

UNIVERSITE D'ANGERS

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en : PSYCHIATRIE

Par

Cristina Mariana PUPAZA Epouse JOUAN

Née le 9 septembre 1971 à Gura Humorului

Présentée et soutenue publiquement le : 28 septembre 2010

***TROUBLE ANXIETE GENERALISEE
PROPOS SUR L'INTOLERANCE A L'INCERTITUDE DE LA VIE***

Président : Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur : Madame le Docteur GOHIER Bénédicte

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. SAINT-ANDRÉ
Pr. BAUFRETON
Pr. RICHARD

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER

Professeurs Émérites : Pr. GUY

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. CHAUVET, Pr. DAUVER, Pr. DENIS, Pr. DESNOS, Pr. EMILE, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESNEAU, Pr. GROSIEUX, Pr. GUNTZ, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM	ABRAHAM Pierre	Physiologie
	ARNAUD Jean-Pierre	Chirurgie générale
	ASFAR Pierre	Réanimation médicale
	AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
	AUDRAN Maurice	Rhumatologie
Mmes	BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
	BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM	BASLÉ Michel	Cytologie et histologie
	BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BONNEAU Dominique	Génétique
	BOYER Jean	Gastroentérologie ; hépatologie
	CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
	CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
	CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
	CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
	COUPRIS Lionel	Chirurgie infantile
	COUTANT Régis	Pédiatrie
	COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
	DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
	de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	DELHUMEAU Alain	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
	DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
	DUBAS Frédéric	Neurologie
	DUBIN Jacques	Oto-rhino-laryngologie
	DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie
	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIÉ Alain	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie

MM	FRESSINAUD Philippe	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GAMELIN Erick	Cancérologie ; radiothérapie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GESLIN Philippe	Cardiologie
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean -Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
	MILEA Dan	Ophthalmologie
	PARÉ François	Médecine générale (professeur associé)
Mme	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	POUPLARD François	Pédiatrie
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	RACINEUX Jean -Louis	Pneumologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé
	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
MM BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
BOUYE Philippe	Physiologie
CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM CRONIER Patrick	Anatomie
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
EVEILLARD Matthieu	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
GALLOIS Yves	Biochimie et biologie moléculaire
HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
M. LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire
LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
Mmes MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie
NICOLAS Guillaume	Neurologie
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
M PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PUISSANT Hugues	Génétique
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
SIX Patrick	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
VERNY Christophe	Neurologie

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARRE Jean-Bernard

Directeur de thèse :

Madame le Docteur GOHIER Bénédicte

Membres du jury :

Madame le Docteur GOHIER Bénédicte

Monsieur le Professeur DUVERGER Philippe

Monsieur le Professeur ROQUELAURE Yves

Monsieur le Professeur GARRE,

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury de thèse.

Votre soutien, vos connaissances et la richesse de votre enseignement ont marqué les différentes étapes de notre internat. Nous avons apprécié la disponibilité dont vous avez fait preuve lors de notre passage dans votre service.

Veillez trouver, ici, le témoignage de notre grand respect.

Madame le Docteur GOHIER,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse.

Nous vous remercions de votre attention, de votre écoute et de votre soutien. Votre expérience a été riche d'enseignement.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur DUVERGER,

Vous nous avez fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Veillez trouver, ici, l'expression de notre sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur ROQUELAURE ,

Vous nous avez fait l'honneur d'être membre de ce jury de thèse.

Nous vous remercions de votre présence et de votre écoute au cours de notre pratique clinique. Vous avez su nous faire partager votre expérience.

Veillez trouver, ici, l'expression de nos sincères remerciements.

A mon mari, pour tout. Merci

PLAN

-1. INTRODUCTION.....	p 11
-2. EPIDEMIOLOGIE.....	p 14
-3. HISTORIQUE-EVOLUTION DU CONCEPT	p 16
3.1 DSM III	
3.2 DSM III R	
3.2 DSM IV	
-4. PERSONALITE ET TEMPERAMENT ANXIEUX	p 20
4.1 PERSONNALITE	
4.2 DIMENSIONS DE LA PERSONALITE	
4.3 TEMPERAMENT ANXIEUX	
4.4 ANXIETE-ETAT ET ANXIETE-TRAIT	
-5. TAG ET FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX- EVENEMENTS DE VIE...p	25
5.1 PROBLEMES FAMILIAUX	
5.2 SEPARATION DURANT L'ENFANCE	
5.3 INVERSION DES ROLES DANS L'ENFANCE	
5.4 PAUVRETE DES RELATIONS SOCIALES ET DE SATISFACTION DE VIE	
5.5 MODELES BASES SUR UN PARENT AYANT UN TROUBLE ANXIEUX	
-6. TROUBLES COGNITIFS ET ANXIETE	p 28
6.1 TRAITEMENT DE L'INFORMATION	
6.2 L'ATTENTION	
6.3 LA MEMOIRE	
-7. L'INQUIETUDE	p 34
7.1 DEFINITION DE L'INQUIETUDE	
7.2 L'INTOLERANCE A L'INCERTITUDE	
7.3 LES CROYANCES ENVERS LES INQUIETUDES	
7.4 L'ATTITUDE NEGATIVE A L'EGARD DES PROBLEMES	

7.5 L'EVITEMENT

-8. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET COMORBIDITES	p 40
8.1 INQUIETUDES NORMALES	
8.2 ANXIETE SECONDAIRE A DES EVENEMENTS	
8.3 TROUBLE PANIQUE	
8.4 TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)	
8.5 ANXIETE IATROGENE	
8.6 DEPRESSION-COMORBIDITE	
-9. STRESS –ANXIETE-COPING.....	p 44
9.1 DEFINITIONS	
9.2 DU STRESS A L'EMOTION	
9.3 LE STRESS PERCU	
9.4 LE CONTROLE PERCU	
9.5 COPING	
-10. RETENTISSEMENT SUR L'ADAPTATION SOCIALE.....	p 54
10.1 ETUDES EN POPULATION GENERALE	
10.2 ETUDES EN POPULATIONS CLINIQUES	
10.3 COUT ECONOMIQUE ET SOCIAL DU TAG	
-11. TRAITEMENT DU TAG	p 58
11.1 RECOMMANDATIONS ANAES	
11.2 LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TAG	
11.3 PSYCHOTHERAPIES DE L'ANXIETE GENERALISEE	
11.4 PRISE EN CHARGE TCC	
-12. GESTION DU STRESS	p 75
12.1 DEFINITION	
12.2 TECHNIQUES TCC DE GESTION DU STRESS	
-13. CAS CLINIQUES	p 81
-14. CONCLUSION.....	p 88
-15. BIBLIOGRAPHIE.....	p 94

1. INTRODUCTION

Qu'est-ce que l'anxiété ? Comment s'installe une réaction anxieuse ? Est-ce que l'anxiété est nécessairement pathologique ? La différenciation entre normal et pathologique se pose fréquemment dans l'évaluation de la pathologie anxieuse.

En effet, l'anxiété est un symptôme fréquent, remplissant une fonction d'alarme, qui revêt le plus souvent un caractère adaptatif. La plupart des stimuli de l'environnement qui sont perçus comme surprenants, dangereux ou menaçants déclenchent une réaction d'alarme chez l'individu. Cette réaction a pour fonction de mobiliser immédiatement toutes les ressources de l'individu, qu'elles soient physiologiques ou psychologiques, afin de l'amener à émettre des comportements d'attaque, de frayeur, de figement ou de fuite, vis-à-vis du danger ou de la menace. Selon les circonstances, cette réaction suscitera une simple tension, de l'irritation, de l'inquiétude, de la peur ou de l'anxiété. Lorsque les capacités cognitives du sujet sont débordées par les phénomènes émotionnels, c'est-à-dire lorsqu'il y a une inadéquation entre le danger réel et l'émotion ressentie, celle-ci devient pathologique.

L'anxiété est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence. L'appréhension d'événements pénibles suscite cette réaction émotive. L'anxiété fait partie de la nature humaine, c'est une réponse normale au stress quotidien. L'anxiété tient lieu de signal d'alarme lorsqu'il y a un danger et, dans certaines situations elle peut assurer la survie.

Mais la menace dans l'anxiété ne se limite pas au danger qui met en jeu l'intégrité physique du sujet. Des situations menaçantes, complexes, peuvent déclencher une anxiété comme la séparation avec les figures d'attachement, la confrontation à la nouveauté et à l'incertitude, et de nombreuses situations de conflits. Ces conflits résultent d'une opposition entre des besoins « internes » contradictoires et des contraintes de l'environnement. Ils sont plus ou moins directement activés par des stress actuels ou anciens.

Parfois l'anxiété persiste sans raison apparente, se manifeste sous différentes formes et entrave le fonctionnement de la personne concernée. L'anxiété est considérée comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable, quand elle devient chronique et a un retentissement dans la vie du sujet (souffrance subjective, handicap

social et professionnel)¹. Lorsque l'anxiété atteint une intensité telle qu'elle entrave la vie quotidienne du patient, qu'elle échappe au contrôle, nous sommes dans le cadre de l'anxiété pathologique, qui doit être évaluée à partir de critères diagnostiques aussi précis que possibles. En effet, plusieurs catégories d'anxiété maladie sont actuellement définies par les classifications internationales à l'aide de critères.

L'évolution nosographique récente a permis de réduire en grande partie l'hétérogénéité et le flou inhérent aux premières définitions du Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Il s'agit d'un trouble fréquent en population générale, mais pour lequel les patients consultent peu en psychiatrie spontanément. Le diagnostic est plus souvent posé par les médecins généralistes. Les demandes de soins sont souvent motivées par la cooccurrence avec d'autres troubles (surtout des manifestations chroniques d'angoisse physique et addictions, en particulier l'alcool), ce qui pose le problème d'un dépistage précoce afin d'éviter d'éventuelles complications.

La définition du TAG a évolué au fil des classifications successives, celle donnée aujourd'hui par le DSM-IV est probablement plus claire et plus précise, avec des critères diagnostiques relativement spécifiques par rapport aux autres troubles anxieux. Le diagnostic positif du TAG est relativement simple, associant des inquiétudes incontrôlables et des signes d'hyper vigilance et de tension motrice excessive sur une durée d'au moins 6 mois.

Le patient anxieux a peu de contrôle sur des intrusions cognitives consistant à imaginer un futur systématiquement dangereux. L'inquiétude devient un moyen qu'il perçoit comme efficace pour prévenir et éliminer le danger. Il aura l'illusion de contrôler son environnement. L'anxiété généralisée est faite de soucis permanents et injustifiés à propos des situations de la vie courante (santé, argent, famille, la perte de travail, ou des activités banales telles que la peur systématique de manquer un bus ou d'être en retard à un rendez-vous). Dans les cas graves on peut même parler de « peur de tout ».

Les difficultés cliniques tiennent plutôt au diagnostic différentiel, notamment avec l'anxiété normale, l'anxiété réactionnelle, d'autres troubles anxieux (comme les troubles obsessionnels-compulsifs ou le trouble panique), ainsi que les rapports entretenus entre la dépression et le TAG (comorbidité) qui sont complexes.

Il reste à préciser la nature réelle du TAG dans ses rapports avec le tempérament et la personnalité notamment, et à affiner les procédures d'évaluation utilisées dans les essais thérapeutiques.

¹ Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Masson 2007.

La prévalence sur la vie entière du TAG est de l'ordre de 5 %². Ce n'est pas un trouble bénin comme on a tendance à le croire. Il altère notablement le fonctionnement quotidien et son retentissement socioprofessionnel peut être important même dans les TAG purs. Son traitement s'est longtemps limité à la prescription de benzodiazépine ou de médication symptomatique pour les plaintes corporelles. Des avancées significatives ont été réalisées ces dernières années dans la compréhension du TAG et son approche thérapeutique. L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales a été démontrée, les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer ces troubles seront largement discutées.

² Wittchen HU. Epidémiologie du trouble anxiété généralisée : impact social et qualité de vie. 2003

2. EPIDEMIOLOGIE

Ces dernières années on a pu noter un intérêt croissant pour le trouble anxiété généralisée, portant sur le statut nosologique, les implications cliniques et les répercussions en santé publique.

Plusieurs constatations sont à l'origine de cet intérêt : tout d'abord l'importance de la prévalence du trouble en soins primaires, la multiplication des consultations pour des plaintes somatiques floues et le fait que l'anxiété sous-jacente qui conduit probablement à cette consommation importante de soins est rarement reconnue par les médecins qui traitent ces patients³.

Parallèlement à l'attention portée au TAG en soins primaires, des études de grande ampleur ont aussi été réalisées en population générale.

Ces études n'ont cependant pas eu un développement analogue à celui des recherches sur les autres troubles mentaux en raison des questions posées par le statut nosologique du trouble.

En effet, il s'avère que la fiabilité du TAG, tel qu'il est défini par le DSM-III-R, est faible⁴ et qu'il est fréquemment associé à d'autres troubles et rarement présent sous une forme clinique isolée.⁵

Le développement de nouveaux critères diagnostiques et instruments fiables a permis de résoudre la plupart de ces problèmes. Les modifications des critères diagnostiques dans le DSM-IV ont permis d'éliminer les aspects les moins fiables de la définition.

Une étape importante pour préciser le statut nosologique du TAG est de démontrer qu'il existe des altérations, incapacités et réductions de la qualité de vie spécifiques du trouble plutôt que des pathologies associées.

Ces questions sont non seulement importantes en santé publique mais concernent aussi les cliniciens car il importe que ces derniers prennent conscience des conséquences à court et à long terme d'un TAG non diagnostiqué afin de prescrire les traitements psychologiques et pharmacologiques adaptés.

³ Wittchen HU. Epidémiologie du trouble anxiété généralisée : impact social et qualité de vie .In Dépression et troubles anxieux généralisés .Acanthe. Masson 2003 .

⁴ Brown TA., Barlow BH., Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. Am. J. Psychiatry 151, 1999.

⁵ Wittchen HU., Zhao S., Kessler R., Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry, 1994.

Les études épidémiologiques récents ont toutes confirmé la prévalence du TAG en population générale : environ 5% de la population présentent un TAG à un moment donné de leur vie (ce qui signifie qu'une personne sur 20 peut être atteinte de ce trouble).

L'étude NCS (National Comorbidity Survey) estimait la prévalence sur la vie du TAG dans la population des Etats-Unis à 5,1%⁶.

La prévalence du TAG est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes et, contrairement aux autres troubles anxieux, l'âge d'apparition est plus tardif avec le taux de prévalence le plus important entre 30 et 60 ans⁷.

⁶ Wittchen HU et al . ibid

⁷ Wittchen HU et al . ibid

3. HISTORIQUE-EVOLUTION DU CONCEPT

S'il existe des descriptions depuis l'Antiquité pour l'émotion anxieuse, le concept médical d'anxiété est réellement né dans l'Europe du XIXème siècle.

La fin du XIXe marque un tournant avec des théories psychodynamiques originales très différentes, notamment celles de JANET et surtout de FREUD, qui vont bouleverser les concepts de névrose.

FREUD, en 1895, isole de la neurasthénie la névrose d'angoisse qui correspond réellement à la première description de la pathologie anxieuse. Dans la théorie freudienne, la névrose d'angoisse, née de l'accumulation de la tension actuelle est, avec l'hypocondrie et la neurasthénie, une névrose actuelle, alors que les névroses phobiques, obsessionnelles et hystériques sont des psychonévroses dites de transfert, liées à des conflits infantiles non résolus.

La distinction que Freud établit par ailleurs entre l'accès d'angoisse aiguë et l'angoisse flottante préfigure bien l'opposition future entre le trouble panique, aigu, et l'anxiété généralisée, chronique.

Le TAG est né de la remise en cause du caractère unitaire de la névrose d'angoisse qui s'était imposée jusqu'aux années 70 puisqu'elle figure dans la classification française des troubles mentaux publiée par l'INSERM en 1968, mai également dans celle du DSM II (1968) et dans celle de l'OMS- la CIM 9, qui date de 1975.

On fait généralement référence à la publication de KLEIN et FINK en 1962 pour situer le schisme entre le trouble panique, qui bénéficierait d'une prescription d'antidépresseur, en l'occurrence l'imipramine⁸, et le TAG qui serait la composante chronique et permanente de la névrose d'angoisse peu sensible aux imipraminiques. En fait, les 180 patients inclus dans cette étude souffraient de troubles très divers (schizophrénie, névrose d'angoisse, dépression). C'est deux ans plus tard que KLEIN confirmera, versus placebo, l'intérêt de l'imipramine pour prévenir la survenue de nouvelles attaques de panique et son inefficacité pour traiter l'anxiété de base. Sur cet argument pharmacologique, KLEIN et d'autres auteurs après lui suggéreront la partition de la névrose d'angoisse en deux types de troubles anxieux, le TAG et le trouble panique (TP), telle qu'elle apparaît dans le DSM III.

⁸ Klein DF, Fink M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. 1962

Si de nombreux travaux épidémiologiques, génétiques, psychopharmacologiques, neuropsychologiques, biologiques ont validé la pertinence de la dichotomie TP/TAG, celle-ci n'a pas été épargnée par les critiques. Par exemple, le critère de réponse à un antidépresseur s'est vite révélé contestable ; puisque les études récentes montrent un effet thérapeutique de la Venlafaxine et des Inhibiteurs de la recapture de la Sérotonine en général dans le TAG. Une classification n'est que le reflet des connaissances d'une discipline à un moment donné ; le système critériologique du DSM a donc évolué entre sa 3ème édition, la révision de celle-ci et le DSM IV.

3.1 DSM III

Les critères du TAG dans le DSM III, étaient assez flous puisqu'ils n'exigeaient que des symptômes dans trois des quatre catégories :

- tension motrice (muscles tendus, impatiences, incapacité à se détendre, fatigabilité) ;
- hyperactivité neurovégétative (sueurs, bouche sèche, polyurie, diarrhée, boule dans la gorge) ;
- attente anxieuse (peur, ruminations pessimistes, anticipations négatives) ;
- hypervigilance (insomnie, difficulté de concentration, irritabilité).

Ce tableau, survenant chez un adulte (plus de 18 ans) devait être présent depuis au moins un mois et ne pas être dû à un autre trouble mental (schizophrénie ou dépression) ;

Par la durée relativement brève (1mois) du critère « temps » et le nombre limité des symptômes, le niveau d'exigence critériologique pour le diagnostic de TAG s'est avéré trop peu spécifique pour être pertinent.

3.2 DSM III R

Le DSM III R a apporté plusieurs modifications importantes :

- L'introduction d'un critère « A », nécessaire au diagnostic mais pas suffisant, qui institue « l'attente craintive » comme facteur clef du diagnostic en mentionnant l'existence d'anxiété et de soucis injustifiés ou excessifs à propos de situations ou d'événements concernant la vie familiale, personnelle, sociale ou professionnelle.

-Le critère temps qui allonge à 6 mois la période d'expression symptomatique et précise qu'elle doit être présente plus d'une journée sur deux.

-Le diagnostic différentiel (critère B) insiste sur le fait que la coexistence d'un autre diagnostic sur l'axe I n'est autorisée que si les soucis et l'anxiété (mentionnés en A) sont indépendants de cet autre trouble (par exemple qu'il ne s'agit pas de la peur d'avoir une attaque de panique, d'être embarrassé en public (phobie sociale), d'être contaminé (TOC) ou de grossir (anorexie). Il y a, en outre une exclusion d'un trouble schizophrénique ou de l'humeur (critère C) ou d'une pathologie organique (hyperthyroïdie) ou d'une prise d'excitants (caféine) selon le critère E.

-Enfin, six symptômes sur une liste de 18 répartis en trois catégories (tension motrice :4, hyperactivité neurovégétative : 9, exploration vigilante de l'environnement :5) sont exigées dès lors qu'ils n'apparaissent pas uniquement au cours d'une attaque de panique.

Dans le DSM III R, le TAG figure en 8^e et avant dernière position, avant le trouble anxieux non spécifié, dans la catégorie intitulée « troubles anxieux » (états névrotiques anxieux et phobique) et après le trouble panique avec ou sans agoraphobie, l'agoraphobie sans TP, les phobies sociales, le TOC et l'état de stress post traumatique. Cette modification est symboliquement importante car dans le DSM III la catégorie « troubles anxieux » était subdivisée en trois sous-catégories, l'une regroupant les troubles phobiques, l'autre les troubles anxieux avec les TOC, le trouble panique et le TAG, la troisième étant consacrée à l'anxiété post traumatique.

3.3 DSM IV

Dans le DSM IV l'évolution de la critériologie du TAG est aussi importante. Elle maintient la notion d'attente avec appréhension pour le critère A en précisant qu'elle doit être présente la plupart du temps (ce qui souligne plus la permanence des symptômes que ne le faisait le libellé du DSM III R). Un critère B est introduit qui stipule que le patient a des difficultés à contrôler son anxiété et ses soucis excessifs concernant des événements ou des activités.

La liste des symptômes est simplifiée : elle se limite à six, dont au moins trois doivent être associés à l'anxiété et aux soucis et également présents la plupart du temps.

Le critère D (d'exclusion) est renforcé puisque l'attente anxieuse ne doit pas être limitée aux manifestations d'un trouble de l'axe I, parmi lesquels on retrouve la peur de parler en public, d'être contaminé, de prendre du poids, mais également d'être loin de ses proches (anxiété de

séparation), d'avoir des plaintes somatiques ou une maladie grave (somatisation ou hypocondrie), ni survenir au cours d'un état de stress post-traumatique.

Les autres éléments du diagnostic différentiel sont regroupés en critère F (affection médicale générale, prise de substances, trouble de l'humeur, trouble psychotique) auxquels est rajouté le trouble envahissement du développement.

Enfin, la notion de souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants est explicitée dans le critère E.

L'évolution du DSM ces dernières années est marquée par la notion de comorbidité, traduisant une réalité clinique selon laquelle différents troubles peuvent être associés. Peter TYRER (1986)⁹ critique la classification du DSM qui aboutit à des changements trop fréquents et à une instabilité diagnostique. Il propose une approche plus dimensionnelle, prenant en compte la personnalité et pas seulement les symptômes. L'approche trop rigide du DSM ne traduit pas la réalité clinique. Il constate que souvent chez un même patient on est amené à porter le diagnostic de plusieurs troubles anxieux. Pour lui, il existe une forme appelée le syndrome névrotique général qui définit un trouble de la personnalité avec une difficulté à s'adapter aux changements du fait de tracasseries, de sensibilité un peu hypocondriaque, une personnalité marquée par l'inhibition, l'insécurité et l'hésitation.

⁹ Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Masson 2007, p.23

4. PERSONNALITE ET TEMPERAMENT ANXIEUX

L'identification éventuelle du TAG à un trouble de la personnalité, du type « personnalité anxieuse » est une question ancienne qui reste débattue. Les liens existants entre les traits, les troubles de personnalité et les troubles anxieux font l'objet actuellement d'études.

L'âge de début précoce du trouble, avant 20 ans le plus souvent, va dans le sens d'une hypothèse tempéramentale¹⁰. Chez certains sujets cependant, l'apparition de l'anxiété généralisée est plus tardive, parfois secondaire à une succession d'événements stressants. Peu de données sont à l'heure actuelle disponible sur la comorbidité du TAG avec les troubles de la personnalité, mais certains travaux¹¹ confirment son association, chez environ 30% des sujets, à un trouble du Cluster C (personnalités anxieuses) et notamment à la personnalité évitante.

Des dimensions de tempérament comme le neuroticisme (trait névrotique) d'EYSENCK ou le harm-avoidance (évitement du danger) de CLONINGER¹² pourraient partager des points communs avec la dimension anxieuse chronique caractérisant le TAG.

Le diagnostic entre anxiété généralisée et une anxiété liée à un trouble de personnalité, surtout si l'évolution de l'anxiété s'inscrit dans un style de vie ou une façon d'être au monde, est difficile à poser.

4.1 Personnalité

La personnalité est l'ensemble des constructions mentales personnelles que nous établissons pour interpréter le monde¹³. Ces constructions aboutissent à un style cognitif particulier, qui est propre à chacun d'entre nous, mais qui peut se regrouper en grands types.

Selon le DSM-IV-TR, les traits de personnalité désignent des modalités durables d'entrer en relation avec les autres, de percevoir et de penser son environnement et soi-même, qui se

¹⁰ Pelissolo A. Approche actuelle de l'anxiété généralisée. Nervure-numero spécial-Nervure 1996,p.23

¹¹ Pelissolo A. Approche actuelle de l'anxiété généralisée. Nervure-numéro spécial-Nervure 1996, p.20

¹² Brown et al. The relationship of personality to mood and anxiety states : a dimensional approach. 1992

¹³ Cottraux J. Trouble de la personnalité. In Les thérapies comportementales et cognitives.2004

manifestent dans un large éventail de situations sociales et professionnelles. Les traits de personnalité ne constituent des troubles que lorsqu'ils sont rigides et inadaptés et qu'ils causent une souffrance subjective et/ou une altération significative du fonctionnement.

Dix troubles de la personnalité sont décrits (paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive). Les personnalités évitantes, dépendantes et obsessionnelles (le cluster C) identifient des personnalités anxieuses et craintives :

- la personnalité évitante est caractérisée par une inhibition sociale, par des sentiments de ne pas être à la hauteur et une hypersensibilité au jugement négatif d'autrui ;
- la personnalité dépendante est caractérisée par un comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge,
- la personnalité obsessionnelle-compulsive est caractérisée par une préoccupation pour l'ordre, la perfection et le contrôle.

Une étude prospective sur cinq ans¹⁴ indique que l'association à un trouble de la personnalité réduit la probabilité d'obtenir une rémission dans l'anxiété généralisée et la phobie sociale. La personnalité évitante est associée aux deux troubles, et la personnalité dépendante seulement à l'anxiété généralisée.

Les ouvrages de BECK et FREEMAN(1990), YOUNG(1990), COTTRAUX et BLACKBURN(1995) ont proposé un modèle cognitif du fonctionnement mental dans les troubles de personnalité : le modèle des schémas précoces inadaptés.

Les schémas sont des structures cognitives stables, stockées dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement. Acquis au cours de l'expérience précoce par interaction entre les structures neuronales et l'expérience, ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été acquis.

4.2 Dimensions de la personnalité

Certains sujets ne répondent pas à une catégorie d'une personnalité pathologique du DSM mais présentent d'évidence des traits de personnalité jouant un rôle dans l'expression de leur

¹⁴ Massion et al. Personality disorders and time to remission in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. 2002

trouble, son évolution et la réponse thérapeutique. L'approche dimensionnelle consiste à identifier des dimensions fondamentales ou traits de personnalité à la base du fonctionnement normal ou pathologique de la personnalité.

Les travaux d'EYSENCK sont les plus connus. Deux dimensions de base sont explorées : le neuroticisme et l'extraversion-introversion. La dimension de neuroticisme est associée à une hyperactivité émotionnelle et à une difficulté à faire face au stress et semble prédisposer à l'anxiété et aux troubles anxieux. Les sujets présentant des troubles anxieux ont en général une note élevée en neuroticisme et basse en extraversion.

Le modèle de CLONINGER regroupe deux composantes : le tempérament conçu comme l'élément constitutionnel, héréditaire et biologique de la personnalité, et le caractère constitué d'attributs acquis sous l'effet de l'apprentissage, de l'expérience et de l'environnement. La dimension du tempérament « évitement du danger » (harm avoidance) reflète la tendance à l'inquiétude, au doute, à l'anxiété, à la timidité et à la fatigabilité, corrélée à l'évitement et à l'inhibition face à la menace qui s'apparente au neuroticisme « trait névrotique » et du cluster C.

4.3 Tempérament anxieux

Le tempérament témoignerait de la part génétique de la personnalité s'exprimant précocement. Il correspond à la partie centrale biologique ou constitutionnelle de la personnalité, à la tendance personnelle à réagir à l'environnement (aux caractéristiques émotionnelles de chaque individu).

KAGAN¹⁵ a montré que le tempérament d'inhibition comportementale chez l'enfant était stable au cours du temps et qu'il augmente le risque de la survenue d'un trouble anxieux dans l'enfance et l'âge adulte. Selon et en réponse à leur propre tempérament et à leur propre anxiété, les parents de ces enfants développent un attachement, des attitudes relationnelles et des attitudes éducatives susceptibles de renforcer ou de maintenir l'anxiété. D'autres facteurs de vie (expériences de socialisation et événements stressants) peuvent favoriser le passage à un trouble anxieux.

¹⁵ Servant D. *ibid*

AKISKAL¹⁶(1985) décrit les critères d'un tempérament anxieux :

- inquiétude ou soucis excessifs et persistants à propos des circonstances futures (pensées catastrophiques) ;
- ruminations des événements passés ;
- plaintes somatiques ;
- sentiments marqués de tension et d'incapacité à se détendre ;
- préoccupations excessives au sujet de la performance et de la compétence.

Dans cette conception il recommande de coder le TAG sur l'axe II de troubles de personnalité dans la classification DSM. Cette idée donne plus de consistance au débat « état versus trait » dans l'approche clinique de la personnalité. Ce changement de la conception sémiologique de l'anxiété n'est pas seulement d'ordre nosologique, mais surtout thérapeutique. En effet, faut-il traiter uniquement l'épisode aigu ? ou faut-il traiter les symptômes actuels de manière prolongée ? ou mieux mettre en place un traitement à visée prophylactique contre les rechutes de l'anxiété ?

HANTOUCHE (2001) propose d'aborder l'anxiété généralisée comme une exagération d'un tempérament anxieux caractérisé par une hypersensibilité au danger, des traits évitants et sensitifs.

4.4 Anxiété-état et anxiété-trait

SPIELBERGER, dans les années 1970, propose de distinguer l'anxiété-trait de l'anxiété-état, son apport a contribué à clarifier le concept d'anxiété car bien qu'inter-reliés, ils constituent deux phénomènes différents. Cette approche partage d'ailleurs plusieurs affinités avec des visions contemporaines de l'anxiété. Notons par exemple la différence entre l'attaque de panique et l'anxiété chronique. Par ailleurs, la stabilité de l'anxiété-trait rappelle la chronicité de l'anxiété généralisée.

L'anxiété-état, ou anxiété situationnelle, se définit comme un état émotionnel transitoire caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude à propos de l'avenir et d'une augmentation de l'activité du système nerveux

¹⁶ Pélissolo A. Approche actuelle de l'anxiété généralisé. Nervure-Numéro spécial- Novembre 1996

autonome.¹⁷ Cet état émotionnel ponctuel fluctue d'une situation à une autre. Notons que les personnes atteintes de TAG manifestent fréquemment une forte anxiété-état et se considèrent souvent comme dans un état « anxieux ».

L'anxiété-état découle de la perception d'une menace, que celle-ci soit justifiée ou non. Ce modèle se rapproche de ceux proposés à l'aube des approches cognitives. Selon ces approches, l'origine et la valeur objective d'un stressor prennent une importance secondaire puisque la perception de menace relève principalement de l'évaluation subjective de la situation. Par contre, SPIELBERGER insiste sur le rôle complémentaire de l'anxiété-trait dans la propension à considérer des situations comme menaçantes. Chaque personne répond différemment à un stressor menaçant en fonction de son interprétation de la situation, des stratégies d'adaptation qu'elle possède et de son trait d'anxiété, produisant ainsi des états d'anxiété différents.

L'anxiété-trait ne traduit pas une émotion manifeste. Selon SPIELBERGER, elle se réfère plutôt à des différences individuelles stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une augmentation de l'anxiété-état. L'anxiété-trait laisse présager des différences dans la fréquence et l'intensité avec laquelle l'anxiété-état s'est manifesté dans le passé et représente un indicateur potentiel des manifestations-état à venir.

Ce phénomène rappelle que les personnes souffrantes de TAG réagissent avec une forte anxiété-état à plusieurs stressors courants et mineurs. Pour celles-ci, l'expression de la vulnérabilité à ressentir de l'anxiété-état se manifeste surtout dans la perte de contrôle envers les inquiétudes.

¹⁷ Spielberger C. D. Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. Spielberger, *Anxiety: Current trends in theory and research*.

5. TAG-FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX-EVENEMENTS DE VIE

Les études démontrant l'impact des événements de vie négatifs sont de plus en plus nombreuses et appuient la nécessité de tenir compte des facteurs environnementaux dans l'étiologie du TAG.

Dans leur publication, GOSSELIN et LABERGE¹⁸ passent en revue ces connaissances, évoquant que certaines de ces études reposent sur une conceptualisation périmée du trouble (DSM III, DSM III-R). Néanmoins, certains facteurs de risques permettant de mieux comprendre l'étiologie du TAG sont avancés.

En 1987, BLAZER et al.¹⁹ ont constaté que l'occurrence d'un ou plusieurs événements négatifs jugés importants et apparaissant de façon inattendue était associée à une augmentation importante du risque de développer un TAG. Ils ont aussi démontré que, chez les hommes, plus le nombre d'événements négatifs vécus durant la dernière année était élevé (4 ou plus), plus la fréquence du TAG était élevée. NEWMAN ET BLAND ont pour leur part constaté que les participants souffrant d'un TAG rapportaient avoir vécu plusieurs événements de vie traumatisants.

LEGER, GOSSELIN, POULIN et LADOUCEUR ont constaté que l'accumulation des responsabilités, la naissance des enfants, les difficultés liées au travail, les problèmes de santé ainsi que l'abus et la négligence des parents étaient les types des événements de vie rapportés par les patients TAG les plus fortement associés à l'apparition de leur trouble.

5.1 Problèmes familiaux

Les problèmes familiaux considérés comme des stressseurs chroniques, se retrouvent également parmi les facteurs environnementaux susceptibles de contribuer au développement et au maintien du TAG. Une étude d'ANGST et VOLLRATH²⁰ a démontré que les participants souffrant de TAG rapportaient plus de problèmes familiaux durant l'enfance

¹⁸ Gosselin P., Laberge B. Les facteurs étiologiques du trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances sur les facteurs psycho-sociaux. L'Encéphale, 2003

¹⁹ Blazer et al. Stressfull life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. 1987

²⁰ Angst J, Vollrath M. The natural history of anxiety disorder. 1991

comparativement aux participants d'un groupe contrôle. Les principaux problèmes rapportés sont les conflits avec les parents, les conflits entre les parents, le manque d'attention des parents et le faible prestige de la famille. Les résultats démontrent entre autres que les parents atteints d'un TAG rapportent beaucoup plus de problèmes familiaux, tels qu'une relation pauvre entre les membres du couple, des querelles fréquentes et de la violence verbale ou physique.

MATTHEW et al.²¹ ont pour leur part constaté une plus grande prévalence du TAG chez les adultes dont le père était alcoolique, comparés à un groupe contrôle. Finalement, d'autres études ont constaté que la présence d'abus verbaux, physiques ou sexuels à l'enfance et à l'adolescence étaient associée à une plus grande proportion de gens aux prises avec le TAG.

5.2 Séparation durant l'enfance

En 1986, TORGERSEN²² observait que les patients souffrant d'un TAG avaient plus souvent perdu leur père ou leur mère et ce, avant l'âge de 16 ans. D'autres résultats soulignent un taux plus élevé de TAG auprès de gens ayant vécu une séparation avant l'âge de 17 ans. La séparation durant l'enfance (perte du père, de la mère ou de la personne jouant le rôle de parent) pourrait être impliquée dans le développement et le maintien du TAG.

5.3 Inversion des rôles dans l'enfance

Un autre facteur environnemental pouvant jouer un rôle dans l'acquisition et le maintien du TAG a récemment été identifié grâce aux travaux de CASSIDY²³. Selon ces travaux, ces patients rapportent avoir subi un renversement des rôles à l'enfance, entraînant ainsi une augmentation des responsabilités dont celle de prendre soin de leur parent et d'eux même tout en anticipant les sources potentielles de danger. Cette prise de responsabilités durant l'enfance semblerait expliquer pourquoi certains patients développent une tendance à toujours appréhender le pire.

²¹ Mathews A, Wilsson WH, Blazer D. Psychiatric disorders in adult children of alcoholics. 1993

²² Torgersen S. Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. 1986

²³ Cassidy J. Attachment and generalized anxiety disorder. 1995

5.4 Pauvreté des relations sociales et de satisfaction de vie

Dans une étude longitudinale s'échelonnant sur une période de 5 ans, YONKERS, DICK, WARSHAW et KELLER ²⁴ ont constaté qu'une pauvre satisfaction de vie, ainsi que des faibles interactions avec le conjoint et les amis sont des excellents prédicteurs du maintien du TAG. Ces résultats sont cohérents avec ceux obtenus par MANCUSO, TOWNSEND et MERCANTE, qui ont démontré qu'une faible satisfaction de vie et un affaiblissement des relations personnelles étaient associés à un maintien du TAG. Finalement, DURHAM, ALLAN et HACKETT ont quant à eux souligné que les tensions à l'intérieur du couple étaient de forts prédicteurs d'une rechute et donc, du maintien du TAG. Ces études suggèrent l'importance de tenir compte des relations interpersonnelles et de la qualité de vie dans la compréhension des facteurs pouvant interagir au niveau du maintien du TAG.

5.5 Modèles basés sur un parent ayant un trouble anxieux

Bien que les recherches effectuées auprès des enfants de parents ayant un trouble anxieux ne permettent pas d'affirmer avec certitude que le facteur prédisposant à l'anxiété soit de nature environnementale et non biologique, elles soulignent néanmoins l'importance d'étudier cette hypothèse. SILVERMAN, CERNY, NELLES et BURKE²⁵ ont remarqué la présence d'une inhibition comportementale chez les enfants de parents ayant un trouble anxieux. Selon ces auteurs, l'exposition à un parent anxieux pourrait prédisposer un enfant à développer des manifestations d'anxiété encore plus importantes en offrant un modèle d'appréhension et de crainte.

²⁴ Yonkers et al. Factor predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. 2000

²⁵ Silverman et al. Behavior problem in children of parents with anxiety disorders. 1988

6. TROUBLES COGNITIFS ET ANXIETE

L'indissociable de l'hypersensibilité neurovégétative et de l'atteinte somatique, la pensée de l'anxieux représente l'un des stigmates le plus caractéristique de la pathologie.

Depuis longtemps, il est acquis que les troubles anxieux comportent une importante dimension cognitive.

La cognition est définie comme l'acquisition des savoirs sur le monde : La perception, l'attention, la mémoire sont des phénomènes qui participent à cette acquisition.

6.1 Traitement de l'information

Dans le modèle cognitif du traitement de l'information²⁶ l'organisme traite l'information (stimulus) en fonction des schémas, acquis par interaction entre les événements et les contraintes du système nerveux central.

Les schémas sont inconscients, stockés dans la mémoire à long terme, et fonctionnent automatiquement, hors de la volonté et de la conscience du sujet. Ils peuvent être activés par des émotions qui sont analogues à celles du moment où ils ont été imprimés. Ils régulent également les comportements qui vont les confirmer (assimilation de la réalité au schéma) ou les modifier (accommodation du schéma à la réalité). Assimilation et accommodation représentent des processus cognitifs qui permettent de passer des structures profondes que sont les schémas aux structures superficielles représentées par les événements cognitifs.

Le fonctionnement mental est décrit par la plupart des auteurs selon trois niveaux :

- a) un niveau préconscient qui correspond aux pensées automatiques,
- b) un niveau inconscient qui correspond aux schémas cognitifs,
- c) le niveau de des erreurs logiques qui représente des processus de passage entre les schémas et les pensées automatiques.

²⁶ Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson 2004

a) Pensée automatique et monologues intérieurs

Chez les personnes présentant des troubles anxieux, certaines pensées avaient tendance à apparaître rapidement, de manière automatique. Situées à la périphérie de la conscience, elles jouent un rôle important car elles accompagnent les sentiments pénibles des anxieux.

Les pensées automatiques sont organisées en un « dialogue interne » ou des « monologues intérieurs », qui bloquent la communication interpersonnelle et reflète les émotions. Ces cognitions représentent la « voie royale vers l'émotion » selon l'expression de BECK, et par la suite vers les structures profondes qui sont les schémas cognitifs.

b) Les erreurs logiques

-l'inférence arbitraire : tirer des conclusions sans preuves, sur la bases d'information inadéquates,

-l'abstraction sélective : se concentrer sur un détail hors du contexte et en tirer une conclusion en ignorant les autres aspects de la situation qui pourraient donner un sens différent à la situation,

-la surgénéralisation : à partir d'un seul incident, le sujet étend à toutes les situations possibles une expérience désagréable,

-la maximalisation : interpréter un fait mineur comme une catastrophe ou un désastre majeur,

-la minimisation : attribuer une plus grande valeur aux échecs et dévaloriser les réussites,

-la personnalisation : surestimer les relations entre les événements défavorables et se responsabiliser de tous les événements négatifs.

c) Les schémas cognitifs

Les schémas de BECK²⁷ sont liés essentiellement à des émotions et sont faits de croyance et d'interprétation. Ils représentent des interprétations personnelles de la réalité qui ont de l'influence sur les stratégies d'adaptation de l'individu. Ils ont une spécificité de contenu : chaque syndrome psychopathologique possède son propre contenu.

²⁷ Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson 2004

Les schémas se traduisent en clinique par une vulnérabilité cognitive individuelle : souvent latents, ils vont être activés par les événements de vie spécifiques qui représentent un défi adaptatif pour chaque individu.

6.2 L'attention

Il y aurait plusieurs effets de l'anxiété sur l'attention²⁸. Les sujets anxieux auraient tendance à rechercher les stimuli menaçants se rapportant à leurs symptômes. Ils présenteraient des troubles de l'attention se manifestant par une grande distractibilité. De plus, leur attention serait sélective, c'est-à-dire qu'ils focaliseraient leur attention sur des informations bien spécifiques. Les ressources attentionnelles concernant leur mémoire de travail seraient limitées.

-L'effet STROOP. Les patients anxieux présentent une sensibilité à l'interférence significativement plus importante que les sujets témoins. Dans l'épreuve classique de test de STROOP, une des consignes est de nommer la couleur de l'encre avec laquelle un nom de couleur est écrit (par exemple, le mot « rouge » écrit en bleu devra être lu « bleu »). Afin de réaliser correctement cette tâche, le patient doit inhiber une activité automatique qui est celle de la lecture du mot (« rouge ») en faveur d'une activité davantage contrôlée (« bleu »).

Dans la variante du test de STROOP, *le STROOP émotionnel*, il s'agit toujours pour les sujets de dénommer la couleur des mots présentés, mais ces mots ont alternativement une connotation neutre ou menaçante (par exemple, les mots « chat », « obscurité », « légume » et « infarctus »). Les patients présentant un TAG sont plus lents à dénommer la couleur lorsque les mots présentés ont une connotation menaçante²⁹. Ce ralentissement de la vitesse de réponse pourrait s'expliquer par la correspondance entre le contenu sémantique du mot stimulus et le thème de l'anxiété.

-une attention sélective. Certaines études³⁰ ont mis en évidence un biais attentionnel en faveur des stimuli menaçants. Une épreuve de détection dans laquelle les sujets devaient répondre le

²⁸ Peretti C.S., Ferreri F. Anxiété et troubles cognitifs. La lettre du psychiatre-vol.II-N° 1-janvier –février 2006

²⁹ Matthews A, MacLeod C. Selective processing of threat cues in anxiety states. 1985

³⁰ Matthews A, MacLeod C. *ibid*

plus rapidement possible à un signal lumineux apparaissant ponctuellement sur un écran lors de la présentation de couples de mots (mots menaçant/ mots neutre) a montré que les patients anxieux détectaient plus rapidement le stimulus lumineux quand celui apparaissait à la place du mot menaçant.

Selon EYSENCK les patients anxieux présenteraient un déficit du contrôle attentionnel entraînant une plus grande distractibilité. Ces patients effectueraient une recherche sélective des stimuli menaçants présents dans l'environnement, ce qui provoque une diminution des ressources attentionnelles et de mémoire de travail, ainsi qu'à focaliser leur attention plus étroitement que des sujets témoins.

6.3 La mémoire

a) Schémas cognitifs et mémoire

La mémoire comprend une série de modules traitant différents aspects de l'information qui vont servir à maintenir la cohérence individuelle :

- 1) la mémoire à court terme permet de stocker brièvement des informations utiles à l'action immédiate : par exemple un numéro de rue.
- 2) La mémoire à long terme présente plusieurs compartiments avec différentes fonctions :
 - la mémoire procédurale permet de stocker les apprentissages moteurs et les plans d'actions ;
 - la mémoire épisodique ou autobiographique correspond aux faits de l'histoire personnelle qui sont datés et localisés, elle est aussi inconsciente ;
 - la mémoire déclarative permet l'expression consciente des souvenirs de la mémoire épisodique ;
 - la mémoire sémantique représente la mémoire culturelle. Elle est inconsciente, et contient les structures linguistiques, les cadres conceptuels et les schémas cognitifs, qui donnent du sens au vécu quotidien. Les scénarios qui vont orienter les actions sont stockés aussi dans la mémoire sémantique. Les schémas cognitifs qui régulent les actions simples de la vie, et les plans d'action les plus complexes en font partie.

b) Les troubles de la mémoire

La mémoire de travail

L'anxiété-état, forme d'anxiété transitoire, altérerait les performances en mémoire de travail d'une manière plus marquée que l'anxiété-trait, disposition de base de la personnalité. L'anxiété mobiliserait une partie des ressources attentionnelles des patients, ce qui les placerait dans une situation de double tâche. Ils doivent traiter à la fois l'information pertinente et celle liée à l'anxiété, ce qui entraîne un effort attentionnel plus important.

La mémoire à long terme

Les sujets anxieux seraient davantage sensibles aux stimuli menaçants qu'aux stimuli neutres. En ce qui concerne les performances obtenues en mémoire explicite (épreuve de rappel libre des mots), ainsi qu'en mémoire implicite (épreuve de complémentation de début des mots) pour le TAG : aucun biais en mémoire explicite n'a été trouvé. Il existe cependant un biais en mémoire implicite pour les mots à connotation menaçante.

c) Les troubles cognitifs chez les sujets anxieux

Il peut être conclu que la psychologie cognitive a montré l'importance des processus du traitement de l'information : hyper vigilance avec sélection systématique des stimuli environnementaux externes ou internes potentiellement porteurs de menace. L'anxiété est ainsi essentiellement anticipatoire. Elle consiste en sentiment durable d'un danger potentiel, imminent, accompagné le plus souvent d'un sentiment d'impuissance face à cette situation à venir. L'anticipation du danger comporte une inquiétude permanente, des craintes et la perception systématisée de menaces.

Chez le sujet présentant une anxiété généralisée, il existe des anomalies dans le traitement de l'information qui correspondraient à une attention sélective vis-à-vis des signaux de dangers par rapport aux signaux de sécurité (RAPEE et BARLOW, 1991)³¹. Plusieurs niveaux peuvent être décrits, qui forme un véritable système d'interactions psychobiologique :

-vulnérabilité biologique et psychologique aux événements de vie négatifs ;

³¹ Cottraux J. *ibid*

-vulnérabilité perçue : focalisation systématique et chronique de l'attention sur des dangers potentiels ;

-incapacité perçue de contrôle : interprétations selon lesquelles il est personnellement impossible de faire face aux dangers. Ce qui se traduit par le pessimisme, la recherche de réassurance, des vérifications et l'évitement subtil d'un grand nombre de situations.

Ces anomalies du traitement de l'information seraient reliées à des schémas de dangers stockés dans la mémoire à long terme.

Ces patients présentant un tableau clinique de TAG scrutent l'environnement à la recherche d'événements potentiellement dangereux. Cette activité est automatique et a lieu en dehors de tout effort conscient. Ces activités sont suivies par des efforts tout aussi automatiques pour éviter de traiter ces stimuli potentiellement dangereux. L'inquiétude serait donc une forme d'évitement du traitement conscient et objectif des stimuli virtuels ou réels de danger. La conséquence thérapeutique de ces études de psychologie cognitive est qu'il faut aider le patient à traiter jusqu'au bout ses anticipations automatique de danger, à rendre conscients les schémas de danger et proposer des alternatives au catastrophisme.

7. L'INQUIETUDE

Le DSM IV apporte comme premier critère diagnostique du TAG « les inquiétudes excessive et difficiles à contrôler ».

Les chercheurs tentent de définir plus finement la notion d'inquiétude et de voir comment elle diffère d'un autre concept, celui d'anxiété.

7.1 Définition de l'inquiétude

Plusieurs définitions du concept d'inquiétude ont été proposées. Celle de BORKOVEC, ROBINSON, PRUZINSKI et DEPREE³² demeure la plus citée et la plus reconnue.

L'inquiétude constitue un enchaînement de pensées, sous forme verbale et imagée, chargées d'émotions négatives et difficiles à contrôler.

MACLEOD, WILLIAMS et BEKERIAN³³ ajoutent que l'inquiétude représente un phénomène cognitif, accompagné d'un état de détresse émotionnelle comme l'anxiété, concernant un événement donc les conditions sont incertaines.

L'inquiétude concerne l'appréhension de conséquences négatives futures et incertaines, même si ces conséquences proviennent d'un événement présent ; elle gravite autour d'un ou plusieurs thèmes. L'aspect incertain des conséquences appréhendées est important et permet de mieux comprendre ce qui peut prédisposer un individu au développement d'inquiétude excessive et incontrôlable.

Par exemple : « Si je deviens malade, je ne pourrai peut-être plus travailler, il est possible que je ne puisse plus subvenir au besoin des mes enfants, je vais peut être mourir ».

L'inquiétude est différente de l'anxiété, même si les deux sont souvent présentes simultanément. L'enchaînement de conséquences incertaines, qui caractérise l'inquiétude, constitue un élément déclencheur de l'émotion de peur et d'anxiété du patient.

³² Borkovek TD, Robinson E, Pruzinski et DePree JA . Preliminary exploration of worry: Some Characteristics and process. 1983

³³ Mac Leod AK, Williams MG, Bekerian DA. Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. 1991

Les travaux de BERKOVEC montrent que l'inquiétude comporte à la fois des éléments prenant la forme d'un discours verbal et des éléments prenant la forme d'images mentales. La présence d'inquiétude à l'esprit du patient est associée à une diminution importante du contenu de sa pensée sous forme d'image et une augmentation du contenu sous forme verbale.

Dans les autres troubles anxieux on retrouve plutôt des images mentales terrifiantes.

L'inquiétude a pour fonction de favoriser l'évitement d'images mentales associées à un déclencheur menaçant afin de distraire l'individu d'un contenu émotionnel encore plus dérangeant (les images de la situation) et de diminuer ses réponses physiologiques d'anxiété. Lorsqu'un patient souffrant d'un TAG est confronté à une situation de vie et qu'il perçoit la possibilité d'une conséquence négative, il s'inquiète en verbalisant les conséquences pour éviter que les images dérangeantes se forment dans la tête. Puisque l'inquiétude amène une diminution de l'activation physiologique du patient, elle est maintenue par renforcement négatif. Les inquiétudes sont liées à une sorte de script mental, un monologue interne que l'individu répète sans cesse pour composer une histoire sans fin.

Les manifestations anxigènes gravitent généralement autour de cinq thèmes suivants :

- les maladies, la santé, les risques de blessures ou d'accident (pour soi-même ou ses proches) ;
- l'argent et les finances (risque de se trouver en difficulté financière pour toute sorte de raison),
- le travail ou l'école,
- les problèmes familiaux, domestiques ou relationnels ;
- des problèmes divers, comme le fait d'arriver en retard à un rendez-vous, de mal transmettre des informations importantes, de casser des objets, la survenue d'une guerre.

Les types d'inquiétudes :

- les inquiétudes de types 1 découlent de problèmes actuels : par exemple des pensées concernant la possibilité de perdre son emploi ou de manquer d'argent, liées à un conflit avec un collègue de travail ;
- les inquiétudes de type 2 émergent de problèmes qui ne se posent pas actuellement mais qui pourraient se produire : la possibilité qu'un membre de la famille soit impliqué dans un accident grave ou l'éventualité d'être un jour affligé d'une maladie sérieuse, sans raison particulière pour le moment.

7.2 L'intolérance à l'incertitude

Le TAG, comme tous les autres troubles anxieux, repose sur la perception d'un danger. Le TAG semble s'articuler autour de la perception d'une menace. Les personnes souffrant de TAG perçoivent l'incertitude comme particulièrement menaçante.

L'intolérance à l'incertitude est considérée comme étant la composante centrale du modèle de LADOUCEUR et DUGAS³⁴. Elle se définit par une tendance excessive de l'individu à considérer inacceptable la possibilité, si minime soit-elle, qu'un événement négatif incertain puisse se produire. Ainsi, ce qui distinguerait les patients ayant un TAG des autres individus serait leur faible seuil de tolérance aux événements négatifs incertains. L'incertitude étant perçue par ces patients comme étant menaçante, plusieurs situations engendraient des inquiétudes excessives et incontrôlables.

La vie quotidienne étant repleine d'incertitudes, les gens ayant un faible seuil d'intolérance à l'inquiétude sont confrontés à de constantes sources d'inquiétudes. Même si la probabilité associée à une conséquence future est faible (mon enfant risque d'avoir un accident d'avion), elle demeure possible, donc elle retient l'attention des personnes intolérantes.

Ces personnes se posent un nombre élevé de questions, formulant ces craintes à l'aide d'énoncées de type conditionnel. D'où l'enchaînement d'idées négatives qui caractérise l'inquiétude excessive.

Dans ces circonstances, le patient tentera d'éviter, de contourner ou d'éliminer de diverses façons le facteur incertitude. L'entreprise est pratiquement impossible, puisque l'incertitude fait partie de la vie. L'incertitude, ou du moins, une certaine part d'incertitude est incontournable : personne ne peut être sûr qu'il sera en bonne santé toute sa vie, qu'il aura du travail jusqu'à sa retraite ou que relations interpersonnelles seront toujours harmonieuses. Les gens qui souffrent du TAG sont devenus incapables de transiger avec cette part d'inconnu, qui fait appel aux capacités d'adaptation de l'individu.

³⁴ Ladouceur R., Dugas MJ. Le trouble d'anxiété généralisée. 1999

7.3 Les croyances envers les inquiétudes

Les personnes souffrant de TAG entretiennent aussi des croyances particulières envers les inquiétudes. Les patients souffrant d'une TAG entretiendraient des verbalisations, telles que « l'inquiétude peut empêcher les mauvaises choses d'arriver », « m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne, soucieuse des autres » ou « en m'inquiétant, je serais moins déçu si l'événement négatif se produit ». Ils croient que l'inquiétude est utile et donc nécessaire. Etant donné la non-occurrence de l'événement appréhendé, les croyances seraient généralement maintenues par renforcement négatif.

7.4 L'attitude négative à l'égard des problèmes

L'attitude négative à l'égard des problèmes fait référence à une tendance des patients TAG à percevoir les problèmes comme étant des menaces à leur bien être, à être pessimiste, à douter de leurs capacités à résoudre les problèmes avec succès. Cette perception de menace entraînerait plusieurs inquiétudes et empêcherait les gens de s'engager dans une résolution de problèmes efficace.

D'après ce modèle, ainsi que selon la théorie de TALLIS et EYSENCK la notion de menace incorpore nécessairement la notion d'incertitude, et ce jusqu'à ce que l'événement appréhendé se produise. Ainsi, la façon dont la personne envisage l'incertitude affecte sa réaction envers un événement menaçant. Le concept d'intolérance à l'incertitude pourrait donc expliquer pourquoi les gens aux prises avec un TAG sont à la recherche constante d'informations ou de preuves supplémentaires lorsque vient le temps de résoudre un problème. En fait, les patients, devant leur inconfort causé par leur intolérance à l'incertitude, sont placés devant deux solutions : ils peuvent soit tenter de mieux tolérer les événements incertains, soit tenter de diminuer l'incertitude en recherchant plusieurs informations supplémentaires. Les patients TAG opteraient donc pour cette deuxième solution. En revanche, comme les situations de la vie sont constamment remplies d'incertitudes, cette deuxième solution s'avère peu efficace. Ceci pourrait expliquer pourquoi les gens aux prises avec un TAG développent un faible sentiment d'efficacité personnelle et une attitude négative à l'égard de leurs problèmes.

7.5 L'évitement

L'évitement cognitif des images mentales : les gens s'inquiètent de façon verbale afin de chasser le contenu des images menaçantes d'une situation (évitement de premier niveau).

En plus de l'évitement d'images mentales, d'autres comportements d'évitement contribuent au maintien de la maladie et à l'altération du fonctionnement des patients dans leur milieu de vie (évitement de deuxième niveau) :

-l'évitement comportemental situationnel : le patient TAG évite les situations ou les stimuli qui déclenchent ses inquiétudes et son anxiété. Il fuit les situations stressantes, dès qu'un risque inacceptable est perçu pour lui ou pour ceux qu'il veut protéger, ce qui l'amène fréquemment à adopter des comportements rigides visant le contrôle de sa vie et de celle des autres.

-l'évitement cognitif. Comme l'inquiétude est, en elle-même, un déclencheur de l'anxiété et d'autres émotions désagréables, les patients essaient également de chasser leurs préoccupations à l'aide de stratégies d'évitement cognitifs, comme trouver une distraction, pratiquer une activité physique, regarder plusieurs films à la suite à la télévision.

D'autres stratégies visent à supprimer le contenu de la pensée consciente par des efforts cognitifs (je dois essayer de penser à rien), à lui substituer d'autres pensées, à remplacer une pensée inquiétante par une pensée agréable ou moins dérangeante (un souvenir agréable, la planification d'une tâche à effectuer).

L'ensemble de comportements d'évitement vise à diminuer le malaise causé par les inquiétudes. Puisqu'ils diminuent ou atténuent momentanément l'anxiété ressentie, ils sont maintenus par renforcement négatif. Par ailleurs, comme le patient a l'impression d'éviter plusieurs conséquences négatives de cette façon, ceci renforce paradoxalement du même coup les croyances erronées concernant l'utilité des inquiétudes.

Malgré leur efficacité perçue à court terme, les stratégies d'évitement augmentent la fréquence des pensées dérangeantes et aggravent l'inconfort associé. Par exemple, la suppression délibérée d'une pensée entraîne un « effet rebond ».

L'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative à l'égard des problèmes ou les croyances à l'égard des inquiétudes pourraient être également à l'origine du déficit attentionnel constaté chez les patient TAG.

8. TAG-DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ET COMORBIDITE

8.1 Inquiétudes normales³⁵

Une distinction essentielle doit être faite entre le TAG et des tendances à l'anxiété ou à l'inquiétude non pathologique, en s'appuyant sur plusieurs points :

- les sujets souffrant de TAG se font des soucis autour de plusieurs thèmes différents (finances, santé, sécurité, travail) et non sur un seul ponctuellement, et le niveau d'anxiété est démesuré par rapport aux menaces réelles,
- cette inquiétude est incontrôlable, envahissante et durable, alors que les personnes qui ne sont que légèrement anxieuses parviennent à se détacher de leurs soucis et à rester concentrées sur leurs activités,
- il est rare que l'anxiété légère s'accompagne des symptômes physiques décrits dans le TAG,
- la définition du TAG implique un retentissement significatif, en termes de souffrance subjective ou de gêne dans le fonctionnement professionnel ou social, par exemple.

La comparaison qualitative des thèmes de préoccupation de sujets souffrant de TAG et des sujets témoins non anxieux montre une prédominance des inquiétudes concernant la santé et les accidents dans le premier groupe, avec en revanche moins d'inquiétudes concernant les problèmes d'argent que chez les témoins.³⁶

8.2 Anxiété secondaire à des événements

Même si les patients souffrant de TAG peuvent bien évidemment traverser des périodes de stress et vivre des événements difficiles, susceptibles d'aggraver transitoirement leur anxiété, ils sont soumis à des inquiétudes permanentes même en l'absence de tout facteur déstabilisant. Il faut donc distinguer le TAG de troubles anxieux ne survenant que dans des contextes de stress.

³⁵ Pelissolo A. Diagnostic et évaluation de l'anxiété généralisée in Dépression et troubles anxieux généralisés. Acanthe-Masson 2003

³⁶ Craske M.G., Rapee R.M. , Jackel L., Barlow D.H.-Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls.1989

Le « trouble de l'adaptation » avec anxiété se manifeste par un état anxieux clairement consécutif à un événement de vie stressant, datant de moins de six mois. L'anxiété secondaire est peu intense, non envahissante, avec peu de signes physiques. Elle disparaît à distance de l'événement, alors que le TAG persiste pendant plus de 6 mois et n'est pas déclenché uniquement par des événements.

L'état de « stress aigu » peut se manifester par une anxiété très intense, avec une souffrance quasi continue, mais à la suite d'un événement traumatique souvent violent (au cours duquel des personnes ont été blessées ou ont pu perdre la vie). Il s'accompagne, comme le TAG, de signes physiques d'hyperactivité neurovégétative, mais surtout d'un syndrome de reviviscence qui permet de faire la distinction : images, pensées, cauchemars rappelant l'événement de manière pénible et permanente. Quand ces symptômes persistent sur une période plus longue, on parle d'un « état de stress post-traumatique ».

L'analyse différentielle entre le TAG et réactions anxieuses face au stress est encore compliquée par le fait que les patients souffrant de TAG peuvent également connaître, sur un fond d'anxiété continue, des exacerbations anxieuses spontanées ou secondaires à des événements de vie.

Cette réalité a d'ailleurs conduit RICKELS et SCHWEIZER³⁷ à proposer une classification en quatre catégories des troubles du spectre de l'anxiété généralisée :

- des états anxieux uniquement aigus ou subaigus, secondaire à des stress ;
- des états anxieux subaigus spontanés et intermittents, mais peu intenses et brefs ;
- une anxiété intense et chronique, continue ou intermittente ;
- une anxiété chronique d'intensité fluctuante, avec des accès d'anxiété majorée dans des situations de stress ou spontanément, condition qualifiée de « double anxiété ».

8.3 Trouble panique

Le trouble panique comporte une crainte qui peut être permanente et envahissante de la survenue des attaques de panique, que l'on nomme « anxiété anticipatoire ». Il ne s'agit pas alors d'une anxiété flottante puisque le sujet ne redoute pas la survenue d'événements

³⁷ Rickels K., Schweizer E.G., The clinical presentation of generalized anxiety in primary-care settings: practical concepts of classification and management. J. Clin. Psychiatry, 58, 1997.

extérieurs à lui-même ni concernant les autres, mais uniquement l'apparition d'une crise d'angoisse.

Certaines des symptômes psychiques ou physiques du TAG peuvent être rencontrés dans le trouble panique, mais ils surviennent alors de manière paroxystique, au cours des attaques de panique, et non de manière durable et continue.

8.4 Troubles obsessionnel-compulsifs (TOC)

Les patients qui souffrent de TOC peuvent avoir des pensées obsédantes concernant des événements risquant de se produire, mais il s'agit souvent de risques très particuliers et peu courants dans la vie de tous les jours : contamination par des substances cancérogènes ou des bactéries mortelles, déclenchement d'un accident grave à partir d'une négligence.

L'autre élément distinctif entre TAG et TOC est le sentiment de responsabilité qu'éprouvent les patients souffrant d'idées obsédantes : les événements redoutés risquent de survenir du fait de fautes ou de leur manque de précaution, alors que les sujets souffrants de TAG redoutent des accidents ou des catastrophes donc ils ne se sont pas spécialement responsables.

Par ailleurs, les obsessions peuvent s'exprimer sous d'autres formes que des idées intrusives (représentations, images, pulsions), alors que les sujets souffrant de TAG rapportent essentiellement un support idéique à leurs inquiétudes.

La plupart des obsessions sont accompagnées de compulsions qui réduisent l'anxiété ressentie, ce qui n'est pas le cas dans le TAG.

8.5 Anxiété iatrogène

Certaines affections médicales, comme l'hyperthyroïdie, le phéochromocytome, l'hypoglycémie ou l'hyper parathyroïde, ou certaines intoxications chroniques (alcool, caféine, amphétamines), peuvent provoquer des symptômes proches de ceux du TAG. S'il existe une relation de cause à effet certaine entre ces facteurs et les symptômes anxieux observés, on parle de trouble anxieux induit par le facteur en question, avec anxiété généralisée.

8.6 Dépression-comorbidité

Des inquiétudes, des ruminations et des signes physiques d'anxiété sont très souvent présents dans le contexte d'un état dépressif.

Le TAG est fréquemment associé à d'autres troubles psychiatriques, si bien que la comorbidité avec les troubles dépressifs (en particulier la dépression unipolaire) et les autres troubles anxieux est la règle et non l'exception³⁸.

Dans l'étude NCS, 80% des sujets qui ont présenté ou présente en TAG ont aussi à un moment donné de leur vie un trouble de l'humeur³⁹. Cependant, il est important de noter que ces taux de comorbidité qui apparaissent extrêmement élevés ne diffèrent en fait guère de ceux d'autres troubles tels que le trouble panique et le trouble bipolaire⁴⁰.

En ce qui concerne la priorité d'apparition des troubles associés, l'analyse des résultats de l'étude NCS⁴¹ estime que, par rapport à la dépression, le TAG est typiquement le premier trouble qui apparaît. Il existe un risque significatif d'apparition d'une dépression secondaire quelques années après la survenue du TAG. Cependant ce risque persiste seulement si le TAG est présent et non en rémission.

L'existence d'une comorbidité associée au TAG, en particulier la dépression majeure, augmente de manière significative les incapacités et dysfonctions et aggrave le pronostic. Si un patient atteint de dépression majeure présente aussi un TAG, les épisodes de dépression risquent d'être plus longues et les rémissions moins probables.

³⁸Judd LL et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders : results from NCS. 1998

³⁹ Judd LL et al. *ibid*

⁴⁰ Kessler RC. The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder. 2000

⁴¹ Kessler et al. Comorbidity of DSM III R major depressive disorder in the general population. 1996

9. STRESS – ANXIETE-COPING

9.1 Définitions

Le stress est un phénomène qui semble envahir toute notre vie. Tout le monde stresse à tel point que le stress a reçu la peu enviable appellation de « maladie du siècle ».

Bien souvent on lui donne des synonymes dans le champ de l'anxiété. Etre stressé, nerveux, angoissé, préoccupé, « sur les nerfs ». Nous retiendrons ce rapprochement entre le stress et l'anxiété qui apparait dans le langage commun.

On doit à CANNON le concept d'homéostasie qui complète la notion de milieu intérieur de CLAUDE BERNARD. L'organisme répond aux stimulations de l'environnement de manière à maintenir un équilibre. Le stress commence là où les réactions automatisées et habituelles ne suffisent plus à maintenir l'équilibre. Lorsque la demande du milieu devient trop forte, il faut mettre en œuvre des moyens physiologiques et psychologiques supplémentaires inhabituels. C'est à partir de ce niveau que l'on peut parler de stress. CANNON est à l'origine de modèle de réaction comportementale au stress : fight or flight (1927).

Le père de la conception moderne du stress est SELYE. Il avait mis en lumière le fait que de nombreux agents physiques agresseurs de l'organisme produisaient le même effet, malgré leur présentation sous des formes différentes. Outre les lésions spécifiques, il constatait les mêmes symptômes non spécifiques, en particulier une hyperactivation du cortex surrénal. Il a donné à cette réaction non spécifique le nom de Syndrome général d'adaptation (SGA), avec trois phases : d'alarme, de résistance et d'épuisement.

Actuellement, la distinction avec l'anxiété pose différents problèmes, l'anxiété est une manifestation émotionnelle accompagnant très fréquemment le stress maladie. Les manifestations psychologiques subjectives sont dans les deux cas assez comparables : le patient est nerveux ou agité, tendu ou bloqué. On retrouve l'irritabilité, l'hyperréactivité aux bruits, difficultés de concentration, préoccupations somatiques.

9.2 Du stress à l'émotion

Les choses ont commencé à changer quand on a tenu compte des relations existantes entre le stress physiologique et la vie psychique. Chez un individu conscient, un événement ne provoque une réponse de stress que s'il survient de façon soudaine et inattendue; la réaction de stress est d'autant plus intense que l'émotion engendrée par cet événement est plus forte (DANTZER)⁴².

Substituer le terme de stress à celui d'émotion présente l'avantage de concilier les conceptions physiologiques du stress avec les conceptions psychologiques. Le stress a été envisagé progressivement comme un processus mental ayant des composantes affectives, cognitives, sensori-motrices, viscérales et endocriniennes.

Une approche catégorielle des émotions permet d'identifier un ensemble d'émotions négatives (colère, effroi, anxiété, honte, culpabilité, tristesse, envie, jalousie, dégoût) et un ensemble d'émotions positives (joie, fierté, soulagement, amour). Le stress psychologiquement est généralement centré sur les émotions négatives bien que les émotions positives aient un rôle d'interruption du stress, de soutien dans les événements stressants et de restauration des ressources.

Actuellement, le stress psychologique ne peut être défini simplement en terme de stimulation exercée par l'environnement ou d'expérience d'événements désagréables, si perturbateur soit-il. Le même événement peut entraîner des réponses tout à fait différentes, voire chez le même sujet en des circonstances différentes. Des variables cognitives affectent la relation stress-émotions, elles jouent le rôle des modérateurs de cette relation au sens au elles permettraient d'augmenter ou de diminuer l'impact des événements stressants sur l'état émotionnel induit et sur le déclenchement de diverses maladies.

⁴² Dantzer R. L'illusion Psychosomatique, 1989

9.3 Le stress perçu

Le stress peut être envisagé non plus comme une réponse à un événement catastrophique, mais plutôt comme l'ensemble des perceptions d'impuissance et de malaise qui envahissent l'individu face à des événements difficiles à maîtriser. LINDSAY et NORMAN (1980) mentionnent que « dans une situation stressante, l'évaluation subjective qui est faite de la situation est plus importante que les faits objectifs ». Ce n'est donc plus une réaction de survie qui se déroule de façon stéréotypée quel que soit l'agent agresseur, mais une réaction transactionnelle qui implique d'abord la perception et l'interprétation de la situation. (DANTZER)⁴³.

L'étude du stress est difficile en laboratoire, ce qui montre bien l'importance des facteurs cognitifs dans la régulation des réactions émotives. Cette régulation est importante car elle implique que le stress ne peut être expliqué ni à partir du stimulus (stresseur), ni à partir de la réaction (émotion), mais en fonction des processus intermédiaires que l'organisme interpose entre l'agression et lui-même, parmi lesquels la perception de la situation jouerait un rôle important.

COHEN, KAMARCH et MERMELSTEIN (1983) ont adopté le nom de « stress perçu » pour désigner ce facteur. D'après une étude réalisée sur 2400 sujets, c'est le stress perçu par les individus et concernant des événements perçus de la vie quotidienne et le passé récent qui est le plus prédictifs des troubles de santé psychique et physique ultérieurs.

9.4 Le contrôle perçu

Selon LAZARUS et FOLKMAN (1984), le stress consisterait en une « transaction entre la personne et l'environnement » dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien être. La connaissance de notre propre capacité de contrôler une situation serait donc un second facteur cognitif pouvant modérer la relation stress-émotion.

Cette croyance dans la capacité de contrôler le cours des événements dépend de l'évaluation faite par l'individu de ses ressources personnelles et sociales.

⁴³ Dantzer R. Adaptation à l'environnement : Psychologie de la réaction au stress, 1989

a) Ressources personnelles (lieu de contrôle)

La croyance en un contrôle des événements se réfère à des dimensions stables de la personnalité selon lesquelles l'individu perçoit ou non une relation causale entre son propre comportement et les résultats qui en découlent. Cette théorie élaborée par ROTTER en 1996, fait référence au concept de « lieu de contrôle » (locus of control) que ROTTER définit comme une « croyance généralisée de l'individu dans le fait que le cours des événements et leur devenir dépend ou non de son comportement ».

Un *lieu de contrôle interne* se réfère à une croyance généralisée selon laquelle ce qui arrive dépend du sujet.

Un *lieu de contrôle externe* se réfère à une croyance généralisée selon laquelle les événements sont attribués à des facteurs externes : chance, destin, hasard, autrui.

Le lieu de contrôle interne serait l'une des trois caractéristiques d'un trait de personnalité, appelée « solidité » (hardiness), qui correspond au sens de la maîtrise personnelle des événements stressants survenant dans la vie. Les deux autres caractéristiques sont « l'engagement » qui correspond au sens de la responsabilité et de l'engagement dans les activités des tous les jours, et le « défi » qui correspond à la souplesse d'adaptation aux changements inattendus, de sorte que les événements sont perçus comme des défis plutôt que comme des menaces. Ces trois dimensions définissent un type de personnalité résistant au stress qui peut être qualifié de type endurant. Les sujets endurants pensent qu'ils peuvent influencer ou maîtriser les problèmes, et non qu'ils sont impuissants devant eux ; ils se sentent engagés par ce qu'ils font, au lieu de se sentir aliénés ou non concernés, et perçoivent les événements dans leur diversité, comme des situations vis-à-vis desquelles ils se sentent débordés. Ce type de sujet serait capable de supporter les stress psychosociaux plus efficacement que les sujets manquant d'endurance.

b) Les ressources sociales (soutien social)

Une autre dimension qui s'est révélée être un modérateur efficace de la relation stress-émotions est ce que de nombreux auteurs⁴⁴ appellent le « soutien social ». Il est défini comme une transaction interpersonnelle nécessitant l'un des éléments suivants : un intérêt émotionnel

⁴⁴ Baumann et al. Support social. Du concept à la pratique. 1988

(sympathie, amour), une aide contributive (rendre service), des connaissances ou une appréciation sur l'environnement.

Le soutien social peut venir de membres de la famille (partenaire, enfants), d'amis, de collègues de travail, de liens communautaires (clubs, organisations religieuses). Ce terme désigne la perception que l'individu a de la disponibilité de son entourage familial, amical et professionnel par rapport aux difficultés rencontrées. Les auteurs s'accordent pour le considérer comme un attribut stable dans le temps, c'est-à-dire ayant des caractéristiques de « trait » plutôt que d'« état » transitoire.

c) Soutien social et lieu de contrôle

Les recherches^{45 46} suggèrent qu'il existe une interaction entre le lieu de contrôle d'un individu et l'efficacité du soutien social quant à leurs effets modérateurs sur le stress. Le soutien social est plus efficace chez les individus ayant un lieu de contrôle interne que chez ceux qui avaient un lieu de contrôle externe.

L'explication proposée à cette distinction est que les individus ayant un lieu de contrôle interne utilisent activement leur soutien social comme un moyen de les aider à faire face à l'agent stressant (par exemple : obtenir des informations), alors que les individus ayant un lieu de contrôle externe l'utilisent de façon moins instrumentale.

Un niveau bas de soutien social dans la vie d'une personne est un facteur de vulnérabilité. Il modifierait la perception du stress et la contrôlabilité perçue ; il agirait comme une ressource qui éteindrait les effets du stress en rendant l'individu plus capable de faire face à celui-ci.

9.5 Coping

Tout au long de sa vie, l'individu est confronté à une succession d'événements de vie mineurs ou majeurs : naissance d'un enfant, changement d'emploi, maladies, blessures graves. Ces expériences peuvent être perçues comme menaçantes par l'individu. Il ne reste pas habituellement passif par rapport à ce que lui arrive : il essaie de faire face. On parle de

⁴⁵ Lefcourt et al. Locus of control and social support : interactive moderators of stress. 1984.

⁴⁶ Sandler et al. Locus of control as a stress moderator : the role of control perceptions and social support. 1982

coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles. Ce terme implique, d'une part l'existence d'un problème réel ou imaginé, et d'autre part, la mise en place d'une réponse pour faire face à cet événement stressant.

a) Définitions

Elaboré par LAZARUS et LAUNIER en 1978, le concept de coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien être physique et psychologique. Ainsi, selon LAZARUS et FOLKMAN (1984), le coping est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Cette riposte, nommée « coping strategy » par les anglo-saxons, est connue dans la littérature scientifique française sous le terme de « stratégie d'ajustement » (PAULHAN)⁴⁷.

L'étude des stratégies d'ajustement introduit un changement fondamental dans la manière de concevoir le stress : on ne cherche plus à décrire les réactions de stress par les événements auxquels le sujet est exposé (stresseurs), mais par la façon donc il gère la situation.

Le stress est donc une transaction entre l'individu et l'environnement. Selon ce modèle, les stresseurs passent à travers une série de « filtres » qui ont pour fonction de modifier l'événement stressant et donc d'amplifier ou de diminuer la réaction de stress. RAHE et ARTHUR (1978) ont identifié trois filtres principaux :

- la perception du stressor est influencée par les expériences antérieures avec des stressors similaires, le soutien social et les croyances y compris religieuses.
- les mécanismes de défense du moi (dénier, répression) : ils agissent inconsciemment.
- les efforts conscients : il s'agit de la mise en place de plans d'action, et du recours à diverses techniques (relaxation, exercice physique, médication, distraction cognitive).

Pour FOLKMAN et LAZARUS⁴⁸ deux processus affectent la relation entre l'environnement et l'individu : l'évaluation et le coping.

⁴⁷ Paulhan I. Le concept de coping. 1992.

⁴⁸ Folkman et Lazarus. The relationship between coping and emotion. 1988

b) l'évaluation

L'évaluation avec ses deux formes (primaire/ secondaire) qui convergent pour définir le potentiel stressant de la situation et les ressources de coping mobilisables :

-*l'évaluation primaire* par laquelle l'individu évalue ce qu'il y a en jeu dans la situation (perte, menace, défi). La nature de l'évaluation contribue ainsi différemment à la qualité et l'intensité de l'émotion (honte, colère, peur/passion, euphorie).

-*l'évaluation secondaire* par laquelle l'individu se demande ce qu'il peut faire pour remédier à la perte, prévenir la menace ou obtenir le bénéfice. Différentes options de coping sont alors envisagées : le changement de la situation, l'acceptation, l'évitement, la quête de plus d'information, la recherche de soutien social ou l'action impulsive.

Cette évaluation oriente les stratégies de coping qui seront utilisées pour faire face à la situation stressante, stratégies dont l'objectif est de diminuer la tension émotionnelle mais ne changeant en rien au problème (coping centré sur l'émotion) ou stratégies qui, en modifiant la situation, agissent indirectement sur l'émotion (coping centré sur le problème).

Les processus d'évaluation sont influencés par les caractéristiques personnelles antérieures et les variables environnementales.

Les caractéristiques personnelles sont les suivantes :

-les croyances telles que les croyances religieuses (l'événement tient d'une épreuve imposée par Dieu et que l'on doit accepter) ou encore, la croyance par l'individu en sa propre capacité de contrôler des événements (le lieu de contrôle interne). Les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes internes et contrôlables utilisent davantage de stratégies de coping centrées sur le problème que les personnes qui attribuent ce qui leur arrive à des causes externes incontrôlables.

-l'endurance ou propension stable de l'individu à être résistant aux exigences externes ; elle correspond au sens de la maîtrise personnelle des événements de vie. Comme on l'a annoncé précédemment, le type « endurant » est capable de supporter les stress psychosociaux plus efficacement que les autres.

-l'anxiété-trait : il s'agit d'une composante stable de la personnalité ; c'est une propension à l'anxiété, c'est-à-dire une tendance générale à percevoir les situations aversives comme menaçantes. Les personnes ayant une anxiété-trait faible perçoivent les événements stressants

comme moins menaçants et ont une plus grande prévision de contrôle que celles qui ont une anxiété-trait élevée.

Les caractéristiques environnementales sont :

-les caractéristiques de la situation : la nature du danger, son imminence, sa durée. Ainsi les stratégies de coping centrées sur le problème à résoudre sont davantage utilisées si la situation est susceptible de changer ou d'évoluer, tandis que des situations de coping centrées sur la diminution de la tension émotionnelle le sont préférentiellement si la situation ne peut être modifiée ou si elle est incontrôlable.

-les ressources sociales : comme on a déjà vu, c'est la disponibilité de l'entourage familial, amical et professionnel par rapport aux difficultés rencontrés.

c) Stratégies de coping⁴⁹

Ces facteurs environnementaux ont un impact non négligeable sur l'évaluation que l'individu fait de ses capacités de contrôle, ce qui est déterminant pour le choix des stratégies de coping.

Les deux types de stratégies de coping :

Le coping centré sur les problèmes consiste en des stratégies de recherche de solutions. Le sujet redouble d'effort, établit un plan d'action afin de trouver des solutions. Il accepte la meilleure solution de ce qu'il voulait, sort de la confrontation plus fort, et découvre ce qui est important dans la vie :

-« diplomatie » : elle réside dans la recherche d'un compromis et le dialogue ;

-« soutien moral » : le sujet est ici à la recherche d'informations, d'aide morale et matérielle afin de résoudre le problème. Il veut en savoir plus sur la situation, accepte la sympathie et la compréhension des proches.

Le coping centré sur les émotions consiste en :

-« évasion » : elle correspond à des stratégies d'évitement de la situation stressantes, le sujet s'imagine être dans un monde meilleur ou dans un autre lieu, souhaite pouvoir modifier ce qui est en train de lui arriver et espère que la confrontation stressante se terminera vite ;

⁴⁹ Lazarus et Folkman. Stress, appraisal and coping. 1984.

- « autocontrôle » : le sujet se contrôle, se rassure, se remet en question ;
- « fuite/ évitement » : il s'agit de stratégies de fuite dans le sommeil, dans la nourriture, l'alcool, les médicaments et la drogue ;
- « l'auto-accusation » : elle regroupe les stratégies d'une prise de conscience de la responsabilité personnelle et de la tentative de réparer ;
- « résignation /évitement : l'accent est mis sur l'attitude d'évitement ou de dénégation de la situation stressante puisque le sujet ne peut rien y faire ;
- « confrontation » elle contient des stratégies d'agression vis-à-vis des responsables du problème ;
- « évolution personnelle » : elle exprime le changement du sujet qui se rassure et se remet en question.

d) Les stratégies de coping utilisées par les sujets anxieux

Beaucoup d'auteurs se sont intéressés au rôle de l'anxiété sur le coping et sur la façon dont celui-ci influence, à son tour, l'anxiété. Une étude de SOMER et al. (1996)⁵⁰ montre que les sujets psychologiquement vulnérables mettent en place un coping qui est déficitaire par rapport aux sujets contrôles face à des stressseurs répétés et prolongés en les rendant encore plus vulnérables à diverses pathologies. Le coping joue donc un rôle étiologique important dans certains troubles psychiatriques.

Confrontés à des transactions stressantes, les sujets anxieux tendent à répondre à la menace par une extrême vigilance envers les aspects stressants et menaçants des situations. Plus que les sujets normaux, ils se focalisent sur leur réaction émotionnelle. Ils amplifient la menace, interprètent incorrectement l'environnement et font des inférences arbitraires concernant les conséquences sur eux-mêmes de la situation stressante. Par conséquent, plutôt que de se focaliser sur le problème, ils observent et gèrent d'avantage leurs réactions psychologiques.

Les patients anxieux utilisent surtout des stratégies de coping centrées sur leurs émotions. Certaines stratégies souvent utilisées par ces sujets, telles que la fuite et l'évitement, diminuent certes rapidement, voire éliminent, l'anxiété contextuelle, mais elles la maintiennent à long terme.

Les stratégies d'évitement ou de désengagement utilisées par les anxieux sont très variées. Elles incluent la réduction de tension anxieuse par la consommation de boisson, de nourriture,

⁵⁰ Graziani P.-Stress, anxiété et troubles de l'adaptation. Masson

de tabac, de médicaments et de tranquillisants, par le déni ou des pensées irréalistes et par la distraction. Ces stratégies soulagent dans un premier temps mais comportent des inconvénients majeurs qui vont souvent au-delà du maintien de l'anxiété et abaissent la qualité de vie en générale.

Le risque d'une confrontation qui se prolonge et d'une anxiété-état durable est le développement d'une anxiété stable, d'une accumulation de transactions stressantes et, enfin, à long terme, la possible mise en place de biais attentionnels spécifiques aux sujets qui souffrent d'anxiété généralisée.

10. RETENTISSEMENT DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE SUR L'ADAPTATION SOCIALE

Les répercussions fonctionnelles de l'anxiété généralisée sont moins souvent mises en avant que celles de la dépression ou du trouble panique.

On peut y voir d'une part la conséquence d'une méconnaissance de cette pathologie. D'autre part on sait que l'anxiété généralisée est très fréquemment associée à d'autres pathologies psychiatriques, notamment la dépression, et il est probable que l'on attribue spontanément les difficultés d'adaptation sociale plutôt aux troubles dépressifs comorbides qu'à l'anxiété, quand ils coexistent.

10.1 Etudes en population générale

Il existe plusieurs *travaux en population générale* portant sur le retentissement fonctionnel de l'anxiété généralisée. PELISSOLO et BOYER⁵¹ citent plusieurs études, où l'exploration de ce retentissement a été effectuée à l'aide de différents indices :

- une mesure de la perception par le sujet de son état de santé mentale,
- une mesure du nombre de jours de travail perdus ou affectés par les problèmes psychologique ou cours du dernier mois,
- une mesure de la qualité du réseau et des interactions sociales, grâce à des questions portant sur la proximité des rapports entretenus avec les autres, sur la possibilité de se confier à un ami ou des proches, sur la pression ressentie de la part des autres.

D'après WITCHEN⁵², globalement plus de 28% des sujets souffrant de TAG dans la population générale estiment que leur trouble a un impact négatif sur leur vie, avec dans de nombreux cas une interférence significative avec leurs activités quotidiennes, une demande de soins et une prise de médicaments.

⁵¹ Pelissolo A, Boyer P. Retentissement de l'anxiété généralisée sur l'adaptation sociale. *Neuropsych News*, fev. 2002

⁵² Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National comorbidity Survey. *Arc Gen Psychiatry* 51, 1994.

Se basant en partie sur les mêmes données en population générale, KESSLER et al.⁵³ ont présenté les résultats de deux vastes études épidémiologiques menées en population générale afin d'estimer le retentissement fonctionnel de l'anxiété généralisée : la National Comorbidity Survey (NCS, réalisée auprès de plus de 8000 sujets âgés de 15 à 54 ans) et la MDUSS (Midlife Development in the United States Survey, portée sur un échantillon national représentatif de 3032 sujets âgés de 25 à 74).

Les prévalences du trouble sur les 12 derniers mois dans les deux études présentées sont 3,1% (NCS) et 3,3% (MDUSS). Les résultats concernant le retentissement fonctionnel et social étant très comparable dans les deux études, nous présenterons essentiellement ceux de la NCS.

Les résultats obtenus à l'échelle de mesure de la perception par le sujet de son état de santé mentale : beaucoup des sujets souffrant d'anxiété généralisée pure, c'est-à-dire sans comorbidité psychiatrique, signalent une dégradation importante (état de santé mentale moyen ou mauvais), plus souvent que les sujets souffrant de dépression pure. Lorsque l'anxiété généralisée est associée à la dépression, la dégradation est encore plus marquée : environ 35% des sujets rapportent une altération de leur santé mentale, contre 30% en cas d'anxiété généralisée pure et 20% en cas de dépression pure.

En ce qui concerne le nombre de jours comportant une perturbation du fonctionnement professionnel au cours de 12 derniers mois : les sujets souffrant d'anxiété généralisée rapportent plus souvent une perturbation supérieure à 6 jours que les sujets sans troubles (11% contre 1,5%). En cas d'association avec la dépression, cette proportion s'élève à 22%.

Enfin, une perturbation importante des interactions sociales est constatée chez 24% des sujets présentant un trouble pur. En cas de comorbidité dépressive, la proportion est quasiment inchangée (26,5%).

L'étude de WITTCHEN⁵⁴ portant sur un large échantillon de sujets adolescents et jeunes adultes dans la région de Munich permet de confirmer le niveau de handicap lié à l'anxiété généralisée. En effet, 87% des sujets concernés rapportent un gêne globale sévère, avec au cours du dernier mois un retentissement très important dans les relations sociales pour 84% des sujets, dans les activités de loisir pour 61% et dans le travail pour 46%. Avec la

⁵³ Kessler RC, DuPont RL, Berlung P, Wittchen HU- Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am J Psychiatry, 1999.

⁵⁴ Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychol Med 28, 1998.

dépression récurrente et les troubles obsessionnels-compulsifs, le TAG est l'un des trois troubles les plus handicapants, dans cette études. Par ailleurs, 58% des sujets souffrant d'anxiété généralisée ont été amenés à consulter un professionnel de santé pour ce trouble, ce qui représente une demande de soins plus élevée que pour la dépression récurrente par exemple (40%).

10.2 Etudes en populations cliniques

En plus des enquêtes en population générale, il est intéressant d'étudier les répercussions de l'anxiété généralisée chez les patients demandeurs de soins, notamment en médecine générale où les pathologies sont très diversifiées.

L'étude d'ORMEL et al⁵⁵ porte sur l'évaluation du retentissement de l'anxiété généralisée en nombre de jours pendant lesquels les patients s'estiment gênés dans leur fonctionnement. Il s'agissait de patients consultants en médecine générale ou en structures de soins primaires, dans 14 pays différents de part le monde. Le nombre de jours avec « handicap » dans le groupe des patients souffrant du trouble pur s'élevait à 4,4 jours sur un mois, contre seulement 1,7 jours dans le groupe sans trouble psychiatrique, 6,1 dans le groupe des patients déprimés sans comorbidité et 4,2 dans le groupe des patients alcooliques.

10.3 Coût économique et social de l'anxiété généralisée

Le cout financier et social d'une pathologie mentale est multifactoriel, avec une part liée aux dépenses directement attribuables au trouble (médicaments, hospitalisations, examens complémentaires), une partie liée à des dépenses indirects (jours d'arrêts de travail, perte de productivité) et une dernière part représentant des incidences globales pour la société (difficultés d'intégration, troubles du comportement).

Il a été montré qu'une proportion importante des sujets souffrant d'anxiété généralisée est au chômage, sous-employée ou bénéficie d'aides sociales⁵⁶.

⁵⁵ Pelissolo A, Boyer P. *ibid.*

⁵⁶ Leon AC, Portera L, Weissman MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*, 1995.

Par ailleurs, ces sujets auraient moins de chances de parvenir à des études universitaires, et 250% de chances en moins de terminer un tel cursus, ce qui a nécessairement des implications économiques⁵⁷.

Plus globalement on sait que le coût imputable aux troubles anxieux dans les dépenses de santé aux Etats Unis s'élève environ à 68 milliards de dollars par an, avec plus de la moitié de ces dépenses liées à des examens non psychiatriques pour la recherche étiologique devant des symptômes d'allure somatique⁵⁸. Concernant l'anxiété généralisée, il est clair que les formes avec comorbidité psychiatrique induisent des coûts significativement plus élevés que les formes pures.

⁵⁷ Judd LL, Kessler RC, Paulus MP, Zeller PV, Wittchen HU. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). 1998

⁵⁸ Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of anxiety disorders in 1990s. J Clin Psychiatry 1999.

11. TRAITEMENT DU TROUBLE ANXIETE GENERALISEE

Les troubles anxieux sont les troubles psychiques les plus fréquents. Le TAG évolue le plus souvent de façon chronique, avec des phases actives et de rémission. Il survient précocement et il est très souvent comorbides lorsqu'il est vu par le psychiatre, souvent il est diagnostiqué avec un retard de 5 à 10 ans. Le coût humain et médico-social, bien que difficile à évaluer, est très important. Le TAG est vu le plus souvent par le médecin généraliste, qui est en difficulté à la fois pour faire le diagnostic et pour proposer un traitement adapté. Plusieurs raisons sont invoquées :

-L'anxiété se présente souvent par un tableau somatique, le patient l'attribue très souvent à un problème médical et est demandeur d'examen complémentaires et de traitements.

-Beaucoup de patients sont réticents à une prise en charge psychologique. C'est n'est qu'après un temps d'information qu'il pourra accepter une attribution « psychologique » à son problème et modifier la perception qu'il a de son trouble et la façon de le prendre en charge.

-La banalisation des symptômes psychiques dès le plus jeune âge. L'anxiété généralisée, dans sa forme « pure » de début vue par le médecin généraliste, est souvent évoquée par un style de vie ou une perception du monde traduisant la notion de personnalité anxieuse, ils sont considérés comme des personnes « soucieuses » parfois en se référant à un membre de la famille « comme son père ». Les représentations sont variables selon les patients, en ce qui concerne tant l'origine que l'évolution de leur problème. Beaucoup se demandent s'ils peuvent réellement changer et si cet état n'est pas en eux.

-L'abus de l'alcool et/ de substances toxiques, parfois « à but thérapeutique ».

Ils sont souvent amenés à consulter à l'occasion de situations stressantes ou d'épreuves qui aggravent leur symptomatologie. Le problème se pose du soin curatif de l'épisode, souvent médicamenteux, et de l'accompagnement psychologique de fond. Le temps d'information est souvent plus complexe pour le médecin généraliste, compte tenu du caractère psychologique du problème, du manque de recours au spécialiste et à la diversité des psychothérapies proposées.

Compte tenu du nombre important de patients souffrant de trouble anxieux en demande, il paraît légitime de distinguer ce qui est de l'ordre du mieux-être et du développement personnel et ce qui relève du soin, qui apparaît comme la priorité du psychiatre. Les autorités et les organisations scientifiques et professionnelles commencent à proposer des

recommandations élaborées par des groupes d'experts. Le TAG est le seul trouble anxieux ayant à ce jour fait l'objet de recommandations de prise en charge.

11.1 Recommandations ANAES 2001

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DU TAG DE L'ADULTE

1. Des mesures générales sont indispensables. Elles ont pour but :

- d'informer le patient sur sa maladie;
- de préciser les règles hygiéno-diététiques : réduction de la consommation de café, arrêt de l'alcool et du tabac, pratique régulière de l'exercice physique tel la marche, la course, la natation, le cyclisme;
- de fournir une psychothérapie d'accompagnement, non spécialisée, et des conseils.

2. Les psychothérapies structurées, en particulier les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui ont été les plus étudiées et se sont avérées les plus efficaces, doivent être, en fonction de leur accessibilité et du choix du patient, privilégiées par rapport aux traitements médicamenteux.

3. La durée de traitement du TAG est de 6 mois au moins. Quelles que soient les modalités de traitement, une réévaluation est faite 1 à 2 semaines après la 1^{ère} consultation puis toutes les 6 semaines.

4. Parmi les traitements médicamenteux, plusieurs options sont possibles:

- les benzodiazépines dont la prescription ne peut être envisagée que sur une courte période de 12 semaines au maximum, incluant la période de sevrage progressif, en raison du risque de dépendance ;
- la venlafaxine LP ou la buspirone ;
- l'imipramine ou la paroxétine qui n'ont pas l'AMM dans cette indication.
- À l'exception des benzodiazépines dont l'effet anxiolytique est rapide, toutes les molécules citées ont un délai d'action de 1 à 3 semaines.

5. Dans les formes modérées, l'hydroxyzine (pas d'AMM dans le TAG) ou la phytothérapie par euphytose (pas d'AMM dans le TAG) peuvent être préconisés. La combinaison de l'acupuncture à la thérapie comportementale est également conseillée.

6. L'association du TAG à des troubles de personnalité relève de la thérapie cognitive ou de la psychothérapie analytique en fonction des attentes du patient.

7. Bien qu'insuffisamment documentée, la combinaison du traitement médicamenteux aux TCC ou à la psychothérapie analytique constitue une alternative selon les experts.

8. Chez le sujet âgé, le risque de toxicité des psychotropes est majoré. La prescription à demi-dose des benzodiazépines est recommandée. Les TCC ou la thérapie de soutien non directive sont conseillées seules ou associées aux médicaments. La prise en charge par l'entourage et le soutien social sont indispensables.

9. Chez l'alcoolique, il est indispensable de réévaluer le TAG après obtention de l'abstinence ou d'une tempérance avant d'envisager un traitement complémentaire.

Il est recommandé d'éviter les benzodiazépines hors sevrage thérapeutique.

En plus du soutien psychosocial au long cours, l'hydroxyzine est conseillée. Les TCC sont recommandées en fonction de leur accessibilité, de leur faisabilité et du choix du patient.

11.2 Le traitement pharmacologique de l'anxiété généralisée

L'utilisation rationnelle des médicaments psychotropes dans le traitement du trouble anxieux généralisé est une préoccupation relativement récente pour les cliniciens qui ont à prendre en charge ce trouble fréquent et souvent invalidant.

Le traitement pharmacologique du TAG reste difficile à codifier du fait des incertitudes pesant encore sur la nature, les critères diagnostiques et les symptômes-cibles de cette affection.

La chronicité du trouble, sa comorbidité avec les troubles anxieux et les liens avec la dépression majeure suggèrent que ce syndrome puisse en fait refléter des traits de personnalité pathologique rendant compte d'une vulnérabilité particulière au développement ultérieur de pathologie anxio-dépressive.⁵⁹

Si les benzodiazépines ont encore leur place dans le traitement à court terme, la chronicité habituelle de ses symptômes impose souvent une stratégie thérapeutique à plus long terme qui repose principalement sur les antidépresseurs sérotoninergiques ou mixtes.

⁵⁹ Mineka S, Yovel I, Pineles SL. Toward a psychological model of the etiology of generalized anxiety disorder. 2002

Les benzodiazépines

Cinquante ans après le début de leur utilisation, les benzodiazépines (BZD) continuent à faire l'objet d'une importante controverse concernant leur usage et particulièrement leur usage au long cours.

Leur prescription a cependant été réglementée dans le sens d'une limitation de durée du fait d'une évidente surconsommation et des risques de dépendances liés à leur usage prolongé.

L'utilisation des BZD en France est actuellement limitée par les indications de la commission d'AMM au « Traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes » et par les limites temporelles imposées par les Références Médicales Opposables (RMO) soit 12 semaines au maximum pour le traitement des troubles anxieux.

Bien que ne faisant plus l'objet de développements cliniques dans des indications spécifiques certaines BZD ont néanmoins démontré leur efficacité dans des essais contrôlés où elles étaient utilisées à titre comparateur et où le diagnostic de TAG était porté souvent les critères DSM III-R ou DSM IV⁶⁰.

L'amélioration apportée par les BZD est habituellement nette chez environ 35% des patients traités et modérée pour 40%⁶¹, elle apparaît plus précocement que celle entraînée par l'administration de buspirone ou d'antidépresseurs.

Par rapport aux antidépresseurs et la buspirone plusieurs études ont aussi démontré leur plus grande efficacité sur les symptômes physiques et /ou d'activation autonome que sur les symptômes psychiques de l'anxiété⁶².

Dans le TAG certains auteurs s'avèrent favorables à une utilisation intermittente de BZD pour des traitement à court terme (6 à 12 semaines) en se basant sur les résultats de plusieurs études prospectives démontrant qu'une telle stratégie est susceptible d'entraîner une rémission des symptômes de plusieurs mois chez un nombre non négligeable de patients sans nécessité de remplacement par un autre traitement psychotrope⁶³. Dans cette indication, il est recommandé de rechercher la posologie minimale efficace de la BZD utilisée, puis de

⁶⁰ Rickels K, Demartinis N, Aufdembrinke B. A double-blind, placebo-controlled trial of abecarnil and diazepam in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. 2000

⁶¹ Ballenger JC. Current treatments of the anxiety disorders in adults. 1999

⁶² Rickels K, Downing R, Schweizer E. Antidepressants for treatment of generalized anxiety disorder. 1993

⁶³ Rickels K, Schweizer E. The spectrum of generalized anxiety in clinical practice : the role of short-term, intermittent treatment.1998

procéder dès que possible et au plus tard après la 4ème semaine à une diminution très progressive du traitement sur 4 à 8 semaines⁶⁴, soit une durée maximale de prescription de 12 semaines conformément aux recommandations des RMO.

D'autre part, le rapport du groupe de travail de l'Association Américaine de Psychiatrie publié en 1990⁶⁵, ainsi que les autres recommandations internationales⁶⁶, mentionnent que la prescription prolongée de BZD peut être encore envisagée en derniers recours, après échec des autres thérapeutiques psychotropes disponibles pour le TAG et/ou en cas d'inefficacité des mesures psychothérapeutiques entreprises, notamment si les troubles sont à l'origine d'une invalidité importante ou entraînent des conséquences socioprofessionnelles notables.

Les antidépresseurs

L'efficacité des antidépresseurs dans le TAG est maintenant bien démontrée et confirmée par les méta-analyses⁶⁷. Cette efficacité ne nécessite pas la présence de symptômes dépressifs et se développe de façon progressive n'atteignant le plus souvent son maximum qu'après 6 à 8 semaines de traitement.

Les antidépresseurs ayant fait la preuve de leur efficacité dans le TAG, sont pour l'instant soit ceux ayant une activité mixte portant à la fois sur les systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques (imipramine et venlafaxine), soit ceux appartenant à la famille des ISRS (paroxétine, sertraline et escitalopram), une constatation compatible avec la mise en évidence récente d'une modification de l'impact émotionnel de certains stimuli après administration prolongée d'antidépresseurs qu'ils soit à potentialité noradrénergique ou sérotoninergiques.

La durée de prescription au long cours sera au minimum de 6 à 8 mois, période à l'issue de laquelle une diminution progressive devra être tentée. En absence d'études spécifiques la décision de prolonger le traitement au-delà de cette durée sera essentiellement basée sur le rapport bénéfice- risque du traitement entrepris et de l'expérience du clinicien⁶⁸.

⁶⁴ Ballenger JC. *ibid*

⁶⁵ American Psychiatric Association Task Force Report. Benzodiazepine dependence, toxicity and abuse. 1990

⁶⁶ Ballenger JC. *ibid*

⁶⁷ Kapczinski F, Schmitt R, Limas SS. The use of antidepressants for Generalized Anxiety Disorder (Cochrane review). 2002

⁶⁸ Allgulander C, Bandelow B, Hollander E. Recommendations for the Long-Term Treatment of Generalized Anxiety Disorder. 2003

Alternatives pharmacologiques

Outre les BZD et les antidépresseurs, d'autres classes médicamenteuses ont été étudiées dans le traitement du TAG dans l'espoir de découvrir des molécules anxiolytiques sans risque d'intolérance ou de dépendance et n'exposant pas les patients au risque de voir resurgir des symptômes en cas d'arrêt brutal de leur traitement.

La plus récente classe est celle des analogues du GABA, dont un représentant, la prégabaline, est en voie d'obtenir l'AMM en Europe dans cette indication⁶⁹.

La buspirone, un agoniste partiel des récepteurs 5-HT1A est, en dehors des antidépresseurs, le seul produit original bénéficiant d'AMM.

D'autres classes médicamenteuses sont prescrites dans cette indication notamment un antihistaminique, l'hydroxyzine, ou les neuroleptiques, sans que des études cliniques viennent cependant valider de façon certaine leur utilisation⁷⁰.

⁶⁹ Pohhl RB, Feltner DE, Fieve RR. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. 2005

⁷⁰ Boulenger JP, Capdevielle D. Le traitement pharmacologique de l'anxiété généralisée : utilisation rationnelle et limitations. 2007

11.3 Psychothérapies de l'anxiété généralisée

La psychothérapie de l'anxiété généralisée est un domaine récent et peu d'études lui ont été consacrées. La névrose d'angoisse est restée jusqu'aux années 1970 le modèle nosographique de référence et la psychanalyse ou les thérapies d'inspiration psychanalytiques, les thérapies majoritairement pratiquées par les psychiatres. À partir des années 1980 et l'individualisation du TAG ce sont essentiellement les thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui ont été évaluées chez des patients répondant spécifiquement à ce diagnostic.

Dominique SERVANT⁷¹ propose une revue de littérature des études chez des patients présentant un TAG afin de répondre à la question de l'efficacité des psychothérapies dans ce trouble.

Les modèles cognitifs et comportementaux récents ont quelque peu modifié la prise en charge thérapeutique du TAG. L'élément clé du diagnostic étant l'inquiétude, la thérapie cognitive apparaît comme un élément crucial du traitement. L'hyperactivité du système nerveux végétatif et les comportements d'évitement représentent les autres cibles des TCC.

Différentes techniques ont été proposées de façon isolée ou associées, selon des modules, en individuel ou en groupe. Les principaux sont la relaxation, les programmes comportementaux et la restructuration cognitive. Des modules structurés associant ces trois modalités comportementales et cognitives ont été comparés aux techniques prises séparément.

BORKOVEC et RUSCIO⁷² ont revu 13 études contrôlées chez des patients répondant au diagnostic de TAG. Les auteurs ont analysé attentivement la méthodologie de ces études (sélection et caractéristiques des patients, méthode d'évaluation et protocoles). Deux études incluent des échantillons mixtes TAG et trouble panique⁷³. L'âge moyen des patients est d'environ 38 ans et l'ancienneté du trouble de 6,8 ans. Les sorties d'études sont en moyenne de 15% dans les groupes.

Le problème du diagnostic est un point délicat et la fidélité interjuge est relativement basse pour ce trouble. Toutes les études⁷⁴ utilisent des critères diagnostiques DSM et la plupart un

⁷¹ Servant D. Psychothérapies de l'anxiété généralisée. In Dépression et troubles anxieux généralisée. Masson 2003

⁷² Borkovec TD., Ruscio AM. Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry, 2001

⁷³ Barlow DH., Cohen AS., Wadel M. et al. Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. Behav Ther 1984

⁷⁴ Borkovec TD., Ruscio AM. *ibid.*

entretien semi-structuré pour le diagnostic. Dans seulement huit études le diagnostic est validé par un 2^e évaluateur. Six études utilisent une procédure structurée (manuel rédigé) et neuf évaluent les croyances et les attentes vis-à-vis du traitement. Dans six études, des patients traités étaient inclus et la moitié recevait des traitements. Il était recommandé de maintenir la posologie durant la durée de l'étude.

Malgré tous ces points les études paraissent globalement assez rigoureuses sur le plan scientifique.

Ces études varient dans les procédures comparées. Les TCC regroupent la thérapie cognitive associée à n'importe quelle forme de thérapie comportementale (très souvent la relaxation, parfois l'exposition).

TCC versus Liste d'attente

Les résultats montrent que la TCC est supérieure dans tous les cas à l'absence de traitement et ce dans toutes les études⁷⁵.

BARLOW et al⁷⁶ ont traité des patients répondant au diagnostic de TAG dans un programme de 12 semaines associant la relaxation et biofeed-back comparé à des patients en liste d'attente. Le groupe traité est significativement amélioré sur les évaluations cliniques, le fonctionnement social et les auto et hétéro-questionnaires. L'amélioration est maintenue à 3 mois de suivi.

Dans une méta-analyse de GOULD et al⁷⁷, 22 études contrôlées utilisant seule ou en association la restructuration cognitive, l'exposition situationnelle, l'exposition intéroceptive et/ou l'entraînement à la gestion de l'anxiété, ont été évaluées. Les auteurs concluent également à l'efficacité des TCC. Les échantillons sont représentés par 60% de femmes, l'ancienneté du trouble est rapportée dans moins de la moitié des études et elle est de 5 à 26 ans.

⁷⁵ Borkovec TD., Ruscio AM .ibid

⁷⁶ Barlow et al.ibid

⁷⁷ Gould RA. , Otto MW., Pollack MH. et al. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. Behav Ther 1997

TCC versus Thérapie non spécifique

A partir de ces résultats, la question qui se pose immédiatement est de savoir si l'effet des TCC n'est pas du à un effet non spécifique de toute thérapie.

BLOWERS et al⁷⁸ ont comparé un programme de gestion de l'anxiété associant thérapie cognitive et relaxation à des conseils non spécifiques et une liste d'attente. La supériorité de la TCC apparait sur toutes les évaluations par rapport à la liste d'attente mais seulement à deux évaluations par rapport à la thérapie de conseil et ne permet pas de conclure.

Dans une autre étude BORKOVEK et al⁷⁹, comparant la relaxation associée à la restructuration cognitive et la relaxation associée à des conseils montrent une amélioration dans les deux groupes avec toutefois une supériorité pour le groupe thérapie cognitive.

BORKOVEC ET COSTELLO⁸⁰ ont comparé la relaxation appliquée, la TCC en groupe (relaxation et coping désensibilisation) et un groupe non directif. Les résultats montrent que la relaxation et la TCC sont significativement supérieures à la thérapie non directive. A 12 mois, l'effet est maintenu pour les thérapies spécifiques, alors que pour les thérapies non spécifiques une perte est notée.

Il apparait donc que les thérapies non spécifiques induisent un changement dans la symptomatologie des patients souffrant de TAG mais que les techniques spécifiques TCC induisent une réduction plus marquée que ne le font les thérapies non spécifiques.

TCC versus Thérapie psychanalytique

Aujourd'hui en France, beaucoup de psychiatres se réclament d'une pratique d'inspiration analytique. Cette pratique couvre un grand nombre d'interventions très différentes qui vont de la thérapie de soutien à la cure type. Certains diront⁸¹ que l'on ne peut réduire l'indication de la psychanalyse à un symptôme ou à un syndrome et que l'on ne peut superposer la névrose

⁷⁸ Blowers C. et al. Generalized anxiety: a controlled treatment study. Behav Res Ther, 1987

⁷⁹ Borkovek TD et al. The effects of relaxation training with cognitive or non directive therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. J Consult Clin Psychol, 1987

⁸⁰ Borkovek TD., Costello E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalized anxiety disorders. J Consult Clin Psychol, 1993

⁸¹ Servant D .ibid

d'angoisse et le TAG du DSM, bien qu'ils apparaissent semblables sur le plan des symptômes. On peut aussi s'interroger sur la distinction entre anxiété et angoisse qui est utilisée prioritairement, l'une par le champ comportementaliste, l'autre par la psychanalyse. Si l'anxiété se réfère à l'attente et aux préoccupations excessives par rapport aux événements menaçants du quotidien, l'angoisse ramène à un problème plus fondamental de l'être sur la mort, le sens de la vie.

Un autre problème qui se pose est celui de la comparaison, à savoir si les thérapies psychanalytiques peuvent être comparées par la méthode de l'essai contrôlé. C'est pourquoi il est peut-être vain de vouloir comparer ces deux types de thérapies.

Une seule étude sur les thérapies psychanalytiques est disponible chez des patients recrutés sur les critères de TAG, avec des critères d'efficacité à partir d'échelles symptomatiques et incluent un groupe contrôle ou une autre modalité psychothérapeutique.

DURHAM et al⁸² ont comparé la TCC à une thérapie psychodynamique et un programme de gestion de l'anxiété. Il est à noter que parmi les 110 patients inclus, 80% présentaient une comorbidité avec un autre trouble de l'axe I (agoraphobie, trouble panique, phobie sociale, dysthymie, Tocs, hypocondrie) et 46% une comorbidité avec un trouble de la personnalité. Les résultats montrent que la psychothérapie psychanalytique sur une durée de 6 mois, bien qu'ayant un effet intragroupe significatif, est moins efficace à court et long terme (suivi sur 1 an) que la thérapie cognitive.

Dans ces études, la psychothérapie analytique est définie comme une tentative d'explorer et de comprendre les symptômes à partir de la prise en compte : du contexte relationnel actuel, du développement individuel et enfin du transfert et des résistances au cours de la relation thérapeutique.

Un travail de supervision est proposé. A un an, la thérapie cognitive est supérieure sur les symptômes et l'amélioration globale, l'utilisation des psychotropes ainsi que les consultations avec le généraliste et les attentes du traitement (satisfaction).

⁸² Durham RC et al. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and management training for generalised anxiety disorder. *Brit J Psychiatry*, 1994

TCC versus Traitements pharmacologiques

C'est un domaine d'étude à explorer et c'est uniquement avec les benzodiazépines que les études ont été menées.

LINDSAY et al⁸³ ont comparé la TCC, l'entraînement à la gestion de l'anxiété les benzodiazépines et une procédure en liste d'attente. Sur 4 semaines en 8 séances pour les TCC. L'échantillon restreint (10 sujets) limite les conclusions. Il apparaît que l'effet des benzodiazépines apparaît le premier et ne se maintient pas à la fin de l'étude. L'amélioration des traitements psychothérapeutique est supérieure à celui des BZD. Dans le groupe BZD on note un taux de sortie d'essai élevé.

POWER et al⁸⁴ ont comparé la TCC au diazépam. A 10 semaines et à 6 mois, les auteurs retrouvent une supériorité significative des TCC seules ou associées au diazépam ou au placebo comparativement au diazépam seul et placebo seul.

11.4 Prise en charge TCC

La littérature scientifique présente des protocoles hétérogènes d'intervention, avec des modalités variées, dont les plus utilisées sont :

- explication /information de l'anxiété généralisée,
- thérapie cognitive (prise de conscience des inquiétudes, modification de l'intolérance à l'incertitude, réévaluation des croyances relatives à l'utilité à s'inquiéter),
- exposition cognitive aux pensées anxiogènes,
- relaxation,
- technique de résolution des problèmes,
- modification de comportements d'évitement.

GOULD, SAFRAN, WASHINGTON et OTTO⁸⁵ concluent qu'un traitement du TAG à composantes multiples, incluant des stratégies comportementales et des stratégies cognitives,

⁸³ Lindsay WR. et al. A controlled trial of treatments for generalised anxiety. Brit J Clin Psychol, 1987

⁸⁴ Power et al. A controlled comparison of cognitive behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety . Behav Psychother, 1989

⁸⁵ Fontaine O., Fontaine P. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Retz

s'avère plus efficace qu'un traitement avec des stratégies uniquement comportementales ou uniquement cognitives.

a) Thérapie cognitive

La thérapie cognitive dans l'anxiété généralisée est plus difficile que le trouble panique ou les phobies. Le patient doit tout d'abord adhérer à des modèles qui reposent sur le souci.

Le thérapeute doit mettre en question les distorsions cognitives qui sont à la base des pensées anxieuses. Il est nécessaire souvent de remonter à des expériences précoces de perte de contrôle sur l'environnement : menaces réelles ou expériences réelles de rejet social. Celles-ci ont entraîné une véritable conception anxieuse du monde. Le travail portera alors sur la généralisation à partir d'un événement unique à toutes les situations possibles, et dans certains cas à la croyance magique que l'on peut contrôler le futur par un souci permanent.

La discussion « socratique » aidera le sujet à penser le pire et à trouver les moyens d'y faire face. On aide le patient à passer d'une conception catastrophiste à une conception probabiliste des événements négatifs qui se passent dans le monde.

La mise en évidence du souci

Il est proposé au patient de repérer de façon active les inquiétudes et de les mettre en relation avec l'anxiété. Il doit rechercher :

-les situations ou les circonstances qui déclenchent le souci. De très nombreux déclencheurs peuvent se produire tout au long de la journée, certains mineurs (entendre sonner à la porte ou le téléphone), certaines concernant le patient (comme le départ d'un proche), d'autres le concernant moins directement (catastrophe dans les médias). Un souvenir, une émotion peuvent aussi servir de déclencheur.

-le contenu du souci. Il peut concerner la survenue d'un problème ou d'une catastrophe redoutés, comme un accident ou une maladie mais également la peur d'échouer. Parfois, il s'agit d'inquiétudes d'apparences plus minimes : peur que les choses ne se passent pas bien, d'arriver en retard, ne pas être prêt à temps, de se sentir mal.

-les comportements qui les maintiennent. Le souci inhibe un certain nombre de comportements et au contraire en renforce d'autres : ne pas oser entreprendre une action qui pourrait exposer à un risque pour ses proches ou soi-même, revenir sur les choses ou les

décisions déjà prises, vouloir tout contrôler ou vérifier soi même, rechercher la réassurance, toujours arriver très en avance aux rendez-vous .

L'intolérance à l'incertitude

Nous avons vu précédemment comment chez un individu anxieux, l'intolérance à l'incertitude participe fortement au développement et au maintien d'inquiétudes excessives. Il faut amener le patient à se demander s'il est préférable de modifier son degré de certitude par rapport aux situations redoutées ou d'accroître son niveau de tolérance. Sur ce point, on reconnaîtra qu'il est illusoire de vouloir agir directement sur des événements incontrôlables. En effet, comprendre et accepter l'incertitude et changer le cours des choses sont deux choses bien différentes. Connaître la nature de son problème est certes une première étape, mais il est difficile de modifier ses idées ou de transformer ses attitudes simplement en y pensant. Pour y arriver, il faut agir. C'est pourquoi il faut encourager le patient à faire comme si il était tolérant, en se posant la question suivante : « si j'étais tolérant à l'incertitude, quel serait mon comportement dans cette situation ? ». Le sujet pourra tester ses réactions dans des situations variées, comme téléphoner à un ami juste pour le saluer sans être sur de sa réaction, choisir un mets inconnu inscrit au menu du restaurant ou encore aller voir un film sans avoir lu les critiques. Il pourra s'exposer à l'incertitude et augmenter progressivement sa tolérance.

Réévaluation des croyances erronées concernant le souci :

-les croyances à propos du souci en lui-même, concernant la résolution des problèmes : s'inquiéter permet de trouver des solutions, peut éviter que le problème survienne, il vaut mieux s'inquiéter d'un petit problème afin que quelque chose de grave ne survienne, l'amener à être vigilant et à agir de façon plus réfléchie ;

-les croyances à propos du fait de se soucier et son utilité : les soucis me préparent si le pire arrive ; les soucis m'aident à contrôler mon anxiété ; les inquiétudes à propos d'un événement peuvent faire que celui-ci se produise ou non ;

- les croyances concernant l'origine des inquiétudes. Elles sont particulièrement répandues. Etant donné qu'ils éprouvent des inquiétudes excessives depuis très longtemps, les individus qui souffrent du TAG sont convaincus qu'elles font partie de leur personnalité, qu'elles constituent un trait immuable et qu'ils n'ont d'autre solution que de les accepter.

-les croyances concernant les conséquences émotionnelles. L'individu croit que le fait de s'inquiéter le protège des émotions négatives comme la déception, la tristesse ou la culpabilité, puisqu'il a prévu la possibilité qu'elles apparaissent.

b) Exposition aux images de l'inquiétude et aux inquiétudes-évitement cognitif

Les inquiétudes à propos de situations hypothétiques sont ciblées par l'exposition cognitive⁸⁶. Cette composante du traitement met le focus sur l'évidement cognitif, un des facteurs centraux impliqués dans le TAG. Les gens souffrant de TAG sont plus enclin que la population générale à tenter de ne pas penser à ce qui leur fait peur. Différentes stratégies de neutralisation fréquemment utilisées (se distraire, se rassurer) peuvent apporter un soulagement temporaire. En empêchant le traitement fondamental des peurs fondamentales, elles contribuent à entretenir la tendance à s'inquiéter à plus long terme. Il importe donc que le patient apprenne à diminuer sa tendance à éviter ses pensées et affronte ses peurs fondamentales à l'origine de ses inquiétudes. L'exposition cognitive consiste à écrire un court scénario relatant une peur fondamentale puis à s'y exposer de façon répétée et intensive, en tolérant l'anxiété et en évitant de neutraliser. Cette stratégie permet alors le traitement émotionnel des peurs.

Lors de cette étape, il peut être demandé au patient de faire un court exercice (30 secondes) durant lequel il lui est interdit de penser à un chameau. Tel que prévu, cet exercice lui permet de constater qu'il est incapable de ne pas penser à un chameau, car les tentatives d'évitement mènent à une augmentation paradoxale de cette pensée.

Cette démonstration permet d'établir un parallèle avec les inquiétudes à propos de situations hypothétiques :

- tenter d'éviter des pensées est une démarche « naturelle ». Il est normal de vouloir éviter quelques choses de désagréable, mais ceci s'avère inefficace,
- cet exercice illustre que plus on déploie d'efforts pour chasser une pensée, plus cette pensée revient fréquemment.

On peut présenter par la suite au patient un exemple concret de peur : la phobie des chiens. L'évitement et la neutralisation entretiennent la peur puisque la personne ne peut s'habituer à tolérer l'anxiété ressentie en présence d'un chien et elle ne peut se prouver que rien de nocif

⁸⁶ Leblanc et coll. Le traitement cognitivo-comportemental d'une patiente atteinte du trouble d'anxiété généralisée. Journal de thérapie comportementale et cognitive 2006

ne se produit en sa présence. Le traitement de la phobie du chien passe donc par l'exposition à l'animal craint.

De la même manière, l'exposition à la pensée crainte, via l'exposition cognitive, constitue le traitement à propos de situations hypothétiques.

Il peut être nécessaire parfois avant de pouvoir passer à l'exposition cognitive en tant que telle, d'ébranler des croyances envers diverses stratégies thérapeutiques. Le questionnement socratique est la première stratégie utilisée. Nous tentons de faire ressortir le caractère irrationnel de ces croyances de plusieurs façons : en questionnant le lien perçu entre sa pensée et les événements dans un autre contexte (l'effet de sa pensée sur ses chances de gagner à la loterie si il y pense beaucoup) ; en explorant d'autres explications possibles du lien apparent entre sa pensée et les événements, tels que le hasard ou des facteurs externes ; en discutant de distorsions cognitives telles que l'attention sélective (par exemple, ne se souvenir que des fois où la personne s'est inquiétée et que la chose s'est effectivement produite et avoir oublié les innombrables fois où elle s'est inquiétée et que rien n'était arrivé).

c) Techniques de résolution des problèmes

Les travaux de LEBLANC et coll⁸⁷ ont mis en évidence certaines caractéristiques communes chez les gens souffrant du TAG quant à leur disposition face aux problèmes. On remarque davantage chez eux des attitudes, émotions et cognitions inefficaces dans le processus de recherche de solutions. Par exemple, la propension à voir les problèmes comme une menace à son intégrité (dramatisation) plutôt qu'un défi à relever, la tendance à croire qu'avoir des problèmes est anormal et à attribuer leur survenue à des déficits personnels, l'attente irréaliste de solutionner tout problème facilement indépendamment de sa complexité. On voit donc que plus les difficultés de résolution de problèmes sont présentes, moins les problèmes sont solutionnés.

L'apprentissage d'une stratégie de résolution de problèmes est donc une stratégie clé du traitement du TAG. Il vise à améliorer la disposition à l'égard des problèmes et les habiletés de résolution de problèmes comme telles, tout en augmentant son sentiment d'efficacité personnelle.

⁸⁷ Leblanc et coll. ibid

Les étapes⁸⁸ de cette partie de la thérapie visent :

- A aider le patient à prendre conscience des problèmes qui sont présents dans sa vie et qui maintiennent ses inquiétudes ;
- A lui apprendre une façon structurée à résoudre ses problèmes au quotidien ;
- A développer un sentiment de compétence dans la résolution de ses problèmes et à modifier son attitude négative.

Première étape : définir un problème, préciser :

- le contexte de la situation (qui est impliqué ? qu'est-ce qu'il se passe ? quand ? comment ?)
- ce qui est dérangeant pour le patient ;
- comment la situation devrait être ;
- les obstacles permettant d'atteindre la situation désirée.

Une attitude fréquente chez les patients consiste à envisager un problème de façon vague et générale plutôt que de le diviser en problèmes plus petits et précis et moins menaçants.

Deuxième étape : identifier le plus de solutions possibles. La meilleure façon de déterminer si une solution est bonne est de la comparer avec d'autres. Il peut être proposé d'identifier les solutions possibles en tenant compte de trois principes :

- la quantité (trouver plusieurs solutions) ;
- la diversité (trouver des solutions différentes) ;
- le jugement différé (ne pas juger les solutions).

Troisième étape : évaluer chaque solution et faire un choix. Il faut identifier les avantages et les inconvénients des solutions à partir des aspects suivants :

- quelles parties du problème seront résolues ?
- quels seront les impacts de la solution sur mon bien être personnel et celui des autres qui m'entourent ;
- quels sont les efforts et le temps investis ?

Le clinicien souligne qu'il n'y a pas de solution parfaite : chacune a ses avantages et ses inconvénients.

La quatrième étape : appliquer la solution choisie et vérifier les résultats.

⁸⁸ Gosselin P. Le trouble d'anxiété généralisée. In Fontaine-guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Retz 2007

12. GESTION DU STRESS

12.1 Définition

La gestion du stress est une méthode d'information et d'accompagnement psychologique qui trouve de nombreuses applications dans le monde de la santé, de la psychologie et du travail⁸⁹. Intervention limitée dans le temps (généralement quelques mois), elle vise à la fois à agir et à interagir sur l'environnement mais aussi à changer le regard et la perception stressante et anxieuse des événements extérieurs.

La gestion du stress et de l'anxiété⁹⁰ regroupe un ensemble de mesures éducatives et psychothérapeutiques visant à limiter l'effet des contraintes et des pressions extérieures sur le bien-être et la santé. Les principaux objectifs peuvent être présentés ainsi :

- aider à résoudre les difficultés et les problèmes de vie ;
- aider à faire face aux événements stressants de la vie ;
- modifier la perception et les systèmes de pensées négatifs sur le monde et soi-même ;
- contrôler les réactions émotionnelles par une meilleure maîtrise physique ;
- développer des attitudes et des comportements mieux appropriés.

La gestion du stress inclut différentes techniques basées sur les thérapies cognitives et comportementales comme la relaxation (contrôle respiratoire, relaxation musculaire, biofeedback, méditation), la restructuration cognitive, la résolution de problème, l'affirmation de soi. Ces techniques sont généralement associées et proposées sous forme de modules structurés en individuel ou en groupe et limités dans le temps, ce qui permet leur évaluation.

L'approche originale de la gestion du stress et de l'anxiété repose sur le fait que les objectifs de la thérapie sont centrés à la fois sur les symptômes, l'environnement et le patient, à travers ses émotions et ses cognitions.

Elle s'inscrit dans une démarche interactive de soin qui implique que le patient soit informé, adhère et participe activement à cette démarche.

Ces techniques sont avant tout des soins limités dans le temps dont le but est de permettre au patient d'atteindre un niveau de contrôle émotionnel et un bien être psychologique satisfaisant pour son quotidien.

⁸⁹ Légeron P. Stratégies comportementales et cognitives dans la gestion du stress. L'Encéphale 1993.

⁹⁰ Servant D. Gestion du stress et de l'anxiété. Masson 2007.

L'anxiété généralisée et le trouble de l'adaptation avec anxiété sont des indications préférentielles compte tenu que ses troubles correspondent à une anxiété excessive face aux dangers et aux stress de la vie.

12.2 Techniques TCC de gestion du stress

La gestion du stress repose sur plusieurs techniques cognitives et comportementales : la résolution de problèmes et la gestion des émotions, la gestion du temps, l'affirmation de soi et la relaxation.

Le principe général⁹¹ de la gestion du stress peut être schématisé en trois étapes :

- l'information et l'éducation ;
- l'évaluation des problèmes et de la réponse au stress ;
- la mise en application des techniques

a) Information et éducation

L'information est la première étape, que ce soit pour une action individuelle ou collective.

La gestion du stress est une réponse médicale et psychologique à des plaintes du patient qui offre la possibilité d'agir sur certains facteurs extérieurs et propres aux sujets. Elle s'adapte bien⁹² aux patients désireux d'une approche pragmatique et concrète de leur problème qu'ils ne relient pas d'emblée à un conflit psychique.

Le thérapeute procède par étape :

-la reconnaissance de la plainte. Il est nécessaire de laisser le patient exprimer sa plainte, ses attentes, ses demandes, sa représentation du problème et de ne pas lui proposer trop rapidement une réponse technique. Il doit s'approprier peu à peu son problème et sentir à la fois l'écoute et l'empathie du thérapeute.

-l'établissement du lien entre le stress et anxiété et son mal-être. C'est la vision donnée par le thérapeute en réponse à la plainte ou à la demande. Il s'agit donc de reformuler et de proposer au patient une représentation acceptable de son problème qui permet à la fois d'autres représentations et le changement.

⁹¹ Servant D. *ibid*

⁹² Servant D. *ibid*

-*la présentation des techniques*, le plus clairement possible, en respect avec les croyances du sujet.

La lecture d'ouvrages et des guides pour s'aider soi-même (self-help) est très utile. Elle permet de laisser au patient le temps de s'approprier les informations, de les approfondir et prépare la relation interactive thérapeutique.

L'alliance thérapeutique avec le patient commence dans la définition de ses attentes et des objectifs, tout en mettant l'individu au centre du changement.

b) La spirale du stress et de l'anxiété

La façon de faire face au stress est variable selon les individus et chez une même personne, à différents moments de sa vie. Elle dépend de nombreux facteurs, à la fois propres au sujet, comme sa personnalité et son expérience, et environnementaux, comme le support social.

Souvent, l'anxiété est ressentie comme un tout. Il est important de distinguer :

- ce que l'on ressent exactement (les signes physiques et les émotions) ;
- ce que l'on se dit (signes cognitifs) ;
- la façon donc on agit (les comportements).

On peut schématiser ces différents signes par une spirale où chacun s'auto-entretient et se renforce. Par exemple, les pensées et les comportements anxieux ne font qu'augmenter la tension psychiques, qui elle-même devient plus gênante et est interpréter de façon menaçante.

On aidera le patient à s'auto-évaluer et à prendre conscience de ses propres réactions au stress.

c) Apprendre le contrôle respiratoire et la relaxation

Le contrôle respiratoire

Les états de stress et d'anxiété s'accompagnent d'une respiration rapide et superficielle qui auto-entretient le malaise anxieux. Il convient d'apprendre à respirer de façon régulière lente et en favorisant une respiration abdominale.

SERVANT⁹³ recommande un petit exercice : mettre une main sur la poitrine et une main sur le ventre, la poitrine doit bouger le moins possible, et faire gonfler l'abdomen comme pour gonfler un ballon . Il faut respirer lentement en comptant 2 temps en inspirant et 3 temps en expirant.

⁹³ Servant D. *ibid*

La relaxation

Les techniques de relaxation sont particulièrement adaptées pour maîtriser les réponses et aider le sujet à faire face aux situations de stress.

Dans le cadre d'un apprentissage rapide et vite utilisable, la relaxation musculaire progressive est la technique recommandée dans les programmes de gestion de stress⁹⁴.

Les techniques de contrôle respiratoire peuvent être combinées aux techniques de relaxation.

d) Techniques cognitives

Le principe de la thérapie cognitive repose sur le postulat d'une utilisation par le sujet de stratégies mal adaptées, à la fois pour résoudre le stress et gérer les émotions anxieuses. Il lui est proposé de modifier ces stratégies mal adaptées en travaillant sur ses pensées et ses croyances dysfonctionnelles.

Le principe est le suivant :

- faire analyser par le patient les stratégies mises en place face au stress ;
- identifier précisément ces stratégies par les pensées et les croyances ;
- l'aider à modifier ces pensées et ces croyances dans l'optique d'une meilleure adaptation à la situation stressante vécue.

e) Gestion des réponses émotionnelles

L'identification d'émotions négatives ressenties par le patient en situation de stress conduit à leur analyse détaillée et à une tentative de leur contrôle. Des émotions comme la peur, la colère, la tristesse et bien sûr l'anxiété sont fréquentes.

On analyse avec le patient :

- le contenu de ces émotions et la façon dont il les exprime. On pointe la légitimité de l'émotion mais aussi la possibilité pour le sujet de les exprimer autrement et de façon plus adaptée ;
- les conséquences de l'émotion, à la fois sur le bien être mais aussi sur l'environnement, et ainsi les avantages et les inconvénients qu'elle entraîne ;
- la description d'autres modes émotionnels dans des circonstances analogues ;
- l'après coup et les émotions qui font suite à la crise (le regret faisant suite à la colère).

⁹⁴ Servant D. *ibid*

Les émotions négatives, témoins de frustrations déclenchées par la situation stressante, s'intègre souvent dans des traits de personnalité que le sujet est amené à reconnaître et mieux analyser.

f) Gestion des réponses comportementales

Le stress entraîne un certain nombre de comportements qui sont négatifs de façon directe ou indirecte. Il concerne les relations avec les autres, la gestion de temps, les habitudes de vie. L'analyse détaillée du comportement (à la fois son déclenchement et ses conséquences) permet de proposer un changement en optant pour un comportement plus adapté face aux situations stressantes.

La gestion du temps

Le stress amène à ne pas hiérarchiser les priorités et à privilégier certaines activités au détriment d'autres. Souvent du fait d'exigences élevées, les activités sont menées vite en négligeant un recul sur soi.

Quelques conseils simples à donner pour apprendre à mieux gérer le temps :

- s'organiser et planifier pour avoir une vie d'ensemble,
- savoir déléguer,
- prendre du temps pour les repas,
- respecter un temps de loisirs, même court, une fois par semaine.

De meilleures habitudes de vie

Le stress peut conduire, dans une tentative de résolution de réduction de la tension, à utiliser certaines substances toxiques ou à négliger certains comportements de santé qui ont à la fois un effet bénéfique sur la tension anxieuse et des conséquences positives sur la santé. Il faut :

- veiller à un temps suffisant de sommeil,
- faire de l'exercice physique régulièrement,
- développer des activités de loisir,
- diminuer la consommation d'alcool, de tabac et d'excitants (café).

L'ajustement des réponses au stress

Une fois que le sujet a identifié et compris la mécanique de ses propres réponses, il faut l'aider à les modifier. Les situations sont discutées au cours des séances et des tâches prescrites en dehors de celles-ci.

Intervention sur les facteurs de stress

La première démarche est la modification de l'environnement stressant. Le stress étant très variable, il est illusoire de donner un remède miracle applicable à toutes les situations tant celles-ci mettent en jeu des facteurs complexes liés à la personnalité et à l'environnement.

La technique de résolution des problèmes a pour objectif d'aider le patient à identifier ses facteurs de stress, puis à mettre en place de nouvelles stratégies comportementales et cognitives pour réduire ses effets délétères.

13. CAS CLINIQUES

LA FAMILLE C.

Lors de mon deuxième stage de pédopsychiatrie, j'ai été amenée à rencontre en février 2009 l'enfant Al.C. en première consultation au CMP. La demande de prise en charge était faite par sa maman, suite aux propos inquiétants de son enfant.

Celui-ci a 9 ans. Il est en CE2.

Son père, chef atelier dans une usine, est absent une bonne partie de la semaine. Sa mère est aide-soignante à domicile (elle travaille à 60%, seulement le matin). Les parents sont mariés depuis une dizaine d'années.

Al.C. a deux autres frères plus jeunes : D. 7 ans et S. 4 ans.

Les antécédents personnels d'Al. font apparaître des otites à répétitions durant l'enfance, mais ne révèlent aucun problème psychologique ou psychiatrique.

Les antécédents familiaux : grand-mère paternelle décédée 10 ans auparavant (cancer généralisé), la grand-mère maternelle sujette à : dépression, HTA et un problème thyroïdien.

Concernant la mère d'Al., la grossesse et l'accouchement se sont bien passés. Le développement de l'enfant a été normal. Il a été mis à l'école à 2 ans et demi ; il n'y a pas eu de problème de séparation.

Au cours de ce premier entretien, Al.C. a eu du mal à rester assis sur la chaise. Il bouge beaucoup et parle peu en présence de sa mère.

Celle-ci raconte avoir entendu Al. dire à plusieurs reprises, après les vacances d'été : « je suis nul », « je veux me tuer ». Les propos l'ont beaucoup inquiétée. Elle a trouvé Al. changé. Il s'est affirmé davantage, alors qu'auparavant il était timide, réservé et avait du mal à aller vers les autres. L'année précédente, il avait fait du judo parce qu'il connaissait certains enfants pratiquant la discipline. A la rentrée scolaire il aurait voulu faire de la natation mais l'inconnu de la situation l'a empêché de le faire.

A l'école, l'enfant n'a fait apparaître aucun problème d'apprentissage, ni d'autorité. Sa maîtresse n'a rien remarqué de particulier. Il apprenait bien et pour lui l'important était d'avoir de bonnes notes. La mère a décrit chez son enfant des moments d'angoisse et des maux de tête liés aux exigences scolaires.

A la maison, il n'y avait pas de problème d'autorité. Le papa était présent surtout le week-end. La mère se décrivait dans un premier temps comme super protectrice et avait du mal à

imaginer que les enfants allaient grandir. La relation entre les frères était globalement bonne. Cependant Al. criait souvent sur ses frères et était puni pour cela.

A la fin de cet entretien, j'ai vu Al. seul. Il avait du mal à m'expliquer pourquoi il disait vouloir se tuer. Il m'a indiqué que ses frères étaient assez turbulents et qu'il voulait empêcher les altercations afin de ne pas faire souffrir leur mère. Il leur criait après pour essayer d'instaurer l'ordre, mais à la fin c'est lui qui se faisait punir. Il vivait cela comme une grande injustice.

Al. trouvait le monde extérieur difficile. Il aurait voulu que tout le monde l'aime et le respecte, chose difficile, d'autant plus qu'à l'école les élèves plus âgés le bousculaient sans demander pardon.

J'ai revu par la suite Al. en entretien seul et avec sa maman.

Les propos et la présentation de la mère d'Al. ont laissé entrevoir une personne anxieuse et en difficulté personnelle. Je lui ai proposé un entretien individuel, qu'elle a accepté volontiers. Elle m'a décrit une angoisse presque continue, une peur permanente d'être une mauvaise mère et de ne pas être à la hauteur. Elle se souciait qu'il arrive quelque chose de mal à ses enfants.

Sa peur la plus importante était de perdre ses enfants du regard. Elle demeurait très angoissée à l'idée qu'ils pourraient être enlevés. Elle se faisait des « scénarios catastrophe » autour de cela, alimentés par des événements d'actualité présentés par les médias. Même hors de la maison elle était toujours vigilante. Durant les vacances, dans un endroit inconnu, elle ne vivait plus. Elle ne laissait aucune liberté aux enfants, elle devait toujours les surveiller.

Face à ce tableau clinique me faisant penser à un TAG, j'ai suggéré à la mère un suivi psychiatrique pour elle. Elle a eu du mal à admettre cette nécessité.

Tout en faisant la prise en charge de l'enfant, j'ai été informée d'un suivi d'un autre enfant (D.) de la famille. D. était suivi au CMP depuis janvier 2007 pour des manifestations anxieuses et phobiques s'inscrivant dans une relation d'opposition et maîtrise par rapport aux adultes, en particulier à sa mère.

J'ai retrouvé dans le dossier de D. des éléments de son suivi. Au premier entretien mère-enfant, D. était dans l'impossibilité de se séparer de sa mère. Il criait beaucoup et était angoissé. Cela a permis à D. d'entendre les inquiétudes de sa mère. Cette dernière avait déjà évoqué à ce stade son angoisse majeure de l'enlèvement de ses enfants.

Pendant l'été 2007, D. a pu pour la première fois aller au centre de loisirs. Sa mère en a profité pour venir seule aux séances avec ma collègue lors desquelles elle a évoqué sa propre

relation avec sa mère. Elle l'a décrite comme une personne possessive, étouffante, mettant en doute ses capacités maternelles.

Ma collègue lui a évoqué aussi la nécessité d'une prise en charge pour elle-même. Elle s'est dite prête à l'époque, les entretiens lui ayant permis de se positionner un peu différemment auprès de sa mère et de ses enfants.

De septembre 2007 à juillet 2009, la mère a décrit D. comme quelqu'un de beaucoup plus calme et plus posé. Toutefois, elle a préféré attendre un peu avant de faire de démarches pour elle-même. D. a passé entre plusieurs phases : opposition active, toute puissance et tendances obsessionnelles (se laver souvent les mains, tout ranger parfaitement). Les séances ont été espacées puis arrêtées à la demande de la mère.

Entre temps j'avais commencé à rencontrer Al. . Les entretiens avec lui et sa mère m'avaient permis de reprendre avec eux leur mode de fonctionnement, d'expliquer à la mère la manière de voir les choses par son fils et de lui permettre de prendre plus de recul par rapport aux conflits entre les enfants. Progressivement, Al, est apparu plus apaisé avec ses frères. Il a réussi à vaincre ses peurs et est parvenu à faire la chose qui était très importante pour lui : aller à la piscine et nager. La mère a oscillé entre vouloir prendre rendez-vous au CMP et l'idée de ne pas en avoir besoin (étant donné que sa personnalité était comme cela et qu'il n'y avait rien à faire. Le suivi d'Al. s'est arrêté en mai 2009.

Par la suite, la mère a fait une nouvelle demande de prise en charge pour D., car ce dernier faisait apparaître des difficultés scolaires. Il ne respectait pas les limites posées par les adultes. Aucune démarche de soin n'avait été entamée par la mère elle-même.

MME D.

J'ai vu Mme D. pour la première fois en octobre 2009, aux urgences de l'hôpital général, où un avis spécialisé avait été demandé pour une personne hospitalisée suite à une « crise de spasmophilie » sur le lieu de travail.

Je me suis retrouvée face à une jeune femme de 32 ans, mariée, avec un fils de deux ans, employée de banque, qui m'a expliqué que depuis plusieurs semaines, elle avait accumulé beaucoup de stress et de fatigue. Confrontée à des revendications d'un client, elle a eu le sentiment d'étouffer. Elle était tachycarde. Elle s'est écroulée avec des mouvements

incontrôlables de tout le corps. Ses collègues ont appelé les pompiers qui l'ont amenée aux urgences.

Elle m'a décrit avoir déjà eu des « crises » comme celle-ci dans le passé, la dernière remontant à 6 ans. Actuellement, Mme D. présente une anxiété majeure avec ruminations permanentes, troubles du sommeil et l'impression d'être « à bout ».

Ce tableau clinique m'a fait penser aux symptômes du TAG. Je lui ai proposé un autre rendez-vous pour approfondir l'évaluation. Elle a accepté surtout parce que son médecin traitant l'avait déjà incitée à avoir un suivi psychiatrique.

L'entretien suivant a permis de retracer son histoire de vie. Ses parents étaient en bonne santé, elle avait un frère plus jeune, qu'elle décrivait comme « explosif », « entier », « disant ce qu'il pense ».

C'était une enfant calme, timide et renfermée. Quant elle connaissait les gens elle devenait plus bavarde.

Elle a décrit le collège comme « une grande transition », « la fosse aux lions ». Elle n'avait pas de copines, elle se sentait toujours jugée et rejetée. Comme elle venait d'un milieu ouvrier, elle avait toujours vécu difficilement les différences entre le sien et celui des plus favorisés.

Mme D était toujours angoissée, elle avait toujours peur. Sa grande inquiétude était de ne pas y arriver. Sa hantise était la mauvaise note. A la maison sa mère était très stricte, elle lui disait toujours « il faut réussir » et la traitait de « sotte ». Elle lui demandait beaucoup de choses et n'était pas du tout patiente avec elle. En rentrant de l'école, c'était « la panique », l'angoisse à l'idée de se faire grondée (« il fallait être parfaite »). Pour être tranquille, il fallait « faire bien ».

Au collège, suite à son redoublement en 5ème, elle s'est sentie blessée (sentiment de « déchet »). Mme D. a commencé à faire des « crises de spasmophilie ». Celles-ci se sont accentuées en terminale (2 fois par semaine). Ces crises se déclenchaient dans un contexte de peur, lors des cours, suite à une note ou une réflexion mal interprétée.

Mme D. a obtenu son baccalauréat (STT) à 19 ans puis a débuté un DEUG d'histoire. Toujours angoissée, elle n'a pas réussi l'examen de deuxième année. Elle a renoncé au DEUG et s'est engagée dans un BTS. A ce stade elle a vu pendant quelques mois un psychiatre, qui lui a prescrit du Xanax.

A l'âge de 24 ans elle a rencontré son mari.

Dans son fonctionnement actuel Mme D. se décrit comme très exigeante, recherchant la perfection, sans jamais y parvenir. Elle a un sentiment perpétuel d'insatisfaction et de

mauvaise image d'elle-même. À la maison elle gère tout, ne peut pas déléguer la moindre chose à son mari, s'inquiète que si tout n'est pas parfaitement fait il pourrait la quitter.

Elle se sent épuisée, fatiguée, très tendue et en proie à des ruminations anxieuses perpétuelles dont elle n'arrive pas à se détacher, des difficultés d'endormissement. Elle a aussi une impression de ne pas pouvoir s'en sortir, étant donné qu'elle considère que c'est la faute à sa personnalité et que rien ne peut changer.

Je lui ai évoqué le diagnostic de TAG. Je lui ai expliqué le TAG, en présentant la tendance à s'inquiéter comme le critère principal du trouble.

Elle est invitée à prendre conscience de ses inquiétudes en les notant dès qu'elle les constate.

Les entretiens suivants ont mis en évidence les thèmes de ses inquiétudes :

-les soucis autour du travail occupent une part importante dans les enchaînements de la pensée : elle imagine qu'elle ne fait pas les choses comme il faut, se dit que c'est de sa faute si il y a des situations difficiles, prend tout pour elle ; en réunion ne prend pas la parole, a peur d'être jugée, prend toute réflexion à cœur. Le dimanche commence à être angoissée de devoir reprendre le travail le lundi.

-les réflexions autour de la relation avec la clientèle génèrent en elle un monologue intérieur sur la manière de réagir, l'exigence des gens, le fait que l'on ne la respecte pas. Si quelqu'un lui parle impoliment, les pensées négatives se mettent en marche. Elle se met en colère et ne contrôle plus son comportement.

-un jour on lui avait évoqué la possibilité d'obtenir un poste à plus grande responsabilité. Elle a aussitôt commencé à se demander si elle avait les capacités nécessaires, si elle allait être à la hauteur. Incapable de prendre une décision, elle a toujours repoussé au lendemain l'idée d'accepter la proposition. Quand la DRH l'a appelée elle a eu la gorge serrée et l'impression d'étouffer.

-elle s'inquiète à l'idée de perdre son travail : « si je perds mon travail, il y aura des conséquences sur mes proches, mon fils, mon mari. Je dois être au top ».

-elle a peur d'arriver en retard aux réunions, pour cela est toujours très en avance. Si elle doit prendre la voiture elle se demande toujours comment elle va faire s'il y a un accident, si la route est bloquée. Qu'est ce qu'elle va dire aux autres si elle est en retard ?

-par rapport à son fils, elle se demande si elle fait « tout comme il faut », si elle a bien fait d'avoir un enfant, s'il va s'épanouir dans la société actuelle.

-elle se fait de scénarios « catastrophe » en partant d'une image ou d'une situation. Un jour, sur le trottoir, alors qu'elle promenait son fils en poussette, elle a vu une voiture. Instantanément les pensées s'enclenchent : le véhicule roule trop vite, elle commence à avoir

peur pour son petit garçon, si la voiture percute la poussette et tue son fils, qu'est ce qu'elle va faire ? Comment elle va réagir ? Pourquoi n'a-t-elle pas pu le sauver ?

-quand les medias commencent à parler de la grippe A et des possibles mutations du virus, elle s'inquiète pour son fils, a peur de le perdre, vivre sans lui semble impossible, la douleur lui semble insoutenable. Elle prend la décision de le vacciner pour se rassurer, mais avec le vaccin sans adjuvant. Après elle stresse car elle doit se lever tôt pour aller au centre de vaccination. Elle a aussi peur de ne pas avoir de place pour lui.

-quand son père a été hospitalisé pour quelque chose qui n'était pas grave, elle a commencé à se dire : « ça va faire comme le grand-père, mon père va mourir, mon fils ne pourra pas connaître son grand-père ».

- elle se dit « superstitieuse » : si elle voit un chat noir la matin, est convaincue que la journée est « fichue ». A la fin de la journée, même s'il elle a vécu des choses intéressantes, elle va garder une impression globale négative liée à petit événement ne s'étant pas très bien passé. Elle va être angoissée toute la soirée, en se disant que « c'est de la faute du chat ».

-elle est toujours inquiète de ne pas être à la hauteur et a peur que son mari la quitte. A près son travail elle est toujours en train de courir pour tout gérer (course, repassage, ménage, récupérer son fils chez la « nounou », s'occuper de lui).

-elle voudrait avoir d'autres enfants mais a peur d'être trop accaparée par sa profession, de ne pas pouvoir assumer ses devoirs de mère.

En partant de cette prise de conscience, elle commence à détecter les situations où les enchainements de pensée vont se déclencher.

Par questionnement socratique on fait ressortir le caractère irrationnel de ses croyances, en questionnant le lien entre sa pensée et les événements.

Elle comprend que beaucoup de ses comportements sont liés à l'intolérance à l'incertitude, que ses diverses tentatives d'évitement ne lui permettent pas de diminuer ses inquiétudes. Au contraire elles les favorisent. Elle va apprendre à déléguer plus à son mari, à laisser son fils chez ses parents.

Elle arrive à identifier le fait que pour elle s'inquiéter signifie être plus prudente, trouver des meilleures solutions à ses problèmes. Elle va parvenir à s'occuper de différentes situations sans s'inquiéter constamment, consciente que ce niveau excessif la rend « malade » plutôt qu'il ne l'aide. Elle concilie ses idées de la manière suivante : l'inquiétude basse à modérée peut être utile à différents niveaux, alors que l'inquiétude excessive devient contreproductive. Pendant quelques séances le travail a porté sur la spirale de l'angoisse, la technique de respiration abdominale, la gestion de temps et les techniques de résolution des problèmes.

Elle est parvenue à se détendre, à se sentir plus libre et disponible pour d'autres activités, à avoir un sommeil correct et une meilleure gestion de ses relations professionnelles.

14. CONCLUSION

Le Trouble Anxiété Généralisée est un trouble assez commun, mais relativement peu compris. Le diagnostic entre anxiété normale et anxiété pathologique est difficile à poser.

Ce travail a eu pour objectif une présentation de l'évolution du concept, surtout en montrant les approches actuelles, permettant de mieux comprendre ce trouble, pour mieux l'évaluer et le traiter.

Le TAG est une affection chronique qui altère le fonctionnement quotidien et retentit sur l'activité socioprofessionnelle. D'autres troubles anxieux ou dépressifs s'y ajoutent souvent, ce qui aggrave le pronostic, mais dans les TAG purs le handicap est déjà notable.

Maintenant que les critères diagnostiques ont acquis une certaine maturité (la présence d'inquiétudes excessives et incontrôlables), les facteurs étiologiques impliqués dans le développement des inquiétudes pourront recevoir une plus grande attention. Ceci permettra de rendre les interventions visant à diminuer l'anxiété et les inquiétudes plus efficaces, les thérapies cognitives et comportementales étant un élément clé du traitement.

Une prise en charge plus adaptée permettra une diminution des répercussions fonctionnelles de l'anxiété généralisée, une amélioration de la qualité de vie de ces patients, ainsi qu'une diminution des coûts économiques et sociaux.

Il peut être apporté un réel bénéfice à des patients dont les troubles ont été longtemps négligés, peu pris en compte, car considérés à tort comme bénins alors qu'ils sont souvent handicapants.

ANNEXE - ANAES NOTICE D'INFORMATION AUX PATIENTS SUR LE TROUBLE ANXIEUX GENERALISE

Notice d'information élaborée par l'Association américaine des troubles anxieux (Traduction et adaptation par COTTRAUX, 05/12/2000)

L'anxiété et le souci font partie normalement de la vie. Que l'enjeu soit le travail ou les résultats d'un événement sportif, la plupart des gens vont se soucier au moins quelque peu au sujet des problèmes posés par ces défis. Non seulement l'anxiété est une émotion commune chez l'homme, mais des niveaux modérés d'anxiété sont utiles pour motiver les personnes à préparer un examen, terminer un travail ou effectuer une présentation orale.

Mais l'anxiété excessive est plus que de simples crampes d'estomac, c'est une véritable maladie qui peut interférer dans la vie des gens, leurs performances, et déclencher des malaises physiques. Lorsqu'un souci persistant et irréaliste devient une façon habituelle d'approcher les situations, un individu peut souffrir alors d'anxiété généralisée (TAG). Les experts pensent que le TAG est probablement causé par une combinaison de facteurs biologiques et d'événements de vie. En fait, beaucoup de gens qui ont un TAG ont aussi des troubles médicaux tels que la dépression et/ou un trouble panique qui sont influencés par un certain nombre de produits chimiques du cerveau tels que la sérotonine.

Le TAG

L'élément clé du TAG est le souci persistant. Le TAG est marqué par des soucis excessifs, qui durent 6 mois ou plus, et irréalistes au sujet de deux expériences de vie distinctes, comme la santé, l'argent, la carrière. L'anxiété réaliste, comme des préoccupations financières dues à une perte d'emploi, n'est pas un signe de TAG. Mais un souci excessif et chronique relatif à des événements improbables est une cause de préoccupation. Les individus ayant un TAG ressentent aussi un nombre important de difficultés physiques et émotionnelles incluant le tremblement, des douleurs musculaires, l'incapacité de rester au repos, l'insomnie, des sueurs, des douleurs abdominales, des vertiges, des troubles de concentration, le fait d'être survolté et irritable. Les symptômes précis varient d'un individu à un autre, mais au moins 6 doivent être présents pour le diagnostic de TAG. Les personnes souffrant de TAG se font du souci plus fréquemment et avec une intensité plus importante que la plupart des gens dans les mêmes circonstances. Il est impossible d'arrêter l'anxiété et elle peut perturber les capacités individuelles de se concentrer sur d'autres tâches. Le TAG peut poser des problèmes de mémoire parce que beaucoup

d'énergie est détournée vers le souci, ce qui va diminuer les capacités individuelles de traiter les informations qui n'ont pas de relation avec celui-ci.

Les difficultés de diagnostic

Le TAG peut être difficile à diagnostiquer. Il n'a pas le caractère dramatique des attaques de panique spontanées qui caractérisent un autre trouble anxieux, à savoir le trouble panique. Il n'est pas dû à une expérience traumatique précise comme dans le stress post-traumatique.

L'anxiété n'est pas non plus une réponse à un stimulus spécifique comme c'est généralement le cas dans les phobies. Pour ces raisons, il est souvent utile de voir un spécialiste de l'anxiété.

Les troubles physiques du TAG sont typiques d'autres maladies et les patients qui ont un TAG souffrent souvent d'un autre problème mental tel qu'un trouble panique, une dépression ou un abus de substance. Si le TAG coexiste avec d'autres troubles, le thérapeute aura à décider ce qui mérite une attention au premier chef. Dans beaucoup de cas, le TAG disparaît avec la maladie coexistante lorsque celle-ci est contrôlée. D'autres fois, le TAG est le problème primaire qui doit être traité le premier. Il est donc important que le patient apporte une histoire détaillée au professionnel de santé avant d'entamer le traitement.

Qu'est-ce qui cause le TAG et qui peut le présenter?

Cinq pour cent des gens peuvent développer le TAG à certains moments de leur existence. Les chercheurs n'ont pas identifié la cause du TAG, mais les meilleures données disponibles suggèrent que des facteurs biologiques, l'ambiance familiale et les expériences de vie contribuent de manière importante à ce trouble. Il apparaît que certains individus sont prédisposés génétiquement à développer le TAG. En outre, des personnes dont le développement s'est effectué au contact de personnes présentant des modèles d'anxiété peuvent avoir appris à voir le monde comme un endroit incontrôlable et dangereux. Ces personnes souffrent plus fréquemment du TAG.

Le trouble apparaît au début des 20 ans, mais il peut débuter dans l'enfance : certaines personnes racontent que leur première bataille avec le TAG s'est passée après la trentaine. La pression d'un stress accru déclenche souvent le trouble. Beaucoup de personnes victimes du TAG rapportent un accroissement d'événements stressants, comme des décès dans la famille, des problèmes professionnels, une perte d'emploi ou un divorce dans les

mois ou les années précédant le trouble. Le stress qui découle d'événements positifs par exemple un mariage, un nouvel enfant, un nouvel emploi peut aussi déclencher le TAG. Mais la plupart des spécialistes de santé mentale considèrent que le stress est seulement un catalyseur et non pas la cause du TAG. Le stress, donc, semble contribuer au TAG chez des gens qui ont déjà une expérience de l'anxiété chronique.

Le traitement

Heureusement, un ensemble de traitements ont été définis de manière scientifique comme étant efficaces vis-à-vis de ce trouble. Les traitements incluent souvent les thérapies cognitivo-comportementales qui cherchent à modifier la manière dont les patients ayant un TAG perçoivent leur situation perturbatrice. Pour certaines personnes, les techniques de relaxation et l'exercice physique par eux-mêmes peuvent diminuer l'anxiété. Les médicaments ont aussi prouvé une efficacité en diminuant les symptômes d'anxiété. Il n'y a pas un traitement adéquat unique pour le TAG, les programmes de thérapie doivent être taillés sur mesure pour chaque individu. Dans beaucoup de cas, le thérapeute va utiliser une combinaison d'approches thérapeutiques.

Les techniques de gestion de l'anxiété

Certaines personnes souffrant d'un TAG disent qu'elles contrôlent de nouveau mieux leur vie sans médicaments ou conseils psychologiques, pendant de nombreuses heures, en apprenant simplement les techniques de gestion de l'anxiété. Tendre et relaxer des groupes musculaires, technique dite de « relaxation progressive », a aidé de nombreux patients ayant un TAG. Certains patients rapportent que l'exercice physique ne durant pas plus de 30 minutes par jour et n'étant rien d'autre qu'une marche énergique apporte une réduction du TAG. La méditation, le yoga, le massage, le biofeedback et d'autres outils de relaxation peuvent être appliqués avec des résultats positifs pour certaines personnes. La respiration contrôlée et le recentrage des pensées peuvent aussi aider à réduire l'anxiété. Ces techniques n'apportent pas un soulagement instantané, elles ont un effet graduel et doivent être pratiquées régulièrement pour avoir un effet positif.

La thérapie comportementale

La thérapie comportementale vise à aider les individus avec des troubles anxieux en modifiant et contrôlant les comportements non désirables. Un des bénéfices de cette approche est que les patients participent activement à leur propre guérison et développent des compétences qu'ils vont continuer à utiliser une fois la thérapie terminée.

La thérapie cognitive

Comprendre ses propres processus de pensée et comment ces mêmes processus évaluent les situations perturbatrices, aide un certain nombre de personnes à contrôler leurs anxiétés. La thérapie cognitive a pour dessein de réduire l'anxiété en donnant aux individus les

compétences pour évaluer les situations de manière plus réaliste. Les patients peuvent apprendre à identifier les pensées anxieuses et irréalistes et développer des techniques pour modifier leur réponse. La thérapie cognitive peut inclure des instructions visant à modifier le comportement ou le style de vie afin de réduire le stress. De nombreux thérapeutes utilisent une combinaison de thérapies comportementales et cognitives.

Les médicaments

Ils peuvent avoir un effet extrêmement bénéfique dans le traitement du TAG, en particulier en apportant un soulagement de l'anxiété aiguë et en permettant à d'autres thérapies de se mettre en place. Les médicaments sont généralement utilisés en combinaison avec d'autres traitements. Du fait que chaque personne répond de manière individuelle, il se peut que l'on ait à tester différentes médications et différentes doses pour trouver la prescription adéquate pour chacun. Idéalement, les doses sont réduites dans le temps.

Dans certains cas, les médicaments seront administrés seulement en cas de besoin et de manière ultime. La plupart seront complètement arrêtés. Dans d'autres cas, des traitements à long terme peuvent être nécessaires. Il y a une grande variété de médicaments contre l'anxiété, parmi lesquels les médecins peuvent choisir ainsi que de nouvelles médications officiellement catégorisées comme des antidépresseurs pouvant être particulièrement utiles pour certains patients.

La sélection est basée sur des données individuelles incluant la sévérité du trouble anxieux, les effets secondaires potentiels et les capacités du patient à suivre les instructions. Le traitement médicamenteux dure, en général, plusieurs mois et certains patients peuvent demander jusqu'à un an de traitement ou plus. La décision du médecin au sujet de la

médication à prescrire peut se baser en partie sur la durée prévisible de traitement pour chaque patient.

Trouver un traitement

Tout psychiatre qualifié, psychologue, travailleur social et autre spécialiste de santé mentale doit être capable de reconnaître le TAG et, soit de le traiter, soit de recourir à un spécialiste ou à un groupe de soutien local. Les médecins de première ligne apprennent de manière accrue comment reconnaître et traiter le TAG et comment envoyer les personnes qui en souffrent à un collègue dont la réponse sera adaptée. L'Association des troubles anxieux d'Amérique publie une liste des thérapeutes qui peuvent aider à trouver un spécialiste dans chaque région. L'Association américaine des troubles anxieux maintient aussi une liste de groupes d'entraide qui sont capables de mettre les individus en contact avec un groupe de soutien local.

15. BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé. Coll.-synapse.183/2002.
- ALLGULANDER C., BANDELOW B., HOLLANDER E. et al. WCA Recommendations for the Long-Term of Generalized Anxiety Disorders CNS Spectr 2003; 8 (Suppl 1): 53-61.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION TASK FORCE REPORT. Benzodiazepine dependence, toxicity and abuse. Washington: American psychiatric Association, 1990.
- ANDRE C. Faire face à l'anxiété généralisée. Almanach Wyeth 2006.
- ANDRE C. Vivre heureux. Psychologie du Bonheur. Odile Jacob. 2004.
- ANGST J., VOLLRATH M. The natural history of anxiety disorders. Acta Psychiatr Scand 1991, 84, 446-52.
- BALLENGER JC. Current treatments of the anxiety disorders in adults. Biol Psychiatry 1999; 46:1579-94.
- BALLENGER JC., DAVIDSON JRT., LECRUBIER Y. et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2001 ; 62 (Suppl 11): 53-8.
- BARLOW DH., COHEN AS., WADDEL M. ET AL. Panic and generalized anxiety disorders: nature et traitement. Behav. Ther., 15, 431-449, 1984.
- BAUMAN M., BRIANCON S., BLANCHARD F. Support social. Du concept à la pratique. Cahiers du centre de recherches sociologiques 1988, 9, 216-234.
- BLAZER DC, HUGHES D, GEORGE LK. Stressfull life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. Am J Psychiatry 1987; 144:1178-83.
- BLOWERS C., COOB J., MATHEWS A., Generalized anxiety: a controlled treatment study. Behav. Res. Ther., 25, 493-502, 1987.
- BORKOVEC TD., COSTELLO E. Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. J. Consult. Clin. Psychol., 61, 611-619, 1993.
- BORKOVEC TD., MATHEWS AM., CHAMBERS A. ET AL. The effects of relaxation training with cognitive or non directive therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. J. Consult. Clin. Psychol., 55, 883-888, 1987.

- BORKOVEC TD., ROBINSON E., PRUZINSKY T., DEPREE JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and process. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 1983, 9-16.
- BORKOVEC TD.et INZ J. The nature of worry in Generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 1990, 153-158.
- BORKOVEC TD., RUSCIO AM. Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 62(suppl.11), 37-42, 2001.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. Coll.-pratiques en psychothérapie Masson 2005.
- BOYER P.L'anxiété généralisée. John Libbey Eurotext Paris 2005.
- BROWN SL, SVRAKIC DM, PRZYBECK TR, CLONINGER CR. The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach, *J Psychiatric Res*, 1992, 26: 197-211.
- CASSIDY J. Attachment and generalized anxiety disorder. In: Toth DC, Toth S eds. Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition and representation. New York: University of Rochester Press, 1995, 343-70.
- COTTRAUX J. Les thérapies comportementales et cognitives. Masson 2004.
- COTTRAUX J. Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague. Masson 2007.
- COTTRAUX J., BACKBURN I.L. Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité. Masson 2006.
- CRASKE M.G., RAPEE R.M., JACKEL L., BARLOW D.H.-Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behav. Res. Ther.*, 27, 397-402, 1989.
- CUNGI C. L'alliance thérapeutique. Retz 2006.
- CUNGI C. Savoir gérer son stress en toutes circonstances. Retz 2003.
- CUNGI C. Savoir se relaxer en choisissant sa méthode. Retz 2004.
- CUNGI C. Savoir s'affirmer en toutes circonstances. Retz 2005.
- DANTZER R. L'illusion psychosomatique 1989, 1 vol, Paris, Odile Jacob.
- DANTZER R. Adaptation à l'environnement : Psychologie de la réaction au stress. 1989. Col. Scientifique, Stablon 1.
- DURHAM RC., FICHER PL., TREVELLING LR. ET AL. One year follow-up cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder: symptom change, medication usage and attitudes to treatment. *Behav. Cogn. Psychoter.*, 27, 19-35, 1999.

- DURHAM RC., MURPHY T., ALLAN T. ET AL. Cognitive therapy, analytic psychotherapy and anxiety management training for generalized anxiety disorder. *Brit. J. Psychiatry*, 165, 315-23, 1994.
- FONTAINE O., FONTOINE P. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Retz 2007.
- FREESTON MH., DUGAS MJ., LADOUCEUR R. Thoughts, images, worry and anxiety. *Cognitive therapy and research*, 20, 1996, 265-273.
- GOULD RA., OTTO MW., POLLACK MH. ET AL. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behav. Ther.*, 28, 285-305, 1997.
- GRAZIANI P., HAUTEKEETE M., RUSINEK S., SERVANT D., Stress, anxiété et trouble de l'adaptation. Masson 2001.
- GREENBERG PE., SISITSKY T., KESSLER RC. FINKELSTEIN SN., BERNDT ER. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *J Clin Psychiatry* 60, 1999, 427-35.
- GUEDENEY N., GUEDENEY A. L'attachement. Masson 2006
- JUDD LL., KESSLER RC., PAULUS MP., ZELLER PV., WITTCHEN HU. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand (suppl)* 393, 1998:6-11.
- KAPCZINSKI F., SCHMITT R., LIMAS SS. The use of antidepressants for Generalized Anxiety Disorder (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
- KESSLER RC. The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research. *Acta Psychiatr Scand*, 102 (suppl 406), 7-13, 2000.
- KESSLER RC., NELSON CB., MCGONAGLE KA ET al. Comorbidity of DSM III R major depressive disorder in the general population : results from the US National Comorbidity Survey *Brit. J. Psychiatry*, 1996, 168, 17-30.
- KLEIN DF., FINK M. Psychiatric reaction patterns to imipramine. *Am. Psychiatrie*, 1962, 11, 432-438.
- LADOUCEUR R, BELANGER LYNDA, LEGER ELIANE. Arrêter de vous faire de souci pour tout et rien. Odile Jacob 2003.
- LADOUCEUR R., MARCHAND A., BOISVERT JM. Les troubles anxieux-approche cognitive et comportementale. Masson 1999.
- LAZARUS RS. ET FOLKMAN S. Stress, appraisal and coping. 1984, New York, Springer.

- LEFCOURT HM., MARTIN RA., SALEH WE. Locus of control and social support: interactive moderators of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984, 47, 378-389.
- LEGERON P. Stratégies comportementales et cognitives dans la gestion du stress. *L'Encéphale*, 1993, XIX, 193-202.
- LEMPERIERE TH. Dépression et troubles anxieux généralisés .Achante-Masson 2003.
- LEON AC., PORTERA L., WEISSMAN MM. The social costs of anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 166 (suppl 27), 1995:19-22.
- LINDSAY W.R., GAMSU CV., McLAUGHLIN E. ET AL. A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *Brit. J. Clin. Psychol.*, 26 (Pt 1), 3-15, 1987
- MacLEOD AK., WILLIAMS MG., BEKERIAN DA. Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1991, 478-486.
- MASSION AO., DYCK IR., SHEA MT ET AL. Personality disorders and time to remission in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, And Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, 59, 434-440.
- MATHEWS A. ,MAC LEOD C. Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behav Res Ther*, 1985; 23:563-9.
- MATHEW RJ., WILSON WH., BLAZER D et al. Psychiatric disorders in adult children of alcoholics: data from the Epidemiologic Catchment Area project. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 793-800.
- MINEKA S., YOVEL., PINELES SL. Toward a psychological model of the etiology of generalized anxiety disorder. In: Nutt D et al., eds. *Generalized Anxiety Disorder*. London: Martin Dunitz, 2002: 41-55.
- SANDLER IN., LAKEY B. Locus of control as a stress moderator: the role of control perception social support. *American Journal of Community psychology*. 1982, 10, 65-80.
- SERVANT D. Gestion du stress et de l'anxiété. Coll.- Pratiques en psychothérapie. Masson 2007.
- SERVANT D. Soigner le stress et l'anxiété par soi-même. Coll.-Guide pour s'aider soi-même. Odile Jacob 2003.
- SILVERMAN WK, CERNY JA,NELLES WB. Behavior problem in children of parents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27:779-84.
- SPIELBERGER C.D. - Theory and research on anxiety. In: C.D. SPIELBERGER, *Anxiety and behavior* (3-20). New York, Academic Press, 1966.

- SPIELBERGER C.D. - Conceptual and methodological issues in anxiety research. In C.D. SPIELBERGER, *Anxiety: Current trends in theory and research.* (vol.2) (481-493). New York, Academic Press, 1972.
- PALAZZOLO J. *Cas cliniques en thérapies comportementales et comportementales.* Masson 2007.
- PAULHAN I. Le concept de coping. *L'année psychologique.* 1992, 92, 545-557.
- PAULHAN I., BOURGEOIS M. *Stress et coping. Les stratégies d'ajustement à l'adversité.* 1995, Puf.
- POHL RB., FELTNER DE., FIEVE RR. Et al. Efficacy of pregabalin in the treatment of generalized anxiety disorder: double-blind, placebo-controlled comparison of BID versus TID dosing. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25:151-8.
- POWER KG., JERROM DW., SIMPSON RJ. ET AL. A controlled comparison of cognitive behavior therapy, diazepam et placebo in the management of generalized anxiety. *Behav. Psychother.*, 17, 1-4, 1989.
- PELISSOLO A., BOYER P. Retentissement de l'anxiété généralisée sur l'adaptation sociale.
- RICKELS K., SCHWEIZER E.G.-The clinical presentation of generalized anxiety in primary-care settings: practical concepts of classification and management. *J. Clin. Psychiatrie*, 58 (suppl. 11), 4-10, 1997.
- RICKELS K., SCHWEIZER E. The spectrum of generalized anxiety in clinical practice :the role of short-term, intermittent treatment. *Brit J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 34): 49-54.
- RICKELS K., DOWNING R., SCHEIWER E., et al. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 884-95.
- RICKELS K., DEMARTINIS N., AUFDEMBRINKE B. A double-blind, placebo-controlled trial of abecarnil and diazepam in the treatment of patients with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2000a; 20: 12-8.
- QUENTIN D., NOLLET D. *Les personnalités pathologiques. Approche cognitive et thérapeutique.* Masson 2005.
- SERVANT D. *La relaxation : nouvelles approches, nouvelles pratiques.* Masson 2009.
- TORGERSENS. Childhood and family characteristics in panic and generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143:630-2.
- WITTCHEN HU., NELSON CB., LACHNER G. Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychol Med* 28, 1998:109-26.

WITTCHEN HU, ZHAO S., KESSLER RC., EATON WW. DSM-III-R generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 51, 1994: 355-64.

YONKERS YA., DYCK IR., WARCHAW M. Factor predicting the clinical course of generalized anxiety disorder. Br J Psychiatry 2000. 176:544-9.

YOUNG J.E. La thérapie des schémas. Approche cognitive des troubles de la personnalité. De Boeck 2008.