

APERÇUS NOUVEAUX SUR LES TROUBLES D'ANXIÉTÉ

David H. Barlow^{1 2}

Center for Stress and Anxiety Disorders and Department of psychology State University of New York at Albany

Une des plaintes que reçoivent le plus fréquemment les thérapeutes concerne l'anxiété, une anxiété répondant souvent aux critères cliniques des troubles d'anxiété. Malgré sa fréquence, nous connaissons trop peu de choses sur la nature et les causes de l'anxiété pour améliorer son traitement. Nous allons faire le point, dans cet article, sur les recherches fondamentales et taxonomiques récentes qui ont étudié les troubles d'anxiété et de panique. Nous discuterons aussi des conséquences de ces recherches pour l'évaluation et le traitement de l'anxiété.

See end of text for English abstract

© 2025. Association Scientifique pour la Modification du Comportement.
Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Introduction

L'anxiété est un phénomène complexe et hétérogène. Et sa compréhension n'a pas été facilitée par une planification, une analyse et une coordination insuffisantes des recherches. Pourtant le concept d'anxiété a été au centre de diverses théories de la motivation et de la maladie mentale. Et la recherche sur l'anxiété fut, à une époque, très importante.

Alors que peu de gens peuvent comprendre subjectivement les symptômes des principaux troubles psychotiques, comme la schizophrénie par exemple, tous ont déjà ressentis de l'anxiété et peuvent en décrire les symptômes subjectifs. Malheureusement, le grand public, les patients, les cliniciens et les chercheurs s'entendent rarement sur les symptômes subjectifs et les signes objectifs de l'anxiété, ce qui entraîne les difficultés taxonomiques que nous allons présenter plus loin.

Un nombre important de gens se plaignent de souffrir d'anxiété. Un sondage fiable, employant des définitions restrictives de l'anxiété, a montré que 30 à 40 % de la population générale étudiée souffrait d'anxiété, les femmes en souffrant en plus grand nombre que les hommes (Sheperd, Cooper, Brown et Kalton, 1966). Plus de gens demandent de l'aide pour leurs problèmes d'anxiété que pour la plupart des autres difficultés affectives ou comportementales. Une étude

de Marland, Wood et Mayo, en 1976, indique que l'anxiété est la cinquième plus fréquente cause de consultation médicale, venant immédiatement après la demande d'un examen général, l'hypertension, les blessures, les pharyngites et les amygdalites.

Les souffrances, perturbations et problèmes de vie provoqués par l'anxiété rivalisent en intensité avec ceux causés par les plus sévères psychopathologies, au point que, dans certains cas, le patient doit être hospitalisé pour son traitement. De plus, quand elle est grave, l'anxiété peut entraîner d'autres problèmes qui la masquent. Par exemple, dans une étude récente de Mullaney et Trippet (1979), plus du tiers des patients d'une clinique d'alcoolisme buvaient pour diminuer leur anxiété. Malheureusement, la structure décisionnelle hiérarchique de D.S.M. Il établit la dépression comme trouble primaire quand elle s'accompagne d'anxiété, ce qui masque la prévalence réelle de l'anxiété dans la population.

Malgré les études montrant sa gravité, l'anxiété est un problème relativement peu étudié en comparaison d'autres troubles psychologiques ou psychiatriques importants. Ainsi, en 1981, le N.I.M.H. américain a consacré dix-neuf millions à l'étude de la schizophrénie. Seize millions furent consacrés à l'étude des troubles affectifs. Mais seulement trois millions furent donnés à la recherche sur la nature et le traitement de l'anxiété. La répartition des subventions fut à peu près identique l'année suivante, en 1982.

Il existe peu d'accord sur ce qui définit les troubles d'anxiété. L'anxiété accompagne les problèmes d'obsessions et de compulsions, mais elle accompagne aussi la dépression. Les rétrospctions, réactions physiologiques et cauchemars présents chez ceux qui souffrent d'un état de stress post-traumatique semblent avoir peu en commun avec les symptômes d'individus phobiques. Et nous ignorons en quoi les réactions de panique ressemblent aux phobies simples. Dans un sens imprécis, l'anxiété est une caractéristique commune à ces divers problèmes; d'où leur regroupement dans le D.S.M.

¹ Traduit par Jean Bélanger, professeur à l'Université du Québec à Montréal.

² Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Barlow, Department of Psychology, State University of New-York at Albany, 1400 Washington Avenue, Albany N.Y. 12222 USA.

III. Les chercheurs ne commencent qu'à comprendre les ressemblances et différences entre les divers troubles d'anxiété, ce qui est pourtant nécessaire pour en formuler une classification adéquate. On ignore à peu près tout de l'histoire clinique de ces problèmes, de leurs stades évolutifs, de leurs paroxysmes ou leurs rémissions. Il est plausible qu'une meilleure compréhension de ces faits permettrait un traitement et une prévention plus efficaces.

Classification des troubles d'anxiété

Les cliniciens et chercheurs connaissent bien la diversité des manifestations affectives, comportementales et somatiques sous lesquelles se présentent les troubles d'anxiété (Barlow et Beck, 1984). Cette diversité est probablement la cause de la fiabilité restreinte des tentatives antérieures de classification de ces difficultés. Le chercheur qui veut étudier ces problèmes doit pouvoir identifier et décrire le plus clairement possible sa population clinique. Certes, les catégories descriptives du D.S.M. III, qui ont été parfois établies empiriquement, représentent un progrès diagnostique et taxonomique important.³

Mais les avantages du D.S.M III ne diminuent en rien la nécessité d'études de fidélité. À Albany, dans notre Centre de traitement et de recherche sur les problèmes de stress et les troubles d'anxiété, il nous apparut important de savoir si nous pouvions identifier et différencier de façon fiable les patients souffrant d'agoraphobie, d'attaques de panique, de troubles d'anxiété généralisée ou de phobies sociales.

Comme pour d'autres problèmes, la précision et la complexité des critères diagnostiques du D.S.M III exigent la création d'un guide standardisé d'entrevue. En effet, seule une entrevue structurée permet de vérifier la fidélité de ces catégories diagnostiques et de mesurer la diversité des signes et symptômes présents même dans un problème aussi limité que la phobie simple. C'est dans un tel but, pour la schizophrénie et les troubles affectifs, qu'a été construit le Guide d'entrevue sur les troubles affectifs et la schizophrénie (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS) d'Endicott et Spitzer (1978, 1979). C'est aussi dans un tel but, pour les troubles d'anxiété, que nous avons construit le Guide d'entrevue sur l'anxiété (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS) (DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell et Blanchard, 1983). L'ADIS permet non seulement un diagnostic différentiel entre les catégories d'anxiété du D.S.M. III mais fournit aussi des informations supplémentaires sur l'histoire du problème, les corollaires situationnels et cognitifs de l'anxiété et

l'intensité des divers symptômes d'anxiété, mesurée par des échelles de mesure que nous avons construites à ces fins. Les Échelles d'anxiété et de dépression d'Hamilton sont aussi présentées aux patients. Ces informations constituent une base de données pour l'étude des caractéristiques cliniques des diverses classes diagnostiques d'anxiété. Nous allons, par la suite, présenter quelques-unes de ces données. Puisque la dépression est souvent associée à l'anxiété, le guide permet aussi un examen assez complet des symptômes dépressifs et de leurs relations aux symptômes d'anxiété.

Afin de rassembler le plus d'informations précises possibles pour des études ultérieures, nous n'avons pas suivi l'organisation hiérarchique du D.S.M. III. Nous avons créé très peu de questions seuils (*cut-off*) qui obligeraient de subsumer, par exemple, des indices de trouble panique dans la catégorie des troubles affectifs si un trouble affectif majeur existait aussi. Cela nous permet de décrire plus complètement les symptômes des patients souffrant de l'un ou l'autre des troubles d'anxiété. Cette stratégie nous permet aussi, pour les études de comorbidité, de rassembler des informations sur les autres problèmes du patient sans tenir compte de l'organisation hiérarchique du D.S.M. III. Et si les troubles furent souvent classés comme primaires ou secondaires, ils ont été classés ainsi seulement en fonction de leur degré d'interférence ou de leur sévérité.

À partir de ces règles, nous fîmes une étude très rigoureuse de la fidélité de nos mesures. Dans une recherche pilote, un examinateur indépendant réexamina, avec l'ADIS, 60 patients déjà admis à la clinique de phobie et de trouble d'anxiété du Centre. Ce second examinateur ignorait les résultats déjà obtenus avec l'ADIS. De plus, l'accord diagnostique fut défini comme exigeant une similarité totale du diagnostic primaire des deux cliniciens examinateurs. Il y eut plusieurs cas où les examinateurs arrivaient aux mêmes catégories diagnostiques mais divergeaient sur celle qu'ils considéraient comme primaire et secondaire. En calculant les coefficients Kappa, cette divergence était traitée comme un désaccord. Et, quand il y avait désaccord, une discussion détaillée subséquente du cas, en réunion d'équipe, permettait d'arriver à un diagnostic commun. Dans cette réunion, les raisons de désaccord étaient aussi identifiées. Les scores de fidélité des diagnostics pour ces 60 patients sont donnés dans l'article déjà cité de DiNardo *et al.* (1983). Le tableau I montre les scores Kappa pour les premières 125 admissions consécutives à la clinique.

³ Rappelons, au lecteur, les catégories de troubles d'anxiété que donne le D.S.M. III.

300 troubles d'anxiété
troubles ou névroses phobiques
300.21 Agoraphobie avec attaque de panique
300.22 Agoraphobie sans attaque de panique
300.23 Phobie sociale
300.29 Phobie simple
États ou névroses d'anxiété
300.01 Attaque de panique

300.02 Anxiété généralisée
300.30 Trouble obsessionnel-compulsif
État de stress post-traumatique
308.30 Aigu
309.81 Chronique ou différé
300.00 Anxiété atypique
(Note du traducteur)

La taille de l'échantillon permet un calcul de Kappa sur un nombre suffisant de cas pour chaque catégorie diagnostique de trouble d'anxiété du D.S.M. 111, à l'exception de la classe « état de stress post-traumatique » (*Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD*).

Ignorons pour le moment les phobies simples. Nous pouvons voir que les Kappas les plus faibles se retrouvent dans les catégories d'attaque de panique et d'anxiété généralisée. Il existe peu d'indices comportementaux objectifs pour ces deux catégories et le clinicien doit se fier à des données somatiques ou cognitives, fournies surtout par des *self-reports* du patient. Par ailleurs, la valeur de Kappa pour l'agoraphobie est élevée et correspond aux meilleurs coefficients d'accord qu'on peut obtenir dans une étude de fidélité diagnostique. De même, le Kappa pour l'obsession-compulsion est élevé malgré le fait que nous ayons eu moins de patients dans cette catégorie que dans toute autre. Ce faible nombre de cas reflète la rareté relative de ce trouble par rapport aux autres troubles d'anxiété. Et le fort Kappa indique que ce trouble, au moins dans sa forme la plus sévère, constitue une entité distinctive et facilement reconnaissable. Le faible Kappa pour la phobie simple semble surprenant. Les désaccords ne semblent pas attribuables à une inhabileté à reconnaître la phobie simple mais plutôt au fait que la plupart des patients souffrant de phobie simple présentent aussi d'autres désordres d'anxiété, ce qui rend plus difficile la distinction entre désordre primaire et secondaire. Si les

examineurs diagnostiquent la présence simultanée, par exemple, de phobie simple et de trouble panique, ils identifieront tous les deux la phobie simple mais ne la classeront pas nécessairement de façon identique comme primaire ou secondaire, créant ainsi un désaccord diagnostique.

En somme, il semble que le D.S.M. III fournit une très bonne description des troubles d'anxiété que voit le clinicien, à l'exception peut-être de la phobie simple et de l'anxiété généralisée. Nous continuons à rassembler des diagnostics sur les diverses catégories de troubles d'anxiété. Mais, il nous semble que, quand il y a des désaccords impliquant la phobie simple et l'anxiété généralisée, ces désaccords sont causés par la difficulté d'établir l'importance clinique relative des autres troubles d'anxiété qui sont aussi présents.

L'étude de comorbidité consiste à étudier le nombre, la nature et la variété des autres problèmes qui peuvent exister simultanément avec un problème donné chez le patient. Cette méthode permet de mieux comprendre la forme que prennent les troubles d'anxiété (Barlow, DiNardo, Vermilyea, Vermilyea et Blanchard, 1984). Le tableau I indique le nombre et la proportion de patients qui, souffrant déjà d'un problème donné d'anxiété, présentent aussi d'autres troubles secondaires et additionnels d'anxiété.

Tableau 1

Nombre et proportion de patients souffrant d'un problème d'anxiété et recevant un diagnostic additionnel.

DIAGNOSTIC PRIMAIRE							
Diagnostic additionnel	Agoraphobie	Phobie sociale	Phobie simple	Crises de panique	Anxiété généralisée	Obsession compulsion	Affectifs majeurs
Aucun autre	20 (49%)	10 (53%)	3 (43%)	2 (12%)	2 (17%)	0	0
Un autre	8 (20%)	7 (37%)	2 (29%)	11 (65%)	5 (42%)	3 (50%)	3 (50%)
Deux autres	9 (22%)	2 (11%)	2 (29%)	3 (18%)	3 (23%)	3 (50%)	2 (33%)
Trois autres ou plus	4 (1%)	0	0	1 (6%)	2 (16%)	0	1 (17%)

Tiré de: Barlow, D.H., Dinardo, P.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., Blanchard, E.B. (1984) Comorbidity in the anxiety disorders. Sous presse.

Comme la lecture du tableau I nous permet de le constater, un nombre substantiel de ces patients souffrent simultanément de plus d'un type de problème. Ce phénomène semble de plus être en fonction de la nature du diagnostic primaire, c'est-à-dire, du type de trouble le plus important que présente le patient. Près de la moitié des patients souffrant de phobie sociale ou d'agoraphobie ne souffraient d'aucun autre trouble d'anxiété. Toutefois, la plupart des patients souffrant de panique, d'anxiété généralisée ou d'obsession-compulsion présentait aussi d'autres troubles d'anxiété. Ainsi, 88% des patients

souffrant d'attaques de panique et 83% de ceux souffrant d'anxiété généralisée souffraient aussi d'autres problèmes. Tous les patients souffrant d'obsession-compulsion souffraient aussi d'un autre problème (toutefois, nous n'avons eu que six cas d'obsession-compulsion).

Le tableau II indique la distribution des diagnostics spécifiques additionnels pour chaque trouble primaire d'anxiété, sauf les états de stress post-traumatiques primaires, et pour la classe globale des troubles affectifs majeurs. Le premier nombre de chaque case donne le nombre total de patients à qui au moins un des

examineurs attribuait le problème additionnel correspondant. Le nombre adjacent entre parenthèses est le nombre de ces patients à qui les deux examineurs, indépendamment, ou l'équipe, en consensus, attribuaient le problème additionnel correspondant.

Le diagnostic d'anxiété généralisée est rarement donné comme diagnostic additionnel ou secondaire bien que les quatre critères définissant l'anxiété généralisée se retrouvent aussi dans les autres troubles d'anxiété (voir Tableau III. Chacun de ces quatre critères est généralement un aspect de l'une des autres catégories de problème d'anxiété et ils ne semblent pas alors former ensemble une entité clinique indépendante et distincte (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea et DiNardo, 1984). Ainsi, l'anxiété anticipatoire des phobiques semble être une sorte d'anxiété généralisée où le patient est dans l'attente craintive de l'événement phobique anticipé. Dans certains cas toutefois, l'anxiété généralisée semble être un phénomène indépendant, exigeant comme tel un diagnostic distinct.

Fait intéressant, le tableau II montre que la dépression (comme trouble affectif majeur ou comme trouble dysthymique) est souvent associée à un problème d'anxiété. Si l'un ou l'autre des examineurs décèle une dépression, cette dépression est alors associée à 16 (39%) des 41 cas d'agoraphobie, à six (35%) des 17 cas d'attaques de panique, à quatre (21%) des 19 cas de phobie sociale et à deux (17%) des 12 cas d'anxiété généralisée. Quatre des six patients obsessionnels-compulsifs sont aussi dépressifs; et, pour chacun de ces quatre patients, les examineurs s'entendent à reconnaître que leur dépression constitue un trouble affectif majeur. Toutefois, aucun des phobiques simples souffre de dépression. La fréquence de la dépression dans ces catégories est proportionnelle à la sévérité de l'anxiété, selon l'évaluation des examineurs. Leckman, Merikangas, Pauls, Prusoff et Weissman (1983) ont récemment montré l'importance de déterminer la présence simultanée de l'anxiété et de la dépression. En effet, ils ont observé que les familles de patients dépressifs souffrant d'attaques de panique présentaient plus fréquemment des problèmes divers que les familles de patients dépressifs ne souffrant pas d'attaques paniques

Tableau 2

Type de diagnostic additionnel en fonction du diagnostic primaire

Diagnostic additionnel	DIAGNOSTIC PRIMAIRE						
	Agoraphobie	Phobie sociale	Phobie simple	Crises de panique	Anxiété généralisée	Obsession compulsion	Affectifs majeurs
Agoraphobie	-	0	1 (1)	0	2 (2)	1 (1)	2 (0)
Phobie sociale	7 (5)	-	2 (2)	6 (4)	4 (2)	0	0
Phobie simple	7 (4)	1 (1)	-	5 (4)	5 (3)	1 (1)	3 (3)
Panique	0	0	1 (1)	-	0	1 (0)	1 (0)
Anx. général.	1 (0)	1 (1)	0	0	-	1 (1)	1 (0)
Obs.-compuls.	3 (1)	2 (2)	0	1 (1)	0	-	1 (1)
Affectif maj.	6 (4)	1 (1)	0	1 (2)	0	4 (4)	-
Dysthymique	10 (3)	3 (2)	0	4 (1)	2 (0)	0	0
Somatisation	0	0	0	1 (1)	0	0	0
Axe III	2 (2)	1 (1)	1 (1)	0	4 (1)	0	1 (1)
Alcoolisme	0	0	0	0	0	10	1 (0)
Conversion	0	0	0	0	0	1 (1)	0
Cyclothymique	0	0	0	0	0	0	0
Axe II	2 (1)	1 (1)	1 (1)	0	0	0	0

Entre parenthèses : Diagnostic additionnel donné indépendamment par les deux examineurs ou par le consensus de l'équipe.

Tiré de: Barlow, D.H., Dinardo, P.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., Blanchard, E.B. (1984) Comorbidity in the anxiety disorders. Sous presse.

Ces données semblent indiquer clairement que différents troubles d'anxiété peuvent exister simultanément chez le même patient, à divers degrés de gravité. Ces troubles additionnels pourraient, dans plusieurs cas, avoir des conséquences thérapeutiques importantes. Ainsi, un de nos patients agoraphobes avait aussi une phobie distincte du sang et des blessures, phobie

pouvant être diagnostiquée comme phobie simple. Cette simultanéité rendait plus difficile le traitement, par exposition graduelle, de son agoraphobie. Exposé, durant les sessions d'entraînement, à un objet phobique, comme un écureuil mort sur la route, ce patient manifestait alors une bradycardie et de l'hypotension, symptômes typiques de la phobie du sang et des blessures (Connolly, Hallam et

Marks, 1976; Yule et Fernando, 1980). Parfois même, ce patient s'évanouissait, ce qui n'arrive à peu près jamais aux agoraphobes. Dans ce cas, nous dûmes alors traiter sa phobie avant de traiter l'agoraphobie.

Caractéristiques de la panique

Depuis peu, beaucoup d'attention a été accordée à la panique comme phénomène clinique distinct. Cela constitue, avec la publication du D.S.M. III, un des faits les plus importants de ces dernières années dans les recherches sur les troubles d'anxiété. Le mérite en revient en grande partie aux travaux de pionniers de Klein (1981) et de ses collègues. Ils ont montré que, chez les agoraphobes, la panique ne répondait pas au traitement pharmacologique de la même façon que l'anxiété anticipatoire (Zitrin, 1981; Zitrin, Klein et Woerner, 1980; Zitrin, Klein Woerner et Ross, 1983).

Dans une recherche sur les effets d'un traitement psychosocial de l'anxiété intense, dont, entre autres, les attaques de panique, nous avons constaté que des procédures combinées de relaxation et de restructuration cognitive modifiaient l'anxiété intense mais pas le niveau moyen d'anxiété, ce qui paraît appuyer les analyses de Klein (Wadell, Barlow et O'Brien, 1984). Cette recherche employait un schéma expérimental à niveau de base parallèle sur les individus. Trois patients souffrant de panique y reçurent une thérapie cognitive, suivie d'une phase de thérapie cognitive combinée à un entraînement à la relaxation. Ces patients devaient enregistrer, sur des grilles ad hoc d'auto-observation, à la fois le nombre et la durée de leurs épisodes d'anxiété intense, définie comme étant d'intensité égale ou supérieure à 4 sur une échelle de 0 à 8. De plus, ils devaient enregistrer quatre fois par jour leur niveau d'anxiété, qui n'était pas nécessairement intense. Les figures 1 et 2 présentent les résultats obtenus. Malgré l'absence de certaines données, il apparaît que le nombre et la durée des crises d'anxiété intense ont diminué considérablement chez les trois patients. Cette diminution pouvait encore être observée au cours d'une relance trois mois plus tard (figure 1). Cependant, chez les patients 1 et 3, le niveau moyen d'anxiété augmentait durant la seconde phase expérimentale alors que le niveau d'anxiété intense diminuait. Toutefois, chez le patient 2, le niveau moyen d'anxiété diminue tout comme les périodes d'anxiété intense. Il apparaît donc plausible de penser que la panique diffère qualitativement de l'anxiété généralisée. Il est cependant possible, en supposant une réponse différentielle à certains traitements, de continuer à postuler une simple différence quantitative entre ces deux catégories diagnostiques.

De plus, la panique et l'anxiété généralisée semblent avoir des antécédents développementaux différents et les patients décrivent ces deux types d'anxiété comme qualitativement différents. Par contre, certains chercheurs trouvent que, globalement, la panique et l'anxiété généralisée sont similaires (Hoehn-Saric, 1981), alors que d'autres supposent qu'elles ne font que se situer à différents

points d'un même continuum de sévérité (Barlow et Maser, sous presse).

Une étape importante dans la validation de la catégorie diagnostique d'attaques de panique consiste à vérifier si cette catégorie est spécifique, indépendante et distincte des autres catégories diagnostiques. Pour cela, il faut établir les caractéristiques des éléments constituant cette catégorie et mesurer leur prévalence à travers les autres catégories diagnostiques. Dans ce but, nous avons fait une analyse préliminaire des caractéristiques de 108 de nos patients (Barlow, Vermilyea, Blanchard, Vermilyea, DiNardo et Cerny, sous presse). Le D.S.M. III définit la panique comme l'apparition soudaine, sur une période de trois semaines, d'au moins trois épisodes distincts de peur ou de terreur accompagnées d'au moins quatre de 12 symptômes différents, ces épisodes ne devant pas être causés par des déclencheurs tels qu'un exercice physique intense, une situation de danger réel ou l'exposition à un stimulus phobique précis. Aussi, l'ADIS comprend des questions détaillées sur chaque critère du D.S.M. III et l'examineur doit, de plus, évaluer chacun des 12 symptômes sur une échelle de 0 à 4 (0 indiquant l'absence de symptôme et 4 indiquant la présence du symptôme à un degré grave et incapacitant). Le tableau IV présente, entre autres, le pourcentage de ces 12 symptômes qu'on peut observer dans les autres catégories d'anxiété, de même que dans la dépression. La dernière colonne indique les résultats d'un test statistique de différence entre les catégories quant à la proportion de ces symptômes.

On retrouve chez les patients appartenant à chacune des catégories, incluant l'anxiété généralisée, au moins la moitié (six) de ces 12 symptômes (première ligne de données du tableau III: pourcentage de symptômes présents). Même s'il existe des différences significatives entre les catégories, « attaques de panique », « agoraphobie accompagnée de panique », « obsession-compulsion » et même « dépression », elles ne diffèrent pas significativement entre elles quant au nombre de ces 12 symptômes qui les accompagne. De plus, à la dernière ligne de données, la proportion de patients rapportant des attaques de panique ne diffère statistiquement pas à travers les catégories diagnostiques. Et cette constatation demeure vraie même si on ne calcule que la fréquence des attaques de panique durant les trois dernières semaines (deuxième ligne de données); il existe une exception, la dépression, où plusieurs patients dépressifs ont rapporté de nombreuses attaques de panique. Enfin, en ne tenant compte que des résultats à l'ADIS et en faisant la moyenne des scores des deux examinateurs (troisième ligne du tableau), il apparaît que les patients de la plupart des autres catégories d'anxiété répondent aux critères de panique du D.S.M. III, les exceptions étant la phobie simple et l'anxiété généralisée. Mais même dans ces deux dernières catégories, environ 30% des patients satisfont ces critères. Et, si on ignore le critère de trois épisodes de panique dans une période de trois semaines, presque tous les patients de

toutes les autres catégories pourraient alors recevoir le diagnostic d'attaques de panique (quatrième ligne de données).

Tableau 3

Incidences des crises de panique dans chaque catégorie diagnostique

	Agoraphobie avec panique	Phobie Sociale	Phobie simple	Panique	Anxiété généralisée	Obsession compulsion	Affectifs majeurs	Tests statistiques
Pourcentage de symptômes présents	85,6 ^b	66,3 ^a	68,0 ^{ab}	83,3 ^b	58,3 ^a	90,2 ^b	61,6 ^a	F(6,91) = 6,21 p ,001
Fréquence des crises durant les 3 dernières semaines	10,47 ^a	4,68 ^a	2,28 ^a	6,00 ^a	4,33 ^a	19,6 ^a	67,67 ^b	F(6,70) = 7,37 p ,001
Pourcentage de patients répondant aux critères sauf celui de fréquence ayant eu des attaques	74%	50%	33%	29%	29%	100%	100%	X ² (6) = 14,67 NS
	98%	84%	85%	75%	75%	83%	83%	X ² (6) = 9,50 NS
	98%	89%	100%	83%	83%	83%	83%	X ² (6) = 7,27 NS

Tiré de: Barlow, D.H., Dinardo, P.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., Blanchard, E.B. (1984) Comorbidity in the anxiety disorders. Sous presse.

Si de tels résultats étaient ultérieurement confirmés, il apparaîtrait que les attaques de panique se retrouvent dans plusieurs catégories diagnostiques à des fréquences différentes. Toutefois, la présence de ces attaques chez un patient n'indiquerait pas pour autant qu'on doive classer ce patient dans la catégorie « attaques de panique » puisque cette catégorie exige, selon le D.S.M. III, que les attaques soient imprévisibles. Ce n'est évidemment pas le cas pour la phobie simple, où il existe des déclencheurs spécifiques et prévisibles des attaques, déclencheurs connus du patient et du thérapeute: les stimuli phobiques. Pour la dépression nous avons aussi de bons exemples de déclencheurs d'attaques. Ainsi, chez un patient, l'obligation de prendre une décision précipitait une attaque de panique. Le patient n'avait pas initialement conscience de ce facteur mais il le perçut clairement après réflexion.

Les diverses conceptions de la panique divergent sur un point majeur: la présence de déclencheurs d'attaque de panique chez le patient. Alors que la majorité des chercheurs s'entendent sur l'existence de ces déclencheurs dans la plupart des troubles d'anxiété, ils ne s'entendent pas sur leur existence dans les catégories diagnostiques d'« attaques de panique » et d'« agoraphobie avec paniques », ce qui concorde avec l'opinion des patients pour qui leurs attaques sont imprévisibles. La recherche sur les déterminants biologiques ou psychophysiologiques se poursuit dans plusieurs laboratoires et pourrait bien changer nos futures conceptions taxonomiques de la panique. Mais mon impression clinique est qu'il existe de tels déclencheurs chez les agoraphobes. Ces déclencheurs seraient, par exemple, des exercices physiques légers, des activités sexuelles, des changements soudains de température, un stress ou d'autres situations provoquant un

changement physiologique chez le patient et dont il ne serait pas conscient.

On a longtemps pensé que le conditionnement interoceptif pouvait déclencher des attaques imprévisibles de panique (Evans, 1972; Mineka, sous presse; Razran, 1961; Ackerman et Sachar, 1974). Ce processus pourrait alors expliquer la réactivité marquée aux changements physiologiques et aux sensations internes que manifestent les patients souffrant d'attaques imprévisibles de panique (par exemple, Chambless et Goldstein, 1981). Puisque les symptômes intenses de panique peuvent être des déclencheurs de panique plus légère, il pourrait se créer un cycle répétitif, en spirale, d'attaques de panique, déclenché initialement par des changements de température et d'humidité, par un exercice léger, un stress ou même une relaxation physique (Cohen, Barlow et Blanchard, sous presse; Heide et Borkovec, 1983, 1984). L'imperceptibilité normale de ces déclencheurs expliquerait alors l'imprévisibilité des attaques et l'impression exprimée par les patients de devenir fous et de perdre leur maîtrise de soi. Le traitement comportemental des attaques de panique ne reposerait plus alors sur l'exposition aux contextes devenus associés à ces attaques, comme les foules, les centres commerciaux. Mais il viserait directement ces indices interoceptifs qui sont les vrais déclencheurs d'attaques de panique, comme les sensations d'étourdissement, de tachycardie, etc. Certains résultats cliniques semblent indiquer l'efficacité d'une telle manière d'aborder le traitement de la panique (Barlow, Cohen, Waddell, Vermilyea, Klosko, Blanchard et DiNardo, 1984).

Notons, par ailleurs, le fait curieux que la distribution des patients souffrant d'attaques de panique et d'anxiété généralisée varie selon le sexe. Dans notre échantillon clinique, deux fois plus de femmes que d'hommes reçoivent le diagnostic spécifique d'attaques de panique alors que la situation est inverse pour le diagnostic d'anxiété généralisée.

La catégorie diagnostique d'anxiété généralisée, en tant que distincte de celle d'attaque de panique, semble aussi posséder des caractéristiques variables et imprécises. Dans le D.S.M. III, ce diagnostic est résiduel, à n'attribuer qu'en dernier, en l'absence des caractéristiques distinctives des catégories d'attaque de panique ou d'obsession-compulsion. L'emploi de l'ADIS avec les patients de notre clinique nous a permis de vérifier quels étaient les patients qui répondaient aux critères d'anxiété généralisée du D.S.M. III. Le tableau V donne la sévérité moyenne des quatre symptômes définissant cette catégorie, tels qu'on peut aussi les observer chez les patients des diverses catégories. Nous indiquons aussi pour ces catégories le pourcentage de patients qui croient connaître la cause de leur anxiété et le pourcentage de patients qui identifient cette cause à certaines situations.

Les patients diagnostiqués comme souffrant d'anxiété généralisée obtiennent des scores plus élevés que ceux des autres patients sur trois des quatre types de symptômes caractéristiques de leur catégorie. Mais ces différences entre catégories ne sont statistiquement significatives pour aucun des quatre symptômes. De plus, 84% des agoraphobes, 79% des patients paniqués et 100% des obsessifs-compulsifs répondent aux critères du diagnostic d'anxiété généralisée. Dans les autres catégories d'anxiété, la proportion de patients répondant à ces critères est moindre: 55% pour la phobie sociale et 40% pour la phobie simple. De plus les patients paniqués disent avoir souffert d'anxiété ou de tension pendant 16% de leur vie alors que les patients souffrant d'anxiété généralisée disent avoir souffert 56% de leur vie, ce qui constitue une différence statistiquement très significative (Barlow, Blanchard, Vermilyea, Vermilyea et DiNardo, 1984).

Il semble donc que les symptômes ou critères d'anxiété généralisée, comme ceux de la panique, se retrouvent dans toutes les catégories diagnostiques d'anxiété, quoi qu'à des degrés divers. Seule, la totalité des patients obsessifs-compulsifs souffrent aussi d'anxiété généralisée; toutefois ce phénomène peut être le résultat du petit nombre ($N = 6$) de nos patients dans cette catégorie.

Néanmoins, notre discussion antérieure des études de comorbidité jette une lumière différente sur la catégorie d'anxiété généralisée et suggère une approche thérapeutique différente. Barlow, Blanchard, Vermilyea et al. (1984) ont remarqué que le critère d'attente craintive distingue le problème d'anxiété généralisée de celui de la phobie ou de la panique. Si un patient est continuellement inquiet, tendu et anxieux, peu importe la situation présente ou à venir, s'il manifeste une réactivité somatique intense

et si son fonctionnement quotidien en est perturbé, il souffre alors spécifiquement d'anxiété généralisée et doit recevoir un traitement particulier. Par contre, si l'anxiété et les autres symptômes (troubles neurovégétatifs, hypervigilance, tension motrice, etc.) n'apparaissent que dans des conditions particulières, comme à la pensée d'une interaction sociale prochaine chez le phobique social ou à l'expectation d'une attaque panique chez l'agoraphobe paniqué, il n'existe pas alors de condition d'anxiété généralisée mais un autre problème (par exemple, une phobie sociale ou une agoraphobie accompagnée de panique) auquel le traitement doit spécifiquement s'attaquer. A cause de ces données (i.e. Barlow, Blanchard, Vermilyea, et al., 1984), la prochaine révision du D.S.M. III, en 1986, accordera plus d'importance au critère d'attente craintive non spécifique dans le diagnostic d'anxiété généralisée. Cela mettra en valeur les recherches récentes de cliniciens comportementaux bien connus, comme Borkovec, sur la nature et le traitement de l'inquiétude chronique (Borkovec, Robinson, Pruzinsky et DePree, 1983; Borkovec, sous presse).

Comme nous l'avons noté précédemment (Waddell, Barlow et O'Brien, 1984), l'anxiété généralisée peut être un problème difficile à traiter. Toutefois, récemment, une intervention combinant une approche comportementale cognitive avec des techniques de relaxation ou de biofeedback a donné de très bons résultats avec des patients souffrant d'anxiété généralisée (Barlow et al., 1984). Il est encourageant de constater que, mesuré à une relance après un an, l'état de ces patients était encore meilleur, ce qui laisse croire que, durant leur bref traitement comportemental, ils ont appris quelque chose qu'ils ont continué à employer, de sorte que leur état s'est amélioré. Si d'autres cliniques comportementales peuvent reproduire ce résultat avec succès, cela constituerait un progrès important puisque, après quelques semaines d'usages, les tranquillisants mineurs se révèlent généralement un traitement inefficace de l'anxiété généralisée (Barlow et al., 1984).

En résumé, ces dernières années, l'approche comportementale a progressé rapidement dans la compréhension et le traitement des principaux troubles d'anxiété. Une nouvelle conception de la panique clinique et de l'anxiété généralisée a introduit une approche du traitement qui n'existait guère auparavant en thérapie comportementale. Au cours des prochaines années, la recherche clinique devrait nous indiquer la valeur de ces nouvelles approches.

Abstract.

Complaints of anxiety often meeting the criteria for clinical anxiety disorders are among the most common problems presenting to therapists. In spite of the frequency with which we encounter anxiety disorders, little is known about the basic psychopathology of these problems which would lead to more effective treatments. In this paper, recent information on the classification of anxiety disorders, as well as basic research on the nature of generalized anxiety disorder and panic is presented.

The implications for behavioral assessment and treatment of generalized anxiety disorder and panic disorder are discussed.

Références

- Ackerman, S.H. & Sachar, E.J. (1974). The lactate theory of anxiety: A review and reevaluation. *Psychosomatic Medicine*, 26, 69-79.
- Barlow, D.H. (sous presse). The dimensions of anxiety disorders. Dans A.H. Tuma et J.O. Maser (éd.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barlow, D.H. & Beck, J.G. (1984). The psychosocial treatment of anxiety disorders: Current status, future directions. Dans J.B.M. Williams and R.L. Spitzer (éd.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilyea, J.A., Vermilyea, B.B., & DiNardo, P.A. (1984). The phenomenology of generalized anxiety in the anxiety disorders. Texte soumis à l'éditeur.
- Barlow, D.H., Cohen, A.S., Wadden, M.T., Vermilyea, B.B., Klosko, J.S., Blanchard, E.B., et DiNardo, P.A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*.
- Barlow, D.H., DiNardo, P.A., Vermilyea, B.B., Vermilyea, J.A., & Blanchard, E.B. (1984). Comorbidity in the anxiety disorders. Texte soumis à l'éditeur.
- Barlow, D.H. & Maser, J.O. (sous presse). Psychopathology in anxiety disorders. *Journal of Behavioral Assessment*.
- Barlow, D.H., Vermilyea, J.A., Blanchard, E.B., Vermilyea, B.B., DiNardo, P.A., & Cerny, J.A. (sous presse). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and process. *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T.D. (sous presse). The role of cognitive and somatic cues in anxiety and anxiety disorders: Worry and relaxation-induced anxiety. Dans A.H. Tuma and J.O. Maser (éd.). *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Chambless, D.L. & Goldstein, A.J. (1981). Clinical treatment of agoraphobia. Dans M. Mavissakalian and D.H. Barlow (éd.), *PHobia*. New York: Guilford Press.
- Cohen, A.S., Barlow, D.H., & Blanchard, E.B. (sous presse). The psycho-physiology of relaxation-associated panic attacks. *Journal of Abnormal Psychology*.
- Connony, J., Hanam, R.S., & Marks, I.M. (1976). Selective association of fainting with blood-illness-injury fear. *Behavior Therapy*, 7, 8-13.
- DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Wadden, M.T., & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-111 anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1070-1075.
- Endicott, J. & Spitzer, R.L. (1978). The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Endicott, J. & Spitzer, R.L. (1979). Use of the Research Diagnostic Criteria and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia to study affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 52-56.
- Evans, I.M. (1972). A conditioning model of a common neurotic pattern - Fear of fear. *Psychotherapy, theory, research, and practice*, 9, 238-241.
- Heide, F.J. & Borkovec, T.D. (1983). Relaxation induced anxiety. Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 171-182.
- Heide, F.J. & Borkovec, T.D. (1984). Relaxation induced anxiety: Mechanisms and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 1-12.
- Hoehn-Saric, E. (1981). Characteristics of chronic anxiety patients. Dans D.F. Klein, & J. Rabkin (éd.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven Press, 399-409.
- Klein, D.F. (1981). Anxiety reconceptualized. Dans D.F. Klein & J. Rabkin (éd.). *Anxiety: New Research and changing concepts*. New York: Raven Press, 235-265.
- Leckman, J.F., Merikangas, K.R., Pauls, D.L., Prusoff, B.A., & Weissman, M.M. (1983). Anxiety disorders associated with episodes of depression: Family study data contradict DSM-111 convention. *American Journal of Psychiatry*, 140, 880-882.
- Marsland, D.W., Wood, M., Mayo, F. (1976). Content of family practice: A data bank for patient care, curriculum, and research in family practice -- 525,196 patient problems. *Journal of Family Practice*, 3, 25-68.
- Mineka, S. (sous presse). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations. In A.H. Tuma & J.O. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Munaney, J.A. & Trippett, C.J. (1979). Alcohol, dependency and phobias: Clinical description and relevance. *British Journal of Psychiatry*, 135, 565-573.