

Trouble d'anxiété généralisée : savoir le reconnaître et comprendre son impact sur le fonctionnement cognitif
Generalized anxiety disorder: recognizing it and understanding its impact on the cognitive functioning
Trastorno de ansiedad generalizada: saber reconocerlo y comprender su impacto en el funcionamiento cognitivo
Saber reconhecer e compreender o impacto do Transtorno de Ansiedade Generalizada no funcionamento cognitivo

Josée Blondeau et Alexandre Bouvette

Volume 35, numéro 1, printemps 2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/044805ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/044805ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blondeau, J. & Bouvette, A. (2010). Trouble d'anxiété généralisée : savoir le reconnaître et comprendre son impact sur le fonctionnement cognitif. *Santé mentale au Québec*, 35(1), 221–245. <https://doi.org/10.7202/044805ar>

Résumé de l'article

Depuis l'apparition du trouble d'anxiété généralisée (TAG) dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980, la définition et la compréhension de ce trouble ont grandement évolué. Le présent article fait un survol des aspects centraux des écrits sur le TAG en passant par l'historique, la prévalence, les caractéristiques socio-économiques, la comorbidité, le diagnostic différentiel et l'évolution de ce trouble, tout en considérant les questions litigieuses concernant sa classification. L'article présente aussi un compte rendu des études récentes sur le profil cognitif des patients présentant les critères diagnostiques de ce trouble tiré de la psychologie expérimentale cognitive et de la neuropsychologie. Les conséquences sur le fonctionnement cognitif de ces patients sont discutées dans la deuxième section de l'article, de même que les précautions relatives à ce fonctionnement que doivent prendre les cliniciens lors de l'intervention.



Trouble d'anxiété généralisée : savoir le reconnaître et comprendre son impact sur le fonctionnement cognitif

Josée Blondeau*

Alexandre Bouvette**

Depuis l'apparition du trouble d'anxiété généralisée (TAG) dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1980, la définition et la compréhension de ce trouble ont grandement évolué. Le présent article fait un survol des aspects centraux des écrits sur le TAG en passant par l'historique, la prévalence, les caractéristiques socio-économiques, la comorbidité, le diagnostic différentiel et l'évolution de ce trouble, tout en considérant les questions litigieuses concernant sa classification. L'article présente aussi un compte rendu des études récentes sur le profil cognitif des patients présentant les critères diagnostiques de ce trouble tiré de la psychologie expérimentale cognitive et de la neuropsychologie. Les conséquences sur le fonctionnement cognitif de ces patients sont discutées dans la deuxième section de l'article, de même que les précautions relatives à ce fonctionnement que doivent prendre les cliniciens lors de l'intervention.

La définition du trouble d'anxiété généralisée (TAG) a connu une évolution progressive depuis les cinquante dernières années. En effet, durant l'après-guerre, il était davantage question d'anxiété flottante ou envahissante pour désigner une réaction anxieuse liée à des facteurs omniprésents dans l'environnement (Dugas et al., 1996). En 1980, le TAG a enfin été reconnu dans la troisième édition du DSM comme un trouble à part entière. À ce moment, le TAG n'était toutefois qu'une catégorie résiduelle, c'est-à-dire qu'on ne pouvait poser semblable diagnostic qu'après avoir éliminé la présence des autres troubles anxieux (APA, 1980; Ladouceur et Dugas, 1999). Ce n'est qu'en 1987, dans l'édition révisée du DSM-III, que le TAG a fait l'objet d'un diagnostic primaire. La manifestation d'inquiétudes excessives ou injustifiées à l'égard d'au moins deux aspects de la vie devenait alors le premier critère pour reconnaître ce trouble anxieux (Heimberg, 2004).

* M. Ps., Candidate au Ph.D., profil intervention/recherche UQTR, Psychologue, CRESS de Drummondville, Québec.

** Candidat au D. Ps./Ph.D., Département de psychologie, Laboratoire de recherche en santé mentale, UQTR, Québec.

La durée minimale de ces manifestations est également passée d'une période d'un mois à six mois et au moins six symptômes somatiques parmi une liste de dix-huit devaient être présents (APA, 1987; APA, 1994). Finalement, le DSM-IV a mis l'accent sur les notions d'inquiétude excessive et d'incontrôlabilité des préoccupations comme caractéristiques de ce trouble (Brown et al., 1994). Le diagnostic repose davantage sur des symptômes cognitifs plutôt que physiques. Au moins trois symptômes somatiques parmi les six doivent être présents pour remplir ce critère diagnostique.

Caractéristiques générales

Le TAG, tel que mentionné précédemment, implique la présence d'anxiété excessive ou d'inquiétudes difficiles à contrôler pendant 50 % du temps et ce, sur une période d'au moins six mois (APA, 2003). L'adulte doit également présenter un minimum de trois symptômes somatiques parmi les suivants : 1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout de nerfs, 2) fatigabilité, 3) difficultés de concentration ou trous de mémoire, 4) irritabilité, 5) tensions musculaires, 6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement, sommeil interrompu, agité ou peu reposant). Parmi tous les symptômes d'anxiété possibles, la tension musculaire constitue le seul critère spécifique au TAG. Ces manifestations d'ordres physiologique, affectif, cognitif et comportemental doivent être accompagnées d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement dans les principales sphères de la vie de l'individu (APA, 2003). Le diagnostic du TAG dans le contexte de l'enfance est similaire, mais un seul symptôme physique suffit pour présumer l'existence d'un diagnostic de TAG (Tracey et al., 1997).

Bien que l'inquiétude soit un critère du DSM, il n'est pas toujours évident de savoir exactement en quoi elle consiste. Quelques définitions de l'inquiétude ont été proposées. D'abord, Borkovec et al. (1983) ont défini l'inquiétude comme une chaîne de pensées et d'images chargées d'affects négatifs et relativement incontrôlables. Plus tard, Macleod et al. (1991) diront qu'il s'agit d'un phénomène cognitif accompagné d'un état de détresse émotionnelle à l'approche d'un événement dont les conséquences sont incertaines.

Prévalence et caractéristiques socio-économiques

Malgré les changements apportés aux différentes versions du DSM, la prévalence du TAG est restée relativement constante. En effet, dans l'édition révisée du DSM-III, les études rapportaient des pourcentages variant de 1,4 à 5,4 % sur la durée de la vie (APA, 1987).

Dans le DSM-IV, les prévalences vont de 0,8 à 6,4 % (APA, 2003). Sur la base de différentes études épidémiologiques et recensions des écrits, le TAG apparaîtrait comme l'un des troubles anxieux les plus fréquents après les phobies spécifiques, la phobie sociale et le trouble panique avec agoraphobie (Lépine et al., 1993 ; Péliissolo et Lépine, 2001 ; Wittchen et al., 1998 ; Wittchen et al., 1994). De surcroît, le TAG affecterait davantage de femmes que d'hommes dans un rapport de 55 à 65 % soit dans un ratio d'environ deux pour un (Borkovec et Mathews, 1988 ; Brown et al., 1994 ; Barlow et DiNardo, 1991 ; Lépine et al., 1993). Ce ratio hommes/femmes rejoint ainsi celui de la plupart des troubles anxieux à l'exception du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) où les taux sont similaires pour les hommes et les femmes (Péliissolo et Lépine, 2001). Or, le TAG est rarement diagnostiqué avant l'âge de 35 ans chez les femmes et 45 ans chez les hommes (Carter et al., 2001). Wittchen et ses collaborateurs (1994) ont démontré que la fréquence du trouble tend à rester relativement élevée chez les personnes âgées. En effet, le TAG serait le trouble le plus souvent rencontré dans cette population avec une prévalence de 2,7 % chez les 60 à 69 ans, 2,4 % chez les 70 à 79 ans et 3,1 % chez les 80 ans et plus, ce qui place ce trouble comme le plus fréquent pour cette clientèle. Une recherche menée par Lenze et ses collaborateurs (2005) a conclu que 46 % des participants étudiés ont développé un TAG au troisième âge seulement. Cependant, Le Roux et al. (2005) ont proposé que la fréquente comorbidité avec la dépression et les nombreux problèmes de santé entraînent une confusion à propos de son diagnostic, ce qui pourrait amener à une surestimation du TAG dans cette tranche de population. Selon eux, les critères du TAG dans le DSM devraient être révisés pour la clientèle âgée puisqu'on retrouve chez eux davantage de symptômes somatiques et de troubles du sommeil. De ce fait, le TAG chez les aînés reste un domaine à explorer où nombre de questions sont sans réponse.

Aussi étrange que cela puisse paraître, les gens aux prises avec ce trouble n'ont guère tendance à consulter les professionnels de la santé mentale (Bradwejn et al., 1992). Plusieurs facteurs semblent expliquer cet état de fait. Par exemple, la plupart des individus qui souffrent d'un TAG considèrent leurs symptômes comme faisant partie intégrante de leur personnalité puisqu'ils ont toujours présenté cette tendance à l'inquiétude (Rapee, 1991). Il leur paraît donc inutile de rechercher de l'aide (Dugas et al., 1996). Pour ceux qui prendront la décision de rencontrer un médecin omnipraticien, les symptômes somatiques du TAG seront souvent identifiés au détriment des inquiétudes excessives et incontrôlables, principal symptôme psychologique étiologique du trouble (Bradwejn et al., 1992). Ces dernières raisons pourraient expliquer en

partie l'écart des taux de prévalence rapportés entre les différentes études.

Environ 20 % des Américains souffrent d'un trouble anxieux, un coût pour la société estimé à plus de 63 milliards de dollars (Furmark et al., 2002). Plus spécifiquement, une étude réalisée par Gosselin et al. (2007) sur le TAG en milieu de travail a démontré que ces individus présentent d'importantes difficultés d'un point de vue fonctionnel. En effet, 75 % des sujets évalués ont dû s'absenter plusieurs jours en raison de problèmes de santé psychologique. Dans le même échantillon, 26 % des individus rapportent s'être absentes au moins une fois au cours des deux dernières semaines, alors que 13 % des participants ne sont pas allés travailler du tout. Enfin, 54 % d'entre eux ont éprouvé des difficultés à fournir un travail adéquat dans les deux dernières semaines. Ces données préliminaires permettent ainsi d'estimer l'impact du trouble sur le fonctionnement professionnel de même que l'importance des coûts reliés à cette problématique dans les organisations.

Comorbidité

Le TAG est caractérisé par son importante co-occurrence avec d'autres troubles (Noyes et Hoehn-Saric, 1998; Roy-Byrne, 1996). Selon divers travaux, la comorbidité est présente dans 60 à 90 % des cas (Brown et Barlow, 1992; Wittchen et Hoyer; 2001a; Wittchen et al., 1994). Les TAG purs représentent approximativement le quart des individus diagnostiqués (Guelfi, 2003; Maier et al., 2000). Une évidente relation existe entre le TAG et l'épisode dépressif majeur (EDM) ce qui rend plusieurs auteurs sceptiques quant à l'indépendance du trouble (Andrews, 1990; Tyrer, 2001; Zimmerman et Chelminski, 2003). Ainsi, la dixième édition de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10) a même fait l'ajout du trouble anxieux mixte (OMS, 1997). Le diagnostic est posé lorsque le patient rapporte des symptômes à la fois anxieux et dépressifs sans que ces derniers ne soient suffisants pour poser un diagnostic séparé. Si, toutefois, le DSM hésite encore à introduire ce trouble dans sa classification, c'est parce que les chercheurs n'ont pas pu démontrer hors de tout doute qu'il s'agissait d'une entité clinique autonome (Lenze et al., 2005). Plusieurs chercheurs, dans leur analyse, confirment la grande comorbidité du trouble, mais ne considèrent pas le TAG comme un trouble de personnalité ou un trouble mixte (Brown et al., 1994; Kessler, 2000; Kessler et al., 1999; Kessler et Wittchen, 2002; Zimmerman et Chelminski, 2003). À ce jour, la future édition du DSM

n'adopterait pas l'idée d'un trouble de la personnalité, mais elle se dirigerait plutôt vers l'ajout de symptômes comportementaux pour mieux définir la psychopathologie (APA, 2010).

Dans l'étude de la *National Comorbidity Survey*, 90,4 % des personnes souffrant d'un TAG ont présenté au moins un autre trouble au cours de leur vie, et 66,3 % en présentaient au moins un en même temps que le TAG (Wittchen et al., 1994). Dans l'ordre, les troubles les plus fréquemment associés au TAG tout au long de la vie sont le trouble dépressif majeur à 62,4 %, la dysthymie à 39,5 %, l'abus ou la dépendance à l'alcool à 37,6 %, la phobie spécifique à 35,1 % et la phobie sociale à 34,4 % (Wittchen et al., 1994).

Finalement, d'après sept études différentes, le TAG serait accompagné d'un diagnostic sur l'axe II dans 36 % à 75 % des cas (Van Velzen et Emmelkamp, 1999). De surcroît, Lalonde et al. (1999) proposent que dans 30 à 60 % des cas, un diagnostic additionnel sur l'axe II est observé. Les deux troubles de cet ordre les plus souvent rencontrés sont les troubles de personnalité évitante et dépendante (Mauri et al., 1992 ; Van Velzen et Emmelkamp, 1999). Par contre, il est utile de savoir que le trouble de personnalité évitante est fréquemment observée dans d'autres troubles anxieux (Mavissakalian et al., 1993 ; Starcevic et al., 1996).

Diagnostic différentiel

Comme il a été mentionné plus haut, le TAG est sujet à de grands questionnements d'un point de vue diagnostique. La présente section expose les principales difficultés rencontrées au moment de procéder à cette étape cruciale.

Dans un premier temps, différentes conditions médicales peuvent à tort suggérer la présence d'un TAG vu que certaines maladies présentent le même genre de symptômes somatiques. Par exemple, l'hyperthyroïdie et les tumeurs cérébrales (Rygh et Sanderson, 2004) qui peuvent entraîner un état d'agitation (palpitations cardiaques, sueurs ou tremblements), des difficultés d'endormissement et des tensions musculaires marquées, aussi caractéristiques de ces troubles, peuvent causer des erreurs de diagnostics (Brown et al., 1995).

De plus, si l'anxiété survient en réponse à un facteur de stress et qu'elle ne persiste pas au-delà de six mois après la fin du facteur de stress ou de ses conséquences, il est approprié de considérer un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et non un TAG (APA, 2003). Le diagnostic différentiel du TAG est également complexe en ce qui

concerne l'ÉDM. En effet, plusieurs critères de ce trouble chevauchent ceux du TAG (Brown et al., 2001 ; Rivas-Vasquez et al., 2004). Dans ces deux psychopathologies, on peut observer des inquiétudes, des ruminations ainsi que plusieurs signes physiques d'anxiété. Pour procéder au diagnostic différentiel, il existe d'autres symptômes plus spécifiques à l'EDM tels que la tristesse, l'anhédonie et le ralentissement psychomoteur (Pélissolo, 2004). Enfin, il est important d'identifier quels symptômes sont apparus en premier, car des études longitudinales prouvent que le TAG est plus souvent suivi d'un EDM que l'inverse (Cole et al., 1998 ; Wittchen et al., 2000). Cette distribution est importante, car pour élaborer le plan de traitement, il est nécessaire de déterminer quel est le diagnostic primaire. Il faut éviter de traiter un individu comme s'il avait un TAG alors que son anxiété est une manifestation de son trouble de l'humeur primaire.

Pour le trouble obsessionnel compulsif (TOC), la présence de compulsions manifestes rend généralement le diagnostic différentiel plus aisé. Par contre, 15 % à 20 % des patients qui souffrent d'un TOC ne rapportent aucune compulsion ; le diagnostic repose alors sur la seule présence d'obsessions qui, tout comme les inquiétudes, sont une forme d'intrusion cognitive (Ladouceur et Dugas, 1999). Pour bien distinguer le TAG du TOC, il est d'abord utile d'analyser la forme de la pensée. En effet, l'obsession renvoie plus fréquemment à un flash ou à une image mentale, alors que l'inquiétude correspond plus souvent à une activité verbale interne (Borkovec et Lyonfields, 1993 ; Freeston et al., 1996). De plus, pour établir son diagnostic, le clinicien peut considérer la nature de l'intrusion. L'obsession possède davantage un caractère égodystone, alors que l'inquiétude revêt plutôt un aspect égodyntone¹ (Turner et al., 1992 ; Langlois et al., 2000). Finalement, les réactions de la personne face à l'intrusion peuvent posséder une valeur discriminante. Dans les cas les plus typiques d'inquiétudes et d'obsessions, on remarque que la stratégie utilisée pour gérer l'intrusion donne des indications sur le contenu de cette dernière. En effet, l'inquiétude est davantage associée à des stratégies axées sur la résolution de problème, alors que l'obsession est plutôt orientée vers des mécanismes de neutralisation et d'évitement (Langlois et al., 2000).

Finalement, en ce qui concerne les autres pathologies anxieuses telles la phobie sociale, le trouble panique avec agoraphobie et l'hypocondrie, le thème central anxieux aura valeur de distinction diagnostique. La phobie sociale fait référence de façon spécifique à la peur et au jugement d'autrui en contexte social, alors que l'hypocondrie est centrée sur la crainte d'être atteint d'une maladie grave. Pour le

trouble panique avec agoraphobie, la présence de malaises intenses accompagnés de symptômes physiologiques et la crainte de se retrouver dans un lieu où il est impossible de s'échapper constitue l'élément discriminant (APA, 2003).

Évolution

Si certaines personnes rapportent que leur TAG a commencé au début de l'âge adulte, la majorité des études confirme que le TAG se développe plus tôt et plus progressivement dans la vie que la plupart des autres troubles anxieux (Brown et al., 1994 ; Edelmann, 1992). En effet, chez les patients souffrant du TAG, il y a une apparition graduelle des symptômes qui est souvent amorcée avant l'âge de vingt ans (Ladouceur et al., 1999). Cet aspect du trouble retarde le moment du diagnostic. La première consultation tournerait autour de l'âge de 30 à 45 ans (Carter et al., 2001). Lenze et ses collaborateurs (2005) ont démontré que la comorbidité suit généralement un modèle de fonctionnement précis. Le TAG précéderait dans plusieurs cas un EDM. L'anxiété persistante, surtout lorsque cette dernière devient insoutenable pour la personne, conduit à une fatigue et à du découragement qui, à leur tour, peuvent mener à la dépression (Akiskal, 1998).

Une fois le TAG apparu, il semble très stable et persiste en moyenne une vingtaine d'années (Guelfi, 2003 ; Wittchen et Hoyer, 2001b). Ce type d'évolution se rapproche de celui d'un trouble de personnalité ce qui pose, une fois de plus question sur la nature de ce trouble (Brown et al., 1994). Par contre, le traitement du TAG en thérapie cognitive-comportementale nécessite entre douze et quatorze séances alors qu'une personne avec un trouble de personnalité devra rester beaucoup plus longtemps en thérapie avant d'obtenir des changements significatifs (Ladouceur et al., 1999 ; Ladouceur et al., 2000).

Fait à noter, les thèmes d'inquiétude peuvent différer selon les divers âges de la vie. Par exemple, durant l'enfance et l'adolescence, les thèmes peuvent davantage être liés aux résultats académiques, aux compétences sociales, ainsi qu'aux relations familiales (Albano et Hack, 2004). À l'âge adulte, les sources d'inquiétude concernent surtout la carrière, les finances et la famille (Heimberg, et al., 2004). Pour les personnes âgées, l'apparition du trouble pourrait s'expliquer par l'altération progressive de la santé et l'impression du manque de contrôle sur sa vie (Durand et Barlow, 2002), notamment à cause des deuils qui se multiplient, ce qui contribue ainsi à augmenter le niveau d'anxiété (Rivard, 2004). En ce sens, les thèmes d'inquiétude chez les

personnes âgées sont davantage en lien avec la maladie et la famille (Wetherell et al., 2003).

Profil cognitif

Parmi toutes les plaintes des gens qui souffrent du TAG, les problèmes cognitifs tels la distractibilité et les trous de mémoire reviennent fréquemment. En plus d'être handicapants sur le fonctionnement quotidien (par exemple, efficacité réduite au travail), ces problèmes cognitifs peuvent accentuer la charge anxieuse en étant interprétés par la personne souffrant d'un TAG comme une baisse des capacités intellectuelles. Sur le plan de l'évaluation, ces symptômes constituent un élément diagnostique du DSM-IV (APA, 2003). Cependant, ces problèmes sont-ils réellement mesurables ? Depuis les dernières années, le fonctionnement cognitif des patients atteints de troubles anxieux, et plus spécifiquement du TAG, a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs en psychologie cognitive expérimentale. Cette approche est, depuis quelques années, fréquemment utilisée dans l'étude des troubles anxieux. Elle vise à préciser le profil des déficits cognitifs observés pour mieux comprendre le fonctionnement cognitif propre à chaque trouble, qui entraîne des répercussions positives et directes sur l'intervention clinique. La présente section fait état des particularités du fonctionnement attentionnel et mnésique des patients atteints du TAG. Elle vise à exposer les études qui se sont intéressées à la mesure plus objective du fonctionnement cognitif du TAG, notamment le traitement de l'information à connotation menaçante, la distractibilité et la capacité de maintien de l'information en mémoire à court terme (MCT).

Conséquences sur l'attention

Sur le plan attentionnel, la littérature démontre clairement que les patients qui souffrent d'un TAG ont tendance à effectuer un traitement préférentiel de l'information à caractère menaçante (Williams et al., 1996). En d'autres termes, ces patients présentent un biais attentionnel en faveur de l'information menaçante (voir Mogg et Bradley, 2005 pour une revue). Le biais attentionnel se décrit plus spécifiquement comme la propension d'un individu à orienter son attention vers un stimulus plutôt qu'un autre en raison de ses caractéristiques perceptuelles ou sémantiques. Certains auteurs proposent que le biais attentionnel n'est pas simplement une conséquence du trouble, mais qu'il jouerait un rôle important dans son apparition et son maintien (Van der Hout et al., 1995). De plus, certaines études ont démontré que ce biais en faveur de l'information menaçante disparaîtrait suite à un traitement cognitif-comportemental (Mathews et al., 1995 ; Mogg et al., 1995).

Trois principaux paradigmes sont utilisés dans la littérature pour étudier le biais attentionnel chez la population TAG : l'écoute dichotique (Moray, 1959), le Stroop émotionnel (Mathews et MacLeod, 1985) et la sonde attentionnelle (MacLeod et al., 1986). L'objectif commun de ces paradigmes est de mesurer le biais attentionnel envers l'information menaçante, et de préciser envers quels types d'information et dans quelles conditions ce biais se manifeste. En général, les résultats des différentes études effectuées avec ces paradigmes révèlent que les patients atteints du TAG présentent un biais attentionnel qui favorise le traitement des stimuli à caractère menaçant (Becker et al., 2001 ; Bradley et al., 1999 ; MacLeod et al., 1986 ; Mathews et MacLeod, 1985 ; Mogg et al., 1995). Plusieurs études se sont également intéressées au type d'information menaçante envers lequel ce biais se présente, mais les résultats ne sont pas unanimes. Certains résultats démontrent que le biais est spécifique à l'information liée au contenu des inquiétudes des patients² (MacLeod et al., 1986 ; Mathews et MacLeod, 1985 ; Mogg et al., 1992 ; Mogg et al., 1989), tandis que d'autres suggèrent que le biais est généralisable à l'ensemble de l'information menaçante, mais non spécifique au TAG³ (Becker et al., 2001 ; Bradley et al., 1995 ; Bradley et al., 1999 ; Mathews et MacLeod, 1986 ; Mogg et al., 1995 ; Mogg et al., 1993). Finalement, les diverses études qui investiguent la nature du biais attentionnel convergent vers un même résultat : celui de la nature préattentive du biais (Bradley et al., 1995 ; Mathews et MacLeod, 1986 ; Mogg et al., 1995 ; Mogg et al., 1993). Donc, ce biais surviendrait à une étape très précoce du traitement de l'information, soit à un niveau inconscient. Ainsi, il opèrerait de manière automatique et requerrait peu ou pas de ressources attentionnelles.

Bien que la plupart des études sur le TAG qui utilisent l'approche de la psychologie cognitive expérimentale se sont intéressées à la caractérisation des biais dans le traitement de l'information menaçante, d'autres se sont intéressées à la présence de distractibilité accrue chez cette population à l'aide de diverses tâches, autant en modalité auditive que visuelle (Easterbrook, 1959 ; Eysenck et Graydon, 1989 ; Fox, 1993 ; Pallack et al., 1975). Ces études ont surtout ciblé des populations sous-cliniques (c'est-à-dire, personnes avec une forte tendance à l'inquiétude ou à l'anxiété) et non pas des gens qui ont reçu un diagnostic de TAG. La distractibilité se définit comme la difficulté à ignorer des stimuli non pertinents à une tâche (Mialet, 2000). Malgré le bon nombre d'études sur la question, les résultats demeurent inconstants. Certaines études démontrent que les personnes anxieuses sont davantage sensibles aux stimuli non pertinents (Eysenck et Graydon, 1989 ; Fox, 1993 ; Pallack et al., 1975), tandis que d'autres ne constatent pas une telle sensibilité (Bruning et al., 1968 ; Easterbrook, 1959 ; Zaffy et Bruning,

1966). D'autres études devront donc être effectuées pour permettre de conclure à propos de cet aspect. Certains auteurs diront même que la distractibilité accrue mesurée chez cette population n'est pas une caractéristique du TAG, mais que ce serait davantage l'information menaçante (par exemple, inquiétudes ou encore stimuli jugés menaçants dans l'environnement) qui attirerait l'attention, donc qui serait responsable de cette distractibilité. Celle-ci serait donc expliquée par l'effet du traitement préférentiel de l'information menaçante (Borkovec et al., 1991 ; Eysenck, 1979 ; Fox, 1993 ; Sarason, 1988).

Conséquences sur la mémoire

Pour la mémoire, il semble exister moins d'appuis empiriques dans la littérature sur l'existence de biais chez les individus qui souffrent du TAG. De plus, les fonctions mnésiques ne présenteraient pas toutes un biais envers l'information menaçante chez cette population (Craske et Pontillo, 2001). La plupart des études s'entendent à l'effet que les patients atteints du TAG montrent un biais de mémoire implicite⁴ envers le matériel à connotation menaçante, tel que mesuré dans des tâches de complétion de mots, de jugement de mots ou d'identification tachistoscopique⁵ (MacLeod et McLaughlin, 1995 ; Mathews et al., 1995 ; Mathews et al., 1989 ; Nugent et Mineka, 1994). D'un autre côté, bon nombre d'études démontrent qu'il n'y a pas de biais de mémoire explicite⁶ chez cette population dans des tâches de reconnaissance ou de rappel libre (Becker et al., 1999 ; MacLeod et McLaughlin, 1995 ; Mathews et al., 1989 ; Mogg et al., 1992 ; Mogg et Mathews, 1990 ; Mogg et al., 1987 ; Otto et al., 1994).

En résumé, il semble que l'information menaçante n'est pas toujours traitée de façon préférentielle chez la population TAG. Elle le serait lors de tâches qui impliquent l'attention ou la mémoire implicite, mais un tel biais ne serait pas présent lors de tâches de mémoire explicite (voir Williams et al., 1997, pour un relevé complet).

Quoique peu nombreuses, quelques études ont porté sur la capacité limitée de la mémoire à court terme (MCT) chez les individus anxieux. Celles-ci ont démontré que les individus avec une forte tendance à l'inquiétude possèdent une faible capacité de maintien de l'information en MCT verbale, telle que mesurée par le test d'empan de chiffres (Darke, 1988 ; Eysenck et Calvo, 1992 ; Wechsler, 1987). Au plan de la MCT spatiale, l'étude de Markham et Darke (1991) ne montre aucune différence significative entre les personnes avec une forte tendance à l'inquiétude et les participants non anxieux pour leur performance au test neuropsychologique des blocs de Corsi (Corsi, 1972).

Bien que la plupart des études investiguant la distractibilité et la capacité de maintien en MCT aient été effectuées auprès de populations sous-cliniques du TAG, il semble qu'une certaine généralisation des résultats obtenus à la population atteinte du TAG soit possible. Selon plusieurs auteurs, les faibles performances cognitives des individus anxieux seraient attribuées à la présence de distracteurs internes, telles les inquiétudes (Borkovec et al., 1991 ; Eysenck, 1979). Ainsi, les inquiétudes provoqueraient de l'interférence avec la tâche cognitive à effectuer, ce qui placerait les individus anxieux en situation permanente de double tâche. En d'autres mots, ces personnes ajoutent à la tâche à accomplir, des préoccupations anxieuses. Donc, il est possible de supposer que les patients atteints du TAG montreraient un profil de perturbations mnésiques semblable aux individus avec une forte tendance à l'inquiétude, mais qui peuvent montrer des symptômes anxieux cliniquement plus sévères.

Profil cognitif et impact sur l'intervention

Avant d'intégrer le profil cognitif à l'intervention, il apparaît utile de rappeler brièvement en quoi consiste la thérapie cognitive comportementale appliquée au TAG. Il est à noter que ces éléments d'intervention sont liés au modèle de l'anxiété généralisée de Dugas et al. (2005). La première étape consiste en une psychoéducation. À ce moment, le clinicien soutient la personne dans la compréhension de la problématique, en précisant notamment le fonctionnement de ses inquiétudes. Le clinicien évaluera les croyances du patient en regard de ses inquiétudes. Par exemple, un patient peut penser que ses inquiétudes auront pour effet d'empêcher les situations imaginées d'avoir lieu. Le rôle du clinicien sera de remettre en question ces fausses croyances et d'effectuer une restructuration des pensées du patient. Des interventions pour accroître la capacité à résoudre les problèmes sont également présentes. Par exemple, plutôt que de voir une situation problématique comme une menace, le clinicien peut amener la personne à considérer cette même situation comme un défi.

La psychothérapie se poursuit par la technique de l'exposition cognitive. Basée sur le rationnel de l'habituation, cette dernière consiste à construire avec le patient un scénario lié à ses inquiétudes excessives et à inviter ce dernier à s'y exposer par une lecture ou une écoute fréquente (5 à 6 fois semaine). L'objectif de cette intervention est de diminuer la réactivité anxieuse excessive à l'égard des différents thèmes d'inquiétude. Finalement, des outils pour contrer la rechute et des exercices d'application des acquis sont offerts avant de clore le processus thérapeutique.

Une fois les perturbations cognitives identifiées, il s'avère possible de les intégrer au processus d'intervention. Premièrement, certains renseignements peuvent d'abord être transmis au patient lors de séances de psychoéducation. À ce moment, il peut être intéressant d'informer le patient sur la nature des biais et des perturbations cognitives présentes dans le trouble, ainsi que sur l'automatisation des biais (Craske et Pontillo, 2001). Donc, le clinicien peut prendre soin d'informer son patient du fait que, malgré lui, il a tendance naturellement et automatiquement à porter attention à la menace autour de lui et à être attiré vers elle. Ceci pourrait peut-être expliquer pourquoi il est souvent distrait dans ses activités quotidiennes. Il peut également être pertinent de lui expliquer que les inquiétudes qui le submergent peuvent prendre beaucoup de place dans son esprit, et faire en sorte qu'il soit moins disponible pour effectuer les tâches cognitives quotidiennes. Ainsi, il oublie de faire certaines choses ou il est ralenti dans ses tâches. Le clinicien peut utiliser l'analogie d'un ordinateur ralenti par un trop grand nombre de programmes informatiques ouverts. Ces renseignements peuvent s'avérer particulièrement utiles pour comprendre les épisodes d'anxiété qui peuvent parfois sembler inexplicables pour le patient.

Une autre approche, tirée des recherches sur le fonctionnement cognitif du TAG, est l'entraînement attentionnel. Encore peu utilisée dans le traitement, cette approche cible directement les biais attentionnels et mnésiques dans l'intervention (Papageorgiou et Wells, 1999). Elle vise plus spécifiquement à augmenter le contrôle attentionnel et à modifier l'attention de manière qualitative, plutôt qu'à diminuer la détresse vécue par le patient. Par exemple, sur un lot d'expressions faciales présentées à l'aide d'un soutien informatique, le patient est invité à centrer son attention et à identifier uniquement ceux qui présentent une émotion positive telle la joie. Un tel entraînement systématique de l'attention vers des stimuli non menaçants pourrait permettre de réduire, voire d'inverser ce biais (Philippot, 2007). Jusqu'à présent, les études empiriques sur l'entraînement attentionnel, bien que peu nombreuses et portant principalement sur l'hypocondrie (Papageorgiou et Wells, 1998) et sur le trouble panique (Wells, 1990), montrent des résultats encourageants et prometteurs. Cependant, d'autres études devront être effectuées pour évaluer l'impact de cette approche auprès de la population atteinte du TAG.

Dans un autre ordre d'idées, la connaissance des caractéristiques du fonctionnement cognitif du TAG permet au clinicien d'en tenir compte pendant les rencontres cliniques pour en diminuer les effets

négatifs. Bien que la thérapie d'orientation cognitive-comportementale soit reconnue comme efficace chez la population TAG, la présence de biais attentionnels et les perturbations de la MCT peuvent nuire de diverses manières au bon déroulement d'une thérapie. Mais en étant conscient de l'impact nuisible de ces biais, il sera possible de minimiser leurs effets nuisibles et de maximiser les effets thérapeutiques du traitement. Donc, un clinicien devra tenir compte de la capacité d'attention de son patient, limitera l'information nouvelle à chaque rencontre et veillera à réviser les éléments discutés lors des rencontres précédentes.

L'un des buts de la psychothérapie d'orientation cognitive-comportementale est d'enseigner à l'individu des stratégies qui lui permettent d'effectuer une évaluation plus juste du risque (par exemple, des stimuli potentiellement menaçants). L'apprentissage de ces stratégies peut être entravé par la présence de biais cognitifs envers l'information menaçante, que ces biais soient de nature attentionnelle ou de mémoire implicite (Craske et Pontillo, 2001). Il est également reconnu que tout individu porte davantage attention aux stimuli en accord avec son système de croyances et ignore l'information qui suggère le contraire. De ce fait, il est possible que tenter de changer les perceptions et l'évaluation du risque des patients puisse s'effectuer avec une certaine résistance.

Finalement, la présence de biais attentionnels et mnésiques peut entraîner un effet négatif sur les séances d'exposition pratiquées avec les patients. Ces biais peuvent décourager l'individu à s'engager dans l'exposition à des stimuli menaçants. De plus, ces biais peuvent amener le patient à percevoir l'exposition à ces stimuli comme dangereuse, ou contribuer à ce qu'il s'auto-évalue de manière négative lors des séances d'exposition (Craske et Pontillo, 2001).

Conclusion

Le présent article avait pour but de dresser un portrait des études récentes sur les caractéristiques du trouble d'anxiété généralisée et de permettre aux cliniciens de mieux reconnaître et identifier ce trouble dans la pratique. De plus, l'exercice a tenté de montrer une facette de l'évolution des connaissances sur le TAG au cours des dernières années. Le relevé de littérature souligne la prévalence importante de ce trouble mais aussi la forte comorbidité associée au TAG. Il semble par ailleurs que le diagnostic différentiel soit encore un défi et qu'il doit continuer de retenir l'attention, autant en milieu clinique qu'en recherche, d'autant plus que le trouble se transforme légèrement dans le temps, comme c'est

le cas chez les personnes âgées. Vu l'impact néfaste de faux positifs (diagnostic posé alors qu'il y a absence de trouble) et de faux négatifs (diagnostic absent alors qu'il y a présence de trouble) dans le domaine de la santé mentale, nous espérons que le présent relevé aidera les cliniciens à améliorer leurs évaluations sur le plan de l'intervention. Le texte avait également pour but de reprendre les connaissances empiriques reliées à l'une des plaintes fréquentes des gens qui souffrent du TAG : l'impact sur le fonctionnement cognitif au quotidien. Il semble donc que les plaintes ne soient pas seulement une manifestation subjective des gens souffrant du TAG puisque certaines études démontrent un profil cognitif particulier chez cette population. En résumé, la présence d'un biais attentionnel envers l'information menaçante a été démontrée à plusieurs reprises. Cependant, les plaintes subjectives sur la mémoire de travail et la distractibilité des gens qui souffrent du TAG n'ont pas été aussi solidement mesurées par les études empiriques et méritent que les chercheurs s'y attardent davantage. Même s'il reste beaucoup de travail à faire à ce niveau, il n'en demeure pas moins que les cliniciens peuvent déjà tenir compte, dans leurs interventions, des plaintes cognitives de ces gens.

Enfin, la recherche sur le TAG a beaucoup évolué durant les vingt dernières années et le fruit de ce travail propose différents modèles explicatifs de ce trouble (Coles et Heimberg, 2005 ; Dugas et al., 2005 ; Wells, 2005 ; pour un relevé sur les modèles cognitifs, se référer à Gosselin et Laberge, 2003). Il serait intéressant, dans un avenir rapproché, de faire davantage de lien entre les modèles de la psychologie clinique cognitive et de la psychologie expérimentale cognitive, voire même de la neuropsychologie clinique. Le jumelage de ces différents domaines de la psychologie nous aidera à avoir une vision plus complète des mécanismes impliqués dans l'apparition, le maintien et l'exacerbation des troubles en santé mentale. De plus, aucune étude ne s'est encore intéressée au type de motivation globale des personnes souffrant d'un TAG. De nombreuses recherches ont porté sur les processus cognitifs du trouble sans que le lien ne soit fait avec les processus motivationnels. Il serait donc pertinent d'en approfondir les connaissances.

Notes

1. L'égosyntonie fait référence à un caractère cohérent et utile de l'intrusion cognitive en jeu (par exemple, je m'inquiète de mon mari parce que je l'aime), alors que l'égodystonie traduit un aspect de la pensée qui apparaît comme étant incompréhensible et étranger à l'individu (par exemple, je me vois en train d'étouffer mon bébé).

2. Le biais se manifesterait envers l'information qui se rapporte directement aux thèmes des préoccupations des patients. Par exemple, chez les patients atteints du TAG, il serait présent envers des mots tels que « maladie », « facture » ou « accident ».
3. Dans ce cas, le biais se manifesterait envers des mots menaçants en général, qui ne se rapportent pas au contenu des inquiétudes des patients. Par exemple, il serait présent envers des mots comme « meurtre », « voleur » ou « vampire ».
4. La mémoire implicite réfère à un type de mémoire non influencé par des processus conscients ou volontaires. Par exemple, la personne lit une liste de mots sans savoir qu'elle subira par la suite un test de mémoire sur ce matériel.
5. Dans une tâche d'identification tachistoscopique, le participant doit identifier des mots présentés très brièvement à l'écran d'un ordinateur. Parmi ces mots, certains lui ont été présentés précédemment lors d'une tâche d'encodage et d'autres ne lui ont jamais été présentés. Généralement, les participants montrent une meilleure performance à l'identification des mots ayant été présentés lors de la tâche d'encodage (voir MacLeod et McLaughlin, 1995).
6. La mémoire explicite est influencée par des stratégies conscientes et est guidée par une intention d'apprendre.

Références

- AKISKAL, H. S., 1998, Toward a definition of generalized anxiety disorder as an anxious temperament type, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 393, 66-73.
- ALBANO, M., HACK, S., 2004, Part 4: Special population Children and adolescents, in Heimberg, R.G., Turk, C. L. Mennin, D. S., eds., *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*, Guilford Press, New York, 383-408.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (3^e éd.), Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987, *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (3^e éd. révisée), Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2003, *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (4^e éd. révisée), Washington, D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2010, *Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria*, Récupéré le 15 avril 2010 de <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/Default.aspx>

- ANDREWS, G., 1990, Classification of neurotic disorders, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83, 10, 606-607.
- BARLOW, D. H., DINARDO, P. A., 1991, The diagnosis of Generalized Anxiety Disorder: Development, current status, and future directions, in Rapee, R.M., et Barlow, H., eds., *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-depression*, Guilford Press, New York, 95-118.
- BECKER, E. S., RINCK, M., MARGRAF, J., ROTH, W. T., 2001, The emotional Stroop effect in anxiety disorders, General emotionality or disorder specificity? *Anxiety Disorders*, 15, 147-151.
- BECKER, E. S., ROTH, W. T., ANDRICH, M., MARGRAF, J., 1999, Explicit memory in Anxiety Disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 153-163.
- BORKOVEC, T. D., LYONFIELDS, J. D., 1993, Worry: Thought suppression of emotional processing, in Krohne, H.W., ed., *Attention and Avoidance, Hogrefe et Huber*, Seattle, 29-51.
- BORKOVEC, T. D., MATHEWS, A. M., 1988, Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive and coping desensitisation therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 877-884.
- BORKOVEC, T. D., ROBINSON, E., PRUZINSKY, T., DEPREE, J. A., 1983, Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes, *Behavior Research and Therapy*, 21, 9-16.
- BORKOVEC, T. D., SHADICK, R. N., HOPKINS, M., 1991, The nature of normal and pathological worry, in Rapee, R.M., et Barlow, D. H., eds., *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed anxiety-depression*, Guilford Press, New York, 29-51.
- BRADLEY, B. P., MOGG, K., MILLAR, N., WHITE, J., 1995, Selective processing of negative emotional information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression and awareness, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 532-536.
- BRADLEY, B. P., MOGG, K., WHITE, J., GROOM, C., DE BONO, J., 1999, Attentional bias for emotional faces in Generalized Anxiety Disorder, *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 267-278.
- BRADWEJN, J., BERNER, M., SHAW, B., 1992, Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling, Grosvenor, Montréal.
- BROWN, T. A., BARLOW, D. H., 1992, Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.

- BROWN, T. A., BARLOW, D. H., LIEBOWITZ, M. R., 1994, The empirical basis of generalized anxiety disorder, *American Journal of Psychiatry*, 151, 9, 1272-1280.
- BROWN, T. A., DINARDO, P. A., LEHMAN, C. L., CAMPBELL, L. A., 2001, Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders : Implications for classification of emotional disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49 – 58.
- BROWN, T. A., MARTEN, P. A., BARLOW, D. H., 1995, Discriminant validity of the symptoms comprising the DSM-III-R and DSM-IV associated symptom criterion of generalized anxiety disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 317-328.
- BRUNING, J. L., CAPAGE, J. E., KUZUH, G. F., YOUNG, P. F., YOUNG, W. E., 1968, Socially induced drive and range of cue utilization, *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 242-244.
- CARTER, R. M., WITTCHEN, H. U., PFISTER, H., KESSLER, R. C., 2001, One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample, *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.
- COLE, D. A., PEEKE, L. G., MARTIN, J. M., TRUGLIO, R., SEROCZYNSKI, A. D., 1998, A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 3, 451-460.
- COLES, M. E., HEIMBERG, R. G., 2005, Thought Control Strategies in Generalized Anxiety Disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 1, 47-56
- CORSI, P., 1972, *Human Memory and the Medial Temporal Region of the Brain*, Document inédit, McGill University.
- CRASKE, M. G., PONTILLO, D. C., 2001, Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65, 58-77.
- DARKE, S., 1988, Anxiety and working memory capacity, *Cognition and Emotion*, 2, 145-154.
- DUGAS, M. J., LADOUCEUR, R., BOISVERT, J. M., FREESTON, M. H., 1996, Le trouble d'anxiété généralisée : Éléments fondamentaux et interventions psychologiques, *Psychologie canadienne*, 37, 40-53.
- DUGAS, M. J., MARCHAND, A., LADOUCEUR, R., 2005, Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity, *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 329-343.

- DURAND, V. M., BARLOW, D. H., 2002, *Psychopathologie : une perspective multidimensionnelle*, De Boeck Université, Bruxelles.
- EASTERBROOK, J. A., 1959, The effect of emotion on cue utilization and the organization of behaviour, *Psychological Review*, 66, 183-201.
- EDELMANN, R. J., 1992, *Anxiety : Research, Theory and Intervention in Clinical and Health Psychology*, Wiley, West Sussex, UK.
- EYSENCK, M. W., 1979, Anxiety, learning and memory : A reconceptualization, *Journal of Research in Personality*, 13, 363-385.
- EYSENCK, M. W., CALVO, M. G., 1992, Anxiety and performance: The processing efficiency theory, *Cognition and Emotion*, 6, 409-434.
- EYSENCK, M. W., GRAYDON, J., 1989, Susceptibility to distraction as a function of personality, *Personality and Individual Differences*, 101, 681-687.
- FOX, E., 1993, Attentional bias in anxiety: Selective or not? *Behaviour Research and Therapy*, 31, 487-493.
- FREESTON, M. H., DUGAS, M. J., LADOUCEUR, R., 1996, Thoughts, images, worry and anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 20, 265-273.
- FURMARK, T., TILFORS, M., MARTEINSDOTTIR, I., FISHER, H., PISSIOTA, A., LÅNGSTRÖM, B., 2002, Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy, *Archives of General Psychiatry*, 59, 425-433.
- GOSELIN, P., LABERGE, B., 2003, Les facteurs étiologiques du Trouble d'anxiété généralisée : état actuel des connaissances, *L'Encéphale*, 29, 351-361.
- GOSELIN, P., ROUTHIER, S., COURCY, F., 2007, *Inférence du Trouble d'Anxiété Généralisée sur le fonctionnement au travail : une étude descriptive*, Communication présentée au congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Sherbrooke.
- GUELFY, J. D., 2003, L'anxiété généralisée : évolution des classifications, in GueIFY, J. D., et Samuelian, J. C., eds., *L'anxiété Généralisée : actualité et devenir*, Flammarion Médecine-Sciences, Paris.
- HEIMBERG, R. G., TURK, C. L., MENNIN, D. S., 2004, *Generalized Anxiety Disorder : Advances in Research and Practice*, Guilford Press, New York.
- HOUT, M. V. D., TENNEY, N., HUYGENS, K., MERCKELBACH, H., KINDT, M., 1995, Responding to subliminal threat cues is related to trait anxiety and emotional vulnerability : a successful replication of Macleod and Hagan (1992), *Behavioral Research and Therapy*, 33, 451-454.

- KESSLER, R., 2000, The epidemiology of pure and comorbid generalized anxiety disorder: a review and evaluation of recent research, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 406, 7-13.
- KESSLER, R., DUPONT, R. L., BERGLUND, P., WITTCHEN, H., 1999, IMPAIRMENT IN PURE AND COMORBID GENERALIZED ANXIETY DISORDER and Major Depression at 12 Months in Two National Surveys, *American Journal of Psychiatry*, 156, 1915-1923.
- KESSLER, R., WITTCHEN, H., 2002, Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples, *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 8, 4-10.
- LADOUCEUR, R., DUGAS, M. J., 1999, Le trouble d'anxiété généralisée, in Ladouceur, R., Marchand, A., et Boisvert, J. M., eds., *Les troubles anxieux*, Gaëtan Morin, Montréal, 31-57.
- LADOUCEUR, R., MARCHAND, A., BOISVERT, J. M., 1999, *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale*, Gaëtan Morin.
- LADOUCEUR, R. M., DUGAS, M. J., FREESTON, M. H., LEGER, E., GAGNON, F., THIBODEAU, N., 2000, Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 6, 957-964.
- LALONDE, P., AUBUT, J., GRUNBERG, F., 1999, *Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale*, Gaëtan Morin.
- LANGLOIS, F., FREESTON, M. H., LADOUCEUR, R., 2000, Differences and similarities between obsessive intrusive thoughts and worry in a non-clinical population : study 1, *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2, 157-173.
- LENZE, E. J., MULSANT, B., MOHLMAN, J., SHEAR, K., DEW, M. A., SCHULZ, R., 2005, Generalized anxiety disorder in late life: Lifetime course and comorbidity with major depressive disorder, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 1, 77-80.
- LÉPINE, J. P., LELLOUCH, J., LOVELL, A., TEHERANI, M., PARIENTE, P., 1993, L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française, *Confrontations psychiatriques*, 35, 139-161.
- LE ROUX, H., GATZ, M., WETHERELL, J. L., 2005, Age at onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults, *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 1, 23-30
- MACLEOD, C., MATHEWS, A., TATA, P., 1986, Attentional bias in Emotional Disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- MACLEOD, C., MCLAUGHLIN, K., 1995, Implicit and explicit memory bias in anxiety: A conceptual replication, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 1-14.

- MACLEOD, A. K., WILLIAMS, J. M. G., BEKERIAN, D. A., 1991, Worry is reasonable : The role of explanations in pessimism about future personal events, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- MAIER, W., GÄNSICKE, M., FREYBERGER, H. J., LINZ, M., HEUN, R., ET LECRUBIER, Y., 2000, Generalized Anxiety Disorder in primary care from a cross-cultural perspective : a valid diagnostic entity ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29-36.
- MARKHAM, R., DARKE, S., 1991, The effect of anxiety on verbal and spatial task performance, *Australian Journal of Psychology*, 43, 107-111.
- MATHEWS, A., MACLEOD, C., 1985, Selective processing of threat cues in anxiety states, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 563-569.
- MATHEWS, A., MACLEOD, C., 1986, Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 131-138.
- MATHEWS, A., MOGG, K., KENTISH, J., EYSENCK, M. W., 1995, Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 293-303.
- MATHEWS, A., MOGG, K., MAY, J., EYSENCK, M. W., 1989, Implicit and explicit memory bias in anxiety, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
- MAVISSAKALIAN, M. R., HAMMAM, M. S., HAIDAR, S. A., DE GROOT, C. M., 1993, DSM-III personality disorders in generalized anxiety, panic agoraphobia, and obsessive compulsive disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 243-248.
- MAURI, M., SARNO, N., ROSSI, V. M., ARMANI, A., ZAMBOTTO, S., CASSANO, G. B., 1992, Personality disorders associated with generalized anxiety, panic, and recurrent depressive disorders, *Journal of Personality Disorders*, 6, 162-167.
- MIALET, J. P., 2000, Les explorations cognitives de l'anxiété, in Van der Linden, M., Danion, J.M., et Agniel, A., eds., *La psychopathologie : Une approche cognitive et neuropsychologique*, Solar éditeurs, France, 133-160.
- MOGG, K., BRADLEY, B. P., 2005, Attentional bias in generalized anxiety disorder versus depressive disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 29-45.
- MOGG, K., BRADLEY, B. P., MILLAR, N., WHITE, J., 1995, A follow-up study of cognitive bias in Generalized Anxiety Disorder, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 927-935.
- MOGG, K., BRADLEY, B. P., WILLIAMS, R., MATHEWS, A., 1993, Subliminal processing of emotional information in anxiety and depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 304-311.

- MOGG, K., GARDINER, J. M., STAVROU, A., GOLOMBOK, S., 1992, Recollective experience and recognition memory for threat in clinical anxiety states, *Bulletin of the Psychonomic Society*, 30, 109-112.
- MOGG, K., MATHEWS, A., EYSENCK, M., 1992, Attentional bias to threat in clinical anxiety states, *Cognition and Emotion*, 6, 149-159.
- MOGG, K., MATHEWS, A., WEINMAN, J., 1987, Memory bias in clinical anxiety, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 94-98.
- MOGG, K., MATHEWS, A., WEINMAN, J., 1989, Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 317-323.
- MORAY, N., 1959, Attention and dichotic listening: Affective cues and the influence of instructions, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 11, 56-60.
- NOYES, R. J., HOEHN-SARIC, R., 1998, *The Anxiety Disorders*, Cambridge University Press.
- NUGENT, K., MINEKA, S., 1994, The effect of high and low trait anxiety on implicit and explicit memory tasks, *Cognition and Emotion*, 8, 147-163.
- OMS, 1997, *Classification internationale des troubles mentaux et des problèmes de santé connexes*, Masson, Paris.
- OTTO, M. W., McNALLY, R. J., POLLACK, M. H., CHEN, E., ROSENBAUM, J. F., 1994, Hemispheric laterality and memory bias for threat in anxiety disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 828-831.
- PALLACK, M. S., PITTMAN, T. S., HELLER, J. F., MUNSON, P., 1975, The effect of arousal on Stroop color — word task performance, *Bulletin of the Psychonomic Society*, 6, 248 – 250.
- PAPAGEORGIOU, C., WELLS, A., 1998, Effect of attention training on hypochondriasis: A brief case series, *Psychological Medicine*, 28, 193-200.
- PAPAGEORGIOU, C., WELLS, A., 1999, The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 653-658.
- PÉLISSOLO, A., 2004, Trouble d'anxiété généralisée, in Lemperrière, T., éd., *Dépression et troubles anxieux généralisés*, Masson, Paris, 73-90.
- PÉLISSOLO, A., LÉPINE, J. P., 2001, Epidemiology of depression and anxiety disorders, in Montgomery, S.A., et Den Boer, J.A., eds., *SSRIs in Depression and Anxiety*, John Wiley and Sons, Chichester, 1-23.

- PHILIPPOT, P., 2007, *Émotions et psychothérapie*, Éditions Wardaga, Wavre, Belgique, 103-107.
- RAPEE, R. M., 1991, Psychological factors involved in generalized anxiety, in Rapee, R.M., et Barlow, D.H., eds., *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-depression*, Guilford Press, New York, 76-94.
- RIVARD, A., 2004, *Le trouble d'anxiété généralisée*, Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- RIVAS-VASQUEZ, R. A., SAFFA-BILLER, D., RUIZ, I., BLAIS, M. A., RIVAS-VAZQUEZ, A. A., 2004, Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed and subthreshold disorders, *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 1, 74-83.
- ROY-BYRNE, P. P., 1996, Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: Association with disability and health care utilization, *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 86-91.
- RYGH, J., SANDERSON, W., 2004, *Treating Generalized Anxiety Disorder: Evidence-Based Strategies, Tools, and Techniques*, Guilford Press, New York.
- SARASON, I. G., 1988, Anxiety, self-preoccupation and attention, *Anxiety Research*, 1, 3-7.
- Starcevic, V., Uhlenhuth, E. H., Fallon, S., Pathak, D., 1996, Personality dimensions in panic disorder and generalized anxiety disorder, *Journal of Affective Disorders*, 37, 75-79.
- Tracey, S. A., Chorpita, B. F., Douban, J., Barlow, D. H., 1997, Empirical evaluation of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents, *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 404-414.
- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., STANLEY, M. A., 1992, Are obsessional thoughts and worry different cognitive phenomena? *Clinical Psychology Review*, 12, 257-270.
- TYRER, P., 2001, The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis, *British Journal of Psychiatry*, 179, 191 – 193.
- VAN VELZEN, C. J. M., EMMELKAMP, P. M. G., 1999, The relationship between anxiety disorders and personality disorders: prevalence rates and comorbidity models, in Derksen, J., Maffei, C., et Groen, H., eds., *Treatment of Personality Disorders*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, 129-153.
- WECHSLER, D., 1987, *Wechsler Memory Scale-Third edition*, The Psychological Corporation, San Antonio.

- WELLS, A., 1990, Panic Disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment, *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- WELLS, A., 2005, The metacognitive model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship with DSM-IV Generalized Anxiety Disorder, *Cognitive Therapy and Research*, 29, 1, 107-121
- WETHERELL, J. L., LE ROUX, H., GATZ, M., 2003, DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 31-40.
- WILLIAMS, J. M. G., MATHEWS, A., MACLEOD, C., 1996, The emotional stroop task and psychopathology, *Psychological Bulletin*, 120, 3-24.
- WILLIAMS, J. M. G., WATTS, F. N., MACLEOD, C., MATHEWS, A., 1997, *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, Wiley, New York.
- WITTCHEN, H. U., HOYER, J., 2001a, Generalized Anxiety Disorder: a depression risk factor? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 10, 52-57.
- WITTCHEN, H. U., HOYER, J., 2001b, Generalized Anxiety Disorder: Nature and course, *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 11, 15 – 21.
- WITTCHEN, H. U., KESSLER, R. C., PFISTER, H., LIEB, M., 2000, Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 406, 14-23.
- WITTCHEN, H. U., NELSON, C. B., LACHNER, G., 1998, Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults, *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- WITTCHEN, H. U., ZHAO, S., KESSLER, R. C., EATON, W. W., 1994, DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry*, 51, 355-364.
- ZAFFY D. J., BRUNING, J. L., 1966, Drive and the range of cue utilization, *Journal of Experimental Psychology*, 71, 382-384.
- ZIMMERMAN, M., CHELMINSKI, I., 2003, Generalized Anxiety Disorders in Patients with Major Depression: Is DSM-IV's Hierarchy Correct? *American Journal of Psychiatry*, 160, 3, 504-512.

ABSTRACT**Generalized anxiety disorder: recognizing it and understanding its impact on the cognitive functioning**

Since the appearance of Generalized Anxiety Disorder (GAD) in the 1980 version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), the definition and the comprehension of this disorder have largely evolved. The present article is an overview of the principal aspects of GAD in the literature such as the history, the prevalence, the socioeconomic characteristics, the comorbidity, the differential diagnosis and its evolution, while considering the litigious questions concerning its classification. This article also presents a report of the recent studies about the cognitive profile of patients, from a perspective of cognitive experimental psychology and neuropsychology. The consequences on cognitive functioning are discussed in the second part of the article, as well as precautions relatively to functioning clinicians have to consider.

RESUMEN**Trastorno de ansiedad generalizada: saber reconocerlo y comprender su impacto en el funcionamiento cognitivo**

Desde la aparición del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en 1980, la definición y comprensión de este trastorno han evolucionado grandemente. El presente artículo realiza una sinopsis de los aspectos centrales de los textos sobre el TAG, pasando por la historia, la prevalencia, las características socioeconómicas, la comorbilidad, el diagnóstico diferencial y la evolución de este trastorno, considerando también las cuestiones litigiosas acerca de su clasificación. El artículo presenta también un informe de los estudios recientes del perfil cognitivo de los pacientes que presentan los criterios de diagnóstico de este trastorno, proveniente de la psicología experimental cognitiva y de la neuropsicología. En la segunda sección del artículo se discuten las consecuencias en el funcionamiento cognitivo de estos pacientes, así como las precauciones relacionadas con este funcionamiento que deben tomar los clínicos durante la intervención.

RESUMO

Saber reconhecer e compreender o impacto do Transtorno de Ansiedade Generalizada no funcionamento cognitivo

Desde o aparecimento do transtorno de ansiedade generalizada (TAG) no manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM) em 1980, a definição e a compreensão deste transtorno evoluíram muito. O presente artigo dá uma visão geral dos aspectos centrais da literatura que trata sobre o TAG passando pelo histórico, prevalência, características socioeconômicas, comorbidade, diagnóstico diferencial e evolução deste transtorno, considerando as questões litigiosas que tratam de sua classificação. O artigo apresenta também um resumo dos estudos recentes sobre o perfil cognitivo dos pacientes apresentando os critérios diagnósticos deste transtorno tirado da psicologia experimental cognitiva e da neuropsicologia. As consequências sobre o funcionamento cognitivo destes pacientes são discutidas na segunda parte do artigo, além das precauções que devem tomar os clínicos durante a intervenção relativas a este funcionamento.