographical memories and future scenarios, *Memory*, 19, 574-584.
- Thomsen, D. K. (2006). Rumination and negative affect-a review. *Cognition and Emotion*, 20, 1216-1235.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered : A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research Therapy*, 27, 247-259.
- Trope, Y., & Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110, 403-421.
- Vallacher, R. R., & Wegner, D. M. (1987). What do people think they're doing ? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, 94, 3-15.
- Vassilopoulos, S. P. (2008). Social anxiety and ruminative self-focus. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 860-867.
- Vassilopoulos, S. P., & Watkins, E. R. (2009). Adaptive and maladaptive self-focus : a pilot extension study with individuals high and low in fear of negative evaluation. *Behavior Therapy*, 40, 181-9.
- Wahl, K., Schönfeld, S., Hissbach, J., Küsel, S., Zurowski, B., Moritz, S., Hohagen, F., & Kordon, A. (2011). Differences and similarities between obsessive and ruminative thoughts in obsessive-compulsive and depressed patients : A comparative study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 454-461.
- Watkins, E. R. (2004). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1037-52.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watkins, E. R. (2009). Depressive Rumination and Co-Morbidity : Evidence for Brooding as a Transdiagnostic Process. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 27, 160-175.
- Watkins, E. R. (2011). Dysregulation in level of goal and action identification across psychological disorders. *Clinical Psychology Review*, 31, 260-278.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods ? *Personality and Individual Differences*, 30, 723-734.
- Watkins, E. R., & Moberly, N. J. (2009). Concreteness training reduces dysphoria : A pilot proof-of-principle study. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 48-53.
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity : distinct effect of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8, 364-378.
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2011). When the ends outweigh the means : mood and level identification in depression. *Cognition and Emotion*, 25, 1214-1227.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression : A replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39, 73-82.
- Watkins, E., & Moulds, M. (2007). Reduced concreteness of rumination in depression : A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 43, 1386-1395.
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, K., Bathurst, N., Eastman, R., & Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression : phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 199, 317-322.
- Watkins, E. R., Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., Kennell-Webb, S., et al. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression : a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2144-54.
- Watkins, E. R., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and Overgeneral Memory in Depression : Effects of Self-Focus and Analytic Thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 353-357.
- Watkins, E. R., Taylor, R. S., Byng, R., Baeyens, C., Read, R., Pearson, K., & Watson, L. (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care : a Phase II randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1359-1371.
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82, 1-8.
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Ruminative response style. In K.S. Dobson, & D.J.A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*. San Diego, CA, US : Elsevier Academic Press, pp. 221-236.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 122-48.

Wong, Q. J. J., & Moulds, M. L. (2009). Impact of rumination versus distraction on anxiety and maladaptive self-beliefs in socially anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 861-7.

Wong, Q.J.J., & Moulds, M.L. (2011). Impact of anticipatory processing versus distraction on multiple indices of anxiety in socially anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 700-706.

Wong, Q. J. J., & Moulds, M. L. (sous presse). Processing mode during repetitive thinking in socially anxious individuals : Evidence for a maladaptive experiential mode. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*.

Zetsche, U., Ehring, T., & Ehlers, A. (2009). The effects of rumination on mood and intrusive memories after exposure to traumatic material : an experimental study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 499-514.