

**GUIDE DE PRATIQUE POUR LE
DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT
COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE**

**Dugas, M. et Ngô, T. L. avec la
collaboration de Goulet, J. et Chaloult, L.**

Document de travail, novembre 2017

RÉSUMÉ

La structure générale de ce document respecte la même forme que celle des guides de pratique rédigés par le Dr Louis Chaloult.

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) des troubles alimentaires. La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référerons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et techniques de base de TCC.

Le protocole de la thérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée est bien détaillé dans le livre : « Cognitive Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder » de Michel Dugas et Melisa Robichaud (Routledge).

On peut recommander la lecture du livre d'auto thérapie suivant aux patients : « The Generalized Anxiety Disorder Workbook » de Melisa Robichaud et Michel Dugas (New Harbinger Publications). On peut aussi consulter le manuel du patient sur le site web www.tccmontreal.com.

On peut aussi recommander ce livre en français aux patients : « Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien » de Robert Ladouceur, Lynda Bélanger et Éliane Léger (Odile Jacob)

À PROPOS DES AUTEURS

Michel Dugas est professeur titulaire en Psychologie à l'Université du Québec en Outaouais.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert-Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique aux départements de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Table des matières

Section 1 : Introduction	6
Section 2 : Évaluation du TAG.....	8
2.1 Critères diagnostiques selon le DSM-5	8
2.2 Questionnaires et inventaires utilisés au moment de l'évaluation.....	9
Section 3 : Traitement pharmacologique du TAG	13
3.1 Les antidépresseurs du groupe des ISRS	13
3.2 Les autres antidépresseurs.....	14
3.3 Les benzodiazépines (BZD).....	15
3.4 Les anticonvulsivants.....	16
3.5 Les antipsychotiques atypiques	16
3.6 Les autres médicaments	16
3.7 Autres considérations.....	18
Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental pour la compréhension du TAG	19
4.1 Modèle de l'intolérance à l'incertitude de Dugas, Ladouceur et collègues (2004).....	19
4.2 Autres modèles cognitivo-comportementaux contemporains	22
Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental du TAG	27
5.1 Évaluation	27
5.2 Présenter les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et les principes de la thérapie cognitivo-comportementale	27
5.3 Prescrire une médication si c'est indiqué	30
5.4 Questionner l'utilité de s'inquiéter	30
5.5 Intolérance à l'incertitude	31
5.6 La résolution de problème	34
5.6.3 Réaction face aux problèmes.....	35
5.6.3 Étapes de la résolution de problème.....	36
5.7 L'exposition en imagination	38
5.8 Résumé du traitement et prévention de la rechute.....	43
5.8.1 Résumé du traitement	43
5.8.2 Prévention de la rechute	44
Section 6 : Déroulement du traitement	46
Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement	57
7.1 Inventaire de Beck pour l'anxiété	58
7.2 Inventaire de Beck pour la dépression.....	60
7.3 Questionnaire d'évaluation de la peur (QEP)	63
7.4 Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)	66
7.5 Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII).....	70
7.6 Pourquoi s'inquiéter (version II) (PSI-II)	74
7.7 Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP).....	78
7.8 Questionnaire d'évitement cognitif (QEC).....	82
7.9 Informations et exercices pour les patients	85
7.9.1 COMPRÉHENSION DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	86
7.9.2 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE I	90
7.9.3 PRISE DE CONSCIENCE DES INQUIÉTUDES	91
7.9.4 LES AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE S'INQUIÉTER.....	92

7.9.5 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE 2	94
7.9.6 LISTE DES AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE S'INQUIÉTER.....	95
7.9.7 EXERCICE DE L'AVOCAT DU DIABLE.....	96
7.9.8 PRENDRE CONSCIENCE ET ATTÉNUER L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE.....	98
7.9.9. MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE III	101
7.9.10 MANIFESTATIONS D'INTOLÉRANCE A L'INCERTITUDE	102
7.9.11 INCERTITUDE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	105
7.9.12 ÉTAPES DE LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES	106
7.9.13 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE IV	113
7.9.14 LISTE DES PROBLÈMES ACTUELS ET RÉCURRENTS.....	114
7.9.15 EXEMPLES DE RÉACTION CONTREPRODUCTIVE AUX PROBLÈMES.....	115
7.9.16 RÉSOLUTION D'UN PROBLÈME	116
7.9.17 L'EXPOSITION EN IMAGINATION.....	118
7.9.18 FIGURES NEUTRALISATION ET EXPOSITION	120
7.9.19 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE V	122
7.9.20 SCÉNARIO POUR L'EXPOSITION	123
7.9.21 FICHE D'EXPOSITION	125
7.9.22 RÉSUMÉ DE TRAITEMENT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE	126
7.9.23 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE VI.....	128
7.9.24 OBJECTIFS POUR POURSUIVRE VOTRE ÉVOLUTION	129
Section 8 : Bibliographie	130

Section 1 : Introduction

Quelques informations sur le TAG

Jusqu'au DSM-III, le TAG était un diagnostic d'exclusion pour les individus qui ne présentaient pas un autre trouble anxieux. Depuis le DSM-III-R, on le définit comme un trouble caractérisé par des inquiétudes chroniques et envahissantes. Depuis le DSM-IV et selon le DSM-5, le TAG est caractérisé par une anxiété et des inquiétudes excessives et incontrôlables au sujet de multiples situations et est associé à la fébrilité, la tension musculaire, la fatigabilité, les difficultés de concentration et les perturbations du sommeil. Qu'est-ce que l'inquiétude? L'inquiétude est une expérience humaine fondamentale. C'est un phénomène cognitif qui concerne des événements négatifs potentiels qui sont souvent improbables. L'inquiétude s'accompagne d'un état émotionnel négatif, par exemple l'anxiété ou la tristesse. La plupart des personnes atteintes du TAG s'inquiètent de plusieurs choses. Les thèmes d'inquiétude les plus communs sont la famille, les relations, la santé et le travail. L'inquiétude au sujet de problèmes mineurs et au sujet d'événements futurs improbables est assez spécifique du TAG. L'objet des inquiétudes ne doit pas se limiter aux manifestations d'un autre trouble à l'axe I (telles les attaques de panique dans le trouble panique, l'embarras en public dans l'anxiété sociale ou la contamination dans le trouble obsessionnel compulsif). Elle doit occasionner une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans diverses sphères de la vie.

Le TAG est une pathologie fréquente dont la prévalence à vie se situe autour de 6 % de la population générale. Il survient deux ou trois fois plus fréquemment chez la femme. L'âge du début est bimodal soit la fin de l'adolescence ou le début de la vingtaine et dans la trentaine ou quarantaine. Il prend le plus souvent la forme d'une maladie chronique qui fluctue dans le temps. Il s'agit d'une maladie mal reconnue : seulement 1/3 des patients seront traités de façon adéquate. Le TAG est associé à une altération significative du fonctionnement.

Le TAG présente une comorbidité très fréquente (jusqu'à 80 % des cas environ) en particulier avec le TPA, le TAS (Phobie sociale), la dépression et les troubles de la personnalité. Lorsqu'il y a une dépression co-morbide, la maladie est plus sévère et l'impact fonctionnel ainsi que l'impact économique sont plus importants. Le TAG est aussi associé à plusieurs conditions

médicales tels les troubles douloureux, l'hypertension, les problèmes cardiovasculaires et gastriques. La douleur est la raison de consultation médicale dans 72% des cas.

Section 2 : Évaluation du TAG

Les inquiétudes constituent le symptôme central dans le TAG. On peut les définir comme étant «un ensemble de pensées, d'images et de doutes qui s'enchaînent au sujet d'événements négatifs futurs» (Dugas et coll., 1997). Dans le TAG, les inquiétudes sont fréquentes, intenses, intrusives et surtout incontrôlables; elles s'accompagnent toujours d'une anxiété plus ou moins marquée. L'anxiété à son tour est responsable des différentes somatisations inhérentes à cette pathologie : asthénie, insomnie, tension musculaire, difficulté de concentration, etc.

Cette section se divise en deux parties :

- 2.1 Les critères diagnostiques du TAG selon le DSM-5
- 2.2 Les questionnaires et inventaires utilisés au moment de l'évaluation

2.1 Critères diagnostiques selon le DSM-5

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins six mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois).

N.B. : Un seul item est requis chez l'enfant.

 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 2. Fatigabilité
 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 4. Irritabilité
 5. Tension musculaire
 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, ou sommeil agité et non satisfaisant).
- D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, par exemple l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de

Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress post-traumatique.

- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex. hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

2.2 Questionnaires et inventaires utilisés au moment de l'évaluation

Dans le TAG, les inquiétudes sont un élément central. Elles peuvent être regroupées autour de plusieurs thèmes : famille, santé, travail, argent ou autres. Pour évaluer les inquiétudes, on demande d'abord au patient de compléter pendant une semaine ou plus la fiche «Prise de conscience des inquiétudes». On analyse ensuite le matériel ainsi recueilli sous les angles suivants :

1. Jusqu'à quel point les inquiétudes sont-elles excessives? Pour évaluer cet aspect, on peut poser les questions suivantes :
 - « Compte tenu de votre situation de vie, vos inquiétudes sont-elles excessives? »
 - « Selon votre conjoint(e), est-ce que vous vous inquiétez excessivement? »
 - « Est-ce qu'une autre personne (un proche, un ami, un voisin) serait aussi inquiète que vous concernant cette situation? »
 - « Est-ce que vous vous inquiétez pour des raisons mineures comme le fait d'avoir assez d'essence dans la voiture ou d'effectuer de banales réparations à la maison? »
 - « Lorsque ça va bien, est-ce que vous vous cherchez un sujet d'inquiétude? »

2. Jusqu'à quel point les inquiétudes sont-elles incontrôlables?
 - « Est-ce que l'inquiétude vous vient à l'esprit sans raison apparente?
 - Souvent sans aucun déclencheur.
 - La pensée fait-elle parfois intrusion spontanément? »
 - « Quand vous commencez à vous inquiéter, avez-vous de la difficulté à vous arrêter? »
3. Jusqu'à quel point les inquiétudes créent-elles de la détresse ou interfèrent-elles dans différentes sphères de la vie du patient?
 - Évaluer la détresse et l'interférence dans les différentes sphères de vie :
 - Dans les tâches quotidiennes.
 - Dans le travail ou les études.
 - Dans les activités sociales.
 - Dans les objectifs personnels.
 - Évaluer la diminution de la capacité de profiter de la vie.
 - « Est-ce que les inquiétudes vous amènent à éviter certaines situations ou à poser certains gestes? »
 - Identifier les comportements subtils d'évitement.
 - Identifier les vérifications excessives : documents, lectures ou autres.
4. Vérifier si le patient utilise des stratégies de neutralisation :
 - Activité physique.
 - Remplacer la pensée.
 - Se parler pour se rassurer.
 - Parler à quelqu'un pour se rassurer.
 - Se distraire.
 - Etc.

En plus de la fiche «Prise de conscience des inquiétudes», quatre autres questionnaires ou inventaires peuvent être utilisés pour évaluer différentes dimensions du TAG :

1. Questionnaire d'évaluation de la peur

Il existe une importante comorbidité entre le TAG et différentes pathologies en particulier les autres troubles anxieux. Ce questionnaire a pour but d'évaluer au moins superficiellement les autres troubles anxieux dont pourrait souffrir le sujet.

2. Inventaire de Beck pour la dépression

La comorbidité entre le TAG et la dépression est également importante. Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer la gravité des symptômes dépressifs du sujet.

3. Inventaire de Beck pour l'anxiété

Cet inventaire permet d'identifier et de mesurer les symptômes anxieux à la fois psychologiques et physiologiques par lesquels se manifeste le TAG.

4. Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété

Cette échelle précise les symptômes de TAG.

On peut également avoir recours à ces échelles complémentaires, au besoin pour évaluer les facteurs de maintien du TAG:

5. Échelle d'intolérance à l'incertitude

Cette échelle précise les croyances au sujet de l'incertitude (ex. inacceptable, indique des déficits, mène à la frustration, au stress, incapacité à passer à l'acte).

6. Pourquoi s'inquiéter (version II)

Questionnaire qui évalue les croyances positives au sujet de la fonction des inquiétudes (i.e. m'aident à résoudre les problèmes, me motivent, me protègent d'émotions négatives en cas d'issue négative, préviennent les issues négatives, est un trait de personnalité positif).

7. Questionnaire d'attitude face aux problèmes

Questionnaire évaluant les réactions émotionnelles et cognitives au sujet des problèmes.

8. Questionnaire d'évitement cognitif

Questionnaire évaluant le recours à des stratégies d'évitement cognitif. Il permet de déceler 5 types de stratégies d'évitement : 1) la substitution de pensées ; 2) la transformation d'images en pensées verbales ; 3) la distraction ; 4) l'évitement de stimuli déclenchant des pensées désagréables ; 5) la suppression des pensées.

Section 3 : Traitement pharmacologique du TAG

Selon le guide de pratique canadien publié par Katzman et al en 2013, les médicaments suivants sont couramment utilisés dans le TAG : les benzodiazépines (BZD), les antidépresseurs (ISRS, INRS, ATC), le pregabalin (anticonvulsivant), la quétiapine (antipsychotique). Notons toutefois que la TCC semble être aussi efficace que la médication, que ses effets semblent persister lors de suivis à 1 an et 3 ans et que les études n'ont pas démontré de façon convaincante que l'ajout de la pharmacothérapie à la TCC est plus efficace que la TCC seule. Par contre, si le patient ne répond pas bien à la TCC, il est raisonnable de tenter de prescrire un médicament.

Les principales considérations pouvant guider le choix du clinicien parmi les différents groupes de médicaments sont les guides de pratique, sa connaissance de ces médicaments, leurs effets secondaires, les traitements pharmacologiques préalables, les préférences du patient, le besoin d'une réponse rapide et la plus ou moins grande nécessité d'un traitement au long cours.

3.1 Les antidépresseurs du groupe des ISRS

Les antidépresseurs de la recapture de la sérotonine ou ISRS (escitalopram, sertraline, paroxétine, paroxétine CR) sont probablement aussi efficaces que les BZD à moyen ou à long terme dans le traitement du TAG. Leurs effets secondaires sont cependant plus nombreux (prise de poids, dysfonction sexuelle, interactions médicamenteuses, effets sur le fœtus, saignement, ostéoporose, idées suicidaires chez les patients en bas de 25 ans, virage maniaque chez les bipolaires), et leur délai d'action est beaucoup plus long. Par contre, ils ne créent pas de dépendance physiologique marquée et ils permettent de traiter la dépression qui est souvent présente. Ces avantages en font le premier choix de bien des cliniciens lorsque le TAG est sévère, en présence de comorbidité surtout de dépression et si on prévoit un traitement au long cours.

L'efficacité des ISRS précités ne semblant pas être tellement différente d'une molécule à l'autre dans le TAG, le médecin peut prescrire celle avec laquelle il est le plus familier tout en étant la mieux adaptée à la situation. Les patients souffrant de troubles anxieux étant particulièrement sensibles aux effets secondaires des médicaments, il est préférable de commencer avec des petites doses, soit environ 25 à 50 mg de sertraline, 10 mg de paroxétine et 5-10 mg d'escitalopram. On augmente ensuite graduellement la posologie en respectant les capacités d'adaptation du sujet. Les doses thérapeutiques quotidiennes sont généralement les mêmes que pour le traitement de la dépression, c'est-à-dire 50-200 mg de sertraline, 20-60 mg de paroxétine et 10-20 mg d'escitalopram. La posologie peut être augmentée après six à huit semaines si le patient n'est pas amélioré ou ne répond que partiellement à la médication. Soulignons que l'amélioration peut s'accentuer davantage pour une période pouvant aller jusqu'à trois mois.

3.2 Les autres antidépresseurs

Même s'ils sont aussi efficaces que les ISRS, les antidépresseurs tricycliques (ATC) tels l'imipramine sont beaucoup moins prescrits dans le TAG compte tenu de leurs effets secondaires plus marqués (anticholinergiques, blocage alpha-adrénnergique, délai de conduction) et de leur plus grande dangerosité en cas de surdose. Ils demeurent quand même un choix valable si on préfère, pour diverses raisons, ne pas utiliser un ISRS ou une BZD.

Les IRNS (inhibiteurs de la recapture de la norépinéphrine et de la sérotonine tels la venlafaxine et la duloxétine) constituent aussi un premier choix. Plusieurs d'entre eux ont même reçu l'approbation officielle de diverses agences gouvernementales pour le traitement du TAG.

Les données étant moins convaincantes ou plus contradictoires avec les autres antidépresseurs (bupropion, moclobemide, mirtazapine et vortioxétine), ils constituent des choix de deuxième intention.

3.3 Les benzodiazépines (BZD)

Les BZD, tels l'alprazolam, bromazepam, diazepam et lorazepam, réduisent l'intensité, la fréquence et la durée de la plupart des symptômes du TAG. Elles sont particulièrement efficaces, donc particulièrement indiquées, en présence de symptômes somatiques comme de l'insomnie, de la tension musculaire, des troubles digestifs, respiratoires ou autres. Leur principal avantage provient de leur rapidité d'action qui permet de contrôler la symptomatologie dans un temps très court. Leur principal inconvénient réside dans la dépendance à la fois physiologique et psychologique qui découle de leur usage à moyen et à long terme. Leur cessation entraîne donc des symptômes de rebond, c'est-à-dire le retour de façon plus marquée des symptômes pour lesquels elles avaient été prescrites. Ces symptômes de rebond sont accompagnés de symptômes de sevrage : anxiété, insomnie, agitation, tremblements, nausées, douleurs abdominales, etc.

Elles comportent aussi des effets secondaires tels l'incoordination psychomotrice, les troubles mnésiques, les accidents, les chutes, la dépression respiratoire, la somnolence et un risque de désinhibition.

Pour toutes ces raisons, il s'agit d'un traitement en seconde intention.

Compte tenu de leurs avantages et de leurs inconvénients, les BZD sont surtout indiquées pour le traitement d'un TAG qui n'est pas associé à une dépression. Le traitement est généralement de courte durée même si contrairement à une croyance répandue, leur effet anxiolytique persiste au long cours et les usagers en abusent rarement. On doit quand même être très prudent avant de les prescrire à des personnes souffrant de toxicomanie, de troubles de la personnalité qui n'ont jamais eu de problème de consommation, de déficience intellectuelle et de démence. Plus elles sont administrées à de fortes doses et pour de longues durées, plus leur sevrage devra se faire lentement et graduellement.

À notre avis, les BZD possédant une longue demi-vie comme le diazépam (Valium) produisent moins de dépendance et de symptômes de retrait et sont donc préférables aux BZD

dont la demi-vie est courte comme l'alprazolam (Xanax) et le clonazépam (Rivotril). De petites doses de diazépam (10 mg en une ou deux prises) ou d'alprazolam (0.5 mg B.I.D. ou T.I.D.) sont généralement suffisantes pour contrôler au moins partiellement les symptômes. En général, les facteurs associés à la dépendance aux BZD sont la puissance, la dose et la durée d'utilisation, le dernier étant le plus important.

3.4 Les anticonvulsivants

Le prégabalin semble aussi efficace que les benzodiazépines. Il agit rapidement (au bout d'une semaine) et favorise le sommeil. Il peut être utilisé en monothérapie (dose moyenne de 225 mg dans les études, avec dans certaines études diminution de l'anxiété somatique à 600 mg et de l'anxiété psychique à 400 mg) ou en combinaison avec un antidépresseur (aux doses variant entre 150-600 mg die). Il y aurait un potentiel d'abus.

L'acide valproïque (500 mg TID), malgré le potentiel de prise de poids et de toxicité hépatique peut être considéré dans des cas de TAG résistant.

3.5 Les antipsychotiques atypiques

La quetiapine XR (50-150 mg) semble être équivalente aux antidépresseurs. Par contre elle est associée à un gain de poids, sédation et un taux plus élevé d'abandon attribuable aux effets secondaires comparée au placébo ou aux antidépresseurs. À cause des effets secondaires à long terme et de sa tolérabilité, il s'agit d'un traitement en seconde intention pour les patients qui ne peuvent recevoir d'antidépresseurs ou de benzodiazépines.

3.6 Les autres médicaments

Les azapiroïnes (buspirone ou Buspar, gepirone et ipsapirone) ont démontré leur efficacité dans le traitement du TAG en particulier lorsque les symptômes d'origine

psychologique comme les inquiétudes et l'irritabilité prédominent. Elles possèdent des propriétés antidépressives, elles ne créent pas de dépendance physiologique et elles ne comportent pas de dangerosité. Par contre, un long délai d'action (trois à quatre semaines) et l'absence d'effet euphorisant les rendent moins populaires auprès des patients (pourcentage d'abandon plus élevé) surtout si ceux-ci ont fait l'essai d'une BZD au préalable. Il s'agit d'un traitement de seconde intention.

La seule azapirone commercialisée en Amérique du Nord demeure la buspirone (Buspar). Sa demi-vie étant très courte, elle doit être prescrite à des doses fractionnées. On débute généralement avec une dose de 15 mg par jour (5 mg trois fois par jour) et si tout va bien, on augmente graduellement jusqu'à une dose de 45 mg par jour (15 mg trois fois par jour). La dose typique est 30 mg. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, certains cliniciens se rendent jusqu'à une dose totale de 60 mg par jour.

L'hydroxyzine (50-100 mg), un antihistaminique, semble aussi efficace que les benzodiazépines et la buspirone mais elle n'est pas souvent utilisée en clinique malgré l'absence de potentiel d'abus, d'effets secondaires sexuels. Elle est associée à une somnolence transitoire.

Recommandations pour la pharmacothérapie du TAG (Katzman et al, 2013)	
1 ^{ère} ligne	Agomélatine, duloxétine, escitalopram, paroxétine, paroxétine CR, prégabalin, sertraline, venlafaxine XR
2 ^{ème} ligne	Alprazolam, bromazepam, bupropion XL, buspirone, diazepam, hydroxysine, imipramine, lorazepam, quetiapine XR, vortioxetine
3 ^{ème} ligne	Citalopram, divalproex chrono, fluoxétine, mirtazapine, trazodone
Adjuvant	2 ^{ème} ligne : pregabalin 3 ^{ème} ligne : aripiprazole, olanzapine, quetiapine, quetiapine XR, risperidone

3.7 Autres considérations

1. La prescription d'une médication peut être indiquée dans le TAG si le patient n'a pas bien répondu à la psychothérapie, si des symptômes résiduels persistent ou si le patient préfère prendre une médication que d'entreprendre une psychothérapie. En l'absence de comorbidité et si la symptomatologie est légère ou modérée, une médication est moins nécessaire et il est alors encore plus important de ne prescrire qu'après avoir bien pesé les avantages et les inconvénients et en avoir discuté avec le patient.
2. Lorsque la symptomatologie est sévère, plusieurs cliniciens combinent une BZD avec un ISRS pour obtenir un soulagement plus rapide en début de traitement. La BZD est retirée graduellement après quelques semaines lorsque l'antidépresseur commence à produire son effet.
3. Quelle que soit la molécule en cause, il n'existe pas de critère précis concernant la durée du traitement lorsqu'un médicament est prescrit dans le TAG. On s'entend toutefois pour recommander une plus longue durée d'utilisation si le TAG est sévère, s'il est chronique, en présence de comorbidité et en l'absence d'une psychothérapie cognitivo-comportementale.
4. Une rechute survient dans une majorité de cas lorsque le traitement pharmacologique est cessé surtout s'il n'a pas été combiné avec une psychothérapie cognitivo-comportementale. En cas de rechute, on a intérêt à reprendre la médication en même temps que le traitement cognitivo-comportemental.
5. Lorsque la phase aiguë de la maladie est terminée et si la symptomatologie est bien contrôlée, il est préférable de diminuer la posologie d'entretien à la plus faible dose efficace.

Section 4 : Modèle cognitivo-comportemental pour la compréhension du TAG

4.1 Modèle de l'intolérance à l'incertitude de Dugas, Ladouceur et collègues (2004)

Intolérance à l'incertitude

Lorsqu'une personne est inquiète et anxieuse, elle cherche à diminuer son malaise en tentant d'identifier la nature exacte du danger et les moyens pour y faire face. Il s'agit là d'une attitude saine si elle demeure modérée. Dans le TAG, elle prend souvent des proportions extrêmes au point où le sujet n'accepte plus les incertitudes inévitables qui font partie de la condition humaine. Cette attitude contribue à accentuer les inquiétudes et l'anxiété en même temps qu'elle conduit à un désir exagéré de contrôle et de réassurance. Dugas, Ladouceur et collègues (2004) ciblent donc l'intolérance à l'incertitude qui sous-tend le TAG. L'individu atteint est allergique à l'incertitude c'est-à-dire que même un événement anodin peut générer une réponse anxieuse disproportionnée.

Les croyances fausses face aux inquiétudes

Pourquoi la personne atteinte du TAG est-elle constamment inquiète? C'est, entre autres, parce qu'elle tend à surévaluer l'utilité de s'inquiéter pour :

- Prévenir des problèmes ou trouver des solutions à ses problèmes. Les croyances concernant l'utilité des inquiétudes pour la résolution de problèmes impliquent que de s'inquiéter aide à régler les problèmes, permet de trouver de meilleures solutions, d'être plus vigilant, d'être mieux préparé, de réagir de façon plus réfléchie, plus efficace, et même de prévoir les problèmes et de les éviter.
- Se préparer émotivement à des événements difficiles. Les croyances concernant les conséquences émotionnelles sont les croyances voulant qu'en s'inquiétant on puisse se protéger des émotions négatives, que le fait de s'inquiéter "d'avance" pour quelque chose va nous protéger contre la déception, la tristesse, la culpabilité.

- Influencer les événements de la vie (pensée magique). Les croyances concernant le pouvoir des pensées sont les croyances qui véhiculent l'idée que le simple fait de s'inquiéter de quelque chose peut avoir un effet sur les événements, que nos inquiétudes ont un pouvoir sur la survenue ou la non-survenue d'événements négatifs ou positifs.
- Être aimé des autres (trait de personnalité positif). Les croyances concernant l'origine des inquiétudes sont les croyances voulant que les inquiétudes fassent partie de notre personnalité, que c'est un trait de caractère avec lequel on doit vivre, qu'on est «fait comme ça» et que ça ne changera jamais.
- Se motiver à faire des choses qu'on doit faire. etc...

Notons ici que la principale conséquence de ces croyances consiste à empêcher la personne de prendre des mesures concrètes et efficaces pour diminuer ses inquiétudes.

L'orientation inefficace face aux problèmes

L'individu atteint du TAG peut entretenir des croyances et des attitudes dysfonctionnelles face aux problèmes. Il peut par exemple nier la présence du problème, penser qu'il est anormal d'avoir un problème ou voir le problème comme une menace plutôt qu'un défi.

L'individu a une attitude négative face aux problèmes car il ne croit pas être en mesure de trouver des solutions, perçoit les problèmes comme des menaces, devient facilement frustré lorsqu'il est confronté à un problème.

Face aux événements dont l'issue est incertaine, l'individu peut rechercher des solutions parfaites qui diminueront l'incertitude. Il peut tenter de diminuer l'incertitude en générant des problèmes possibles, en examinant des solutions possibles, en évaluant ces solutions selon des critères de certitude et d'issue parfaite, en rejetant ces solutions et en s'inquiétant pour atteindre la certitude. Il peut rechercher la réassurance de l'entourage pour les mêmes motifs.

Or ces attitudes et ces croyances l'empêchent de prendre pleinement conscience de ses problèmes et de les régler avec efficacité. Il en résulte un accroissement des inquiétudes et de l'anxiété.

Les problèmes peuvent aussi persister dans le temps à cause de déficits dans la méthode de résolution de problèmes. Ainsi, l'individu atteint d'un TAG peut :

- Définir le problème de façon vague et générale
- Ne pas penser à plusieurs solutions alternatives
- Éviter de faire face au problème ou tenter de le résoudre de façon impulsive
- Ne pas évaluer si la solution a donné les résultats escomptés

Il faudra donc réévaluer les croyances concernant les problèmes et enseigner des habiletés de résolution de problèmes.

L'évitement cognitif

Lorsque les inquiétudes et l'anxiété créent trop de souffrance chez l'individu, celui-ci utilise plus ou moins consciemment divers mécanismes pour les diminuer. On les appelle mécanismes ou stratégies de neutralisation. Certains sont cognitifs comme de chasser les pensées inquiétantes, se parler pour se rassurer ou se distraire en pensant à autre chose. D'autres sont comportementaux comme de se distraire en faisant autre chose ou de chercher à se faire rassurer par des personnes de l'entourage.

Mais, quelle que soit leur nature, les stratégies de neutralisation amènent une détérioration de la situation :

- a. Parce qu'elles sont généralement inefficaces. «Essayer de ne pas penser à quelque chose ne fonctionne pas, cela peut même augmenter la fréquence d'une pensée» (Dugas et coll., 1997).
- b. Parce qu'elles empêchent la personne d'évaluer objectivement ses inquiétudes et ses problèmes et de les dédramatiser ou de les régler plutôt que de les éviter.
- c. Parce qu'elles l'empêchent également de réaliser que même si elle est désagréable et source de souffrance, l'anxiété générée par les inquiétudes ne s'accentue pas indéfiniment et elle demeure supportable à condition de ne pas être amplifiée par la dramatisation.

On rapporte par ailleurs que l'inquiétude est une forme d'évitement cognitif. En effet, l'inquiétude prend souvent la forme d'un monologue interne qui est utilisé pour éviter les images mentales plus menaçantes et qui est associé à une diminution des réactions physiologiques liées à l'anxiété (Behar et al, 2009). Cette inhibition des expériences somatiques et

émotionnelles nuit au traitement émotionnel de la peur ainsi que l'habituation et l'extinction qui devrait s'ensuivre. Aussi, comme la personne atteinte du TAG ne va pas jusqu'au bout de ses inquiétudes, elle demeure persuadée que le pire peut survenir et qu'elle ne pourra pas y faire face ce qui maintient l'anxiété. Elle n'a pas l'occasion de confronter sa peur.

La combinaison de ces quatre facteurs d'entretien (l'intolérance à l'incertitude, les croyances fausses face aux inquiétudes, l'orientation inefficace face aux problèmes et l'évitement cognitif) empêche, comme nous venons de le voir, l'individu d'adopter une ligne de conduite efficace pour diminuer ses inquiétudes et régler ses problèmes. Elle l'entraîne par le fait même dans un cercle vicieux qui contribue à augmenter tant ses inquiétudes que le reste de la symptomatologie. Il en résulte de la démoralisation et de l'épuisement qui débouchent fréquemment sur une dépression plus ou moins sévère.

La thérapie comprend donc l'auto-observation des inquiétudes, la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter, l'augmentation de la tolérance à l'incertitude par des expériences comportementales, l'enseignement de la résolution de problèmes pour les problèmes actuels et récurrents et la modification des croyances concernant les problèmes (qui font partie de la vie normale et qui peuvent être une opportunité plutôt qu'une menace), l'exposition écrite pour les inquiétudes concernant des événements éventuels (p.ex. la possibilité d'être victime d'un accident).

4.2 Autres modèles cognitivo-comportementaux contemporains

Modèle cognitivo-comportemental du TAG de Beck (1985, 2005)

Selon Beck (1985, 2005), les réponses d'anxiété ont une fonction adaptative dans l'évolution de l'espèce humaine. Les réponses d'anxiété protègent l'individu qui fait face à une menace :

- Défense active : Hypervigilance, sensibilité au bruit, tachycardie pour favoriser la réponse de lutte ou de fuite
- Réponse d'inhibition : arrêt de la pensée, conscience diminuée, rigidité musculaire pour éviter de prendre des risques

- Démobilisation : faiblesse, fatigue, diminution de la tension artérielle pour favoriser la paralysie et éviter que l'individu ne soit détecté par les prédateurs
- Réponses à la menace : lutte, fuite, paralysie, s'évanouir, éviter, s'accrocher, demander de l'aide avec les pensées qui y correspondent (« je ne peux bouger », « qu'est-ce qui m'arrive ? Etc... »)

Face à la menace, l'individu se bat, fuit, est paralysé, s'évanouit, s'accroche, appelle à l'aide et présente les cognitions correspondantes (« qu'est-ce qui m'arrive ? », « je dois fuir » etc.).

Dans l'anxiété, on note des biais dans le traitement de l'information :

- Hypervigilance
- Fausse alarme
- Perte d'objectivité
- Généralisation du danger à d'autres stimuli
- Catastrophisation
- Focus excessif sur les issues négatives
- Intolérance à l'incertitude
- Perte d'habituation

Selon le modèle cognitivo-comportemental, certains individus ont une prédisposition génétique à l'activation des symptômes d'anxiété et à la perception d'une menace. Lorsque l'anxiété est déclenchée, celle-ci est amplifiée et maintenue par des distorsions cognitives (Leahy, 1996) :

Pensées automatiques biaisées :

Dramatisation : « Un grave danger me menace »

Étiquetage : « Je suis un échec »

Pensée dichotomique : « Je suis tout à fait en contrôle, je ne suis plus du tout en contrôle »

Généralisation à outrance : « Je ne peux pas composer avec cette anxiété, je ne peux pas faire face aux imprévus »

Croyances mésadaptées :

Je dois me débarrasser de tout signe d'anxiété, pour toujours
 L'anxiété et les inquiétudes sont malsaines
 Si on savait que j'étais anxieux, on me rejettterait
 Je ne devrais pas être anxieux

Schémas dysfonctionnels :

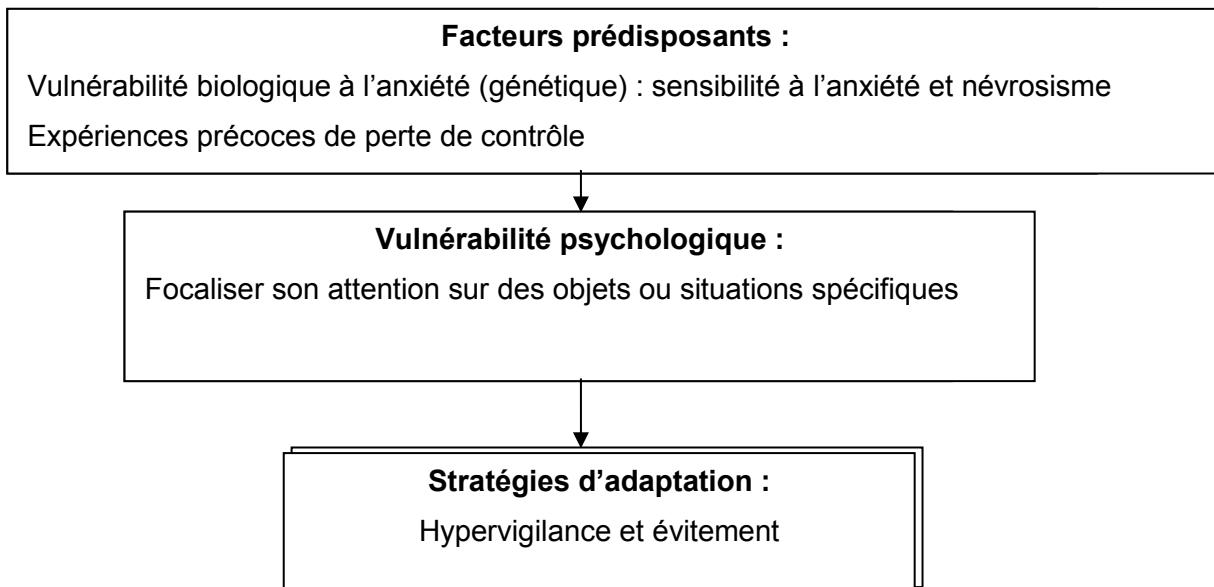
Menace biologique : L'anxiété signifie que je suis malade
 Humiliation : On va rire de moi
 Contrôle : Je suis totalement en contrôle ou pas du tout
 Autonomie : Si je suis anxieux, je suis faible et dépendant
 Abandon : Je vais être abandonné

Lazarus et Folkman (1984) évoquent l'interaction entre l'événement et la perception que l'individu est capable de faire face à la menace. Cette évaluation influence l'impact émotionnel d'un événement. Le thérapeute ciblera la perception que l'individu est incapable de faire face à la situation et que la menace est insurmontable.

Modèle de la perte de contrôle de Barlow (1988)

Selon Barlow, l'état d'excitation, l'hypervigilance et les inquiétudes émergent de l'interaction entre 5 facteurs : événement négatif, vulnérabilité biologique, réponse diffuse au stress, vulnérabilité psychologique (associée au sentiment de perte de contrôle et de prévisibilité), présence/absence de stratégies d'adaptation ou de réseau de soutien qui peuvent contrer l'impression de ne plus être en contrôle. A l'intérieur du cycle d'appréhension anxiouse, des fausses alarmes peuvent exacerber le sentiment de perte de contrôle et de vulnérabilité. En focalisant l'attention sur des événements mineurs, l'individu a l'impression qu'il n'est plus en contrôle de l'anxiété et l'anxiété est généralisée à des situations anodines.

Selon le modèle de la théorie émotionnelle :



Le traitement proposé est la diminution de l'éveil autonome par la relaxation, l'amélioration des stratégies d'adaptation, restructuration cognitive, stratégies d'acceptation et de pleine conscience.

Modèle de l'évitement de Borkovec (2004)

Selon Borkovec, les inquiétudes sont une stratégie d'évitement émotionnel de l'anxiété. L'individu tente de supprimer les images négatives associées à des issues négatives et catastrophiques. L'anxiété est maintenue par le renforcement négatif de la fuite et de l'évitement, ce qui renforce l'idée que ces deux stratégies sont les seules qui permettent de composer avec l'anxiété. On prévient les issues catastrophiques en anticipant la fuite ou l'évitement.

Modèle de la thérapie métacognitive de Wells (1997)

Selon Wells et Butler (1997), les métacognitions sont des croyances au sujet de la nature et de la fonction de la pensée. Dans le TAG, l'individu a des métacognitions positives (p.ex. « les inquiétudes sont utiles car elles m'aident à résoudre des problèmes ») et des

métacognitions négatives (p.ex. « je ne suis pas en contrôle de mes inquiétudes et celles-ci sont dangereuses).

Les patients atteints de TAG surestiment la probabilité qu'un événement négatif va survenir, estiment que le coût sera élevé et interprètent les événements ambigus comme étant menaçants. Ils distinguent les inquiétudes de type 1 (inquiétudes au sujet des menaces externes ou internes-p.ex. le manque d'argent) des inquiétudes de type 2 (inquiétudes au sujet des inquiétudes-p.ex. « Je suis tellement inquiet que je vais devenir fou »). Ainsi face à une situation potentiellement menaçante, l'individu commence à s'inquiéter pour pouvoir se protéger. Lorsqu'il remarque qu'il s'inquiète, il s'inquiète d'être si inquiet. Lorsqu'il remarque les symptômes associés à l'anxiété (ex. sueurs, troubles de concentration, fatigue), il s'inquiète encore plus...

Le thérapeute identifie les métacognitions (croyances au sujet des coûts et bénéfices des inquiétudes), propose des expériences tel le délai dans les inquiétudes (i.e. s'inquiéter à heures fixes pendant une durée déterminée et, le reste de la journée, identifier les inquiétudes et se promettre d'y réfléchir seulement pendant la période allouée pour les inquiétudes), réévaluer l'évitement des activités et des pensées, imaginer des issues positives. D'autres stratégies incluent des expériences comportementales au sujet du danger associé aux inquiétudes (p.ex. proposer à l'individu de tenter de devenir fou) et des exercices de pleine conscience (p.ex. permettre aux inquiétudes d'être présentes et les observer dans le paysage mental comme des nuages qui traversent le ciel).

Section 5 : Principales étapes du traitement cognitif comportemental du TAG

Le traitement cognitivo-comportemental du TAG qui sera présenté ici découle essentiellement du modèle de l'intolérance à l'incertitude.

5.1 Évaluation

Comme pour n'importe quelle pathologie psychiatrique ou organique, une évaluation détaillée est essentielle avant de débuter le traitement. En plus de l'histoire de cas habituelle, on peut compléter l'évaluation du TAG au moyen de questionnaires ou d'inventaires essentiels à la bonne marche du traitement et qui permettent de suivre l'évolution en cours de route (voir section 2). Si possible, une rencontre avec les membres de la famille ou de l'entourage est souvent utile pour recueillir des informations collatérales.

Tâche à domicile : Remplir les questionnaires et lire les textes explicatifs remis par le thérapeute (p.ex. le document intitulé « trouble d'anxiété généralisée » de Michel Dugas <http://www.anxietycanada.ca/french/pdf/brochures/lire/GADFr.pdf> ou le texte intitulé « Compréhension du trouble d'anxiété généralisée » en annexe à ce guide).

5.2 Présenter les symptômes du trouble d'anxiété généralisée et les principes de la thérapie cognitivo-comportementale

Buts :

- Reconnaître les symptômes du TAG
- Définir les inquiétudes
- Discuter des principes et modalités de la TCC
- Prise de conscience des inquiétudes

1. Présenter les symptômes du TAG (modèle) :

- a. Le TAG est un trouble anxieux très répandu (3% de la population).
- b. Présenter les critères du DSM-5.
- c. Présenter le modèle cognitivo-comportemental du TAG en l'appliquant à la symptomatologie du patient : *Face à une situation (facteur déclencheur), l'individu se pose des questions à répétition (et si?) générant ainsi un flot d'inquiétudes (pensées déclenchées par la question « et si? ») accompagné d'une anxiété (malaise ressenti) qui peut se manifester sur le plan somatique (p.ex. des tensions musculaires, fatigue, insomnie) et/ou psychologique (irritabilité, nervosité, troubles de concentration), suivie de démoralisation, conséquence des pensées négatives répétées, et d'épuisement secondaire à l'anxiété récurrente.*

2. Définir les inquiétudes.

- Il s'agit d'un ensemble de pensées qui s'enchaînent, au sujet d'événements négatifs futurs, et qui est accompagné d'anxiété.
- Contrairement à la planification qui considère à la fois les côtés positifs et négatifs de la situation, l'inquiétude n'en retiendra que les côtés négatifs.
- L'inquiétude peut aider l'individu mais lorsqu'elle est excessive, elle l'empêche de bien fonctionner (présentation de la courbe de U inversée).
- Il existe deux types d'inquiétudes : celles qui portent sur un problème actuel qui existe déjà (p.ex. mon chauffe-eau ne fonctionne plus) et celles qui portent sur un problème potentiel, éventuel (ex. si mes parents prennent l'avion, celui-ci pourrait s'écraser). A chaque type de problème correspond une technique différente.

3. Présenter le traitement:

- a. La thérapie cognitivo-comportementale. Il faut entre autres expliquer que :
 - La TCC étudie l'interrelation entre les émotions, les pensées et les comportements.
 - Elle vise à fournir une nouvelle compréhension du problème, à développer des nouvelles habiletés afin de favoriser la gestion autonome des difficultés.
 - Elle s'appuie sur une collaboration active entre le patient (qui connaît bien le problème) et le thérapeute (qui connaît bien la thérapie).
 - Elle est centrée sur le moment présent.

- Le patient devra mettre en pratique les techniques enseignées entre les séances.
 - Il s'agit d'une thérapie brève et structurée (15 sessions hebdomadaires de 50-60 minutes).
- b. Expliquer sommairement le rôle de l'évitement dans le maintien des troubles anxieux :
- Pour éviter l'anxiété, l'individu évite ou fuit les situations appréhendées ce qui l'empêche de confronter sa peur et de réaliser que rien de catastrophique ne se produit. C'est l'évitement comportemental.
 - Il peut aussi éviter de penser à ce qui le rend anxieux (se distraire, s'occuper à autre chose) mais sera alors envahi par les inquiétudes par phénomène rebond.
 - Il peut aussi tenter d'éviter de faire face à l'incertitude en se rassurant ou en s'inquiétant ce qui entretient le problème.
 - Toutes ces stratégies d'évitement empêchent l'individu de réaliser que rien de catastrophique ne se produira si on fait face aux situations appréhendées, qu'il est capable de faire face à ce qui est difficile, que l'intensité de l'anxiété finit par diminuer avec le temps.
- c. Présenter la structure des séances :
1. Retour sur la dernière séance.
 2. Retour sur les tâches à domicile.
 3. Présenter un nouveau concept/une nouvelle technique.
 4. Assigner une tâche à domicile qui permette d'appliquer ce concept/technique.
 5. Remettre les feuilles d'exercice, le texte à lire (s'il y a lieu), le carnet d'auto-enregistrement.
- d. À la lumière de ces explications, évaluer la motivation et les attentes du patient.
- e. Puis, de concert avec ce dernier, tracer un plan de traitement clair comportant des objectifs précis et limités.

Tâche à domicile : Présenter l'exercice de prise de conscience des inquiétudes dans le quotidien c'est-à-dire demander au patient de noter les inquiétudes 3 fois par jour, à des moments prédéterminés et noter alors le niveau d'anxiété de 0 à 8. Il s'agit d'un exercice de prise de conscience des inquiétudes dans le quotidien. Le thérapeute aide le patient à distinguer l'inquiétude de l'anxiété puis l'anxiété de la dépression.

5.3 Prescrire une médication si c'est indiqué

Voir section 3.

5.4 Questionner l'utilité de s'inquiéter

Buts :

- Explorer les différentes façons de surestimer l'utilité des inquiétudes
- Faire le lien entre la surestimation de l'utilité des inquiétudes et l'intolérance à l'incertitude
- Réévaluer les croyances concernant l'utilité de s'inquiéter

1. Explorer les croyances au sujet de l'utilité de s'inquiéter

Si l'individu s'inquiète de façon excessive depuis un certain temps, c'est souvent parce qu'il perçoit l'inquiétude comme étant utile. Le thérapeute peut demander au patient de faire la liste des avantages potentiels de cette stratégie et lorsque le patient a épousé toutes les raisons de s'inquiéter ajouter des croyances rapportées dans la littérature du TAG :

- a. S'inquiéter permet de résoudre des problèmes ou prévenir le pire ou parer aux imprévus
- b. S'inquiéter nous protège des émotions négatives (on ressent moins de déception, de culpabilité, ou de tristesse si le pire survient)
- c. S'inquiéter nous permet d'influencer le comportement des autres, de montrer son soutien, de démontrer son amour, de les aider à faire face aux problèmes
- d. S'inquiéter peut modifier le cours des événements (l'inquiétude pourra, par le simple pouvoir de la pensée, favoriser ou prévenir la survenue d'un événement)
- e. S'inquiéter fait partie de notre personnalité (c'est un trait immuable du caractère qu'on ne peut changer)

2. Explorer la possibilité qu'il ne soit pas utile de s'inquiéter

Le thérapeute invite alors le patient à effectuer l'exercice de l'avocat du diable en identifiant pour chaque croyance les preuves et les contre-preuves :

- *Quels sont les éléments/les preuves qui vous font dire qu'il est utile de s'inquiéter?*
- *Si vous aviez à me convaincre que s'inquiéter n'était pas utile, quels seraient vos arguments?*
- *En ce moment, croyez-vous qu'il est utile ou non de s'inquiéter?*
- *Avez-vous déjà pris le temps de remettre en question et de vérifier l'utilité réelle de vous inquiéter? Si oui, comment et quelles ont été vos conclusions?*

3. Faire la liste des inconvénients associés aux inquiétudes

Le thérapeute pourra faire la liste des inconvénients associés aux inquiétudes et expliquer que même si s'inquiéter peut être utile, les inquiétudes excessives peuvent paralyser et amplifier des symptômes d'anxiété (principe de la courbe en U). Le thérapeute suggère au patient de se questionner sur l'utilité d'une inquiétude spécifique lorsqu'il se met à s'inquiéter.

Tâche à domicile : Compléter la « liste des avantages et des désavantages de s'inquiéter » et « l'exercice de l'avocat du diable » (réévaluer la possibilité qu'il ne soit pas utile de s'inquiéter).

5.5 Intolérance à l'incertitude

Buts:

- Définir l'intolérance à l'incertitude
- Faire le lien entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes excessives
- Voir l'importance de cibler l'augmentation de la tolérance à l'incertitude

1. Définir l'intolérance à l'incertitude :

L'intolérance à l'incertitude (i.e. la non-acceptation de la possibilité, même infime, qu'un événement négatif puisse se produire) est un facteur central dans le maintien du TAG. Il s'agit d'une sorte d'allergie à l'incertitude, une réaction excessive lorsque l'individu n'est pas sûr de savoir ce qui va se passer. Le thérapeute peut donner l'exemple de deux individus qui apprennent qu'ils vont devoir subir des examens médicaux pour un mal de ventre, l'un présentant des inquiétudes transitoires et l'autre élaborant des scénarios catastrophes, cherchant à être rassuré par différents moyens et présentant des symptômes anxieux

incapacitants. Ajoutons que l'intolérance à l'incertitude peut se manifester seulement dans certains domaines de la vie (p.ex. les enfants) et pas d'autres (p.ex. le travail).

2. Expliquer comment l'intolérance à l'incertitude mène à l'inquiétude :

Le thérapeute explique ensuite que le fait de se poser à répétition des questions (« et si? ») nous amène à percevoir les éventualités négatives d'une situation, ce qui porte à s'inquiéter davantage. Une mauvaise évaluation des probabilités que chaque situation appréhendée ne survienne amplifie le sentiment de vulnérabilité (p.ex. la personne intolérante à l'incertitude aura tendance à croire qu'il existe une forte probabilité que l'avion sur lequel elle se trouve va s'écraser). La difficulté à accepter qu'une issue négative puisse survenir, même si la probabilité est mince, nous amène à nous inquiéter davantage (ainsi, même si elle croit qu'il y a peu de chance que l'avion ne s'écrase, elle ne peut accepter qu'il ne soit pas entièrement impossible que cela puisse se produire).

Le thérapeute demande au patient de donner un exemple d'une situation où il a dû faire face à une problématique dont l'issue est incertaine et de décrire comment cela l'a amené à s'inquiéter.

3. Présenter les deux types de réactions face aux inquiétudes :

Pour augmenter leur sentiment de certitude lorsqu'ils font face à une situation incertaine, les individus souffrant d'un TAG peuvent tenter de la contourner ou de l'éliminer en l'évitant ou en réagissant de façon excessive.

Évitement	Sur réaction
Procrastiner	Ne pas déléguer
Trouver des obstacles artificiels	Revérifier
S'engager partiellement	Rechercher plus d'information
S'éparpiller	Chercher réassurance
	Remettre en question les décisions
	Surprotéger

Le thérapeute explique au patient que même si l'inquiétude peut diminuer l'anxiété à court terme :

- Elle n'apporte qu'un soulagement temporaire
- Elle est vouée à l'échec puisque l'incertitude fait partie de la vie (même s'il s'agit d'un comportement prudent, il n'y a aucune garantie lorsqu'on fait des placements financiers, lorsqu'on va chez le médecin pour un examen médical qu'aucun danger ne nous guette)
- La recherche de certitude diminue la tolérance à l'incertitude (le comportement de vérification alimente l'idée qu'il pourrait être grave de ne pas vérifier la prochaine fois : « si je n'avais pas vérifié, la catastrophe serait arrivée »).

Le thérapeute invite le patient à compléter l'exercice des « Manifestations d'intolérance à l'incertitude » (liste qui comprend toutes sortes de manifestations de l'intolérance à l'incertitude : le patient indique celles qui s'appliquent à lui et peut ajouter au moins deux exemples personnels)

4. Solution : augmenter la tolérance à l'incertitude

Comme l'incertitude fait partie de la vie, il est préférable d'augmenter la tolérance à l'incertitude plutôt que de continuer à chercher à éliminer l'incertitude par les inquiétudes, l'évitement et la sur-réaction.

Pour ce faire, il faut s'exposer aux situations incertaines. On apprend alors qu'on peut composer avec l'imprévu et qu'il n'est pas nécessaire de s'inquiéter de façon excessive pour éviter que la catastrophe ne survienne. Ainsi, lorsqu'on apprend à conduire, même si on est nerveux au début, on développe une aisance et un confort avec la pratique.

Tâche à domicile : Le thérapeute et le patient choisissent une action à poser pour augmenter la tolérance à l'incertitude. Le thérapeute explique que le patient doit choisir une action qui l'expose à l'incertitude et la faire durant la semaine. Le but n'est pas l'action en soi mais plutôt de commencer à développer de nouvelles habitudes face à l'incertitude. Le patient doit remplir la fiche intitulée « Incertitude et changement de comportement » où il décrit l'action choisie, l'inconfort ressenti pendant l'action, les pensées présentes pendant l'action et les observations après avoir fait l'action.

5.6 La résolution de problème

Buts :

- Connaître globalement les 5 étapes de la résolution de problèmes
- Comprendre l'importance de l'orientation face aux problèmes
- Approfondir les notions de la première étape de la résolution de problèmes, à savoir l'orientation inefficace aux problèmes
- Acquérir ou consolider les habiletés nécessaires à la résolution de problèmes

Dès le début, c'est-à-dire au moment de l'évaluation, les principaux problèmes à l'origine des inquiétudes ont été départagés en problèmes actuels et hypothétiques. La résolution de problèmes s'adresse aux problèmes actuels, c'est-à-dire à ceux à qui existent déjà et auxquels l'individu doit faire face.

Les individus qui présentent un TAG peuvent avoir des réactions initiales contre-productives telles que continuer à s'inquiéter au lieu de chercher à régler le problème. L'anxiété mine alors la capacité à résoudre les problèmes ce qui maintient les inquiétudes.

De plus, ils peuvent aussi présenter des déficits au niveau de la résolution de problème (p.ex. cibler un problème trop vague ou dans sa globalité, se centrer sur une seule solution, se décourager rapidement si la solution tentée ne fonctionne pas).

A cette étape, le thérapeute enseigne donc une démarche efficace pour réussir à résoudre les problèmes. On la nomme «démarche de résolution de problèmes» et ses principales étapes sont les suivantes :

- Identifier sa réaction face au problème
- Définir le problème et formuler des objectifs
- Identifier des solutions alternatives (« remue-méninges »)
- Prendre une décision
- Appliquer la solution et évaluer le résultat

5.6.3 Réaction face aux problèmes

Le thérapeute peut d'abord demander au patient comment il réagit face aux problèmes. Il abordera ensuite les différents types de réactions. Il mettra l'accent sur ceux qu'il observe chez le patient. Il pourra expliquer qu'une réaction émotionnelle problématique pourrait nuire à la capacité de résoudre des problèmes.

L'orientation inefficace face aux problèmes peut se manifester de diverses façons :

- a. **Ne pas voir le vrai problème** : Par exemple, si on s'inquiète au sujet de son rendement au travail sans voir qu'on n'arrive pas à s'organiser, le problème persiste et peut même s'aggraver. Le thérapeute suggère alors :
 - D'être attentif à ses émotions : les émotions négatives telles la tristesse, l'anxiété, la colère, la déception, peuvent indiquer la présence d'un problème auquel on peut s'attarder.
 - D'identifier les problèmes actuels ou récurrents (p.ex. les situations anxiogènes ou irritantes)
- b. **Croire qu'il est anormal d'avoir un problème**. Si l'individu croit que le problème est dû à un déficit personnel ou s'il considère que c'est injuste, il aura tendance à se culpabiliser et à s'isoler dans le premier cas et à s'indigner dans le deuxième cas, plutôt que de tenter de résoudre le problème. Le thérapeute normalise le fait d'avoir des problèmes. S'il a tendance à se culpabiliser, on peut tracer une « tarte des responsabilités » (identifier tous les facteurs impliqués dans l'apparition du problème, attribuer un pourcentage de contribution au problème à chacun et constater que la part de l'individu est beaucoup moins grande que prévue), cultiver l'indulgence envers soi-même, utiliser le questionnement socratique (« Que diriez-vous à un ami dans la même situation? Comment pourriez-vous l'aider à prendre une distance et à passer à l'action? »). S'il s'insurge contre le fait qu'il s'agisse d'une situation injuste, être indulgent face à l'autre, réévaluer le fait qu'il s'agisse d'une erreur impardonnable, questionner l'utilité de continuer à ressasser le sentiment d'injustice.
- c. **Éviter ou réagir de façon excessive** : Lorsque le problème est vu comme une menace, l'individu peut l'éviter ou vouloir attendre avant de le résoudre. Il peut se mettre à s'inquiéter (« et si? »). Lorsque tout est un problème, l'individu peut vouloir régler de faux problèmes de façon urgente et gaspiller son temps et son énergie (p.ex. une mère qui s'inquiète à chaque fois que ses enfants sortent avec des amis). Le thérapeute encourage le patient à :

- Considérer que les problèmes sont des défis plutôt que des menaces. Le patient peut se demander si en réglant le problème, il pourrait apprendre quelque chose. Par exemple, l'individu qui se trouve sous-payé peut éviter de demander une augmentation de salaire ou chercher un autre emploi de crainte d'avoir à faire face à des conséquences catastrophiques. En se disant que le problème comporte une opportunité, une occasion d'apprendre quelque chose, il peut tenter de la résoudre en considérant les avantages d'en examiner les solutions possibles.
- S'arrêter et considérer le problème plutôt que d'agir impulsivement. Il faut distinguer les inquiétudes des problèmes. Face à un problème, l'individu peut se poser les questions suivantes : « Y'a-t-il un problème? », « est-ce qu'il est grave? », « est-ce que je dois le régler immédiatement? » « si je ne le règle pas maintenant, quelles seront les conséquences? ». Ceci pourra permettre au patient d'éviter de gaspiller son énergie inutilement et d'éviter les conséquences d'une action inconsidérée.

Tâche à domicile : Le thérapeute demande au patient de faire « la liste des problèmes actuels et récurrents ». Il doit remplir « la fiche d'exemples de réaction contre-productive aux problèmes. »

5.6.3 Étapes de la résolution de problème

Le thérapeute présente la théorie et aide le patient à appliquer la démarche de résolution de problèmes à une difficulté identifiée par le patient. En général, les patients peuvent avoir de la difficulté à cerner le problème et à modifier leur réaction face au problème. Le thérapeute aidera donc le patient à définir le problème, à modifier sa réaction face au problème et à chercher des solutions potentielles. Le patient effectue le travail à domicile.

1. Définir le problème et formuler un objectif :

Il faut éviter ces trois erreurs fréquentes :

- Problème vague et confus (p.ex. « mon estime personnelle est faible ») : il faut préciser le problème et le formuler en terme concret (p.ex. « je n'arrive pas à m'exprimer en réunion d'équipe »)
- S'attaquer à trop de problèmes en même temps

- Cibler une émotion plutôt qu'un comportement (p.ex. « Je suis stressé par ma famille» plutôt que « j'ai trop de tâches à faire et je manque de temps pour moi »)

Le thérapeute suggère de préciser le problème en terme concret (« Qui est impliqué? », « Qu'est-ce qui se passe qui me dérange? », « Quand la situation se produit-elle? »). Les objectifs doivent aussi être précis et concrets pour qu'on puisse évaluer si on les a atteints. Ils doivent également être réalistes et accessibles pour augmenter les chances de succès. Pour formuler les objectifs, on se pose des questions de type comment plutôt que pourquoi (p.ex. « Comment faire pour me faire de nouveaux amis? », « Comment obtenir une augmentation de salaire? », « Comment aider mon fils à sortir du lit le matin? », « Comment mettre 50\$ de côté à tous les mois? »).

2. Identifier des solutions possibles (remue-méninges ou brainstorming)

La plupart des patients s'en tiennent à une solution, par habitude (p.ex. appliquer le même type de solution à des problèmes nouveaux) ou par convention sociale (p.ex. accepter un mandat au travail) alors que le fait de générer plusieurs solutions possibles augmente les chances d'en trouver une qui convient. Les principes suivants peuvent nous guider :

- Quantité : générer 10 solutions possibles pour augmenter le nombre de solutions de qualité
- Report de l'évaluation : ne pas se censurer, être ouvert à toutes les possibilités pour trouver les idées les plus intéressantes, qui sortent des sentiers battus. Une bonne idée pourra aussi être inspirée par une idée « farfelue ». Deux solutions perçues comme moins réalistes pourront être combinées en une solution qui, elle, le sera.
- Variété : augmenter les types de solutions

Les patients peuvent aussi consulter, dans un deuxième temps, les gens de leur entourage pour compléter l'exercice.

3. Prendre une décision

Il est probable qu'il n'y ait pas de solution parfaite. La recherche d'une solution parfaite est un piège qui peut conduire à la paralysie et la persistance des problèmes. Il faut choisir la meilleure solution parmi celles qui sont identifiées. Comment faire? On identifie les pour et les

contre de chaque solution. On élimine les solutions qui ne conviennent pas et on évalue les autres à partir des critères suivants :

- « Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter? »
- « Quelles sont les chances (la probabilité) que cette solution fonctionne? »
- « Quelles sont les conséquences à court terme et à long terme de cette solution? »
- « Quelles sont les conséquences pour moi et pour mon entourage de cette solution? »

Il est possible qu'on décide d'appliquer une série de solutions en parallèle ou successivement. Par contre, il faut éviter d'en choisir un trop grand nombre (ce qui pourrait être une façon de se rassurer en en faisant trop « au cas où ») afin d'augmenter les chances de succès. Il faut plutôt en choisir une ou quelques-unes et passer à l'action.

4. Appliquer la solution et évaluer le résultat

Avant d'appliquer la solution, il faut parfois s'assurer d'être en mesure de passer à l'action en pratiquant au préalable (p.ex. répéter avec un proche avant de demander à notre patron une augmentation de salaire).

Par la suite, on évalue si la détresse engendrée par le problème est atténuée ou si le problème est résolu. Sinon, on peut se poser les questions suivantes : « Est-ce que j'ai bien défini le problème? », « Est-ce que mon objectif est réaliste? », « Devrais-je choisir une autre solution? ». Par contre, il faut être conscient du fait que certains problèmes prennent beaucoup de temps à régler (p.ex. le comportement d'un enfant) et adopter une attitude réaliste.

Tâche à domicile : Le thérapeute invite le patient à appliquer la technique de résolution de problèmes à un problème.

5.7 L'exposition en imagination

Buts :

- Prendre conscience de l'inefficacité de la suppression de la pensée

- Connaitre et comprendre les facteurs de maintien des inquiétudes portant sur une éventualité
- Comprendre le rôle de l'exposition en imagination dans la diminution des inquiétudes portant sur une éventualité
- Explorer les craintes possibles liées à l'exposition
- Expérimenter l'exposition en imagination avec le thérapeute
- Discuter des problèmes rencontrés lors des séances d'exposition à domicile
- Voir le lien entre l'exposition en imagination et la diminution des inquiétudes portant sur une éventualité

L'exposition en imagination s'adresse aux problèmes hypothétiques, c'est-à-dire les problèmes improbables, flous ou lointains. Ici, on cherche à désensibiliser le sujet face à ses inquiétudes en l'amenant à imaginer les pires scénarios pouvant en découler. Il réalise ainsi que les inquiétudes ne sont que des hypothèses et non des faits réels, que les stratégies de neutralisation contribuent à les augmenter et non à les diminuer et que l'anxiété qui en découle est limitée en durée et en intensité contrairement à ce qu'il croyait auparavant.

1. Le rôle de l'évitement et de la neutralisation dans le maintien des inquiétudes

Le thérapeute illustre tout d'abord le rôle de l'évitement dans le maintien des inquiétudes : « Dans les prochaines trente secondes, essayez de ne pas penser à un ours blanc. Si vous y pensez, levez le doigt ». Le patient réalise alors que plus on essaie de ne pas penser à quelque chose, plus on est envahi par la pensée (comme lorsqu'on est à la diète et qu'on essaie de ne pas penser à un gâteau au chocolat). Ainsi, il est vain de tenter de ne pas s'inquiéter en refoulant les pensées puisque les pensées anxiogènes reviennent alors en force.

Le thérapeute peut aussi expliquer le rôle de l'évitement et de la neutralisation en présentant une phobie concrète (comme la peur des dentistes) et en demandant au patient comment l'individu anxieux pourrait atténuer sa peur. S'il continue à éviter les dentistes, il continuera à être terrorisé et sa perception des dentistes demeurera inchangée. Par contre, à chaque fois qu'il évite le dentiste, sa peur diminue rapidement mais réapparaît en flèche lors de la prochaine carie. S'il a recours à la neutralisation (i.e. tout comportement ou pensée qui sert à diminuer l'anxiété en situation d'exposition, p.ex. se fermer les yeux et répéter que le dentiste ne nous fera pas mal), la peur sera moins vive à court terme mais pas à long terme puisque le fait

de ne pas être totalement présent lors de l'exposition au stimulus phobogène ne permet pas de digérer la peur à la source de l'anxiété (traitement émotionnel).

Le thérapeute présentera les courbes de l'évitement, la neutralisation et l'habituation.

2. L'exposition en imagination par écrit

L'individu qui a une phobie du dentiste devra se présenter de façon répétée chez le dentiste tout en tolérant l'anxiété pour surmonter sa peur. Le thérapeute encouragera l'individu à s'exposer aux scénarios catastrophiques en expliquant que l'anxiété, désagréable mais pas dangereuse, risque de croître, d'atteindre un plateau, puis de redescendre lentement. A chaque exposition, le niveau d'anxiété sera moins élevé et diminuera plus rapidement par habituation. De plus, l'exposition permet de favoriser une réévaluation cognitive de la situation car le patient réalise en l'écrivant et en la relisant à répétition que : 1) il est peu probable que l'issu apprécier ne se produise (i.e. devenir itinérant), 2) la conséquence serait désagréable mais pas nécessairement catastrophique (i.e. il pourrait y survivre), 3) il est probable qu'il puisse s'adapter à la nouvelle situation (i.e. il pourrait se trouver un autre emploi et bénéficier, en attendant, des différents programmes sociaux ainsi que l'aide de son entourage)

Les principales étapes de l'exposition en imagination sont les suivantes :

1. Le patient choisit un problème hypothétique qui l'inquiète (p.ex. perdre son emploi).
2. Préparer avec le sujet un scénario dramatisant portant sur un thème d'inquiétude. Prévoir 30 minutes pour la rédaction du scénario. Écrire les pensées et les images qui envahissent l'esprit lorsqu'il s'inquiète. Utiliser le temps présent, le « je », le langage parlé et non littéraire. Décrire tous les aspects anxiogènes de la situation ainsi que les conséquences associées, faire référence aux 5 sens (la vue, l'ouïe etc.) pour la rendre plus réaliste et favoriser l'apparition d'une image mentale vivide. Écrire les émotions ressenties (physiquement et psychologiquement). Identifier et éliminer les stratégies de neutralisation (p.ex. certains mots rassurants : « peut-être »). Le scénario doit susciter l'anxiété et être crédible. Il doit être centré sur un seul thème. Le scénario doit être assez long pour permettre au sujet de former l'image mentale de l'inquiétude fondamentale. Le thérapeute peut expliquer : « Rédigez votre scénario en vous plaçant dans la situation sans neutraliser. Simplement décrire la situation qui vous fait peur comme si vous vous y

trouviez sans combattre l'anxiété. Si vous utilisez la neutralisation ou que vous êtes distrait, revenez aux images décrites et replongez-vous dans la situation. »

3. Répondre aux questions au sujet de l'exposition. Identifier des croyances qui pourraient empêcher l'individu de faire l'exercice (p.ex. la crainte que l'exposition ne puisse provoquer un arrêt cardiaque ou une perte de contrôle, que s'il pense à la situation catastrophique, celle-ci aura plus de chance de survenir). Réévaluer les croyances dysfonctionnelles par le questionnement socratique, les expériences comportementales et le modeling du thérapeute (qui écrit un scénario devant le patient).
4. Le lire d'abord à voix haute, lentement, sous la supervision du thérapeute en y mettant le plus d'émotions possible : « Lisez lentement le scénario une fois ou deux. Ensuite, fermez vos yeux et imaginez le en vous plaçant le plus possible dans la situation décrite, sans neutraliser. Laissez monter l'anxiété. Observez l'anxiété augmenter, ensuite atteindre un plateau avant de diminuer lentement. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez aux images décrites et replacez-vous dans la situation »
5. Réviser le contenu du scénario si nécessaire (éliminer les neutralisations, suggérer des mots qui dérangent le patient, inclure les éléments les plus importants) et vérifier la réaction du patient. Répéter qu'il est important de s'exposer au scénario et à l'anxiété. L'encourager à éviter la neutralisation lorsqu'il en remarque de nouvelles manifestations en cours de rédaction et de lecture (p.ex. se concentrer sur sa respiration, se changer les idées, combattre ses émotions). Remplir la fiche d'exposition après chaque exercice d'exposition.
6. Le lire ou le réécrire ensuite à répétition à domicile au moins 5 jours pendant une durée d'environ trente minutes. Inclure de nouveaux éléments anxiogènes. Ajouter des scénarios sur le même thème.
7. Continuer de la sorte jusqu'à ce que l'anxiété ou les autres émotions provoquées par la lecture soient disparues ou considérablement atténuées.
8. Commencer par le thème le plus important, c'est-à-dire responsable des pires inquiétudes de la personne. Une fois ce thème maîtrisé, reprendre la démarche avec les autres principaux thèmes à l'origine des inquiétudes.

3. Retour sur les exercices d'exposition à domicile

Le thérapeute étudie les scénarios écrits et les fiches d'exposition. Il note les problèmes rapportés par le patient lors des exercices d'exposition et demande d'abord au patient s'il sait comment il pourrait surmonter ces problèmes puis peut offrir des pistes de solution :

1. Scénario : ajouter les éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever les éléments qui ont une fonction de neutralisation.
2. Cible : réévaluer la pertinence de l'inquiétude choisie.
3. Neutralisation lors de la rédaction : nommer les stratégies de neutralisation couramment utilisées et informer le patient qu'il est normal d'y avoir recours. Identifier et remettre en question les croyances au sujet du danger que représente l'exercice d'exposition. Expliquer que le fait de neutraliser nuit au processus d'apprentissage et d'habituation
4. Niveau d'anxiété : Faire l'exercice d'exposition même si le niveau d'anxiété est haut dès le début. Si l'anxiété monte peu, faire l'exercice pendant au moins 20 minutes.
5. Efficacité de l'exercice : si le niveau d'anxiété ne diminue pas, identifier les comportements de neutralisation, écrire un scénario plus spécifique à la peur fondamentale du patient

Parfois, l'exposition peut diminuer d'autres peurs par phénomène de généralisation (particulièrement si le scénario initial concerne une peur centrale). Il est très rare que le patient ait besoin de formuler plus de 2 ou 3 scénarios.

Tâche à domicile : Le patient doit s'exposer en imagination à son scénario une fois par jour (ou au moins 5 fois dans la semaine). Il devra choisir un moment où il n'est pas pressé et s'isoler dans un endroit calme où on ne le déragera pas. La séance doit durer environ 30 minutes, jusqu'à ce que l'anxiété diminue au niveau où elle était avant de commencer l'exercice. Si l'anxiété ne monte pas, il faut quand même faire l'exercice au moins 20 minutes. Le patient doit éviter la neutralisation (ex. ouvrir les yeux, se concentrer sur sa respiration, se changer les idées, combattre ses émotions). Il doit remplir la fiche d'exposition après chaque séance d'exposition.

5.8 Résumé du traitement et prévention de la rechute

Buts :

- Approfondissement des composantes de la thérapie et des liens entre elles
- Discussion des attitudes favorables au maintien des acquis
- Discussion de la notion de fluctuation du niveau d'inquiétude (chute et rechute)
- Identification des facteurs susceptibles de contribuer à une augmentation des inquiétudes chez le patient

5.8.1 Résumé du traitement

Le patient doit bien connaître les outils principaux du protocole TCC du TAG et pouvoir les appliquer. C'est à dire :

a. La prise de conscience :

- But : pour modifier une habitude, on doit en être pleinement conscient.
- Identifier les inquiétudes excessives, les distinguer des autres phénomènes cognitifs (p.ex. la planification) ou émotifs (p.ex. l'anxiété, la tristesse, la frustration).
- Identifier le type d'inquiétude : S'agit-il d'un problème actuel ou d'une situation hypothétique?

b. Pour un problème actuel :

- Se questionner sur l'utilité de s'inquiéter
- Effectuer la résolution de problème :
 - Attitude face aux problèmes : reconnaître le problème, accepter le fait qu'il est normal d'avoir des problèmes, le considérer comme un défi à relever plutôt qu'une menace
 - Définir le problème de façon spécifique et concrète
 - Choisir des objectifs réalistes
 - Trouver des solutions variées sans se censurer
 - Choisir la solution qui convient le plus

- Mettre en application la solution
- Évaluer l'impact sur l'humeur ou sur la situation
- Reconnaître qu'il s'agit d'un comportement constructif qui permet soit de résoudre le problème ou d'obtenir des informations utiles pour choisir d'autres solutions possibles et augmenter notre tolérance à l'incertitude

c. **Pour un problème hypothétique et peu probable :**

- Évaluer s'il est utile de s'inquiéter
- S'exposer par écrit aux pires inquiétudes : l'exposition permet de changer la façon de voir les choses, de tolérer l'anxiété et éventuellement la diminuer, d'augmenter la tolérance à l'incertitude. L'exposition n'est pas dangereuse. Il est préférable de s'inquiéter intensivement une fois par jour pendant quelques semaines que s'inquiéter de façon aléatoire pendant des années.

Les deux techniques (la résolution de problème et l'exposition cognitive) peuvent être utiles pour les deux types d'inquiétudes (problèmes actuels et situations hypothétiques) mais si on note une efficacité partielle de la technique, on peut se demander si :

- On a choisi la stratégie adaptée au type d'inquiétude : si on s'est trompé, choisir l'autre technique.
- On a appliqué la technique de façon optimale : il faut alors revoir soigneusement les étapes.

Comme l'intolérance à l'incertitude maintient le trouble d'anxiété généralisée, il faut continuer à choisir des actions qui augmentent la tolérance à l'incertitude et ce, quotidiennement.

5.8.2 Prévention de la rechute

- Le patient doit devenir son propre thérapeute en appliquant l'une ou l'autre des techniques enseignées dès qu'il présente des inquiétudes excessives.
- Il doit continuer à se récompenser lorsqu'il le fait.
- Il est préférable de relire le manuel une fois par mois.

- Le patient doit faire la différence entre les fluctuations normales du niveau d'inquiétude et une rechute.
- Il faut éviter de dramatiser si on note la présence de plusieurs inquiétudes concomitantes. On ne doit pas non plus les ignorer. Il est préférable de mettre en pratique les techniques apprises.
- Lors des périodes difficiles, on peut considérer qu'il s'agit d'une belle occasion de revoir les notions apprises et de les appliquer à la situation. C'est une façon de se protéger de la rechute.
- Le patient choisit des objectifs personnels en fin de thérapie, identifie les inquiétudes restantes et les moyens à utiliser pour composer avec elle. Le thérapeute encouragera le patient à relire le manuel à tous les mois et vérifiera avec lui comment il s'y prendra pour le faire.

Tâche à domicile : le patient doit se fixer des objectifs personnels, indiquer lesquelles de ses inquiétudes restent à travailler, les mettre en ordre d'importance. De plus, il identifie les moyens qu'il utilisera pour atteindre les objectifs identifiés.

Section 6 : Déroulement du traitement

1^{re} ENTREVUE

1. Histoire de cas habituelle.
2. Éliminer l'organicité.
3. Poser le diagnostic.
4. Expliquer le diagnostic au patient.
5. Évaluer les objectifs et les attentes du patient.
6. Présenter le traitement :
 - a. Le modèle du TAG
 - b. Les principes de la TCC
 - c. Tracer avec ce dernier les grandes lignes du plan de traitement en conciliant ses objectifs avec ceux du thérapeute.
7. Prescrire une médication si c'est indiqué.
8. Déterminer s'il est approprié ou non de rencontrer des membres de la famille ou de l'entourage.
9. Tâches à domicile :
 - a. Remettre au patient et lui demander de compléter les questionnaires et inventaires suivants :
 - L'Inventaire de Beck pour la dépression
 - Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété
 - L'échelle d'intolérance à l'incertitude
 - Pourquoi s'inquiéter II
 - Autres échelles au besoin : <https://uqo.ca/anxiete/outils>
 - b. Remettre les textes d'introduction (p.ex. le texte d'introduction sur le trouble d'anxiété généralisée par Michel Dugas :
<http://www.anxietycanada.ca/french/pdf/brochures/lire/GADFr.pdf> ou le texte en annexe intitulé « Compréhension du trouble d'anxiété généralisée » et le « Modèle du trouble d'anxiété généralisée I »)

2^e ENTREVUE

1. Suivi.

Suivi signifie ici de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Assurer le suivi pharmacologique si nécessaire.

Compléter au besoin les formules d'assurance ou autres papiers, ce qu'il est préférable de faire en début d'entrevue.

2. Remplir l'évaluation si ce n'est déjà fait.

3. Rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage si c'est indiqué.

4. Le patient ou son entourage ont-ils des questions sur les causes de la maladie, le diagnostic, le plan de traitement ou autres?

5. Le patient a-t-il lu les textes? A-t-il des questions ou des objections?

6. Étudier les échelles complétées par le patient à domicile ou les compléter avec lui.

7. Présenter l'auto-enregistrement quotidien et les exercices : le thérapeute présente au patient le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes (la feuille intitulée « Prise de conscience des inquiétudes », lui explique son utilité potentielle, lui dit comment le remplir (noter ses inquiétudes 3 fois par jour, aux moments prédéterminés et noter son niveau d'anxiété à ces moments, sur une échelle de 0 à 8). Il présente l'inquiétude comme une pensée automatique à l'aide d'un exemple. Il l'aide à distinguer l'inquiétude de l'anxiété puis l'anxiété de la dépression.

8. Tâche à domicile :

Compléter le «carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes» (noter les inquiétudes sur la feuille intitulée « prise de conscience des inquiétudes », trois fois par jours, aux moments prédéterminés, en notant le niveau d'anxiété à ces moments sur une échelle de 0 à 8).

3^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Revoir le «carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes». Regrouper les inquiétudes par thèmes.
3. Présenter le processus de changement et les obstacles possibles.
4. Faire la liste des avantages et des inconvénients de s'inquiéter (« Liste des avantages/désavantages de s'inquiéter ») en expliquant : «Si vous vous inquiétez depuis plusieurs années, c'est probablement parce que cette stratégie pouvait vous sembler avantageuse. Peut-être que vous n'en n'étiez pas conscient mais il serait important maintenant d'explorer les bénéfices possibles de l'inquiétude, son utilité potentielle à vos yeux». Les principales croyances concernant l'utilité des inquiétudes sont les suivantes : 1. Permet de résoudre les problèmes ou prévenir le pire, 2. Nous protège des émotions négatives, 3. Nous permet d'influencer le comportement des autres, 4. Peut modifier le cours des événements (pouvoir de la pensée), 5. Fait partie de notre personnalité.
5. Exercice de l'avocat du diable. Son objectif est de réévaluer l'utilité des inquiétudes. Le patient étudie chaque utilité perçue, identifie les preuves de l'utilité, trouve ensuite des contre-preuves qui invalident la théorie.
6. Présenter la courbe en U inversé : l'inquiétude peut être utile mais lorsqu'elle est excessive, elle devient nuisible et engendre des symptômes d'anxiété.
7. Tâches à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » : carnet d'auto-enregistrement
 - Relire et/ou compléter la liste des avantages et désavantages de s'inquiéter
 - Compléter l'exercice de l'avocat du diable

4^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur les exercices (carnet d'auto-enregistrement, questionner l'utilité de s'inquiéter, exercice de l'avocat du diable)
3. Définir l'intolérance à l'incertitude et donner un exemple
4. Expliquer le lien entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes excessives
5. Expliquer pourquoi on doit augmenter la tolérance à l'incertitude
6. Exercice des manifestations d'intolérance à l'incertitude pour identifier les réactions du patient face à l'incertitude. Au besoin, le thérapeute rappelle les deux types de comportements qui peuvent augmenter les inquiétudes (éviter et trop réagir).
7. Tâches à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - Compléter l'exercice « manifestation d'intolérance à l'incertitude »
 - « Incertitude et changement de comportement » Demander au patient d'effectuer un exercice comportemental visant l'augmentation de la tolérance à l'incertitude car à partir de cette étape on demandera au patient de rapporter brièvement à chaque séance un exercice comportemental visant l'augmentation de la tolérance à l'incertitude

5^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur l'exercice (manifestations d'intolérance à l'incertitude, action de tolérance à l'incertitude)
3. Identifier ses manifestations personnelles face à l'incertitude (éviter ou trop réagir)
4. Exercice de tolérer l'incertitude. Choisir une action à poser ou à éviter de poser qui lui permettra d'apprendre graduellement à augmenter sa tolérance à l'incertitude (faire comme s'il était tolérant à l'incertitude ou comme un proche qu'il l'est, augmenter le degré de difficulté graduellement, tolérer l'inconfort dû à la nouveauté du comportement, expliquer que la motivation suit l'action et non l'inverse)
5. Tâches à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - « Incertitude et changement de comportement »

6^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur l'exercice (choix d'une action pour augmenter la tolérance à l'incertitude)
3. Travaux à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » : carnet d'auto-enregistrement
 - « Incertitude et changement de comportement »

7^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur les exercices (carnet d'auto-enregistrement et actions de tolérance à l'incertitude)
3. Présenter la résolution de problèmes : Réaction face aux problèmes :
 - Identifier la réaction typique du patient face aux problèmes
 - Présenter les différents types de réactions face aux problèmes (mettre l'accent sur les réactions propres au patient)

Réactions problématiques	
Ne pas voir ses problèmes	Être attentif à ses émotions Identifier ses problèmes actifs ou récurrents
Trouver anormal d'avoir un problème : <ul style="list-style-type: none">➤ Croire qu'il s'agit d'un déficit personnel➤ Croire qu'il est injuste d'avoir un problème	Culpabilité : <ul style="list-style-type: none">➤ Normaliser le fait d'avoir un problème➤ Tarte de la responsabilité pour la culpabilité➤ Cultiver l'indulgence envers soi-même➤ Restructuration cognitive Ressentiment : <ul style="list-style-type: none">➤ Normaliser➤ Indulgence➤ Restructuration cognitive : questionner l'utilité du ressentiment
Éviter (menace) ou trop réagir face aux problèmes (sentiment d'urgence)	Évitement : <ul style="list-style-type: none">➤ Voir le problème comme un défi plutôt qu'une menace➤ Continuum➤ Identifier les avantages de la situation (ex. occasion d'apprendre) Sentiment d'urgence : <ul style="list-style-type: none">➤ S'arrêter et penser

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Distinction entre une inquiétude et un problème ➤ Questionner le besoin de régler immédiatement le problème et identifier s'il y a vraiment des conséquences si on attend
--	--

4. Tâches à domicile :

- « Exemples de réaction contre-productive aux problèmes » : le patient coche les réactions qui s'appliquent à lui /elle
- « Liste des problèmes actuels et récurrents » : le patient fait la liste des problèmes actuels ou récurrents

8^e ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur l'exercice (exemples de réaction contre-productive aux problèmes, liste de problèmes actuels et récurrents et actions de tolérance à l'incertitude)
3. Présenter la résolution de problème:
 - Définition du problème et formulation des objectifs
 - Identification de solutions alternatives (« brainstorming »)
 - Prise de décision
 - Application de la solution et évaluation du résultat
4. Faire un exercice de résolution de problème à partir d'un problème actuel
5. Travaux à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - « Incertitude et changement de comportement » (actions de tolérance à l'incertitude)
 - « Résolution de problèmes »

9^e et 10^e ENTREVUE

6. Suivi.
7. Retour sur l'exercice (carnet d'auto-enregistrement, actions de tolérance à l'incertitude, résolution de problèmes)
8. Faire un exercice de résolution de problème
9. Travaux à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - « Incertitude et changement de comportement » (actions de tolérance à l'incertitude)
 - « Résolution de problèmes »

11^è ENTREVUE

1. Suivi.
2. Retour sur l'exercice (carnet d'auto-enregistrement, résolution de problèmes)
3. Présenter l'évitement cognitif et la neutralisation
 - a. Exercice de l'ours blanc
 - b. Exemple d'une peur concrète et courbes
4. Présenter l'exposition écrite
5. Présenter les exercices :
 - Identifier les stratégies de neutralisation
 - Séance d'exposition au scénario dirigé : Aider le patient à rédiger un premier scénario dramatisant et lui faire réciter en exprimant le plus d'émotions possibles.
6. Retour sur les problèmes lors de l'exposition
7. Travaux à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - « Incertitude et changement de comportement » (actions de tolérance à l'incertitude)
 - Exposition écrite : « Scénario pour l'exposition » et « Fiche d'exposition » : 30 minutes, 5 fois par semaine

12^e à 14^e ENTREVUES

1. Suivi.
2. Retour sur l'exercice (prise de conscience des inquiétudes, action de tolérance à l'incertitude, exposition écrite)
3. Exposition au scénario dirigé : rédiger de nouveaux scénarios dramatisants à partir des principaux thèmes à l'origine des inquiétudes. Repasser à tour de rôle les principaux thèmes responsables des inquiétudes. Identifier et éliminer les stratégies de neutralisation.
4. Retour sur les problèmes lors de l'exposition
5. Travaux à domicile :
 - « Prise de conscience des inquiétudes » (carnet d'auto-enregistrement)
 - « Incertitude et changement de comportement » (actions de tolérance à l'incertitude)
 - Exposition écrite : « Scénario pour l'exposition » et « Fiche d'exposition » : 30 minutes, 5 fois par semaine
 - A la fin de la 14^{ème} entrevue : Remettre au patient les inventaires de Beck pour l'anxiété et la dépression (et autres questionnaires au besoin) et lui demander de les compléter à nouveau à domicile.

15^e ENTREVUE : TERMINAISON

1. Suivi.
2. Retour sur les exercices (carnet d'auto-enregistrement, séances d'exposition, vérifier les inventaires complétés par le patient)
3. Revenir sur les craintes en fin de traitement si nécessaire.
4. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement et les moyens utilisés pour contrôler les inquiétudes et faire face aux problèmes. Comment les réutiliser dans le futur en cas de retour de l'anxiété dysfonctionnelle.
5. Suivi pharmacologique au long cours si nécessaire (médecin de famille).
6. Prévoir des entrevues de suivi (*booster sessions*).
7. Prévention de la rechute :
 - Qu'est-ce qu'une rechute? Expliquer qu'il y aura des fluctuations de l'humeur et qu'il est préférable d'appliquer les techniques apprises en thérapie lorsque les inquiétudes deviennent excessives
 - Identifier les symptômes laissant présager une rechute.
 - Établir des objectifs personnels : identifier des objectifs personnels. Indiquer les inquiétudes qui restent à travailler et identifier les moyens qu'il utilisera pour y faire face (« Objectifs pour poursuivre votre évolution »)
 - Encourager le patient à lire son manuel une fois par mois
 - Identifier quand et qui consulter si nécessaire.

Section 7 : Instruments de mesure et outils de traitement

7.1 Inventaire de Beck pour l'anxiété

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougissement du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

7.2 Inventaire de Beck pour la dépression

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
 2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
 3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.
- | | | | |
|-----|--|-----|--|
| 1. | <p><input type="checkbox"/> Je ne me sens pas triste.
 <input type="checkbox"/> Je me sens morose ou triste.
 <input type="checkbox"/> Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb.
 <input type="checkbox"/> Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal.
 <input type="checkbox"/> Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.</p> | 11. | <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire
 <input type="checkbox"/> Je me sens irrité(e) tout le temps.
 <input type="checkbox"/> Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.</p> |
| 2. | <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur.
 <input type="checkbox"/> Je me sens découragé(e) à propos du futur.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je n'ai rien à attendre du futur.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés.
 <input type="checkbox"/> Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer</p> | 12. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu intérêt aux autres.
 <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant.
 <input type="checkbox"/> J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux.
 <input type="checkbox"/> J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.</p> |
| 3. | <p><input type="checkbox"/> Je ne sens pas que je suis un échec.
 <input type="checkbox"/> Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens.
 <input type="checkbox"/> Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque.
 <input type="checkbox"/> Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).</p> | 13. | <p><input type="checkbox"/> Je prends des décisions aussi bien que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> J'essaie de remettre à plus tard mes décisions.
 <input type="checkbox"/> J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions.
 <input type="checkbox"/> Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.</p> |
| 4. | <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas particulièrement mécontent(e).
 <input type="checkbox"/> Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps.
 <input type="checkbox"/> Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant.
 <input type="checkbox"/> Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit.
 <input type="checkbox"/> Je suis mécontent(e) de tout.</p> | 14. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant.
 <input type="checkbox"/> Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait.
 <input type="checkbox"/> Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait.
 <input type="checkbox"/> Je me sens laid(e) et répugnant(e).</p> |
| 5. | <p><input type="checkbox"/> Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 <input type="checkbox"/> Je me sens souvent mauvais(e) ou indigné.
 <input type="checkbox"/> Je me sens plutôt coupable.
 <input type="checkbox"/> Je me sens mauvais(e) et indigné presque tout le temps.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigné.</p> | 15. | <p><input type="checkbox"/> Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant.
 <input type="checkbox"/> J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose.
 <input type="checkbox"/> Je ne travaille pas aussi bien qu'avant.
 <input type="checkbox"/> J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit.
 <input type="checkbox"/> Je ne peux faire aucun travail.</p> |
| 6. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 <input type="checkbox"/> J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je suis ou sera puni(e).
 <input type="checkbox"/> Je sens que je mérite d'être puni(e)
 <input type="checkbox"/> Je veux être puni(e).</p> | 16. | <p><input type="checkbox"/> Je peux dormir aussi bien que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir.
 <input type="checkbox"/> Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.</p> |
| 7. | <p><input type="checkbox"/> Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
 <input type="checkbox"/> Je suis déçu(e) de moi-même.
 <input type="checkbox"/> Je ne m'aime pas.
 <input type="checkbox"/> Je suis dégoûté(e) de moi-même.
 <input type="checkbox"/> Je me hais.</p> | 17. | <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je me fatigue plus facilement qu'avant.
 <input type="checkbox"/> Je me fatigue à faire quoi que ce soit.
 <input type="checkbox"/> Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.</p> |
| 8. | <p><input type="checkbox"/> Je ne sens pas que je suis pire que les autres.
 <input type="checkbox"/> Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs.
 <input type="checkbox"/> Je me blâme pour mes fautes.
 <input type="checkbox"/> Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.</p> | 18. | <p><input type="checkbox"/> Mon appétit est aussi bon que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
 <input type="checkbox"/> Je n'ai plus d'appétit du tout.</p> |
| 9. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai aucune idée de me faire du mal.
 <input type="checkbox"/> J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrai pas à exécution.
 <input type="checkbox"/> Je sens que je serais mieux mort(e).
 <input type="checkbox"/> Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e).
 <input type="checkbox"/> J'ai des plans définis pour un acte suicidaire.
 <input type="checkbox"/> Je me tuerais si je le pouvais.</p> | 19. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement).
 <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 5 livres.
 <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 10 livres.
 <input type="checkbox"/> J'ai perdu plus de 15 livres.</p> |
| 10. | <p><input type="checkbox"/> Je ne pleure pas plus que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je pleure plus maintenant qu'auparavant.
 <input type="checkbox"/> Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter.
 <input type="checkbox"/> Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.</p> | 20. | <p><input type="checkbox"/> Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude.
 <input type="checkbox"/> Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation.
 <input type="checkbox"/> Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose.
 <input type="checkbox"/> Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.</p> |
| | | 21. | <p><input type="checkbox"/> Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
 <input type="checkbox"/> Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant.
 <input type="checkbox"/> Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant.
 <input type="checkbox"/> J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.</p> |

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

Inventaire de Beck de la dépression

0 à 10 :	normal
11 à 16 :	trouble bénin de l'humeur
17 à 20 :	cas limite de dépression clinique
26 à 29 :	dépression modérée
30 à 40 :	dépression sévère
41 ou plus :	dépression extrême

Inventaire de Beck de l'anxiété

0 à 7 :	anxiété mineure
8-15 :	anxiété légère
16-25 :	anxiété modérée
26 à 63 :	anxiété sévère

7.3 Questionnaire d'évaluation de la peur (QEP)

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PEUR (QEP)

NOM : _____ DATE : _____

A) Veuillez inscrire à quel point vous éviteriez chacune des situations suivantes par peur ou à cause d'autres sentiments désagréables. Utilisez l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Je n'éviterais pas	J'éviterais rarement	J'éviterais assez souvent	J'éviterais très souvent	J'éviterais toujours				

- _____ 1. La principale phobie pour laquelle je veux être traité(e). Décrivez cette phobie dans vos propres mots et évaluez.
- _____ 2. Les injections ou les interventions chirurgicales mineures.
- _____ 3. Manger ou boire avec d'autres personnes.
- _____ 4. Les hôpitaux.
- _____ 5. Voyager seul(e) en autobus.
- _____ 6. Marcher seul(e) dans des rues achalandées.
- _____ 7. Être observé(e) ou dévisagé(e).
- _____ 8. Aller dans des magasins achalandés.
- _____ 9. Parler à des personnes qui représentent l'autorité.
- _____ 10. La vue du sang.
- _____ 11. Être critiqué(e).
- _____ 12. Aller loin de la maison seul(e).
- _____ 13. Penser à la maladie ou à un accident.
- _____ 14. Parler en public.
- _____ 15. Les espaces verts.

16. Aller chez le dentiste.
17. Autres situations (décrivez-les et évaluez-les)
-
-

B) Indiquez à quel point les problèmes ci-dessous vous troublent ou vous dérangent.
Utilisez l'échelle suivante :

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout troublant	Un peu troublant	Passablement troublant	Très troublant	Extrêmement troublant				

18. Se sentir misérable ou déprimé(e).
19. Se sentir irritable ou agressif(ve).
20. Se sentir tendu(e) ou paniqué(e).
21. Avoir des pensées déplaisantes.
22. Se sentir étrange, bizarre ou sentir que les autres sont étranges.
23. Autres sentiments (décrivez-les et évaluez-les).
-
-

C) Comment évaluez-vous l'état actuel de vos symptômes phobiques? Encerclez le chiffre entre 0 et 8 correspondant à votre évaluation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune phobie présente	Un peu dérangeant	Passablement dérangeant et handicapant	Très dérangeant et handicapant	Extrêmement dérangeant et handicapant				

Référence :

Marks IM, Mathews AM (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour research and therapy*, 17 : 263-267.

Adaptation française :

Marchand A, Lalonde J. (1982). Module de thérapie bémorale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept. 1992.

7.4 Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA)

QIA

QIA

No. Dossier _____

Date _____

1. Quels sont les sujets à propos desquels vous vous inquiétez le plus souvent?

a) _____

d) _____

b) _____

e) _____

c) _____

f) _____

Pour les numéros suivants, encerclez le chiffre correspondant (0 à 8).

2. Est-ce que vos inquiétudes vous semblent excessives ou exagérées?

Aucunement
excessives

Modérément
excessives

Complètement
excessives

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....

3. Durant les derniers six mois, combien de jours avez-vous été troublé-e par des inquiétudes excessives?

Jamais

1 jour
sur 2

À tous
les jours

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....

4. Est-ce que vous avez de la difficulté à contrôler vos inquiétudes? Par exemple, lorsque vous commencez à vous inquiéter à propos de quelque chose, avez-vous de la difficulté à vous arrêter?

Aucune
difficulté

Difficulté
modérée

Difficulté
extrême

.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....

5. Durant les derniers six mois, avez-vous souvent été troublé-e par une ou l'autre des sensations suivantes lorsque vous étiez inquiet-ète ou anxieux-se? Cotez chaque sensation en encerclant un chiffre (0 à 8).

a) Agité-e, surexcité-e ou avoir les nerfs à vif

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

b) Facilement fatigué-e

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

c) Difficulté à se concentrer ou blanc de mémoire

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

d) Irritabilité

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

e) Tensions musculaires

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

f) Problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi-e ou sommeil agité et insatisfaisant)

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

6. À quel point est-ce que l'anxiété ou l'inquiétude interfère avec votre vie, c'est-à-dire votre travail, activités sociales, famille, etc?

Aucunement	Modérément	Très sévèrement
.....0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....		

Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R., & Gosselin, P. (2001). Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 11(1), 31-36.

Instructions pour la cotation

Pour calculer le score total au QIA, faire la somme des réponses de tous les items (sauf les réponses à l'item 1).

Pour rencontrer les critères du TAG pour le QIA, la personne doit rapporter au moins un thème d'inquiétude, indiquer un score de '4' ou plus aux items 2, 3, 4 et 6, en plus d'indiquer un score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques (item 5).

Trois autres catégories de critères peuvent être rencontrées:

- Critère cognitif (score de '4' ou plus aux items 2, 3 et 4)
- Critère somatique (score de '4' ou plus sur au moins 3 des 6 symptômes somatiques de l'item 5)
- Aucun critère (ne rencontre aucun des critères précédents)

Pour information concernant les propriétés psychométriques du QIA, vous pouvez consulter:

Dugas, M.J., Francis, K. (2000). Review of the Worry and Anxiety Questionnaire. In: J. Maltby, C. A. Lewis, & A. P. Hill (Eds.), *Commissioned reviews on 300 Psychological Tests*. Lampeter, Wales: Edwin Mellen Press.

7.5 Échelle d'intolérance à l'incertitude (ÉII)

Échelle d'intolérance à l'incertitude

ÉII

No. Dossier _____

Date _____

Voici une série d'énoncés qui représentent comment les gens peuvent réagir à l'incertitude dans la vie.
Veuillez encercler le numéro (1 à 5) approprié pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous.

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
--	------------------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------------

1. L'incertitude m'empêche de prendre position.1.....2.....3.....4.....5.....
2. Être incertain(e) veut dire qu'on est une personne désorganisée.1.....2.....3.....4.....5.....
3. L'incertitude rend la vie intolérable.1.....2.....3.....4.....5.....
4. C'est injuste de ne pas avoir de garanties dans la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
5. Je ne peux pas avoir l'esprit tranquille tant que je ne sais pas ce qui va arriver le lendemain.1.....2.....3.....4.....5.....
6. L'incertitude me rend mal à l'aise, anxieux(se) ou stressé(e).1.....2.....3.....4.....5.....
7. Les imprévus me dérangent énormément.1.....2.....3.....4.....5.....
8. Ça me frustre de ne pas avoir toute l'information dont j'ai besoin.1.....2.....3.....4.....5.....
9. L'incertitude m'empêche de profiter pleinement de la vie.1.....2.....3.....4.....5.....
10. On devrait tout prévenir pour éviter les surprises.1.....2.....3.....4.....5.....
11. Un léger imprévu peut tout gâcher, même la meilleure des planifications.1.....2.....3.....4.....5.....

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
12. Lorsque c'est le temps d'agir, l'incertitude me paralyse.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
13. Être incertain(e) veut dire que je ne suis pas à la hauteur.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
14. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas aller de l'avant.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
15. Lorsque je suis incertain(e), je ne peux pas bien fonctionner.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
16. Contrairement à moi, les autres semblent toujours savoir où ils vont dans la vie.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
17. L'incertitude me rend vulnérable, malheureux(se) ou triste.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
18. Je veux toujours savoir ce que l'avenir me réserve.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
19. Je déteste être pris(e) au dépourvu.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
20. Le moindre doute peut m'empêcher d'agir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
21. Je devrais être capable de tout organiser à l'avance.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
22. Être incertain(e), ça veut dire que je manque de confiance.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
23. Je trouve injuste que d'autres personnes semblent certaines face à leur avenir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
24. L'incertitude m'empêche de bien dormir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
25. Je dois me retirer de toute situation incertaine.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
26. Les ambiguïtés de la vie me stressent.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
27. Je ne tolère pas d'être indé- cis(e) au sujet de mon avenir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

Freeston, M.H., Rhéaume, J., Létarte, H., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (1994). *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.

7.6 Pourquoi s'inquiéter (version II) (PSI-II)

PSI-II

No. Dossier _____

Date _____

Vous retrouvez ci-dessous une série d'énoncés qui peuvent se rapporter aux inquiétudes. En vous référant aux moments où vous vous inquiétez, veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants vous semblent vrais en encerclant le numéro correspondant (1 à 5).

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait
1. Si je ne m'inquiétais pas, je serais insouciant(e) et irresponsable.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
2. Si je m'inquiète, je seraï moins ébranlé(e) lorsque des événements imprévus se produiront.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
3. Je m'inquiète dans le but de savoir quoi faire.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
4. Si je m'inquiète à l'avance, je seraï moins déçu(e) si quelque chose de grave se produit.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
5. Le fait de m'inquiéter m'aide à planifier mes actions pour résoudre un problème.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
6. Le simple fait de m'inquiéter peut empêcher les malheurs d'arriver.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
7. Si je ne m'inquiétais pas, cela ferait de moi une personne négligente.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
8. C'est en m'inquiétant que je finis par entreprendre le travail que j'ai à faire.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
9. Je m'inquiète parce que je pense que cela peut m'aider à trouver une solution à mon problème.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait
10. Le fait de m'inquiéter prouve que je suis une personne qui voit à ses affaires.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
11. Trop penser à des choses positives peut les empêcher de se produire.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
12. Le fait de m'inquiéter confirme que je suis une personne prévoyante.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
13. Si un malheur arrive, je me sentirai moins responsable si je m'en suis inquiété auparavant.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
14. En m'inquiétant, je peux trouver une meilleure façon de faire.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
15. L'inquiétude me stimule et me rend plus efficace.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
16. Le fait de m'inquiéter m'incite à passer à l'action.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
17. Le simple fait de m'inquiéter diminue le risque que quelque chose de grave arrive.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
18. En m'inquiétant, je fais certaines choses que je ne me déciderais pas à faire autrement.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
19. Le fait de m'inquiéter me motive à faire les choses que je dois faire.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
20. Mes inquiétudes à elles seules peuvent diminuer les risques de danger.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
21. En m'inquiétant, j'augmente mes chances de trouver la meilleure solution.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

	Pas du tout vrai	Un peu vrai	Assez vrai	Très vrai	Tout à fait
22. Le fait de m'inquiéter me permettra de me sentir moins coupable si quelque chose de grave se produit.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
23. Si je m'inquiète, je serai moins triste lorsqu'un événement négatif se produira.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
24. En ne s'inquiétant pas, on peut attirer les malheurs.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
25. Le fait de m'inquiéter démontre que je suis une bonne personne.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

7.7 Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP)

Questionnaire d'attitude face aux problèmes

QAP

QAP

No. Dossier _____

Date _____

Les gens peuvent réagir de différentes façons lorsqu'ils font face à des problèmes de la vie quotidienne (ex: problèmes de santé, disputes, manques de temps, etc.). Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir ou de penser lorsque vous êtes confronté(e) à un problème. Encerclez le chiffre qui correspond à votre choix.

Pas du tout Un peu Assez Très Extrêmement
correspondant correspondant correspondant correspondant correspondant

1. Je perçois les problèmes comme étant menaçant pour mon bien-être. 1 2 3 4 5
2. Je doute souvent de mes capacités à résoudre les problèmes 1 2 3 4 5
3. Souvent, avant même d'avoir essayé de trouver une solution, je me dis qu'il est difficile de résoudre un problème. 1 2 3 4 5
4. Les problèmes qui m'arrivent me semblent souvent insurmontables. 1 2 3 4 5
5. Lorsque je tente de résoudre un problème, je remets souvent en question mes habiletés. 1 2 3 4 5
6. Souvent, j'ai l'impression que les problèmes qui m'arrivent ne peuvent pas être résolus. 1 2 3 4 5

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant
7. Même si j'arrive à voir certaines solutions à mes problèmes, je doute qu'ils pourront se régler facilement.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
8. J'ai tendance à voir les problèmes comme un danger.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
9. Ma première réaction devant un problème est de remettre en question mes habiletés.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
10. Je perçois souvent mes problèmes comme étant plus gros qu'ils le sont en réalité.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
11. Même si j'ai regardé un problème sous tous les angles possibles, je me demande encore si la solution que j'ai retenue va être efficace.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
12. Je considère les problèmes comme des obstacles qui perturbent mon fonctionnement.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

Gosselin, P., Pelletier O., & Ladouceur, R. (2001, juillet). Affiche présenté au congrès mondiale du thérapies comportementale et cognitive, Vancouver, C-B.

QAP

Cotation

Instructions pour la cotation

Le QAP est une mesure unifactorielle sans question inversée. Pour calculer le score total, faites la somme des réponses de tous les items.

7.8 Questionnaire d'évitement cognitif (QEC)

Questionnaire d'évitement cognitif

QEC

QEC

No. Dossier _____

Date _____

Les gens réagissent de différentes façons à certains types de pensées. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à votre façon de réagir à certaines pensées. Encerclez le numéro (1 à 5) approprié.

Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
---------------------------	----------------------	---------------------	--------------------	---------------------------

1. Il y a des choses auxquelles je préfère ne pas penser.1.....2.....3.....4.....5.....
2. J'évite certaines situations qui m'amènent à porter attention à des choses auxquelles je ne veux pas penser.1.....2.....3.....4.....5.....
3. Je remplace les images menaçantes que j'ai en tête par un discours intérieur.1.....2.....3.....4.....5.....
4. Je pense à des choses qui me concernent comme si cela arrivait à quelqu'un d'autre que moi.1.....2.....3.....4.....5.....
5. J'ai des pensées que j'essaie d'éviter.1.....2.....3.....4.....5.....
6. J'essaie de ne pas penser aux aspects les plus dérangeants de certaines situations pour ne pas avoir trop peur.1.....2.....3.....4.....5.....
7. J'évite parfois des objets qui peuvent déclencher des idées dérangeantes.1.....2.....3.....4.....5.....
8. Je me distrais pour éviter de penser à certains sujets troublants.1.....2.....3.....4.....5.....

	Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Tout à fait correspondant
9. J'évite des gens qui me font penser à des choses auxquelles je ne veux pas réfléchir.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
10. Je fais souvent des choses pour me distraire de mes pensées.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
11. Je pense à des détails inutiles pour ne pas penser aux sujets importants qui m'inquiètent.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
12. Parfois, je me plonge dans une activité pour ne pas penser à certaines choses.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
13. Pour éviter de penser aux sujets qui me dérangent, je m'efforce de penser à autre chose.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
14. Il y a des choses auxquelles j'essaie de ne pas penser.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
15. Je maintiens un discours intérieur pour éviter de voir des scénarios (une suite d'images) qui me font peur.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
16. Parfois, j'évite des endroits qui me font réfléchir à des choses auxquelles je préférerais ne pas penser.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
17. Je pense aux événements passés pour ne pas penser aux événements futurs insécurisants.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....
18. J'évite de poser des gestes qui me rappellent des choses auxquelles je ne veux pas penser.	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....

7.9 Informations et exercices pour les patients

7.9.1 COMPRÉHENSION DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

INTRODUCTION

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est l'un des troubles anxieux les plus courants (une personne sur 20 en a déjà souffert ou en souffrira un jour).

Il est caractérisé par une anxiété et des inquiétudes envahissantes, excessives et incontrôlables. L'anxiété et l'inquiétude sont décrites comme généralisées car le contenu de l'inquiétude peut couvrir un certain nombre d'événements ou de situations de la vie quotidienne comme les relations avec les proches et les amis, la performance au travail ou à l'école, la santé ou celle des êtres aimés et la sécurité financière. Elles ont un impact significatif sur le fonctionnement d'un individu. Les symptômes physiques de l'anxiété qui accompagnent les inquiétudes ne sont pas spécifiques et font partie d'une réponse normale à la menace. Les symptômes d'angoisse typiquement rapportés par les personnes qui présentent un TAG sont les suivants: se sentir agité, facilement fatigué, avoir de la difficulté à se concentrer ou avoir l'esprit vide, se sentir irritable, avoir les muscles tendus ou douloureux, présenter des troubles du sommeil (soit une difficulté à s'endormir ou à rester endormi, soit un sommeil insatisfaisant et agité).

Ces patients se décrivent comme étant de nature sensible et elles ont souvent tendance à s'inquiéter depuis l'enfance ou le début de l'adolescence.

LES SYMPTÔMES DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

L'anxiété généralisée se manifeste sous forme d'inquiétudes excessives et incontrôlables concernant des situations peu dangereuses et qui ne constituerait pas un problème pour la plupart des gens. L'anxieux se pose des questions hypothétiques concernant ces situations (questions de type «Si...?») et les pensées que ces dernières déclenchent sont à l'origine de son anxiété. Si les inquiétudes et l'anxiété sont trop grandes, il peut en résulter de la démoralisation et de l'épuisement. Voyons d'un peu plus près la signification de chacun de ces termes.

1. La situation

La situation est le déclencheur, c'est-à-dire que ce peut être n'importe quel événement ou même souvenir d'événement qui entraîne une question «Si...?». Par exemple, un malaise physique chez soi ou un proche, la température, une rencontre...

2. Les questions Si...?

Les questions Si...? sont les questions que l'on pose et qui commencent par «Si...» ou l'équivalent, comme par exemple : «Il se peut que...». La présence de ces questions n'est pas problématique en soi mais elles sont la porte d'entrée aux inquiétudes excessives.

3. Les inquiétudes

Les inquiétudes sont les pensées déclenchées par les questions «Si...?». Ce sont habituellement plusieurs idées qui s'enchaînent, comme par exemple : «Si mon contrat de travail n'est pas renouvelé, je ne sais pas comment je ferai pour payer toutes les choses que j'ai à payer, je n'aurai plus aucun surplus, je vais être pris à la gorge, je ne pourrai peut-être pas garder mon auto, etc.»

Pour que tous s'entendent et parlent de la même chose avec les mêmes mots, il est important de définir l'inquiétude. *L'inquiétude est un ensemble de pensées, d'images et de doutes qui s'enchaînent au sujet d'événements négatifs futurs et qui est accompagnée d'anxiété.*

Certaines inquiétudes sont déclenchées par des situations externes observables (p.ex. la température) mais d'autres le sont par des situations «internes» (p.ex. une pensée concernant un souvenir ou une information déjà apprise). Les inquiétudes peuvent par elles-mêmes en déclencher d'autres et on observe alors un enchaînement des inquiétudes qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures.

Les inquiétudes portent sur une grande diversité de sujets, mais pour chaque personne il y a aussi certains thèmes qui reviennent plus fréquemment. Les inquiétudes concernent toujours une chose négative qui surviendra dans le futur. Il peut arriver que les inquiétudes soient au sujet de situations du passé mais ce sont habituellement les implications futures (négatives bien sûr!) de l'événement passé qui inquiètent!

Les inquiétudes sont très rarement vécues sans aucun malaise. En effet, il y a toujours présence d'anxiété même si ses manifestations et son intensité ne sont pas toujours identiques.

4. L'anxiété

L'anxiété est le malaise que l'individu ressent en même temps qu'il s'inquiète. L'anxiété peut avoir des manifestations physiques (p.ex. tensions musculaires, fatigue, insomnie) et psychologiques (p.ex. se sentir irritable, nerveux, avoir des difficultés de concentration).

5. La démoralisation et l'épuisement

La démoralisation et l'épuisement sont des états qui peuvent survenir suite aux inquiétudes et à l'anxiété. Ils sont vus ici comme des conséquences à moyen ou long terme de l'enchaînement «situation - question « Si...? » – inquiétudes -anxiété» et de la perte d'énergie que tout ce processus provoque.

Le rôle de l'évitement

L'évitement est un des facteurs qui contribue à la persistance des troubles anxieux. Comme l'anxiété est déplaisante, on peut tenter différentes manœuvres pour la faire disparaître rapidement.

On peut éviter ou fuir les situations qui génèrent de l'anxiété. Si, par exemple, on quitte la foule lorsqu'on se sent anxieux, il s'agit d'une fuite. Si on évite d'y retourner par la suite, il s'agit de l'évitement comportemental. Même si ce comportement est tout à fait compréhensible, il a pour conséquence de maintenir l'anxiété à long terme. Comment? Parce qu'on n'apprend pas que l'anxiété finit par passer et que les catastrophes appréhendées (p.ex. s'évanouir, arrêter de respirer ou devenir fou) ne surviennent pas lorsqu'on fait face aux situations qui nous font peur.

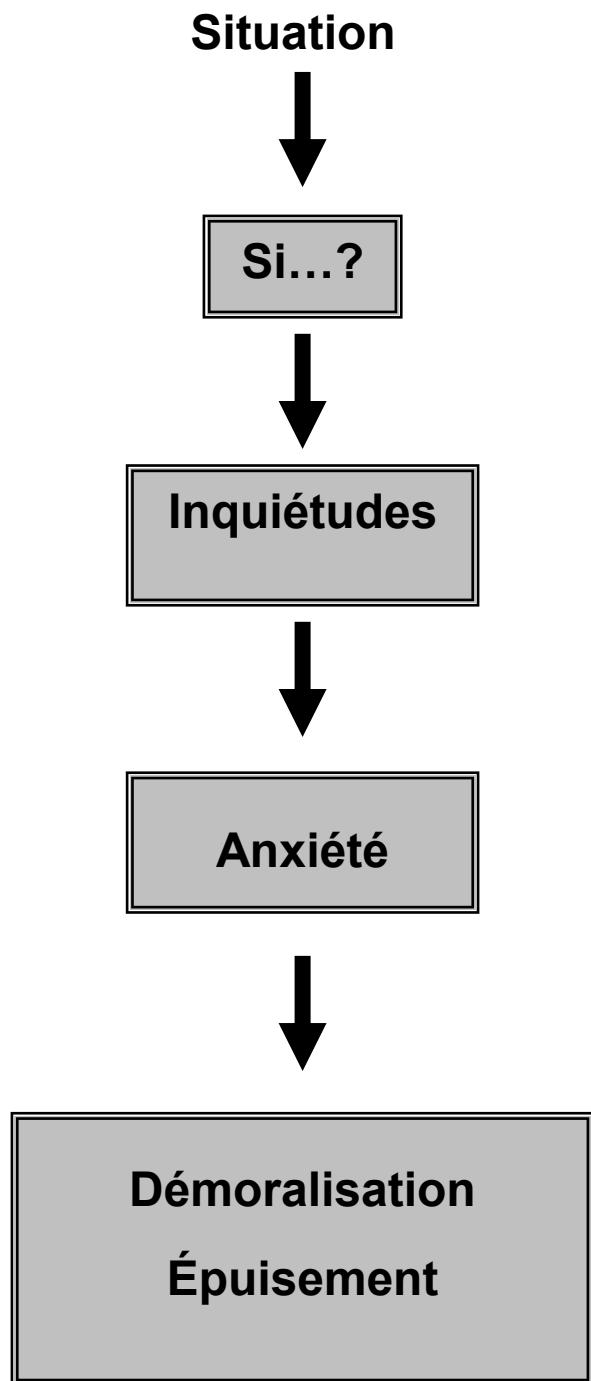
On peut aussi avoir recours à l'évitement cognitif ou la neutralisation, soit la tentative d'éviter de penser à ce qui nous effraie (p.ex. se distraire, faire des activités). Malheureusement, par phénomène de rebond plus on essaie de ne pas penser à quelque

chose, plus on est envahi par ces pensées (p.ex. être obsédé par le gâteau au chocolat lorsqu'on est à la diète).

Par ailleurs, les personnes qui présentent un TAG ont de la difficulté à composer avec l'incertitude : ils essaient donc d'éviter les situations incertaines en se rassurant et en s'inquiétant pour se rassurer. Or la réassurance diminue à court terme l'anxiété mais son effet bénéfique est de courte durée car l'individu se remet à s'inquiéter. Elle mine aussi la confiance en soi à long terme puisqu'elle ne nous permet pas d'apprendre qu'on est capable de faire face aux épreuves.

7.9.2 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ I

Symptômes du trouble d'anxiété généralisée



7.9.3 PRISE DE CONSCIENCE DES INQUIÉTUDES

(Notez vos inquiétudes trois fois par jour)

Date et heure		Inquiétude	Niveau d'anxiété (0 à 8)	Type d'inquiétude (problème réel ou éventuel)
Date	Heure			
-				
-				
-				
-				
-				

7.9.4 LES AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE S'INQUIÉTER

Vous êtes-vous déjà demandé à quoi ça vous servait de vous inquiéter autant? Si vous vous inquiétez depuis un certain temps, c'est peut-être parce que vous y voyez un certain avantage? Peut-être que vous ne vous êtes jamais attardé à cela avant mais il serait utile maintenant de se questionner sur l'utilité potentielle des inquiétudes. En quoi les inquiétudes pourraient-elles nous être utiles? Vous pourriez faire la liste des avantages et des désavantages de vous inquiéter.

Les *croyances face aux inquiétudes* font référence à diverses croyances qu'on peut entretenir au sujet des inquiétudes. Par exemple, on peut croire que le fait de s'inquiéter nous aide à trouver des solutions, nous protège ou nous nuit d'une quelconque façon. Identifier les croyances au sujet des inquiétudes permet de vérifier le bien-fondé de nos croyances et éventuellement les corriger. La réévaluation de ces croyances erronées favorise la diminution des inquiétudes.

Il existe plusieurs types de croyances qu'on peut entretenir face aux inquiétudes :

- a. Les croyances concernant la *Résolution de problèmes*. Il s'agit de toutes les croyances *voulant que s'inquiéter aide à régler les problèmes*, permet de trouver de meilleures solutions, permet d'être plus vigilant, d'être mieux préparé, de réagir de façon plus réfléchie, plus efficace et même de prévoir les problèmes et de les éviter.
- b. Les croyances concernant les *conséquences émotionnelles*. Il s'agit de toutes les croyances voulant *qu'en s'inquiétant on puisse se protéger soi-même contre des émotions négatives*, que le fait de s'inquiéter «d'avance» pour quelque chose va nous *protéger contre la déception, la tristesse, la culpabilité*.
- c. Les croyances concernant la possibilité d'influencer le comportement des autres par les inquiétudes. Il s'agit de toutes les croyances voulant qu'en s'inquiétant on montre son soutien à ses proches, on leur démontre notre amour et on les aide à résoudre ou prévenir leurs problèmes.
- d. Les croyances concernant le *pouvoir des pensées*. Il s'agit de toutes les croyances qui véhiculent l'idée que le *simple fait de s'inquiéter de quelque chose*

peut avoir un effet sur les événements, que nos inquiétudes ont un pouvoir sur la survenue ou la non-survenue d'événements négatifs ou positifs.

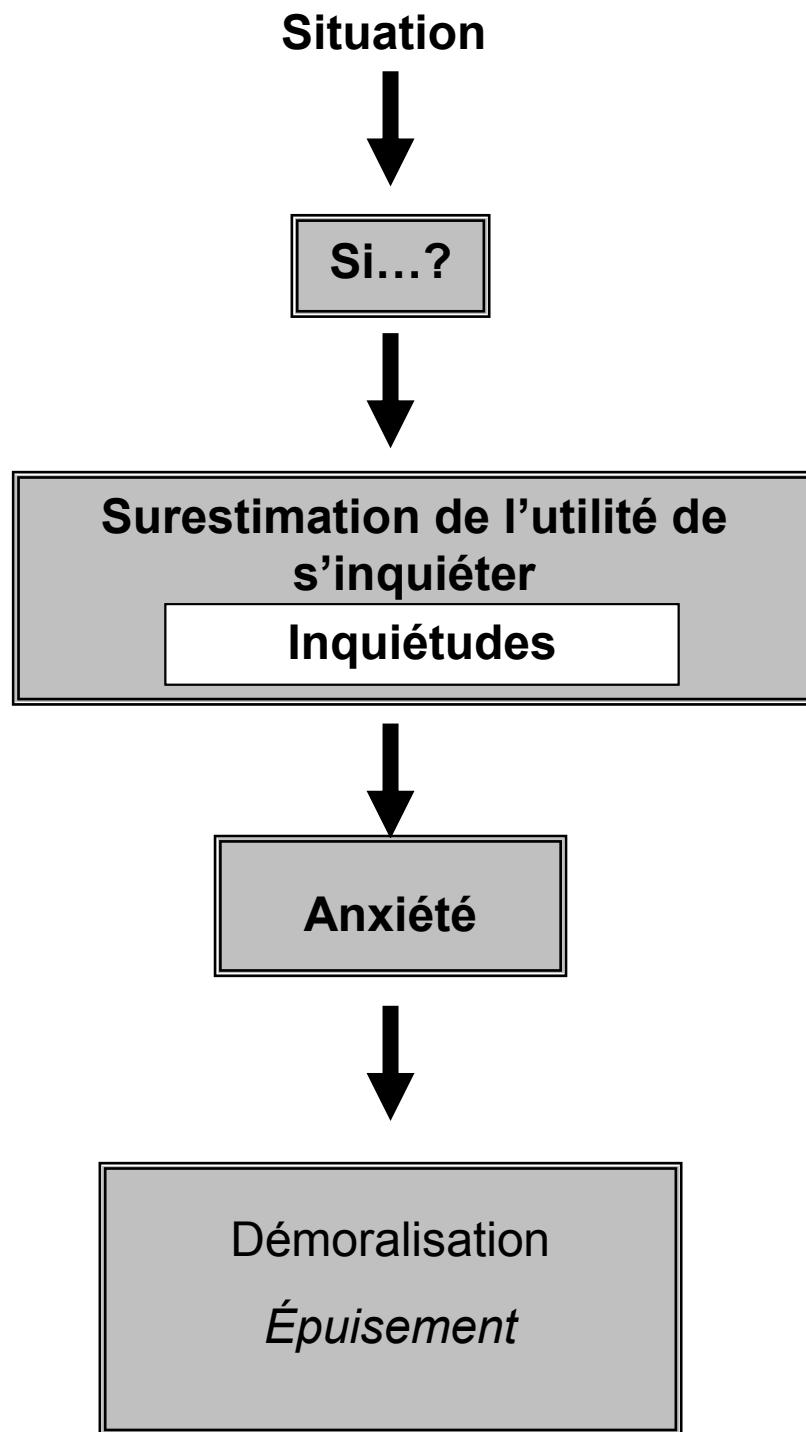
- e. Les croyances concernant *l'origine* des inquiétudes. Il s'agit de toutes les croyances *voulant que les inquiétudes fassent partie de notre personnalité*, que c'est un trait de caractère avec lequel on doit vivre, qu'on est «fait comme ça» et que ça ne changera jamais.

Maintenant vous pourriez pousser la réflexion un peu plus loin en répondant aux questions suivantes en ce qui concerne vos croyances face aux inquiétudes (c'est l'exercice de l'avocat du diable) :

- Sur quelles preuves ou arguments vous appuyez-vous pour dire que cette croyance est vraie?
- Si vous aviez à démontrer que cette croyance n'était pas vraie, quels seraient vos arguments?
- Quels sont les avantages que cette croyance vous apporte?
- Quels sont les désavantages associés à cette croyance?

7.9.5 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE 2

Surestimation de l'utilité de s'inquiéter



7.9.6 LISTE DES AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE S'INQUIÉTER

Date :

AVANTAGES (utilité)	DÉSAVANTAGES (inconvénients)

7.9.7 EXERCICE DE L'AVOCAT DU DIABLE

Cet exercice vise la *remise en question* d'une croyance face à vos inquiétudes. Identifiez d'abord *une croyance cible* et répondez ensuite aux questions.

Description de la croyance :

1. Quelles sont vos *preuves* ou *arguments* pour dire que cette croyance est *vraie*?

2. Si vous avez à démontrer que cette *croyance n'est pas vraie*, quels seraient vos *arguments*?

3. Quels sont les *avantages* que cette croyance vous apporte?

4. Quels sont les *désavantages* que cette croyance vous apporte?

7.9.8 PRENDRE CONSCIENCE ET ATTÉNUER L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

L'intolérance à l'incertitude contribue fortement au développement et au maintien des inquiétudes excessives. Qu'est-ce que l'intolérance à l'incertitude? C'est la difficulté à accepter qu'un événement négatif puisse se produire malgré sa faible probabilité.

Lorsqu'on est intolérant à l'incertitude, on se pose plus de questions («Si...?») que d'autres personnes qui tolèrent mieux l'incertitude. De plus, toutes ces questions ne font pas que passer. En fait, lorsqu'on est intolérant à l'incertitude, on réagit plus fortement qu'autrui à une situation donnée, entre autres parce qu'on est porté à mal estimer la probabilité des diverses issues possibles. On s'imagine une panoplie d'éventualités possibles et la cascade de conséquences. C'est ce qui forme l'enchaînement des inquiétudes successives. La chaîne de questions (« Si? ») nous amène à envisager de plus en plus d'aspects négatifs ce qui amplifie notre anxiété et augmente les sources d'inquiétudes potentielles.

Lorsqu'on est intolérant à l'incertitude, on peut essayer d'éviter, de contourner ou d'éliminer l'incertitude de diverses façons. On peut avoir tendance à éviter les sources d'inquiétudes (p.ex. remettre au lendemain, trouver des obstacles artificiels, s'engager partiellement, s'éparpiller) ou réagir de façon excessive (p.ex. ne pas déléguer, revérifier, rechercher plus d'information, chercher la réassurance, remettre en question les décisions, surprotéger). Pour connaître votre façon de composer avec l'incertitude, veuillez remplir le document intitulé « Manifestations d'intolérance à l'incertitude ».

La tentative d'éliminer l'incertitude quoique compréhensible contribue à l'augmentation des inquiétudes à long terme. Ainsi, par exemple, si on demande à un proche de nous rassurer, on ressent un soulagement temporaire mais l'anxiété ressurgit rapidement et on doit alors trouver une autre façon de se rassurer (p.ex. consulter l'internet) ce qui peut générer d'autres inquiétudes (p.ex. si on trouve des articles qui évoquent des faits rares mais catastrophiques). Si on remet au lendemain une tâche angoissante, on se sent apaisé sur le coup mais tôt ou tard, il faudra s'attaquer à la tâche et plus le temps passe, plus elle nous semble impossible à accomplir. La tentative d'augmenter sa certitude, diminue la tolérance à l'incertitude, ce qui contribue à maintenir la porte ouverte aux inquiétudes.

Vous pouvez aussi constater qu'il est très difficile d'éliminer l'incertitude. Pourquoi? Parce que l'incertitude fait partie de la vie tout simplement. L'incertitude ou du moins une certaine part d'incertitude est incontournable! Par exemple, on ne peut jamais être certain que l'on sera en santé toute notre vie même si actuellement aucun trouble de santé ne nous affecte. De même, on ne peut pas toujours être certain que l'on aura toujours du travail ou que nos relations avec les gens qui nous entourent seront toujours harmonieuses (entre autres parce que cela dépend de plusieurs facteurs qu'on ne peut pas nécessairement contrôler). Il est impossible d'avoir des garanties dans la vie.

Lorsqu'on a reconnu que l'intolérance à l'incertitude joue un rôle important dans le maintien des inquiétudes, on peut se demander : «Je sais que je suis intolérant à l'incertitude mais comment changer?». D'abord, identifions la cible. En d'autres mots, que veut-on changer? Dans cette idée d'intolérance à l'incertitude, est-il préférable de tenter d'augmenter la *certitude* ou la *tolérance* à l'incertitude? À ce point, on devrait être d'accord sur le fait de viser à augmenter la tolérance plutôt que la certitude.

Il existe une différence importante entre comprendre qu'on est intolérant et modifier cette intolérance. C'est déjà une étape de comprendre mais il est difficile de changer des idées ou des attitudes simplement en y pensant. On entend souvent que les gens ont de très bonnes intentions pour changer certaines attitudes, cependant les résultats ne suivent pas parce que souvent il manque l'action. *Le comportement ou l'action est donc un moyen privilégié pour modifier ses attitudes et sa façon de penser.* Quand on pense à des exemples comme vouloir arrêter de se ronger les ongles ou vouloir maigrir, on voit clairement que l'intention ne suffit pas, on doit changer son comportement! Il en va de même pour des attitudes qui ne s'observent pas facilement de l'extérieur. Par exemple, on peut prendre conscience que l'on est nerveux et anxieux lorsqu'on parle en public mais cette prise de conscience suffit rarement à diminuer notre anxiété. Cependant, si l'on se *pratique* à parler en public à répétition, notre habitude d'être nerveux et anxieux va disparaître graduellement. De même, on peut réaliser que l'on accepte trop de responsabilités au travail et que cela nuit à notre rendement mais pour changer la situation, on doit *passer à l'action* et déléguer certaines responsabilités.

Pour augmenter la tolérance à l'incertitude, comme pour changer n'importe quelle autre habitude, on doit donc passer par l'action. Le principe est d'agir *comme si on était tolérant*, de se

demander «Si j'étais tolérant à l'incertitude, comment agirais-je dans cette situation?». Souvent, on a une idée de l'action qu'on devrait poser mais on ne se sent pas capable de la faire! C'est normal, surtout si ça fait longtemps qu'on a cette attitude d'intolérance à l'incertitude. D'où l'importance des trois points suivants :

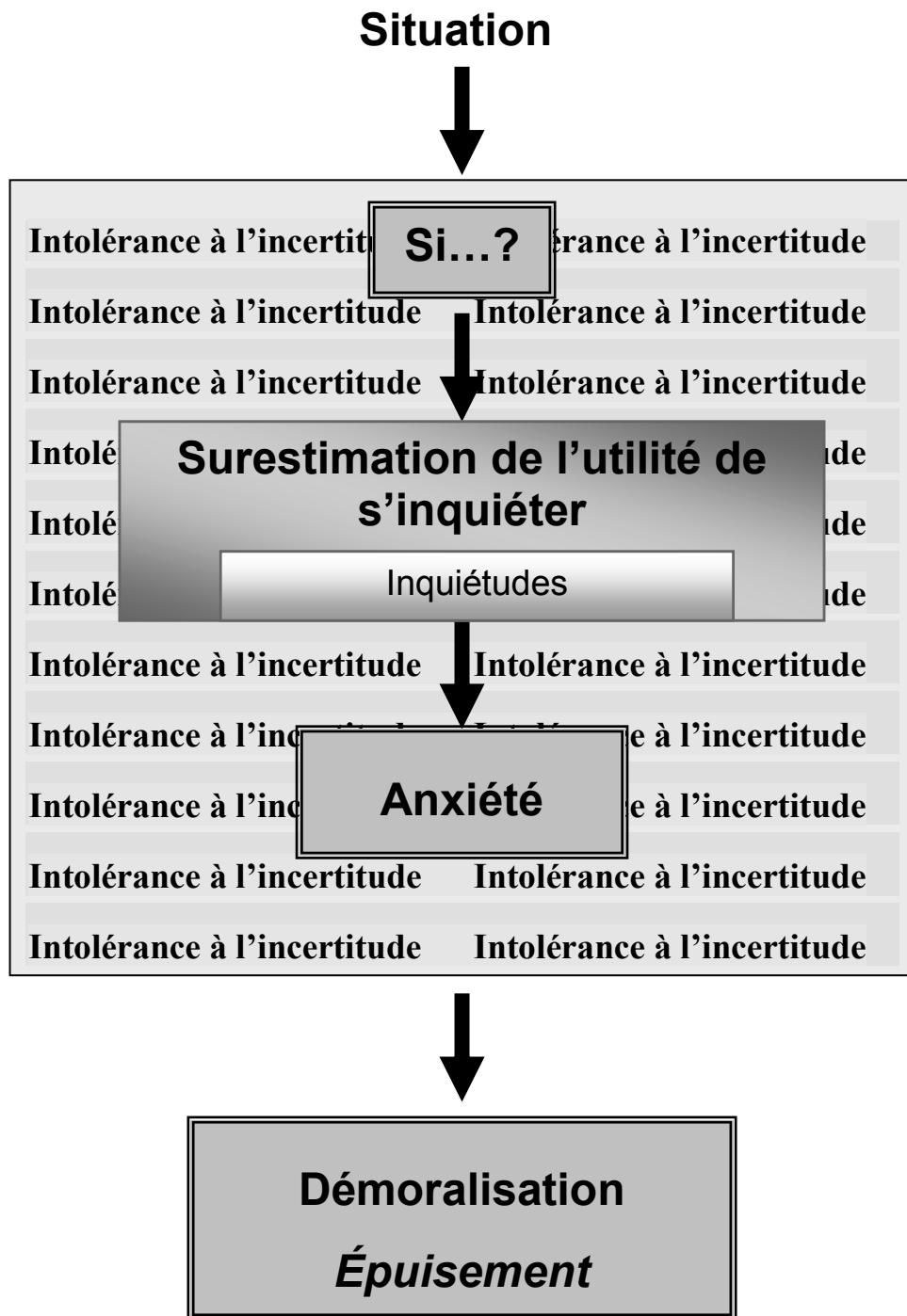
- a. Lorsqu'on adopte un nouveau comportement, on peut souvent se sentir mal à l'aise. Cela ne veut pas dire que le comportement est mal choisi ou qu'on ne devrait pas le refaire. Au contraire, il est normal de ressentir un malaise lors des premières pratiques d'un nouveau comportement.
- b. Pour «passer à l'action» de façon efficace, il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on se propose selon une hiérarchie croissante, c'est-à-dire qu'on commence avec quelque chose de petit mais réalisable. Par la suite, on choisit des actions considérées un peu plus difficiles et ainsi de suite.
- c. Malgré ce qu'on pourrait croire, la motivation ne précède pas l'action mais la suit. En effet, une fois qu'on a commencé à agir différemment, qu'on adopte un comportement nouveau une première fois (même si c'est un tout petit comportement), la satisfaction de l'avoir fait augmente la motivation à continuer dans ce sens. La prise de conscience qu'on a été capable d'adopter un nouveau comportement augmente la confiance en soi. Les nouvelles habiletés que l'on commence à développer stimulent l'individu à continuer. Comme le dicton le dit : «l'appétit vient en mangeant!».

Il existe un nombre illimité d'actions qui peuvent mener à une plus grande tolérance à l'incertitude. On pourrait par exemple poser les gestes suivants :

- Appeler un ami simplement pour dire bonjour alors qu'on n'est pas sûr de sa réaction;
- Commander un repas qu'on n'a jamais goûté;
- Acheter un disque sans l'avoir entendu au complet à l'avance;
- Aller voir ou louer un film dont on n'a pas entendu de commentaires;
- Acheter un cadeau sans poser plusieurs questions à la personne à qui c'est destiné ou au vendeur.

7.9.9. MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE III

Intolérance à l'incertitude



7.9.10 MANIFESTATIONS D'INTOLERANCE A L'INCERTITUDE

Date :

Voici une série de manifestations d'intolérance à l'incertitude vécues et rapportées par des gens qui ont déjà consulté pour un trouble d'anxiété généralisée. Ces exemples illustrent comment les gens se comportent face à toutes sortes d'incertitudes. Veuillez d'abord indiquer par oui ou non si vous vous reconnaissiez dans chacune de ces manifestations et ajoutez vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

1. Éviter de faire certaines choses. OUI : NON :

Ex. Éviter d'aborder un sujet délicat avec un ami car on n'est pas certain de sa réaction.

Ex. Éviter de s'investir, de s'impliquer dans une thérapie parce que le résultat est incertain.

Exemple personnel :

2. Trouver des obstacles artificiels pour ne pas faire certaines choses, trouver des défaites. OUI : NON :

Ex. Refuser un nouveau projet au bureau prétextant qu'on veut passer du temps avec les enfants.

Ex. Ne pas faire un exercice qui serait bon pour soi en se disant d'avance qu'on ne sera pas capable d'endurer les désagréments que l'exercice causera.

Exemple personnel :

3. « Procrastiner » (remettre à plus tard ce qu'on pourrait faire maintenant) OUI : NON :

Ex. Remettre à plus tard un téléphone à faire parce qu'on n'est pas certain de la réaction qu'aura la personne à qui on veut parler ou qu'on n'est pas certain d'être capable d'exprimer tout ce qu'on veut dire.

Ex. Remettre à plus tard notre révision du taux hypothécaire parce qu'on n'est pas certain de la procédure à suivre.

Exemple personnel :

4. Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire aux autres. OUI : NON :

Ex. Faire toutes les tâches au bureau parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait par son collègue.

Ex. Faire les lunchs de ses adolescents pour être certain qu'ils mangent de façon équilibrée.

Exemple personnel :

5. S'engager partiellement (« à moitié ») dans une relation, un travail, un projet.

OUI : NON :

Exemple personnel :

6. S'éparpiller, poursuivre plusieurs démarches en parallèle (en même temps).OUI : NON :

Ex. Faire une application dans des domaines différents pour augmenter ses chances de trouver un travail intéressant.

Ex. S'impliquer dans un projet mais se laisser la possibilité de se retirer si on rencontre un irritant.

Exemple personnel :

7. Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant. OUI : NON :

Ex. Lire beaucoup de documentation

Ex. Demander les mêmes informations à plusieurs personnes

Exemple personnel :

8. Remettre en question des décisions déjà prises parce qu'on n'est plus certain que ce soit la meilleure décision. OUI : NON :

Ex. Décider de ne plus vendre sa maison alors que c'était prévu

Ex. Retourner un vêtement acheté parce qu'on n'est pas certain que cela met en valeur notre silhouette

Quel genre de décision?

9. Rechercher de la réassurance (poser des questions aux autres pour qu'ils nous rassurent). OUI : NON :

Ex. Demander à son partenaire de nous rassurer sur notre attitude dans telle ou telle situation.

Ex. S'excuser à répétition pour notre retard au rendez-vous.

Auprès de qui?

Dans quel genre de situation?

10. Se rassurer soi-même par un optimisme personnel exagéré, ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement. OUI : NON :

Ex. Face à une tâche difficile, se dire qu'on est capable, qu'on a déjà fait ça souvent, qu'on va y arriver mais sans conviction

Exemple personnel :

11. Revérifier à plusieurs reprises des actions faites souvent machinalement parce qu'on n'est pas certain de les avoir faites. OUI : NON :

Ex. Relire un texte pour être sûr d'avoir bien compris.

Ex. Vérifier si la porte de la maison est bien barrée en quittant la maison.

Quel genre de chose?

12. Surprotéger les autres, faire des choses à leur place. OUI : NON :

Ex. Prendre des rendez-vous médicaux pour son conjoint.

Ex. Empêcher son enfant d'aller dormir chez un ami.

Comme qui?

Pour quel genre de chose?

Y'a-t-il d'autres façons que vous avez d'être intolérants à l'incertitude, des comportements qui n'entrent pas dans les 12 catégories énumérées ci-haut?

OUI : NON :

Si oui, décrivez-les ici :

7.9.11 INCERTITUDE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

Date :

Description de l'action choisie :

Inconfort ressenti pendant l'action :

Pensées présentes pendant l'action :

Observations après avoir fait l'action :

7.9.12 ÉTAPES DE LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

Première étape : L'orientation inefficace face aux problèmes

Les inquiétudes qui concernent un problème actuel sont en grande partie entretenues par l'orientation inefficace face aux problèmes. On a un problème mais on ne réagit pas de façon constructive; donc au lieu de le régler on continue de s'en inquiéter. L'orientation inefficace face aux problèmes fait référence aux réactions initiales nuisibles ou contre-productives face aux problèmes. Lorsqu'on a une orientation inefficace face aux problèmes, on aura plus de difficulté à utiliser pleinement nos habiletés de résolution de problèmes. Et si on ne résout pas le problème, on aura tendance à continuer et à y penser et... à s'inquiéter?

L'orientation inefficace face aux problèmes peut se manifester de plusieurs façons. Par exemple :

- Ne pas reconnaître qu'on a un problème;
- Trouver cela anormal d'avoir un problème;
- Éviter (remettre au lendemain) ou trop réagir face aux problèmes (urgence de résoudre le problème maintenant)

Ne pas reconnaître qu'on a un problème

Si on ne reconnaît pas qu'on a un problème, bien entendu on n'appliquera pas la résolution de problèmes. Pour augmenter notre sensibilité aux problèmes et mieux reconnaître les problèmes, on peut :

- Utiliser nos émotions comme indices pour reconnaître les problèmes (lorsqu'on ressent des émotions négatives, on peut observer l'environnement et nos comportements pour identifier le problème qui amène nos émotions);
- Utiliser nos comportements inefficaces comme indices pour reconnaître les problèmes (p.ex. si on fait souvent la même erreur);
- Identifier ses problèmes actuels ou récurrents

Trouver cela anormal d'avoir un problème

Si le fait d'avoir un problème nous semble anormal, on peut passer plus de temps à s'indigner du fait qu'on ait un problème que de temps à essayer de le résoudre. Pour voir le problème comme quelque chose de normal, on peut :

- Ne pas attribuer le problème à des lacunes ou à des déficits personnels en se culpabilisant de façon excessive : identifier tous les facteurs qui sont aussi responsables de l'apparition du problème (on est rarement la seule cause), éviter de se juger plus sévèrement qu'on ne juge les autres (par exemple se demander : « Que dirais-je à un ami dans la même situation? Comment pourrais-je l'encourager à prendre une distance face au problème et se mettre en mode recherche de solution? »).
- Accepter que les problèmes font partie de la vie et considérer le fait que de trouver cette situation injuste nous amènera à passer plus de temps à s'indigner du fait qu'on a un problème que de trouver des solutions
- Accepter que la résolution de problèmes prendra probablement du temps et de l'effort (ça aussi, c'est normal!).

Éviter (remettre au lendemain) ou trop réagir face aux problèmes (urgence de résoudre le problème maintenant)

Si on a tendance à éviter (remettre au lendemain) ou trop réagir face aux problèmes (urgence de résoudre le problème maintenant) parce qu'on perçoit les problèmes comme étant menaçants, on peut avoir peur et être freiné par cette peur dans notre tentative de résolution de problèmes. On peut alors recommencer à se questionner sur les conséquences possibles du problème (« et si... »). On peut aussi croire qu'il faut réagir immédiatement pour résoudre tous les petits problèmes qui surgissent plutôt que tolérer d'avoir un problème « en suspens ». Cela engendre un gaspillage d'énergie parce que certaines situations peuvent rentrer dans l'ordre avec le temps (p.ex. penser qu'on a une tumeur cérébrale dès qu'on a un mal de tête et aller voir le médecin immédiatement plutôt que d'attendre pour voir si le mal de tête persiste). On peut donc :

- Voir les problèmes comme une occasion de relever un défi plutôt qu'une situation menaçante. On peut considérer les perceptions de menace et de défi comme les deux extrémités d'un continuum :



Le fait de voir un problème totalement comme une menace ou totalement comme un défi constitue les extrêmes et il y a une multitude de points où l'on peut se situer entre les deux. Il est important de ne pas de tout prendre à 100 % comme un défi ou comme une menace. Certains problèmes sont plus difficiles à résoudre que d'autres. Il est alors plus difficile de les voir comme un défi à relever. L'idée est de se demander « Quel serait le défi à relever dans cette situation? ».

Par exemple :

- Être convoqué à une entrevue pour un emploi. « J'ai peur, ça m'énerve, je ne serai pas capable de bien me vendre... »

Le défi pour moi dans cette situation : « C'est une occasion de démontrer mes capacités, mon intérêt à remplir ce poste. Aussi, c'est une occasion de prendre de l'expérience pour ce genre d'entrevue et ainsi m'améliorer de fois en fois. »

- « Je dois aller au guichet d'emploi, je risque d'avoir à faire la file s'il y a beaucoup de monde, je vais avoir à attendre, je n'aime pas ça attendre en file, j'ai l'impression que tout le monde me regarde et me juge et en plus, je vais perdre mon temps... »
- Le défi pour moi dans cette situation : C'est une occasion de développer ma patience, c'est une qualité que je veux développer et ceci est une bonne pratique.

- Un de mes proches souffre d'une maladie qui demande des traitements coûteux. « Pourquoi ça arrive à notre famille, c'est affreux d'avoir à mettre autant d'argent pour ces médicaments, un jour on ne pourra peut-être plus les acheter... »

Le défi pour moi dans cette situation : ???...! Dans ce genre de situations, il est difficile de voir la maladie comme un défi. Avec une vision un peu plus large, on peut voir le défi comme étant une question d'adaptation à une situation que l'on ne peut pas changer. Le défi devient ici « Comment pourrais-je m'adapter à cette situation? » Le problème étant déjà difficile à résoudre, comment s'adapter pour que la réaction au problème premier ne devienne pas un deuxième problème.

- S'arrêter pour réfléchir (stop and think) plutôt que d'agir en mode urgence. Prendre le temps de distinguer une inquiétude d'un problème réel : on peut se demander « Y'a-t-il vraiment un problème? », « Sur une échelle de 0 à 10, quel est son niveau de gravité? », « Est-ce que je dois régler le problème tout de suite? », « Quelles seraient les conséquences si je ne réglais pas ce problème tout de suite? ». En évitant de réagir

trop rapidement, on peut prendre le temps de considérer le problème sous un angle nouveau, éviter de gaspiller son énergie en tentant de modifier une situation qui changerait avec le temps, de créer des problèmes causés par une intervention intempestive.

Étape 2 : démarche de résolution de problèmes

1. Définir le problème et formuler un objectif :

Avant d'essayer de résoudre un problème, il faut bien le définir. C'est une étape très importante car lorsqu'on a de la difficulté à résoudre les problèmes, une de ces trois erreurs fréquentes est souvent en cause :

- Problème vague et confus (p.ex. « Mon estime personnelle est faible ») : il faut préciser le problème et le formuler en terme concret (p.ex. « Je n'arrive pas à m'exprimer en réunion d'équipe »)
- S'attaquer à plusieurs problèmes en même temps
- Cibler une émotion plutôt qu'un comportement (p.ex. « Je suis stressé par ma famille» plutôt que « J'ai trop de tâches à faire et je manque de temps pour moi »)

Si on ne définit pas bien le problème, nos solutions seront de moins bonnes qualité et pourront même aggraver le problème (p.ex. problème : « Je suis trop stressé au travail et ça me rend malade », solution : « Démissionner! »). Si on le définit de façon plus précise et concrète (p.ex. « Mon patron me donne trop de dossiers en même temps »), on peut trouver des solutions qui pourront régler le problème (p.ex. « Je vais le rencontrer demain pour lui demander de diminuer le nombre de dossiers de 10% »).

Il est donc préférable de préciser le problème en termes concrets pour trouver une solution efficace (« Qui est impliqué? », « Qu'est-ce qui se passe qui me dérange? », « Quand la situation se produit-elle? »). Les objectifs doivent aussi être précis et concrets pour qu'on puisse évaluer si on les a atteints. Ils doivent également être réalistes et accessibles pour augmenter les chances de succès. Pour formuler les objectifs, on se pose des questions de type comment plutôt que pourquoi (p.ex. « Comment faire pour me faire de nouveaux amis? », « Comment obtenir une augmentation de salaire? », « Comment aider mon fils à sortir du lit le matin? », « Comment mettre 50\$ de côté à tous les mois? »).

2. Identifier des solutions possibles (remue-méninges ou brainstorming)

Il est préférable de générer le plus de solutions possibles pour en trouver une qui convient. La plupart des gens en choisissent une qu'ils appliquent par habitude (p.ex. appliquer Dugas M. et al.(2017) Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée. Publié sur www.tccmontreal.com Page 110

le même type de solution à des problèmes nouveaux) ou par convention sociale (p.ex. accepter un mandat au travail) alors que le fait de générer plusieurs solutions possibles augmente les chances d'en trouver une qui convient. Les principes suivants peuvent nous guider :

- Quantité : générer 10 solutions possibles pour augmenter le nombre de solutions de qualités
- Report de l'évaluation : ne pas se censurer, être ouvert à toutes les possibilités pour trouvez les idées les plus intéressantes, qui sortent des sentiers battus. Une bonne idée pourra aussi être inspirée par une idée « farfelue ». Deux solutions perçues comme moins réalistes pourront être combinées en une solution qui, elle, le sera.
- Variété : augmenter le type de solutions

On peut aussi consulter, dans un deuxième temps, les gens de son entourage pour compléter l'exercice.

3. Prendre une décision

Il est probable qu'il n'y ait pas de solution parfaite. La recherche d'une solution parfaite est un piège qui peut conduire à la paralysie et à la persistance des problèmes. Il faut choisir la meilleure solution parmi celles qui sont identifiées. Comment faire? On identifie d'abord les pour et les contre de chaque solution. On élimine ensuite les solutions qui ne conviennent pas et on évalue les autres à partir des critères suivants :

- « Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter? »
- « Quelle est la probabilité que cette solution fonctionne? »
- « Quelles sont les conséquences à court terme et à long terme de cette solution? »
- « Quelles sont les conséquences pour moi et pour mon entourage de cette solution? »

Il est possible qu'on décide d'appliquer une série de solutions en parallèle ou successivement. Par contre, il faut éviter d'en choisir un trop grand nombre (ce qui pourrait être une façon de se rassurer faussement en en faisant trop « au cas où ») afin d'augmenter les chances de succès. Il faut plutôt en choisir une ou quelques-unes et passer à l'action.

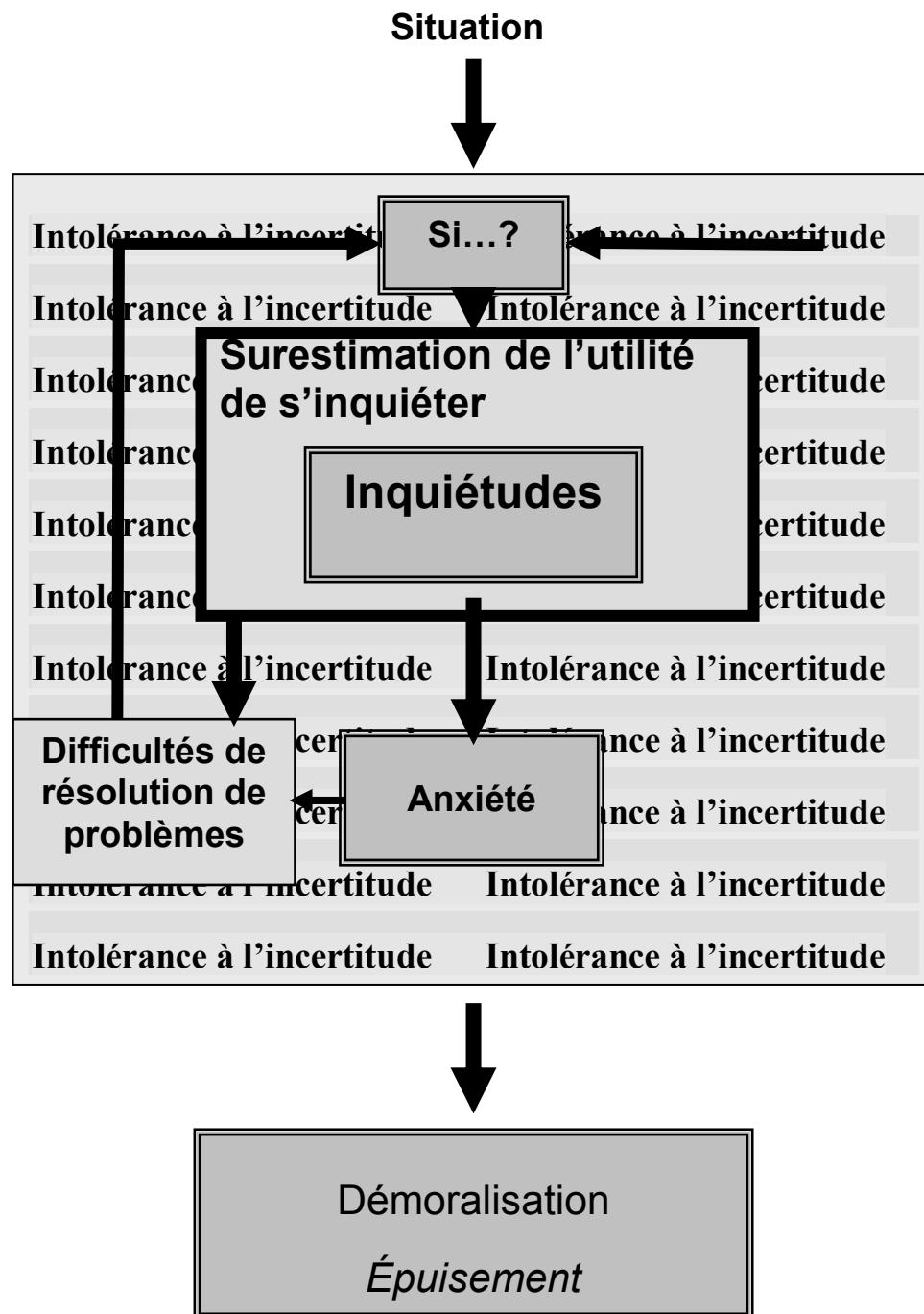
4. Appliquer la solution et évaluer le résultat

Avant d'appliquer la solution, il faut parfois s'assurer d'être en mesure de passer à l'action en pratiquant au préalable (p.ex. répéter avec un proche avant de demander à notre patron une augmentation de salaire).

Par la suite, on évalue si la détresse engendrée par le problème est atténuée ou si le problème est résolu. Sinon, on peut se poser les questions suivantes : « Est-ce que j'ai bien défini le problème? », « Est-ce que mon objectif est réaliste? », « Devrais-je choisir une autre solution? ». Par contre, il faut être conscient du fait que certains problèmes ne peuvent pas se régler rapidement (p.ex. le comportement d'un enfant) et, par conséquent, adopter une attitude réaliste.

7.9.13 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ IV

Difficultés de résolution de problèmes



7.9.14 LISTE DES PROBLÈMES ACTUELS ET RÉCURRENTS

Date :

Le but de cet exercice est de vous aider à identifier certains problèmes que vous rencontrez présentement ou qui reviennent plus souvent dans votre vie. L'objectif est de vous amener à les reconnaître plus facilement et plus rapidement. Ces problèmes peuvent se présenter dans diverses sphères de votre vie, comme vos relations avec vos proches, avec vos amis ou avec les étrangers, votre travail, vos études, vos engagements, vos loisirs et vos tâches quotidiennes.

Exemples :

J'ai un trop grand nombre de dossiers sous ma responsabilité.

Je n'ai aucun coussin financier ce qui fait que je ne peux pas faire face à des imprévus.

Je ne fais pas suffisamment d'activités physiques ce qui fait que je ne suis pas en forme.

7.9.15 EXEMPLES DE RÉACTION CONTREPRODUCTIVE AUX PROBLÈMES

Date :

Le but de cet exercice est d'identifier vos principales réactions lorsque vous rencontrez un problème. Cochez les énoncés qui correspondent le plus à votre façon de penser.

- Les gens n'ont pas de problèmes. Si j'ai un problème, ça veut dire que je suis anormal(e).
- Je suis le (la) seule à avoir les problèmes que j'ai (anormalité/injustice).
- Ce n'est pas vraiment un problème, ça fait partie de la vie (ne pas voir).
- Je ne peux tolérer d'avoir un problème en suspens (trop réagir).
- Quand les choses ne vont pas bien dans ma vie, c'est terrible et catastrophique (éviter ou trop réagir).
- Je suis la cause de tous mes problèmes (anormalité/déficit personnel).
- Mes problèmes sont toujours causés par les autres (anormalité/injustice).
- La première solution qui vient à l'esprit est la meilleure (trop réagir).
- Je n'ai pas de problème (ne pas voir).
- Il y a toujours une réponse parfaite à chaque problème (éviter ou trop réagir).
- Les gens ne peuvent pas changer; je suis faite comme ça et je vais toujours être fait comme ça (éviter).
- Si je règle le problème rapidement, la situation ne s'aggravera pas (trop réagir).
- Les gens ordinaires ne peuvent solutionner la plupart des problèmes de la vie; j'aurai toujours besoin d'un expert (éviter).
- Si je suis une bonne personne, je mérite une vie sans problèmes (anormalité/injustice)
- Je devrais être capable de régler mes problèmes rapidement; si je n'y arrive pas, ça veut dire qu'il n'y a rien à faire ou que je suis incomptente (anormalité /déficit personnel).

7.9.16 RÉSOLUTION D'UN PROBLÈME

Date :

Définition du problème :

Formulation de l'objectif : Qu'est-ce que je peux faire pour ...? Comment faire pour ...?

Modification de la réaction face au problème : Est-ce que je réagis de façon contre-productive à ce problème? Si oui, quelle est ma réaction face à ce problème?

Y'aurait-il une autre façon de réagir à ce problème qui serait plus productive? Si oui, laquelle?

Solutions possibles : Le plus de solutions possibles (au moins 10), sans évaluer/juger, solutions variées

- 1.
 - 2.
 - 3.
 - 4.
 - 5.
 - 6
 - 7.
 - 8
 - 9.
 - 10
-

Solution(s) choisie(s) :

Stratégie d'application de la (des) solution(s) : Comment je vais m'y prendre pour appliquer la (les) solution(s) :

Évaluation du résultat :

Par rapport au problème : « Est-ce que le problème est résolu? »

Par rapport aux émotions négatives : « Est-ce que j'éprouve un soulagement émotionnel? »

7.9.17 L'EXPOSITION EN IMAGINATION

Les *inquiétudes concernant des situations hypothétiques, éventuelles et peu probables* sont entretenues par l'évitement cognitif et la neutralisation. Évidemment, ça ne donne rien d'essayer de résoudre un problème qui n'existe pas encore (et qui n'existera peut-être jamais!).

L'évitement cognitif et la neutralisation font référence à toutes les manières que l'on a d'éviter les pensées qui nous font peur. On peut être porté à essayer de chasser les pensées effrayantes qui nous viennent en tête, à essayer de se distraire en pensant ou en faisant autre chose... pour finalement se rendre compte que la pensée qu'on voulait éviter nous revient très souvent en tête! Essayer de *ne pas penser* à quelque chose ne fonctionne pas, cela peut même augmenter la fréquence d'une pensée (comme, par exemple, lorsqu'on est à la diète et qu'on essaie de ne pas penser à la nourriture).

Lorsqu'on évite ou on neutralise, on s'empêche d'apprendre que l'anxiété, certes désagréable mais aucunement dangereuse, finira par diminuer toute seule sans qu'on ait à intervenir. Par contre, si on tolère le malaise que l'exposition fait vivre au début, on apprend que l'anxiété diminue éventuellement toute seule. Pour diminuer la peur des éventualités, *il faut s'y exposer.*

La procédure d'exposition en imagination se résume comme suit :

- a. Choix d'une inquiétude concernant une situation hypothétique
- b. Composition d'un court texte qui décrit l'éventualité en question :
 - Le texte doit ressembler fortement à l'ensemble de pensées et d'images qui sont présentes lorsque vous vous inquiétez de cette éventualité.
 - Le texte doit aussi inclure *tous* les aspects que vous trouvez «effrayants» dans cette situation et vous devez essayer d'utiliser vos cinq sens afin de rendre l'image aussi précise et «réelle» que possible (couleurs, sons, odeurs, etc.).
 - Le texte *ne doit pas inclure* d'éléments rassurants ou minimisants parce qu'ils joueraient un rôle de neutralisation.
- c. Exposition à l'éventualité en lisant le texte et en visualisant les images décrites.
 - Vous devez rester fixé sur le scénario pendant environ au moins 30 minutes (cette durée permet de vivre une courbe d'exposition, c'est-à-dire que l'anxiété devrait monter, rester haute pendant plusieurs minutes, et redescendre graduellement jusqu'à un niveau aussi bas qu'avant le début de l'exposition).

- Si on ne ressent aucune anxiété, il faut tout de même rester fixé sur le scénario pendant 20 minutes.
- Lorsqu'on s'expose, on ne doit pas utiliser de stratégies de neutralisation telles que se distraire ou se rassurer en se disant «C'est juste un scénario inventé, ce n'est pas vrai». N'oubliez pas, pour s'exposer efficacement, il faut neutraliser le moins possible.

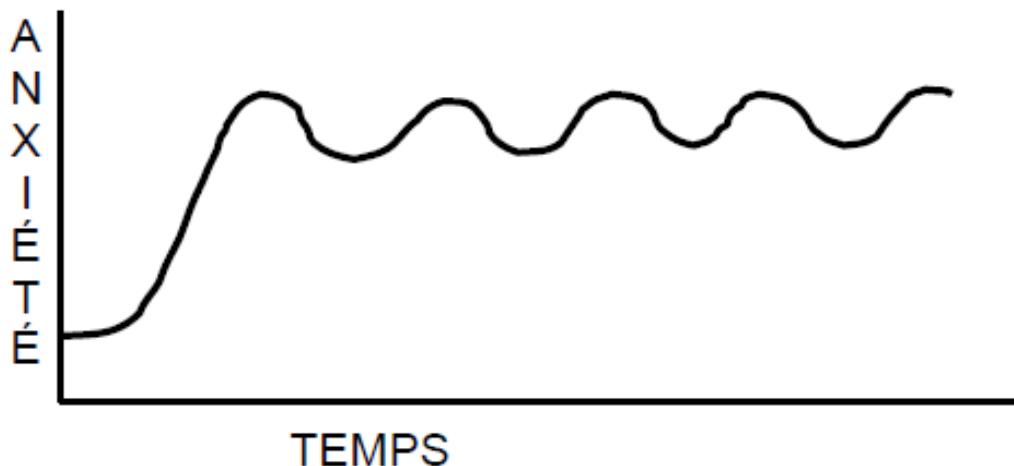
d. Après l'exercice d'exposition, remplir la fiche d'exposition

La première séance d'exposition est une expérience d'apprentissage. Afin d'évaluer votre niveau d'anxiété avant, pendant et après l'exposition, il est important d'être attentif aux variations de votre niveau d'anxiété pour pouvoir noter ces informations à la fin de la séance.

7.9.18 FIGURES NEUTRALISATION ET EXPOSITION

Figure 2: Neutralisation

Neutralisation



Neutralisation répétée

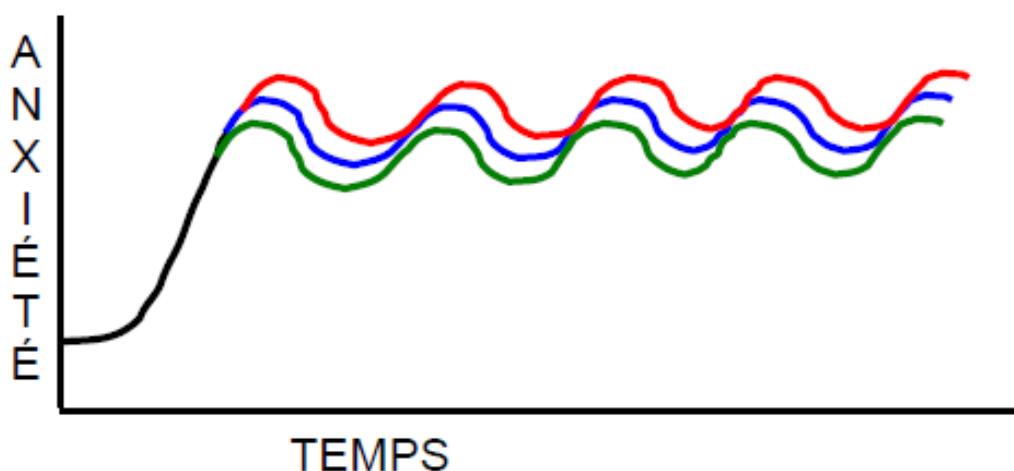
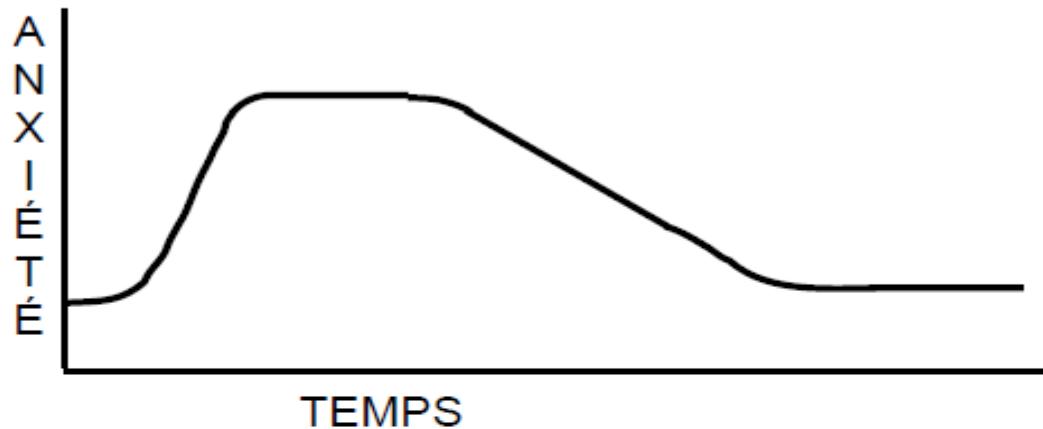
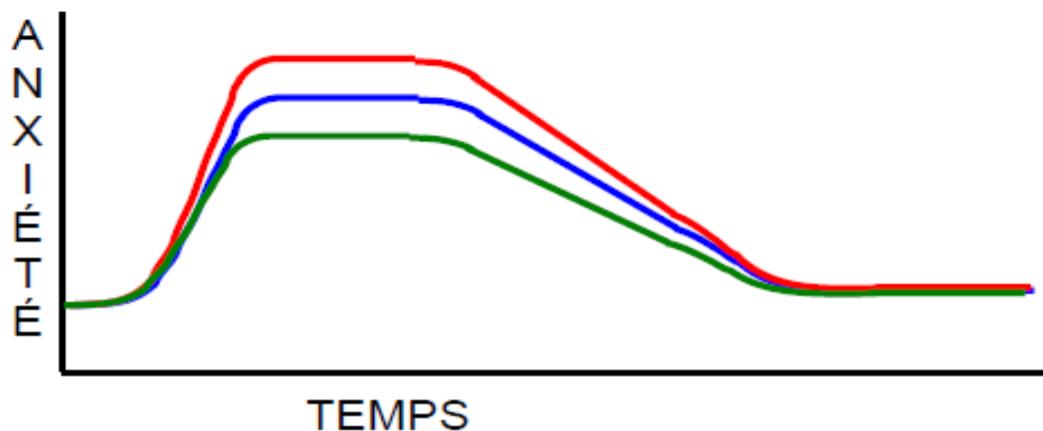


Figure 3: Exposition

Exposition

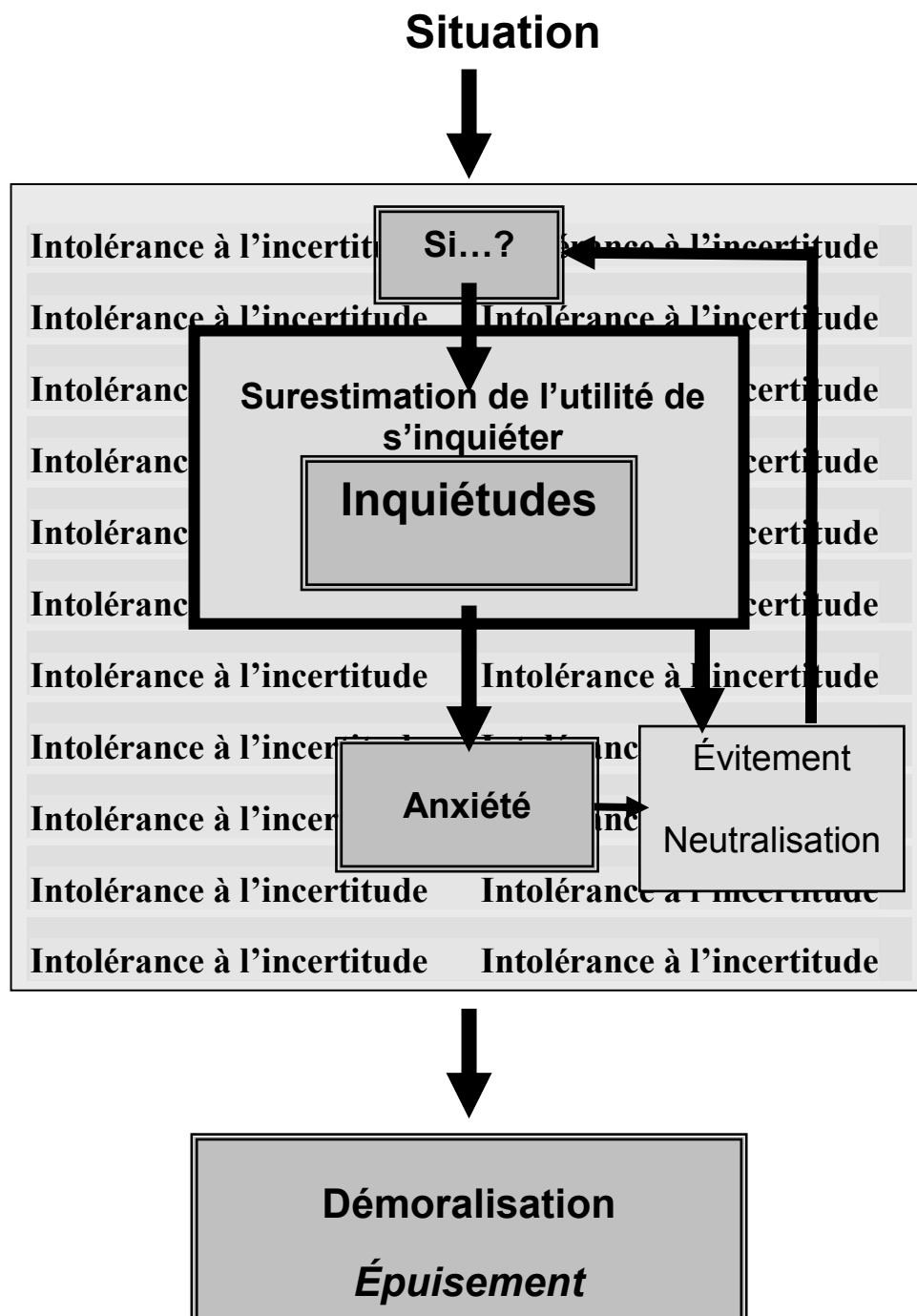


Exposition répétée



7.9.19 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ V

Évitement et neutralisation



7.9.20 SCÉNARIO POUR L'EXPOSITION

Date :

Le but de ce travail est de développer un scénario d'exposition ayant les caractéristiques suivantes :

- Être centré sur un seul thème
- Être composé :
 - Au présent (comme si le scénario se produisant présentement)
 - En langage parlé (non littéraire)
 - Au je
- Être une description détaillée de votre peur fondamentale
- Faire référence aux sens (vue, ouïe, odorat etc...)
- Faire référence à votre réaction émotive (psychologiquement et physiologiquement)
- Ne pas contenir d'éléments rassurants (neutralisation) tels que les mots « peut-être », « pas si pire » etc.
- Être «effrayant» mais tout de même crédible
- Inclure la signification perçue par rapport à l'anxiété décrite
- Durée de 55 secondes lorsque lu lentement et avec expression
Une lecture «avec émotion» est importante! En effet, une lecture terne peut être une façon de neutraliser le contenu du scénario. Le débit doit être assez lent et comprendre des pauses aux endroits stratégiques pour favoriser la formation d'images mentales.

7.9.21 FICHE D'EXPOSITION

Date :

Thème du scénario :

AVANT l'exposition :

1. Heure
2. Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée? (avant la séance d'exposition)



APRÈS l'exposition :

1. Heure
2. Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée? (à la fin de l'exposition)



3. Quel était le niveau maximal de malaise associé à votre pensée? Encerclez le chiffre correspondant à votre niveau de malaise maximum pendant la séance d'exposition.
4. Avez-vous neutralisé votre pensée pendant la séance d'exposition?

Oui : Non :

Si oui, comment?

7.9.22 RÉSUMÉ DE TRAITEMENT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE

Suite à votre démarche thérapeutique, il sera important de devenir votre propre «thérapeute» afin de maintenir vos gains et ainsi empêcher vos inquiétudes de nuire à votre qualité de vie. Devenir votre propre thérapeute signifie entre autres être conscient de vos inquiétudes excessives (prise de conscience) et distinguer le type d'inquiétude (concerne-t-elle un problème actuel ou une situation hypothétique?). Vous vous questionnerez au sujet de l'utilité de s'inquiéter. Vous pourrez ensuite appliquer des stratégies comme la résolution de problème lorsqu'il s'agit d'un problème actuel ou l'exposition cognitive pour une situation hypothétique *dès que vous aurez une inquiétude que vous considérez excessive*. Vous viserez aussi l'augmentation de la tolérance à l'incertitude par des actions quotidiennes parce que la vie comporte nécessairement son lot d'incertitude et parce que la recherche de certitude amène les gens à s'inquiéter inutilement.

De plus, pour être votre propre thérapeute vous devez évaluer régulièrement votre façon de réagir aux inquiétudes, de vous encourager à poursuivre même si c'est difficile et de vous féliciter pour vos petites et grandes réussites. Pour consolider les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le Manuel du client une fois par mois.

Il est important de se souvenir du fait qu'il y a une différence importante entre des *fluctuations normales* dans le niveau d'inquiétudes et une *rechute*. On peut aussi appeler une fluctuation normale une «chute». Or, une chute n'est pas une rechute! Être plus inquiet de temps en temps est normal et n'est pas synonyme de rechute. La réaction de chaque individu à une augmentation des inquiétudes joue un rôle important. En effet, avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un «problème» mais ce «problème» n'est pas dramatique et votre *réaction* lorsque vous serez confronté à un problème pourra influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie.

Par exemple, deux individus s'inquiètent beaucoup pendant trois jours. L'un d'eux observe au milieu de la semaine qu'une accumulation de travail l'a rendu stressé et inquiet. Il se dit qu'il va essayer de terminer ce travail dans les plus brefs délais, dans la mesure du possible, et se reposer en fin de semaine. Il pourra toujours prendre deux heures dimanche matin pour

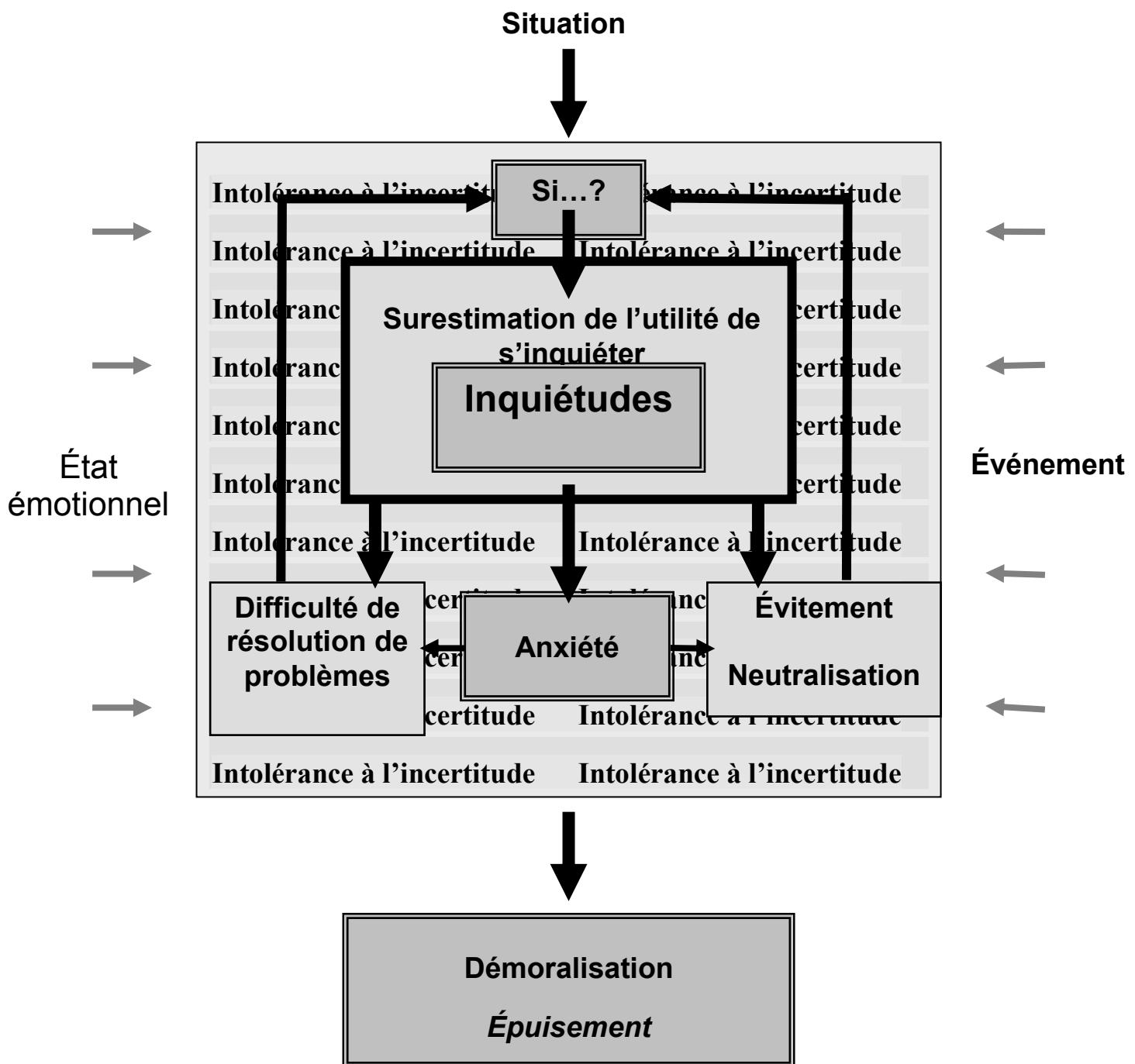
continuer le travail s'il n'a pas fini vendredi. À la fin de la semaine, il a terminé son travail et est satisfait et détendu. L'autre individu est aussi stressé et inquiet à cause d'une accumulation de travail. Il fait tout ce qu'il peut pour terminer mais craint beaucoup de ne pas avoir fini vendredi. À 5 heures vendredi, l'individu a finalement terminé son travail et se dit «Quelle semaine de fou! Me voilà reparti dans mes vieilles habitudes, je ne suis jamais capable de passer à travers un surplus au travail sans m'inquiéter toute la semaine! Ça m'a pris toute mon énergie, qu'est-ce que ça va être au prochain surplus, je ne serai pas capable!».

Évidemment, il y aura des moments où vous serez plus susceptible d'être envahi par des inquiétudes excessives qui pourront nuire à votre qualité de vie. Plusieurs situations ont cet effet chez la majorité de gens. Par exemple, lorsque vous vous retrouverez en période de stress important, quand vous serez très fatigué, lorsque vous vous sentirez plus abattu ou tout simplement à certains moments de la semaine, du mois ou de l'année.

Enfin, on considère que les «périodes difficiles» sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique. *Elles ne sont pas des échecs ou des rechutes*. Le fait d'avoir plus d'inquiétudes de temps en temps vous donne simplement l'occasion d'appliquer vos connaissances et vous donne une meilleure protection à long terme contre les inquiétudes excessives qui nuisent à votre qualité de vie.

7.9.23 MODÈLE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ VI

Emotions et événements



7.9.24 OBJECTIFS POUR POURSUIVRE VOTRE ÉVOLUTION

Date :

Le but de cet exercice est d'identifier les inquiétudes sur lesquelles vous voulez continuer à travailler et de préciser les moyens que vous allez utiliser.

Objectif 1 :

Moyens :

Objectif 2 :

Moyens :

Section 8 : Bibliographie

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

BECK, A.T., EMERY, G., GREENBERG, R.I. (1985) : *Anxiety Disorder and Phobias : A cognitive perspective*, New York, Basic Books.

CHALOULT, L., NGO, T. L., GOULET, J., COUSINEAU, P. (2008). La thérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique, Montréal : Les Éditions de la Chenelière.

COTTRAUX, J. (1998) : *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.

DUGAS, M. J., & ROBICHAUD, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice. New York: Routledge.

KATZMAN MA, BLEAU P, BLIER P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14(Suppl 1):S1

LADOUCEUR R, BELANGER L, LEGER E. Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien. Paris : Odile Jacob ; 2003.

LEAHY, R.L., HOLLAND, J.S., Mc GINN, L.K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York: The Guilford Press.

LA REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE, 51(8) SUPPLÉMENT 2, (Juillet 2006). *Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux* (CANMAT).

MAVASSIKALIAN, M.R., PRIEN, R.F. (1996) : *Long-Term Treatment of Anxiety Disorders*, Washington, American Psychiatric Press.

RAPEE, R.M, BARLOW, D.H. (1991) : *Chronic Anxiety, Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety- Depression*, New York, The Guilford press.

ROBICHAUD, M., & DUGAS, M. J. (2015). *The Generalized Anxiety Disorder Workbook: A Comprehensive Cbt Guide for Coping with Uncertainty, Worry, and Fear*. New Harbinger Publications.