

Le trouble d'anxiété généralisée :

ça se passe dans la tête?

Michel Dugas, Ph D, Renée Leblanc, M Ps,
Pierre Savard, MD, FRCPC, Adrienne Gaudet, MD,
FRCPC et Julie Turcotte, MD, FRCPC

Les critères diagnostiques

L'inquiétude se définit par l'appréhension d'une conséquence future négative. L'inquiétude excessive et difficile à contrôler est la caractéristique principale du trouble d'anxiété généralisée (TAG). On reconnaîtra donc le TAG selon des critères bien précis (tableau 1). De plus, pour la personne atteinte du TAG, l'anxiété et les inquiétudes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

La prévalence

Le TAG compte parmi les troubles anxieux les plus répandus. Des études épidémiologiques montrent que sa prévalence à vie se situe autour de 5 % de la population générale.¹ Les femmes en sont aussi plus fréquemment affectées que les hommes, dans une proportion d'environ deux femmes pour chaque homme atteint. Par ailleurs, malgré une prévalence élevée, peu de gens

Le cas d'Yvonne

Yvonne, âgée de 45 ans, vous consulte pour des tensions musculaires au cou et aux épaules, des difficultés de sommeil et une fatigue importante. Elle se trouve significativement affectée dans son fonctionnement quotidien.



Lors de votre entretien, vous vous rendez compte qu'elle s'inquiète à propos de plusieurs choses. Par exemple, elle s'inquiète d'avoir un cancer, malgré une bonne santé, de ne pas être à la hauteur au travail, d'arriver en retard à ses rendez-vous, et que ses enfants développent la méningite ou se fassent enlever.

Elle juge ses inquiétudes exagérées, se dit qu'elle ne devrait pas s'en faire autant, mais ajoute qu'elle ne peut rien y faire. Elle vous dit que ses difficultés remontent à au moins 20 ans et estime qu'elle aurait dû consulter il y a longtemps pour ce problème.

Les symptômes que présente Yvonne vous mettent sur la piste d'un trouble d'anxiété généralisée.

Pour le suivi d'Yvonne, voir les pages 108 à 111.

Le trouble d'anxiété généralisée

consultent pour ce trouble qui est souvent perçu, par eux ou par l'entourage, comme faisant partie de la personnalité (« je suis fait comme ça »). Aussi, dans les cliniques médicales de première ligne, le TAG passe facilement inaperçu, car l'évaluation diagnostique est souvent limitée aux symptômes somatiques associés au TAG, par exemple la fatigue, la tension musculaire et surtout la perturbation du sommeil.²

Les traitements à envisager

Il existe aujourd'hui deux formes de thérapie pour le TAG ayant reçu un appui empirique important : la pharmacothérapie et la psychothérapie.

Le **Dr Dugas** est professeur, Département de psychologie, Université Concordia et psychologue chercheur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Madame Leblanc est psychologue clinicienne, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Le **Dr Savard** est psychiatre et directeur, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

La **Dre Gaudet** est chargée d'enseignement, Département de psychiatrie, Université de Montréal, et psychiatre, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

La **Dre Turcotte** est chargée d'enseignement, Département de psychiatrie, Université de Montréal, et psychiatre, Clinique des troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal.

Tableau 1

Les critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée

1. Présente de l'anxiété et des inquiétudes excessives la plupart du temps durant les 6 derniers mois, à propos de certains événements ou activités.
2. Éprouve de la difficulté à contrôler cette inquiétude.
3. Présente au moins 3 des 6 symptômes suivants :
 - A. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - B. Fatigabilité
 - C. Difficulté de concentration ou trous de mémoire
 - D. Irritabilité
 - E. Tension musculaire
 - F. Perturbation du sommeil
4. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Adapté de : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quatrième édition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington, 1994.

Tableau 2

Les 5 étapes de la thérapie cognitivo-comportementale pour le TAG

1. La prise de conscience des inquiétudes
2. La modification de l'intolérance à l'incertitude
3. La réévaluation de l'utilité de s'inquiéter
4. L'entraînement à la résolution de problèmes
5. L'exposition cognitive

1. La pharmacothérapie

Les benzodiazépines, les inhibiteurs sélectifs de la récapture de la sérotonine et la venlafaxine sont parmi les médicaments ayant fait preuve d'efficacité pour le traitement du TAG.³

2. La thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est la seule forme de psychothérapie ayant été validée par la preuve scientifique (*evidence-based treatment*), et ce, dans plusieurs études indépendantes.

Le déroulement de la thérapie cognitivo-comportementale exige certains prérequis :

- Le thérapeute doit être disponible pour un traitement intensif de 12 à 16 séances hebdomadaires d'une heure.
- Il doit avoir suivi une formation poussée et supervisée sur les différentes stratégies que la thérapie comporte.

À moins de rencontrer ces prérequis, vous opterez peut-être pour référer votre patiente à une ressource qui se spécialise dans la TCC pour le TAG.

Peu importe votre décision, votre connaissance des critères diagnostiques et des composantes du traitement vous permettra très certainement d'aider votre patiente en l'éduquant sur ce trouble, et en la dirigeant, le cas échéant, vers une ressource appropriée. De plus, vous serez en mesure de soutenir votre patiente au cours de sa démarche thérapeutique.

Le déroulement de la TCC pour le TAG se fait en 5 étapes (tableau 2).

Suite à la page 108 

1. La prise de conscience des inquiétudes

Le thérapeute

La phase initiale de la thérapie consiste à présenter à la patiente le modèle explicatif des symptômes du TAG :

- Facteurs déclencheurs
- Inquiétude
- Anxiété
- Démoralisation

L'inquiétude est définie comme un enchaînement de pensées au sujet d'événements négatifs futurs et c'est son caractère excessif qui sera la cible de l'intervention, considérant que l'absence d'inquiétude n'est ni réalisable ni souhaitable.

Lors de l'amorce de la TCC, le thérapeute discutera aussi avec la patiente de la distinction entre deux types d'inquiétudes :

1. Les inquiétudes concernant un problème réel et actuel (par exemple, inquiétude à propos d'un conflit avec une collègue),
2. Les inquiétudes à propos de situations hypothétiques qui ne sont pas totalement

impossibles mais plutôt improbables (par exemple, inquiétude que mon enfant contracte la méningite).

Cette étape se conclura par un exercice de prise de conscience des inquiétudes dans lequel la patiente identifiera le thème (santé, travail, etc.) et le type (réel ou hypothétique) de ses inquiétudes à trois moments différents de la journée.

Le suivi d'Yvonne

L'exercice de prise de conscience aura permis à Yvonne de :

- Identifier ses thèmes d'inquiétudes principaux, à savoir la santé de ses enfants, sa performance au travail et l'opinion des autres à son égard.
- Noter que la plupart de ses inquiétudes concernent des situations hypothétiques qui sont très improbables, du moins à court terme.
- Constater qu'elle s'inquiète plus souvent qu'elle le croyait auparavant. En conséquence, elle se dit maintenant plus prête que jamais à s'outiller pour maîtriser son anxiété généralisée.

2. La modification de l'intolérance à l'incertitude

Le thérapeute

Dans un deuxième temps, la thérapie visera à faire prendre conscience à la patiente de sa façon de réagir à l'incertitude.

L'intolérance à l'incertitude est présentée comme une « allergie psychologique » à la possibilité que des événements fâcheux puissent se produire et ce, même si la probabilité en est très faible. Il sera alors important que la patiente identifie ses propres stratégies en vue d'augmenter la certitude des choses. La patiente constatera rapidement qu'elle n'arrive jamais à éliminer l'incertitude ni à diminuer ses inquiétudes en utilisant ces stratégies.

Le thérapeute aidera la personne à réaliser que la raison en est simple : il n'y a aucune certitude absolue dans la vie et que de poursuivre dans ses efforts d'éviter, de contrôler ou d'éliminer l'incertitude est peine perdue.

Le suivi d'Yvonne

Yvonne aura donc reconnu à cette étape de la thérapie qu'elle est très intolérante à l'incertitude, qu'elle déteste tout imprévu et qu'elle aime que tout soit parfaitement prévu et organisé.

En identifiant ses propres manifestations d'intolérance à l'incertitude, elle reconnaît que :

- Elle ne se contente pas de mises en garde justifiées quant à la sécurité de ses adolescents, mais les répète de façon excessive; qu'elle a tendance à remettre à plus tard des invitations d'amis au cas où il arriverait quelque chose à ses enfants pendant son absence, etc. Elle comprend aussi qu'elle a avantage à essayer de tolérer les occasions d'incertitude de sa vie puisque quoiqu'elle fasse, elle ne parviendra jamais à l'éliminer et devra continuer de s'inquiéter.
- Elle choisit donc avec son thérapeute de diminuer la fréquence de ses mises en garde auprès de ses enfants à un niveau de précaution « normal ».

3. La réévaluation de l'utilité de s'inquiéter

Le thérapeute

La prochaine étape de la thérapie vise à aider la patiente à identifier et à réévaluer ses croyances portant sur l'utilité de s'inquiéter.

Le thérapeute pourra demander à la patiente de faire l'inventaire de toutes ses croyances voulant que l'inquiétude soit utile.

Par la suite, la patiente sera invitée à énumérer tous les arguments qui appuient ces croyances ainsi que tous ceux qui semblent indiquer que ces croyances sont fausses ou exagérées. La liste des arguments allant à l'encontre des croyances risque d'être la plus longue des deux listes.

L'objectif de cette étape est de créer un doute chez la patiente quant à l'utilité réelle de ses inquiétudes.

Le suivi d'Yvonne

Yvonne croyait que ses inquiétudes au sujet de ses enfants les protégeaient contre la maladie et les accidents.

En faisant la liste des arguments appuyant ou invalidant cette croyance, elle pris conscience que les arguments appuyant la croyance étaient plutôt de nature superstitieuse et qu'elle n'avait aucune preuve tangible que ses inquiétudes protégeaient ses enfants.

L'inventaire des arguments « pour et contre » de cette croyance permit à Yvonne de constater, entre autres, que ce n'était pas nécessairement le cas puisque ses inquiétudes menaient à plusieurs difficultés relationnelles avec ceux-ci et qu'elle pouvait être une mère aimante sans s'en faire de façon excessive pour eux.

4. L'entraînement à la résolution de problèmes

Le thérapeute

Après avoir mieux identifié ses inquiétudes, ses comportements d'intolérance à l'incertitude et ses croyances par rapport à l'utilité de s'inquiéter, la patiente sera invitée à aborder la résolution de problèmes. L'entraînement à la résolution de problèmes vise l'amélioration des attitudes et réactions de la personne lorsqu'elle est confrontée à un problème, de même que le perfectionnement de ses habiletés pour résoudre ce problème. Selon le modèle que nous préconisons, l'entraînement à la résolution de problèmes ciblera les habiletés suivantes :

- Définir le problème de façon spécifique et concrète de même que l'objectif visé.
- Générer au moins 10 solutions alternatives variées en prenant soin de ne pas les évaluer à cette étape (*brainstorming*).
- Procéder à un processus d'évaluation du pour et du contre des différentes solutions pour arriver au choix de la meilleure solution (et non de la solution parfaite).
- Appliquer la solution choisie et évaluer le résultat tant sur le problème lui-même que sur la détresse émotionnelle initiale.

Il va sans dire que l'adoption d'attitudes et de réactions positives sera essentielle à l'utilisation optimale des habiletés de résolution de problèmes de la personne.

Le suivi d'Yvonne

Dans un premier temps, l'exploration des attitudes et façons d'aborder les problèmes a mis en évidence que Yvonne a tendance à s'indigner lorsqu'un problème survient et à conclure, après avoir tenté de le résoudre, qu'il n'y a rien à faire lorsque la solution choisie ne fonctionne pas immédiatement.

La discussion des conséquences de cette attitude inefficace aux problèmes a permis à la patiente de conclure qu'elle se privait ainsi d'utiliser ses habiletés de résolution de problèmes et qu'elle continuait à s'inquiéter à propos de ceux-ci.

Yvonne a davantage intégré l'idée que la survenue de problèmes était l'apanage de tout être humain et que la résolution de problèmes exigeait parfois d'essayer d'autres solutions que la première envisagée.

D'autre part, la thérapie lui a aussi permis de parfaire ses habiletés de résolution de problèmes. Yvonne s'est penchée sur son problème chronique de retard à ses rendez-vous, lui occasionnant inquiétudes et anxiété récurrentes. Après avoir accepté de voir ce problème comme un défi et généré des solutions diverses, elle a opté pour la solution suivante :

- Partir 10 minutes plus tôt de la maison.
- Faire certains préparatifs la veille.
- Éliminer certaines activités moins utiles.

Après une semaine d'essai, la patiente a conclu que ces mesures lui permettaient de :

- Partir détendue de la maison.
- D'arriver à l'heure.
- De ne plus s'inquiéter constamment d'être en retard.

Elle a aussi observé que de prendre le temps d'identifier un problème est quelque chose de très utile et de nouveau pour elle.

Références

1. Wittchen, H-U, Zhao, S, Kessler, RC, et coll. : DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 51(5):355, 1994.
2. Dugas, MJ, Ladouceur, R, Boisvert, J-M, et coll. : Le Trouble d'anxiété généralisée : Éléments fondamentaux et applications cliniques. *Psychologie Canadienne*. 37:40, 1996.
3. Sadock, BJ, Sadock, VA : *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott, Williams and Wilkins, New York, 2003.
4. Wegner, DM, Zanakos, S : Chronic thought suppression. *Journal of Personality* 62(4):615, 1994.

www.stacommunications.com



Cet article est disponible en ligne. Visitez *Le Clinicien*.

5. L'exposition cognitive

Le thérapeute

Les inquiétudes à propos des situations hypothétiques (et peu probables) sont entretenues par la tendance de la patiente à éviter de penser de façon précise à ce qui lui fait peur, soit l'évitement cognitif. Comme de telles pensées sont anxiogènes, cette stratégie reflète la tendance naturelle d'éviter ce qui est désagréable. Mais nous savons que plus on tente de ne pas penser à quelque chose, plus cette pensée revient avec force. C'est ce qu'on appelle l'effet de rebond.⁴

Cette étape de la thérapie visera le renversement de cette stratégie, c'est-à-dire que la patiente sera amenée à s'exposer en imagination aux pensées menaçantes qu'elle tentait auparavant d'éviter.

Soulignons qu'il existe des procédures d'exposition bien définies pour les patients anxieux et qu'une formation en cette matière (avec supervision subséquente) est essentielle pour l'utilisation correcte de l'exposition.

Notons sommairement que les méthodes d'exposition en imagination éprouvées favorisent l'exposition aux pensées anxiogènes de façon continue, prolongée et répétitive. De plus, l'exposition doit se faire sans neutralisation, c'est-à-dire sans pensée ou comportement ayant comme but la diminution de l'anxiété (par exemple, se dire que « ceci n'arrivera pas »).

Le suivi d'Yvonne

Avec l'aide du thérapeute, Yvonne a identifié l'éventualité qu'elle craignait le plus à ce moment, soit d'avoir un cancer du sein.

Elle a par la suite :

- Écrit un court texte décrivant tous les aspects anxiogènes de cette situation ainsi que les conséquences catastrophiques appréhendées, dans le but de favoriser l'élaboration d'une image mentale claire, précise et concrète de cette peur.
- Enregistré son scénario sur cassette
- Procédé à une séance d'exposition avec son thérapeute.

Par cet exercice, elle a pu constater que l'anxiété augmente d'abord, mais que si on prend le temps nécessaire, elle commence à diminuer graduellement.

Le thérapeute et la patiente ont convenu de répéter cet exercice d'exposition une fois par jour pour les prochaines semaines, à raison de 45 minutes chaque fois.

Après deux semaines d'exposition cognitive quotidienne, Yvonne a commencé à constater que la fréquence de son inquiétude d'avoir le cancer avait diminué; elle avait aussi moins de comportements de vérification et cherchait moins à être rassurée au sujet de sa santé. *Clin*