

LE LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ D'UNE THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE CHEZ LES INDIVIDUS ATTEINTS DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Caroline Morrissette-Pronovost,

Gabrielle Marcotte-Beaumier,

et Michel J. Dugas

Université du Québec en Outaouais

La présente étude vise à évaluer l'impact de l'hostilité sur l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les adultes souffrant du trouble d'anxiété généralisée (TAG). La première hypothèse stipule que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. La deuxième hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement fera une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité de la TCC, indépendamment de variables sociodémographiques (âge et sexe) et cliniques (symptômes de dépression et d'anxiété somatique). Nous avons conduit deux analyses de régression hiérarchique linéaire auprès d'un échantillon de 69 participants. La première analyse révèle que plus les participants rapportent un haut niveau d'hostilité avant la thérapie, plus ils sont susceptibles d'avoir des symptômes sévères du TAG après la thérapie. La deuxième analyse révèle un impact négatif de l'hostilité au pré-traitement sur l'efficacité de la thérapie, et ce, indépendamment de l'âge, du sexe, des symptômes dépressifs et des symptômes d'anxiété somatique. En conclusion, nous suggérons que les individus atteints du TAG qui rapportent un haut niveau d'hostilité profitent moins de la TCC parce que les attitudes hostiles peuvent interférer avec l'établissement d'une saine alliance thérapeutique.

See end of text for English abstract.

Mots clés : trouble d'anxiété généralisée; thérapie cognitivo-comportementale; hostilité.

Cette étude a été rendue possible grâce à une subvention de recherche accordée à Michel Dugas par les Instituts de recherche en santé du Canada (MOP-82771).

Correspondance : Michel Dugas, Ph.D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283 boulevard Alexandre-Taché, Gatineau, Qc, Canada, J8X 3X7. Courriel : michel.dugas@uqo.ca

© 2019. Association Scientifique pour la Modification du Comportement. Tous droits réservés. www.science-comportement.org

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se définit principalement par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives par rapport à certains domaines de la vie, tels que le travail et la santé, et ce, au moins une journée sur deux depuis au moins 6 mois. Les sujets d'inquiétude peuvent également être mineurs, comme le fait de s'inquiéter pour un rendez-vous ou la propreté de la résidence. La fréquence, la durée et l'amplitude des inquiétudes et de l'anxiété sont démesurées face à la réelle probabilité d'apparition de la situation anticipée. L'inquiétude excessive est difficilement contrôlable et s'accompagne de symptômes dont la sensation d'être survolté, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la tension musculaire et la perturbation du sommeil. Les symptômes physiques, les inquiétudes et l'anxiété engendrent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu dans des domaines importants de sa vie. Il peut s'agir, entre autres, d'une altération au niveau professionnel ou social (American Psychiatric Association [APA], 2013).

À ce jour, le lien entre la colère et les troubles anxieux, incluant le TAG, demeure très peu exploré. Historiquement, la colère et l'anxiété sont liées à travers leurs réactions physiologiques communes et semblables face à un stress (Cannon, 1929). Face à un danger, potentiel ou réel, les individus sont susceptibles de réagir autant avec colère qu'avec anxiété, ce que l'on désigne par la réponse de combat ou de fuite. Ce lien particulier entre l'anxiété et la colère s'explique par des vulnérabilités au niveau biologique (Barlow, 2002). Toutefois, malgré ces connaissances bien établies, la colère engendrée par la perception d'un danger demeure peu étudiée dans le cadre des troubles anxieux (DiGiuseppe et Tafrate, 2007). Par exemple, quelques

études seulement ont exploré la relation entre la colère et le TAG.

Le peu de données disponibles suggèrent qu'un niveau élevé de colère est souvent observé chez les personnes atteintes du TAG et ce, sans égard aux autres troubles anxieux et aux troubles de l'humeur (Deschênes, Dugas et Gouin, 2015). De façon plus spécifique, les individus rencontrant les critères diagnostiques du TAG présentent un niveau plus élevé d'hostilité (la composante cognitive de la colère), de colère internalisée et d'humeur agressive en comparaison aux individus ne rencontrant pas ces critères (Deschênes, Dugas, Fracalanza et Koerner, 2012). De ces trois dimensions de la colère, il semblerait toutefois que l'hostilité soit celle étant la plus fortement liée au TAG et à ses facteurs de vulnérabilité (Deschênes et coll., 2012; Fracalanza, Koerner, Deschênes et Dugas, 2014).

La présence et l'importance de l'hostilité exprimée par les clients en contexte de thérapie sont généralement acceptées par les différentes écoles de pensée en psychologie clinique. L'hostilité est considérée comme un domaine de conflit auquel le client doit fréquemment faire face lors d'un traitement psychologique (von der Lippe, Monsen, Rønnestad et Eilertsen, 2008). Malgré le fait que l'hostilité soit régulièrement rencontrée en pratique clinique, les thérapeutes ne sont généralement pas à l'aise de travailler avec les clients aux prises avec des troubles en lien avec cette composante de la colère (DiGiuseppe et Tafrate, 2001). Ainsi, en considérant l'importance du lien entre l'hostilité et le TAG, il est judicieux de se pencher sur l'impact de cette dimension de la colère lors d'une psychothérapie. La présente étude fait état du lien entre l'hostilité et l'efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) chez les individus atteints du TAG.

Afin d'explorer le lien fonctionnel entre l'hostilité et l'efficacité de la TCC pour le TAG, il importe de tenir compte de variables sociodémographiques et cliniques pouvant amplifier indûment ce lien (i.e. le problème des variables confondantes). En ce qui concerne le TAG, il est bien établi qu'il existe un lien entre ce dernier, l'âge et le sexe. De plus, les symptômes de dépression et d'anxiété somatique s'avèrent des variables cliniques étant hautement corrélées avec la présence et la sévérité TAG. Dans les prochains paragraphes, nous présenterons le lien entre ces variables et le TAG afin d'appuyer notre argument voulant que l'examen du lien fonctionnel entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique doit tenir compte de ces variables potentiellement confondantes (e.g. l'âge, le sexe, les symptômes de dépression et les symptômes d'anxiété somatique).

Plusieurs études témoignent du lien entre l'âge et le TAG (pour une synthèse, voir Dugas, Charette et Gervais, 2018). Par exemple, il existe deux périodes de

vie pendant lesquelles l'incidence du TAG est particulièrement élevée. La première période se situe entre 11 et 20 ans tandis que la deuxième se situe vers le milieu de l'âge adulte (Blazer, Hughes et George, 1987; Brown, Barlow et Liebowitz, 1994). C'est donc dire que le TAG apparaît souvent au cours de l'adolescence et au milieu de l'âge adulte, deux périodes de vie marquées par l'augmentation des responsabilités. En ce qui concerne la prévalence du TAG, celle-ci semble être la plus élevée au milieu de l'âge adulte, soit entre 33 et 55 ans (Blazer, Hughes, George, Schwartz et Boyer, 1991). Par contre, certains auteurs rapportent une augmentation croissante du nombre d'individus atteints du TAG au-delà de l'âge de 65 ans (e.g. Carter, Wittchen, Pfister et Kessler, 2001). Pris ensemble, ces résultats témoignent sans contredit d'un lien entre l'âge et la présence du TAG.

Les recherches s'intéressant au lien entre le sexe biologique et l'inquiétude (la caractéristique principale du TAG) démontrent qu'il y a une différence importante en ce qui concerne le niveau d'inquiétude chez les hommes et les femmes. Spécifiquement, les femmes éprouvent plus fréquemment de l'inquiétude que les hommes (Robichaud, Dugas et Conway, 2003). D'ailleurs, le TAG se présente plus fréquemment chez les femmes et ce, avec un ratio variant d'environ trois femmes pour deux hommes (Pearson, Janz et Ali, 2013) à deux femmes pour un homme (APA, 2013). En ce qui concerne les thèmes d'inquiétude, on retrouve chez les deux sexes un niveau similaire d'inquiétude au sujet des finances, des relations interpersonnelles et des compétences en lien avec le travail. Toutefois, les inquiétudes relatives à la confiance en soi semblent être plus importantes chez les femmes que chez les hommes (Robichaud et coll., 2003). Ainsi, les données démontrent un lien entre le sexe et la fréquence de l'inquiétude, les thèmes d'inquiétude et la présence du TAG.

En ce qui concerne le trouble dépressif caractérisé, celui-ci se retrouve fréquemment en comorbidité avec le TAG. Le trouble dépressif caractérisé se définit par des sentiments constants de tristesse et une perte d'intérêt par rapport à des activités qui, auparavant, procuraient du plaisir et ce, sur une période d'au moins deux semaines (APA, 2013). La distinction entre le TAG et le trouble dépressif caractérisé est souvent difficile à faire en raison du chevauchement des symptômes communs aux deux troubles (fatigue, difficultés de concentration et difficultés en lien avec le sommeil). Les individus dépressifs sont aussi susceptibles de faire de la rumination, un phénomène clinique qui peut ressembler aux inquiétudes excessives propres au TAG (Nolen-Hoeksema, 1998). Finalement, de nombreuses études témoignent du lien entre les symptômes dépressifs et l'inquiétude dans des populations cliniques et non-cliniques (e.g. Ladouceur, Blais, Freeston et Dugas, 1998; Muris, Roelofs, Rassin, Franken et Mayer, 2005). Par conséquent, il sera important dans la présente étude

de mesurer la sévérité des symptômes dépressifs afin de faire la distinction entre les symptômes associés au trouble dépressif caractérisé et ceux associés au TAG (Dugas et Robichaud, 2007).

Finalement, malgré le fait que les symptômes d'anxiété somatique tels que la tachycardie et les bouffées de chaleur ne font pas partie de la description du TAG, il est bien établi que ces symptômes sont présents chez plusieurs individus atteints du TAG. En effet, les études indiquent que les personnes souffrant du TAG rapportent plus souvent ces symptômes que les personnes non-anxieuses (e.g. Ladouceur et coll., 1998). De plus, le lien entre la sévérité de l'anxiété somatique et le niveau d'inquiétude est amplement documenté dans des études non-cliniques et cliniques (e.g. Dugas, Freeston et Ladouceur, 1997; Wetherell et Gatz, 2005). Les données empiriques indiquent donc que les symptômes somatiques associés à l'activation sympathique font souvent partie du tableau clinique des personnes atteintes du TAG. À la lumière de l'ensemble des données présentées précédemment, il apparaît que l'évaluation du lien entre l'hostilité et le TAG devra tenir compte de l'âge, du sexe, des symptômes dépressifs et des symptômes d'anxiété somatique des participants.

Tel que mentionné précédemment, l'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'hostilité sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. La première hypothèse stipule que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. La deuxième hypothèse soutient, quant à elle, que l'impact de l'hostilité sur l'efficacité thérapeutique sera indépendant de l'effet de variables sociodémographiques (âge et sexe) et cliniques (symptômes de dépression et d'anxiété somatique).

Méthode

PARTICIPANTS

Dans un premier temps, il faut savoir que l'étude s'est effectuée sur deux sites. D'abord à la Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et ensuite à la Clinique des services psychologiques de l'Université du Québec en Outaouais. En ce qui concerne le recrutement pour le premier site d'étude, des affiches ont été placées dans différentes universités de Montréal et une annonce a été placée dans le journal *La Presse*. Pour le site d'étude en Outaouais, les annonces ont été placées à l'Université du Québec en Outaouais, à l'Université d'Ottawa et dans le journal *Le Droit*. Au départ, 853 personnes ont répondu aux annonces. Parmi ces 853 personnes, 397 ont été éliminées à l'introduction, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas donné suite à nos courriels décrivant brièvement l'étude. Par la suite, 276 personnes ont été éliminées suite à l'entrevue de dépistage et 98 personnes ont été éliminées suite à l'évaluation

diagnostique avec l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV)*. Enfin, 13 individus ont été éliminés suite à l'entrevue diagnostique faite à l'aide du *Mini International Neuropsychiatric Interview, version française 5.0 (MINI 5.0)*. Finalement, 69 participants ont été inclus dans l'étude.

Ainsi, l'échantillon total pour l'étude s'élève à 69 individus, dont 56 femmes (81,2%) et 13 hommes (18,8%). Pour le site d'étude à Montréal, 41 participants en proviennent (32 femmes et 9 hommes). Pour le site d'étude à Gatineau, l'échantillon s'élève à 28 participants (24 femmes et 4 hommes). La moyenne d'âge pour l'échantillon entier est de 37,94 ans ($ÉT = 12,48$ ans). Le minimum d'âge est de 19 ans et le maximum d'âge est de 74 ans. Pour le site d'étude à Montréal, la moyenne d'âge des participants est de 40,83 ($ÉT = 12,57$ ans). Le site d'étude à Gatineau, quant à lui, présente une moyenne d'âge de 33,71 ans ($ÉT = 11,27$ ans).

Si les participants retenus pour l'étude prenaient une médication, aucun changement au niveau du type ou de la dose n'était accepté pour une période de 4 à 12 semaines avant le début de l'étude (4 semaines pour les benzodiazépines et 12 semaines pour les antidépresseurs et les hypnotiques). De plus, afin d'être inclus dans l'étude, les participants ne devaient pas présenter d'intention suicidaire, de trouble bipolaire, d'épisode psychotique actuel ou antérieur ou d'abus de substances.

PROCÉDURE

D'abord, les individus qui ont répondu aux annonces devaient se soumettre à une évaluation téléphonique préliminaire d'une durée approximative de 20 minutes dans le but de procéder à l'exclusion rapide des individus qui ne rencontraient pas les critères d'inclusion de base de l'étude. Le premier formulaire de consentement a été lu durant l'entrevue téléphonique et les participants ont donné leur accord verbal avant le début de l'évaluation. Les questions abordées durant l'évaluation concernaient le trouble d'anxiété généralisée, la dépression, les pensées suicidaires, le risque suicidaire, le jeu pathologique et l'abus de substance.

Suite à l'entrevue téléphonique, les individus qui semblaient rencontrer les critères d'inclusion de base ont été évalués par un clinicien à l'aide de l'ESTA-IV après avoir lu et signé le formulaire de consentement préalablement présenté au téléphone. Les individus qui rencontraient les critères du TAG à l'ESTA-IV et tous les critères d'inclusion de l'étude ont été appelés à se rendre une seconde fois à la clinique. Lors de cette rencontre, ils ont reçu une deuxième évaluation diagnostique à l'aide du MINI 5.0. À la suite de ces entrevues diagnostiques, notre équipe de recherche s'est réunie afin d'arriver à une impression diagnostique finale selon les résultats obtenus à l'ESTA-IV et au MINI 5.0.

Les participants retenus ont été répartis aléatoirement à l'une des deux conditions d'une plus vaste étude dans laquelle s'insère celle-ci. Dans la condition expérimentale, les participants ($n = 37$) ont reçu la TCC et un programme de modification des interprétations (PMI) à l'ordinateur. Dans la condition contrôle, les participants ($n = 32$) ont reçu la TCC et un programme non-actif (NA) à l'ordinateur. Tous les participants se sont rendus à une des deux cliniques afin de procéder à une évaluation pré-traitement qui consistait à remplir tous les questionnaires de l'étude. Les participants se devaient de signer un deuxième formulaire de consentement concernant le traitement, ses implications et les différentes évaluations administrées tout au long de l'étude. Ces derniers ont par la suite bénéficié de 14 rencontres de TCC d'une durée de 50 minutes chacune (avec PMI ou NA). Les composantes principales de la TCC étaient : (1) la réévaluation de l'utilité de s'inquiéter; (2) les expériences comportementales pour l'intolérance à l'incertitude; (3) l'entraînement à la résolution de problèmes; et (4) l'exposition en imagination (pour une description du protocole de traitement, voir Dugas et Robichaud, 2007). Plusieurs autres évaluations ont été effectuées après la dernière rencontre (évaluation post-traitement). Les évaluations impliquaient l'administration de l'ESTA-IV et des questionnaires auto-rapportés.

OUTILS DE MESURE

Entrevue de dépistage (Ladouceur et coll., 2000). L'entrevue téléphonique, développée pour nos études de traitement précédentes, est d'une durée approximative de 20 minutes. L'entrevue comprend cinq questions préliminaires qui ont pour objectif de déterminer l'éligibilité à l'évaluation et qui portent sur l'âge, la médication pour l'anxiété et la dépression, la présence d'une psychothérapie en cours, la présence d'une maladie physique et la participation à une autre étude. Pour les individus éligibles à la suite de l'évaluation téléphonique, les questions subséquentes portent sur différentes formes de psychopathologie, à savoir le trouble d'anxiété généralisée, le trouble dépressif caractérisé, les pensées suicidaires et le risque suicidaire, le jeu pathologique et l'abus de substance.

Entrevue structurée pour les troubles anxieux, version DSM-IV (ESTA-IV; Di Nardo, Brown et Barlow, 1994). L'ESTA-IV est une entrevue structurée qui évalue tous les troubles anxieux et certains autres troubles de l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). La sévérité des symptômes est évaluée à l'aide de l'Échelle de sévérité du clinicien. Cette échelle est de type Likert à 9 points et s'étend de 0 à 8, où 0 signifie une absence de symptômes et que 8 signifie la présence de symptômes très sévères. Une bonne entente inter-juges a été démontrée pour les troubles anxieux, ce qui témoigne de la fidélité adéquate

de l'outil au niveau de ces derniers (Brown, Di Nardo, Lehman et Campbell, 2001).

Mini International Neuropsychiatric Interview, version française 5.0 (MINI 5.0; Sheehan et coll., 1998). Le MINI 5.0, version française, est une courte entrevue diagnostique structurée qui centre son évaluation sur l'axe I du DSM-IV (APA, 1994). Le MINI 5.0 présente de bonnes qualités psychométriques; il est un outil de mesure fiable et valide conçu dans un souci d'offrir aux cliniciens et aux chercheurs une entrevue diagnostique brève, qui évalue plusieurs troubles psychiatriques. Cet outil diagnostique produit, dans l'ensemble, de bonnes et très bonnes valeurs Kappa (Sheehan et coll., 1997). Le MINI est un outil de choix considérant le fait qu'il présente de bonnes propriétés psychométriques tout en couvrant un ensemble important de catégories diagnostiques.

Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité (QA-Host; Buss et Perry, 1992). Le Questionnaire d'agressivité comprend quatre sous-échelles qui évaluent respectivement quatre composantes de l'agressivité. Dans le cas présent, seule la sous-échelle *Hostilité* a été utilisée en raison du lien privilégié entre cette composante de la colère et le TAG (Deschênes et coll., 2012). Cette sous-échelle évalue l'aspect cognitif de la colère à l'aide de huit items qui portent, entre autres, sur le sentiment de méfiance. Le Questionnaire d'agressivité présente une bonne fidélité test-retest après neuf semaines ($r = ,80$) et une bonne cohérence interne ($\alpha = ,89$; Buss et Perry, 1992).

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA; Dugas et coll., 2001). Le QIA évalue les critères diagnostiques pour le TAG tant selon le DSM-IV (APA, 1994) que le DSM-5 (APA, 2013). Cet outil évalue la fréquence de l'inquiétude, la durée du TAG, les symptômes physiques, la détresse et l'anxiété à travers ses 11 items. Le premier item de l'outil est un item qualitatif qui porte sur les thèmes d'inquiétude et chacun des autres items est évalué à l'aide d'une échelle de type Likert de neuf points qui s'étend de 0 à 8. La fidélité test-retest de l'outil est convenable. Une proportion de 75% des individus qui rencontrent les critères diagnostiques au départ, les rencontrent toujours à la deuxième évaluation (environ deux mois plus tard) et une proportion de 82,4% des individus qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques initialement, ne les rencontrent toujours pas à la seconde évaluation (Dugas et coll., 2001).

Inventaire de dépression de Beck, 2e édition (IDB-II; Beck, Steer et Brown, 1996). L'IDB-II est un outil de mesure auto-rapporté composé de 21 items qui évaluent les principaux symptômes de la dépression. Pour chacun des symptômes dépressifs, il y a quatre énoncés qui évaluent la sévérité à l'aide d'une échelle à 4 points (0 = absence et 3 = sévère). Les participants doivent décider

de la sévérité du symptôme selon la manière dont ils se sont sentis au cours des deux dernières semaines. L'IDB-II est un outil de mesure fiable et valide. En effet, il présente une cohérence interne de $\alpha = ,92$ et une fidélité test-retest d'une semaine de $r = ,93$ (Beck, Steer et Brown, 1996).

Inventaire d'anxiété de Beck (IAB ; Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988). L'IAB est un outil de mesure auto-rapporté de 21 items qui évalue la sévérité des symptômes anxieux somatiques (surtout ceux associés à l'activation du système nerveux sympathique) auprès d'une population clinique. Chacun des 21 items représente un symptôme anxieux. Pour chacun des symptômes anxieux, il y a quatre énoncés qui évaluent la sévérité à l'aide d'une échelle à quatre points (0 = absence et 3 = sévère). L'IAB est un outil de mesure fiable et valide pour l'évaluation des symptômes anxieux chez l'adulte. En effet, il présente une cohérence interne de $\alpha = ,92$ et une fidélité test-retest d'une semaine de $r = ,75$ (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988).

Résultats

ANALYSES PRÉLIMINAIRES

Tel que mentionné préalablement, la présente étude s'inscrit dans une plus vaste étude clinique contrôlée qui comprend deux conditions (TCC+PMI, $n = 37$; TCC+NA, $n = 32$). Dans un souci d'avoir un échantillon plus grand et représentatif, des analyses préliminaires ont été conduites afin de vérifier l'équivalence entre les deux groupes avant le traitement et entre les deux sites d'étude.

Afin de comparer les groupes, des analyses de Test-T pour échantillons indépendants et des analyses de Chi-carré ont été menées pour les variables continues et catégorielles respectivement. Les variables continues étaient l'âge, la sévérité du TAG à l'ESTA-IV et au MINI 5.0, la durée du TAG, le nombre de troubles comorbides, et les scores au QA-Host, au QIA, à l'IDB-II et à l'IAB. Les variables catégorielles étaient le sexe, l'ethnie, le niveau d'éducation, la présence d'une TCC antérieure et la prise d'une médication. Les résultats des analyses comparant les conditions n'ont révélé qu'une seule différence, à savoir que les participants du groupe expérimental étaient plus âgés que ceux du groupe contrôle ($M_{\text{expérimental}} = 41,03$ ans, $ET = 13,16$; $M_{\text{contrôle}} = 34,38$ ans, $ET = 10,78$; $t(67) = 2,27$, $p = ,03$). De plus, les analyses comparant les sites n'ont révélé aucune différence entre les participants de Montréal et ceux de Gatineau. Étant donné l'équivalence relative des groupes et des sites au pré-traitement, il a été possible de combiner tous les participants afin d'atteindre un échantillon de $N = 69$.

Pour les analyses suivantes, nous avons conservé l'échantillon complet, incluant les 10 participants qui ont

abandonné en cours de traitement ($n = 5$ dans chaque condition). Nous avons analysé les données en utilisant la stratégie « d'intention de traitement »; ainsi, chacune des 10 données manquantes a été remplacée par la dernière donnée disponible pour le participant et la variable en question.

LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La première hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement aura un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. Afin d'examiner le lien entre l'hostilité mesurée au pré-traitement et l'efficacité de la TCC, une analyse de régression linéaire hiérarchique a été conduite. La variable prédite était le score au QIA au post-traitement et les variables indépendantes étaient le score au QIA au pré-traitement (étape 1) et le score au QA-Host au pré-traitement (étape 2).

À la première étape, les résultats indiquent que les scores au QIA au pré-traitement prédisent 14% de la variance des scores au QIA au post-traitement ($F(1,67) = 10,88$, $p < ,01$). En ce qui concerne la relation entre les scores au QIA au pré-traitement et au post-traitement, elle s'avère positive ($\beta = 0,37$, $t = 3,30$, $p < ,01$). Ainsi, plus les symptômes du TAG sont élevés avant la TCC, plus ils sont susceptibles de l'être après la thérapie. À la deuxième étape, l'ajout de la variable QA-Host augmente la variance expliquée de 13% ($F(1,66) = 11,58$, $p < ,01$). De plus, la relation entre les scores au QA-Host au pré-traitement et les scores au QIA au post-traitement est positive ($\beta = 0,36$, $t = 3,40$, $p < ,01$). Ce résultat indique que plus les individus sont hostiles avant la thérapie, plus ils sont susceptibles d'avoir des symptômes sévères du TAG après la thérapie et ce, indépendamment des symptômes du TAG au pré-traitement. Ces résultats supportent la première hypothèse.

SPÉCIFICITÉ DU LIEN ENTRE L'HOSTILITÉ ET L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

La deuxième hypothèse soutient que le niveau d'hostilité au pré-traitement fera une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité à la TCC indépendamment de l'âge, du sexe, des symptômes de la dépression et des symptômes d'anxiété somatique. Afin d'éprouver cette hypothèse, une analyse de régression linéaire hiérarchique à quatre étapes a été conduite. La variable dépendante était le QIA au post-traitement et les variables indépendantes étaient le QIA au pré-traitement (étape 1), l'âge et le sexe (ajoutés à l'étape 2), l'IDB-II et l'IAB au pré-traitement (ajoutés à l'étape 3), et le QA-Host au pré-traitement (ajouté à l'étape 4). À la première étape, tel que démontré préalablement, la relation entre le QIA au pré-traitement et le QIA au post-traitement s'avère significative et positive. À la deuxième étape, les résultats indiquent qu'il n'y a pas de relation significative

entre les variables sociodémographiques (âge et sexe) et le QIA au post-traitement. À la troisième étape, nous observons que l'ajout des variables cliniques (IDB-II et IAB au pré-traitement) n'a pas d'impact statistiquement significatif sur le QIA au post-traitement. Finalement, les résultats de l'étape 4 montrent que le QA-Host au pré-traitement fait une contribution unique et statistiquement significative aux scores du QIA au post-traitement (voir le Tableau 1). Ainsi, les résultats supportent la deuxième hypothèse de l'étude, à savoir que le niveau d'hostilité fait une contribution unique à la prédiction de la faible efficacité de la TCC indépendamment des variables sociodémographiques et cliniques sélectionnées.

Discussion

L'objectif de cette étude était de mesurer l'impact de l'hostilité, une composante de la colère, sur l'efficacité de la TCC pour le TAG. À la lumière des résultats de l'étude, plus les individus rapportent un haut niveau d'hostilité avant la thérapie, plus ils sont susceptibles de

présenter une moins grande amélioration des symptômes du TAG lors de la TCC. De plus, les résultats indiquent que les variables sociodémographiques à l'étude (l'âge et le sexe) ainsi que les variables cliniques mesurées au pré-traitement (les symptômes de dépression et d'anxiété somatique) n'ont pas d'impact significatif sur le changement thérapeutique. Toutefois, au-delà des variables précédentes, l'hostilité semble avoir un effet négatif sur l'efficacité de la thérapie pour les individus atteints du TAG. Le niveau d'hostilité des participants de la présente étude a été mesuré avec le *Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité* (QA-Host; Buss et Perry, 1992). Or, l'examen des items de cette sous-échelle révèle que quatre de ses huit items mesurent spécifiquement la méfiance. En effet, les items 1, 3, 6 et 8 représentent bien le construit de la méfiance : (1) « Quand les gens sont particulièrement gentils avec moi, je me demande ce qu'ils veulent »; (3) « Je suis méfiant(e) à l'égard des étrangers trop amicaux »; (6) « J'ai parfois

Tableau 1

Régression hiérarchique linéaire des variables qui prédisent les scores au QIA post-traitement

Prédicteur	ΔR^2	β	t	p
Étape 1	,14**			
QIA pré-traitement		,37	3,30	,01
Étape 2	,02			
QIA pré-traitement		,39	3,37	,01
Âge		-,08	-0,72	,47
Sexe		,12	1,01	,32
Étape 3	,03			
QIA pré-traitement		,29	2,18	,03
Âge		-,05	-0,44	,66
Sexe		,11	0,97	,34
IDB-II pré-traitement		,10	0,79	,43
IAB pré-traitement		,16	1,23	,22
Étape 4	,09**			
QIA pré-traitement		,28	2,22	,03
Sexe		,04	0,35	,73
Âge		,05	0,44	,66
IDB-II pré-traitement		-,02	-0,15	,88
IAB pré-traitement		,11	0,94	,35
QA-Host pré-traitement		,35	2,80	,01

$N = 69$

Note. QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété ; IDB-II = Inventaire de dépression de Beck, 2e édition ; IAB = Inventaire d'anxiété de Beck ; QA-Host = Questionnaire d'agressivité, sous-échelle Hostilité.

** $p < ,01$

l'impression que les gens rient dans mon dos »; et (8) « Je sais que des 'amis' parlent de moi dans mon dos ». Les items qui portent sur le sentiment de méfiance représentent donc 50% des items de la sous-échelle *Hostilité* du questionnaire, ce qui témoigne de l'importance de ce construit au niveau de l'hostilité telle que mesurée par le QA-Host.

Étant donné le rôle central de la méfiance dans la conceptualisation et l'évaluation de l'hostilité dans cette étude, il est possible de croire que l'impact négatif de l'hostilité sur l'efficacité thérapeutique résulte en partie de l'influence de la méfiance sur l'alliance thérapeutique. Selon certains auteurs (i.e. Horvath et Marx, 1991; Safran et Segal, 1990), il existe deux phases importantes pour l'établissement de l'alliance thérapeutique. La première phase fait référence aux cinq premières rencontres, à travers lesquelles s'effectue le développement initial de l'alliance thérapeutique pour une thérapie de courte durée telle que la TCC. Durant cette première phase, un bon niveau de collaboration et de confiance est souhaitable. Le client et le thérapeute s'entendent sur les objectifs et les modalités de la thérapie et le client prend confiance dans le processus thérapeutique, ce qui constitue le cadre de la thérapie. Au cours de la seconde phase, le thérapeute aide le client à remettre en question les pensées, comportements et émotions qui contribuent aux difficultés de ce dernier. Des difficultés dans l'alliance thérapeutique peuvent apparaître à différents moments de la thérapie; toutefois, lorsque celles-ci surviennent au cours de la phase initiale, le client peut présenter des difficultés considérables à s'engager dans le processus thérapeutique (Egan, 2005). En effet, certains clients présentent des difficultés à faire confiance au thérapeute (Egan, 2005).

À la lumière de la littérature sur le sujet et des résultats de la présente étude, nous proposons que le sentiment de méfiance à l'égard du thérapeute puisse faire en sorte que le client soit réticent à accepter les stratégies d'interventions proposées. Dans cet ordre d'idée, le client peut présenter des comportements d'opposition face aux stratégies thérapeutiques mises de l'avant dans le cadre du traitement. La méfiance du client face au thérapeute est aussi susceptible d'amener ce dernier à utiliser certaines stratégies de protection, par exemple de ne pas tout dévoiler par peur que certaines informations soient « utilisées » contre lui. Il se peut que l'omission de certaines informations importantes empêche le thérapeute de bien conduire ses interventions. Les individus qui sont hostiles ont tendance à se questionner sur les intentions des gens, même ceux qui sont bienveillants envers eux. D'ailleurs, le contenu des items du QA-Host indique que les individus hostiles se méfient des intentions des autres, tant par rapport aux inconnus qu'à leur entourage proche. À partir de ce constat, il est possible d'inférer qu'un client qui est méfiant le soit davantage avec un nouveau thérapeute qui

initialement se présente comme un inconnu. De son côté, le thérapeute se doit d'établir un climat de confiance mutuel et il peut être difficile d'y parvenir lorsque le client doute de ses intentions. Ainsi, le sentiment de méfiance est susceptible de se refléter au niveau de la confiance face au thérapeute, au niveau de la capacité du client à se dévoiler, et au niveau de l'acceptation et de la mise en action des interventions thérapeutiques. Par le fait même, un haut niveau de méfiance sera susceptible d'interférer avec l'établissement d'une alliance thérapeutique positive, cette dernière étant un élément essentiel à toute démarche thérapeutique efficace. En effet, la qualité de l'alliance thérapeutique s'avère un prédicteur important des résultats positifs suite au traitement, et ce, en ce qui concerne plusieurs mesures d'efficacité de traitement et différentes approches thérapeutiques (voir e.g. Horvath et Bedi, 2002; Norcross, 2002).

Cette étude est limitée par le fait que les variables à l'étude ont été évaluées à l'aide de questionnaires auto-rapportés. En ce qui concerne l'hostilité, un sentiment typiquement égo-dystone, l'évaluation auto-rapportée est particulièrement vulnérable aux biais liés à la désirabilité sociale (Becker, 2007). De plus, tel que mentionné précédemment, la méfiance est une sous-composante importante de l'hostilité qui peut amener le client à omettre certaines informations. Pour toutes ces raisons, il est possible que l'évaluation auto-rapportée ait nui à la validité des résultats de cette étude.

Malgré cette limite, il n'en demeure pas moins que cette étude est la première, à notre connaissance, à examiner le lien entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique chez les individus atteints du TAG. Puisqu'il s'agit d'une étude longitudinale, nous avons été en mesure d'examiner l'impact de notre variable d'intérêt (l'hostilité au pré-traitement) sur un événement ultérieur (le changement dans les symptômes du TAG du pré- au post-traitement). Les résultats de cette étude viennent donc s'ajouter aux données existantes sur le lien entre la colère et le TAG, ces dernières provenant uniquement d'études transversales. L'utilisation d'un échantillon clinique constitue une deuxième force de cette étude. Ainsi, nos résultats peuvent être généralisés aux individus atteints du TAG qui consultent, dans la mesure où ceux-ci présentent un TAG primaire et reçoivent une TCC appuyée sur les données probantes. Dans le cadre de la présente étude, le protocole de TCC utilisé s'appuie sur les résultats de plusieurs essais cliniques contrôlés (pour un résumé, voir Dugas et Robichaud, 2007). Une dernière force de cette étude que nous mentionnerons ici réside dans la rigueur des évaluations diagnostiques. Afin d'être inclus dans l'étude, les participants ont reçu deux évaluations psychodiagnostiques standardisées indépendantes (l'ADIS-IV et le MINI 5.0), ce qui a favorisé la validité de nos décisions diagnostiques.

Dans des études ultérieures, il serait judicieux d'explorer l'impact d'autres composantes de la colère sur l'efficacité thérapeutique. Par exemple, puisque la colère internalisée est aussi significativement liée à la sévérité des symptômes du TAG (Deschênes et coll., 2012), il est possible que cette composante de la colère ait un impact négatif sur l'efficacité thérapeutique. Des études ultérieures pourraient aussi éprouver empiriquement l'hypothèse voulant que l'alliance thérapeutique joue le rôle de variable médiatrice entre l'hostilité et l'efficacité du traitement pour les individus atteints du TAG. L'alliance thérapeutique serait la variable à la tête du mécanisme de changement par lequel l'hostilité a un impact sur l'efficacité thérapeutique. Ainsi, l'hostilité aurait un impact sur l'efficacité thérapeutique et sur l'alliance thérapeutique qui, elle, a un impact sur l'efficacité thérapeutique. Le lien entre l'hostilité et l'efficacité thérapeutique devient indirect et est influencé par la variable médiatrice (alliance thérapeutique). De plus, sachant que l'hostilité des individus atteints du TAG représente un frein à l'efficacité thérapeutique, il serait pertinent que les futures recherches se penchent sur la façon de remédier à cette situation. Éventuellement, il serait judicieux d'incorporer des stratégies d'intervention (e.g. réévaluation cognitive, questionnement socratique et mentalisation) qui visent à diminuer l'hostilité des clients atteints du TAG lors d'un traitement psychologique.

Abstract

This study aims to examine the impact of client hostility on the efficacy of cognitive-behavioural therapy (CBT) for adults with generalized anxiety disorder (GAD). Our first hypothesis was that the level of hostility at pre-treatment would have a negative impact on the efficacy of CBT for GAD. Our second hypothesis was that the relationship between pre-treatment hostility and treatment efficacy would be independent of sociodemographic (age, sex) and clinical variables (depressive symptoms and somatic anxiety). To test our hypotheses, we conducted two hierarchical linear regression analyses in a sample of 69 participants with primary GAD. The first analysis revealed that participants reporting higher levels of hostility at pre-treatment also reported higher levels of GAD symptoms at post-treatment. The second analysis showed that the relationship between pre-treatment hostility and treatment efficacy was independent of age, sex, and pre-treatment levels of depressive symptoms and somatic anxiety. We discuss the possibility that adults with GAD who have high levels of hostility benefit less from CBT because hostile attitudes may interfere with the establishment of a trusting and productive therapeutic alliance.

Keywords: generalized anxiety disorder; cognitive-behavioural therapy; hostility.

Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^e éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5^e éd.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2^e éd.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. et Steer, A. R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometrics properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T. Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (2^e éd.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Becker, G. (2007). The Buss-Perry Aggression Questionnaire: Some unfinished business. *Journal of Research in Personality, 41*, 434-452. doi: 10.1016/j.jrp.2006.05.004
- Blazer, D., Hughes, D. et George, L. K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1178-1183. doi: 10.1176/ajp.144.9.1178
- Blazer, D., Hughes, D., George, L. K., Schwartz, M. et Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. Dans L. N. Robins et D. A. Regier (éd.), *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 180-203). New-York, NY: Free Press.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. et Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1272-1280. doi: 10.1176/ajp.151.9.1272
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L. et Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 49-58. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.49
- Buss, A. et Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.452
- Cannon, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage (2^e éd.)*. New York, NY: Appleton-Century-Corfts.
- Carter, R. M, Wittchen, H-U., Pfister, H. et 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. doi: 10.1002/da.1020
- Deschênes, S. S., Dugas, M. J., Fracalanza, K. et Koerner, N. (2012). The role of anger in generalized

- anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41, 261-271. doi: 10.1080/16506073.2012.666564
- Deschênes, S., Dugas, M. J. et Gouin, J.-P. (2015). An investigation of the effects of worry and anger on threatening interpretations and hostile attributions of ambiguous situations. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6, 230-241. doi: 10.5127/jep.045214
- DiGiuseppe, R. et Tafrate, R. C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 262-271. doi:10.1037/0033-3204.38.3.262
- DiGiuseppe, R. et Tafrate, R. (2007). *Understanding anger disorders*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Di Nardo, P. A., Brown, T.A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. New-York, NY: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Charette, C. A. et Gervais, N. J. (2018). Generalized Anxiety Disorder. Dans J. Hunsley et E. J. Mash (éd.), *A guide to assessments that work (2e éd.)* (pp. 293-310). New York, NY: Oxford University Press.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. et Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606. doi: 10.1023/A:1021890322153
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Provencher, M. D., Lachance, S., Ladouceur, R. et Gosselin, P. (2001). Le Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 11, 31-36. doi: JTCC-03-2001-11-1-1155-1704-101019-ART4
- Dugas, M. J. et Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New-York, NY: Routledge/Taylor et Francis Group.
- Egan, G. (2005). *Communication dans la relation d'aide*. (2^e éd.) Montréal : Beauchemin.
- Fracalanza, K., Koerner, N., Deschênes, S. S. et Dugas, M. J. (2014). Intolerance of uncertainty mediates the relation between generalized anxiety disorder symptoms and anger. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 122-132. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2014.888754>
- Horvath, A. O. et Bedi, R. P. (2002). "The alliance," in *psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (éd.), J. C. Norcross (pp. 37-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H. et Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00002-4
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F. et 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, 957-964. doi: 10.1037/0022-006X.68.6.957
- Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I. et Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39, 1105-1111. doi: 10.1016/j.paid.2005.04.005
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The other end of the continuum: The costs of rumination. *Psychological Inquiry*, 9, 216-219. doi: 10.1207/s15327965pli0903_5
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance, Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X*.
- Robichaud, M., Dugas, M. J. et Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 501-516. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00237-2
- Safran, J. D. et Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, NY: Basic Books.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Dunabar, G.C. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 20), 22-23. Repéré à http://www.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayreferences/Sheehan_1998.pdf
- von der Lippe, A. L., Monsen, J. T., Rønnestad, M. H. et Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: the pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18, 420-32. doi: 10.1080/10503300701810793
- Wetherell, J. L. et Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in older adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 17-24. doi: 10.1007/s10862-005-3261-3