

GROPPI Florence  
33 rue Marx Dormoy,  
13004 Marseille

Superviseur :  
Johan ILLY

AFTCC

Trouble anxieux généralisé chez Mme M.

**Mémoire du module 3**  
AFTCC, Aix-en-Provence  
Année 2021-2022

## Table des matières

<b>Résumé</b>	3
<b>Cadre de travail</b>	3
1. <b>Motif de consultation</b>	3
2. <b>Anamnèse</b>	4
2-1. Histoire de l'épisode actuel	4
2-2. Histoire du trouble, histoire prodromique et facteurs de risques	4
2-3. Relations familiales et sentimentales	5
2-4. Environnement	5
2-5. Scolarité-Études-Travail	5
2-6. Présentation du patient	6
3. <b>Diagnostic</b>	6
3-1. Démarche diagnostique	6
3-2. Hypothèses diagnostiques	7
3-3. Diagnostics différentiels	8
4. <b>Cadre théorique</b>	9
5. <b>Lignes de base</b>	12
5-1. Questionnaires	12
5-2. Evaluation comportementale et cognitive	14
5-3. Bilan des évaluations	14
6. <b>Analyse fonctionnelle</b>	15
7. <b>Analyse de la demande et contrat thérapeutique</b>	17
8. <b>Projections thérapeutiques</b>	18
9. <b>Présentation des séances</b>	22
9.1. Séance sur l'explication d'une méthode	22
9.2. Séance sur l'application d'une méthode	24
10. <b>Analyse de l'échec et de la réussite</b>	26
<b>Bibliographie</b>	28
<b>Annexe</b>	31

## **Résumé**

Nous présentons dans ce mémoire un cas de prise en charge en Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC). Il s'agit d'une patiente suivie dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), Mme M., âgée de 62 ans, qui souffre d'un Trouble Anxieux Généralisé (TAG). Une démarche complète de recueil anamnestique et de diagnostic différentiel a été menée. L'analyse fonctionnelle a été organisée sous une forme SORC, détaillant les éléments de compréhension d'une situation problème présentée avec, en complément, une analyse fonctionnelle diachronique. Cette analyse fonctionnelle guide les différentes projections thérapeutiques et la ligne de base. Les pistes d'intervention seront abordées à la lumière des recherches théoriques actuelles sur le TAG. La description du déroulement des séances est suivie de la retranscription de deux séances en verbatim afin de dévoiler un aperçu du travail effectué en collaboration avec la patiente. Nous terminerons par une conclusion sur les réussites et les difficultés rencontrées lors de cette prise en charge.

## **Cadre de travail**

Je suis psychologue spécialisée en neuropsychologie, diplômée depuis 2015. Ce jour, j'occupe un poste à temps plein au Centre Expert des Troubles Bipolaires et au CMP du 8<sup>ème</sup> arrondissement et du 10<sup>ème</sup> arrondissement de Marseille (Hôpital Sainte-Marguerite, AP-HM). La patiente que je vais présenter dans ce mémoire est reçue dans le cadre du CMP. Chaque patient désireux d'être suivi par le CMP rencontre une première fois un psychiatre, et ce dernier évalue la demande du patient. Le psychiatre peut, en fonction de cette demande, nous orienter le patient pour un suivi thérapeutique avec l'accord de ce dernier. En tant que psychologue, nous faisons le choix d'utiliser le moyen psychothérapeutique qui nous apparaît le plus pertinent.

### **1. Motif de consultation**

Mme M. a été orientée en décembre 2021 par le médecin psychiatre référent du service dans le cadre d'une consultation CMP. Elle décrit des problèmes de sommeil et une forte anxiété qui tendent à s'aggraver. En effet, elle rapporte des comportements de titrage depuis quelques mois qui s'étendent et qui sont perçus par son mari. Les titrages étaient dans un premier temps limités aux pieds, mais ils concernent ce jour également le nez. La baisse des mesures de protection contre le COVID-19 et les commentaires de son mari la poussent aujourd'hui à venir consulter. Des problèmes de santé récents de son père et la gestion de tâches administratives auraient majoré son anxiété. Elle souhaiterait diminuer ses comportements de titrage ainsi qu'apprendre à mieux gérer son anxiété. Afin de déterminer notre axe thérapeutique, je lui ai proposé d'explorer pendant trois

séances d'une heure les facteurs qui contribuent à ces troubles afin de définir les objectifs à travers une démarche diagnostique, une analyse fonctionnelle et l'élaboration d'une ligne de base afin d'avoir une idée de la méthode thérapeutique que je pourrai lui proposer.

## **2. Anamnèse**

### **2-1. Histoire de l'épisode actuel**

Mme M. souffre d'une forte anxiété depuis l'âge de 20 ans, avec des périodes de vie où l'anxiété a pu s'accroître. En novembre 2021, le père de Mme M., âgé de 92 ans, a chuté à son domicile et a dû être hospitalisé. Il vit seul en Bretagne. Mme M. a dû gérer plusieurs démarches administratives ce qui a majoré son anxiété et ce qui a entraîné une aggravation des comportements de titrage. De plus, Mme M. rapporte avoir peu de soutien au quotidien, de fait elle a appris à ne pouvoir compter que sur elle-même et ne demande pas d'aide. Le traitement médicamenteux suivant a été mis en place par son médecin psychiatre : Noctamide 10 mg 1 comprimé. Mme M. a refusé la prise d'un anti-dépresseur car elle souhaitait privilégier une prise en charge psychothérapeutique.

### **2-2. Histoire du trouble, histoire prodromique et facteurs de risques**

Mme M. rapporte que son anxiété et ses troubles du sommeil ont débuté le premier jour de son entrée à l'école militaire (20 ans). Elle est reçue en entretien à Marseille et elle apprend le jour même qu'elle doit débiter le lendemain à Lyon à 7h. Elle part sans affaire, « saute dans le premier train ». Elle rapporte qu'elle n'avait pas de réveil et qu'elle n'a pas dormi de la nuit pour ne pas manquer la formation.

Plusieurs événements marquants et/ou traumatiques sont à prendre en compte. Tout d'abord, elle évoque qu'enfant, elle était souvent responsable de sa sœur lorsque ses parents étaient de sorties ce qui était une source d'anxiété « je devais faire de mon mieux, c'était un bébé » (5 ans d'écart). Les nombreux déménagements (père militaire) pourraient être un facteur déclenchant, néanmoins, elle ne rapporte aucune anxiété des déménagements successifs, au contraire, elle évoque que c'était très stimulant. Sa sœur a eu un grave accident alors qu'elle avait 16 ans, elle s'est faite renverser par un camion et a été hospitalisée plusieurs semaines à La Timone. Ils ont craint qu'elle ne retrouve pas l'usage de ses jambes. De plus, nous retrouvons l'assassinat de sa mère en 1992. L'agresseur n'a jamais été retrouvé. Enfin, elle a été victime d'un car jacking et d'un enlèvement en 1996, un trouble de stress post-traumatique est à considérer à la suite de cet événement. Il est à considérer

dans ses antécédents personnels, il a fait l'objet d'une prise en charge en EMDR en 2018, ce qui a été très bénéfique pour Mme M. Lorsqu'on interroge Mme M. sur les antécédents familiaux, elle rapporte que son père est plutôt anxieux. Toutefois, à sa connaissance, aucun membre de sa famille n'a bénéficié d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique.

Elle rapporte avoir consulté auprès de plusieurs psychiatres ces quinze dernières années. Il a été difficile de retracer les différents traitements médicamenteux ainsi que leur posologie, la patiente dit ne plus se souvenir. Toutefois, elle rapporte une forte consommation de benzodiazépines entre 2010 et 2015. Elle a bénéficié d'un suivi avec un psychiatre spécialisé dans le sommeil il y a deux ans avec une orientation TCC, sans amélioration. Une polysomnographie lui a été proposée, mais a été refusée par Mme M.

### **2-3. Relations familiales et sentimentales**

Son père était cardiologue dans l'armée et sa mère était professeur d'anglais. Ils ont déménagé à de nombreuses reprises. Dans la petite enfance (entre 0 et 5 ans), ils ont vécu au Sénégal puis en Mauritanie. Ils ont ensuite vécu 10 ans à Madagascar, soit jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle a été scolarisée au lycée au Mali. Elle est rentrée en France pour les études alors que ses parents vivaient en Lybie. Elle est par ailleurs très proche de sa sœur et de son neveu (25 ans). Le père de son neveu a rompu alors que sa soeur était enceinte et n'a pas reconnu l'enfant. Elle a été très investie dans son éducation. Elle est actuellement mariée, elle a rencontré son époux lorsqu'elle avait 29 ans. Il ont deux ans de différence. Ils ont fait le choix de ne pas avoir d'enfants. La relation avec son mari est plutôt complexe. Ils font chambre à part depuis 7 ans. Elle évoque qu'il est peu soutenant au quotidien, voire rabaisant. Ils ont comme passion commune le surf. La présence de son mari tend à augmenter son anxiété au quotidien.

### **2-4. Environnement**

Mme M. vit dans un appartement dont elle est propriétaire. Elle vit avec son époux, celui-ci a acheté son propre appartement sur le même étage, il fait office de stockage ou les dépanne en cas de travaux ce qui a été régulièrement le cas ces dernières années. Elle vit également à proximité de son beau-père qui est également propriétaire d'un appartement dans le même immeuble. Ils déjeunent ensemble une fois par semaine. Mme M. dit avoir un train de vie plutôt confortable. Elle évoque une vie sociale limitée, d'autant plus depuis le COVID, ce dernier a été une grande source d'anxiété. Elle rapporte notamment ne plus voir deux de ses proches amies car elles ont refusé de se faire vacciner, néanmoins, elle maintient le contact par téléphone.

## **2-5. Scolarité-Études-Travail**

Mme M. rapporte une bonne scolarité. De par la profession de son père, elle a obtenu le baccalauréat français au Mali. Toutefois, afin de consolider ses acquis et dans l'attente des études supérieures, ses parents ont souhaité qu'elle suive une nouvelle année de Terminale en France. Elle s'est ensuite dirigée vers un BTS diététique. Après avoir été au chômage durant 6 mois, elle a suivi une formation militaire à Lyon. Elle a travaillé au centre pilote de chasse puis dans un hôpital militaire. Elle rapporte le harcèlement de deux cadres de santé qui se serait déroulé sur 15 ans environ. Elle a arrêté son travail en 2009 pour cette raison « je suis partie avec ma blouse suite à une dispute ». Les titrages ont commencé à cette période. Ce harcèlement a également fait l'objet d'une prise en charge en EMDR en 2018. Actuellement, elle ne travaille plus, elle bénéficie d'une pension militaire. Jusqu'au COVID et les mesures sanitaires, elle continuait à participer à des DU ou à des conférences sur la diététique.

## **2-6. Présentation du patient**

Mme M. a une tenue adaptée. Elle semble prendre soin d'elle. Le discours apparaît adapté (absence de logorrhée), il est informatif. Il peut être néanmoins difficile d'interrompre Mme M. lorsqu'elle évoque des situations anxiogènes.

## **3. Diagnostic**

### **3.1. Démarche diagnostique**

La démarche utilisée pour l'évaluation diagnostique s'est répartie sur deux séances d'une heure. La première séance a consisté en un entretien clinique libre. Cette première séance a permis d'explorer et de recueillir avec précision la symptomatologie anxieuse rapportée par la patiente, de s'attarder sur l'histoire du trouble, son histoire de vie et ses antécédents. Cela permettait également d'expliquer à la patiente l'approche thérapeutique cognitivo- comportementale et de mettre en place l'alliance thérapeutique, grâce à l'utilisation de la technique des 4R (Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer). Ensuite la deuxième séance a permis d'approfondir l'hypothèse d'un diagnostic d'un TAG. Afin d'écarter des comorbidités qui n'auraient pas été abordées spontanément, la passation de la M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview ; Lecrubier, 1998) issue du DSM V m'a semblé pertinente afin d'essayer d'y voir plus clair sur les symptômes/ troubles actuels et passés. Dans un second temps, je me suis appuyée sur d'autres échelles ou questionnaires (STAI A et B, l'inventaire de dépression de Beck en 13 items) afin de

compléter l'évaluation et d'évaluer l'intensité de la symptomatologie anxieuse et dépressive (cf. 5. Ligne de base).

### 3-2. Hypothèses diagnostiques

Le diagnostic d'un TAG 300.02 (F41.1) a été retenu après la passation de la M.I.N.I.

Critère A - Anxiété excessive et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (dont le travail ou les performances scolaires). **PRESENT**. Mme M. rapporte une forte anxiété depuis de nombreuses années sur plusieurs thématiques : sa santé, la santé de ses proches, la société de son mari, et de manière plus générale, les activités de la vie quotidienne (travaux à son domicile, travaux domestiques, gestion des rendez-vous). Son anxiété l'a amené à consulter à plusieurs reprises des psychiatres ou dans des services somatiques.

Critère B - La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. **PRESENT**. Mme M. rapporte de grandes difficultés à contrôler son anxiété, ce qui se manifeste par un titurage des pieds et du nez, ainsi qu'un temps important à penser à ses inquiétudes.

Critère C - L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). **PRESENT**

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout **NON PRESENT**
2. fatigabilité **PRESENT**
3. difficultés de concentration ou trous de mémoire **PRESENT**
4. irritabilité **NON PRESENT**
5. tension musculaire **PRESENT**
6. perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant). **PRESENT**

Mme M. rapporte une grande fatigue, elle évoque que son entourage lui fait également régulièrement des remarques quant à son manque d'énergie lorsque des activités lui sont proposées. Elle se dit très cernée. Mme M. est une grande lectrice, elle rapporte avoir des difficultés à se concentrer sur sa lecture, ce qui nécessite de revenir en arrière. Elle rapporte également avoir de légères difficultés à suivre une conversation, car elle dit être parasitée par ses inquiétudes. Elle évoque des douleurs musculaires fréquentes qui l'amènent à avoir des séances de kinésithérapie.

Enfin, les troubles du sommeil sont sévères, essentiellement à l'endormissement (vers 2 heures du matin) et un réveil précoce (environ 6h du matin).

Critère D - L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. **PRESENT**. Mme M. évoque une grande souffrance liée à ses nombreuses inquiétudes. Sa forte anxiété tend à l'isoler socialement.

Critère E - La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie). **PRESENT**

Critère F - La perturbation ne s'explique pas mieux par un autre trouble mental (p. ex., anxiété ou soucis d'avoir une attaque de panique comme dans le Trouble panique, soucis d'une évaluation négative dans le Trouble de l'anxiété sociale [Phobie sociale], souci de contamination et autres obsessions dans le Trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans le Trouble de l'anxiété de séparation, rappels d'événements traumatisants dans l'État de stress post-traumatique, prise de poids dans l'Anorexie mentale, plaintes de maux physiques dans le Trouble de symptôme somatique, illusion de défauts corporels dans le Trouble de la dysmorphie corporelle, perception d'une maladie grave dans le Trouble d'angoisse de la maladie ou le contenu des croyances délirantes dans la Schizophrénie ou le Trouble délirant. **PRESENT**. Ces éléments ont été rejetés et seront davantage argumentés dans la partie suivante.

### **3-3. Diagnostics différentiels**

L'entretien structuré avec la M.I.N.I a éliminé les autres troubles de l'Axe 1, ce qui est concordant avec les données recueillies durant les autres phases d'exploration diagnostique. Durant la passation de l'entretien, la patiente semblait bien comprendre les questions et y répondre de façon adaptée, suffisamment précise et sans réticence apparente. Dans le DSM V, le TAG doit écarter les troubles suivants.

Il n'est pas dû à une autre affection médicale, ni induit par une substance/un médicament.

L'anxiété sociale est également écartée, Mme M. se décrit comme quelqu'un de sociable et à l'aise en public. Mme M. n'a pas d'anxiété anticipatoire focalisée sur les situations sociales et d'anxiété sur ces performances.

Le trouble obsessionnel-compulsif a été éliminé suite à une investigation approfondie. Les soucis de Mme M. sont des interrogations sur des dangers extérieurs qu'elle cherche à anticiper ou éviter. Mme M. n'a pas de crainte sur un danger qu'elle pourrait provoquer elle-même. Il s'est posé la question d'un diagnostic de dematillomanie. Toutefois, ce diagnostic n'a pas été retenu, les critères apparaissent comme subsyndromiques.

Le trouble de stress post-traumatique actuel n'est pas retrouvé, mais il est à considérer dans ses antécédents personnels.

Par ailleurs, les troubles de l'humeur ont été évalués. Le trouble dépressif a été particulièrement exploré, néanmoins ce dernier n'a pas été retenu. Mme M. a évoqué une perte d'intérêt depuis les problèmes de santé de son père, elle rapporte aussi des symptômes transdiagnostiques qui ont été davantage attribués au TAG : fatigue intensifiée, ralentissement moteur mais pensées accélérées qui semblent s'apparenter à de la rumination car orientées sur l'anticipation de l'avenir, des difficultés attentionnelles et une perte de poids de 2 kg. Malgré ces symptômes, et bien que les critères correspondant à un trouble dépressif dans le DSM ne permettent pas de poser un diagnostic catégoriel de trouble dépressif, un inventaire de Beck a tout de même été réalisé pour évaluer l'intensité des manifestations dépressives : elle a été cotée à 18, ce qui correspondrait à une symptomatologie dépressive d'intensité légère (Bouvard, 2005). Par ailleurs, aucun épisode dépressif caractérisé passé n'est à considérer. Aucun risque suicidaire n'a été retrouvé dans le passé ou au moment de l'évaluation. Aucun argument n'a été retrouvé en faveur d'un trouble bipolaire.

Nous ne retrouvons pas de troubles liés à une substance (y compris le tabac) ou de troubles addictifs actuel ou passé. De plus, aucun argument n'a été retrouvé en faveur d'un trouble du spectre de la schizophrénie ou autres troubles psychotiques. Enfin, le trouble du spectre autistique a été réfuté.

#### **4. Cadre théorique**

Dans un premier temps, je donnerai quelques données épidémiologiques et présenterai une brève description du TAG. Dans un second temps, je présenterai les pistes d'intervention recommandées, basées sur des modèles théoriques qui apportent des éléments de compréhension du TAG. Ces éléments de compréhension me paraissent essentiels car ils apportent au thérapeute, mais aussi au patient, une meilleure compréhension de son trouble, ce qui me semble indispensable pour que le patient s'engage dans un processus de changement.

**Epidémiologie et description** : Le TAG fait parti de la famille des troubles anxieux. L'émotion au centre de cette classification est la peur, une réponse émotionnelle face à une menace imminente réelle ou perçue. Alors que la peur intervient davantage pour combattre un danger immédiat et permet des comportements de défense, l'anxiété est davantage associée à la préparation d'un danger futur et des comportements d'évitement et de prudence (DSM V). En France, dans la population générale, le TAG a une prévalence de 2.1% sur un an et de 6% sur la vie entière (HAS, 2007). Globalement, le trouble est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes. La vulnérabilité aux troubles anxieux résulte de l'interaction de plusieurs facteurs : le tempérament, l'environnement et les facteurs génétiques et physiologiques (Beesdo et al. 2010 ; McLaughlin et al. 2010).

**Traitement** : Le traitement pharmacologique a montré son efficacité. Lorsque ce dernier est nécessaire, les antidépresseurs (ISRS ou la venlafaxine) sont considérés comme le traitement de première intention par rapport aux benzodiazépines compte-tenu de la comorbidité fréquente de dépression (HAS, 2007).

La thérapie cognitivo-comportementale doit être privilégiée par rapport aux traitements médicamenteux (HAS, 2007). Un des modèles sur lequel repose la compréhension du TAG est le modèle d'intolérance à l'incertitude (Dugas, Gagnon, Ladouceur, Freeston, 1998). L'intolérance à l'incertitude peut être définie comme la tendance excessive d'un individu à trouver intolérable qu'un évènement négatif puisse se produire, malgré la faible probabilité de sa survenue. L'intolérance à l'incertitude est une vulnérabilité cognitive transdiagnostique (Gillet et al., 2017). Elle est à la fois un facteur de risque causal pour le développement d'un TAG mais aussi un facteur clé de maintien de l'anxiété (Dugas et Robichaud, 2007). Malgré une bonne efficacité des TCC sur l'intolérance à l'incertitude, 20 à 30% des participants n'obtiennent pas une rémission complète. Hebert & Dugas (2019) ont donc créé un nouveau modèle de l'intolérance à l'incertitude pour clarifier la relation entre l'état d'incertitude, les croyances/l'interprétation de l'incertitude et l'anxiété : un stimulus imprévisible, nouveau ou ambigu génère (1), un état d'incertitude qui, lorsqu'il est (2), interprété de manière catastrophique (3), conduit à des comportements d'anxiété, d'inquiétude ou d'insécurité (4). Les stimuli sont renforcés par un état dispositionnel d'intolérance à l'incertitude (5), et par des évènements de vie ou l'état émotionnel du sujet (6). L'ambiguïté, la nouveauté ou l'imprévisibilité sont des déclencheurs potentiels de l'incertitude (Dugas & Robichaud, 2007). Chaque sujet n'a pas la même vulnérabilité face à ce type de stimuli. Lorsque cette vulnérabilité est élevée, le sujet va développer des croyances autour de l'incertitude qui vont susciter un comportement de vigilance constant et va entraîner des comportements de recherche d'informations plus importants (Rosen & Knäuper, 2009). Plus indirectement, le TAG a été associé à une variété de comportements pour rechercher la sécurité tels que la recherche de réconfort et l'évitement de situations (Beesdo-Baum

et al., 2012). Les personnes ayant une intolérance à l'incertitude élevée peuvent être plus susceptibles de détecter l'ambiguïté, la nouveauté et l'imprévisibilité présentes dans les situations. Selon la définition même de l'intolérance à l'incertitude, cette caractéristique dispositionnelle repose sur des croyances négatives sur l'incertitude (Koerner & Dugas, 2006). Contrairement aux conceptualisations précédentes du TAG, le modèle présenté par Hebert et Dugas (2019) va orienter la prise en charge en TCC uniquement sur l'intolérance à l'incertitude. L'approche utilisée va se baser sur les expériences comportementales qui consistent à identifier et à tester des croyances personnelles via des comportements ou des situations prédéterminées. L'exposition traditionnelle implique de s'engager dans des comportements anxiogènes sans nécessairement identifier une pensée spécifique à tester. Dans ce protocole, l'expérience comportementale nécessite une identification active et une réflexion sur les croyances personnelles et leur relation avec des expériences objectives. Par exemple, un exercice d'exposition ciblant l'intolérance à l'incertitude pourrait impliquer de prendre un repas dans un nouveau restaurant, tandis qu'une expérience comportementale demanderait au client de prendre un repas dans un nouveau restaurant mais avec l'objectif de tester la conviction que "l'incertitude gâche tout". Les expériences comportementales pourraient avoir un avantage, celui de produire un changement plus important sur les cognitions (Raes, Koster, Loeys, & De Raedt, 2011). Enfin, les expériences comportementales encouragent les individus à identifier et à modifier directement les comportements de sécurité utilisés pour éviter l'incertitude. Malgré un échantillon très faible, le programme (cf. annexe 1) a montré une réduction de la symptomatologie anxieuse de manière durable (à 6 mois post-programme).

Une autre technique d'exposition est l'exposition à l'inquiétude via un scénario catastrophe (Craske, 2012, Hoyer & Beesdo-Baum et al., 2012). Elle est appliquée en cinq étapes : repérer une situation d'inquiétude hypothétique qui inquiète mais ne peut être résolue par la résolution de problèmes (1), identifier ce qui est le plus redouté en utilisant la technique de la flèche descendante (2), écrire le scénario catastrophe et s'y exposer (3), repérer avec le thérapeute des scénarios alternatifs plausibles (4) et enfin évaluer la perturbation émotionnelle finale (5). Le patient est invité à affronter les pires images d'inquiétude.

La restructuration cognitive est à considérer dans le traitement du TAG. Cette approche va cibler les cognitions dysfonctionnelles, les interprétations inadaptées des sujets autour des risques futurs et des menaces potentielles. Ce travail s'appuie sur l'identification précoce du contenu des inquiétudes et des méta-croyances concernant les inquiétudes. Un recueil d'informations est réalisé afin de remettre en question les cognitions dysfonctionnelles dans la vie quotidienne et réévaluer les probabilités de ces inquiétudes afin d'acquiescer de nouvelles interprétations moins anxiogènes sur soi-même, le monde et l'avenir (Newman, Hani Zainal & Hoyer, 2020).

Egalement, une technique utilisée dans le TAG est la résolution de problème. Alors que de nombreuses personnes souffrant d'un TAG pensent que l'inquiétude aide à résoudre les problèmes de la vie quotidienne, il s'avère qu'elle nuirait en fait à la résolution (Llera & Newman, 2020). La méthode de résolution de problème en 6 étapes apparaît très pertinente (cf. 9.1. Séance sur l'explication d'une méthode).

La prévention de la rechute apparaît pertinente dans le TAG. Pour cela, la relaxation (Servant, Germe, Autueroi, De Almeida, Hay, Douilliez, Vaiva, 2014) ou un programme de méditation basé sur la réduction du stress (Kabat-Zinn, 2003) semble indiqué. La combinaison des TCC et de la pleine conscience serait particulièrement efficace dans le TAG (Lobsang, Bystritsky, Dafter, Spearman, 2011).

## 5. Lignes de base

### 5-1. Questionnaires

Chez Mme M., un diagnostic de TAG a été retenu, la ligne de base a été réalisée dans ce sens.

**L'Inventaire d'anxiété état-trait de Spielberger** (STAI, State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983) a été administré. Il comprend deux parties distinctes pour évaluer l'anxiété-état (forme Y-A) et l'anxiété-trait (forme Y-B). La première évalue ce que le sujet ressent sur le moment alors que la deuxième ce qu'il ressent généralement. Chaque partie est composée de 20 items gradués en 4 degrés en fonction de leur intensité pour l'anxiété-état et de leur fréquence pour l'anxiété-trait. La note totale varie de 20 à 80 pour chaque partie (cf. tableau 1).

**Le questionnaire Intolérance à l'incertitude - EII** (Freston et al., 1997) a été administré. Il s'agit d'un autoquestionnaire dont l'objectif est de comprendre les raisons qui font que le sujet s'inquiète. Il évalue notamment les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales des situations ambiguës et les tentatives de contrôler le futur. Nous pouvons également nous intéresser à deux facteurs (Sexton & Dugas, 2009) : "l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements » et la croyance « l'incertitude est injuste et gâche tout » (cf. tableau 2).

Tableau 2. Norme du questionnaire Intolérance à l'incertitude

Norme (Freston et al., 1997)	Score Trouble Anxieux Généralisé : Moyenne
Sujets avec un trouble anxieux généralisé	81

**Le Questionnaire pourquoi s'inquiéter version II - PSI-II** (Gosselin et al., 2001) comprend 25 items permettant d'évaluer cinq croyances erronées que les personnes entretiennent à l'égard de leurs inquiétudes. Ces croyances sont : 1) l'inquiétude aide à résoudre les problèmes, 2) l'inquiétude motive à l'action, 3) l'inquiétude empêche les événements d'arriver, 4) l'inquiétude représente une caractéristique positive de la personnalité, et 5) l'inquiétude prévient les émotions négatives (cf. Tableau 3).

Tableau 3. Norme du questionnaire Pourquoi s'inquiéter ?

<b>Norme (Gosselin, Dugas, Ladouceur et Freeston, 2001)</b>	<b>Population non clinique Moyenne (écart-type)</b>
Femmes	45.87 (14.77)
Hommes	51.84 (17.63)
Total	47 (15.62)

**Le Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State - QIPS** (Meyer et al., 1990 ; Gosselin et al., 2001) est un auto-questionnaire (likert en 5 points) évaluant chez les adultes la tendance générale à s'inquiéter. Il évalue les intrusions cognitives ou les inquiétudes excessivement irréalistes constituant les principaux symptômes du TAG (cf. Tableau 4).

Tableau 4. Normes du questionnaire sur les inquiétudes du Penn State - QIPS

<b>Norme (Brillon, 2001)</b>	<b>Scores</b>
Sujet « normal »	Entre 25 et 40
Sujet avec Trouble Anxieux Généralisé	Entre 55 et 75

**Le questionnaire la QAP** (Gosselin, Ladouceur & Pelletier, 2005) est un autoquestionnaire (likert en 5 points) de 12 items qui permet d'évaluer l'attitude négative du sujet par rapport aux problèmes, ceci constitue une prédisposition cognitive non fonctionnelle lorsqu'un individu tente de résoudre les problèmes de la vie de tous les jours.

**L'échelle de stress perçu - PSS** (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983) est un instrument classique d'évaluation du stress. Il permet de comprendre comment différentes situations affectent les sentiments et le stress perçu (likert en 5 points).

**Le questionnaire d'Évitement Cognitif - QEC** (Gosselin & al., 2002) représente un outil utile pour les cliniciens et les chercheurs pour évaluer l'évitement cognitif chez les populations adultes et adolescentes (likert en 5 points).

Enfin, l'**inventaire de dépression de Beck** a été proposé (cf. tableau 5). Il comporte 21 items de symptômes et d'attitudes, qui décrivent une manifestation comportementale spécifique de la dépression, gradués de 0 à 3 par une série de 4 énoncés reflétant le degré de gravité du symptôme.

Tableau 1. Normes STAI

Score	Intensité de l'anxiété
>65	Très élevé
56 à 65	Elevé
46 à 55	Moyen
36 à 45	Faible
<35	Très faible

Tableau 5. Normes Inventaire de Beck

Score	Intensité dépression
0-9	Dépression mineure
10-18	Légère dépression
19-29	Dépression modérée
30-63	Dépression sévère

### 5-2. Evaluation comportementale et cognitive

Des indicateurs comportementaux sont également pris en compte pour évaluer l'efficacité de la thérapie. Compte-tenu des éléments rapportés par Mme M., nous évaluerons le temps de titrage quotidien par jour tout au long de la thérapie. Nous évaluerons aussi quotidiennement le nombre de problèmes relevés par Mme M., ainsi que le niveau moyen d'anxiété quotidien. Ces données seront recueillies grâce au carnet d'auto-enregistrement des soucis.

### 5-3. Bilan des évaluation

Les résultats de l'évaluation initiale sont présentés dans les tableaux 6 et 7.

Tableau 6. Synthèse des données comportementales

	Début (15/02/2022)	Intermédiaire (06/2022)	Fin (à déterminer)
Temps passé au titrage (en minutes)	45		
Niveau d'anxiété moyen (entre 0 & 10)	8		
Nombre de soucis quotidien	5		

Tableau 7. Synthèse des résultats aux questionnaires

	Début (15/02/2022)	Intermédiaire (20/06/2022)	Fin (à déterminer)
<i>STAI forme Y-A</i>	65		
<i>STAI forme Y-B</i>	58		
Echelle EII (total)	90		
<i>l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements</i>	32		
<i>l'incertitude est injuste et gâche tout</i>	58		
PSI-II	71		
Penn State	78		
QAP	51		
PSS-10	28		
QEC	49		
Questionnaire de BECK- dépression	18		

## 6. Analyse fonctionnelle

La demande initiale de la patiente concerne la diminution de son anxiété au quotidien et la diminution du titrage. Ces analyses ont été réalisées en entretien avec la patiente, afin qu'elle comprenne la façon dont ses comportements la soulagent sur le moment mais contribuent à maintenir ou aggraver ses troubles. Afin d'avoir une compréhension complète, j'ai utilisé la grille SORC (cf. Tableau 8) et j'ai ajouté une analyse diachronique.

L'analyse fonctionnelle a permis de mettre en évidence que les réactions de Mme M. lui étaient bénéfiques à court terme, ce qui renforçait donc ces comportements. Néanmoins, elle a verbalisé spontanément que ces stratégies s'avéraient inefficaces car la plupart du temps ça ne réduisait pas son anxiété à long terme et que ses inquiétudes quotidiennes tendaient à être de plus en plus importantes. Les flèches ont été rajoutées au fur et à mesure pour lui expliquer comment les comportements se maintiennent dans le temps et tendent à se renforcer. Par exemple, le titrage la soulage à court terme (renforcement négatif), c'est pour cette raison que ce comportement se maintient mais ne permet pas de résoudre ses problèmes. Elle a verbalisé que les scénarii envisagés



- **des facteurs de stress actuel** : Toute situation imprévue qui nécessite de faire face, de s'organiser. Plusieurs thématiques anxiogènes ont été repérées avec une anticipation du pire dans chaque situation : la santé (la sienne et celle de ses proches), tracas de la vie quotidienne. Le manque de soutien social perçu peut renforcer son sentiment de responsabilité. De nombreuses ruminations sont par ailleurs évoquées. Elle rapporte qu'elle s'arrache la peau des pieds et du nez (depuis le COVID et le port du masque). Elle rapporte que « ça fait partie de moi, de ma personnalité ».
- des facteurs précipitants : Elle rapporte que son père a de plus en plus de difficultés à vivre en autonomie et a eu des problèmes de santé récents, gestion des tâches administratives.
- les traitements précédents : Prise en charge en EMDR en 2018, multiples suivis psychiatriques depuis une trentaine d'années, plusieurs traitements médicamenteux dont un mésusage des benzodiazépines entre 2010 et 2015, un suivi de type TCC du sommeil en 2018.

## **7. Analyse de la demande et contrat thérapeutique**

La demande initiale de Mme M. était peu précise « arrêter de m'inquiéter ». L'analyse fonctionnelle a permis d'introduire brièvement les types de problèmes. Après avoir présenté les principes des TCC dans le traitement du TAG, nous nous sommes mis d'accord sur l'axe thérapeutique. Notre objectif thérapeutique principal est que Mme M. se fasse moins de soucis au quotidien, et donc réduire significativement son anxiété qu'elle considère comme excessive. Plus précisément, les objectifs à atteindre sont les suivants : réduire le nombre d'inquiétudes au quotidien ; réduire l'intensité émotionnelle ; réduire le temps de titrage quotidien.

A partir de ces objectifs, nous avons formulé notre contrat thérapeutique. J'ai donc expliqué à Mme M. que pour parvenir à réduire son anxiété, nous allons devoir travailler sur plusieurs axes : résoudre les problèmes réels afin de l'aider à prendre des décisions, exposition à un scénario dramatisant, développer sa tolérance à l'incertitude qui a tendance à être à l'origine des anticipations de problèmes éventuels, approche cognitive sur les pensées dysfonctionnelles compte tenu des biais cognitifs mis en évidence durant l'analyse fonctionnelle.

Nous avons défini un nombre cible initial de 20 séances. Les séances auront lieu environ toutes les deux semaines, néanmoins certaines séances seront plus espacées car Mme M. doit effectuer de nombreux déplacements pour aller en Bretagne accompagner son père.

Mme M. a été informée que des tâches lui seront données entre chaque séance et qu'il sera important de les réaliser car la thérapie se fait durant les séances mais surtout entre les séances. J'ai

expliqué à Mme M. qu'elle sera invitée à rapporter à chaque séance les différentes inquiétudes rencontrées entre les séances. Enfin, il lui a été expliqué que d'autres exercices seront proposés au fur et à mesure des thématiques abordées. Nous avons convenu de réévaluer les progrès effectués à la moitié de la thérapie ainsi qu'à la fin de nos séances. Mme M. était d'accord avec le contrat thérapeutique qui lui semblait adapté et à sa portée.

## **8. Projection thérapeutique**

A la rédaction de ce mémoire, Mme M. a bénéficié de 11 séances depuis le mois de décembre 2022. Les séances durent 60 minutes. La structure des séances sera schématiquement toujours la même à compter de la séance 5 : résumé de la dernière séance et revue des tâches assignées, présentation des objectifs de la séance, travail thérapeutique, résumé de la séance et tâches à domicile transmises pour la séance suivante.

### **Première phase : Anamnèse et Diagnostic (Séance 1 et Séance 2)**

Ces séances ont permis un recueil d'informations (histoire de vie et histoire de la maladie). Elles ont aussi permis la mise en place de l'alliance thérapeutique, l'explication de l'approche des TCC et l'implication nécessaire entre les séances avec des tâches assignées. Plus particulièrement, la **séance 2** a été destinée à l'approche diagnostique avec la passation de la M.I.N.I.

### **Deuxième phase : Analyse fonctionnelle et contrat thérapeutique (séance 3 et séance 4)**

La **séance 3** a permis de réaliser une analyse fonctionnelle afin de conceptualiser au mieux sa problématique. A l'issue de cette séance, des échelles lui ont été transmises, nous avons mis en place une évaluation comportementale.

Lors de la **séance 4**, nous avons détaillé les questionnaires réalisés ainsi que leur résultat, ce qui avec l'analyse fonctionnelle, nous a permis d'aborder le TAG. Nous avons abordé les grandes lignes du plan de traitement en accord avec les objectifs de la patiente. En collaboration, nous avons établi le contrat thérapeutique. Je lui ai expliqué l'importance d'établir des objectifs concrets et comportementaux pour donner une direction claire à la thérapie et de mesurer son efficacité. A l'issue de cette quatrième séance, il lui ait demandé de remplir quotidiennement le carnet d'auto-enregistrement des soucis et le temps passé aux titrages.

### **Troisième phase : Psychoéducation et types de problèmes (séance 5 et séance 6)**

La **séance 5** a permis d'aller un peu plus loin dans la psychoéducation du TAG. Nous avons abordé les inquiétudes, qui sont un ensemble de pensées qui s'enchainent au sujet d'évènements

négatifs futurs, la plupart du temps, et qui est accompagné d'anxiété. Nous avons accordé un certain temps à l'importance de différencier les deux types d'inquiétudes, celles qui portent sur un problème actuel qui existe déjà et celles qui portent sur un problème éventuel. A chaque type de problème correspond une technique différente. Pour l'illustrer, nous avons évoqué une situation qu'elle a vécue récemment : des douleurs abdominales. La croyance autour de cette douleur est « j'ai peut-être un cancer du côlon » (intensité émotionnelle : 7/10). Mme M. remarque que dans certaine situation, il est compliqué d'aborder le problème comme quelque chose d'éventuel et non réel. Nous avons validé que ces douleurs étaient bien réelles, mais que la croyance autour du cancer du côlon est en revanche éventuel (scénario catastrophe). Tâche assignée : Compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes deux fois par jour (matin et soir) (cf. Annexe 2 ).

Lors de **la séance 6**, nous sommes revenues sur la tâche assignée. Nous avons abordé les difficultés que Mme M. a rencontrées pour compléter quotidiennement ce tableau. Nous avons constaté que la quasi-totalité des situations rapportées par la patiente étaient des inquiétudes qu'elle considérait comme réelles. Nous avons redétaillé ensemble ses inquiétudes, notamment les « et si », cet exercice a permis de reclassifier un certain nombre de situation en inquiétude éventuelle. Tâche assignée : Poursuivre le carnet d'enregistrement donné lors de la séance précédente.

#### **Quatrième phase : Résolution de problème (séance 7 et séance 8)**

Lors de **la séance 7**, nous avons fait un point sur la tâche assignée. Mme M. semble avoir plus de facilités à catégoriser les problèmes. Nous avons abordé la technique de résolution de problèmes et son utilité (problème réel). J'ai décidé d'aborder cette technique relativement tôt, car Mme M. était très envahie par la problématique de son père qui ne peut plus vivre en autonomie à son domicile. Nous avons pris ce problème de type réel comme exemple. Tâche assignée : Poursuivre le carnet d'enregistrement / réaliser au moins une fois la technique de résolution du problème sur un problème réel rencontré dans la semaine / mettre en action la solution optimale trouvée lors de la séance, à savoir contacter le directeur de la maison de repos actuel.

**A la séance 8**, nous sommes revenues sur les tâches à domicile et les difficultés rencontrées lors de l'exercice de résolution de problèmes effectué et nous avons essayé d'élargir au maximum les solutions possibles (problème choisi : nuisances sonores à son domicile). Concernant le problème détaillé lors de la séance précédente, Mme M. a pu contacter le directeur qui lui a certifié que son père pourrait intégrer la maison de retraite du village, et qu'il pourrait rester à la maison de repos tant qu'une place ne sera pas libérée. Tâche assignée : Poursuivre le carnet d'enregistrement donné, nous avons rajouté une colonne (le problème m'appartient-il ou appartient-il aux autres ?). Nous avons rajouté cette colonne car nous nous sommes aperçues à plusieurs reprises qu'elle

s'inquiétait beaucoup pour son entourage (ex : « mon neveu va en Bretagne dans la maison familiale mais le chauffage ne sera pas mis) /utiliser la technique de résolution de problème sur une nouvelle situation.

### **Cinquième partie : Utilité de s'inquiéter (séance 9)**

La **séance 9** a été dédiée à l'utilité de s'inquiéter. Nous avons fait la liste des avantages et des inconvénients de s'inquiéter. Nous avons questionné les principales croyances concernant l'utilité des inquiétudes. Cette séance a été importante car Mme M. a de nombreuses croyances positives autour de l'inquiétude. Tâches à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes / relire et/ou compléter la liste des avantages et désavantages de s'inquiéter.

### **Sixième partie : Intolérance à l'incertitude (séance 10, séance 11, séance 12, séance 13)**

Durant la **séance 10**, nous avons défini l'intolérance à l'incertitude et donner un exemple. Nous avons expliqué le lien entre les manifestations d'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes excessives. Nous avons cherché les réactions de Mme M. face à l'incertitude selon les deux types (éviter et surréaction). Nous avons observé que Mme M. manifeste des réactions de type « surréaction » dans la majorité des cas. L'expérience comportementale lui a été expliquée. Nous avons réfléchi ensemble à quelle situation elle pourrait s'exposer entre les deux séances. Mme M. a choisi de visionner un film sur Netflix dans son intégralité sans lire le résumé au préalable ni les avis. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes / exposition à l'incertitude et remplir la fiche correspondante / remplir les questionnaires données de la ligne de base.

**Lors de la séance 11**, nous avons fait un retour sur le carnet d'enregistrement et l'exercice d'exposition à l'incertitude. Nous avons réfléchi à une hiérarchisation des situations afin qu'elle apprenne à augmenter sa tolérance à l'incertitude et effectué une mise en pratique lors de notre séance. Qualitativement, nous notons que Mme M. apparaît plus apaisée (ton de sa voix). Elle me rapporte que des cartons sont empilés chez elle, et qu'elle a décidé de ne plus s'en occuper et de laisser faire son mari. Plusieurs autres exemples vont dans le sens d'une amélioration clinique. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes / exposition à une situation choisie : acheter un livre sans lire le résumé ou en avoir entendu parler.

### Projections pour les séances à venir

Aux **séances 12 et 13**, j'envisage de revenir sur l'exposition réalisée (difficultés rencontrées etc.). Une présentation des résultats des questionnaires sera présentée à Mme M. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes / exposition à une situation choisie.

### **Septième partie : Exposition à un scénario dramatisant (séance 14 à 15)**

A la **séance 14**, je souhaiterais orienter les séances vers une approche plus cognitive et notamment aborder l'évitement cognitif et la neutralisation. Nous rédigerons avec son accord un scénario de ce qu'elle imagine, redoute le plus en exprimant ses émotions et décrivant ses pensées, croyances sur elle-même. Technique utilisée : scénario dramatisant. Le scénario sera répété avec l'accord de la patiente au préalable jusqu'à ce que la perturbation émotionnelle soit divisée par deux à la lecture du texte. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes/ lecture quotidienne du scénario.

Lors **de la séance 15**, nous poursuivrons le travail d'exposition aux scénarii dramatisants, en relevant les difficultés rencontrées. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes/ lecture quotidienne du scénario (cf. fiche d'exposition).

### **Huitième étape : Approche cognitive (Séance 16 à 18)**

L'objectif est que Mme M. identifie ses pensées automatiques et croyances. Les distorsions cognitives seront abordées. Technique utilisée : camembert des responsabilités (car la notion de responsabilité est souvent revenue lors des séances), flèches ascendantes. Tâche à domicile : compléter le carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes/ compléter les colonnes de Beck sur une situation / technique de restructuration cognitive sur la croyance repérée.

### **Neuvième étape : Conclusion (Séance 19 et séance 20)**

A la **séance 19**, nous aborderons les craintes de la fin de la thérapie. Nous reviendrons sur les différentes étapes du plan de traitement et les techniques utilisées pour agir avec les inquiétudes. Nous réfléchirons sur les objectifs personnels de Mme M. à poursuivre. La prévention de la rechute sera abordée. Tâche à domicile : remplir les questionnaires données de la ligne de base.

A la **séance 20**, un bilan global de la thérapie sera effectué avec une restitution des résultats aux questionnaires et une restitution des données comportementales et de leur évolution. Une séance à 3 mois puis à 6 mois sera programmée.

## 9. Présentation des séances

### 9.1. Séance sur l'explication d'une méthode

Lors de la séance 7, nous avons abordé la technique de résolution de problèmes.

Le thérapeute : « Nous avons évoqué lors de la séance précédente les deux types de problèmes que nous pouvons rencontrer : les problèmes de type réel et les problèmes de type éventuel. Les problèmes de type réel sont des problèmes à résoudre, nous allons aborder aujourd'hui la technique de résolution de problèmes. »

La patiente : « C'est bien, ça va m'être utile car j'ai beaucoup de problèmes réels ».

T : « Les personnes qui présentent un TAG peuvent avoir des réactions contre-productives comme nous l'avons vu lors de l'analyse fonctionnelle, comme par exemple la rumination, ce qui finalement ne permet pas de régler le problème. L'anxiété empêche la personne de raisonner efficacement sur le problème ce qui maintient les inquiétudes. »

P : « Oui ça je l'ai bien remarqué. J'ai même l'impression d'être de moins en moins capable de gérer les problèmes pourtant quand je travaillais je devais régler plein de choses. »

T : « En effet, l'anxiété a un impact aussi sur le fonctionnement cognitif, sur les capacités attentionnelles et les compétences de raisonnement. Je vous propose de détailler les différentes étapes de cette méthode et de l'illustrer ensuite avec un des problèmes réels mentionné dans votre carnet d'auto-enregistrement. La situation de votre père vous procure une grande inquiétude, je vous propose que l'on travaille sur ce problème. »

P : « Oui en effet, j'y pense sans arrêt, ça me paraît insurmontable ».

T : « La première étape consiste à définir le problème et formuler un objectif. Comment pourrions-nous définir le problème que vous rencontrez vis-à-vis de votre père ? »

P : « Je suis stressée pour son avenir. »

T : « La situation vous inquiète. Qu'est-ce qui vous inquiète très précisément ? »

P : « Je me demande où il va vivre après son court séjour en maison de repos. »

T : « Si je comprends bien le problème est « trouver un lieu de vie/logement pour votre père. »

P : « Oui c'est exactement ça. »

T : « Dire je suis stressée pour son avenir » c'est très vague. Il est important d'être précis car c'est ce qui va nous permettre d'observer si l'objectif est atteint. Un autre point est que le problème et l'objectif doivent être réalistes et accessibles. Pour définir un objectif, nous allons se poser la question « Comment ? ». »

P : « Donc là, je dois me dire « comment je vais trouver un logement pour mon père ? », c'est ça ? »

T : « Oui très bien. Vous pouvez le noter sur ce document. Ensuite, la deuxième étape est d'identifier les solutions possibles sans jugement, ni restriction, c'est-à-dire que toutes les solutions sont bonnes à prendre, même celles qui nous paraissent les plus saugrenues. »

P : « Ah bon ? Même celles que l'on sait mauvaises ? »

T : « Oui, car souvent les personnes ont tendance à se diriger vers un seul type de solution, par habitude, alors que multiplier les solutions permet d'ouvrir les possibilités. L'important est de varier les types de solutions. Dans un second temps, si les solutions sont difficiles à trouver il est possible de demander de l'aide à son entourage. Il y a trois règles à respecter : la quantité, la diversité et le jugement différé. »

P : « J'ai du mal à me dire que je dois mettre des solutions que je ne choisirai pas, par exemple je ne peux pas prendre mon père chez moi, ça ne sert à rien de le noter. »

T : « Je comprends que ça puisse paraître inutile. Toutefois, nous cherchons à ouvrir le champ des possibles. A l'étape 3 justement, chaque solution va être évaluées en identifiant les avantages et les inconvénients à court et à long terme en repérant leur impact à la fois sur soi mais aussi sur les autres, évaluer le « coût » de l'application de la solution et voir si ça résout complètement le problème ou seulement une partie. »

P : « Un peu comme avec l'analyse fonctionnelle, on peut se rendre compte qu'un comportement est bénéfique à court terme mais pas à long terme. Par exemple, si je prenais mon père à la maison, ça fonctionnerait sur le moment, mais ce n'est pas une solution durable. »

T : « Oui tout-à-fait. Avec l'analyse fonctionnelle, nous avons vu que nous avons tendance à adopter des comportements qui nous soulagent à court terme mais certains ont tendance à renforcer nos pensées négatives et les émotions sur le long terme. C'est le risque dans la résolution de problèmes réels, comme essayer de se débarrasser rapidement du problème quitte à choisir une action non optimale. »

P : « Je trouve ça intéressant d'observer les conséquences à long terme. »

T : « Ce travail nous emmène ensuite à l'étape 4 qui consiste à choisir une solution, même aucune solution n'est peut-être parfaite. »

P : « Je comprends. »

T : « Ensuite, la cinquième étape consiste à appliquer la solution choisie au moment voulu, en se donnant les moyens d'y parvenir. Par exemple, si la solution choisie est d'appeler toutes les maisons de retraite dans un périmètre de 10 km mais que j'ai peur de faire des demandes, il sera nécessaire au préalable de développer certaines habiletés. »

P : « Et si, je choisis une solution mais que ça ne fonctionne pas ? »

T : « Votre question nous amène à l'étape 6 qui consiste à évaluer et vérifier le résultat. Si en effet, ça ne fonctionne pas, il faudra se poser comme question : est-ce que mon problème était bien défini

au départ ? Si oui, quelle autre solution j'avais envisagé ? Nous revenons donc sur les étapes 1 et 2. »

P : « Ça me décourage un peu, ça me paraît difficile. »

T : « Je vous propose de reprendre les étapes ensemble et de l'appliquer au problème lié à votre père. »

P : « Oui je veux bien de votre aide. »

## **9.2. Séance sur l'application d'une méthode**

Lors de la séance 11, nous avons abordé l'expérience comportementale à l'incertitude.

T : « Nous avons commencé à aborder lors de la séance précédente la notion d'intolérance à l'incertitude. »

P : « Ça m'a déjà bien aidé, maintenant quand j'angoisse, je me dis « tiens c'est une intolérance à l'incertitude ».

T : « Qu'avez-vous remarqué au niveau de l'intensité émotionnelle lorsque vous vous dites cela ? »

P : « Je reste anxieuse, mais moins ».

T : « C'est intéressant de le repérer. Nous avons vu que la technique qui permet de développer son intolérance à l'incertitude est l'exposition/exposition comportementale à des situations redoutées, des situations qui provoquent de l'incertitude. »

P : « Je suis curieuse de le faire, et en même temps j'appréhende ».

T : « Je comprends tout-à-fait. Ça va probablement être inconfortable pour vous, susciter une perturbation émotionnelle. Cette méthode permet d'expérimenter ses croyances autour de ses inquiétudes. Jusqu'à présent vous aviez un certain nombre de croyances autour de ses inquiétudes, nous allons les tester. Je vous avais demandé pour cette séance de réfléchir à une situation qui pourrait vous exposer à l'incertitude, et je vous ai proposé d'être à vos côtés pour cette première exposition. »

P : « Alors ce n'est vraiment pas évident ce que vous m'avez demandé. Jeudi j'ai deux rendez-vous rapprochés, je ne sais pas comment je vais faire pour arriver à temps, surtout que je suis très fatiguée en ce moment. Mais je n'ose pas appeler un des rendez-vous pour le décaler. »

T : « Si je comprends bien, vous avez deux rendez-vous rapprochés. Dans l'idéal, vous aimeriez en reporter un, mais vous n'osez pas. »

P : « Oui, je me sens terriblement mal, j'y pense le soir avant de m'endormir, je ne sais pas comment me sortir de cette situation. »

T : « Que redoutez-vous en décalant un rendez-vous ? »

P : « J'ai un rendez-vous chez mon ophtalmologue ce qui est très important vu le délai d'attente. Ensuite, j'ai rendez-vous avec un agent immobilier pour faire estimer mon bien, ce qui n'est pas urgent. »

T : « Donc s'il y a un rendez-vous à décaler c'est celui avec l'agent immobilier ? »

P : « Oui c'est ça. »

T : « Que pourrait-il se passer si vous le décalez ? »

P : « Qu'il pense que je ne suis pas sérieuse, que je me moque de lui. »

T : « Si c'est le cas, qu'est-ce qui vous dirait ? »

P : « Qu'il est trop occupé, et qu'il me donne un rendez-vous dans longtemps. »

T : « Ça veut dire quoi longtemps ? »

P : « Au moins un mois. »

T : « Si je résume. La situation qui vous exposerait à l'incertitude est « j'appelle l'agent immobilier, mais je ne sais pas quand et s'il me donnera un rendez-vous rapproché. Le date du prochain rendez-vous est incertaine, ce qui suscite de l'anxiété ». »

P : « Oui c'est ça. »

T : « Seriez-vous d'accord pour appeler l'agent immobilier pour décaler le rendez-vous, et observer ce qu'il va se passer ?

P : « Je me sens oppressée, mais oui je veux bien essayer. »

*Mme M. appelle l'agent immobilier, et lui explique sa situation brièvement. Mme M. raccroche.*

P : « Il peut venir dès ce vendredi. »

T : « Qu'est-ce que vous en concluez ? »

P : « Il était très agréable et très compréhensif, il n'y avait pas de raisons pour que je m'inquiète. Je n'ai pas l'impression qu'il ait cru que je me moquais de lui. Je me suis fait un film, mes pensées n'étaient pas bonnes. »

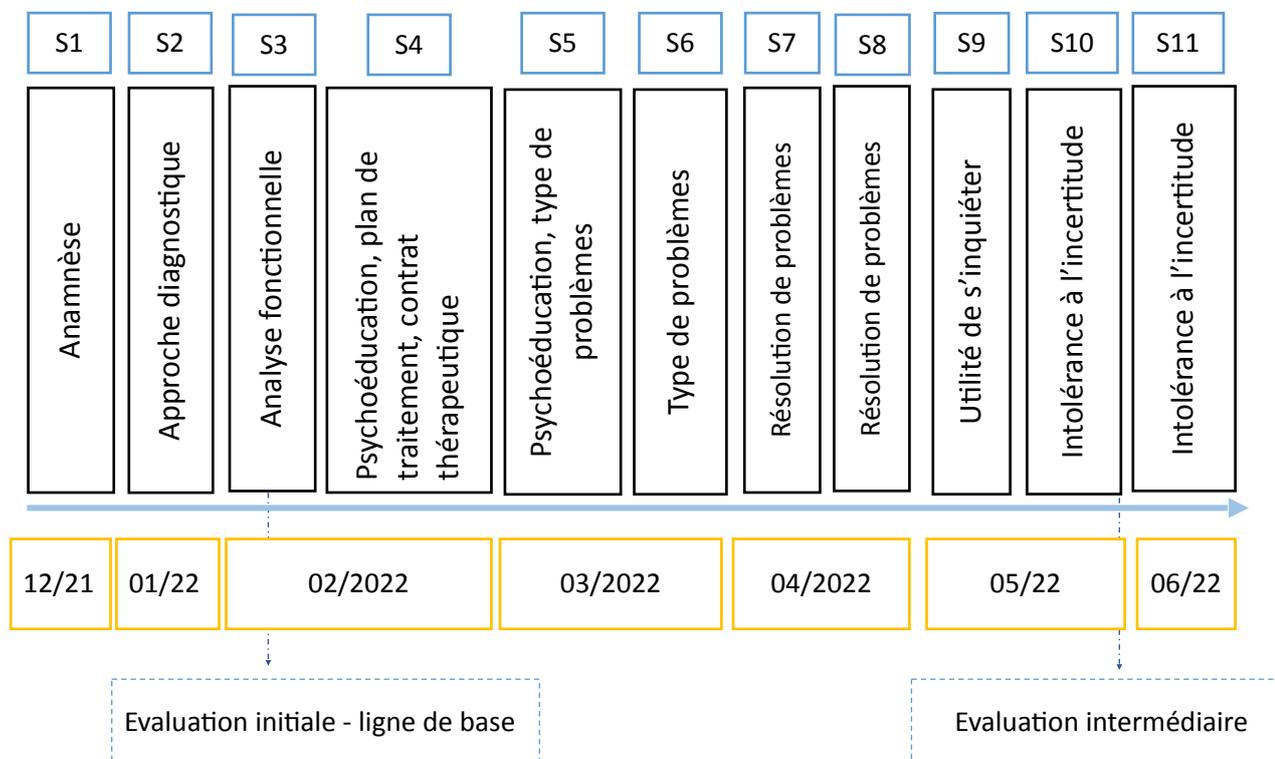
T : "Dans cette situation, en quoi l'inquiétude a été utile ? »

P : « Bien en réalité, à pas grand-chose, car je me suis trompée. J'ai mal dormi plusieurs nuits pour rien. Non dans cette situation, je ne vois pas.

## 10. Analyse de l'échec et de la réussite

Au moment de la rédaction du mémoire, 12 séances ont été effectuées avec Mme M. entre décembre 2012 et juin 2022. Les séances effectuées sont présentées ci-dessous.

### Synthèse du suivi sur 12 séances



Spontanément, Mme M. rapporte ressentir moins de sensations physiques désagréables. Elle rapporte qu'au début de la thérapie, les sensations physiques étaient quasiment constantes quotidiennement. Elle dit se faire moins de soucis pour sa santé physique et être allée moins souvent chez le médecin ces dernières semaines. Elle remarque qu'elle demande davantage d'aide à son mari, elle se rend compte qu'il est plutôt aidant. Egalement, elle rapporte une meilleure reconnaissance de ces inquiétudes « quand j'ai une inquiétude, je me dis : « c'est mon intolérance à l'incertitude », ce qui me permet de la mettre en distance rapidement ».

L'étude des questionnaires entre l'évaluation initiale et l'évaluation intermédiaire montre globalement des scores de moindre intensité (STAI A, Penn State, PSI-II) (cf. Tableau 9). Mme M. semble avoir une attitude moins négative face aux problèmes, elle a particulièrement investi la technique de résolution de problèmes et rapporte voir les problèmes comme un challenge à surmonter (QAP). Mme M. semble avoir un stress perçu moindre (PSS-10), une diminution de l'évitement cognitif (QEC). Enfin, la symptomatologie dépressive apparaît moindre (Beck).

L'étude des données comportementales entre l'évaluation initiale et l'évaluation à mi-parcours montre une diminution de 50% du temps passé à se titurer les pieds (cf. Tableau 10). Mme

M. dit avoir mis en place un comportement alternatif, celui de se passer de la crème hydratante sur le corps (durée : environ 3 min/jour). Elle rapporte que cela lui apporte une détente. Les titrages sur le nez ont cessé. L'intensité de son anxiété quotidienne apparait réduite ainsi que le nombre de soucis quotidien.

Néanmoins, certains points restent à travailler notamment l'intolérance à l'incertitude (EII – Incertitude est injuste et gâche tout), nous avons encore des séances consacrées à cette thématique.

Tableau 9. Synthèse des résultats des questionnaires

	Début (15/02/2022)	Intermédiaire (06/2022)	Fin (à déterminer)
<i>STAI forme Y-A</i>	65	55	
<i>STAI forme Y-B</i>	58	54	
Echelle EII (total)	90	85	
<i>l'incertitude a des implications négatives sur la perception de soi et les comportements</i>	32	25	
<i>l'incertitude est injuste et gâche tout</i>	58	57	
PSI-II	71	55	
Penn State	78	64	
QAP	51	38	
PSS-10	28	24	
QEC	49	40	
Questionnaire de BECK- dépression	18	16	

Tableau 10. Synthèse des données comportementales

	Début (15/02/2022)	Intermédiaire (06/2022)	Fin (à déterminer)
Temps passé au titrage (en minutes)	45	20	
Niveau d'anxiété moyen (entre 0 & 10)	8	6	
Nombre de soucis quotidien	5	3	

Une première difficulté rencontrée a été de maintenir le cadre lors des séances. Mme M. avait tendance à expliquer chaque détail de ses inquiétudes. Après avoir fait un retour à Mme M. sur mon observation, j'ai choisi de faire une analyse fonctionnelle sur la situation « je décris chaque détail de la situation à la psychologue ». Ceci a été très bénéfique, et a été décisif dans la thérapie. En effet, Mme M. s'arrêtait parfois spontanément dans ces explications « non là c'est inutile, ça ne me fait pas avancer d'aborder ça ». L'alliance thérapeute est de bonne qualité.

Plusieurs exercices ont été proposés à Mme M. ce qui a pu constituer une difficulté dans la thérapie. Malgré la motivation de Mme M., le remplissage du carnet d'auto-enregistrement s'est parfois montré laborieux car des cases étaient partiellement complétées. Nous avons dû revenir à plusieurs reprises sur l'intérêt des tâches et de la mesure régulière de ses comportements.

Enfin, je me suis longuement questionnée sur ces comportements de titrage qui ne côtoie pas comme une dermatillomanie, mais néanmoins qui s'en rapproche, et je me suis demandée si je devais me concentrer sur une prise en charge plutôt orientée vers un TAG ou un TOC compte-tenu de l'objectif comportemental. Toutefois, l'analyse fonctionnelle diachronique a mis en évidence un TAG ancien et des sources d'anxiété très diverses. J'ai fait l'hypothèse que la diminution de la symptomatologie anxieuse diminuera les comportements de titrage.

Un point sur lequel je souhaiterais être plus vigilante et passer plus de temps est la construction de la ligne de base et plus particulièrement des données comportementales. Compte-tenu des éléments rapportés par Mme M. lors de l'évaluation intermédiaire, je pense qu'il aurait été intéressant d'évaluer l'évolution de ces sensations physiques au cours de la thérapie car c'est le premier élément qualitatif qu'elle a rapportés.

## **BIBLIOGRAPHIE**

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Beesdo, K., Pine, D.S., Lieb, R. et al. (2010). Incidence and Risk Patterns of Anxiety and Depressive Disorders and Categorization of Generalized Anxiety Disorder. *Archives General Psychiatry*, 67(1), 47-57.

Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Hofler, M., Lueken, U., Becker, E. S., & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 29(11), 948–957.

- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386-396.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749–753.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215–226.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice. New York, NY : Routledge.
- Freeston, M.H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1997). Why do people worry ? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes : validation d'une traduction française du *Penn State Worry Questionnaire*. *L'encéphale (XXVII)*, 475-484.
- Gosselin, P., Ladouceur R., & Pelletier, O. (2005). Evaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : le questionnaire d'attitude face aux problèmes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15(4), 141-153.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., & Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'Évitement Cognitif (QEC): Développement et validation auprès d'adultes et d'adolescents. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12(1), 24–37.
- Hebert, E.A. & Dugas, M. J. (2019). Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26, 421-436.
- Hoyer, J., & Beesdo-Baum, K. (2012). Prolonged Imaginal exposure based on worry scenarios. In P. Neudeck & H.-U. Wittchen (Eds.), *Exposure therapy: Rethinking the model—refining the method* (pp. 245–260). New York, NY: Springer New York.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8, 73-83.

- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive-affective model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 201–216). Chichester, UK: Wiley.
- Llera, S.J. & Newman, M.G. (2020). Worry impairs the problem-solving process: Results from an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, *135*, 1037-1059.
- Lobsang, R., Bystritsky, A., Dafter, R.E., Spearman, M. (2011). New Strategies for Combining Mindfulness with Integrative Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *29*, 92-119.
- McLaughlin, K.A., Kubzansky, L.D., Dunn, E.C., Waldinger, R., Vaillant, G., Koenen, K.C. (2010). Childhood social environment, emotional reactivity to stress, and mood and anxiety disorders across the life course. *Depression Anxiety*, *27*(12), 1087-1094.
- Meyer, Miller, Metzger & Borkovec (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research & Therapy*, *28*(6), 487-495.
- Newman, M. G., Hani Zainal, N., & Hoyer J. (2020). Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) for Generalized Anxiety Disorder (GAD), In Gerlach A.L. & Gloster, A.T (Eds.), *Generalized Anxiety Disorder and Worrying: A Comprehensive Handbook for Clinicians and Researchers* (pp. 203-230). Oxford : John Wiley & Son Ltd.
- Raes, A. K., Koster, E. H. W., Loeys, T., & De Raedt, R. (2011). Pathways to change in one-session exposure with and without cognitive intervention: An exploratory study in spider phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 964–971.
- Rosen, N. O., & Knäuper, B. (2009). A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. *Health Communication*, *24*(3), 228–238.
- Servant, D., Germe, A., Autuori, M., De Almeida, F., Hay, M., Douilliez, C., Vaiva, G. (2014). Protocole de relaxation intégrative et transdiagnostique pour patients anxieux. Résultats d’une étude pilote. *L’encéphale*, *40*, 501-506.
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2009). Defining distinct negative beliefs about uncertainty: Validating the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychological Assessment*, *21*, 176-186.

## ANNEXE 1

Présentation de la prise en charge en TCC sur l'exposition comportementale à l'incertitude (Hebert & Dugas, 2019).

Modules	Nombre de séances	Objectifs	Techniques utilisées	Exercices
<b>Module 1 : Psychoéducation sur l'incertitude</b>	2	<p><u>Compréhension du modèle TCC et du TAG</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Croyances négatives au sujet de l'incertitude comme objet du traitement</li> <li>▪ Identifier les croyances personnelles sur l'incertitude</li> </ul>	<p><u>Fournir des informations sur les principes de la TCC</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter des informations sur les symptômes du TAG</li> <li>▪ Fournir un modèle de base des symptômes du TAG</li> <li>▪ Commencer la surveillance des symptômes de base</li> <li>▪ Fournir un modèle théorique pour IU</li> <li>▪ Commencer la surveillance de l'UI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Journal des soucis</li> <li>▪ Journal des incertitudes</li> <li>▪ Échelle d'intolérance à l'incertitude</li> </ul>
<b>Module 2 : Expérience comportementale à l'incertitude</b>	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifier et affaiblir les croyances négatives sur l'incertitude</li> <li>▪ Générer et renforcer des croyances neutres/positives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Présenter les étapes des expériences comportementales</li> <li>▪ Tester les croyances sur l'incertitude</li> <li>▪ Générer de nouvelles croyances via une réflexion active</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Expériences comportementales testant les croyances sur l'incertitude</li> </ul>
<b>Module 3 : prévention de la rechute</b>	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consolider la compréhension des techniques utilisées</li> <li>▪ Identifier les domaines d'amélioration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Discuter des expériences comportementales clés</li> <li>▪ Comparer les croyances et comportements anciens et nouveaux</li> <li>▪ Planifier des expériences comportementales à venir</li> <li>▪ Prévoyez des événements inattendus et des contretemps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Feuille de travail sur la prévention des rechutes</li> </ul>

## ANNEXE 2

### Carnet d'auto-enregistrement des inquiétudes

M o m e n t (date, heure)	Situation/ Evènement		Inquiétudes (description)	Intensité (entre 0 et 10)	Type d'inquiétude (problème réel ou éventuel)
		Et si ?			
		Et si ?			
		Et si ?			
		Et si ?			