

## Les ruminations mentales : fonctions, dysfonctionnements, traitements

Jacques Van Rillaer

Professeur de psychologie émérite  
à l'Université de Louvain

« L'homme ne peut s'empêcher de penser, et souvent pour son propre supplice. Un spectacle horrible il le revoit en souvenir ; il le repasse en détail ; il n'en oublie rien. Ou bien il suppose et imagine le pire, par une sorte de pressentiment qu'il veut croire. Ou bien il se répète quelque mot qui l'a piqué au vif. Enfin il pense noir. Beaucoup auraient besoin d'un art d'oublier et d'une insouciance étudiée. [...] Comment bannir une pensée ? C'est toujours l'avoir. Et la faute commune c'est d'engager la lutte contre une pensée dont on veut se délivrer. On argumente contre soi ; on se prouve qu'on ne devrait pas regarder par là ; c'est y regarder. »

Alain (1934)<sup>1</sup>

Dès que nous sommes éveillés, un flux continu de pensées, comparable à une rivière qui ne s'arrête jamais, défile dans le champ de la conscience. Nous pouvons orienter volontairement ce courant, mais ce n'est pas le comportement le plus fréquent. La majorité de nos pensées défilent automatiquement, sans que nous ayons choisi de les produire. Certaines sont induites par des stimuli externes, d'autres par des sensations corporelles, d'autres encore se suivent sans lien apparent avec celles qui précèdent ou avec la situation du moment. Ainsi nous bénéficions d'idées neuves et parfois fécondes. Ce processus contribue à notre survie et à notre bien-être. Malheureusement, ce processus produit aussi des idées dont nous n'avons pas du tout souhaité l'apparition : des idées inutiles, absurdes, angoissantes, culpabilisantes, détestables.

L'inévitable automaticité de la grande majorité de nos idées a été source de réflexion depuis des siècles. Au début du XVIII<sup>e</sup>, Leibniz (1646-1716) écrivait dans les *Nouveaux essais sur l'entendement humain* : « Il nous vient des pensées involontaires, en partie de dehors par les objets qui frappent nos sens, et en partie au-dedans à cause des impressions (souvent insensibles) qui restent des perceptions précédentes qui continuent leur action et qui se mêlent avec ce qui vient de nouveau [...]. La langue allemande les nomme "*fliegende Gedanken*", comme qui dirait des pensées volantes, qui ne sont pas en notre pouvoir, et où il y a quelquefois bien des absurdités qui donnent des scrupules aux gens de bien et de l'exercice aux casuistes et directeurs des consciences »<sup>2</sup>.

Parmi les pensées automatiques qui causent le plus de souffrances, les obsessions occupent la première place. Par le passé, elles ont été considérées comme l'œuvre du démon ou comme des péchés. Les Pères et Docteurs de l'Église ont en effet enseigné qu'on peut pécher par action, par parole et par pensée<sup>3</sup>. Les obsessions ne sont devenues objet d'étude médicale qu'au XIX<sup>e</sup> siècle : en France avec Esquirol (qui parlait de « monomanie »), en Allemagne avec Krafft-Ebbing (qui a formé le mot « Zwangsvorstellung », représentation obsédante) et Westphal (qui a créé « Zwangsneurose », névrose de contrainte). En 1894, le médecin anglais Daniel Hack Tuke (qui a lancé en 1872 le terme « psychothérapie ») publiait l'article « Imperative Ideas » dans la revue neurologique *Brain*. Il soulignait que les personnes qui souffrent d'obsessions ne doivent pas être considérées comme folles (*insane*), quand bien même ce trouble mental peut être aussi pénible qu'une véritable folie (*insanity*).

## Pensées répétées négatives

Un trouble apparenté aux obsessions ce sont les souvenirs pénibles, involontaires, répétitifs et envahissants, qui font suite à un traumatisme. Ce trouble a été étudié surtout depuis le retour de vétérans de la guerre du Vietnam dans les années 1970. Plusieurs expérimentations ont mis en évidence une forte corrélation entre l'intensité émotionnelle provoquée par un événement (par exemple un film comportant des scènes de violence ou d'accidents horribles) et la fréquence de pensées intrusives ultérieures<sup>4</sup>.

D'autres pensées répétées négatives sont les inquiétudes sans cesse répétées, difficiles ou impossibles à contrôler, et qui suscitent un sentiment de détresse. Elles caractérisent ce qu'on appelle le « trouble anxieux généralisé », une appellation qui a remplacé celle de « névrose d'angoisse » utilisée par Freud. Elles concernent environ 6% de la population et deux fois plus les femmes que les hommes<sup>5</sup>. Elles s'accompagnent d'une suractivation du système nerveux orthosympathique et de tensions musculaires chroniques. Elles peuvent mener à l'épuisement, devenir très handicapantes et mener à divers troubles mentaux.

L'étude des inquiétudes doit beaucoup aux recherches de Thomas Borkovec (université de l'État de Pennsylvanie). Le point de départ a été, dans les années 1970, le traitement de l'insomnie par des méthodes de relaxation musculaire. Borkovec a alors constaté que le principal facteur de l'insomnie n'est pas la suractivation physiologique, mais l'activité mentale appelée « worry ». L'efficacité démontrée de la relaxation, pratiquée méthodiquement pour faciliter l'endormissement, tient davantage à l'occupation de l'esprit par cette technique qu'à la réduction de l'activation physiologique. Bon nombre d'insomniaques sont des « chronic worriers ». Une de leurs principales inquiétudes est la peur de ne pas pouvoir s'endormir comme ils le veulent<sup>6</sup>. La plupart des autres inquiétudes concernent l'estime de soi, l'évaluation sociale, la peur d'être désapprouvé ou rejeté.

### Les idées noires de la nuit

Arthur Schopenhauer écrit, dans ses *Aphorismes sur la sagesse dans la vie* (1851) : « Nous ne devons considérer ce qui intéresse notre bonheur ou notre malheur qu'avec les yeux de la raison et du jugement ; il faut donc réfléchir sèchement et froidement, et n'opérer qu'avec des notions abstraites. L'imagination doit rester hors de jeu, car elle ne sait pas juger ; elle ne peut que présenter aux yeux des images qui émeuvent l'âme gratuitement et souvent très douloureusement. C'est le soir que cette règle devrait être le plus strictement observée. Car, si l'obscurité nous rend peureux et nous fait voir partout des figures effrayantes, l'imprécision des idées, qui lui est analogue, produit le même résultat. [...] Le soir, la fatigue a revêtu l'esprit et le

jugement d'une obscurité subjective, l'intellect est affaibli et troublé, et ne peut rien examiner à fond. Ceci arrive le plus souvent la nuit, au lit. [...] La nuit prête alors à tout être et à toute chose sa teinte noire. Aussi nos pensées, au moment de nous endormir ou au moment où nous nous réveillons pendant la nuit, nous font-elles voir les objets aussi défigurés et aussi dénaturés qu'en rêve » (Trad., PUF, 1964, p. 114).

En 1980, le terme « phobie sociale » — déjà été utilisé par Janet en 1903 — a été introduit dans le manuel américain des troubles mentaux, le DSM. Il s'en est suivi un nombre considérable de recherches. Ici encore, le rôle de pensées répétées négatives est apparu capital. On appelle « phobiques sociaux » des personnes qui redoutent les situations où elles pourraient être jugées négativement, humiliées ou rejetées, notamment à cause de leurs manifestations de peur. Elles sont hypersensibles à leurs sensations corporelles. Dans les situations sociales, elles ont tendance à focaliser leur attention sur des expressions de l'émotivité (par exemple des tremblements, le rougissement) auxquelles, en réalité, la plupart de leurs interlocuteurs prêtent peu ou pas d'attention. Elles doutent de leurs compétences, elles ressassent des évaluations négatives d'elles-mêmes, avant et après les interactions sociales<sup>7</sup>.

À la fin des années 1980, Susan Nolen-Hoeksema (université de Yale) a passé en revue les facteurs psychologiques et sociologiques susceptibles d'expliquer pourquoi les femmes dépriment deux fois plus souvent que les hommes<sup>8</sup>. Elle s'est particulièrement intéressée au rôle pathogène des ruminations. Ses recherches et celles d'autres chercheurs ont confirmé que ce mode de réaction — qui s'oppose à la distraction, à la réflexion méthodique et à l'engagement dans des actions — est nettement plus fréquent chez les femmes que chez les hommes<sup>9</sup>. Par ailleurs, les femmes « co-ruminent » avec des amies ou des psys plus souvent que les hommes<sup>10</sup>. Nolen-Hoeksema et d'autres ont démontré que ces pensées répétitives ne sont pas seulement un effet de la dépression, mais qu'elles favorisent son développement, son intensification et sa réapparition<sup>11</sup>. Ce mode de réaction apparaît dès l'enfance, ce qui s'explique peut-être par le fait que beaucoup de parents s'intéressent davantage aux manifestations d'angoisse et de tristesse chez les filles que chez les garçons.

Les psychologues distinguent aujourd'hui les inquiétudes (*worries*) et les ruminations. Les inquiétudes visent surtout à anticiper de futurs dangers (même si l'on remâche des événements passés), tandis que les ruminations triturent en boucle un ou quelques thèmes (perte, erreur, échec, jugement autodépréciatif), leurs significations, leurs causes « profondes », ainsi que les affects (pénibles) du moment, dans l'espoir (largement illusoire) de comprendre et de changer. Plus forte est la dépression, plus on s'oriente vers le passé et moins on a confiance dans la capacité à résoudre des problèmes<sup>12</sup>.

D'autres recherches ont confirmé la fréquence de cette observation d'Alain : « La colère se cuit et recuit par la pensée. L'offense sur laquelle une nuit a passé n'est pas moins cruelle ; au contraire, plus cruelle. On sait pourquoi. C'est que dans la solitude, l'offensé aiguise lui-même l'offense. [...] Toutes les passions grandissent jusqu'à la folie dans ce dialogue de soi à soi »<sup>13</sup>.

D'autres recherches encore ont montré le rôle pathogène des ruminations dans d'autres troubles, notamment l'alcoolisme, la boulimie, l'hypocondrie, les automutilations. Aujourd'hui, les ruminations et, plus généralement, les « pensées répétées négatives » sont considérées comme un trouble transdiagnostique, c'est-à-dire un processus psychologique à l'œuvre dans des troubles d'apparences différentes<sup>14</sup>.

## Pensées répétées pertinentes

Anticiper des événements à venir, tirer des leçons du passé et imaginer des solutions pour des problèmes sont des comportements indispensables à notre survie et à notre bien-être. Les pensées répétées négatives sont simplement des dysfonctionnements de ces processus fondamentaux.

L'anticipation d'événements permet de se motiver, de se préparer adéquatement et d'éviter des dangers, même si elle s'accompagne d'une dose d'anxiété. Ainsi, des étudiants qui pensent souvent à la possibilité d'échouer aux examens travaillent davantage que ceux qui perçoivent la difficulté à réussir de façon plus réaliste. Des chercheurs, qui ont constaté ce comportement chez 23 % des étudiants de leur échantillon, parlent de l'avantage du « pessimisme défensif »<sup>15</sup>.

L'anticipation d'événements s'alimente généralement de la réflexion sur des événements passés. Les pensées intrusives qui font suite à des traumatismes ont pour fonction de garder l'esprit en éveil pour parer à des situations analogues. Elles motivent à élaborer une conception plus réaliste du monde (le monde est loin d'être juste et bienveillant) et de soi-même (nous avons des ressources, mais elles sont limitées ; nous ne pouvons pas tout contrôler). Elles peuvent donc être utiles pour « assimiler » des faits. La question est simplement de limiter leur fréquence, leur durée, leur intensité et la souffrance qu'elles provoquent.

Tout au long de nos journées, il nous arrive de poursuivre des buts. Les obstacles déclenchent automatiquement des réflexions. Celles-ci peuvent prendre la forme d'une recherche active de solutions ou enclencher des ruminations autocentrées, anxiogènes, agressives, déprimantes. Par exemple, la femme qui rêve d'une relation romantique avec son mari et qui est régulièrement en butte à des conflits et des déceptions, est portée à ressasser, à moins que le mari ne change des comportements ou qu'elle ne développe une conception moins romantique du mariage.

Le malheur de ceux qui ruminent est de croire qu'ils réfléchissent — au sens fort du terme — alors qu'ils tournent en rond sur des « pourquoi ça arrive à moi ? », « pourquoi suis-je dans cet état ? », « pourquoi je n'arrive pas à m'en sortir ? », etc. Comme l'écrit Christophe André, « on pourrait comparer la rumination à l'inflammation, un mécanisme naturel de défense et de cicatrisation de notre corps, qui a dépassé son objectif et devient lui-même une pathologie : ce qui devait n'être qu'une réflexion destinée à régler un problème devient une interminable chaîne d'états d'âme douloureux et inutiles »<sup>16</sup>.

## Effets délétères de ruminations

Nous avons évoqué l'effet des ruminations sur le délai d'endormissement. Ajoutons que les personnes qui ruminent ont tendance à aller dormir tard et dorment moins que celles qui ne ruminent pas<sup>17</sup>.

Des expériences montrent que les ruminations perturbent la concentration et la capacité de mémorisation. Exemple : Paula Hertel (Université Trinity, San Antonio) a soumis des étudiants, dont une partie présentaient le diagnostic de dysphorie, à une tâche de mémorisation. Ensuite, durant sept minutes, un tiers des étudiants était invité à réfléchir à leur état émotionnel, un tiers avait l'occasion de se distraire et un tiers ne recevait aucune consigne. La performance de remémoration des étudiants dysphoriques invités à se centrer sur leur état affectif s'est avérée moins bonne que celle des autres<sup>18</sup>.

Les personnes qui ruminent ont tendance à être particulièrement attentives à des informations négatives. Elles se les rappellent davantage que les informations positives. C'est par exemple le cas quand on leur demande d'évoquer des souvenirs autobiographiques<sup>19</sup>.

Les ruminations occupent les ressources attentionnelles, réduisent les informations correctrices et favorisent l'inaction. Les ressasseurs passent du temps à retourner en tous sens des problèmes plutôt qu'à penser méthodiquement à des solutions réalistes et à les essayer. Par exemple, les femmes qui ont l'habitude de ruminer mettent davantage de temps que d'autres pour consulter un médecin lorsqu'elles découvrent un indice qui fait penser à la possibilité d'un cancer du sein<sup>20</sup>.

Les personnes qui font part de nombreuses ruminations à leurs proches les lassent, les agacent et les font s'éloigner. Il en résulte souvent une perte de relations affectives génératrice d'un cercle vicieux et d'un état dysphorique.

De plus en plus de recherches longitudinales confirment que la pensée ruminative a un effet médiateur entre des événements pénibles et, d'autre part, l'anxiété, la dépression et d'autres troubles<sup>21</sup>. Exemple : Nolen-Hoeksema et Morrow ont interrogé des étudiants par questionnaire sur l'état de leur humeur et leur façon de réagir à des états dépressifs. Le hasard a fait qu'un terrible tremblement de terre s'est produit deux semaines plus tard. Dix jours et sept semaines après cette catastrophe, les étudiants ont été interrogés sur leur niveau de dépressivité. Les étudiants caractérisés par un style ruminatif avant le tremblement sont ensuite apparus plus déprimés que les autres<sup>22</sup>. Dans une étude portant sur 81 étudiants flamands, on a évalué le degré de pensées répétées négatives. Trois ans plus tard, on a constaté que ceux qui avaient eu les scores les plus élevés avaient, depuis, subi le plus d'épisodes dépressifs<sup>23</sup>.

Les effets nuisibles des ruminations et coruminations apparaissent clairement dans des psychothérapies qui détériorent l'état des patients. C'est particulièrement le cas de la cure freudienne : le patient y est invité à « associer librement », c'est-à-dire à parler indéfiniment, surtout de son passé et de ses rêves, dans l'espoir d'arriver un jour à l'illumination censée modifier sans effort des réactions bien ancrées. Des psychanalysés se trouvent ainsi conditionnés à cogiter interminablement sur leurs états affectifs, leurs fantasmes, les intentions des autres et la responsabilité de leurs parents dans leurs troubles. Parmi les trente et un patients de Freud aujourd'hui bien identifiés, trois seulement présentaient manifestement le diagnostic de dépression (ou de neurasthénie, comme on disait à l'époque)<sup>24</sup>. Paula Silberstein, qui résidait dans le même immeuble que Freud, s'est suicidée alors qu'elle était en analyse. Elle s'est jetée du haut de l'immeuble. Karl Mayreder a été analysé par Freud sans succès pendant dix semaines. Le psychiatre Horace Frink, membre fondateur de la Société psychanalytique de New-York, a fait plusieurs tranches d'analyse didactique chez Freud. De l'aveu même d'Ernest Jones — le fidèle lieutenant de Freud —, Frink est devenu de plus en plus perturbé et déprimé. « Durant l'été 1924, écrit Jones, Frink entra comme patient au *Phipps Psychiatric Institute* et ne recouvra jamais la raison »<sup>25</sup>. Freud a une fois écrit : « Le névrosé est avant tout inhibé dans l'agir, chez lui la pensée est le plein substitut de l'acte »<sup>26</sup>. Malheureusement, sa pratique et celle de la grande majorité de ses disciples n'ont fait qu'encourager une forme démoralisante de la pensée. La psychanalyse est clairement contre-indiquée en cas de dépression.

### La génération de l'hyper-autoanalyse

Martin Seligman (Université de Pennsylvanie) : « Dans la mesure où notre époque est placée sous le signe du moi et qu'elle incite l'individu à disséquer sans cesse ses problèmes, elle crée des conditions propices à l'épidémie de dépression » (*Learned optimism* (1990). Trad., *Apprendre l'optimisme*, 1994, p. 75).

Susan Nolen-Hoeksema : « Les paroles des chansons populaires, les conseils donnés par les magazines féminins, l'incroyable boom de la "littérature psy" et même la publicité nous poussent sans cesse "à nous connaître nous-mêmes" avec des formules du style "Laissez parler

l'enfant qui est en vous”, “Soyez proche de vos émotions”... Malheureusement, beaucoup d'entre nous ont poussé trop loin cette auto-analyse. Nous sommes devenus des nombrilistes et passons notre temps à disséquer ce que nous ressentons, à décrypter notre moindre petit changement d'humeur, notre moindre assaut de tristesse, d'anxiété pour en découvrir la signification profonde. En oubliant qu'ils peuvent provenir d'événements insignifiants tels qu'une nuit d'insomnie, une mauvaise météo ou un embouteillage sur le trajet du bureau » (*Women who think too much* (2004). Trad., *Pourquoi les femmes se prennent la tête*. J.C. Lattès, 2005, p. 54).

## Facteurs de ruminations

Comme nous l'avons déjà noté, la réflexion est une réponse automatique et souvent utile à une large diversité d'événements. Le dérapage menant à des ruminations psychotoxiques tient à plusieurs facteurs. Nous en présentons trois.

1. Les souvenirs, les pensées et les affects forment des réseaux interconnectés autour de thèmes (le travail, l'apparence physique, etc.). L'affect éprouvé à un moment donné favorise une cascade de pensées et de souvenirs de la même tonalité, et il inhibe l'accès à des souvenirs associés à des affects de nature différente. Ainsi le mot « gare » provoque chez une personne déprimée le rappel de tristes séparations plutôt que d'heureuses retrouvailles. Ces souvenirs peuvent alors entretenir ou renforcer l'état dépressif<sup>27</sup>. De plus, conformément à la loi de fréquence (une réaction a tendance à devenir de plus en plus forte à mesure qu'elle se répète), les rappels d'événements négatifs renforcent leur accessibilité à la mémoire.

2. Borkovec a mis en évidence que les pensées répétées typiques du trouble anxieux généralisé sont essentiellement conceptuelles, verbales, et qu'elles comportent peu d'images mentales. Les personnes qui y sont sujettes déclarent qu'elles réfléchissent afin de prévenir des dangers. Le fait que la majorité de ces dangers ne se produise pas ne diminue guère ce type de réflexion. D'autre part, la prédominance de la pensée conceptuelle permet d'éviter des images mentales de dangers et l'activation physiologique provoquée par la visualisation mentale de dangers. En fin de compte, ces ruminations ont une fonction d'évitement des situations redoutées<sup>28</sup>. Le processus est comparable au comportement superstitieux : la personne n'ose pas faire l'expérience de l'absence du comportement ; ensuite elle attribue à ce comportement l'absence de catastrophe, ce qui la convainc de l'adopter à l'avenir (en langage technique : son comportement est « renforcé négativement »).

Les ruminations des déprimés ont des caractéristiques semblables : ce sont des pensées abstraites, décontextualisées, analytiques, évaluatives (« pourquoi ça arrive toujours à moi ? », « pourquoi suis-je un raté ? »), à l'opposé des pensées concrètes et expérientielles (« qu'est-ce que je ressens ? », « que puis-je faire maintenant ? »)<sup>29</sup>.

3. On constate des corrélations avec des processus physiologiques qui sont peut-être des déterminants. Les personnes portées à ruminer présentent une activité moindre du cortex préfrontal, moins de défenses immunitaires, une suractivation orthosympathique et une diminution lente de la tension artérielle après un épisode émotionnel<sup>30</sup>.

## Traitements des ruminations

Des ruminations sont généralement provoquées et entretenues par des événements externes (par exemple la mésentente conjugale) ou internes (par exemple une maladie, un état dépressif). Il est évidemment essentiel d'agir, dans la mesure du possible, sur ces événements. Ceci n'empêche guère un traitement cognitivo-comportemental de la façon de penser en tant que telle. Nous nous limitons ici à celui des ruminations. Nous renvoyons à des publications

antérieures pour les obsessions<sup>31</sup> et les souvenirs traumatiques<sup>32</sup>, et à l'ouvrage de Robert Ladouceur *et al.* pour le TAG<sup>33</sup>.

### **1. La prise de conscience du caractère néfaste du ressassement.**

Beaucoup de personnes qui ruminent adoptent une attitude ambivalente à l'égard des pensées répétitives : elles croient en leur utilité (« il faut s'analyser pour changer », « il faut être prêt à toute éventualité ») tout en déplorant qu'elles ruminent trop et qu'elles ne parviennent pas à arrêter. Il importe donc de commencer par bien se convaincre que des répétitions interminables sont inutiles et même néfastes (activation de pensées pénibles, perte de temps, etc.).

### **2. L'effet (limité) des distractions**

Beaucoup de personnes gênées par des ruminations cherchent à se distraire, par exemple par une activité physique qui demande de l'attention (c'est en général plus efficace qu'une activité intellectuelle). L'effet est souvent satisfaisant mais seulement à court terme<sup>34</sup>. Les personnes sujettes à des pensées répétées indésirables, qui essaient de repousser ces pensées et de ne plus y songer, sont généralement victimes du « processus ironique » mis en évidence, expérimentalement, par Daniel Wegner en 1987 : ces pensées deviennent obsédantes<sup>35</sup>.

### **3. Les séances de rumination contrôlée (« worry time »)**

Borkovec et ses collaborateurs ont mis au point une procédure qui a fait la preuve de son efficacité<sup>36</sup>. Elle consiste à réfléchir activement aux idées tournoyantes durant des séances quotidiennes d'au moins trente minutes. Les séances se font sans pause, si possible toujours au même endroit et à la même heure (pas au lit ni en soirée). L'expérience a montré que des séances plus courtes étaient sans effet ou renforçaient les ruminations.

On a intérêt à mettre alors les pensées par écrit en veillant à les concrétiser autant que possible. Cela permet de mieux les cerner, de les structurer, de les trier et de s'en distancer.

Les séances doivent être l'occasion de regarder bien en face les problèmes, les événements, les pensées et les images qui perturbent, en tolérant l'arrivée d'émotions pénibles<sup>37</sup>.

Il importe d'examiner si le ressassement d'un thème relativement stressant (par exemple des soucis professionnels) n'est pas une façon d'éviter de penser à des problèmes plus pénibles (par exemple la faillite de la relation conjugale). Certaines ruminations sont une forme d'« évitement cognitif ».

Au cours des séances, on essaie de passer du ressassement à une démarche méthodique de résolution concrète de problèmes et de « sous-problèmes ». On cherche à modifier des éléments de la réalité ou la façon de les envisager pour les rendre acceptables.

En dehors des séances, on s'efforce de détecter les démarrages d'épisodes de ruminations. Dès qu'ils surviennent, on se crie intérieurement « Stop ! C'est de la pensée toxique ! Ça suffit ! » et on essaie de reporter le ressassement à la prochaine séance de rumination contrôlée. À cet effet, on cherche à se focaliser sur ce que l'on perçoit à l'extérieur de soi et/ou sur ce que l'on ressent concrètement. Un moment de décontraction musculaire et de respirations conscientes, lentes, peut aider à s'ancrer dans l'expérience du moment.

En définitive, il n'est pas question de vouloir supprimer les ruminations, mais d'apprendre à les gérer et à les remplacer par une réflexion méthodique en vue de solutions concrètes.

### **4. La relaxation musculaire**

Les personnes qui ruminent — surtout celles qui ressassent des inquiétudes — sont souvent musculairement tendues. L'apprentissage méthodique de la relaxation permet de diminuer le

tonus et par conséquent la suractivation du système nerveux autonome. D'autre part, la capacité de se relaxer sur le champ facilite l'interruption des ruminations au moment où l'on s'aperçoit qu'elles démarrent<sup>38</sup>. Les personnes fort déprimées ont malheureusement du mal à réaliser cet apprentissage.

## 5. Le détachement à l'égard de pensées et d'affects

Il y a environ deux mille ans, Épictète donnait ce conseil capital : « À propos de toute idée pénible, prends soin de dire aussitôt : “tu es une idée, et non pas exactement ce que tu représentes” »<sup>39</sup>. Les pensées que nous produisons ne « sont » pas nous. Elles ne sont même pas toujours le reflet de ce que nous pensons ou désirons vraiment. Les prendre à la lettre, c'est s'exposer à une vue distordue de notre réalité psychologique et de notre environnement, c'est préparer le lit de troubles mentaux parfois graves.

Vers 600 avant notre ère, Bouddha, s'inspirant de la sagesse ancestrale des yogis, a découvert les bienfaits de la « méditation attentive », l'observation passive et détachée du flux mental, comme lorsqu'on regarde simplement passer des nuages dans le ciel ou des feuilles sur une rivière, sans interpréter, sans juger, sans donner suite, de quelque manière que ce soit, aux éléments qui se succèdent. Chacun peut s'en inspirer pour pratiquer un exercice de ce genre : s'installer confortablement ; fermer les yeux ; durant dix à vingt minutes devenir le spectateur détaché du défilé des pensées, des affects et des sensations corporelles, et développer ainsi le sens d'un Je (transcendantal) capable de se distancer — par moments — des événements qui se déroulent en soi-même.

Cette pratique, sous le nom de « pleine conscience » (*mindfulness*), a été l'objet de nombreuses recherches, notamment pour le traitement des ruminations<sup>40</sup>.

## 6. L'entraînement à la redirection de l'attention

Faire attention est un comportement qui se développe avec l'âge et qui s'améliore avec l'exercice. À cet effet, une procédure également reprise à la tradition bouddhique s'avère utile : la « méditation concentrée », qui consiste à s'asseoir en silence et à focaliser toute l'attention sur un élément (la respiration, un mot, une image), en veillant à revenir sans cesse à cet élément tandis que surgissent inévitablement d'autres contenus de conscience. Des comportementalistes ont montré que des exercices réguliers de focalisation de l'attention de ce type permettent d'apprendre à mieux se concentrer et à se recentrer en cas de ruminations angoissantes ou déprimantes<sup>41</sup>.

Le recentrage se fait, grâce au dialogue intérieur<sup>42</sup>, sur des éléments de la situation présente (cf. *supra*) ou sur le souvenir de conduites aux conséquences heureuses. Les personnes qui souffrent du trouble anxieux généralisé ou de dépression ont beaucoup à gagner de la visualisation mentale, volontaire et répétée, de réussites et de situations où ont été infirmées des prédictions pessimistes et des croyances débilantes.

## 7. L'action envers et contre tout

Une procédure qui a largement fait la preuve de son efficacité pour sortir d'un état dysphorique entretenu par des ruminations est « l'activation comportementale ». Il s'agit de programmer des activités selon une hiérarchie de difficultés<sup>43</sup>. Tout en agissant, on peut essayer de ne voir dans les ruminations que du « bruit psychologique ». La métaphore du chauffeur de bus scolaire peut aider à garder le cap. La voici. Le chauffeur sait où il veut aller. Dans son dos, des enfants crient : « Arrête », « Va à gauche », « Fonce sur l'arbre »... Les cris le perturbent, mais il maintient son regard sur la route, il tient fermement le volant, il avance sans obéir aux injonctions des passagers. Il ne peut pas débarquer les perturbateurs, il ne peut s'empêcher d'entendre leurs cris, mais il essaie de garder le cap, envers et contre tout<sup>44</sup>.

- 
- <sup>1</sup> Rééd. in *Propos*. II. Pléiade, 1970, p. 1007s
- <sup>2</sup> Ouvrage posthume (1765), Livre II, ch. 21, § 12. Trad., Garnier-Flammarion, 1966, p. 150.
- <sup>3</sup> Tertullien, Origène, Albert Legrand, Thomas d'Aquin *et al.* Cf. Delumeau, J. (1983) *Le péché et la peur. La culpabilisation en Occident (XIII<sup>e</sup> – XVIII<sup>e</sup> siècles)*. Fayard, p. 215.
- <sup>4</sup> Les premières expériences sont de Mardi Horowitz (1975) Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, 32 : 1457-1463.
- <sup>5</sup> Vesga-Lopez, O. *et al.* (2008) Gender differences in Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 : 1601-1616.
- <sup>6</sup> Borkovec, T. (1982) Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 880-895.
- <sup>7</sup> Wells, A. & Clark, D. (1997) Social phobia : A cognitive approach. In G. Davey (ed) *Phobias*. Wiley, p. 3-26. — Rachman *et al.* (2000) Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 33: 479-491.
- <sup>8</sup> Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 1987, 101 : 259-282.
- <sup>9</sup> Nolen-Hoeksema, S. (2012) Emotion Regulation and Psychopathology : The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8: 161-187.
- <sup>10</sup> Hankin, B., Lindsey, S., Wright, P. (2010) Corumination, interpersonal stress generation and internalizing symptoms. *Development and Psychopathology*, 22: 217-235. — Haggard, D., Robert, C. & Rose, A. (2011) Co-rumination in the workplace. *Journal of Business and Psychology*, 26 : 27-40.
- <sup>11</sup> Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., Lyubomirsky, S. (2008) Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3: 400-424.
- <sup>12</sup> Papageorgiou, C. & Wells, A. (2004) *Depressive rumination*. Wiley, p. 8.
- <sup>13</sup> 8 avril 1933, Rééd. in *Propos* II. Pléiade, 1970, p. 954, § 572.
- <sup>14</sup> Monestès, J.-L. & Baeyens, C. (2016) *L'approche transdiagnostique en psychopathologie. Alternative aux classifications nosographiques et perspectives thérapeutiques*. Dunod, 214 p.
- <sup>15</sup> Cantor, N. & Norem, J. (1989) Defensive pessimism and stress and coping. *Social Cognition*, 7: 92-112.
- <sup>16</sup> André, C. (2009) *Les états d'âme. Un apprentissage de la sérénité*. Odile Jacob, 2009, p. 71.
- <sup>17</sup> Nota, J. & Coles, M. (2015) Duration and timing of sleep are associated with repetitive negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 39: 253-261.
- <sup>18</sup> Hertel, P. (1998) Relation between rumination and impaired memory in dysphoric mood. *Journal of Abnormal psychology*, 107 : 166-172.
- <sup>19</sup> Lyubomirsky, S. *et al.* (1998) Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 166-177.
- <sup>20</sup> Lyubomirsky, S. *et al.* (2006) Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Personality and Clinical Psychology*, 25: 276-304.
- <sup>21</sup> Kinderman, P. *et al.* (2015) Causal and mediating factors for anxiety, depression and well-being. *The British Journal of Psychiatry*, 206 : 456-460.
- <sup>22</sup> Nolen-hoeksema, S. & Morrow, J. (1991) A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster : The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 : 115-121.
- <sup>23</sup> Raes, F. (2012) Repetitive negative thinking predicts depressed mood at 3-year follow-up in students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34: 497-501.
- <sup>24</sup> Pour des détails : Borch-Jacobsen, M. (2011) *Les patients de Freud*. Ed. Sciences Humaines, 224 p. Compte rendu en ligne : <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1969>

- 
- <sup>25</sup> Jones, E. (1957) *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud. Vol. III*. Trad., PUF, 1969, p. 119s.
- <sup>26</sup> *Totem et Tabou* (1913), trad., *Œuvres complètes*, PUF, XI, p. 382.
- <sup>27</sup> Bower, G. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, 36: 129-148.
- <sup>28</sup> Borkovec, T. & Inz, J. (1990) The nature of worry in generalized anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28 : 153-158.
- <sup>29</sup> Watkins, E. (2008) Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134: 163-206.
- <sup>30</sup> Pour une revue : Siegle, G. & Thayer, J. (2004) Physiological aspects of depressive rumination. In Papageorgiou, C. & Wells, A., *Depressive rumination*. Wiley, p. 79-104.
- <sup>31</sup> « Le trouble obsessionnel-compulsif ». *Science et pseudo-sciences*, 2010, 292: 7-14.  
<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1491>
- <sup>32</sup> « L'impact psychologique des traumatismes et son traitement ». *Science et pseudo-sciences*, 2011, 294: 6-17. <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article1598>
- <sup>33</sup> Ladouceur, R., Bélanger, L. & Léger, E. (2008) *Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien*. Odile Jacob, 160 p.
- <sup>34</sup> Nolen-Hoeksema, S. (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100: 569-582.
- <sup>35</sup> Cf. note 31.
- <sup>36</sup> Borkovec, T. *et al.* (1983) Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21 : 247-251. — Borkovec, T. & Newman, M. (1998) Worry and generalized anxiety disorder. In Bellack, A. *et al.* (eds) *Comprehensive clinical psychology*. Pergamon Press, Vol. 6, p. 439-459.
- <sup>37</sup> Cf. « Pourquoi il faut parfois tolérer des émotions pénibles ». *Science et pseudo-sciences*, 2016, 317: 72-77
- <sup>38</sup> Borkovec, T. (2006) Applied relaxation and cognitive therapy for pathological worry and generalized anxiety disorder. In Davey, G. & Wells, A. (eds) *Worry and its psychological disorders*. Wiley, p. 273-287.
- <sup>39</sup> *Manuel*, Trad. d'Emile Bréhier. In *Les Stoïciens*. Gallimard, Ch.1, § 5.
- <sup>40</sup> Exemple : Delgado, L.C. *et al.* (2010) Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48: 873-882. — Pour un ouvrage de synthèse : Rosenfeld, F. (2007) *Méditer c'est se soigner*. Les Arènes, 350 p.
- <sup>41</sup> Segal, Z.V., Williams, J.M. & Teasdale, J.D. (2002) *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Trad., De Boeck, 2006, 375 p.
- <sup>42</sup> Cf. « Le dialogue intérieur : principal outil de gestion de soi ». *Science et pseudo-sciences*, 2013, 307: 38-43. <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2241>
- <sup>43</sup> Chen, J. *et al.* (2013) Behavioural activation : A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy*, 51: 533-539. Pour un ouvrage de synthèse : Addis, M. & Martell, C. (2004) *Vaincre la dépression. Une étape à la fois*. Trad., Éditions de l'Homme, 2009, 240 p.
- <sup>44</sup> Métaphore de Steven Hayes. Cf. p. ex. Hayes, S., Strosahl, K. & Wilson, K. (1999) *Acceptance and commitment therapy*. Guilford Press, 304 p.