

Quelques réflexions sur l'anxiété et ses troubles associés : un débat entre l'approche cognitivocomportementale et psychodynamique

J. Doron*, J. Swendsen**

Résumé – Les études épidémiologiques en psychopathologie mettent en valeur la prévalence importante des troubles anxieux, la dépression et la dépendance à l'alcool, ainsi qu'une forte association entre ces derniers, qui est un facteur aggravant l'intensité et la résistance de chaque syndrome. Si plusieurs explications sont désormais appliquées pour comprendre ce problème de comorbidité, les investigations examinant spécifiquement la possibilité d'une relation causale notent que les troubles anxieux précèdent souvent les deux autres syndromes. Ces faits permettent de nourrir un débat entre l'approche cognitivocomportementale et psychodynamique pour améliorer la stratégie thérapeutique. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

anxiété / cognitivo-comportemental / comorbidité / épidémiologie / psychodynamique

Summary – Reflections on anxiety and associated disturbances. A debate between the cognitive-behavioral and psychodynamic approaches. Epidemiological studies in psychopathology have underscored the high prevalence of anxiety disorders, depression, and alcohol dependence, as well as a strong association between these disorders that increases the severity of each syndrome. Although several different explanations are currently applied to understand the problem of co-morbidity, investigations that have specifically examined the possibility of a causal relationship note that anxiety disorders often precede the other two syndromes. This knowledge serves as the basis for a debate between cognitive-behavioral and psychodynamic approaches in the goal of improving therapeutic interventions. © 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

anxiety / cognitive-behavioral / co-morbidity / epidemiology / psychodynamic

Les données épidémiologiques montrent que la répartition des troubles dans une population générale se fait différemment de la manière dont les cliniciens l'imaginent lorsqu'ils l'infèrent à partir des problèmes posés par les

* Professeur Jack Doron, faculté des sciences de l'homme, département de psychologie, 3 ter, place de la Victoire, bat. H, 33076 Bordeaux cedex, France. Tél. : 05 57 57 18 63 ; télécopie : 05 56 31 35 21. Adresse e-mail : jack.doron@psycho.u-bordeaux2.fr

** Professeur Joël Swendsen, professeur de psychologie clinique et pathologique, université Victor Segalen-Bordeaux 2, France

Reçu le 15 mars 2000 ; accepté le 16 juin 2000.

personnes qui les consultent. Premièrement, le pourcentage de la population générale remplissant au moins un critère diagnostique est extrêmement élevé. Les derniers résultats confirment, dans des études les plus extensives dans les pays occidentaux, qu'entre un tiers et la moitié de la population générale sera atteint d'au moins un trouble mental dans sa vie [1, 2]. De plus, ces résultats montrent que la majorité des individus présentant des troubles mentaux ne consulte jamais [1]. Cependant, les résultats les plus étonnants issus de ces études épidémiologiques montrent que la majorité des personnes concernées sera confrontée à l'association de deux troubles psychiatriques ou plus.

Dans la majorité de la population, les troubles sont fortement associés puisque les personnes ne présentant qu'un trouble sont 20 % des effectifs concernés, ceux qui en présentent deux sont 30 % et ceux qui sont concernés par trois troubles et plus sont 50 % [1]. Cela revient à dire que 80 % des sujets présentant des troubles psychiques sont concernés par le phénomène de comorbidité. Celui-ci peut être en partie la manifestation d'un biais méthodologique lié aux conventions qui définissent les termes employés : on sépare artificiellement des troubles alors qu'ils sont en réalité intriqués. Néanmoins, cette association, au niveau des symptômes ou au niveau des diagnostics, a un effet dommageable puisqu'elle aggrave la sévérité des troubles, augmente la résistance aux traitements, et tend à provoquer une évolution chronique de ces derniers [3-5]. Pour ces raisons, l'étude de l'association entre les symptômes et les syndromes a des implications importantes pour la prise en charge et la prévention des troubles mentaux.

Les formes de comorbidité les plus fréquentes concernent les troubles les plus répandus dans la population : anxiété, dépression et alcoolisme. La présence d'un de ces troubles augmente en général par deux ou trois le risque d'apparition d'un des deux autres. Cela ne signifie pas que les relations entre ces troubles sont toujours les mêmes. Si la littérature, jusqu'à présent, est parfois contradictoire sur ce sujet, au moins un résultat semble être constaté plus fréquemment que d'autres. Il s'agit de l'apparition en premier de l'anxiété ainsi que de son rôle potentiel dans l'étiologie de la dépression et de l'alcoolisme.

En ce qui concerne la comorbidité de l'anxiété et de la dépression, les données analysées par la Zurich Cohort Study [6] montrent que le taux de prévalence lié à la manifestation des deux troubles dépasse trois fois les attentes, et que l'association de l'anxiété et de la dépression était presque aussi fréquente que l'occurrence de l'anxiété seule. Cependant, l'étude de Zurich a également révélé que les patients souffrant de troubles anxieux étaient susceptibles de développer une dépression, tandis que les sujets dépressifs avaient moins de chance de devenir anxieux (36 % par rapport à 19 %). De plus amples analyses ont dégagé, au cours de sept années de suivi, que presque la moitié des patients anxieux souffraient d'une dépression majeure ou de courtes dépressions récurrentes. Cependant, les dépressions se sont avérées stables dans le temps et n'ont pas eu tendance à évoluer en troubles anxieux. En fait, parmi les sujets ayant développé les deux troubles, 62 % des sujets ayant eu un premier diagnostic d'anxiété ont souffert

consécutivement de dépression, tandis que seulement 18 % des patients dépressifs sont devenus anxieux par la suite.

Le *pattern* relatif à la comorbidité de l'anxiété et de la dépression de l'étude de Zurich est très proche d'autres investigations longitudinales en épidémiologie, tel que celle de Lundby [7]. Cette dernière a révélé que la dépression a tendance à demeurer stable et ne se transforme généralement pas en anxiété. A l'inverse, l'anxiété est plus susceptible, au fil du temps, de s'accompagner de dépression. Une autre caractéristique, dégagée par l'examen transversal de l'anxiété et la dépression, indique que la plupart des cas dépressifs comportent aussi d'importants symptômes anxieux, tandis que les cas anxieux s'accompagnent rarement de symptômes dépressifs [8, 9]. En d'autres termes, s'il est relativement rare de rencontrer une personne souffrant exclusivement de dépression, il est fréquent de trouver des cas de pure anxiété. La conclusion selon laquelle il est peu courant de trouver une pure dépression (dépourvue de symptômes anxieux) est également confirmée par d'autres observations de *patterns* transversaux [10].

Si ces investigations mettent en évidence le rôle primaire de l'anxiété vis-à-vis de la dépression, des résultats similaires ont été dégagés relativement à l'alcoolisme. Les études épidémiologiques montrent que les troubles anxieux apparaissent souvent avant l'alcoolisme tandis qu'aucun *pattern* d'apparition clair n'émerge en ce qui concerne la relation entre la dépression et l'alcoolisme [11]. De plus, certaines formes de troubles anxieux, en particulier les phobies (phobies spécifiques, agoraphobie, et phobie sociale) semblent fortement accroître la sévérité des symptômes de l'alcoolisme sans être pour autant affectées par les problèmes liés à l'alcool [4]. Il est évident qu'un patient donné peut montrer une de ces formes de comorbidité pour des raisons très différentes d'un autre. Aucun mécanisme d'association potentielle ne peut être exclu a priori. Cependant, en ce qui concerne le *pattern* général construit à partir des investigations épidémiologiques, rien ne nous empêche de poser des questions et d'essayer d'y répondre. Dans ce but, cet article va mettre en débat deux perspectives psychologiques fondamentales qui peuvent aider à comprendre ces formes de comorbidité.

L'interprétation cognitivocomportementale

Des événements majeurs comme le divorce, le décès d'un être cher, le licenciement, ou d'autres formes de stress, conduisent souvent à une élévation de la dépression et de l'anxiété [12-14]. S'il est tout à fait normal que des expériences stressantes affectent chaque individu de façon négative, à divers degrés, on constate que certaines personnes sont particulièrement vulnérables aux troubles mentaux en raison des caractéristiques cognitives exacerbant ou prolongeant les effets des stressseurs mêmes les plus bénins. De longues recherches ont montré que les expériences stressantes interagissent avec d'autres processus cognitifs qui causent ou aggravent certaines formes de troubles mentaux. En ce qui concerne les facteurs comportementaux, plusieurs formes de conditionnement (tel que le

conditionnement classique, le conditionnement opérant, ou le conditionnement vicariant) peuvent aussi causer certains troubles et interagir avec les aspects cognitifs et environnementaux pour influencer l'expression de ces problèmes.

Ces modèles cognitifs et comportementaux ont été appliqués originellement pour comprendre l'étiologie des troubles individuels. Leur utilité permet aussi de comprendre l'association entre ceux-ci et quelques exemples nous permettent de les illustrer. Dans le domaine des théories cognitives, la dernière version de la théorie de l'attribution, ou modèle de l'impuissance-désespoir (*helplessness-hopelessness*) [15], est à ce jour la plus précise dans la description de la comorbidité de l'anxiété et de la dépression. Dans le cadre du modèle de l'impuissance-désespoir, comme dans celui de plusieurs autres théories psychologiques relatives à la dépression ou l'anxiété, c'est le risque d'apparition d'événements négatifs qui déclenche ces deux troubles. La théorie de l'impuissance-désespoir considère qu'anxiété et dépression participent du même sentiment « d'incontrôlabilité » mais différent dans les attentes de résultats négatifs. Ainsi, lorsque les événements passés ou présents sont estimés incontrôlables, il est probable que le même jugement sera porté en ce qui concerne les événements à venir et l'individu sera susceptible de développer des cognitions relatives à l'impuissance (et par conséquent de l'anxiété.) Si la cause de l'événement est alors jugée stable et globale, l'individu s'attendra à ce que des événements négatifs et incontrôlables apparaissent. De telles cognitions rendent l'individu désespéré et le plongent dans une dépression « du désespoir ».

De la sorte, on peut conclure que le point de départ de l'anxiété et de la dépression est l'attribution d'impuissance. Une pure anxiété est susceptible de se développer si l'individu s'attend à devenir impuissant dans le cadre du contrôle d'événements importants à venir, mais n'est pas sûr de cette impuissance. Cette incertitude relative à son impuissance (envisageant la possibilité d'un futur contrôle) augmente les réactions physiologiques de l'individu, le rend hyper-vigilant, et plus actif à cause de sa pure anxiété. Cependant, au fur et à mesure que les cognitions deviennent plus négatives, les symptômes progressent suivant un continuum. La théorie de l'impuissance-désespoir affirme que si l'individu est convaincu de son impuissance mais n'est pas sûr que des événements négatifs majeurs se produisent à l'avenir, il souffrira d'un syndrome à la fois anxieux et dépressif. Enfin, dans les cas où la personne se sent impuissante et reste convaincue de l'apparition prochaine de résultats négatifs, la théorie pose que l'impuissance se transformera en désespoir et que l'anxiété mêlée de symptômes dépressifs se transformera en dépression « pure ». Ainsi, cet exemple de théorie cognitive explique à la fois la comorbidité entre l'anxiété et la dépression ainsi que les patterns de leur association.

En ce qui concerne la comorbidité entre anxiété et alcoolisme, l'anxiété apparaît encore souvent en premier et l'explication la plus répandue est celle d'automédication [4, 5, 16-20]. Dans la perspective cognitivocomportementale, l'automédication est elle-même expliquée par plusieurs processus différents dont le conditionnement opérant. Dans cette forme d'apprentissage, les individus

apprennent que leurs comportements ont un effet sur l'environnement et, en retour, cet effet va augmenter ou diminuer la fréquence du comportement. Un comportement est appris d'autant plus rapidement que la « récompense » entraînée par celui-ci est importante et si elle le suit immédiatement. Dans le cas d'automédication, il y a très peu de récompense plus désirable que la disparition d'anxiété et le patient apprend très rapidement quel comportement diminue sa souffrance. Malgré le fait que son niveau d'anxiété soit diminué par d'autres formes de traitement efficace, il est très fréquent de découvrir que l'alcool soulage directement et rapidement l'anxiété ou la peur. On peut comprendre aisément ce choix et sa logique si l'on a pour objectif la diminution de l'anxiété, mais pour le patient ce choix ne fait objectivement qu'aggraver le problème. De plus en plus, le patient va utiliser, puis abuser, de l'alcool pour faire face à un grand nombre des moments anxiogènes dans la vie quotidienne. La perspective comportementale peut donc expliquer l'étiologie de certaines formes d'alcoolisme ainsi que leur lien temporel avec l'anxiété.

L'interprétation psychodynamique

L'interprétation psychodynamique porte sur une description des faits difficilement opérationnalisable mais elle reste néanmoins fondamentale si l'on veut comprendre la complexité de la réalité psychique. Dans un ouvrage de synthèse concernant la clinique psychanalytique de la dépression, J.M. Quinodoz précise que l'angoisse est l'émotion première et que la dépression survient ultérieurement ; cela semble aller dans le même sens que ce que nous observons en épidémiologie et dans la perspective cognitivocomportementale [21]. Pour cet auteur, reprenant l'intuition clinique de S. Freud, l'angoisse est une réaction d'alerte à un risque de perte qui se manifeste différemment suivant le niveau de fonctionnement du sujet. On peut distinguer deux principaux types :

l'angoisse de séparation, caractéristique des stades prégénitaux et liée à une relation entre deux personnes ou duelle, et d'autre part, l'angoisse de castration, caractéristique du complexe d'œdipe et reliée à la relation entre trois personnes ou triangulaire ([21], p. 72).

Mais il y a un troisième type : celle qui est liée

à la crainte du moi de perdre son intégrité... cela signifierait que la réaction la plus psychotique à la séparation serait la peur de l'anéantissement, c'est-à-dire la peur du moi de perdre son identité ([21], p. 75).

Pour se défendre contre l'emprise de ce danger, le sujet utilise inconsciemment des mécanismes de défense d'autant plus rigides que l'intensité de l'affect est élevée. La crainte, réelle ou imaginaire, de perte de l'objet déclenche l'angoisse. La dépression dans ce cadre, est la conséquence de l'acceptation plus ou moins

tolérée de la reconnaissance de la séparation ou de la perte, cela occasionne un clivage :

le moi se défend contre la perte de l'objet en se clivant, une partie du moi s'identifiant à l'objet perdu tout en niant la réalité de la perte, l'autre partie du moi reconnaissant la réalité de la perte ([21], p. 63).

Nous comprenons ainsi comment ces affects intimement liés se différencient. C'est la dimension temporelle de l'apparition des troubles qui semble jouer un rôle. Dans cette interprétation psychodynamique, on peut dire que

dorénavant l'angoisse est considérée comme un affect éprouvé par le moi devant un danger qui, en dernière analyse, a toujours la signification de la crainte de la séparation et de la perte de l'objet ([21], p. 66).

Les mécanismes de défense tels le clivage, l'introjection et la projection permettent de comprendre le lien dynamique entre ces états. Sous l'effet du clivage du moi, la partie déniée de l'objet est projetée et le sujet introjecte cet objet perdu, ce qui déclenche, selon S. Freud, la mélancolie. Ce modèle psychodynamique permet de comprendre comment un individu fonctionne lorsqu'il est confronté à un travail de deuil qui est souvent à l'origine de l'émergence de la dépression. Ce qui est en jeu c'est l'interrelation entre l'individu et un objet aimé (valeur, idéal ou une personne). Elle est complexe puisque que s'interpénètrent et souvent se mélangent les relations avec une personne perçue comme différente du sujet et un jeu de projection et d'introjection qui est la marque de l'investissement de ce lien affectif. L'histoire du sujet et ses expériences relationnelles ont par ailleurs un impact déterminant qui peut occasionner un enfermement dans des pensées négatives renvoyant à ce qui est décrit dans la théorie de l'impuissance-désespoir.

Différences et complémentarités

Il est intéressant de noter la convergence des informations épidémiologiques et cliniques en ce qui concerne la mise en évidence du lien de comorbidité entre l'anxiété, la dépression et l'alcoolisme. Pourtant, parmi toutes les investigations ayant eu lieu jusqu'à présent, un résultat revient plus fréquemment que d'autres : l'anxiété précède souvent les deux autres troubles. Les perspectives cognitivo-comportementales et psychodynamiques fournissent toutes les deux des explications à cette relation temporelle et elles tentent de dégager une structure permettant de donner une direction aux efforts d'intervention et de prévention. Cependant, malgré quelques similitudes, ces deux perspectives décrivent des origines diverses de la comorbidité et proposent des approches distinctes pour étudier ce problème.

L'objectif n'est pas de passer en revue les nombreuses différences séparant les théories cognitivocomportementales et psychodynamiques. Ces dernières sont

bien connues et ont déjà été détaillées dans la littérature scientifique et clinique. À la place, nous avons choisi de mettre l'accent sur une seule différence, mais elle est fondamentale, qui permettra de s'éloigner des débats ordinaires dans ce domaine. Lorsque nous avons passé en revue les données épidémiologiques, nous avons évoqué l'association longitudinale entre les troubles anxieux et la dépression et l'alcoolisme. Ces deux perspectives psychologiques diffèrent beaucoup dans leur conceptualisation de ce lien temporel. Puisqu'il s'agit précisément de la question fondamentale pour déterminer l'objectif de la prévention et des traitements, il est important d'examiner les dynamiques temporelles de ces deux modèles.

Comme le montrent les théories cognitivocomportementales étudiées ci-dessus, on constate une interaction très importante entre l'individu et l'environnement. Il faut aussi insister sur le fait que cette interaction a un « cycle de vie » de l'ordre de secondes, de minutes ou d'heures. C'est pourquoi la perspective cognitivocomportementale insiste sur les causes actuelles de la comorbidité plutôt que sur des facteurs plus anciens ou distants. Par exemple, si l'alcoolisme est dû à l'automédication, le patient ne va pas boire pour soulager l'anxiété vécue pendant son enfance, ni pour faire face à son niveau d'anxiété du jour passé. Il va boire pour soulager son niveau d'anxiété « dans le présent ». Parallèlement, dans le cas de la forme de la dépression liée aux facteurs cognitifs décrits dans les pages précédentes, les sentiments de désespoir et de détresse sont dus aux attributions momentanées pour des événements spécifiques.

La perspective cognitivocomportementale ne nie pas l'importance potentielle d'autres facteurs liés aux troubles mentaux, mais ces causes ne sont souvent liées au problème de comorbidité que d'une façon distante ou indirecte. Par exemple, les facteurs génétiques, psychodynamiques ou autres, peuvent bien entendu, expliquer l'origine de certaines formes de troubles anxieux. Cependant, ces explications étiologiques ne sont pas forcément utiles pour expliquer les relations entre l'anxiété et la dépression ou l'alcoolisme. Les théories cognitives et comportementales ciblent ainsi les maillons de la chaîne étiologique les plus proches du phénomène de comorbidité, et selon cette perspective ces derniers constituent les objectifs les plus importants pour la psychothérapie. En ce qui concerne l'exemple de l'automédication, cela explique que le psychothérapeute vise à modifier les causes immédiates de l'anxiété ainsi que des raisons actuelles liées à la consommation abusive d'alcool (telle que le conditionnement opérant). De plus, il n'est pas utile de cibler d'autres causes plus distantes (les traumatismes précoces, par exemple) parce que, même si ces facteurs ont influencé la vie du patient, ils sont moins impliqués dans l'expression actuelle de l'alcoolisme dans sa relation avec l'anxiété.

Si les théories cognitivocomportementales mettent l'accent sur les causes immédiates des troubles mentaux ainsi que des relations entre ces derniers, la perspective psychodynamique s'organise autour de l'interaction entre l'histoire du sujet et la relation qu'il établit avec le psychothérapeute. Le but est d'aider l'individu à changer certains aspects de sa personnalité lui permettant de mieux

intégrer dans son histoire les conflits qui sont à la source des manifestations de l'angoisse, de la dépression et de l'alcoolisme. La relation au temps est plus distante que dans la perspective cognitivocomportementale, mais elle reste similaire à cette dernière, car l'angoisse semble être l'émotion première. Elle est un signe d'alerte devant un danger de perte d'objet qui occasionne un clivage dans le moi. L'angoisse est souvent déniée, projetée et réapparaît sous la forme de pensées hostiles prenant la forme d'attaques venant du dehors. Ce lien destructeur se renforce si la situation actuelle correspond à des situations traumatiques déjà vécues dans le passé.

On pourrait ainsi postuler que le sujet crée entre le psychisme, son corps et le monde extérieur, des barrières de protection qui permettent des échanges entre ces domaines, tout en le protégeant de l'hostilité des relations et des situations angoissantes :

le moi est explicitement désigné comme « enveloppe psychique ». Cette enveloppe n'est pas seulement un sac contenant ; elle joue un rôle actif de mise au contact du psychisme avec le monde extérieur et de recueil et de transmission de l'information ([22], p. 81).

Si celle-ci fonctionne correctement, le sujet contrôlera l'angoisse en trouvant des stratégies et des mécanismes de défenses efficaces (humour, répression, anticipation, altruisme) il pourra trouver alors dans son entourage des personnes ou des conditions qui lui permettront de passer ce moment difficile. Sinon les troubles peuvent s'aggraver et le phénomène de comorbidité risque de se pérenniser. Si l'enveloppe est trop poreuse, le sujet vit une expérience de confusion et d'angoisse ; si au contraire, par excès de clivage, l'enveloppe limite fortement les échanges, le sujet découvre une expérience de ralentissement, de vide et de dépersonnalisation qui est la marque d'une expérience dépressive. L'approche psychodynamique s'organise autour de l'interaction entre l'histoire du sujet et la relation qu'il établit avec le psychothérapeute, non dans l'immédiateté mais dans une histoire en développement.

Conclusion

Une des principales difficultés que nous rencontrons lorsque l'on doit mettre en relation des données épidémiologiques et cliniques est liée au fait que nous ne sommes pas confrontés au même type de connaissance. Les unes, construites à partir de données empiriques scientifiquement conceptualisées, opérationnalisables ne donnent des informations que sur des tendances générales. Les autres basées sur des observations s'appuient sur des échelles d'évaluation, des tests cognitifs et projectifs. Ils sont centrés sur le sujet. Les cliniciens peuvent ironiser sur le fait que les liens de comorbidité entre angoisse et dépression sont connus par eux depuis longtemps, mais ils oublient au passage qu'une évidence ou un lieu commun n'a pas valeur de démonstration scientifique. Ce lien est dû, en

partie, à la construction des taxonomies qui isolent par convention, tel ou tel trouble, alors que dans la réalité clinique, ceux-ci ne fonctionnent pas isolément mais en association. Les cliniciens qui sont confrontés à des personnes bien réelles comprennent mieux ce phénomène complexe, mais ils ne disposent pas d'une information généralisable, car si ce lien signifiant peut être révélé et interprété, il ne prend sens que dans une situation unique celle de la rencontre. Les données épidémiologique sont construites selon un autre point de vue. Elles ne tiennent pas compte des situations concrètes mais tirent leur information d'une accumulation de données dont la masse même permet un traitement statistique qui, seul, met en valeur objectivement ce lien de comorbidité.

Nous avons examiné le phénomène de comorbidité selon deux perspectives psychologiques différentes après avoir rappelé les patterns de la recherche épidémiologique. Si les deux perspectives acceptent que l'anxiété puisse être un facteur de risque pour la dépression ou l'alcoolisme, elles montrent une relation au temps différente. La première se situe dans l'action qui favorise l'adaptation au présent à travers l'évaluation et la modification des facteurs liés aux processus cognitifs et d'apprentissage. La seconde est surtout orientée sur l'être du sujet et son histoire qui se manifeste à travers la relation qu'il établit avec le psychothérapeute (transfert, contre-transfert pour les psychanalystes). L'une vise à modifier des pensées ou des comportements inadaptés aux situations concrètes vécues dans la vie quotidienne actuelle. L'autre aide l'individu à changer certains aspects de sa personnalité lui permettant de mieux intégrer dans son histoire les conflits qui sont à la source des manifestations de l'anxiété et de la dépression et notamment l'impact émotionnel des conflits et des traumatismes anciens qui se manifestent au présent par défaillance du refoulement. Les niveaux de description de la réalité psychique sont différents, et ne peuvent être assimilés. Du point de vue des chercheurs cependant, les informations scientifiques montrent la nécessité d'être prudent dans l'utilisation d'un seul modèle explicatif, car le déterminisme multifactoriel ne se limite pas à un seul niveau de description des faits. Si l'on admet la différence et la complémentarité des paradigmes, on peut apporter en restant cohérent une pluralité de prises en charge augmentant la qualité des prestations proposées aux patients.

■ RÉFÉRENCES ■

- 1 Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States : results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994 ; 51 : 8-19.
- 2 Robins L, Helzer J, Weissman M, Orvaschel H, Gruenberg E, Burke J, Regier D. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 949-58.
- 3 Merikangas K, Mehta R, Molnar B, Walters E, Swendsen J, Aguilar-Gaziola S, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders : results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addict Behav* 1998 ; 23 : 893-907.
- 4 Swendsen J, Merikangas K, Canino GJ, Kessler RC, Rubio-Stipec M, Angst J. The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Compr Psychiatry* 1998 ; 39 : 176-84.

- 5 Swendsen J, Tennen H, Carney MA, Affleck G, Willard A, Hromi A. Mood and alcohol consumption : an experience sampling test of the self-medication hypothesis. *J Abnorm Psychol* 2000.
- 6 Angst J, Vollrath M, Merikangas K, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich cohort study of young adults. In : Maser JD, Cloninger JC, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990.
- 7 Hagnell O, Grasbeck A. Comorbidity of anxiety and depression in the Lundby 25-year prospective study : the pattern of subsequent episodes. In : Maser J, Cloninger C, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders* Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990. p. 139-52.
- 8 Murphy J. Diagnostic comorbidity and symptom co-occurrence : the stirring county study. In : Maser J, Cloninger C, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders* Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990. p. 153-76.
- 9 Murphy JM, Sobol AM, Neff RK, Olivier DC, Leighton AH. Stability of prevalence : depression and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1984 ; 41 : 990-97.
- 10 Akiskal H. Toward a clinical understanding of the relationship of anxiety and depressive disorders. In : Maser JD, Cloninger CR, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990.
- 11 Merikangas K, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, et al. Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse : results of an international task force. *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 : 58-67.
- 12 Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as predisposing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1980 ; 37 : 529-39.
- 13 Lloyd C. Life events and depressive disorder reviewed. II. Events as precipitating factors. *Arch Gen Psychiatry* 1980 ; 37 : 541-8.
- 14 Smith T, Allred K. Major life events in anxiety and depression. In : Kendall P, Watson D, Eds. *Anxiety and depression : distinctive and overlapping features*. New York : Academic Press ; 1989.
- 15 Alloy LB, Kelly K, Mineka S, Clements C. Comorbidity of anxiety and depressive disorders : a helplessness-hopelessness perspective. In : Maser JD, Cloninger CR, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990.
- 16 Hesselbrock M, Meyer R, Keener, J. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 1050-5.
- 17 Lader M. The nature of anxiety. *Br J Psychiatry* 1972 ; 121 : 481-91.
- 18 Merikangas K, Leckman JF, Prusoff BA, Pauls DL, Weissman MM. Familial transmission of depression and alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1985 ; 42 : 367-72.
- 19 Meyer R, Kranzler H. Alcohol abuse/dependence and comorbid anxiety and depression. In : Maser J, Cloninger C, Eds. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington DC : American Psychiatric Press ; 1990. p. 283-92.
- 20 Stockwell T, Smail P, Hodgson R, Canter S. Alcohol dependence and phobic anxiety states. II. A retrospective study. *Br J Psychiatry* 1984 ; 144 : 58-63.
- 21 Quinodoz JM. *La solitude apprivoisée*. Paris : PUF ; 1991.
- 22 Anzieu D. *Le Moi-peau*. Paris : Dunod ; 1985.