

Chapitre 7

ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TROUBLE)

Introduction

De tous les troubles anxieux, l'anxiété généralisée est celui dont les critères diagnostiques ont subi le plus de modifications depuis que le trouble a été décrit pour la première fois dans le DSM-III (*American Psychiatric Association*, 1987). À l'époque, le diagnostic précédent, «névrose anxieuse», a été subdivisé en deux troubles distincts : le trouble panique et l'anxiété généralisée (AG). L'AG était une catégorie résiduelle s'appliquant aux sujets qui éprouvaient une anxiété intense depuis au moins un mois et qui n'étaient pas phobiques, ne répondaient pas aux critères du trouble panique et n'étaient pas déprimés.

Lorsque le DSM-III-R a paru (*American Psychiatric Association*, 1987), l'AG y était décrit comme un trouble dont la caractéristique essentielle était une peur ou des soucis injustifiés ou excessifs concernant deux ou plusieurs sphères de la vie (par exemple, le travail et la famille), pendant six mois ou plus, avec présence d'au moins six des dix-huit symptômes associés. Dans le DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994), l'AG est encore défini comme un trouble caractérisé par une inquiétude excessive durant au moins six mois; cependant, les critères diagnostiques ont été remaniés. Il faut désormais que l'inquiétude soit difficile à maîtriser, qu'elle porte sur divers sujets (plutôt que sur au moins deux sphères de la vie) et qu'elle s'accompagne d'au moins trois des six symptômes. Par suite des changements apportés aux critères diagnostiques de l'AG, il est probable que beaucoup des participants d'études antérieures (réalisées avant la parution du DSM-III-R) ne répondraient pas aux critères de l'AG énoncés dans le DSM-IV. Comme les études récentes sont relativement rares, les études menées auprès de patients souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III ou des critères plus récents

seront incluses dans cette revue de la littérature. On précisera cependant les critères diagnostiques utilisés dans chaque étude.

Divers médicaments semblent efficaces pour traiter l'AG, dont les benzodiazépines (par exemple : le diazépam, le lorazépam et l'alprazolam), le buspirone et les antidépresseurs (par exemple, l'imipramine). De plus, des thérapies comportementales et cognitives telles que la restructuration cognitive et les traitements basés sur la relaxation semblent aussi efficaces que la médication pour traiter l'AG.

Études sur les traitements médicamenteux

Études sur le buspirone

Comparaison du buspirone et du diazépam

Nous avons recensé six études comparant les effets du buspirone, du diazépam et d'un placebo sur des personnes souffrant de l'AG. Rickels et coll. (1982) ont étudié 240 personnes répondant aux critères de l'AG selon le DSM-III. Ils les ont réparties, au hasard, en trois groupes dont le premier a reçu du buspirone pendant quatre semaines (15-20 mg/jour), le deuxième a reçu du diazépam pendant la même période (15-20 mg/jour) et le troisième a reçu un placebo. Les deux médicaments se sont avérés plus efficaces que le placebo d'après les mesures de l'anxiété généralisée, mais le diazépam a semblé agir davantage sur les symptômes somatiques, tandis que le buspirone a provoqué une plus grande amélioration des symptômes associés à des problèmes cognitifs et interpersonnels. Pecknold et coll. (1989) ont répété l'étude et obtenu des résultats semblables, montrant que le buspirone et le diazépam sont aussi efficaces l'un que l'autre et qu'ils sont tous les deux plus efficaces que le placebo.

Ross et Matas (1987) ont traité 30 personnes (il s'agit dans ce cas des personnes ayant suivi le traitement jusqu'à la fin) répondant aux critères de l'AG énoncés dans le DSM-III. Ils ont réparti les sujets en trois groupes auxquels ils ont donné pendant quatre semaines, soit du buspirone (dose maximale : 40 mg/jour), soit du diazépam (dose maximale : 40 mg/jour), soit un placebo. Ils n'ont observé aucune différence entre les groupes sur les échelles utilisées, qui étaient conçues pour mesurer, entre autres, le fonctionnement global, l'anxiété généralisée et la psychopathologie générale.

Olajide et Lader (1987) ont réalisé une étude croisée auprès de 33 patients répondant aux critères de l'anxiété généralisée du DSM-III. Les participants ont été traités pendant neuf semaines (en trois phases de trois semaines) et ont reçu successivement du diazépam (dose moyenne : 20 mg/jour), du buspirone (dose moyenne : 20 mg/jour) et un placebo. L'étude était fondée sur un plan expérimental en carré latin. Il n'y avait pas de période d'élimination entre les phases de médication. La plupart des mesures ont révélé la supériorité du diazépam par rapport au buspirone et au placebo. Ces deux derniers ne différaient pas significativement entre eux pour les paramètres mesurés. De plus, bien qu'un seul sujet se soit retiré de l'étude pendant qu'il recevait un placebo ou du diazépam, six patients ont abandonné le traitement pendant qu'ils recevaient du buspirone. Cette étude présente cependant certaines lacunes puisque ses résultats ont pu être faussés par l'effet rémanent des médicaments pris antérieurement car, comme on l'a dit plus haut, il n'y a pas eu de période d'élimination où les sujets n'auraient pris aucun médicament entre les différentes phases de l'étude. En outre, la plupart des patients prenaient des benzodiazépines avant le début de l'étude et ont été incapables de cesser toute médication pendant la période d'élimination précédant le traitement. Autrement dit, il est possible que les patients aient commencé à prendre du

buspirone au moment même où ils éprouvaient des symptômes de sevrage des benzodiazépines.

Dans deux études recensées, on a comparé les effets du buspirone et du diazépam, sans utiliser de placebo auprès d'un troisième groupe. Les participants des deux études souffraient d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III. Dans la première étude, Jacobson, Dominguez, Goldstein et Steinbook (1985) ont traité 66 sujets (dont 39 ont persévéré jusqu'à la fin du traitement) pendant quatre semaines au buspirone (dose finale moyenne : 25,5 mg/jour) ou au diazépam (dose finale moyenne : 15 mg/jour). Le diazépam a agi plus vite que le buspirone, mais les effets des deux médicaments étaient équivalents à la fin du traitement. Le diazépam a provoqué des effets secondaires plus sévères que le buspirone. Enfin, Murphy, Owen et Tyrer (1989) ont étudié 51 patients qui ont pris de 7,5 à 11,5 mg/jour de diazépam ou de buspirone pendant soit six, soit 12 semaines. Après cette période, le traitement médicamenteux était interrompu subitement, et les patients devaient prendre un placebo jusqu'à la 14^e semaine. Des 11 personnes qui ont abandonné le traitement, 73 % étaient traités au buspirone. Le buspirone et le diazépam ont tous les deux entraîné une diminution de l'anxiété, mais le diazépam a agi plus rapidement, a eu plus d'effets secondaires et a provoqué des symptômes plus sévères au moment de l'arrêt du traitement.

Autres études sur le buspirone

Dans une étude de quatre semaines auprès de 335 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III, Sacchetti, Zerbini, Banfi et Tansella (1994) ont comparé le buspirone (dose moyenne : 15,2-15,5 mg/jour), au lorazépam (dose moyenne : 3,5 mg/jour), au diazépam (dose moyenne : 15,45 mg/jour) ou au bromazépam (dose moyenne : 9,03 mg/jour). Exception faite de certaines différences mineures, le buspirone ne différait pas des autres médicaments sur le plan du taux d'abandon, de l'amélioration constatée au niveau de l'anxiété et du fonctionnement global, des effets secondaires et du délai de réponse clinique. D'après les mesures de l'anxiété et de l'amélioration globale, il semble que l'état des participants de tous les groupes se soit amélioré.

Rickels, Schweizer, Csanalosi, Case et Chung (1988) ont étudié les effets de l'interruption subite d'un traitement au clorazépam (dose moyenne : 33 mg/jour) et au buspirone (dose moyenne : 27 mg/jour) après six mois, dans une étude réalisée auprès de 65 patients, dont 87 % avaient fait l'objet d'un diagnostic d'AG (selon les critères du DSM-III) et 13 % répondaient aux critères du trouble panique. Bien que les deux médicaments se soient révélés également efficaces pendant le traitement, il y a eu plus d'abandons parmi les sujets traités au buspirone qu'au clorazépate pendant la phase de traitement actif (45 % contre 26 %). Selon les auteurs, le rythme d'amélioration plus lent noté pour le buspirone aurait joué un rôle important dans le taux d'abandon du traitement. Ce taux d'abandon élevé refléterait en outre, selon eux, la satisfaction moindre des patients traités au buspirone (par rapport au clorazépate). Par contre, après l'arrêt du traitement, les patients traités au clorazépate ont éprouvé des symptômes de sevrage appréciables, contrairement à ceux qui avaient pris du buspirone.

Cohn et Wilcox (1986) ont comparé le buspirone (dose maximale : 50 mg/jour), l'alprazolam (dose maximale : 5 mg/jour) et le lorazépam (dose maximale : 10 mg/jour) dans le cadre d'une étude de quatre semaines menée auprès de 60 patients répondant aux critères de l'AG (selon le DSM-III). Les trois médicaments ont entraîné une amélioration et se sont révélés également efficaces d'après les mesures de l'anxiété et de l'amélioration globale. Le buspirone a provoqué moins d'effets secondaires que le lorazépam ou l'alprazolam.

Enfin, Enkelmann (1991) a comparé l'alprazolam (dose finale moyenne : 1,9 mg/jour), le buspirone (dose moyenne : 18,7 mg/jour) et un placebo dans une étude de six semaines réalisée auprès de 94 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III. D'après les mesures du fonctionnement global, de l'anxiété et de la

dépression, l'alprazolam et le buspirone se sont avérés aussi efficaces l'un que l'autre et plus efficaces que le placebo, bien que l'alprazolam ait provoqué une amélioration plus rapide que le buspirone. Bien que la gravité des effets secondaires ait été équivalente dans les deux groupes, le buspirone provoquait généralement des effets secondaires gastro-intestinaux (par exemple : malaises abdominaux, perturbation de l'appétit), tandis que l'alprazolam provoquait plus souvent de la somnolence et une sédation. Comme dans les études antérieures, le buspirone était associé à un taux d'abandon plus élevé que l'alprazolam. Comme Rickels et coll. (1988) (ci-dessus), Enkelmann a attribué ce taux d'abandon plus élevé au délai prolongé qu'il faut au buspirone pour produire son effet thérapeutique maximal (de cinq à six semaines) par rapport à l'alprazolam (moins d'une semaine).

Études sur l'alprazolam

En plus d'avoir été comparé au buspirone, comme on l'a vu dans les études résumées plus haut, l'alprazolam a été comparé à divers autres médicaments utilisés pour traiter l'AG. Dans une étude à double insu de six semaines, Hoehn-Saric, McLeod et Zimmerli (1988) ont examiné les effets d'un traitement de six semaines à l'alprazolam (dose finale moyenne : 2,2 mg/jour) et à l'imipramine (dose finale moyenne : 91 mg/jour) sur 60 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III (depuis au moins six mois). Dans l'ensemble, les deux médicaments ont entraîné une amélioration de l'état des patients, d'après la plupart des paramètres. Peu de différences ont été constatées entre les sujets traités à l'un ou l'autre médicament. Cependant, d'après les résultats obtenus à certaines mesures, l'alprazolam atténuerait davantage les symptômes somatiques, tandis que l'imipramine provoquerait une plus grande amélioration des symptômes psychiques (par exemple, idées noires et dysphorie).

Elie et Lamontagne (1984) ont comparé l'alprazolam (dose optimale : 2 mg/jour) et le diazépam (dose optimale : 15,8 mg/jour) dans une étude de quatre semaines réalisée auprès de 48 patients répondant aux critères de l'AG selon le DSM-III. D'après les mesures de l'anxiété, du fonctionnement global et de la dépression, on a constaté une nette amélioration de l'état des sujets des deux groupes, par rapport aux données de départ, et peu de différences significatives entre les groupes.

Castillo, Sotillo et Mariategui (1987) ont comparé les effets d'un traitement de huit semaines à l'alprazolam (dose moyenne : 2,04 mg/jour), au clobazam (dose moyenne : 43,6 mg/jour) et d'un placebo sur 96 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III. Bien que les sujets qui recevaient des principes actifs aient vu leur état s'améliorer plus rapidement que ceux qui recevaient un placebo, les trois groupes ont présenté une amélioration significative à la fin du traitement. Il y avait peu de différences significatives entre les groupes.

Enfin, Frattola et ses collaborateurs (1994) ont comparé l'alprazolam (dose fixe : 1,5 mg/jour) et l'alpidem (dose fixe : 150 mg/jour) dans une étude effectuée auprès de 122 patients répondant aux critères de l'AG du DSM-III-R. Les six semaines de traitement actif ont été suivies d'une période de sevrage de deux semaines avec placebo. Les deux médicaments ont entraîné une amélioration notable de l'état des patients, d'après les mesures de l'anxiété, et il n'y avait aucune différence significative entre eux. Pendant la phase de sevrage, les patients traités à l'alprazolam sont revenus au niveau d'anxiété qu'ils éprouvaient avant le traitement, tandis que ceux qui avaient pris de l'alpidem ont continué à afficher une amélioration significative dans l'ensemble, malgré une légère augmentation du niveau d'anxiété.

Études sur le bromazépam

Kragh, Sorensen et coll. (1990) ont comparé les effets du bromazépam (dose fixe : 6 mg/jour), du chlorprothixène (dose fixe : 30 mg/jour) et d'un placebo dans le cadre d'une étude de deux semaines menée auprès de 245 patients répondant aux critères de l'AG du DSM-III. À l'issue du traitement, ils ont constaté une baisse significative de l'anxiété chez les sujets des trois groupes. Le bromazépam a entraîné une amélioration sensiblement plus marquée que le placebo, mais il n'y avait pas d'écart significatif entre ses effets et ceux du chlorprothixène. Les patients des trois groupes ont vu leur état s'améliorer, du moins modérément, dans les proportions suivantes : 79,3 % des sujets traités au bromazépam, 71,7 % des sujets traités au chlorprothixène et 64,5 %, de ceux qui avaient reçu un placebo. Fontaine, Mercier, Beaudry, Annable et

Chouinard (1986) ont effectué une étude analogue. Ils ont comparé les effets d'un traitement de quatre semaines au bromazépam (12 ou 18 mg/jour), au lorazépam (4 ou 6 mg/jour) ou d'un placebo. Les participants à l'étude étaient 60 patients répondant aux critères de l'AG énoncés dans une des premières ébauches du DSM-III, publiée en 1978 (Ces critères étaient identiques à ceux du DSM-III, si ce n'est que les symptômes devaient se manifester depuis au moins six mois et que leur apparition ne devait pas avoir été associée à un facteur de stress psychosocial). Les deux médicaments se sont avérés sensiblement plus efficaces que le placebo d'après divers paramètres, mais il n'y avait aucune différence entre leurs effets anxiolytiques.

Enfin, Fontaine, Chouinard et Annable (1984) ont analysé les effets de l'interruption subite ou graduelle (sur trois semaines) du traitement. Les 48 participants avaient pris pendant quatre semaines soit du bromazépam (18 mg/jour), soit du diazépam (15 mg/jour), soit un placebo. Ils répondaient aux critères de l'AG énoncés dans l'ébauche du DSM-III publiée en 1978 (voir plus haut). Pendant la phase active du traitement, les patients qui ont reçu les médicaments actifs ont affiché une plus grande amélioration que ceux qui avaient reçu un placebo, et le bromazépam était généralement plus efficace que le diazépam. Après l'interruption du traitement médicamenteux, les patients qui ont cessé subitement toute médication ont éprouvé des symptômes sensiblement plus sévères que ceux qui avaient cessé de prendre le placebo. On n'a cependant constaté aucune différence entre les sujets qui ont cessé de prendre soit les médicaments, soit le placebo, de façon progressive. Les symptômes de sevrage associés au bromazépam et au diazépam n'étaient pas sensiblement différents, bien que l'interruption du bromazépam ait semblé entraîner davantage de symptômes de sevrage; cette tendance n'était toutefois pas significative.

Autres études sur les benzodiazépines

Rickels, Downing, Schweizer et Hassman (1993) ont comparé les effets du diazépam (dose maximale moyenne : 26 mg/jour), de l'imipramine (dose maximale moyenne : 143 mg/jour), du trazodone (dose maximale moyenne : 255 mg/jour) et d'un placebo dans le cadre d'une étude de huit semaines menée auprès de 230 patients souffrant d'angoisse généralisée, d'après les critères du DSM-III, mais pas de dépression majeure ni de trouble panique. Bien que les patients qui ont pris du

diazépam aient réagi plus vite au traitement, à la huitième semaine, le trazodone était aussi efficace que le diazépam, et l'imipramine était plus efficace que le diazépam d'après certaines mesures de l'anxiété psychique (par exemple : tension, appréhension, inquiétude). Parmi les participants qui ont suivi le traitement jusqu'à la fin, on a constaté une amélioration modérée ou marquée chez 73 % de ceux qui avaient reçu de l'imipramine, 69 % de ceux qui avaient reçu du trazodone, 66 % de ceux qui avaient reçu du diazépam et 47 % de ceux qui avaient reçu un placebo.

Cutler, Sramek, Wardle, Hesselink et Roeschen (1993) ont comparé les effets du lorazépam (dose maximale : 2-6 mg/jour), de l'ipsapirone (un dérivé du buspirone; dose maximale : 11-30 mg/jour) et d'un placebo dans une étude de quatre semaines (suivie d'une prolongation de quatre semaines) effectuée auprès de 90 patients qui répondaient aux critères de l'AG selon le DSM-III. Les deux médicaments se sont avérés sensiblement plus efficaces que le placebo après quatre et huit semaines, et il n'y avait aucune différence entre leurs effets. L'anxiété des patients qui ont pris les médicaments actifs a diminué de 50 %, contre 20 % chez ceux qui avaient reçu un placebo. Après une période d'élimination de deux semaines pendant lesquelles ils n'ont reçu qu'un placebo, les patients qui avaient pris du lorazépam ont vu leur niveau d'anxiété grimper à nouveau, contrairement à ceux qui avaient pris de l'ipsapirone.

Casacchia, Bolino et Ecarl (1990) ont traité 36 patients qui avaient fait l'objet d'un diagnostic d'AG selon les critères du DSM-III-R. Ils les ont divisés en trois groupes; ceux du premier groupe ont reçu 1 mg/jour d'étizolam, ceux du deuxième, 0,5 mg/jour d'étizolam et ceux du troisième, un placebo, pendant cinq semaines. Administré à plus forte dose, l'étizolam a atténué davantage l'anxiété et la dépression (particulièrement des symptômes somatiques) que la dose inférieure d'étizolam ou le placebo. Peu d'effets secondaires ont été signalés.

Autres études sur des traitements médicamenteux

Dans une étude de quatre semaines menée auprès de 415 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III (Mendels et coll., 1986), on a comparé les effets de la trifluopérazine (2 à 6 mg/jour) à ceux d'un placebo. Diverses mesures de l'anxiété ont révélé une plus grande amélioration chez les sujets qui avaient reçu de la trifluopérazine que chez ceux qui avaient reçu le placebo. Ceux qui ont pris le médicament actif n'ont pas fait état d'un nombre sensiblement supérieur d'effets secondaires que ceux qui ont pris un placebo.

Adams et coll. (1995) ont comparé les effets d'une dose de 300 mg/jour de CI-988 (un antagoniste de CCK-B) à ceux d'un placebo, dans le cadre d'une étude de quatre semaines menée auprès de 88 patients chez qui on avait diagnostiqué l'AG, d'après les critères du DSM-III-R. Il n'y avait pas de différence significative dans le niveau d'anxiété éprouvé (d'après diverses mesures) par les sujets des deux groupes.

Enfin, on a comparé les effets du CGP361A (un nouveau bêta-bloquant; 2 mg/jour), du flupenthixol (un neuroleptique; 2 mg/jour) et d'un placebo dans une étude de quatre semaines menée auprès de 60 patients souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III (Bjerrum, Allerup, Thunedborg, Jakobsen et Bech, 1992). On n'a trouvé aucune différence significative entre les pourcentages des patients des trois groupes qui ont répondu au traitement (c'est-à-dire, qui ont présenté une diminution d'au moins 50 % des résultats sur une mesure donnée). Le pourcentage de patients considérés comme ayant répondu au traitement, d'après diverses mesures de l'anxiété et de l'amélioration globale, variait de 33,3 % à 78,9 % chez ceux qui avaient pris du CGP361A, de 30,7 % à 80 % chez ceux qui avaient pris du flupenthixol et de 36,4 % à 56,3 % chez ceux qui avaient reçu un placebo.

Sommaire

Différents médicaments se sont avérés efficaces pour traiter l'anxiété généralisée. Les benzodiazépines (c'est-à-dire le diazépam, le lorazépam et l'alprazolam) agissent habituellement plus vite que d'autres médicaments dont l'efficacité a également été démontrée (par exemple, le buspirone), bien qu'elles aient parfois entraîné des effets secondaires plus sévères, avec un effet de rebond au moment de l'arrêt du traitement. Les antidépresseurs comme l'imipramine semblent utiles pour traiter l'anxiété généralisée, mais il faudrait d'autres études sur de nouveaux antidépresseurs du groupe des ISRS, comme la sertraline et la paroxétine. Par ailleurs, plus d'études fondées des critères diagnostiques récents sont nécessaires.

Études sur les TCC

Comparaison des TCC et d'autres thérapies

Durham et ses collaborateurs (1994) ont réparti au hasard, en cinq groupes, 110 patients ayant fait l'objet d'un diagnostic d'AG (d'après les critères du DSM-III-R et dans le cadre d'un entretien dirigé) qu'ils ont traités selon les méthodes suivantes : 1) apprentissage du contrôle de l'anxiété (six à huit séances de formation et apprentissage de nouvelles techniques); 2) thérapie cognitive (six à huit séances); 3) thérapie cognitive (16-20 séances); 4) psychothérapie analytique (six à huit séances); et 5) psychothérapie analytique (16-20 séances). Dans tous les cas, le traitement durait six mois. La thérapie cognitive a entraîné une amélioration plus marquée de l'état des sujets que la psychothérapie analytique, d'après quatre des neuf mesures de l'anxiété, de la dépression et du fonctionnement global. L'apprentissage du contrôle de l'anxiété a entraîné une amélioration semblable à celle produite par la thérapie cognitive. L'état des patients s'est amélioré, du moins modérément, chez 76 % du groupe soigné par la thérapie cognitive, 49 % du groupe soigné par l'apprentissage du contrôle de l'anxiété et 42 % du groupe soigné par psychothérapie analytique. Lors du suivi effectué six mois après le traitement, les deux tiers des patients qui avaient suivi une thérapie cognitive étaient

capables de fonctionner à nouveau normalement d'après les deux mesures examinées, tandis que le tiers tout au plus des patients des autres groupes fonctionnaient normalement. La durée du traitement (de six à huit séances ou de 16 à 20 séances) n'avait aucune incidence sur son issue.

Comparaison des TCC et des traitements pharmacologiques

Dans la seule étude portant sur les effets relatifs et combinés de la TCC et de la médication pour le traitement de l'AG, Power, Simpson, Swanson et Wallace (1990a, 1990b) ont traité 101 patients répondant aux critères de l'AG selon le DSM-III. Ils les ont répartis en cinq groupes traités respectivement selon les modes suivants : 1) diazépam, 2) placebo, 3) TCC, 4) TCC et diazépam et 5) TCC et placebo. Les participants qui ont reçu soit du diazépam (dose fixe : 15 mg/jour), soit un placebo, ont pris le médicament pendant six semaines, puis un placebo pendant trois semaines, pendant la période de sevrage. Les participants traités par TCC ont suivi sept séances au plus de thérapie échelonnées sur neuf semaines. Immédiatement après le traitement et lors du suivi effectué six mois plus tard, les sujets qui avaient suivi la TCC (particulièrement la TCC seule et la TCC assortie de diazépam) ont affiché la plus grande amélioration. Dans l'ensemble, le diazépam ne s'est pas avéré plus efficace que le placebo, ce qui est peut-être attribuable au fait que la posologie était à la fois faible et fixe. Dans les différents groupes, le pourcentage de patients qui ont présenté une amélioration clinique, d'après l'Échelle d'anxiété de Hamilton, était de 90,5 % (TCC et diazépam), de 85,7 % (TCC), de 83,3 % (TCC et placebo), de 68,2 % (diazépam) et de 36,8 % (placebo). Les sujets qui ont pris du diazépam n'ont pas éprouvé une recrudescence significative des symptômes anxieux pendant la période de sevrage graduel.

Comparaison de différentes TCC

Blowers, Cobb et Mathews (1987) ont traité 66 patients répondant aux critères de l'anxiété généralisée du DSM-III. Ils ont formé trois groupes dont le premier a suivi huit séances (10 semaines) de TCC (relaxation assortie de thérapie cognitive), le deuxième a suivi également huit séances (10 semaines) de psychothérapie non directive, et le troisième, prétendument inscrit sur la liste d'attente, a servi de groupe témoin. La TCC s'est avérée sensiblement plus efficace que le non-traitement

(liste d'attente) d'après presque tous les paramètres, mais elle ne diffèrait de la psychothérapie non directive que d'après certaines mesures, à l'issue du traitement et six mois plus tard.

Borkovec et coll. (1987) ont traité 30 personnes souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Ils leur ont offert 12 séances d'entraînement à la relaxation assorti de thérapie cognitive ou de thérapie non directive. Dans l'ensemble, les sujets des deux groupes ont vu leur état s'améliorer, selon toutes les mesures prises avant et après le traitement (à l'aide de questionnaires à remplir soi-même, d'échelles cotées par l'évaluateur et des inscriptions quotidiennes dans un journal personnel). La thérapie cognitive a entraîné une plus grande amélioration que la thérapie non directive, d'après plusieurs mesures d'auto-évaluation, même si cette différence avait disparu au moment du suivi effectué de six à 12 mois après la fin du traitement auprès des 16 participants qu'on a pu joindre.

Dans une étude de suivi fondée sur les critères du DSM-III-R, Borkovec et Costello (1993) ont traité 55 sujets souffrant d'anxiété généralisée (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Ils les ont répartis en trois groupes qu'ils ont traités selon les modes suivants : 1) relaxation musculaire appliquée, 2) TCC et 3) psychothérapie non directive. D'une façon générale, la TCC et la relaxation appliquée ont donné des résultats équivalents; dans les deux cas, ces résultats étaient supérieurs à la psychothérapie non directive. Les acquis thérapeutiques persistaient au moment du suivi (six et douze mois plus tard) chez les sujets traités par la TCC et par la relaxation musculaire appliquée, tandis que les sujets soignés par la psychothérapie non directive ont vu leurs symptômes empirer pendant la période de suivi. À l'issue du traitement, 72,2 % des sujets traités par la relaxation musculaire appliquée, 57,9 % des sujets traités par la TCC et 22,2 % des sujets traités par la psychothérapie non directive avaient très bien répondu au traitement. Lors du suivi effectué 12 mois après le traitement, ces pourcentages étaient respectivement de 66,7 %, de 84,2 % et de 38,9 %. De plus, on a constaté une diminution significative de la prévalence de comorbidité (dans la majorité

des cas avec la phobie sociale et la phobie spécifique) chez les patients qui avaient répondu au traitement (Borkovec, Abel et Newman, 1995).

Barlow, Rapee et Brown (1992) ont réparti en quatre groupes, au hasard, 65 patients souffrant d'anxiété généralisée selon les critères du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Ils les ont traités pendant quinze semaines selon les quatre méthodes suivantes : 1) entraînement à la relaxation, 2) thérapie cognitive, 3) entraînement à la relaxation assorti de thérapie cognitive et 4) inscription sur une liste d'attente (groupe témoin). L'examen de plusieurs paramètres, dont l'inquiétude éprouvée, a révélé une amélioration significative de l'état des patients des groupes traités, par rapport aux sujets mis en liste d'attente. On n'a pas, par ailleurs, constaté de différence significative entre les trois traitements actifs. Les patients des différents groupes ont répondu au traitement dans les mesures suivantes : 0 % (groupe d'attente), 36 % (relaxation assortie de thérapie cognitive), 63 % (relaxation) et 67 % (thérapie cognitive). Les effets bénéfiques constatés à l'issue du traitement ont persisté, dans l'ensemble, pendant la période de suivi de deux ans.

Butler, Fennell, Robson et Gelder (1991) ont soumis 57 patients souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé) à un traitement de quatre à douze séances. Ils les ont répartis, au hasard, en trois groupes qu'ils ont traités selon les modes suivants : 1) thérapie cognitive (relaxation musculaire progressive, exposition, auto-gratification), 2) thérapie cognitivo-comportementale et 3) inscription sur une liste d'attente (groupe témoin). À l'issue du traitement, ils ont constaté une amélioration sensiblement plus grande chez les sujets traités par la thérapie cognitivo-comportementale que chez les témoins, d'après 13 des 16 mesures utilisées (comprenant des mesures de l'anxiété, de la dépression et de la cognition). La thérapie comportementale s'est avérée supérieure au non-traitement (liste d'attente) pour quatre des 16 paramètres. La thérapie cognitivo-comportementale était supérieure à la thérapie comportementale pour six des 16 paramètres. Ces résultats persistaient au moment du suivi effectué six mois plus tard.

Enfin, White, Keenan et Brooks (1992) ont traité 109 personnes atteintes d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Ils les ont réparties en cinq groupes qu'ils ont

traités selon les méthodes suivantes : 1) six séances de thérapie cognitive, 2) six séances de thérapie comportementale, 3) six séances de thérapie cognitive et comportementale, 4) traitement placebo (comportant l'écoute d'enregistrements censés contenir des messages subliminaux) et 5) inscription sur une liste d'attente. Ils ont évalué l'anxiété et la dépression à l'aide de différentes mesures et utilisé aussi des évaluations globales. À l'issue du traitement, tous les groupes présentaient une amélioration significative d'après la plupart des mesures, mais les personnes qui avaient reçu des traitements actifs (et, dans une certaine mesure, le traitement placebo) avaient vu leur état s'améliorer davantage que les sujets inscrits en liste d'attente. L'examen de la plupart des paramètres n'a révélé aucune différence significative entre les quatre groupes traités, mais les changements constatés chez les sujets ayant suivi un traitement placebo étaient généralement moindres que chez les sujets qui avaient suivi un traitement actif; la différence n'était cependant pas significative. Les personnes soignées par des thérapies cognitives et comportementales ont continué à s'améliorer pendant les six mois qui ont suivi le traitement, tandis que celles qui avaient subi un traitement placebo ont conservé, sans plus, les acquis du traitement.

Sommaire

Diverses approches semblent aider les patients souffrant d'AG, dont les méthodes cognitives (p. ex., la restructuration cognitive) et les méthodes comportementales (p. ex., la relaxation). Si certaines études ont fait ressortir des différences dans l'efficacité des divers traitements cognitifs et comportementaux, la plupart n'en ont que peu relevées entre les deux approches.

Sommaire général et conclusions

D'une façon générale, il semble exister des approches pharmacologiques et psychologiques efficaces pour traiter l'anxiété généralisée. À deux exceptions près, toutes les études sur des traitements médicamenteux résumées dans les pages qui précèdent ont été faites sur des patients souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du

DSM-III. Or, comme on l'a déjà mentionné, les critères de l'AG ont été considérablement modifiés lors de la publication du DSM-III-R, si bien qu'il est difficile de savoir si les conclusions d'études antérieures s'appliquent aux patients ayant fait l'objet d'un diagnostic fondé sur les critères actuels du DSM. En outre, la plupart des études sur des traitements pharmacologiques de l'anxiété généralisée comportent peu de mesures, par rapport aux études sur des psychothérapies. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où ces études pharmacologiques antérieures s'appliquent aux personnes souffrant d'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III-R et du DSM-IV, différents médicaments semblent donner de bons résultats, dont le buspirone, l'imipramine et divers benzodiazépines. À quelques exceptions près, la plupart des études ont révélé que ces médicaments sont plus efficaces qu'un placebo. On a constaté peu de différences entre leurs effets respectifs, si ce n'est que les benzodiazépines agiraient plus rapidement que d'autres médicaments (mais sont associées à des symptômes de sevrage et à de rebond).

Dans l'ensemble, les auteurs d'études sur les TCC ont recouru davantage que les auteurs d'études sur des traitements pharmacologiques à l'entretien dirigé pour diagnostiquer l'anxiété généralisée d'après les critères du DSM-III-R. En outre, ils ont évalué l'issue du traitement à l'aide d'un éventail plus large de mesures, notamment des instruments conçus pour mesurer le degré d'inquiétude. Dans les deux études comparatives sur la TCC et d'autres traitements, la TCC s'est avérée plus efficace que la psychothérapie analytique ou le diazépam, mais il faudra attendre d'autres études avant de pouvoir tirer des conclusions définitives sur l'efficacité relative de la TCC et d'autres approches. En outre, la TCC semble plus efficace que la psychothérapie non directive et que l'absence de thérapie. Dans l'ensemble, diverses approches semblent utiles pour traiter l'anxiété généralisée, dont les thérapies cognitives (par exemple, la restructuration cognitive) et les thérapies du comportement (par exemple, l'entraînement à la relaxation). Bien que certaines études aient révélé des écarts entre différentes approches cognitives et comportementales sur le plan de l'efficacité, la plupart ont abouti à la conclusion que l'efficacité de ces approches est à peu près équivalente.

Beaucoup de questions concernant le traitement de l'AG sont encore sans réponse. Premièrement, relativement peu d'études se fondent sur les critères diagnostiques récents, et il serait important que les traitements psychologiques et pharmacologiques soient évalués auprès de patients chez qui ce trouble aurait été dûment diagnostiqué et qu'elles utilisent un grand nombre de mesures (y compris des évaluations cognitives). En outre, on ne sait à peu près rien de l'efficacité relative et combinée des traitements médicamenteux et des TCC; il faudrait donc plus d'études comparatives sur ces approches. Il importe aussi de recueillir beaucoup plus d'information sur la persistance des effets des

différents traitements. Les études consistant en une comparaison de TCC et de traitements pharmacologiques devraient évaluer les effets de la cessation du traitement, et non seulement l'effet à court terme des interventions. Enfin, il faudrait que les chercheurs étudient les méthodes permettant de prédire quels patients sont susceptibles de répondre à chaque type de traitement. Même si les recherches établissent qu'un pourcentage semblable de patients répond aux divers types de traitements, il reste encore à déterminer si ce sont les mêmes patients qui sont susceptibles de répondre favorablement à chaque méthode de traitement.