



106 026559 1

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 1995

THÈSE N° 72/1

**THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET  
COGNITIVE DE L'AGORAPHOBIE  
Étude rétrospective de 533 patients**



**THÈSE**

POUR LE

**DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 1995*

par

**Muriel ARTHUS**

née le 26 Mai 1966 à La Rochelle (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS de la THÈSE

Monsieur le Professeur LÉGER .....	PRÉSIDENT
Monsieur le Professeur DUMONT .....	JUGE
Monsieur le Professeur GAROUX .....	JUGE
Monsieur le Professeur PIVA .....	JUGE
Monsieur le Docteur COTTRAUX .....	MEMBRE INVITÉ
Monsieur le Docteur SAZERAT .....	MEMBRE INVITÉ

ex: 1

silil.



UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Année 1995

THÈSE N° 172

**THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET  
COGNITIVE DE L'AGORAPHOBIE  
Étude rétrospective de 533 patients**



**THÈSE**

POUR LE

**DIPLÔME D'ÉTAT**

**DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 1995*

par

**Muriel ARTHUS**

née le 26 Mai 1966 à La Rochelle (Charente-Maritime)

EXAMINATEURS de la THÈSE

Monsieur le Professeur LÉGER ..... PRÉSIDENT  
Monsieur le Professeur DUMONT ..... JUGE  
Monsieur le Professeur GAROUX ..... JUGE  
Monsieur le Professeur PIVA ..... JUGE  
Monsieur le Docteur COTTRAUX ..... MEMBRE INVITÉ  
Monsieur le Docteur SAZERAT ..... MEMBRE INVITÉ

**UNIVERSITÉ DE LIMOGES  
FACULTÉ DE MEDECINE**

**DOYEN DE LA FACULTÉ :** Monsieur le Professeur PIVA Claude

**ASSESEURS :** Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS François

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

ADENIS Jean-Paul * (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S.)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S.)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S.)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S.)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S.)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIostatistique ET Informatique MEDICALE
BRETON Jean-Christian (C.S.)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S.)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S.)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S.)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S.)	BACTERIOLOGIE -VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S.)	NEUROLOGIE

DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S.)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger (C.S.)	REANIMATION MEDICALE
GERMOUTY Jean	PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HUGON Jacques	HISTOLOGIE - EMBRYOLOGIE - CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude (C.S.)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO - VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S.)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S.)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX - ROBERT Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE
LIOZON Frédéric	CLINIQUE MEDICALE A
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S.)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
OUTREQUIN Gérard	ANATOMIE
PECOUT Claude (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S.)	HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S.)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S.)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SAUTEREAU Denis	HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S.)	OTO - RHINO - LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis (C.S.)	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S.)	THERAPEUTIQUE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES

### **PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS**

MOULIN Jean-Louis

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

### **SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

POMMARET Maryse

\* C.S. = Chef de Service

## **Je dédie cette thèse**

*A* mes parents,

**vous m'avez toujours soutenue dans les bons et les mauvais moments, vous m'avez toujours encouragée dans mes choix tout en sachant modérer aussi bien mes ardeurs que mes inquiétudes. Trouvez ici le témoignage de ma plus profonde tendresse.**

*A* Étienne,

**ta présence à mes côtés est un bonheur quotidien. Trouve ici l'expression de mon amour.**

*A* ma famille,

**qu'elle soit assurée de mon attachement.**

*A* tous mes amis d'ici et d'ailleurs,

**ils savent que l'amitié se joue des distances et du temps.**

***A* ceux que j'ai rencontrés pendant mes études et mon internat, plus particulièrement :**

- aux équipes hospitalières du C.H.R.U. de Nantes, du C.H.R. du Mans et de l'hôpital de Maubreuil,
- aux membres du personnel des secteurs d'adultes I et IV, de l'intersecteur I de pédopsychiatrie du C.H. Esquirol,
- au personnel du service de psychiatrie de liaison et du service des urgences du C.H.R.U. de Limoges,
- à l'équipe de l'unité de traitement de l'anxiété à l'Hôpital Neurologique de Lyon,

**avec qui l'échange a toujours été fructueux.**

***A* NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,**

**Monsieur le Professeur LEGER,  
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes  
Psychiatre des Hôpitaux  
Chef de Service**

**Vous nous avez guidée dans la découverte de la psychiatrie et  
de la psychogériatrie. Nous avons pu bénéficier de la qualité  
et de l'étendue de vos connaissances au cours de  
vos enseignements et des semestres  
passés dans votre service.**

**Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en  
acceptant de présider cette thèse.  
Trouvez ici le témoignage de notre reconnaissance et  
de notre respect.**

*A* NOS JUGES,

**Monsieur le Professeur DUMONT**

**Professeur des Universités de Médecine du Travail**

**Médecin des Hôpitaux**

**Nous avons pu bénéficier de votre accueil chaleureux lors de  
notre semestre à l'unité de liaison de psychiatrie**

**Nous avons apprécié l'enthousiasme avec lequel vous avez  
accepté de juger notre travail**

**Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.**

**Monsieur le Professeur GAROUX**  
**Professeur des Universités de Pédopsychiatrie**  
**Psychiatre des Hôpitaux**  
**Chef de Service**

**Nous avons pu bénéficier de la qualité et de la richesse de  
votre enseignement.**

**Vous nous faites l'honneur de juger notre thèse.**

**Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.**



**Monsieur le Professeur PIVA**  
**Professeur des Universités de Médecine Légale**  
**Médecin des Hôpitaux**  
**Chef de Service**  
**Doyen de la faculté de Médecine**

**Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites  
en acceptant de juger cette thèse.**

**Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.**

*A* notre Directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur COTTRAUX**

**Psychiatre d'adultes**

**Praticien Hospitalier**

**Pendant le semestre passé à vos côtés, nous avons pu bénéficier de l'ampleur de vos connaissances, de la richesse de votre enseignement.**

**Nous avons apprécié votre aide et vos précieux conseils dans la réalisation de cette thèse.**

**Avec nos remerciements, veuillez trouver ici l'expression de notre admiration et de notre profond respect.**

*A* notre membre invité

**Monsieur le Docteur SAZERAT**

**Psychiatre d'adultes**

**Praticien Hospitalier**

**Le semestre passé à vos côtés a guidé mes pas en psychiatrie.**

**Les encouragements et la confiance que vous m'avez  
accordés m'ont aidé à m'orienter vers la thérapie  
comportementale et cognitive.**

**Trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.**

**«La vie est l'adaptation continue de relations  
internes à des relations externes»**

***«Qu'est-ce que le monde ?»***

**Herbert Spencer**

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

## 1<sup>ère</sup> PARTIE : RAPPELS THÉORIQUES

### I - HISTORIQUE DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

1 - 1 Les fondements du comportementalisme

1 - 2 Le Behaviorisme

1 - 3 La psychologie expérimentale, travail de laboratoire (1920-1950)

1 - 4 Développement des thérapies comportementales

1 - 5 Développement des thérapies cognitives

1 - 5 - 1 Ellis et la thérapie rationnelle-émotive

1 - 5 - 2 Beck et la thérapie cognitive

1 - 6 Perspectives d'avenir

### II - PRINCIPAUX MODÈLES THÉORIQUES DE L'APPRENTISSAGE

2 - 1 Le conditionnement classique (conditionnement répondant ou pavlovien)

2 - 2 Le conditionnement opérant

2 - 3 L'apprentissage social

### III - LE SYNDROME D'AGORAPHOBIE

3 - 1 Historique

3 - 1 - 1 Description initiale

3 - 1 - 2 Descriptions ultérieures et reconnaissance définitive du syndrome d'agoraphobie

3 - 1 - 3 Aspects contemporains de l'agoraphobie

3 - 2 Épidémiologie

3 - 3 Étiopathogénie du syndrome d'agoraphobie

3 - 3 - 1 Aspects familiaux et génétiques

3 - 3 - 2 Théorie psychanalytique

3 - 3 - 3 Le modèle biologique de D. Klein

3 - 3 - 4 Le modèle proposé par I. Marks : l'habituation

3 - 3 - 5 Le modèle proposé par D. Barlow : un modèle cognitif

3 - 4 Aspects cliniques

3 - 4 - 1 Les éléments phobiques

3 - 4 - 2 Le trouble panique et l'anxiété anticipatoire

3 - 4 - 3 Les aspects évolutifs

A Les états dépressifs

B Autres aspects évolutifs

3 - 5 Nosographie

3 - 5 - 1 Nosographie classique

3 - 5 - 2 Classification Française des Troubles Mentaux

3 - 5 - 3 D.S.M.-III-R. et D.S.M.-IV

3 - 5 - 4 C.I.M.-10

3 - 5 - 5 Comparaison du D.S.M.-III-R., du D.S.M.-IV et de la C.I.M.-10

3 - 5 - 6 Classification proposée par I. Marks

**IV - PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AGORAPHOBE EN THÉRAPIE  
COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE**

4 - 1 L'analyse fonctionnelle

4 - 2 Définition des objectifs

4 - 3 Thérapie comportementale et cognitive

4 - 3 - 1 La relaxation

4 - 3 - 2 Modification des attaques de panique

A La régulation respiratoire ou contrôle respiratoire

B Les techniques vagales

4 - 3 - 3 Exposition aux situations anxiogènes

A Implosion ou «flooding»

B Exposition graduée en imagination ou désensibilisation systématique

C Exposition graduée in vivo

4 - 3 - 4 Techniques cognitives

A La technique de la flèche descendante

B L'imagination

C Les fiches d'autoenregistrement à 3 colonnes de Beck

4 - 4 Évaluation des résultats

4 - 5 Résultats des thérapies comportementales et cognitives

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 533 PATIENTS**

### **I - INTRODUCTION**

### **II - MÉTHODOLOGIE**

2 - 1 Les sujets étudiés

2 - 2 Mesures

2 - 2 - 1 Le Minimult

2 - 2 - 2 «L'échelle phobies, panique, anxiété généralisée»

2 - 2 - 3 Les critères d'amélioration

2 - 3 Les méthodes statistiques utilisées

- 2 - 3 - 1 Le test d'indépendance du Chi<sup>2</sup>
- 2 - 3 - 2 L'analyse de la variance à un facteur
- 2 - 3 - 3 L'analyse multivariée (analyse discriminante)
- 2 - 3 - 4 L'analyse de la variance avec mesures répétées

#### 2 - 4 Descriptif des items

- 2 - 4 - 1 Groupe clinique
- 2 - 4 - 2 Diagnostic d'agoraphobie
- 2 - 4 - 3 Association à d'autres pathologies
- 2 - 4 - 4 Axe III et axe V du D.S.M.III-R.
- 2 - 4 - 5 Niveau d'étude
- 2 - 4 - 6 Niveau professionnel
- 2 - 4 - 7 Statut matrimonial
- 2 - 4 - 8 Les items phobie, panique, anxiété généralisée

### III - RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

- 3 - 1 Résultats descriptifs simples de l'échantillon total
- 3 - 2 Comparaison statistique de l'échantillon total
- 3 - 3 Comparaison statistique au pré test des sortie de TCC et TCC complète
- 3 - 4 Comparaison statistique au post test des sortie de TCC et TCC complète (analyse en intention de traiter)
- 3 - 5 Facteurs prédictifs d'abandon de thérapie
- 3 - 6 Facteurs prédictifs d'amélioration des troubles
  - 3 - 6 - 1 Facteurs prédictifs d'amélioration des troubles phobiques
  - 3 - 6 - 2 Facteurs prédictifs d'amélioration de la fréquence de la panique
  - 3 - 6 - 3 Facteurs prédictifs d'amélioration de l'anxiété généralisée
- 3 - 7 Étude de suivi



3 - 7 - 1 Les résultats descriptifs simples

3 - 7 - 2 Évolution dans le temps des scores de «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée»

3 - 7 - 3 Courbe de survie

3 - 8 Comparaison des résultats des hommes et des femmes TCC complète

#### **IV - DISCUSSION**

4 - 1 Comparaison aux études précédentes de la même unité

4 - 2 Comparaison aux études françaises

4 - 3 Comparaison aux études anglosaxonnes

## **CONCLUSION**

## **ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE**

# **INTRODUCTION**

Durant ces trente dernières années, les thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales se sont largement développées aussi bien dans les pays anglosaxons qu'en France. L'équipe du Docteur Cottraux, à Lyon, pratique les thérapies comportementales et cognitives depuis une vingtaine d'années. Et lors de notre stage dans cette unité nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux patients agoraphobes, qui font l'objet de notre travail.

En effet, dans notre société, où l'accent est mis sur le coût de la santé, il est important de développer des thérapeutiques efficaces et durables du syndrome d'agoraphobie. Car, comme le fait remarquer Marks (1986), ce syndrome constitue le plus invalidant des troubles phobiques, conduisant à une invalidité sociale plus ou moins marquée et s'accompagnant fréquemment d'éléments dépressifs. D'un point de vue économique, l'évitement et les attaques de panique souvent associés à ce syndrome, entraînent de fréquents arrêts de travail, une importante consommation de psychotropes et de multiples interventions médicales. Or, de nombreuses études (Cottraux, 1995) ont montré le large intérêt des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement des phobies et notamment de l'agoraphobie.

Dans une première partie, nous présenterons un court historique des thérapies comportementales et cognitives, et nous évoquerons les principaux modèles de l'apprentissage. Nous ferons ensuite un rappel de l'historique, de l'épidémiologie, de l'éthiopathogénie, des aspects cliniques et de la nosographie du syndrome d'agoraphobie. Nous donnerons enfin les grandes lignes de la prise en charge d'un patient agoraphobe en thérapie cognitivo-comportementale.

Dans une deuxième partie, nous exposerons notre étude rétrospective portant sur 533 patients agoraphobes. Nous présenterons l'étude épidémiologique descriptive de notre échantillon. Par la suite, nous essaierons de déterminer des facteurs prédictifs de succès ou d'abandon de thérapie. Nous étudierons ensuite les résultats des hommes et des femmes ainsi que le maintien de l'amélioration au cours du suivi.

Lors de la discussion, nous comparerons les résultats de notre étude avec les données de la littérature francophone et anglosaxonne.

## **1<sup>ère</sup> PARTIE :**

# **RAPPELS THÉORIQUES**

## **I - HISTORIQUE DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES**

Les thérapies cognitivo-comportementales se présentent comme une alternative aux autres psychothérapies. Les comportementalistes, avant d'élaborer un modèle thérapeutique, ont passé de nombreuses années dans les laboratoires pour expérimenter leurs théories. Ce n'est donc que dans la deuxième partie du XX<sup>ème</sup> siècle que se sont développées les thérapies comportementales et cognitives. Depuis lors, on assiste à une évolution très riche du champ clinique.

### **1 - 1 LES FONDEMENTS DU COMPORTEMENTALISME**

La psychologie a longtemps été rattachée à la philosophie, et il faut attendre la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle pour que la psychologie expérimentale apparaisse, et permette à la psychologie de devenir une discipline autonome (Rossi, 1990). Le terme de psychologie expérimentale est utilisé pour distinguer cette approche des approches philosophiques et subjectives alors utilisées. De cette psychologie expérimentale dérivera le comportementalisme.

Ce sont des physiiciens et des physiologistes («les premiers psychologues expérimentalistes») qui apporteront à cette nouvelle science ses premières expériences. Leur méthodologie, bien qu'elle se veuille expérimentale, repose surtout sur l'introspection (ils essaient de quantifier par des mesures instrumentales ce qui est d'ordre qualitatif). Il s'agit d'études portant sur le seuil de sensation ou de perception, le temps de réaction... (Fontaine et Rognant, 1986). Déjà à cette époque, l'introspection montrera ses limites et s'avérera insuffisante lors de l'étude de phénomène plus complexes comme la pensée. Mais désormais, la psychologie était devenue une discipline à part entière grâce à la psychologie expérimentale qui s'appuyait sur une méthodologie objective.

C'est dans ce contexte que les neurophysiologistes russes (Sechenov, Bechterev, et surtout Pavlov) apportèrent une méthodologie de recherche qui porte sur l'observation objective du comportement et surtout un modèle théorique de l'apprentissage (celui du conditionnement répondant), ce modèle pouvant s'appliquer

à l'ensemble des phénomènes psychologiques. C'est pourquoi ils ont eu une influence considérable dans l'histoire des thérapies comportementales et cognitives.

## **1 - 2 LE BEHAVIORISME**

En 1913, Watson crée le terme behaviorisme à partir de «behavior» qui signifie comportement en anglais. La même année, il publie un article sous le titre «Psychology as the behaviorist views it» où il critique la psychologie mentaliste et associationniste du siècle précédent (Cottraux, 1995). Il prône que «la psychologie doit pouvoir se définir comme la science des comportements en s'appuyant sur le raisonnement expérimental».

Pour Watson, l'apprentissage est un des élément essentiel, il considère que la combinaison de réponses élémentaires apprises par simple conditionnement est la base de tous les comportements. Il suggère que la pensée (ou vie psychique) peut être étudiée grâce à l'observation des comportements. Le Behaviorisme était né.

Il faut noter, que dans le même temps, Janet défend les mêmes idées en France mais sa voix aura peu d'impact.

## **1 - 3 LA PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE, TRAVAIL DE LABORATOIRE (1920-1950)**

Dans la période des années 20 aux années 50, le behaviorisme se développe surtout dans les laboratoires avec l'intensification de la recherche. Il y a bien quelques tentatives de thérapie, mais elles sont isolées et le plus souvent destinées à vérifier une théorie ou compléter une expérimentation.

Dans cette période, il faut surtout noter les travaux de Skinner, qui en 1937 décrit le conditionnement opérant qu'il différencie du conditionnement pavlovien. Dans ce modèle, l'organisme plutôt passif varie ses réponses en fonction des conditions (contingences) de son renforcement.

Fontaine et Rognant (1986), explique qu'avant Watson et Skinner, Thorndike avait publié ses travaux sur «l'intelligence animale». Il y décrivait sa célèbre Loi de

l'effet. Pour l'auteur, la récompense, le succès ou l'échec sont des mécanismes qui sélectionnent les réponses les plus adaptatives. Ce modèle d'apprentissage sera largement développé par Skinner.

Partant de son modèle de conditionnement, Skinner prétendait que les seules variables objectivement observables sont les stimuli et le débit des réponses. Sa détermination dans un behaviorisme radical lui fut souvent reprochée.

## **1 - 4 DÉVELOPPEMENT DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES**

Le terme de Behavior Therapy est attribué le plus souvent à Skinner, Solomon et Lindsley qui l'utilisent dans un article non publié de 1953 (Boisvert et Ladouceur, 1992). Il a été ensuite repris par Lazarus et Eysenck. En France, le terme de Thérapie Comportementale a été officialisé en 1972 avec la fondation de l'Association Française de Thérapie Comportementale.

C'est surtout à partir des années 60 que l'on parle vraiment de thérapies comportementales. Elles apparaissent alors comme un ensemble suffisamment cohérent et autonome de techniques thérapeutiques basées sur des théories communes et une même méthodologie.

En Afrique du Sud, Wolpe (1958), après une série d'expériences sur les comportements alimentaires du chat, élabore le principe d'inhibition réciproque et en déduit les fondements de la désensibilisation systématique (premier traitement réellement efficace sur les phobies). A la même période, à Londres, au Maudsley Hospital, Shapiro et Eysenck poursuivent des recherches sur les traitements de symptômes névrotiques par des thérapies issues du conditionnement classique.

Eysenck va attirer l'attention sur les thérapies comportementales en publiant en 1952 un article basé sur l'étude de 7000 cas (issus de 24 études). Il comparait des cas non traités à des cas traités par des méthodes psychanalytiques ou des psychothérapies psychanalytiques. Après analyse statistique, il tirait les conclusions suivantes :

- les patients traités par la psychanalyse s'améliorent dans une proportion de 44%

- les patients traités de manière éclectique s'améliorent dans une proportion de 76%

- les patients internés à l'hôpital psychiatrique ou traités par des médecins praticiens s'améliorent dans une proportion de 72%

Il y avait donc dans cette étude une relation inverse entre la guérison et le traitement par psychanalyse (Cottraux, 1995). Bien que ce travail est tout à fait critiquable d'un point de vue méthodologique, il laissait la place à une autre voie que la psychanalyse.

Par la suite, le britannique I. Marks développe les traitements par exposition prolongée en imagination et in vivo aux stimuli anxiogènes. De nombreuses études contrôlées ont montré l'efficacité de ces thérapies.

En 1969, puis surtout en 1977, Bandura développe la théorie de l'apprentissage social. Il met l'accent sur le rôle des phénomènes cognitifs comme l'autocontrôle, les attentes d'efficacité et de résultats dans les régulations des comportements humains. Pour Cottraux (1995) cette théorie fait le lien entre les behavioristes classiques et les cognitivistes.

## **1 - 5 DÉVELOPPEMENT DES THÉRAPIES COGNITIVES**

Le cognitivisme s'est présenté comme capable d'élargir le champ des thérapies comportementales. Les comportementalistes, dans la pratique quotidienne, étaient confrontés à des individus capables d'émettre des idées et d'éprouver des sentiments. Les conceptions cognitivistes permettent de tenir compte de ces variables non explorées par le comportementalisme (Richelle, 1993). Le modèle cognitif présente un sujet actif qui utilise des processus d'auto-organisation pour modifier son environnement.

### **1 - 5 - 1 ELLIS ET LA THÉRAPIE RATIONNELLE-ÉMOTIVE**

Ellis (1962) a développé un modèle qui est le plus souvent qualifié de cognitivisme radical. Cette thérapie est très critiquée car elle s'appuie sur un modèle plutôt philosophique que scientifique.



Pour Ellis, les problèmes humains sont fonction des attentes et des idées grandioses que les sujets élaborent. Une fois les croyances irrationnelles et leurs conséquences négatives analysées, Ellis engage une thérapie par reconstruction cognitive de type didactique et purement sémantique qui l'éloigne des autres thérapies cognitives. Cette méthode très directive est décriée par les autres thérapeutes.

### 1 - 5 - 2 BECK ET LA THÉRAPIE COGNITIVE

Le modèle de Beck s'est développé à partir de ses travaux sur la dépression (à partir de 1959); par la suite, ce modèle a été généralisé à d'autres troubles. Celui-ci se réfère au modèle cognitif du traitement de l'information couramment comparé à l'informatique (tableau 1).

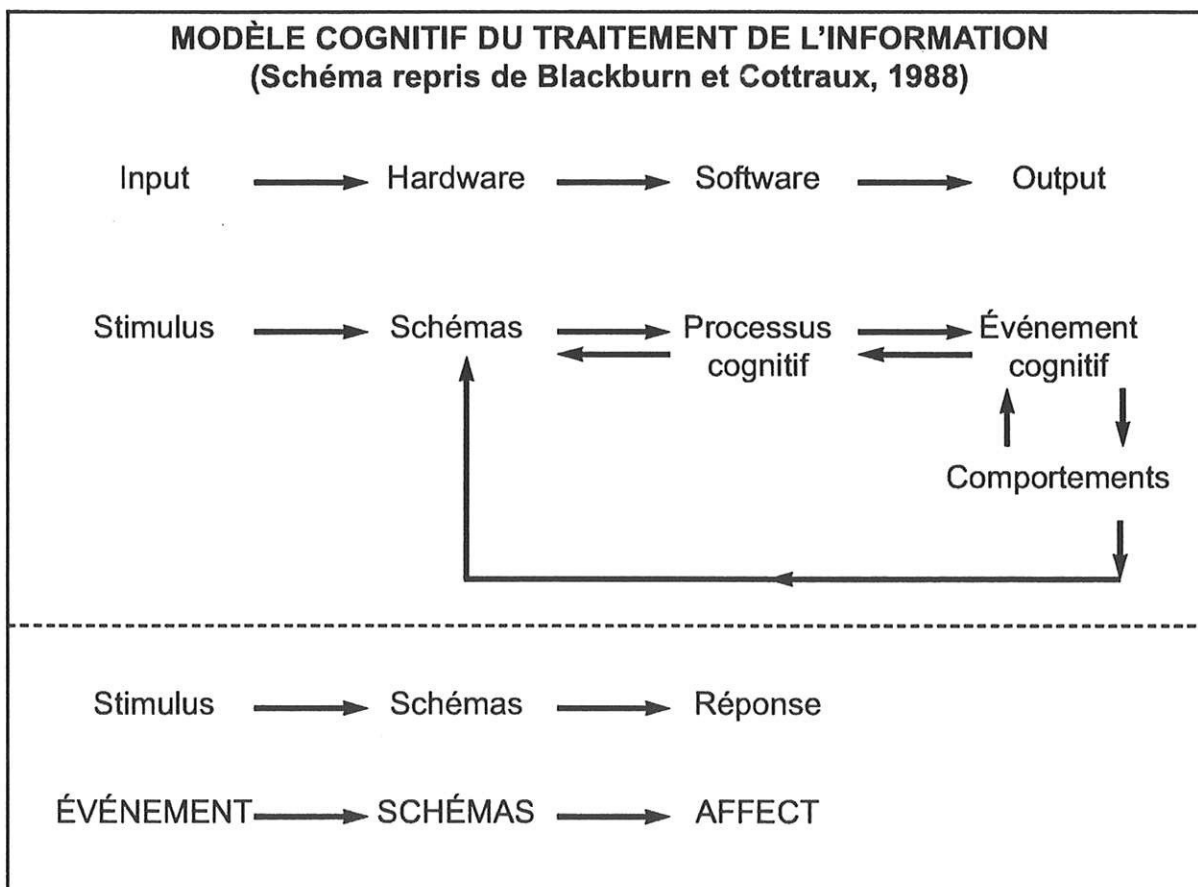


Tableau 1

L'organisme traite l'information (stimulus) en fonction du schéma acquis par interaction entre les événements et les contraintes du système nerveux central. Le schéma réalise un travail d'abstraction et de transformation des données brutes en pensées (ou cognitions). Les schémas donnent un sens au vécu.

Les schémas sont des représentations organisées des expériences antérieures définies comme des règles générales, inflexibles (ils ont une forme verbale impérative) et tacites (inconscients, hors de la volonté du sujet), des croyances ou des postulats silencieux. Ils sont stockés dans la mémoire à long terme mais ils sont facilement activables.

Le passage des schémas vers les événements cognitifs se fait par l'intermédiaire de processus cognitifs. La distorsion de ces processus cognitifs traduit une perturbation profonde et stable des cours de la pensée. Plusieurs types d'erreurs logiques, appelées distorsions cognitives, ont été décrits (dans un premier temps dans la dépression puis généralisées) : l'inférence arbitraire, l'abstraction sélective, la surgénéralisation, la magnification et la minimisation, la personnalisation.

Le cognitivisme de Beck se concentre sur les comportements ouverts. Il cherche de plus à agir directement sur les attitudes, les attentes et les croyances irrationnelles.

Dans un premier temps de thérapie, le patient est incité à l'action, à l'expérience personnelle. Cette première phase sert à identifier les pensées irrationnelles, les schémas et les distorsions cognitives associées. Dans un deuxième temps, plusieurs techniques cognitives sont utilisées pour changer les cognitions non adaptées (prise de distance, pratique de la réponse rationnelle face aux pensées dysfonctionnelles...), le tout étant appelé restructuration cognitive.

## **1 - 6 PERSPECTIVES D'AVENIR**

L'ensemble de ces thérapies évoluent actuellement vers des thérapies cognitivo-comportementales, basées sur une même méthodologie expérimentale et des théories bien étayées. L'objectif de ces thérapies est le changement du

comportement par la modification des pensées, des systèmes de croyance et des attentes du sujet.

Si au départ, les thérapies comportementales présentaient surtout une indication dans le traitement des phobies simples, leur indication s'est étendue dans les années 70 aux troubles anxieux et aux patients psychotiques chroniques. Leur champs d'action s'est très largement développé avec l'apparition du cognitivisme (la dépression non mélancolique, la psychiatrie de l'enfance...). Récemment ont été développées des thérapies concernant les troubles de personnalité (Cottraux, 1995).

Le tableau 2 résume les indications et contre-indications actuelles des thérapies comportementales et cognitives.

**INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA THÉRAPIE  
COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE  
(d'après Cottraux, 1995)**

**Traitement de choix :**

- Phobies sociales, agoraphobie, phobies simples
- Attaques de panique
- Obsessions-compulsions sans dépression importante
- Anxiété généralisée
- Sevrage des benzodiazépines et autres psychotropes

**Certainement utiles :**

- Dépression non mélancolique résistante aux antidépresseurs
- Problèmes sexuels et de relation de couple
- Boulimie
- Prévention de rechutes de la maladie coronarienne
- Douleur chronique d'origine organique ou psychologique
- Réhabilitation sociale des sujets schizophrènes chroniques
- Réaction de stress post traumatique

**Résultats en développement :**

- Trouble de personnalité
- Médecine comportementale; stress et psycho-immunologie; hypertension...
- Toxicomanie et dépendance : alcool, tabac, drogues et jeux
- Problèmes psychologiques de l'enfant et de l'adolescent : angoisse, phobies, obsessions et autisme infantiles

**Contre-indications :**

- Schizophrénie en période aiguë, paranoïa, psychose maniaco-dépressive, dépression mélancolique ou ralentie, impossibilité de définir clairement les buts du traitement avec le patient

## II - PRINCIPAUX MODÈLES THÉORIQUES DE L'APPRENTISSAGE

### 2 - 1 LE CONDITIONNEMENT CLASSIQUE (CONDITIONNEMENT RÉPONDANT OU PAVLOVIEN)

Le premier type de conditionnement a été mis en évidence par les travaux de Pavlov (1927) sur l'étude de réactions physiologiques chez l'animal. Dans ce schéma, le principe de l'apprentissage relève d'un principe de contiguïté, par association.

La présentation de nourriture (stimulus inconditionnel) déclenche une réaction innée de salivation (réponse inconditionnelle) chez le chien affamé. Si on fait précéder de quelques secondes la nourriture d'un son neutre, au bout d'un certain nombre de répétitions, le stimulus neutre devient stimulus conditionnel : c'est-à-dire que le son seul déclenche la salivation. La salivation devient alors réponse conditionnelle. Cette réponse conditionnelle finit par disparaître si on ne continue pas les répétitions : il y a extinction de la réponse.

On parle de conditionnement classique par association (ou contiguïté spatio-temporelle) car l'apprentissage de la réponse se fait par contiguïté de stimuli selon un modèle unidirectionnel simple, de type stimulus-réponse (S → R). Nous le représenterons dans le tableau 3 ci-après.

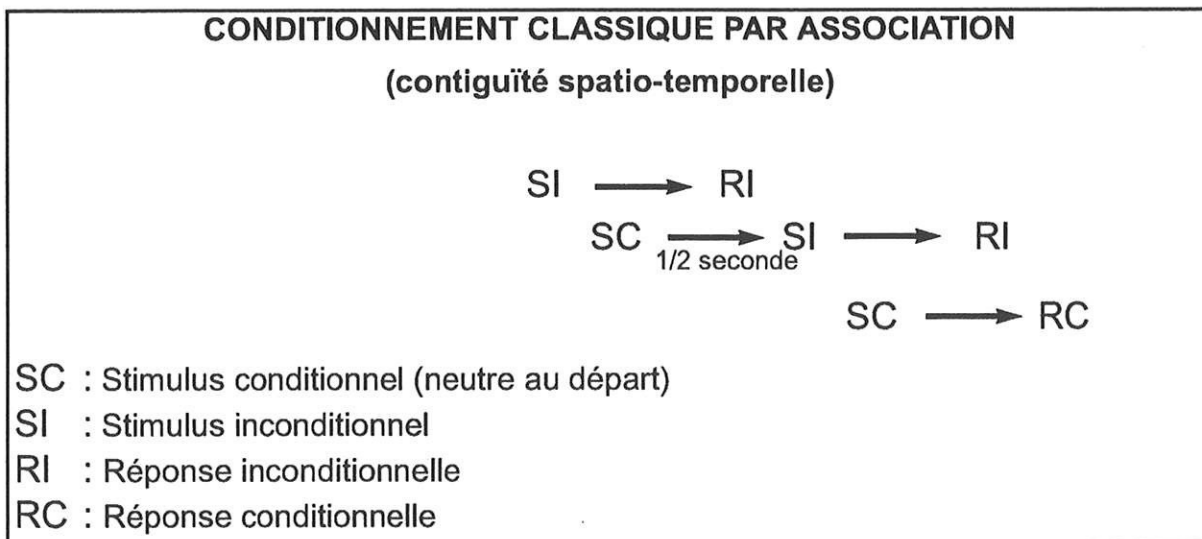


Tableau 3

Prolongeant les travaux de Pavlov, Wolpe décrit en 1958 l'anxiété comme une réponse apprise au cours d'une expérience traumatique où un stimulus neutre est fortement associé à un stimulus inconditionnel aversif (douleur, son violent,...). Remarquant la possibilité d'extinction, il énonce le principe de l'inhibition réciproque : «Si, en présence des stimuli responsables de l'anxiété, on installe une réponse antagoniste de celle-ci, capable de la supprimer totalement ou partiellement, les liens qui unissent stimuli et anxiété doivent s'affaiblir».

A partir de cette hypothèse, Wolpe met au point une méthode de traitement qu'il appelle désensibilisation systématique. Elle consiste à associer une réponse antagoniste de l'anxiété et la présentation progressive (en imagination ou in vivo) des stimuli responsables de celle-ci.

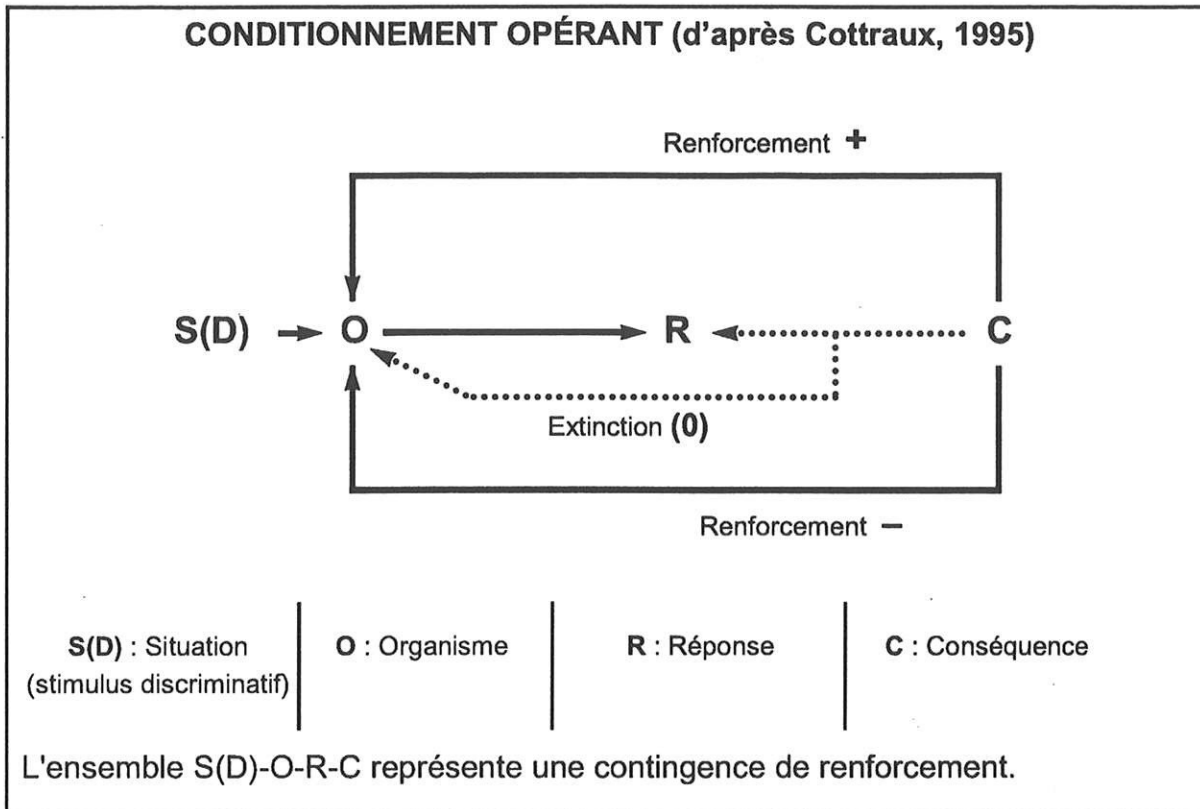
## 2 - 2 LE CONDITIONNEMENT OPÉRANT

Il a été développé par Skinner à partir de 1937. Il émet l'hypothèse que le conditionnement des réponses est fonction de leurs conséquences. Il inclut dans son schéma la relation réponse-renforcement, les situations et les interactions qui précèdent, accompagnent et suivent immédiatement le comportement. L'ensemble constitue ce qu'il appelle des contingences de renforcement. Pour Skinner, «est renforcement tout ce qui augmente la probabilité d'émission d'une réponse» (Skinner, 1937).

Le renforcement peut être :

- positif (+) : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'approche des conséquences positives.
- négatif (-) : l'organisme augmente le débit de ses réponses d'évitement ou d'échappement vis-à-vis des conséquences négatives.
- nul (0) : l'absence de renforcement entraîne une extinction progressive du comportement.

Le tableau 4 ci-dessous tend à représenter le modèle opérant (S-O-R-C)



**Tableau 4**

Pour établir un conditionnement, le renforçateur doit être présenté immédiatement après l'émission du comportement. Selon Skinner (1971), le conditionnement classique s'appliquerait aux réponses viscérales et le conditionnement opérant au système neuromusculaire, aux relations sociales.

Pour Skinner, le comportement est modelé par l'environnement qui apprend au sujet à établir une série de réponses qui réussissent. Selon un processus analogue à la sélection naturelle darwinienne, l'environnement sélectionne les comportements adaptatifs qui se trouvent renforcés ou éliminés fonction de leurs résultats positifs ou négatifs. Selon ce modèle, les seules variables objectivement observables sont les stimuli et le débit des réponses.

Dans la perspective de Skinner, le thérapeute doit d'abord identifier les agents qui maintiennent un comportement inadapté, puis modifier les contingences du milieu ou les renforçateurs à partir de comportements plus adaptés.

La critique faite à Skinner est de postuler un organisme relativement PASSIF alors que les modèles cognitifs partent d'un sujet ACTIF, qui se sert de processus d'auto organisation pour modifier son environnement (Cottraux, 1993).

Skinner a au moins montré la voie d'une interaction entre comportement, émotion et pensée.

### 3 - 3 L'APPRENTISSAGE SOCIAL

Bandura (1977a) s'intéressait aux problèmes de l'apprentissage par imitation qu'il considérait comme une des sources essentielles d'apprentissage, à côté de l'apprentissage par contiguïté spatio-temporelle (conditionnement classique) et l'apprentissage par les conséquences (conditionnement opérant).

Bandura propose un modèle à déterminisme réciproque, à partir de la psychologie cognitive, représenté par le tableau 5 :

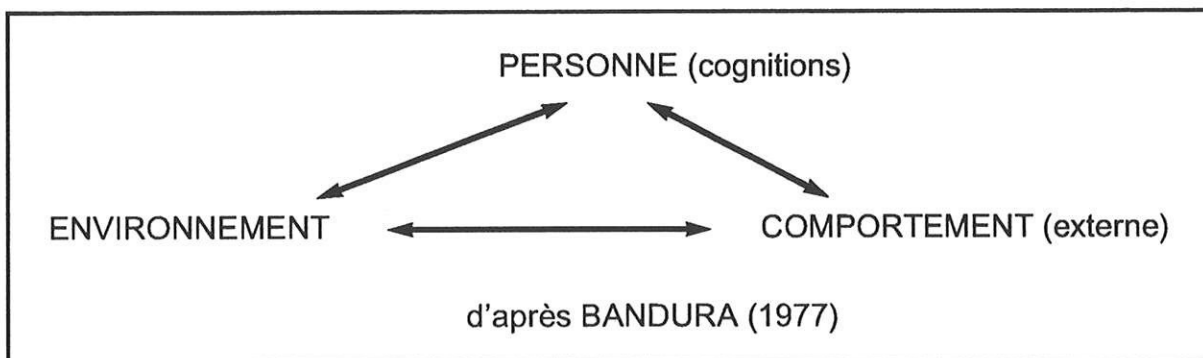


Tableau 5

Il s'agit d'un modèle complexe qui étudie les phénomènes sociaux d'apprentissage à partir d'une interaction entre l'individu, son système de pensée et son milieu extérieur. Il a montré la possibilité de créer des comportements agressifs ou au contraire de désinhiber des comportements phobiques par l'observation de modèles réels, symboliques (films) ou purement imaginaires.

Bandura insiste sur les notions d'anticipation et de renforcement différé comme étant fondamentales dans l'espèce humaine ainsi que sur le rôle de la conscience et de la personne sur la sélection des comportements qui ne s'opèrent pas de façon

purement mécanique mais fait appel aux images personnelles de ce qui est bien ou mal, bon ou mauvais, désirable ou indésirable...

Ceci signifie que le sujet élabore ses principes généraux à partir de l'observation de différentes expériences.

Le tableau 6 reprend le modèle de l'apprentissage social décrit par Bandura.

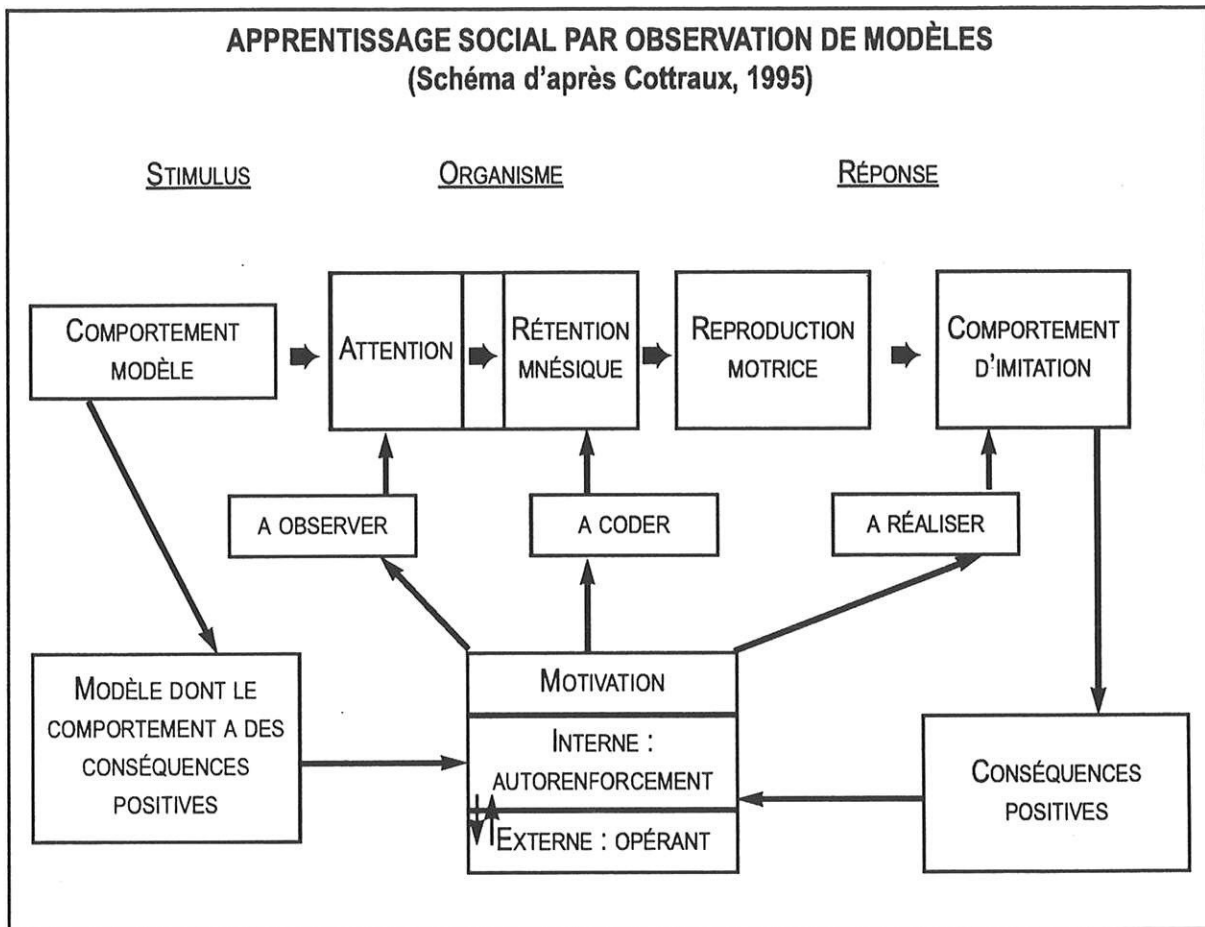


Tableau 6

En 1977 aussi, Bandura développe une théorie générale du changement psychothérapique en postulant une dimension particulière du fonctionnement mental : l'efficacité personnelle perçue. La perception de soi joue un rôle dans le changement, dans la mesure où le sujet se considère comme capable ou non d'émettre un comportement (attente d'efficacité) et pense que ce comportement aboutira ou non à un résultat (attentes de résultat). Le tableau 7 reprend cette théorie.



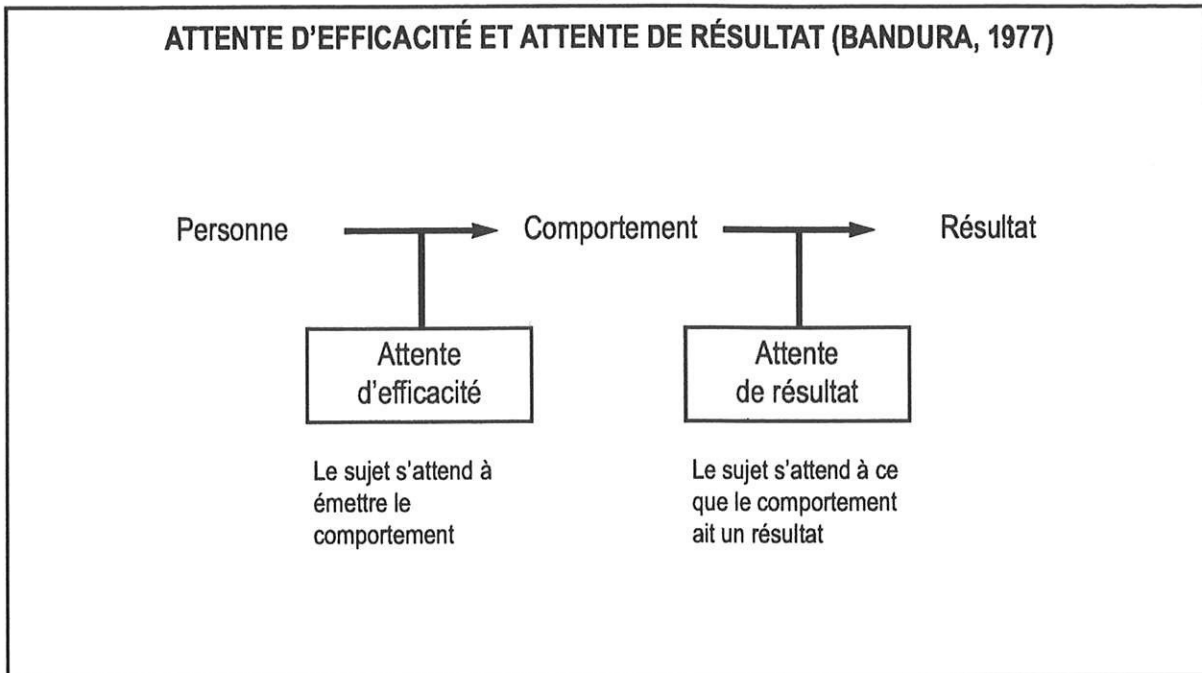


Tableau 7

Pour l'instant, les travaux expérimentaux n'ont pas permis de conclure au caractère central et universel de cette variable.

Cependant, la théorie de l'apprentissage social sert de base conceptionnelle aux interventions thérapeutiques cognitivo-comportementales et sut trouver des applications pratiques dans le traitement de l'anxiété phobique et de la dépression. Il s'agit d'une des premières théories de la cognition consciente.

Les modifications des événements cognitifs tels que sentiments, pensées, images, affects, entraînent une modification du comportement externe. Réciproquement, le changement de comportement externe permet une internalisation des sentiments, pensées, images, affects qui sont nouveaux ou ont été désappris du fait de conséquences négatives (Cottraux, 1993).

### III - LE SYNDROME D'AGORAPHOBIE

Notre travail porte sur le traitement cognitivo-comportemental du syndrome d'agoraphobie; aussi, dans les prochains chapitres, nous présentons ce syndrome puis sa prise en charge en thérapie comportementale et cognitive.

### 3 - 1 HISTORIQUE

Le terme d'agoraphobie est le plus souvent associé au nom de Westphal qui imposa le terme dans un article original paru en 1871 dans les «Archives de Psychiatrie et des Maladies Nerveuses». Cependant on retrouve la description clinique d'un cas identique par Hippocrate au V<sup>ème</sup> siècle avant J.C., dans son livre sur les épidémies (cité par Cottraux et Mollard, 1986). En 1621, Robert Burton, auteur de «Anatomy of Melancholy» décrit le cas d'un homme qui n'ose sortir de chez lui de peur de défaillir (Snaith, 1968). Mais c'est à Westphal en Allemagne et à Legrand du Saulle en France (ainsi qu'à Perroud) que revient le mérite d'avoir rassemblé ces observations et décrit les principales caractéristiques de ce syndrome.

#### 3 - 1 - 1 DESCRIPTION INITIALE

Alexander Carl Otto WESTPHAL (1833-1890) fut le premier titulaire de la chaire de neurologie à Berlin. Son œuvre neurologique est au premier plan. Il décrit le noyau oculomoteur qui porte son nom, la pseudo-sclérose et la perte des réflexes rotuliens dans le Tabès et son association à la paralysie générale (Cottraux, 1985a).

L'œuvre psychiatrique de Westphal est moins connue mais tout aussi importante puisqu'il a donné le nom d'Agoraphobie au syndrome qu'il décrivait. Deux ans auparavant, Benedict, sous le terme de «vertiges des places publiques» (Platzschwindel) avait rapporté le cas de patients évitant certaines situations; mais il avait attribué la sensation vertigineuse ressentie à un défaut de convergence dans le regard latéral (Boulenger et Uhde, 1987).

Westphal publia donc en 1871, sous le titre «Agoraphobie : un phénomène neuropathique» trois cas cliniques dont il décrit ainsi les caractéristiques communes : «...des patients qui viennent me consulter du fait d'un symptôme particulier consistant en l'incapacité d'affronter les espaces vides ainsi que certaines rues et du fait que cette peur entrave considérablement leur liberté de déplacement».

Les observations rapportées sont celles de trois hommes jeunes (24-32 ans) présentant à des degrés divers, un certain nombre de peurs relatives aux espaces vides, aux places, à certaines rues, aux théâtres, aux églises, aux voyages et à la

foule. Ces craintes peuvent s'accompagner d'attaque d'anxiété ou de symptômes hypocondriaques et occasionnellement, de la peur de perdre la raison et/ou le contrôle de son propre comportement, ce qui amène un des patients à éviter également les ponts dont il pense qu'il pourrait malgré lui sauter le parapet. Bien que l'évitement de ces situations soit le symptôme le plus évident, Westphal fait de la peur le symptôme central de l'agoraphobie : «Il n'a aucune idée de ce qui lui fait peur, c'est en fait la peur de la peur...» (...die Angst vor der Angst) (Bistagnin et Robert, 1993).

Boulenger et Uhde (1987) font remarquer que Westphal notait l'imprécision du terme d'agoraphobie qu'il avait choisi pour décrire ce syndrome : «Cette peur de traverser les espaces vides et des rues représente le phénomène principal, si bien que j'ai choisi le nom d'agoraphobie pour le désigner (...) bien qu'il ne soit pas entièrement satisfaisant, cette crainte étant également relative à d'autres situations».

Cette entité syndromique décrite par Westphal sera immédiatement accueillie avec succès et donnera lieu à un nombre considérable de publications notamment françaises. Un français, Perroud (1873), médecin de l'Hôpital de la Charité à Lyon qui jouxtait la célèbre place Bellecour («Place des Angoisses» selon l'écrivain lyonnais Reverdy) rapporte au psychiatre allemand sa propre statistique et souligne deux cas améliorés par une technique utilisant l'exposition graduée au stimulus anxiogène (Cottraux et Mollard, 1986).

Un autre Français, Legrand du Saulle (1878), dans une étude clinique intitulée «La Peur des Espaces (Agoraphobie des Allemands)» présente une description plus complète du syndrome illustrée de 17 observations (dont certaines tirées de l'article initial de Westphal).

Comme lui, il décrit un ensemble de peurs qui ne se limite pas seulement à la peur des places publiques évoquée par le terme d'agoraphobie : «...Le meilleur point de repère pour bien différencier cette maladie d'autres états cérébraux c'est qu'elle se reproduit sous l'influence de causes toujours identiques, en présence d'un espace déterminé et qu'elle cesse en dehors de cette circonstance».

Tout comme Westphal, Legrand du Saulle note la peur comme dénominateur commun à ces symptômes. Il fait une description très juste des raisons qui amènent

le patient à éviter des situations aussi diverses : «De quoi le malade a-t-il donc peur ? De divaguer, de pleurer (...) mais le plus souvent de la peur d'avoir peur. Dans un lieu fréquenté ou dans la foule, l'angoisse est absolument la même qu'en présence d'une place; elle s'impose soudainement et elle est amenée d'une façon presque invariable par ce raisonnement : «Je ne peux pas sortir, je vais avoir une crise, tout le monde va faire attention à moi et se moquer, je suis perdu!...».

De la même façon que son confrère allemand, Legrand du Saulle décrit le soulagement des symptômes par la présence d'une tierce personne, par l'absorption d'alcool, par la possibilité de s'appuyer sur un support matériel ou visuel pour affronter la situation phobogène.

Le neurologue français cite Cordes (1871) qui avait décrit un autre symptôme commun aux agoraphobes : la possibilité d'induire par un mécanisme purement cognitif les mêmes symptômes d'anxiété que ceux produits lors de la confrontation aux diverses situations phobogènes.

A la différence de son prédécesseur, Legrand du Saulle décrit l'agoraphobie idiopathique ou primitive à début brutal, surtout masculine, survenant à la suite d'émotions ou de stress variés. Il l'oppose à l'agoraphobie secondaire ou deutéropathique à prédominance féminine de début progressif, survenant chez des patients souffrant de longue date de symptômes neuropsychiatriques.

Il s'interroge tout comme le faisait Westphal sur le lien avec l'épilepsie de cette peur des espaces. Il décrit, d'autre part, l'aide que peut apporter le médecin au patient en ayant une attitude persuasive et en l'incitant à une confrontation progressive aux situations redoutées.

### 3 - 1 - 2 DESCRIPTIONS ULTÉRIEURES ET RECONNAISSANCE DÉFINITIVE DU SYNDROME D'AGORAPHOBIE

La description de cas d'agoraphobie est retrouvée dans la littérature spécialisée au début du vingtième siècle mais la spécificité du syndrome paraît alors se perdre dans une tentative d'explication plus globale de l'ensemble des problèmes névrotiques.

Les phobies sont à cette époque confondues avec les troubles obsessionnels et les rites compulsifs. Lempérière (1987) cite l'intervention de Jules Falret lors d'un débat passionné à la Société Médico-Psychologique en 1876. Celui-ci remettait en cause la pertinence de l'autonomisation de la catégorie clinique agoraphobie. Il critiquait la distinction entre l'agoraphobie et d'autres peurs morbides dont elle était souvent «solidaire». Rondepierre (1992) souligne que cette thèse l'emportera pendant près d'un demi-siècle.

On retrouve l'agoraphobie dans l'œuvre de Janet qui publie en 1903 : «Les obsessions et la psychasthénie». Il émet l'hypothèse psychodynamique que les phobies résultent de la baisse de la tension psychologique qui laisse apparaître des phénomènes psychiques inférieurs et se traduit par une «inquiétude excitante» et des «agitations émotionnelles forcées à formes systématiques» (Cottraux et Mollard, 1986). L'agoraphobie est, au même titre que les autres phobies et les angoisses, un des symptômes «positifs» d'une même «psychonévrose» : la psychasthénie.

Tout en constatant que l'agoraphobie est un trouble très fréquent, Janet ne lui accorde pas de statut particulier. Il décrit une caractéristique commune des peurs retrouvées : «Ce n'est pas précisément la grande place qui provoque la phobie mais l'impression de se trouver seul sans appui physique ou moral dans un endroit qui n'est pas familier». Il souligne la relation étroite de ces peurs avec les phobies de situation dites «physiques» telles que l'agoraphobie et la claustrophobie (classification des phobies de Janet).

A la même époque, il fallut à Freud une longue évolution pour qu'apparaisse enfin, dans l'élaboration de la théorie du père de la psychanalyse, la catégorie nosographique autonome de phobie et que se défassent les liens qui la maintenaient dans une dépendance étroite à d'autres classes telles la névrose d'angoisse ou les obsessions (différences qui apparaissent dans un article paru dans la Revue Neurologique en 1895).

Rondepierre (1992) explique que différentes étapes furent franchies par Freud pour arriver à l'autonomisation de la phobie et son inclusion dans la classe des névroses de transfert sous la dénomination d'Hystérie d'Angoisse. Cette dénomination ne survivra pas à Freud, la communauté psychanalytique lui préférera

le terme de Névrose Phobique. Freud met l'accent sur la similitude structurale qu'il confère à cette névrose avec l'Hystérie de Conversion. Dans l'hystérie d'angoisse, le conflit œdipien est projeté et déplacé dans le monde extérieur; le point de départ de l'angoisse est externe.

L'entité clinique autonome de la névrose phobique était alors élaborée et l'agoraphobie y trouvait sa place. Le modèle Freudien pouvait s'installer pour longtemps dans la psychiatrie européenne.

### 3 - 1 - 3 ASPECTS CONTEMPORAINS DE L'AGORAPHOBIE

Jusqu'aux années 1970, toutes les nosographies psychiatriques maintiennent une conception unitaire de la névrose comprenant les sous-catégories de névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle... On retrouvait notamment, cette classification, telle que l'avait conçue Freud, dans la Classification Française des Troubles Mentaux (I.N.S.E.R.M., 1968), dans le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders de l'Association Américaine de Psychiatrie (D.S.M.-II, 1968) ainsi que dans la Classification Internationale des Maladies publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (C.I.M.-9, 1975).

Au cours des trente dernières années, les travaux de la psychiatrie anglaise (Marks, 1969; Mowrer, 1960), d'inspiration comportementaliste, ont ramené l'attention sur les troubles phobiques. Leurs travaux ainsi que d'autres études (Snaith, 1968) ont démontré qu'il existe peu de rapport entre les situations craintes par les agoraphobes et celles craintes par les autres phobiques. La spécificité du syndrome d'agoraphobie a été par ailleurs confirmée par la stabilité du diagnostic au cours des années chez les mêmes patients (Marks, 1971; Emmelkamp et Kuipers, 1979).

Marks (1987a) suggère que l'angoisse est déclenchée par l'exposition aux stimuli phobogènes et par l'anticipation de ces situations (peur de la peur). Pour lui ce syndrome constitue le trouble phobique le plus invalidant entraînant généralement une invalidité sociale plus ou moins marquée. Pour Marks, la peur et l'évitement d'un ensemble particulier de situations constituent le facteur spécifique du trouble.



Cette hypothèse, l'opposera régulièrement aux théories de D. Klein. Les travaux de Donald Klein (Klein et Fink, 1962; Klein, 1964) ont bouleversé les conceptions actuelles des états anxieux et considérablement influencé les classifications de ces derniers. Klein et Fink, en 1962, mettent en évidence l'efficacité de l'imipramine dans la prévention des crises aiguës d'anxiété et dans la diminution progressive des comportements phobiques de patients hospitalisés de façon chronique. La constatation d'une amélioration progressive de la symptomatologie phobique des agoraphobes, une fois supprimées leurs attaques de panique, devait amener Klein à proposer une théorie évolutive de ces troubles dans laquelle les crises d'anxiété jouent un rôle primordial selon le schéma :

**Attaque de panique → troubles anxieux → agoraphobie**

Actuellement, même si ces deux hypothèses reconnaissent l'agoraphobie comme une entité autonome au sein des phobies, la place de cette entité par rapport au trouble panique est encore très largement débattue.

### **3 - 2 ÉPIDÉMIOLOGIE**

La prévalence de l'agoraphobie dans la population générale varie du simple au double selon les études. Lépine (1986) rapporte une estimation de 2 à 5 % de la population générale. Uhlenhuth et coll.(1983), à partir d'une enquête réalisée à l'aide de la Symptom Check-List 90 (S.C.L.90) donne une prévalence de 1,2% pour l'agoraphobie. Aux États-Unis, les résultats du programme E.C.A. (Epidémiologic Catchment Area Study) montrent sur trois centres une prévalence sur 6 mois de 2,7 à 5,8% (d'après Myers et coll., 1984). Une étude de Eaton et coll. (1991) donne une prévalence sur la vie entière de 5,3% tous sexes confondus. Nous constatons que les résultats varient du simple au double selon les études.

La prévalence de l'agoraphobie avec ou sans trouble panique est là aussi très variable d'une étude à l'autre. Marks (1986) souligne la relation étroite entre agoraphobie et états d'anxiété en rapportant l'existence de crises de panique dans les antécédents de 76 à 98% des agoraphobes. Dans le même temps, l'enquête de Zurich (citée par Chignon et Lépine, 1993) montre que la prévalence de

l'agoraphobie sans trouble panique est de 1,6% sur un an contre 0,7% pour l'agoraphobie avec trouble panique; ces résultats étant sensiblement comparables aux résultats de E.C.A. (Weissman et coll., 1985).

Par contre, la plupart des études rapportent une nette prépondérance féminine de l'agoraphobie estimée à environ 2/3 des cas (Marks, 1969; Thorpe et Burns, 1983). L'E.C.A. montre une prévalence sur toute la vie de 1,5 à 5,2% pour les hommes et de 5,3 à 12,5% pour les femmes (Robins et coll., 1984). Chignon et Lépine (1993) rapportent pour la population française une prévalence sur vie entière de 3,7% pour les hommes et de 9,9% pour les femmes.

L'âge de début se situe le plus souvent entre 20 et 35 ans, l'âge moyen de début des troubles étant retrouvé à 28 ans (Marks, 1971; Sheehan et coll., 1981; Thorpe et Burns, 1983).

Différentes études épidémiologiques ont montré une comorbidité entre l'agoraphobie et d'autres troubles anxieux. La plus intéressante est celle de Boyd et coll. (1984), lors de l'enquête E.C.A. qui a montré que :

- l'existence d'une agoraphobie multipliait par 18 le risque d'apparition d'un trouble panique,
- l'existence d'un trouble obsessionnel compulsif multiplie par 10,9 le risque d'apparition d'une agoraphobie.

### **3 - 3 ÉTHIOPATHOGÉNIE DE L'AGORAPHOBIE**

#### **3 - 3 - 1 ASPECTS FAMILIAUX ET GÉNÉTIQUES**

Les études génétiques apportent un éclairage intéressant à la discussion sur l'étiopathogénie. Harris et coll. (1983), dans une étude portant sur un nombre réduit de cas concluent au caractère familial de l'agoraphobie.

Torgersen (1990) a repris différentes études familiales réalisées chez des agoraphobes. Le résultat de ces études tendent à montrer un pourcentage nettement plus élevé (6 à 19%) de troubles phobiques chez les parents de premier degré des



agoraphobes que chez les sujets contrôles. Ces études ne font aucune distinction entre fréquence et risque morbide.

Torgersen en 1983 a étudié des jumeaux monozygotes et dizygotes. Ce travail tend à montrer que si l'anxiété généralisée ne relève pas que de facteurs génétiques, les attaques de panique isolées ainsi que l'agoraphobie avec attaque de panique en sont sûrement tributaires.

Des travaux ont essayé de relier l'agoraphobie ainsi que les attaques de panique au prolapsus de la valve mitrale (Kunter et coll., 1980 cité par Boulenger et Uhde, 1987). Une étude réalisée par Crowe (1980) ne confirme pas l'association névrose d'angoisse / prolapsus mitral.

Les études génétiques semblent être en faveur d'une possible prédisposition héréditaire dans la survenue d'une agoraphobie, notamment en association à des attaques de panique.

### 3 - 3 - 2 THÉORIE PSYCHANALYTIQUE

Les mécanismes propres de la névrose phobique sont le déplacement et l'évitement. Le déplacement est lié à la séparation entre l'affect et la représentation. L'affect (angoisse) est déplacé sur un objet déterminé, qui devient objet phobique et qui se substitue à l'objet original. La possibilité d'éviter l'objet d'angoisse est précisément consécutive au déplacement : l'angoisse est alors plus étroitement circonscrite. Ainsi un danger intérieur est projeté à l'extérieur et rattaché à une situation ou à un objet particulier.

Dans le cadre de l'agoraphobie, Freud explique que les limitations de déplacement des agoraphobes sont imposées par le Moi afin d'échapper à un danger pulsionnel qui est, en fait, la tentation de céder à des pratiques érotiques et masturbatoires. C'est le cas du «petit Hans» que décrit Freud (1992).

Ces pulsions réveilleraient la peur inconsciente de la castration et seraient à l'origine d'une certaine régression, d'un certain «retour vers l'enfance». L'agoraphobe est rassuré par la présence d'un compagnon de confiance («comme un petit enfant»), il ne peut s'éloigner d'une zone «familiale» au-delà d'une «certaine

distance» et ne peut pas aller dans des endroits où il ne connaît personne (Freud, 1926).

### 3 - 3 - 3 LE MODÈLE BIOLOGIQUE DE D. KLEIN

Les conceptions actuelles des états anxieux ont été profondément marquées par les travaux de Donald Klein.

Au début des années 1960, Klein démontre que l'imipramine (Klein et Fink, 1964) permettent de prévenir la récurrence des crises d'anxiété paroxystiques (qu'il appelle «attaque de panique») chez des sujets non dépressifs mais qui avaient développé des comportements agoraphobiques à la suite de la répétition des attaques de panique; les neuroleptiques et les sédatifs s'étaient révélés sans efficacité sur l'anxiété paroxystique. Les comportements phobiques furent plus longs à disparaître.

A partir de ces observations, Klein (1981, 1989) propose un modèle bio-comportemental des troubles anxieux basés sur le trouble panique. Le trouble panique se caractérise par la survenue répétée d'attaques de panique. Klein pense que celles-ci sont déterminées par un processus biologique, génétiquement conditionné, et qu'elles sont apparentées à l'angoisse de séparation décrite par Bowlby. Le trouble panique est une entité distincte du trouble anxieux généralisé qui se définit selon Spitzer et Williams (1984) par «une anxiété généralisée persistante, évoluant depuis au moins un mois, en l'absence de symptômes spécifiques de l'un des autres troubles anxieux».

Klein et ses collaborateurs attribuent au trouble panique le «primum movens» de l'agoraphobie. Ils pensent que la récurrence de l'attaque de panique va entraîner, secondairement :

- une anxiété chronique réactionnelle à la répétition des crises (anxiété anticipatoire),
- l'évitement de toute situation susceptible de laisser le patient sans recours lors de la survenue de nouvelles attaques de panique.

Le tout aboutit au développement d'une agoraphobie qui peut évoluer jusqu'à un stade où le patient ne quitte plus son domicile .Le D.S.M.-III-R. tend à reprendre



cette hypothèse étiopathogénique en distinguant le trouble panique avec ou sans agoraphobie.

En 1993, D. Klein présente une nouvelle théorie des attaques de panique : «the suffocation false alarm theory of panic» ou «la théorie de la fausse alarme (ou information) de suffocation (ou d'étouffement)». Il pense que beaucoup d'attaques de panique spontanées seraient liées à un «centre de suffocation», directement lié au taux de CO<sub>2</sub> et situé dans le cerveau. Celui-ci enverrait des signaux erronés de manque d'air et un «système d'alarme de suffocation» serait alors activé.

Il pense que certaines pathologies ou périodes de la vie peuvent être à l'origine d'un seuil bas pathologique d'alarme de suffocation pouvant entraîner une attaque de panique. Klein s'est particulièrement intéressé à l'étude d'enfants porteurs d'un syndrome congénital d'hypoventilation d'origine central, aux patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive ou une dyspnée, à la période de l'accouchement, de la grossesse ou du post partum.

Cette théorie est très critiquée aux Etats-Unis. Ley (1994) conclut dans un article qu'il n'existe aucun argument concernant un mécanisme d'alarme de suffocation (vraie ou fausse) ou un éventuel «centre de suffocation» relié au CO<sub>2</sub>.

### 3 - 3 - 4 LE MODÈLE PROPOSÉ PAR I. MARKS : L'HABITUATION

Marks (1986) reproche au modèle de Klein de donner trop d'importance aux «crises de panique», et de ne pas mettre en relief l'importance de l'évitement phobique, alors que, pour lui, celui-ci est la cause du handicap spécifique dont souffrent les phobiques. Sa présence est une condition essentielle au succès du traitement par exposition.

Pour lui, l'attaque de panique surviendrait rarement de façon spontanée mais est la plupart du temps déclenchée par un stimulus «phobogène» précis (paniques situationnelles), puis les mécanismes de conditionnement vont entraîner des troubles phobiques dont l'évitement est l'élément principal. Dans ce modèle, l'attaque de panique n'est pas génératrice du trouble phobique.

Marks donne pour argument l'existence d'agoraphobie sans attaque de panique spontanée, de rechute fréquente des troubles phobiques à l'arrêt du traitement médicamenteux et que ces mêmes troubles sont souvent accompagnés d'autres symptômes non spécifiques.

Ce sont la peur et l'évitement d'un ensemble particulier de situations sociales qui constituent le pivot central du syndrome agoraphobique selon Marks (1971).

### 3 - 3 - 5 LE MODÈLE PROPOSÉ PAR D. BARLOW : UN MODÈLE COGNITIF

Barlow en 1988, a présenté un modèle intégratif où différents niveaux sont mis en cause pour expliquer les attaques de panique et l'agoraphobie.

Ce modèle repose sur une vulnérabilité biologique qui serait en partie héréditaire. Cette vulnérabilité est activée par des événements de vie négatifs.

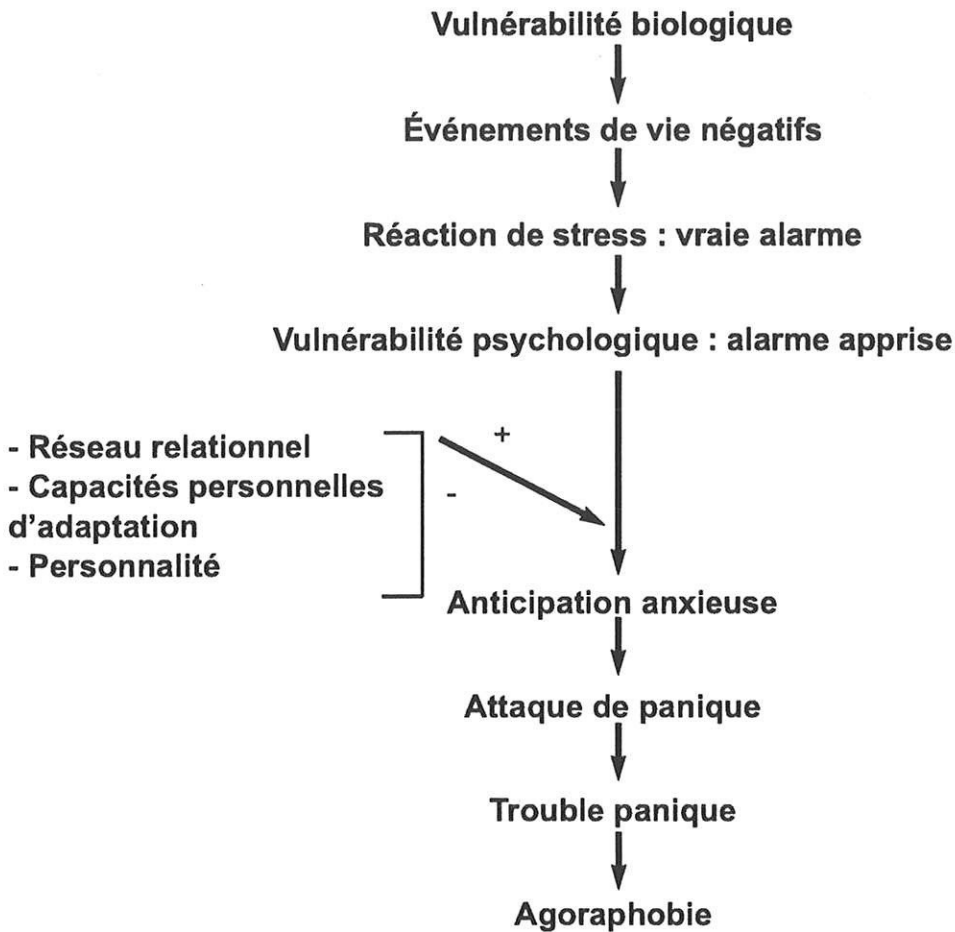
Sur cette vulnérabilité survient une réaction de stress (alarme vraie) déclenchée par un événement de vie. Le sujet le ressent comme une menace vitale. Ces réactions de stress sont telles qu'elles déclenchent de fausses alarmes, dans l'immédiat ou de façon différée.

Le stade suivant est celui de la vulnérabilité psychologique qui correspond à l'alarme apprise. Il s'installe une incapacité perçue de contrôle, le sujet est résigné, il se sent incapable de faire face au retour, toujours possible, de l'événement ayant déclenché la réaction de stress. Il y a alors une quête de réassurance, des évitements.

Il faut noter que l'état d'alarme peut être modulé par les capacités personnelles du sujet à mettre en place des stratégies d'ajustement au stress, par son réseau relationnel, par sa personnalité. Mais une fois établie la relation entre vulnérabilité biologique et vulnérabilité psychologique, le patient entre dans un cycle d'anticipation anxieuse chronique.

Cette structure cognitivo-affective est probablement stockée dans la mémoire à long terme, ce qui expliquerait le maintien des comportements irrationnels une fois l'événement de vie déclencheur résolu.

## Modèle de Barlow : un modèle cognitif



De nombreux arguments expérimentaux sont en faveur d'un modèle cognitif de l'attaque de panique. Plusieurs études montrent que des techniques neuropsychologiques qui activent des interprétations catastrophiques, augmentent la fréquence des attaques de panique, cependant que celles qui diminuent les interprétations catastrophiques font baisser le nombre des attaques de panique (Zinbarg et coll., 1992).

Cottraux (1993) exprime l'idée que ce modèle permet d'expliquer «la peur de la peur» en posant l'attaque de panique comme une sorte «d'hypocondrie aiguë» engendrant des interprétations fausses de sensations physiques qui auto-entretiennent ce phénomène de panique.

### 3 - 4 ASPECTS CLINIQUES

Le développement, ces dernières années, des thérapies comportementales et cognitives a de nouveau mis l'accent sur l'agoraphobie, car elles en sont un traitement de choix.

Les patients agoraphobes sont rarement vus en milieu psychiatrique. Ils consultent le plus souvent des médecins généralistes ou des psychiatres en ambulatoire (voir des cardiologues ou des internistes selon les symptômes présentés).

L'agoraphobie comporte trois composantes : l'anxiété anticipatoire, la réaction anxieuse elle-même (pouvant correspondre à une attaque de panique) et des conduites d'évitement qui permettent au patient de diminuer l'anxiété.

La symptomatologie phobique peut être d'intensité variable selon les patients, pouvant aller d'une simple sensation désagréable dans certaines situations spécifiques jusqu'à l'évitement complet de ces situations avec confinement au domicile.

La plupart des auteurs retrouvent dans la majorité des cas des facteurs précipitants au moment de l'apparition des premiers symptômes. (Uhde et coll., 1985 ; Thorpe et Burns, 1983). Ces facteurs précipitants peuvent être de plusieurs ordres : situations conflictuelles, événements traumatiques ou stressants (problèmes médicaux, partum et post partum, deuil, surmenage, séparation, déménagement,...). Il faut noter quelques cas où la première crise survient au décours d'une prise de toxique ou d'un sevrage.

#### 3 - 4 - 1 LES ÉLÉMENTS PHOBIQUES

L'agoraphobie sans trouble panique se définit selon le critère A du D.S.M.-III-R., comme *«la crainte de se retrouver dans des endroits ou situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper, ou dans lesquelles le sujet pourrait ne pas trouver de secours en cas de survenue brutale de symptômes pouvant l'embarrasser ou le priver de ses moyens»* (tableau 8).



**300.22 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'AGORAPHOBIE SANS  
ANTÉCÉDENT DE TROUBLE PANIQUE (D.S.M.-III-R.)**

**A.** Agoraphobie : crainte de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas de survenue brutale de symptômes pouvant embarrasser le sujet ou le priver de ses moyens. Exemples : des étourdissements ou des chutes, une dépersonnalisation, ou une déréalisation, une perte du contrôle sphinctérien, vésical ou intestinal, des vomissements ou une détresse cardiaque. Cette crainte entraîne une limitation des déplacements ou un besoin d'être accompagné en dehors du domicile; ailleurs, le sujet subit les situations génératrices d'agoraphobie bien qu'elles provoquent une anxiété intense. Les situations génératrices d'agoraphobie correspondent habituellement au fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

**B.** N'a jamais répondu aux critères du trouble panique

Tableau 8

**DIRECTIVES POUR LE DIAGNOSTIC DE L'AGORAPHOBIE (C.I.M.-10)**

Le diagnostic repose sur chacun des éléments suivants :

(a) les manifestations anxieuses, psychiques ou neurovégétatives, ne sont pas dues à d'autres symptômes, p. ex. des idées délirantes ou des pensées obsessionnelles;

(b) les symptômes anxieux surviennent exclusivement ou essentiellement dans au moins deux des situations redoutées suivantes : les foules, les endroits publics, les voyages, les déplacements sans accompagnement;

(c) l'évitement de la situation phobogène est, ou a été, au premier plan de la symptomatologie.

La présence ou l'absence d'un trouble panique (F41.0) dans la plupart des situations redoutées peut être spécifiée à l'aide du cinquième caractère du code :

F40.00 sans trouble panique

F40.01 avec trouble panique

Tableau 9

La C.I.M.-10 décrit l'agoraphobie comme «*un ensemble de phobies apparentes, en particulier la crainte de quitter son domicile, la peur des magasins, des foules et des endroits publics et la peur de voyager seul, en train, en autobus ou en avion (...)* l'agoraphobie constitue le plus invalidant des troubles phobiques, au point que certains sujets restent confinés à leur domicile. Les sujets sont parfois terrifiés à l'idée de s'évanouir dans un endroit public sans pouvoir être secourus. L'absence d'issue de secours facilement accessible représente une des caractéristiques clé de ces situations phobogènes». Le tableau 9 reprend les critères définissant la catégorie F40.0 agoraphobie.

L'agoraphobie comprend généralement un ensemble de peurs phobiques dont le nombre et la nature varient d'un patient à l'autre. Cependant, ces phobies présentent des points communs et s'associent pour former un syndrome unique différents des autres phobies sociales ou simples (Marks, 1986).

Boulenger et Uhde (1987) ont présenté les résultats d'une étude montrant les peurs les plus fréquemment rapportées par des sujets agoraphobes (tableau 10)

**Peurs les plus fréquemment rapportées par  
les patients souffrant de trouble panique  
avec agoraphobie (n=35)**

Conduite automobile	54 %
Magasins, centres commerciaux	43 %
Être seul	37 %
Être dans la foule, faire la queue	34 %
Quitter son domicile ou s'en éloigner	34 %
Restaurants, escaliers roulants	29 %
Médecins, dentistes	29 %
Être enfermé	23 %
Ponts, tunnels	20 %
Réunions, rencontrer des étrangers	20 %
Transports en commun	17 %
Voyages aériens	14 %
Hauteurs	14 %
Espaces vides ou ouverts	6 %

Tableau 10



Le diagnostic d'agoraphobie et les peurs constituant le syndrome semblent particulièrement stables au cours du temps pour un patient donné, même si l'ensemble des troubles varient de façon importante (Emmelkamp et Kuipers, 1979 ; Marks, 1986).

L'exposition aux stimuli déclenche inévitablement des manifestations anxieuses aiguës. L'anxiété anticipatoire (anticipation du retour d'une crise) s'associe d'abord aux situations dans lesquelles se produisent les crises, puis dans d'autres situations entraînant une généralisation des phobies. Les conduites d'évitement qui deviennent de plus en plus invalidantes (limitation des déplacements, quitter le domicile seul), amènent alors les patients à consulter.

Pour lutter contre la peur phobique, les agoraphobes développent des comportements, comme par exemple s'appuyer sur des personnes ou utiliser des objets dits contraphobiques. Le (ou la) conjoint(e) est souvent utilisé(e) comme élément contraphobique. Avec le temps, cet évitement massif peut aboutir à une véritable dépendance du patient, dont se plaint parfois l'entourage. On parle parfois de «housebound - housewife» pour les mères de famille agoraphobes avec confinement à domicile (Robert A.H., 1964; cité par Rondepierre, 1992)

### 3 - 4 - 2 LE TROUBLE PANIQUE ET ANXIÉTÉ ANTICIPATOIRE

Les manifestations anxieuses déclenchées par les situations phobogènes sont variables d'un sujet à l'autre. Dans la plupart des cas d'agoraphobie (76 à 98 % selon Marks 1986; plus de 90 % pour Boulenger et Uhde, 1987) il est retrouvé, dans les antécédents, des crises aiguës d'angoisse appelées attaques de panique pouvant s'intégrer dans un trouble panique.

Le trouble panique est défini selon le D.S.M.-III-R. comme la «*survenue, à un moment quelconque du trouble, d'une ou plusieurs attaques de panique (...) imprévisibles*». Il faut «*au moins quatre attaques, répondant à la définition en l'espace de quatre semaines ou une ou plusieurs attaques suivies d'une période d'au moins un mois comportant une crainte persistante d'avoir une nouvelle attaque*». Le tableau 11 reprend les critères du D.S.M.-III-R.

**CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE  
(D.S.M.-III-R.)**

- A.** Survenue, à un moment quelconque du trouble, d'une ou de plusieurs attaques de panique (périodes bien délimitées de crainte ou de malaise intenses).  
 (1) imprévisible, c.à.d. ne survenant pas immédiatement avant ou pendant l'exposition à une situation qui provoque une anxiété dans la plupart des cas et  
 (2) non déclenchée par des situations dans lesquelles le sujet est observé attentivement par autrui.
- B.** Au moins quatre attaques, répondant à la définition du critère A, en l'espace de quatre semaines, ou une ou plusieurs attaques suivies d'une période d'au moins un mois comportant une crainte persistante d'avoir une nouvelle attaque.
- C.** Survenue d'au moins quatre des symptômes suivants au moins au cours d'une des attaques :
- (1) sensations de «souffle coupé» (dyspnée) ou sensations d'étouffement
  - (2) étourdissements, sensations d'instabilité ou impression d'évanouissement
  - (3) palpitations ou accélération du rythme cardiaque (tachycardie)
  - (4) tremblements ou secousses musculaires
  - (5) transpiration
  - (6) sensation d'étranglement
  - (7) nausée ou gêne abdominale
  - (8) dépersonnalisation ou déréalisation
  - (9) sensation d'engourdissement ou de picotements (paresthésies)
  - (10) bouffées de chaleur ou frisson
  - (11) douleur ou gêne thoracique
  - (12) peur de mourir
  - (13) peur de devenir fou ou de commettre un acte non contrôlé

Tableau 11

**DIRECTIVES POUR LE DIAGNOSTIC DE TROUBLE PANIQUE (ANXIÉTÉ  
ÉPISODIQUE PAROXISTIQUE) (C.I.M.-10)**

Le diagnostic repose sur l'existence de plusieurs attaques sévères d'anxiété neurovégétatives en l'espace de quatre semaines :

- (a) survenues dans des situations n'impliquant pas de danger réel
- (b) non limitées à des situations phobogènes connues ou prévisibles
- (c) avec des intervalles relativement libres, c.-à.-d. sans manifestations anxieuses entre les attaques (encore qu'il existe souvent une anxiété anticipatoire entre deux attaques).

Tableau 12

La C.I.M.-10 explique que les *«caractéristiques essentielles de ce trouble sont des attaques récurrentes d'anxiété sévères (attaques de panique), ne survenant pas exclusivement dans une situation particulière ou dans des circonstances déterminées, et dont la survenue est de ce fait, imprévisible»*. Dans la C.I.M.-10, un diagnostic principal de trouble panique n'est justifié que si les attaques de panique surviennent en l'absence des phobies. Le tableau 12 reprend les directives pour le diagnostic (F41.0)

Dans la plupart des cas, les agoraphobes se souviennent précisément de la première crise d'angoisse ou attaque de panique. Le plus souvent, il y a répétition de cette crise avec développement d'une anticipation du retour de cette dernière. En quelques heures, semaines ou plus lentement sur plusieurs années se développe un syndrome agoraphobique.

Cependant, la plupart des patients décrivent deux types de crise :

- des crises imprévisibles, brutales, ressemblant à la première crise d'angoisse ou attaque de panique (pouvant aboutir à un trouble panique).
- des crises apparaissant dans les situations phobogènes, qui semblent résulter d'une aggravation progressive de l'anxiété anticipatoire pouvant aboutir à une attaque de panique.

Les agoraphobes sans trouble panique ne relèveraient que du deuxième type de crise décrit.

Dans tous les cas l'anticipation du retour des crises entraînent les conduites d'évitement et le développement des «systèmes» contraphobiques.

### 3 - 4 - 3 ASPECTS ÉVOLUTIFS

#### A. LES ÉTATS DÉPRESSIFS

Les états dépressifs émaillent souvent l'évolution d'une agoraphobie (avec ou sans trouble panique). La comorbidité entre dépression et trouble anxieux est d'ailleurs bien connue et documentée (se référer à Lépine et Chignon, 1994).

Il peut s'agir d'état dépressif majeur répondant aux critères du D.S.M.-III-R., mais le plus souvent il s'agit d'épisode dépressif sans idée suicidaire, ni inhibition

psychomotrice majeure. On retrouve des réveils précoces, des troubles de l'alimentation, une certaine lassitude ou découragement.

Ces éléments dépressifs sont importants à repérer car leur présence tend à aggraver la symptomatologie phobique et les conduites contraphobiques ou d'évitement (Pena y Lillo, 1976).

#### B. AUTRES ASPECTS ÉVOLUTIFS

Les principales évolutions possibles du trouble agoraphobe en dehors des états dépressifs, sont surtout le développement de conduites addictives telles l'alcoolisme et les abus médicamenteux. Les patients recherchent des doses croissantes d'anxiolytiques (alcool ou médicaments) pour traiter leurs crises, cependant cela n'aboutit qu'à un effet transitoire. Il peut y avoir développement d'une dépendance liée à la recherche permanente d'une action anxiolytique. D'après Boulenger (1987), l'alcoolisme secondaire à la survenue de trouble panique serait le plus souvent caractérisé par «des conduites d'alcoolisation intermittentes et d'allures dipsomaniaques».

### 3 - 5 NOSOGRAPHIE

#### 3 - 5 - 1 NOSOGRAPHIE CLASSIQUE

Dans la classification classique, l'agoraphobie se situe au niveau des névroses, par opposition aux psychoses car elles n'entraînent pas de distorsion importante du sens réel, et que le névrosé est en général conscient du caractère pathologique de ses troubles.

On classe les névroses selon le symptôme prédominant. Dans les états névrotiques non structurés, l'angoisse est la principale manifestation pathologique : il s'agit essentiellement de la névrose d'angoisse. Dans les névroses structurées, (Bergeret, 1985), les symptômes plus ou moins stables et élaborés sont destinés à éliminer ou à réduire l'irruption de l'angoisse. Ce sont les névroses hystériques, les névroses phobiques et les névroses obsessionnelles.

La névrose phobique est définie par la systématisation de l'angoisse sur les personnes, les choses, les situations ou les actes qui deviennent l'objet d'une terreur paralysante (Ey, Bernard et Brisset, 1989). L'agoraphobie est classée dans les phobies de situation sous le nom de phobie de l'espace. Les autres catégories de phobie sont les phobies des objets et les phobies des animaux. L'évolution peut être une extension des phobies jusqu'à la pantophobie (Bergeret, 1985).

### 3 - 5 - 2 CLASSIFICATION FRANÇAISE DES TROUBLES MENTAUX

Cette classification de l'I.N.S.E.R.M. (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale) date de 1968 et comporte 20 catégories diagnostiques subdivisées en sous catégories permettant d'individualiser les principales entités qui les constituent.

Pichot, dans la préface du mini D.S.M.-III-R 1989, écrit que «son intérêt était limité par le fait qu'il ne s'agissait que d'une liste des termes diagnostiques dont le contenu n'était pas défini». L'agoraphobie y apparaît dans la catégorie 10 «Névroses et états névrotiques» et plus précisément dans la sous catégorie 10.2 «Névrose phobique».

### 3 - 5 - 3 D.S.M.-III-R. ET D.S.M.-IV.

En 1980, l'Association Américaine de Psychiatrie publie la troisième version du Diagnostic and Statistic Manuel of mental disorders (D.S.M.-III). Il résulte du travail de nombreux comités d'experts américains placés sous la direction de Robert L. Spitzer. Il repose sur l'élimination de tout a priori théorique. Il définit un diagnostic multiaxial en cinq axes.

Axe I : Syndromes cliniques.

Axe II : Troubles de la personnalité et troubles spécifiques du développement.

Axe III : Affections et troubles physiques.

Axe IV : Sévérité des facteurs de stress psychosociaux.

Axe V : Évaluation globale du fonctionnement adaptatif.

Le D.S.M.-III conçu au départ pour être un instrument destiné aux psychiatres américains a connu un immense succès international et a été traduit dans de nombreuses langues (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux pour la version française).

L'emploi du D.S.M.-III a rapidement mis en évidence certaines insuffisances dans sa présentation et son contenu. En 1983, l'Association Américaine de Psychiatrie décide de publier en 1987 une version révisée du D.S.M.-III, le D.S.M.-III-R. Les modifications portent sur la définition de certains critères diagnostiques, sur des modifications de vocabulaire. Certaines catégories ont été introduites et d'autres simplifiées. L'usage du D.S.M.-III-R. s'est rapidement généralisé au niveau international comme le D.S.M.-III.

En 1994, est parue aux États-Unis la 4<sup>ème</sup> édition du D.S.M. qui affine encore les critères diagnostiques car il tient compte des nombreuses études publiées depuis 1987.

L'agoraphobie paraît dans le D.S.M.-III-R. au niveau de l'axe I au chapitre «*Trouble anxieux (états névrotiques anxieux et phobiques)*». La classification est la suivante :

- 300.21 Trouble panique avec agoraphobie
- 300.01 Trouble panique sans agoraphobie
- 300.22 Agoraphobie sans antécédent de trouble panique
- 300.23 Phobie sociale
- 300.29 Phobie simple
- 300.30 Trouble obsessionnel compulsif (ou névrose obsessionnelle compulsive)
- 309.89 État de stress post traumatique (trouble)
- 302.02 Anxiété généralisée (trouble)
- 300.00 Trouble anxieux non spécifié

Nous reviendrons sur le D.S.M.-III-R. et le D.S.M.-IV plus loin.

### 3 - 5 - 4 C.I.M.-10

La Classification Internationale des Maladies (C.I.M.), proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé est un instrument qui vise surtout à l'uniformisation des critères diagnostiques et leur exploitation statistique dans un but



épidémiologique. Les experts internationaux ont souhaité mettre au point une classification de consensus utilisable dans tous les États membres de l'O.M.S.

La C.I.M. est régulièrement révisée. La dernière classification en date est la C.I.M.-10, 10<sup>ème</sup> révision de cette classification qui est parue en 1992 dans sa version française définitive.

Les troubles mentaux et les troubles du comportement correspondent au chapitre V (F). De F40 à F48 sont regroupés «*les troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes*».

On y retrouve diverses sous catégories répertoriées comme suit :

F40 - Troubles anxieux phobiques

F40.0 Agoraphobie

.00 sans trouble panique

.01 avec trouble panique

F40.1 Phobies sociales

F40.2 Phobies spécifiques (isolées)

F40.8 Autres troubles anxieux phobiques

F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision.

F41 - Autres troubles anxieux

F42 - Trouble obsessionnel compulsif

F43 - Réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation

F44 - Troubles dissociatifs (de conversion)

F45 - Troubles somatoformes

F48 - Autres troubles névrotiques

### 3 - 5 - 5 COMPARAISON DU D.S.M.-III-R., DU D.S.M.-IV ET DE LA C.I.M.-10

Nous nous aiderons du tableau 13 adapté de celui de Wittchen (dans les cahiers de psychiatrie CINP, 1994)

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES APPROCHES DES TROUBLES ANXIEUX		
État-Unis D.S.M.-IV	État-Unis D.S.M.-III-R.	Europe C.I.M.-10
Troubles anxieux		Troubles névrotiques, troubles liés au stress et troubles somatoformes
300.01 Trouble panique sans agoraphobie	300.01 Trouble panique sans agoraphobie	F40 Troubles phobiques 0. agoraphobie ±trouble panique 1. phobies sociales 2. phobies spécifiques autres
300.21 Trouble panique avec agoraphobie	300.21 Trouble panique avec agoraphobie	
300.22 Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	300.22 Agoraphobie sans antécédents de trouble panique	F41 Autres troubles anxieux 0. trouble panique 1. trouble anxieux généralisé 2. trouble mixte anxio-dépressif -autres
300.29 Phobie spécifique	300.29 Phobie spécifique	
300.23 Phobie sociale	300.23 Phobie sociale	
300.3 Trouble obsessionnel compulsif	300.3 Trouble obsessionnel compulsif	F42 Trouble obsessionnel compulsif - sous types
309.81 État de stress post- traumatique	300.89 État de stress post- traumatique (trouble)	F43 Réaction à un stress sévère, troubles de l'adaptation 0. réaction de stress aiguë 1. état de stress post- traumatique 2. troubles de l'adaptation avec humeur anxieuse - autres
308.3 État de stress aigu		
300.02 Trouble anxiété généralisée	300.02 Anxiété généralisée (trouble)	
293.89 Trouble anxieux secondaire à ...	300.00 Trouble anxieux non spécifié	F44 Troubles dissociatifs (conversion)
300.00 Trouble anxieux non spécifié		F45 Troubles somatoformes
300.24 Trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse		F48 Autres troubles névrotiques

Tableau 13

De nombreux auteurs tels Boulenger et Uhde (1987), Lépine et Chignon (1988), Bistagnin et Robert (1993) ou Wittchen (1994) opposent les deux grandes classifications. Le D.S.M.-III-R. de même que le D.S.M.-IV tendent à représenter la conception américaine des troubles anxieux. Ces derniers au sein de la C.I.M.-10



seraient plus largement déterminés par les concepts européens. Cela s'explique par un historique et des traditions différents qui en dépit d'une volonté d'uniformisation continuent encore à s'exprimer aujourd'hui.

Ces différences s'expriment notamment au niveau des troubles anxieux, l'anxiété ayant été définie différemment selon les écoles. La C.I.M.-10 est encore influencée par le concept de névrose de la nosographie classique, alors qu'un des principes de base des D.S.M.-III-R. ou IV est l'élimination a priori de toute théorie. De plus la classification américaine définit un diagnostic multiaxial prenant en compte les facteurs sociaux.

Les critères diagnostiques sont souvent différents dans les deux classifications, ce qui explique parfois les discordances retrouvées dans les enquêtes épidémiologiques en population générale. Wichtten (1994) cite en particulier le cas des troubles anxieux généralisés.

Les approches cliniques différentes se font ressentir aussi sur la nosographie de l'agoraphobie. La place de cette entité clinique (reconnue par tous comme autonome) par rapport au trouble panique est encore très controversée. Certains auteurs, comme D. Klein (1981) en font actuellement une des modalités évolutives des troubles anxieux paroxystiques (ou attaque de panique), suivant le schéma :

**Attaque de panique → troubles anxieux → agoraphobie**

Cette théorie psychopathogénique sous-tend les différents systèmes nosographiques utilisés actuellement aux États-Unis, notamment le D.S.M.-III-R. et le D.S.M.-IV.

En revanche, des auteurs comme Marks (1987b) et Margraf (1986) suggèrent que le trouble phobique est le noyau central de la séquence d'apparition des troubles : le patient ressent une attaque de panique dans un lieu donné parce qu'il est exposé à une situation phobogène, ce dont il n'a pas obligatoirement conscience; l'attaque se produit chaque fois que la patient est exposé à cette situation. Pour ces auteurs, l'apparition de l'agoraphobie n'est donc pas une «construction» cognitive secondaire, mais bien l'organisateur du trouble anxieux. Cette hypothèse sous-tend la place de l'agoraphobie dans la C.I.M.-10.

Entre le D.S.M.-III-R. et le D.S.M.-IV la classification de l'agoraphobie varie peu. Les différences en ce qui concerne les troubles anxieux sont plus notables sur le stress post-traumatique. D'ailleurs, la classification des troubles anxieux tend à s'affiner avec l'apparition de nouvelles catégories.

### 3 - 5 - 6 CLASSIFICATION PROPOSÉE PAR I. MARKS

Marks dans son livre «Fears and Phobias» (1969) propose une nouvelle classification des phobies. Cette distinction entre les différents troubles phobiques «s'appuie non seulement sur des critères cliniques et évolutifs mais également sur les résultats d'analyses factorielles des peurs spécifiques existant dans la population générale ou chez les sujets phobiques» (Boulenger et Uhde, 1987).

#### 1. phobies externes

- phobie des animaux
- phobies sociales (peur de rougir, de vomir en public)
- agoraphobie
- autres (phobie des hauteurs, du vent, de la noirceur, du tonnerre, etc...)

#### 2. phobies internes

- phobie des maladies (cancer, cardiopathie, maladies vénériennes)
- phobies obsessionnelles (peur de tuer son enfant, de blasphémer, de faire des gestes obscènes, de contaminer les autres, souvent associées à des phénomènes obsessionnels compulsifs).

## IV - PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AGORAPHOBE EN THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE

Un des principaux critères de prise en charge d'un patient en thérapie est son désir réel de changement.

L'agoraphobie peut être envisagée selon trois axes :

- l'évitement
- l'angoisse anticipatoire et panique (avec ses conséquences physiologiques)
- l'aspect cognitif qui a trait aux images, représentations et pensées.

L'un des trois axes peut prédominer sur les deux autres, mais ils doivent être tous recherchés.

Cette prise en charge, en thérapie comportementale et cognitive comprendra quatre phases que nous détaillerons :

- L'analyse fonctionnelle qui sera menée d'une manière rigoureuse et qui cherchera à mettre en évidence les différentes interactions entre comportement, cognitions et émotions.

- La définition des objectifs recherchés dans la thérapie et qui sont clairement et contractuellement précisés entre le patient et le thérapeute

- Après les deux premières phases seulement interviendra la mise en place d'une ou de plusieurs techniques comportementales et cognitives choisies et adaptées en fonction du patient et du problème posé.

- La quatrième phase consistera en l'évaluation des résultats obtenus en fonction des objectifs définis, notamment à l'aide de différents questionnaires et échelles.

#### 4 - 1 L'ANALYSE FONCTIONNELLE

L'analyse fonctionnelle représente une méthode clinique d'étude des comportements problèmes que présente le patient, dans le but d'isoler des hypothèses. Elle a pour but d'obtenir des informations sur le (ou les) comportement(s) problème(s), les conditions et situations d'apparition, leurs conséquences (évitements, relations sociales,...) ainsi que de rapporter d'autres variables (cognitions, émotions, réponses physiologiques...)

Pour recueillir ces différentes informations, nous demandons au patient de tenir un journal de thérapie où il note l'ensemble des problèmes, les situations, les évitements, les cognitions.

Nous reportons ensuite l'ensemble de ces données recueillies pendant deux à trois semaines dans une grille d'analyse. Nous présenterons la grille S.E.C.C.A. (tableau 14) proposée par Cottraux et coll. (1985). Elle précise les interactions entre Stimulus, Émotions, Cognitions, Comportement et Anticipation.

Cette grille comprend une partie synchronique (éléments actuels) et une partie diachronique (éléments historiques). D'autre part, avec les informations recueillies

sur plusieurs semaines, nous établissons une ligne de base, correspondant à la cotation sur une échelle de 0 à 8 de l'anxiété, des attaques de panique, de l'évitement dans les situations problèmes.

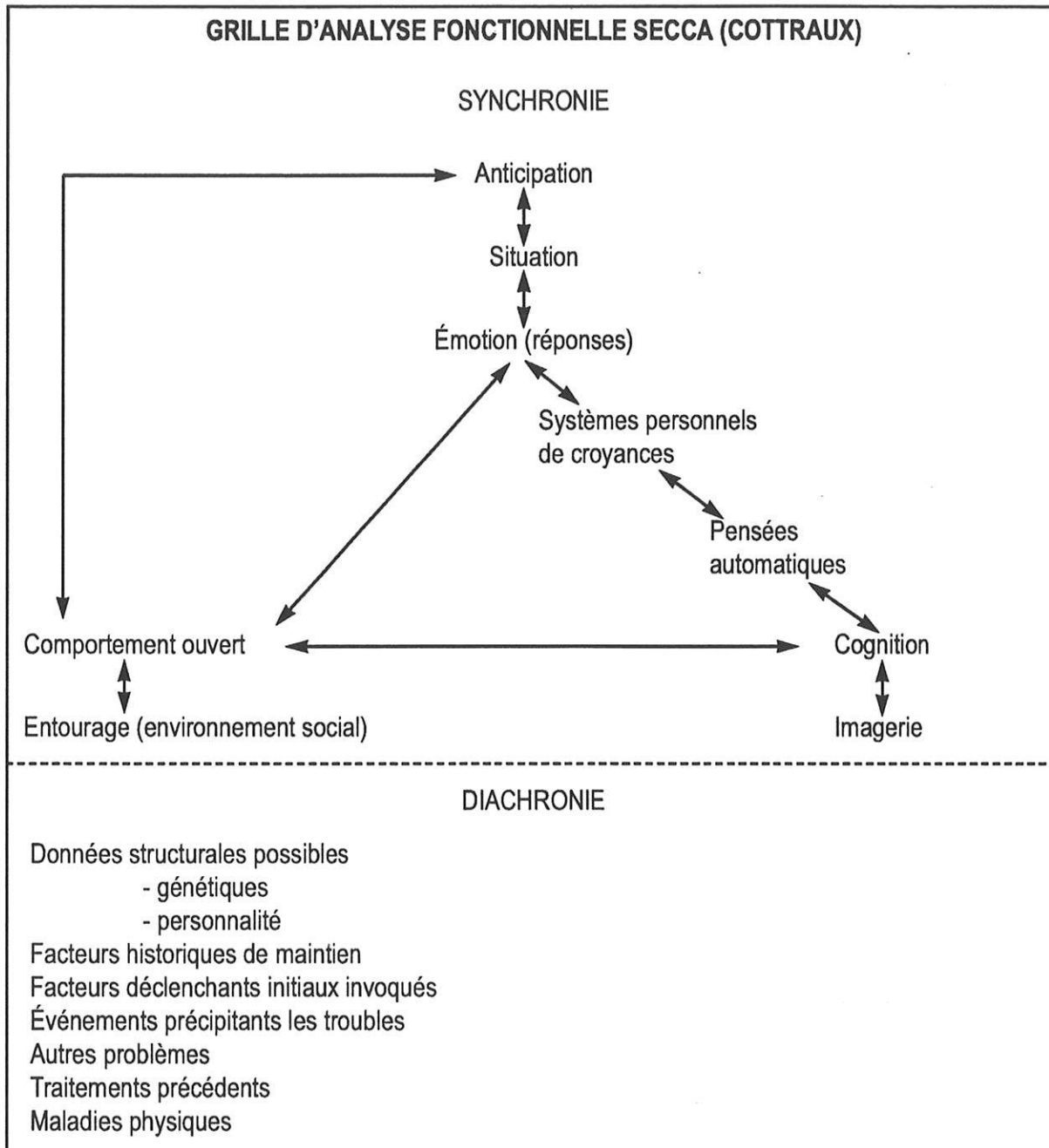


Tableau 14

## **4 - 2 DÉFINITION DES OBJECTIFS**

Après quelques entretiens et une explication des principes de la psychothérapie comportementale et cognitive appropriée à son trouble, une hypothèse de travail est proposée et discutée avec le patient.

Le thérapeute et le patient définissent clairement les objectifs à atteindre (exemple pour un agoraphobe : sortir seul de chez lui, pouvoir reprendre une activité professionnelle,...).

Il est aussi établi avec le patient une hiérarchie de situations phobogènes (qui va de 0 à 100) de la moins perturbante à la plus anxiogène pour lui.

## **4 - 3 THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE**

Nous décrivons brièvement les différentes techniques proposées dans le traitement de l'agoraphobie, qu'elle soit ou non associée à un trouble panique. Selon les symptômes présentés par le patient et sa réaction au traitement proposé, le thérapeute choisira l'une ou plusieurs des techniques. A la fin de chaque séance, il est déterminé une tâche à réaliser pour la prochaine séance (remplir le journal de thérapie, relaxation à la maison, exposition à un stimulus anxiogène,...).

### **4 - 3 -1 LA RELAXATION**

On utilise le training autogène de Schultz ou une relaxation de type Jacobson. On demande au patient de la pratiquer à domicile une fois par jour. Parfois la relaxation, peut déclencher chez certains patients, des attaques de panique. D'autres n'arrivent pas à obtenir un état de relaxation suffisant. Dans ces deux cas, cette technique n'est pas utilisée.

## 4 - 3 - 2 MODIFICATION DES ATTAQUES DE PANIQUE

### A LA RÉGULATION RESPIRATOIRE OU CONTRÔLE RESPIRATOIRE

Salkowskis et Clark (1988) ont démontré la relation entre hyperventilation et attaque de panique. Ils ont montré l'efficacité de l'information au patient, de cette association entre hyperventilation avec tachycardie et symptômes physiques et psychiques de l'anxiété. Ainsi, il existe une dédramatisation du trouble. On apprend au patient une respiration lente et superficielle (appelée contrôle respiratoire) qui lui permet d'atténuer puis de faire disparaître l'hyperventilation et donc certains symptômes de l'anxiété.

### B LES TECHNIQUES VAGALES

Nous avons vu qu'il existe souvent une accélération cardiaque lors de l'attaque de panique, ce qui tend à aggraver l'angoisse déjà existante. La méthode de Vasalva permet de réduire rapidement la fréquence cardiaque. On demande au patient de gonfler le ventre et de tenir trois à cinq secondes cette hyperpression abdominale. On constate alors un ralentissement cardiaque. On demande au patient de répéter cette manœuvre une dizaine de fois au décours de la crise d'angoisse.

Cette technique simple permet au patient de contrôler un des effets physiologiques de l'attaque de panique. Il prend ainsi confiance dans sa capacité à modifier, à contrôler ses attaques de panique.

## 4 - 3 - 3 EXPOSITION AUX SITUATIONS ANXIOGÈNES

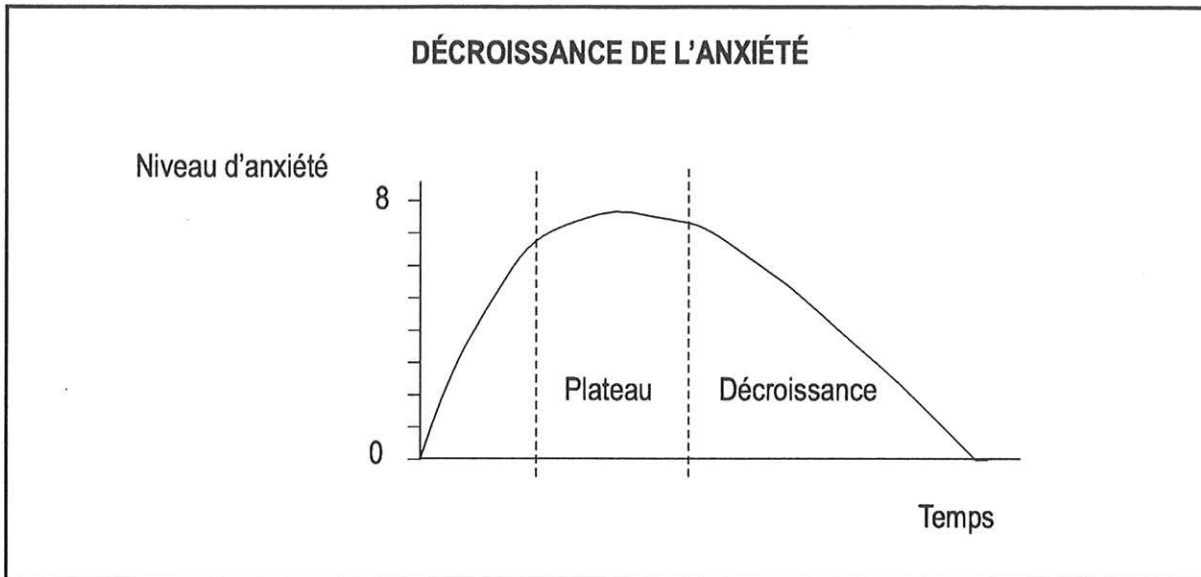
### A IMPLOSION OU «FLOODING»

On présente verbalement au patient la situation anxiogène (déterminée à l'avance) en précisant l'émotion ressentie. L'exposition en imagination est prolongée jusqu'à ce que l'anxiété ait diminué de moitié (sur une échelle de 0 à 8) par rapport à l'anxiété initiale (c'est-à-dire au moment où la scène est suggérée).

On peut schématiser (tableau 15) de façon simple la décroissance de l'anxiété. Ce schéma permet au patient de comprendre qu'après une «bouffée d'angoisse»,

celle-ci va atteindre un palier avant de diminuer progressivement alors qu'il se trouve toujours dans la même situation.

On répète cette séquence aux séances suivantes jusqu'à ce que le patient puisse affronter la situation in vivo.



**Tableau 15**

#### B EXPOSITION GRADUÉE EN IMAGINATION OU DÉSENSIBILISATION SYSTÉMATIQUE

Après une relaxation de quelques minutes, on présente verbalement au patient une scène anxiogène (déterminée à l'avance) à laquelle il s'habitue progressivement. Au cours de la séance, on peut présenter une ou plusieurs situations.

Au fur et à mesure des séances, la ou les scène(s) choisie(s) est(ont) de plus en plus élevée(s) dans la hiérarchie préétablie de situations phobogènes (cotées de 0 à 100). Dans le même temps, le sujet doit affronter progressivement les situations anxiogènes in vivo.

Cette technique, comme la précédente, ne peut s'utiliser si le sujet ne parvient pas à imaginer les scènes ou ne ressent pas d'anxiété à l'évocation des situations.

#### C EXPOSITION GRADUÉE IN VIVO

Elle est le fil conducteur de toute thérapie comportementale et cognitive. Le thérapeute, de façon très empathique, encourage le patient à affronter



progressivement les situations anxiogènes. Il est demandé au patient d'utiliser l'ensemble des techniques de contrôle qu'il a apprises. Les progrès sont renforcés positivement.

Chaque exposition est discutée pendant la séance et le patient ne s'expose que s'il se sent capable et souhaite le faire. On peut utiliser le modeling de participation où le thérapeute (ou le conjoint) précède le patient dans la situation réelle, lui sert de modèle, l'aide et le renforce dans l'exposition à la situation.

#### 4 - 3 - 4 LES TECHNIQUES COGNITIVES

Les techniques cognitives visent à rendre le patient attentif aux pensées automatiques (monologue intérieur) et aux postulats qui font référence le plus souvent à la notion de danger. «Le patient apprendra à attribuer les sensations physiques à l'anxiété et non à une maladie physique grave (infarctus) ou à un état psychiatrique grave» (Ladouceur, Fontaine, Cottraux, 1995).

Différentes techniques existent pour mettre à jour les pensées automatiques.

##### A LA TECHNIQUE DE LA FLÈCHE DESCENDANTE

La technique de la flèche descendante (Blackburn et Cottraux, 1988) consiste, à partir des pensées automatiques survenant au cours d'une situation anxiogène (exemple : «je vais faire un malaise») de demander au patient la pire des conséquences de ce malaise et ce que cela représente pour lui (exemple : «tout le monde va me regarder»). Il lui est alors demandé la pire conséquence de cette première conséquence, et ainsi de suite...

On essaye de cette façon de parvenir au noyau central de la pensée phobogène et de formuler le schéma (c'est-à-dire la règle générale).

##### B L'IMAGINATION

On fait imaginer au patient une scène très anxiogène, et on lui demande les pensées automatiques qui lui viennent à l'esprit alors qu'il ressent une forte émotion. On peut également le faire quand le patient, au cours de l'entretien, montre une émotion intense.



## C LES FICHES D'AUTOENREGISTREMENT A 3 COLONNES DE BECK

Le patient, quand il rencontre une situation anxiogène, la décrit sur une feuille (annexe 2) ainsi que les émotions ressenties et essaie d'y associer les pensées automatiques. On met ainsi en évidence le lien entre émotions, cognitions et comportements.

Les pensées automatiques se regroupent donc en schéma(s) qui engendrent le comportement et qui a (ou ont) pour objet d'éviter ou de maîtriser les dangers imaginaires. Petit à petit, il sera possible de comprendre ou de modifier le ou les postulats en discutant des arguments pour ou contre, en discutant des avantages, à court, moyen et long terme du maintien du comportement phobique. Une fois les pensées dysfonctionnelles discutées et remises en question par le patient, il est nécessaire de recourir à l'exposition en imagination et surtout à l'exposition in vivo avec affrontement progressif d'une situation redoutée.

#### 4 - 4 ÉVALUATION DES RÉSULTATS

Un des principes fondamentaux des thérapies comportementales et cognitives est que leurs effets soient vérifiables, ce qui nécessite donc l'évaluation des résultats. Cette évaluation portera aussi bien sur les comportements, les cognitions que sur les tests de personnalité.

Cette évaluation se fera bien sûr à l'aide d'entretiens avec le patient (parfois également avec son entourage), mais aussi à l'aide de questionnaires et d'échelles.

Ces moyens psychométriques servent essentiellement d'éléments d'appréciation de l'impact du traitement sur la modification du comportement problème présenté ainsi que des cognitions et des tests de personnalité.

Les questionnaires et échelles sont remplis avant le traitement (pré test), à la fin du traitement (post test) et en post-cure à six mois et un an (afin d'évaluer le maintien voire l'amélioration des résultats).

#### 4 - 5 RÉSULTATS DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

O'Sullivan et Marks (1990) ont repris dix études de suivi de 1 à 9 ans concernant le traitement d'agoraphobes par exposition in vivo (associé ou non à des psychotropes). Cette revue donnait comme résultats :

- Nombre de sujets suivis : 474 / 553
- Améliorations importantes : 76 % en moyenne
- Absence de tout symptôme : 18 à 27 %
- Perdus de vue : 12 % (thérapie comportementale seule)  
25 à 40 % (antidépresseur associé)
- Rechute sur 9 ans :
  - Dépression ou agoraphobie : 25 %
  - Problèmes psychologiques divers : 50 %

D'une façon générale, les traitements ayant pour voie finale commune l'exposition in vivo aux situations anxiogènes donnent chez les patients qui terminent le traitement, des améliorations dont le taux se situe entre 60 et 70% (Emmelkamp et Kuipers, 1979; Klosko et coll., 1990).

La récente étude de Cottraux et coll. (1995a) comparant la thérapie comportementale et cognitive de l'agoraphobie associée à la buspirone ou au placebo, donne un résultat global d'environ 71% de répondeurs.

Notre étude a pour but de donner une idée de l'épidémiologie des patients agoraphobes consultant à l'unité de traitement de l'anxiété à Lyon, et de présenter les résultats des thérapies comportementales et cognitives dans cette pathologie ainsi que leurs intérêts à long terme.

**2<sup>ème</sup> PARTIE :**

**ÉTUDE RÉTROSPECTIVE  
DE 533 PATIENTS**

## **I - INTRODUCTION**

Nous avons pu constater dans la première partie, que le syndrome agoraphobique pouvait entraîner d'importants évitements perturbant la vie des patients, et pouvant aboutir à une consommation élevée de psychotropes, éventuellement à un syndrome dépressif et/ou des alcoolisations secondaires.

Le but de cette étude rétrospective est de montrer l'intérêt des thérapies comportementales et cognitives dans le traitement de l'agoraphobie.

Nous présenterons l'étude épidémiologique réalisée sur l'ensemble des patients agoraphobes s'étant rendus dans un service de consultation hospitalière pendant une vingtaine d'années. Nous détaillerons ensuite les résultats des thérapies cognitivo-comportementales pour 345 patients, en précisant l'évolution des patients dans le temps.

Nous essaierons de déterminer des facteurs prédictifs d'abandon de thérapie et d'amélioration de la symptomatologie, puis nous observerons l'évolution des personnalités au cours de la thérapie. Par la suite nous chercherons à savoir s'il existe des différences entre les hommes et les femmes agoraphobes.

Nous comparerons nos résultats à ceux donnés par la littérature.

## **II - MÉTHODOLOGIE**

### **2 - 1 LES SUJETS ÉTUDIÉS**

Il s'agit d'une étude ouverte, rétrospective sur dix huit ans (1976 - 1994). Elle porte sur un échantillon clinique de 533 patients ambulatoires qui se sont rendus dans un service universitaire de consultation (unité de traitement de l'anxiété, Hôpital neurologique de Lyon, dirigée par le Docteur Cottraux).

Les patients ont d'abord été diagnostiqués selon les catégories de la

Classification Française des Troubles Mentaux (I.N.S.E.R.M., 1968), puis suivant les critères du D.S.M.-III (1980) et enfin à partir de 1987 selon les critères du D.S.M.-III-R.

Les patients traités dans les premières années le furent par thérapie comportementale classique comprenant une exposition in vivo souvent précédée de désensibilisation systématique ou d'implosion («flooding»). Les patients plus récemment traités ont bénéficié de l'évolution des techniques de thérapie cognitivo-comportementale, en particulier des techniques de restructuration cognitive et de contrôle respiratoire.

Nous avons pris en compte les patients pour lesquels le diagnostic d'agoraphobie a été retenu (qu'il soit ou non associé à un trouble panique). Les 533 patients que nous avons étudiés étaient issus d'un groupe plus large de 544 patients : 11 dossiers ont dû être éliminés car les données étaient insuffisantes. Ces 544 cas proviennent des archives de l'unité qui comportent environ 4600 dossiers (soit 11,82% de l'ensemble des dossiers). Les données ont été recueillies par un cotateur unique, médecin.

## **2 - 2 MESURES**

Les deux questionnaires d'autoévaluation utilisés dans cette étude sont le Minimult et «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée».

### **2 - 2 - 1 LE MINIMULT**

Le Minimult (Perse et Lebeaux, 1977), version abrégée de l'Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota (MMPI), a pour but d'explorer le plus largement possible les différents aspects de la personnalité normale et pathologique. Pour des raisons de commodité, nous emploierons le sigle MMPI pour dire Minimult (Annexe 3).

La valeur diagnostique du MMPI a largement été démontrée et nous nous proposons simplement de rappeler la signification des différentes échelles qui composent cet inventaire. Pour toutes les échelles du MMPI, une note au dessus de

70 est considérée comme un indice de pathologie :

- Les échelles L, F et K sont des échelles de validité. Une échelle L élevée est un indice de rigidité. Une échelle F haute suggère que le sujet a truqué les réponses ou présente une anomalie mentale sérieuse. Une note K basse montre que le sujet a tendance à s'autocritiquer et à admettre chez lui l'existence de symptômes anormaux (même si ceux-ci sont de faible importance).

- Les huit échelles suivantes sont des échelles pathologiques. On y retrouve donc les échelles hypocondrie (Hs), dépression (D), hystérie (Hy), psychopathie (Pd), paranoïa (Pa), psychasthénie (Pt) correspondant à l'anxiété phobique ou obsessionnelle, schizophrénie (Sc) qui peut être élevée en l'absence de schizophrénie, hypomanie (Ma).

- Il existe enfin deux indices qui résultent de la combinaison de certaines des échelles précédentes. L'indice d'internalisation de Welsh (IR) marque le degré d'introversion du sujet. L'indice d'anxiété (AI) est la dernière échelle.

Ce questionnaire est censé être rempli avant et après thérapie et, si possible au suivi. Cependant les patients de l'étude ne l'ont pas toujours rempli.

#### 2 - 2 - 2 «L'ÉCHELLE PHOBIES, PANIQUE, ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE»

Il s'agit d'une échelle (annexe 4) mise au point par Cottraux à partir des travaux de Marks (1977) et du D.S.M.-III. Une première version a été publiée (Cottraux, Bouvard et Légeron, 1985) puis légèrement modifiée en 1990 pour tenir compte du D.S.M.-III-R. Cette échelle évalue l'intensité de l'évitement agoraphobique (sur des situations définies avec le patient). Elle permet aussi d'obtenir un score de fréquence des attaques de panique et le niveau d'anxiété généralisée.

On demande au patient de remplir ce questionnaire avant et après thérapie et au cours du suivi.

Cependant cette échelle n'a pas toujours été remplie. Dans ce cas, le cotateur a reconstitué à partir des données du dossier les trois scores de l'échelle.

#### 2 - 2 - 3 LES CRITÈRES D'AMÉLIORATION

Sont considérés comme améliorés pour l'agoraphobie, les patients dont le score d'évitement (pour la phobie principale) est réduit d'au moins 50% par rapport au pré test.

Une réduction de la fréquence des attaques de panique spontanées supérieure ou égale à 50% par rapport au pré test définit le critère d'amélioration pour la panique.

Un score d'anxiété généralisée, réduit d'au moins 50% par rapport au pré test détermine le critère d'amélioration pour l'anxiété généralisée.

## **2 - 3 LES MÉTHODES STATISTIQUES UTILISÉES**

Les statistiques ont été effectuées au moyen du logiciel P.C.S.M. Delta Consultants 1987-1994. Nous allons décrire succinctement les principaux tests utilisés.

### **2 - 3 - 1 LE TEST D'INDÉPENDANCE DU CHI <sup>2</sup> :**

C'est un test permettant d'établir si deux variables qualitatives (définies en catégories, ex. homme/femme) sont indépendantes ou non. Le seuil de significativité retenue est  $p \leq 0,05$ .

### **2 - 3 - 2 L'ANALYSE DE LA VARIANCE A UN FACTEUR**

C'est un test qui permet de croiser une variable qualitative à une variable quantitative (c'est-à-dire qui présente des intervalles égaux avec une relation d'équivalence entre eux). Son principe repose sur la comparaison globale de plusieurs moyennes calculées sur des groupes indépendants. Il existe une différence statistiquement significative entre les variances des groupes quand  $p \leq 0,05$ .

### **2 - 3 - 3 L'ANALYSE MULTIVARIÉE (ANALYSE DISCRIMINANTE)**

L'analyse discriminante pas à pas ascendante de Fisher est une méthode statistique qui permet de prédire «après coup» une variable dichotomique (par exemple amélioré/non amélioré) en fonction d'un nombre important de facteurs initiaux qui sont des variables continues (tels que les scores de l'échelle d'évaluation des symptômes).

La méthode a pour but de réduire ces facteurs à un plus petit nombre, voire même à un seul facteur. Leurs valeurs placées dans une équation (fonction discriminante) permettra de prédire si un nouveau sujet sera amélioré ou non.

Dans notre étude, nous avons pris comme critère d'entrée d'une nouvelle variable (à chacun des pas du programme), un accroissement relatif du  $D^2$  de Mahalanobis de 10%.

## 2 - 3 - 4 L'ANALYSE DE LA VARIANCE AVEC MESURES RÉPÉTÉES

Ce test permet de comparer une même variable quantitative à des temps différents après analyse de la variance. Si les moyennes des mesures diffèrent significativement dans leur ensemble, il est effectué un test de Newman-Keuls au seuil de  $\alpha=0,05$  qui permet une comparaison des sous-ensembles de variables entre eux.

## 2 - 4 DESCRIPTIFS DES ITEMS

### 2 - 4 - 1 GROUPE CLINIQUE

Nous avons divisé notre échantillon en quatre groupes de patients selon les suites données à la première consultation.

Le premier groupe, *simple consultation*, correspond aux patients n'ayant pas débuté de thérapie dans l'unité. Ils ont, soit été réorientés en privé ou vers un service plus près de leur domicile, soit les patients ne se sont pas présentés aux séances de thérapie prévues.

Le deuxième groupe, *psychotropes seuls*, correspond aux patients suivis dans le service mais traités par psychotropes sans association à une thérapie cognitivo-comportementale.

Le troisième groupe, *sortie de TCC*, regroupe les patients ayant débuté une thérapie comportementale et cognitive, mais ayant abandonné avant la fin des séances prévues.

Le quatrième groupe, *TCC complète*, reprend les patients ayant suivi l'ensemble des séances de thérapie comportementale et cognitive.



## 2 - 4 - 2 DIAGNOSTIC D'AGORAPHOBIE

Tout patient ayant eu un trouble panique, même ancien, a été classé dans la catégorie *trouble panique avec agoraphobie*. Si aucun antécédent de trouble panique n'est retrouvé, le patient entre dans la catégorie *agoraphobie sans trouble panique*.

## 2 - 4 - 3 ASSOCIATION A D'AUTRES PATHOLOGIES

Nous avons choisi d'étudier cinq affections qui peuvent être associées au syndrome d'agoraphobie : *trouble thymique, trouble obsessionnel compulsif (TOC), phobie sociale, phobie simple et état de stress post-traumatique*. Les critères diagnostiques utilisés sont ceux du D.S.M.-III-R.

Nous avons renoncé à entrer l'item phobie simple dans les calculs de corrélation car il correspond le plus souvent à une claustrophobie. Or avec les critères diagnostiques du D.S.M.-III-R., la plupart des situations phobogènes entrant dans le diagnostic de claustrophobie auparavant, font maintenant partie du syndrome d'agoraphobie. Les diagnostics courant sur une vingtaine d'années, il n'y a pas de continuité fiable dans le diagnostic de phobie simple.

## 2 - 4 - 4 AXE III ET AXE V DU D.S.M.-III-R.

L'item *maladie physique* correspond à l'axe III du D.S.M.-III-R. (affections physiques).

L'item *adaptation* correspond à l'axe V du D.S.M.-III-R. qui concerne l'évaluation globale du fonctionnement, sachant que 90 correspond à des symptômes absents ou minimes, pas plus de problème ou de préoccupations que les soucis de tous les jours, et 50 à des symptômes importants, handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (annexe 5).

## 2 - 4 - 5 NIVEAU D'ÉTUDE

La catégorie *Bac+* correspond au patient ayant le bac ou le niveau bac. Il faut relativiser cet item qui n'est qu'indicatif.

#### 2 - 4 - 6 NIVEAU PROFESSIONNEL

Nous avons suivi la nomenclature de l'I.N.S.E.E. (Annexe 6).

#### 2 - 4 - 7 STATUT MATRIMONIAL

Nous avons repris la nomenclature de l'I.N.S.E.E.

#### 2 - 4 - 8 LES ITEMS PHOBIE, PANIQUE, ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Le score d'évitement de la phobie principale (coté de 0 à 8) sera appelé *phobie*.

Le score de fréquence de la panique (coté de 0 à 8) sera appelé *panique*.

Le score d'anxiété généralisée (coté de 0 à 8) sera appelé *anxiété*.

### III - RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

#### 3 - 1 RÉSULTATS DESCRIPTIFS SIMPLE DE L'ÉCHANTILLON TOTAL

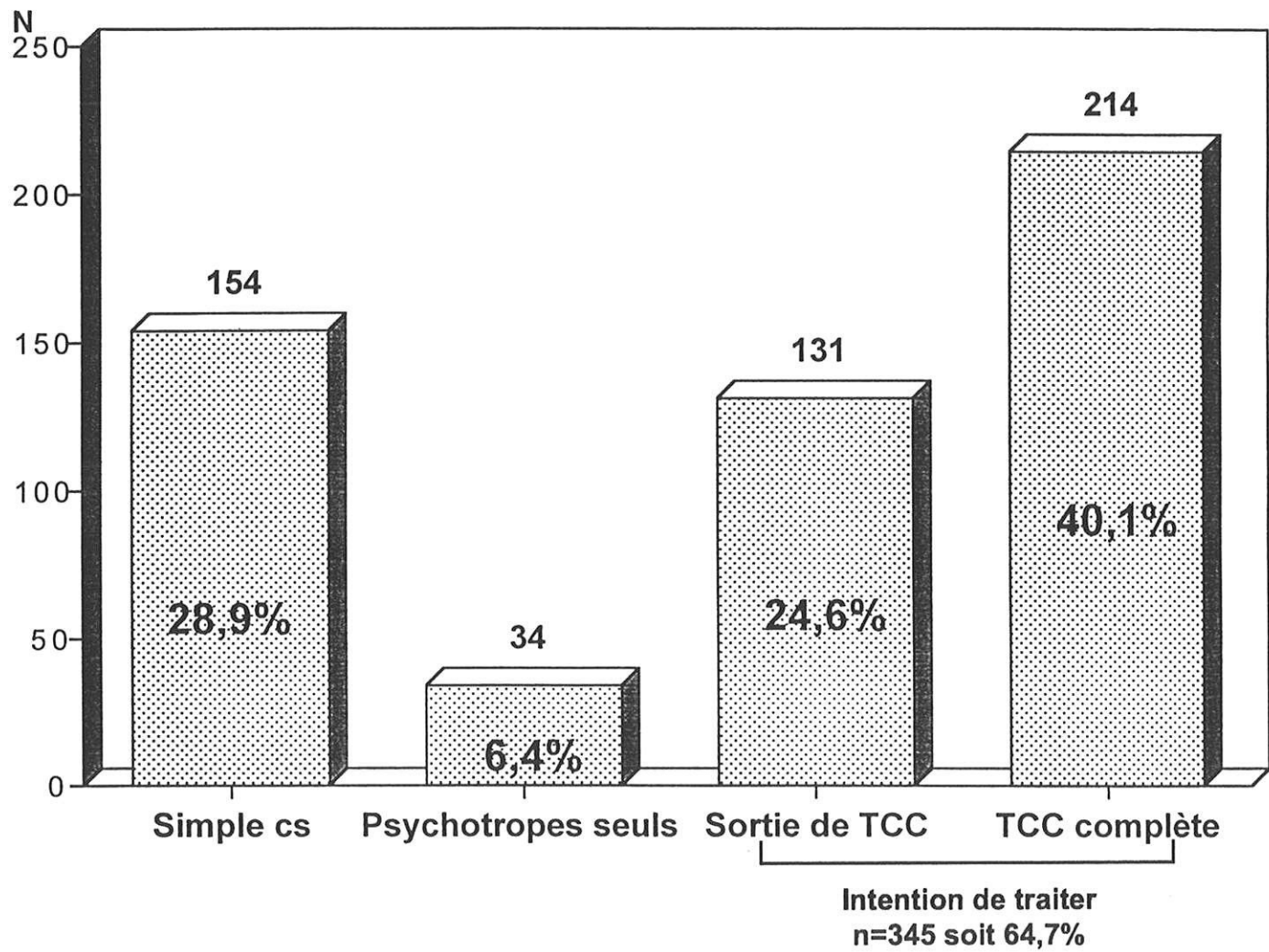
- Le tableau 1 ainsi que le graphique 1 reprennent la répartition des sujets selon les groupes cliniques déterminés.

Simple consultation	154	soit	28,9%
Psychotropes seuls	34	soit	6,4%
Sortie de TCC	131	soit	24,6%
TCC complète	214	soit	40,1%

**Répartition par groupe clinique**

**Tableau 1**

## Répartition par groupe clinique (n=533)



GRAPHIQUE 1

- L'échantillon se répartit en 226 *hommes* (soit 42,4%) et 307 *femmes* (soit 57,6%) (graphique 2).

- Nous avons retrouvé 500 patients (soit 93,8%) répondant aux critères du *trouble panique avec agoraphobie* et 33 (soit 6,2%) présentant une *agoraphobie sans trouble panique* (graphique 3).

- L'âge de nos patients au moment de la première consultation dans l'unité est en moyenne de 38,35 ans (avec un écart type de 11,20), les extrêmes allant de 17 ans à 75 ans.

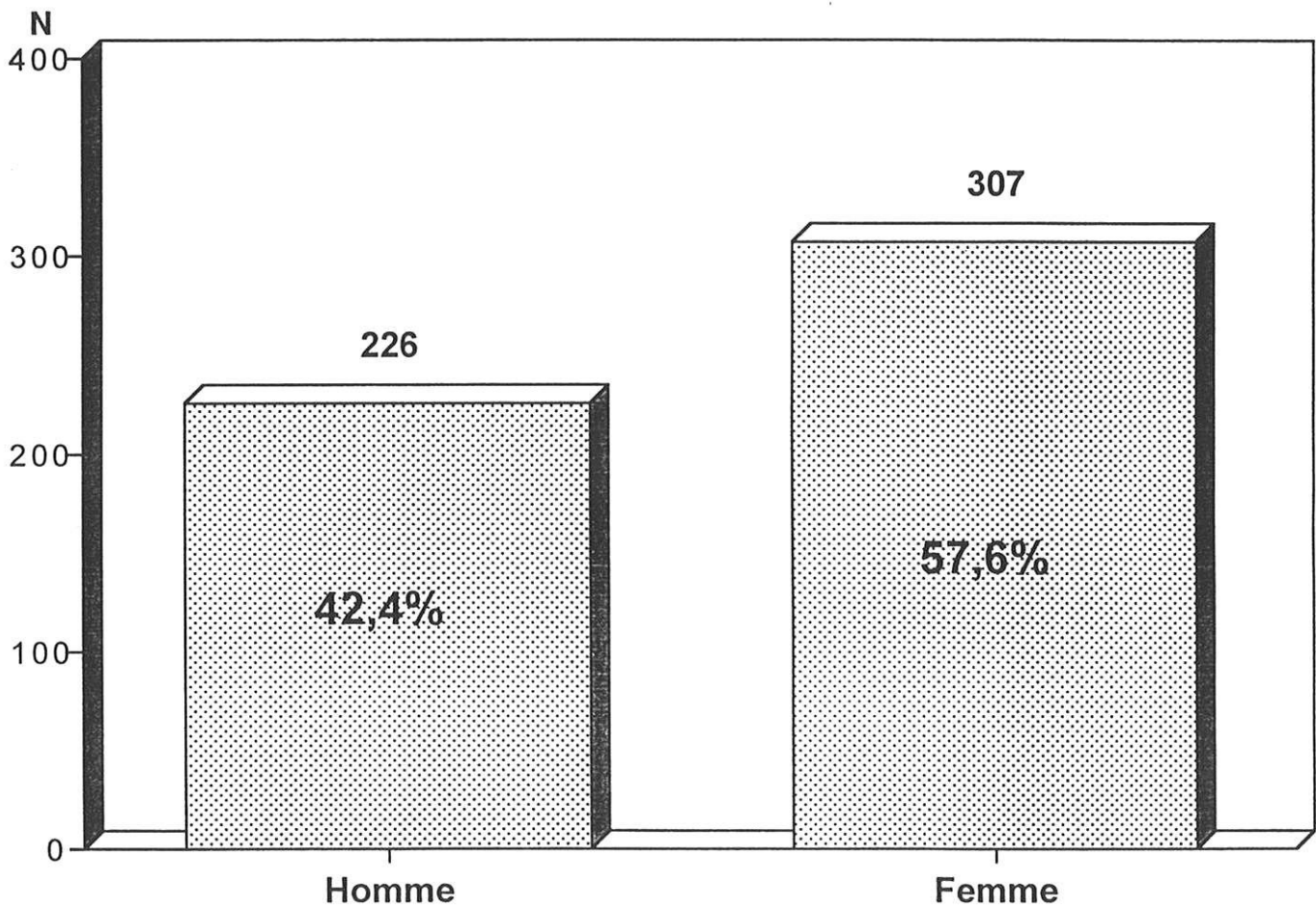
- L'âge lors de la première attaque de panique est en moyenne de 28,77 ans (avec un écart type de 10,5) les extrêmes allant de 2 ans à 66 ans. Il faut noter que dans 88,8% des cas, on retrouve soit une période difficile, précédant l'attaque de panique (il peut s'agir d'une grossesse ou de suites de couches, de difficultés conjugales, de deuil,...), soit un lieu particulier où elles surviennent (grands magasins, foule, transport en commun,...).

- L'âge au début des troubles phobiques est en moyenne à 30,92 ans (écart type de 10,33), les extrêmes allant de 6 ans à 66 ans.

- La durée des troubles agoraphobiques (au moment de la consultation) est de 7,44 ans (soit environ 90 mois) avec un écart type de 7,78 les extrêmes allant de 1 an à 53 ans.

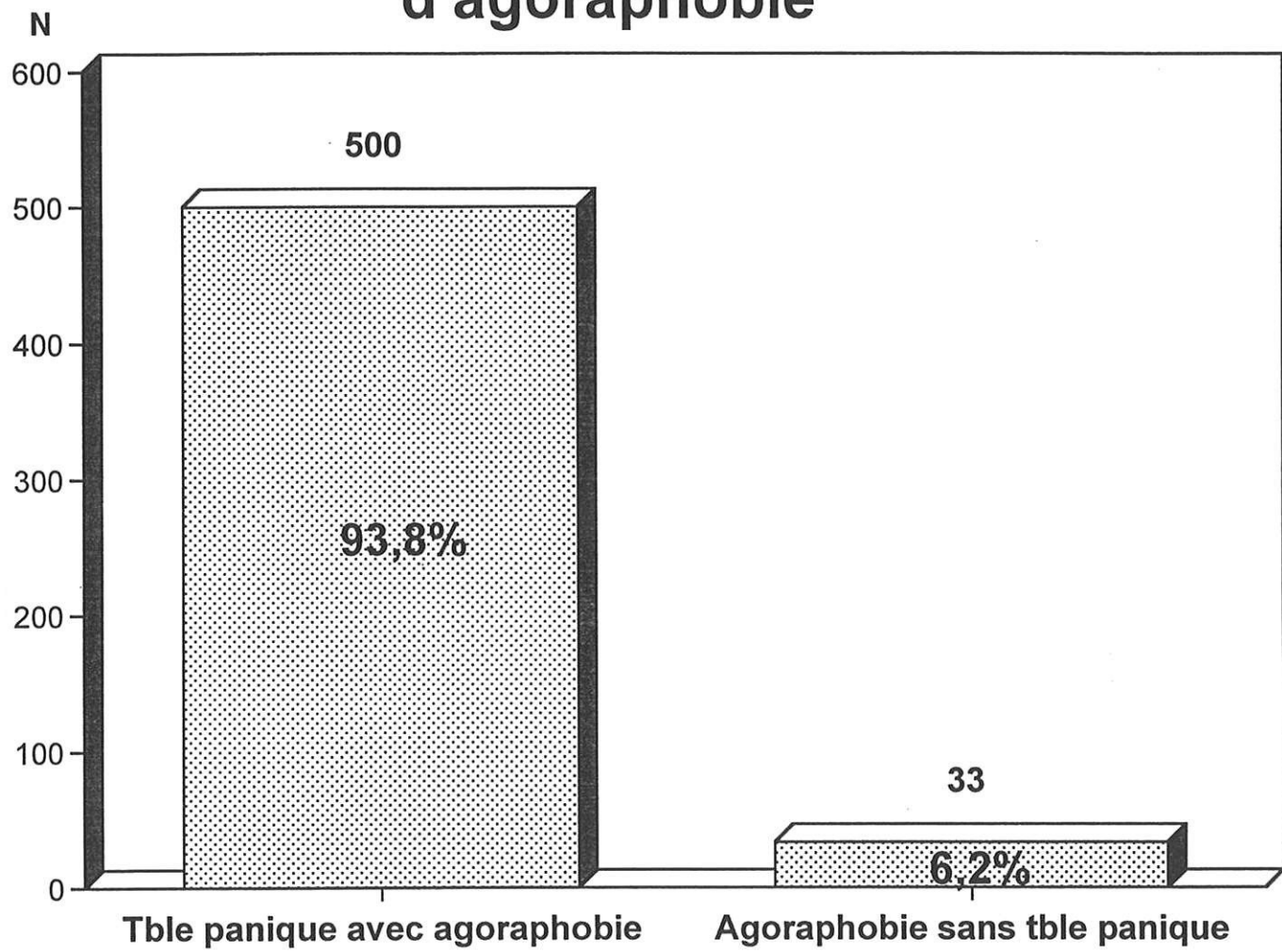
- 233 patients contre 300 possèdent le *Bac* (soit 43,7%).

## Répartition par sexe



GRAPHIQUE 2

## Répartition par diagnostic d'agoraphobie



GRAPHIQUE 3

- Nous détaillons dans le tableau 2 le détail des pathologies associées.

Trouble thymique présent	259	soit	48,6%
T.O.C. présent	26	soit	4,9%
Phobie simple présente	167	soit	3,3%
Phobie sociale présente	158	soit	29,6%
État de stress post-traumatique présent	18	soit	3,4%

**Pathologies associées**

**Tableau 2**

- Le tableau 3 reprend les résultats concernant le *niveau professionnel*.

Agriculteur	3	soit	0,6%
Artisan/commerçant	28	soit	5,3%
Cadre supérieur	67	soit	12,6%
Profession intermédiaire	96	soit	18%
Employés	126	soit	23,6%
Ouvriers	53	soit	9,9%
Retraités	30	soit	5,6%
Sans activité professionnelle	130	soit	24,4%

**Niveau professionnel**

**Tableau 3**

- Le tableau 4 détaille la catégorie *statut matrimonial*.

Célibataire	114	soit	21,4 %
Marié(e), concubinage	371	soit	69,6 %
Divorcé(e)	35	soit	6,6 %
Séparé(e)	7	soit	1,3 %
Veuf/veuve	6	soit	1,1 %

**Statut matrimonial**

**Tableau 4**

- Le tableau 5 reprend les résultats concernant le *nombre d'enfants*.

Pas d'enfant	229	soit	43,0 %
1 enfant	111	soit	20,8 %
2 enfants	124	soit	23,3 %
3 enfants	46	soit	8,6 %
+ de 3 enfants	23	soit	4,3 %

**nombre d'enfants**

**Tableau 5**



### 3 - 2 COMPARAISON STATISTIQUE SUR L'ENSEMBLE DE L'ÉCHANTILLON

Les tableaux 6 et 7 reprennent les résultats de comparaison statistique des variables par rapport aux quatre groupes. Il existe une liaison statistique quand  $p \leq 0,05$ .

	Simple consultation	Psycho- tropes seuls	Sortie de TCC	TCC complète	Chi <sup>2</sup> corrigé	ddl	p
Homme	60	15	48	103	5,44	3	0,14
Femme	94	19	83	111			
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>							
Trouble panique avec agoraphobie	137	30	124	209	13,68	3	<u>0,003</u> *
Trouble thymique présent	75	21	71	92	6,69	3	0,08
TOC présent	3	0	10	13	7,39	3	0,06
Phobie sociale présente	33	6	41	78	12,25	3	<u>0,006</u> *
État de stress post-traumatique présent	6	5	3	4	15,46	3	<u>&lt;0,001</u> *
Bac +	64	12	57	100	2,06	3	0,55
Niveau professionnel	nous ne détaillerons pas la répartition de la catégorie par groupe				28,82	21	0,11
Statut matrimonial	"				21,02	12	<u>0,05</u> *
nombre d'enfants	"				51,87	24	<u>&lt;0,0001</u> *
* liaison statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ )							

Comparaison des quatre groupes (1)

Tableau 6

	Simple consultation (n=154) m(écart type)	Psychotropes seuls (n=34) m(écart type)	Sortie TCC (n=131) m(écart type)	TCC complète (n=214) m(écart type)	F(ddl,3,529)	p
Age	39,16 (11,91)	40,32 (14,31)	37,11 (10,68)	38,21 (10,41)	1,164	0,32
Age au début des troubles phobiques	31,8 (10,42)	33,82 (11,25)	29,92 (10,47)	30,43 (9,95)	1,847	0,13
Durée en années de l'agoraphobie	7,38 (7,5)	6,44 (7,68)	7,20 (7,93)	7,78 (7,93)	0,368	0,77
	<i>n=137</i>	<i>n=30</i>	<i>n=124</i>	<i>n=209</i>		
Age lors de la 1 <sup>ère</sup> attaque de panique	29,37 (9,58)	33,27 (11,89)	27,6 (10,63)	28,41 (10,66)	2,601	<u>0,05</u> *
m=moyenne; * liaison statistiquement significative (p≤0,05)						

### Comparaison des quatre groupes (2)

Tableau 7

Il existe une différence statistiquement significative entre les groupes en ce qui concerne les items suivants :

- diagnostic d'agoraphobie
- phobie sociale

Il existe une corrélation positive entre ces deux items et, les groupes consultation simple et psychotropes seuls.

- état de stress post-traumatique

Il est corrélé positivement avec le groupe psychotropes seuls.

- statut matrimonial
- nombre d'enfants

En réalisant des corrélations multiples entre les groupes, il est retrouvé une différence significative entre les simple consultation et les TCC complète : le groupe simple consultation présente plus de célibataires et les TCC complète ont un taux plus élevé de mariés et concubins ( $\chi^2=16,01$  avec 4 ddl,  $p=0,002$ ). Il est également retrouvé une différence statistiquement significative entre ces deux groupes concernant le nombre d'enfants : les simple consultation ont un taux plus élevé de «pas d'enfant» et les TCC complète ont des taux plus important de «2 enfants» ( $\chi^2=23,17$  avec 7 ddl,  $p=0,001$ ). Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative entre les autres groupes.

- âge lors de la première attaque de panique

Le groupe psychotropes seuls présente leur première attaque de panique plus tardivement que les autres groupes.

### 3 - 3 COMPARAISON STATISTIQUE AU PRÉ TEST DES SORTIE DE TCC ET TCC COMPLÈTE

Les tableaux 8, 9 et 10 reprennent la comparaison statistique des sortie de TCC et TCC complète avant la thérapie. Le graphique 4 donne une représentation graphique de la catégorie sexe fonction du groupe. Le graphique 5 compare les MMPI en pré test des deux groupes.

	Sortie de TCC	TCC complète	Chi <sup>2</sup> corrigé	ddl	p
Homme	48	103	3,9	1	<u>0,04</u> *
Femme	83	111			
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>					
Trouble panique avec agoraphobie	124	209	1,38	1	0,23
Trouble thymique présent	71	92	3,65	1	0,055
TOC présent	10	13	0,11	1	0,73
Phobie sociale présente	41	78	0,73	1	0,38
État de stress post-traumatique présent	3	4	0,015	1	0,9
Bac +	57	100	0,22	1	0,63
Maladie physique (Axe III)	15	23	0,0006	1	0,97
Adaptation (Axe V)	nous ne détaillerons pas les catégories par groupe		0,67	2	0,71
Niveau professionnel		"	4,94	7	0,66
Statut matrimonial		"	3,46	4	0,48
	* liaison statistiquement significative (p≤0,05)				

Comparaison des sortie de TCC/TCC complète au pré test (1)

Tableau 8

	Sortie TCC n=131 m(écart type)	TCC complète n=214 m(écart type)	F(ddl,1,343)	p
Age	37,11 (10,68)	38,21 (10,41)	0,891	0,65
Age au début des troubles phobiques	29,92 (10,47)	30,43 (9,95)	0,212	0,65
Durée en années de l'agoraphobie	7,20 (7,93)	7,78 (7,93)	0,438	0,51
Nombre d'enfants	1,15 (1,21)	1,30 (1,27)		0,27
	<i>n=124</i>	<i>n=209</i>		
Age lors de la 1 <sup>ère</sup> attaque de panique	27,6 (10,63)	28,41 (10,64)	0,446	0,51
Phobie pré test (0-8)	6,94 (1,33)	6,85 (1,51)	0,336	0,56
Panique pré test (0-8)	3,91 (2,92)	4,14 (2,81)	0,536	0,52
Anxiété pré test (0-8)	5,92 (2,03)	5,56 (2,21)	2,383	0,11
	m=moyenne			

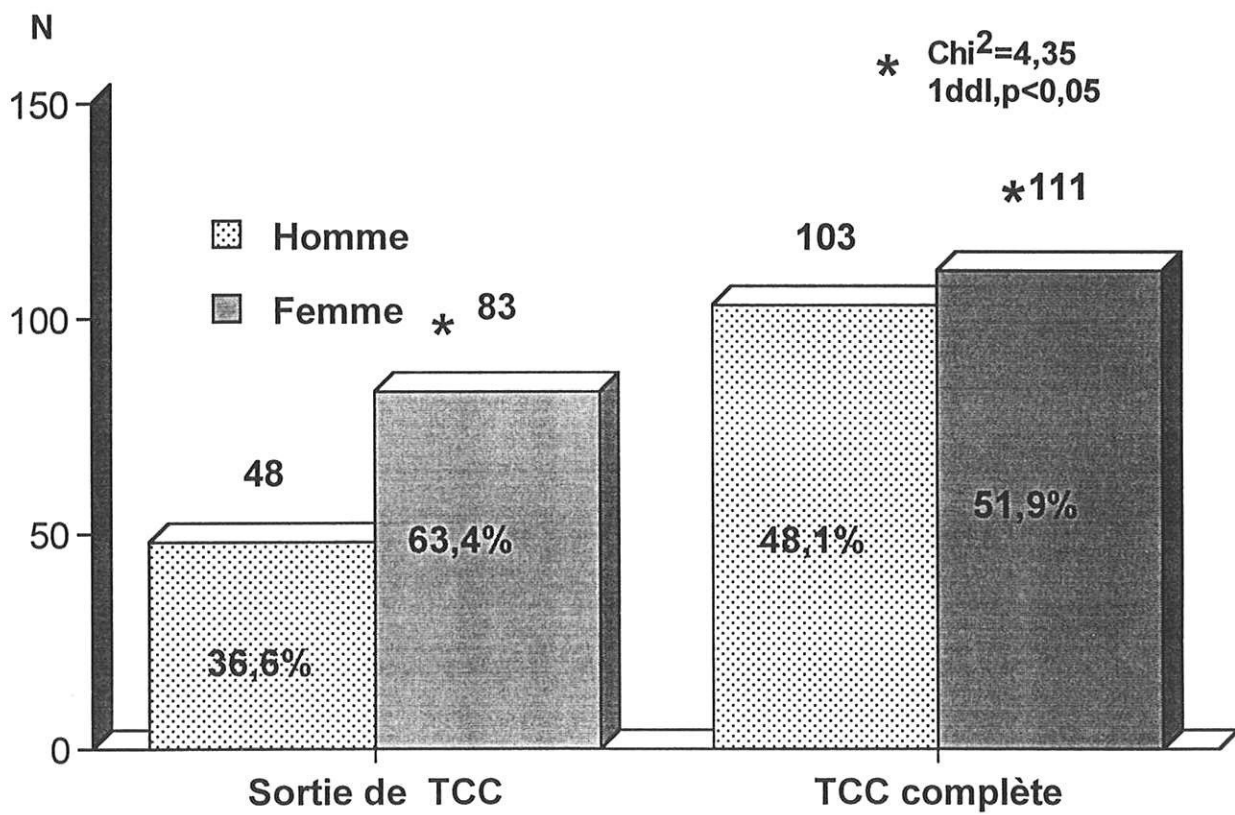
### Comparaison des sortie de TCC/TCC complète au pré test (2)

Tableau 9

La comparaison des sortie de TCC/TCC complète met en évidence une différence statistiquement significative sur la répartition entre les deux sexes : les femmes tendent à abandonner plus facilement que les hommes. La présence d'un trouble thymique est à la limite de la significativité (la comorbidité à un trouble thymique favorise l'adhérence au traitement).

Aucun autre item ne permet de les différencier.

## Sortie TCC/TCC complète : Répartition des sexes



GRAPHIQUE 4

	Sortie TCC n=101 m(écart type)	TCC complète n=178F m(écart type)	(ddl 1,278)	p
Échelle L	50,91 (9,95)	51,06 (10,52)	0,014	0,9
Échelle F	60,04 (18,15)	52,25 (12,97)	4,09	<u>0,04</u> *
Échelle K	51,54 (10,25)	52,26 (10,22)	0,334	0,57
Hypocondrie (Hs)	67,46 (11,81)	65,27 (11,28)	2,33	0,12
Dépression (D)	67,59 (12,46)	66,39 (12,54)	0,59	0,55
Hystérie (Hy)	<b>71,35</b> (9,84)	69,02 (11,43)	2,95	0,08
Psychopathie (Pd)	65,19 (12,56)	63,08 (10,65)	2,2	0,13
Paranoïa (Pa)	65,13 (11,85)	61,84 (11,2)	5,33	<u>0,02</u> *
Psychasthénie (Pt)	<b>72,71</b> (12,30)	<b>71,02</b> (12,59)	1,18	0,27
Schizophrénie (Sc)	<b>73,35</b> (15,11)	68,37 (14,52)	7,34	<u>0,007</u> *
Manie (Ma)	59,12 (11,04)	56,65 (10,5)	3,42	0,06
Anxiété (AI)	62,21 (13,07)	62,15 (11,74)	0,002	0,96
Internalisation (IR)	53,51 (6,39)	54,38 (7,43)	0,95	0,67

m=moyenne; \* liaison statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ )

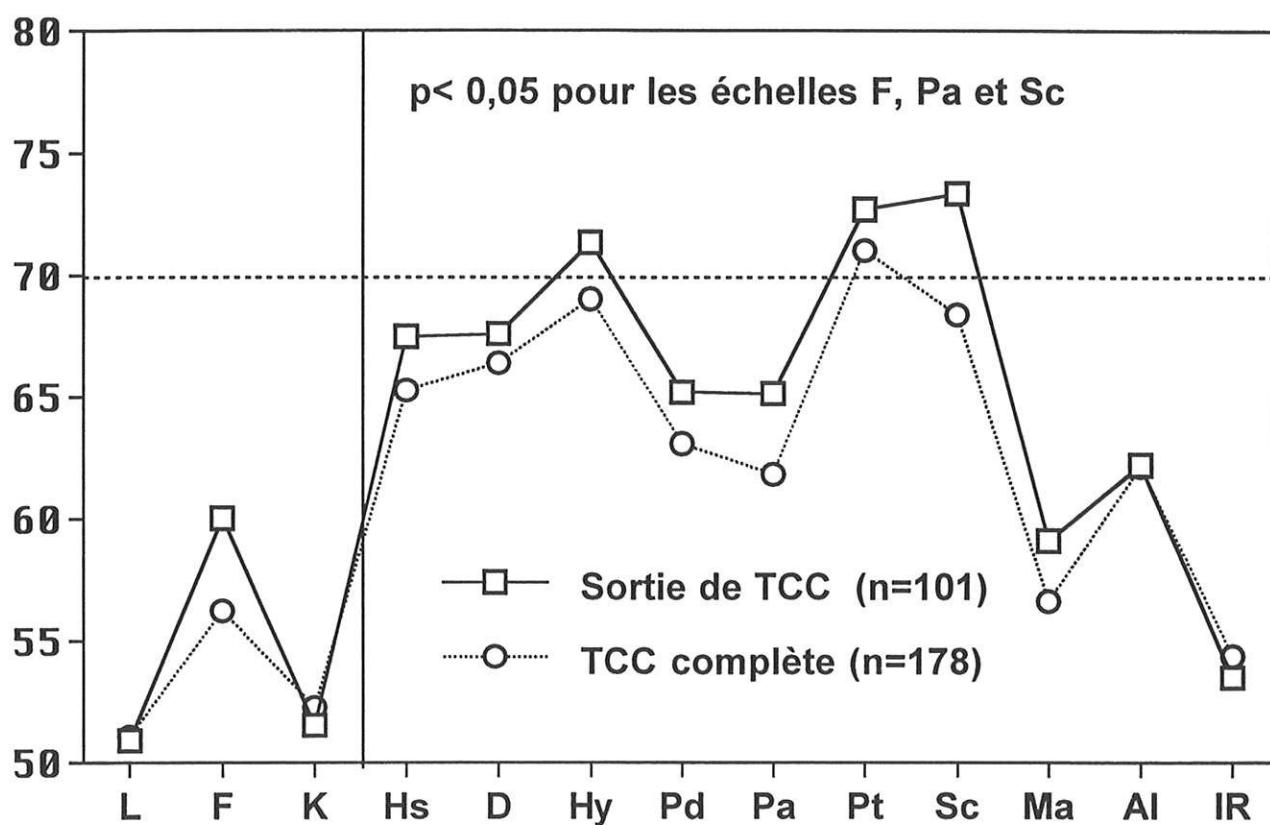
### Comparaison des sortie de TCC/TCC complète du MMPI au pré test

Tableau 10

Le profil moyen du MMPI des sortie de TCC montre un score de 70 ou plus des échelles hystérie, de psychasthénie et de schizophrénie. Le profil moyen du MMPI des TCC complète montre une élévation au-dessus de 70 de l'échelle de psychasthénie.

La comparaison sortie de TCC/TCC complète met en évidence que les sortie de TCC ont les **échelles F** (échelle de validité, souvent élevée dans les états psychotiques), de **paranoïa** et de **schizophrénie**, statistiquement plus élevées de façon significative que les TCC complète. Les sortie de TCC présentent un profil plus psychotique que les TCC complète.

## Sortie de TCC/TCC complète : Comparaison du Minimult en pré test



GRAPHIQUE 5

### 3 - 4 COMPARAISON STATISTIQUE AU POST TEST DES SORTIE DE TCC ET TCC COMPLÈTE (ANALYSE EN INTENTION DE TRAITER)

L'amélioration des patients par le critère de «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» est présentée dans le tableau 11 et les graphiques 6, 7 et 8.

	Sortie de TCC n=131	TCC complète n=214	Chi <sup>2</sup> corrigé	ddl	p
Amélioration phobie (n≥50%)	153 (71,50%)	43	49,52	1	<0,0001*
Amélioration panique (n≥50%)	170 (70,44%)	66	31,74	1	<0,0001*
Amélioration anxiété (n≥50%)	135 (63,08%)	33	46,7	1	<0,0001*
* liaison statistiquement significative (p≤0,05)					

#### Amélioration des patients au post test

Tableau 11

Le tableau 12 compare les 3 scores sur «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» en post test (graphique 9, 10, et 11).

	Sortie TCC n=214 m(écart type)	TCC complète n=131 m(écart type)	F(ddl,1,343)	p
Phobie post test	4,93 (2,07)	2,93 (2,13)	73,541	<0,0001*
Panique post test	2,44 (2,3)	1,34 (1,84)	23,613	<0,0001*
Anxiété post test	4,56 (1,96)	2,9 (1,67)	70,73	<0,0001*
m=moyenne; * liaison statistiquement significative (p≤0,05)				

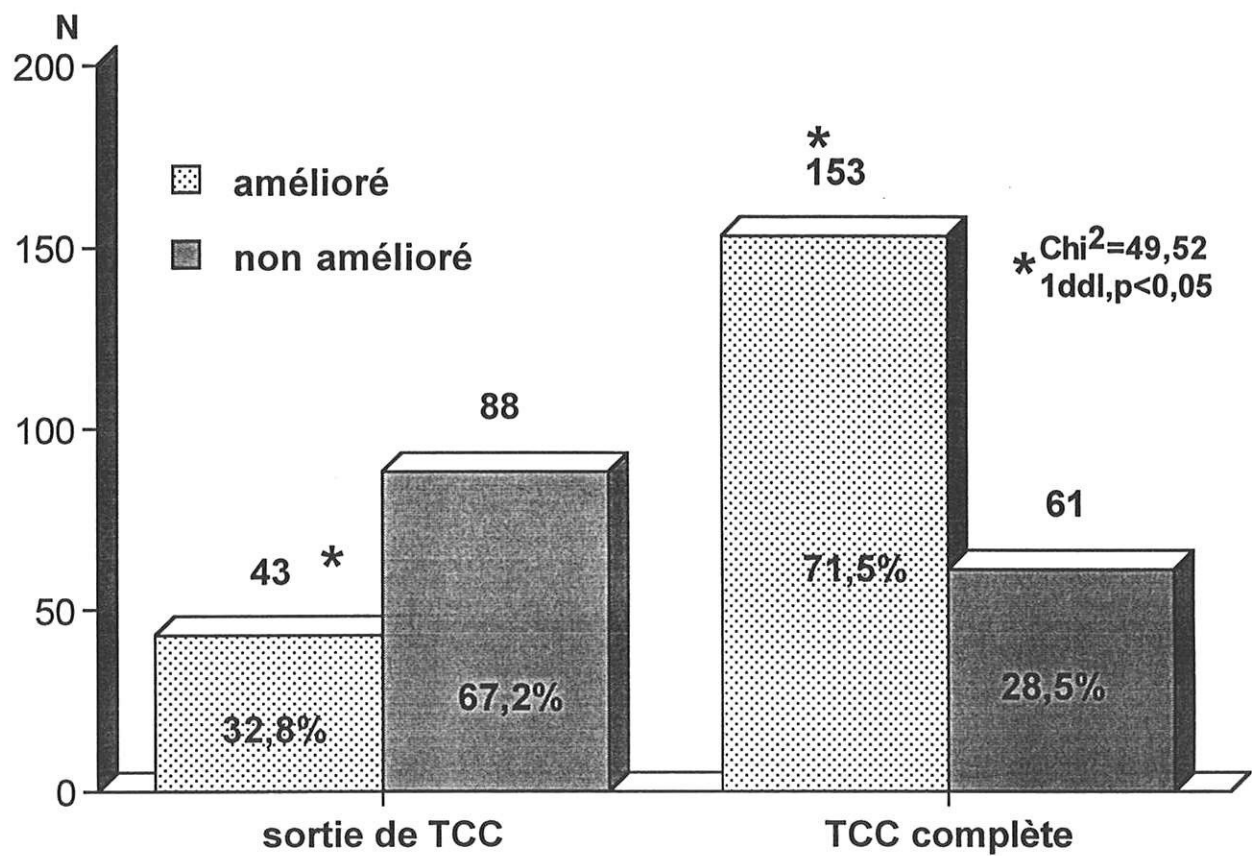
#### Scores sur «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» au post test

Tableau 12



## Sortie de TCC/TCC complète :

Amélioration de la phobie principale  
(critère : diminution de score  $\geq$  à 50%)

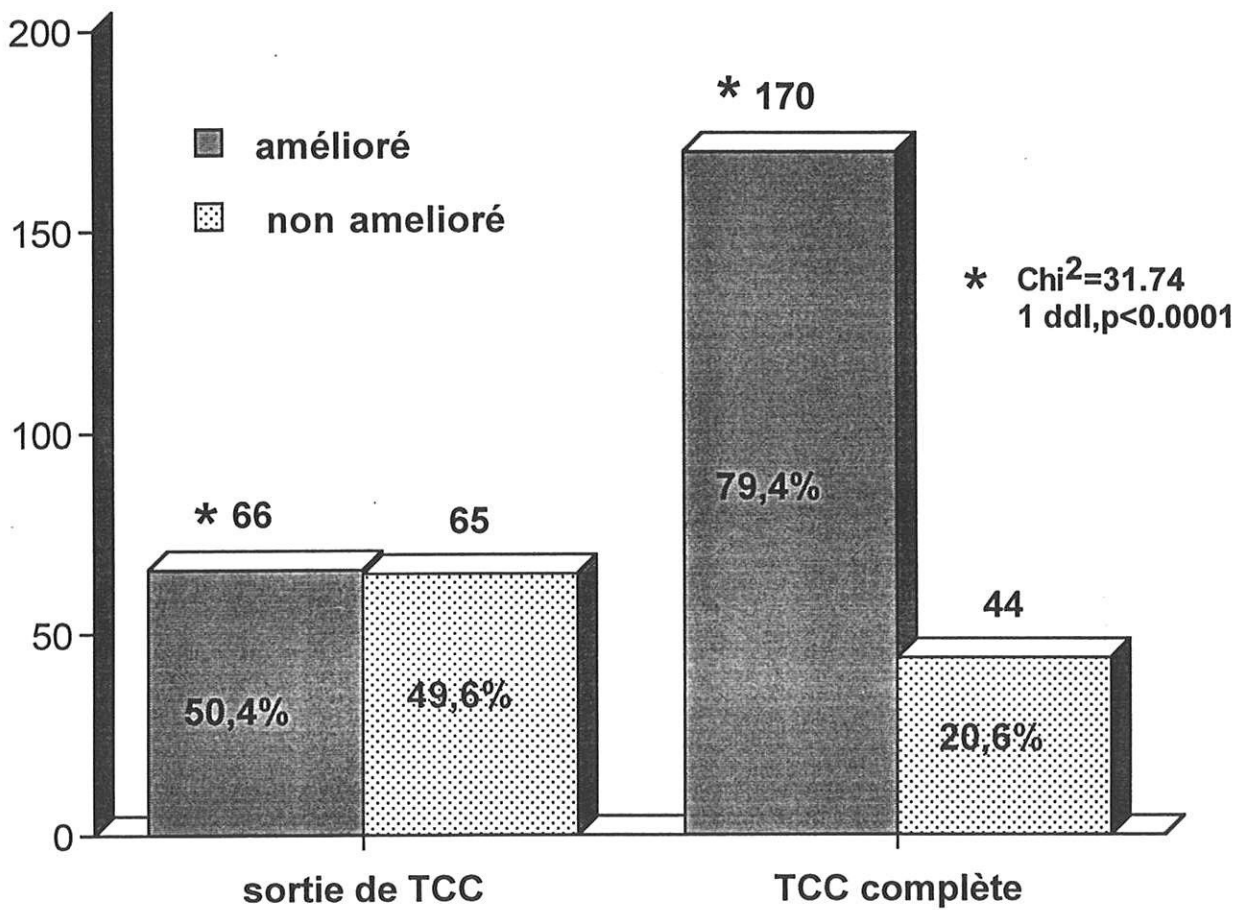


GRAPHIQUE 6

## Sortie de TCC /TCC complète :

Amélioration de la fréquence de la panique  
(critère : diminution du score  $\geq$  à 50%)

N

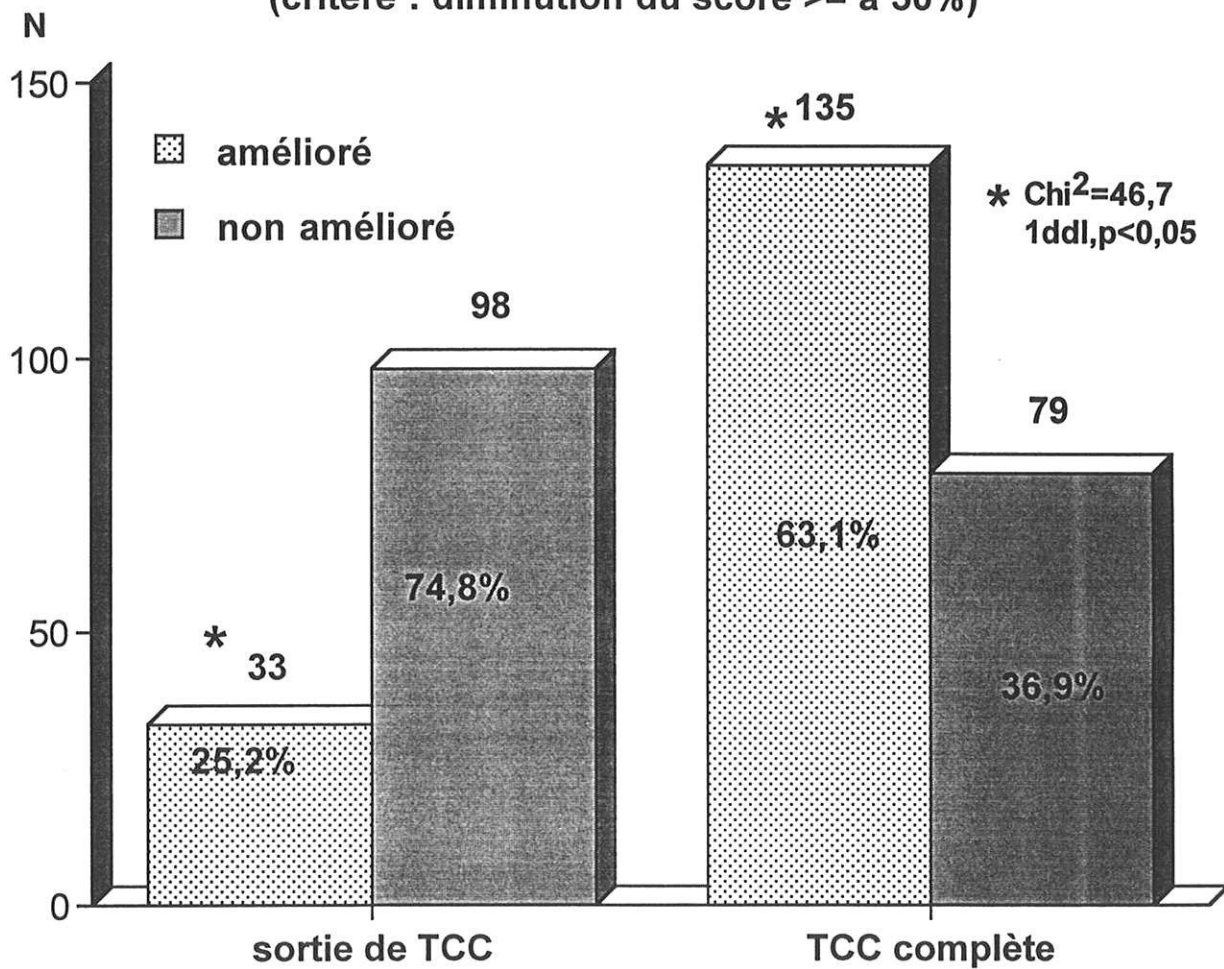


GRAPHIQUE 7

## Sortie de TCC/TCC complète:

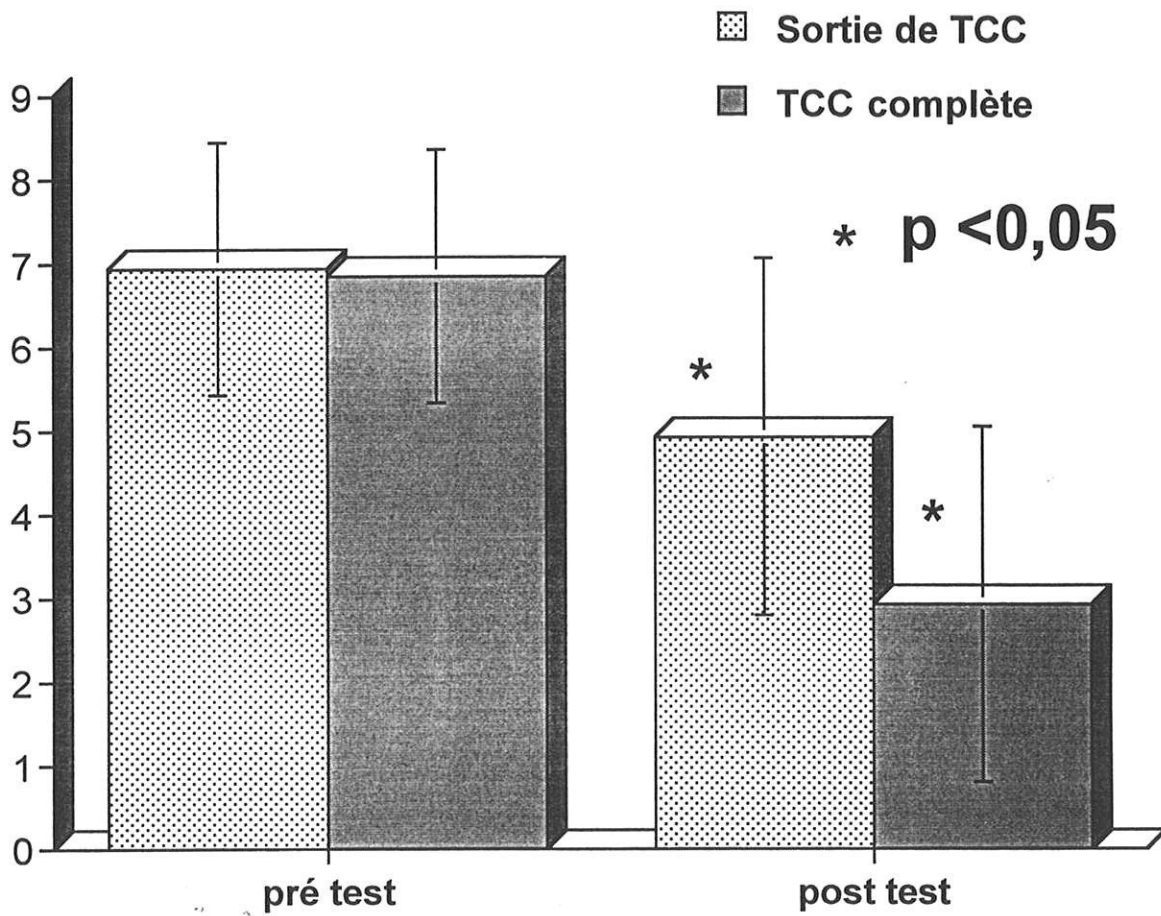
Amélioration de l'anxiété généralisée

(critère : diminution du score  $\geq$  à 50%)



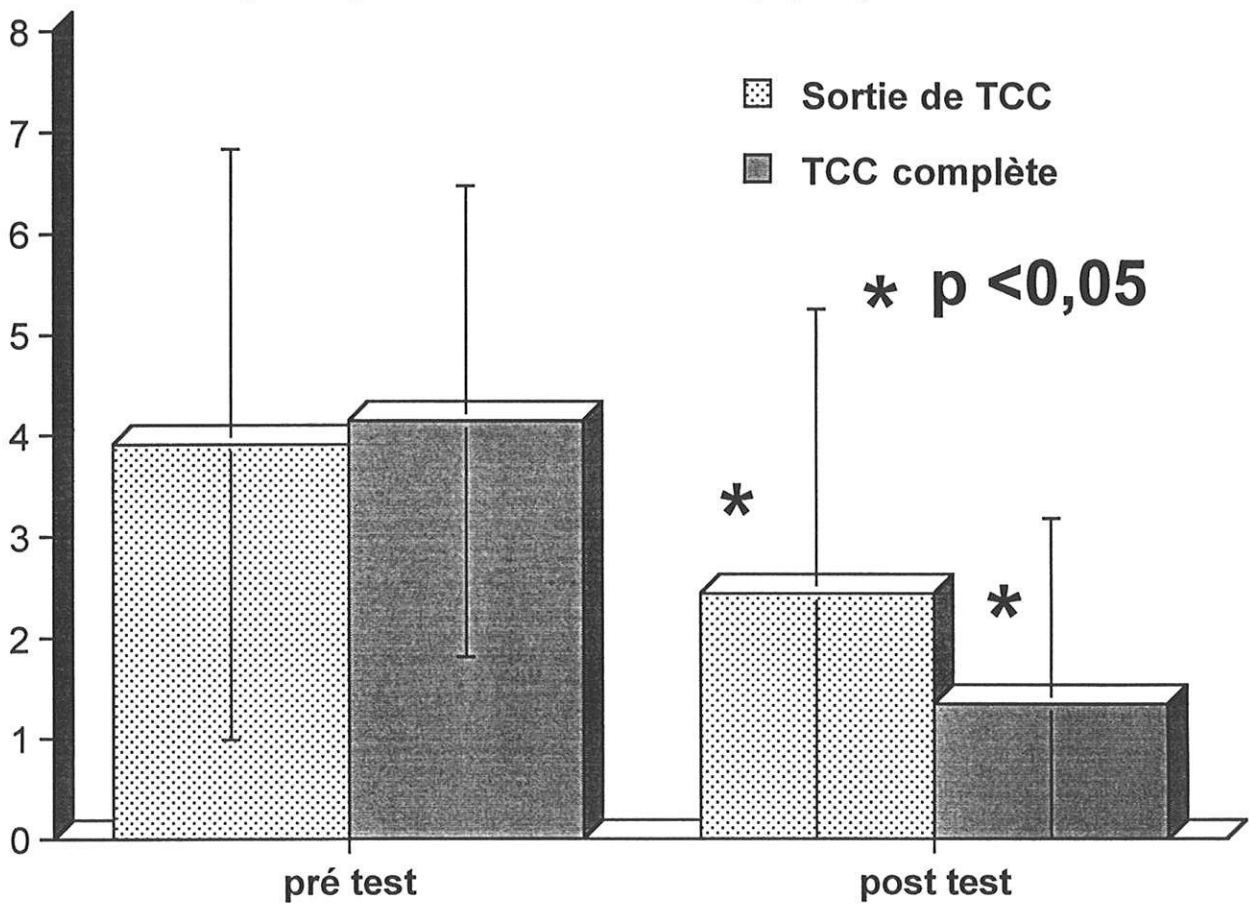
GRAPHIQUE 8

## Évolution de la phobie principale (moyenne-écart type)



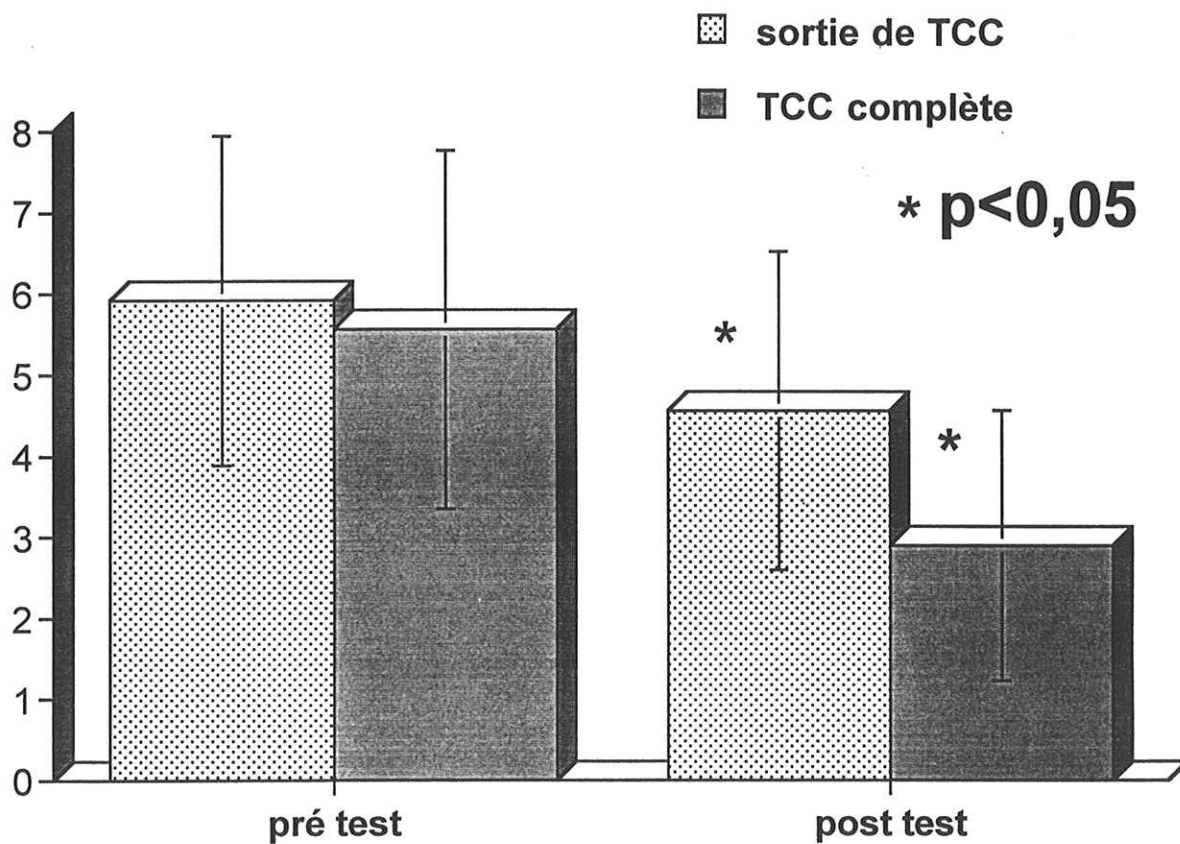
GRAPHIQUE 9

## Évolution de la fréquence de la panique (moyenne-écart type)



GRAPHIQUE 10

## Évolution de l'anxiété généralisée (moyenne -écart type)



GRAPHIQUE 11

Il existe une différence statistiquement significative en ce qui concerne le *nombre de séances* ( $p < 0,0001$ ; avec  $F$  (ddl 1,343) = 130,89) entre les sortie de TCC (moyenne = **9,89**; écart type = 5,95) et les TCC complète (moyenne = **20,37**; écart type = 9,39) (graphique 12).

Les moyennes diffèrent significativement dans leur ensemble ( $p < 0,001$  avec  $F$  (ddl 1,302) = 40,3) pour le *pourcentage de réduction de la médication* entre les sortie de TCC (moyenne = **12,63%**; écart type = 27,70) et les TCC complète (moyenne = **52,32%**; écart type = 39,44) (graphique 13).

Le tableau 13 donne le nombre de patients ayant arrêté toute médication au post test.

	Patients ayant une médication au pré test	Patients ayant arrêté toute médication
Sortie de TCC	118/131	6
TCC complète	186/214	53

**Arrêt de médication au post test**

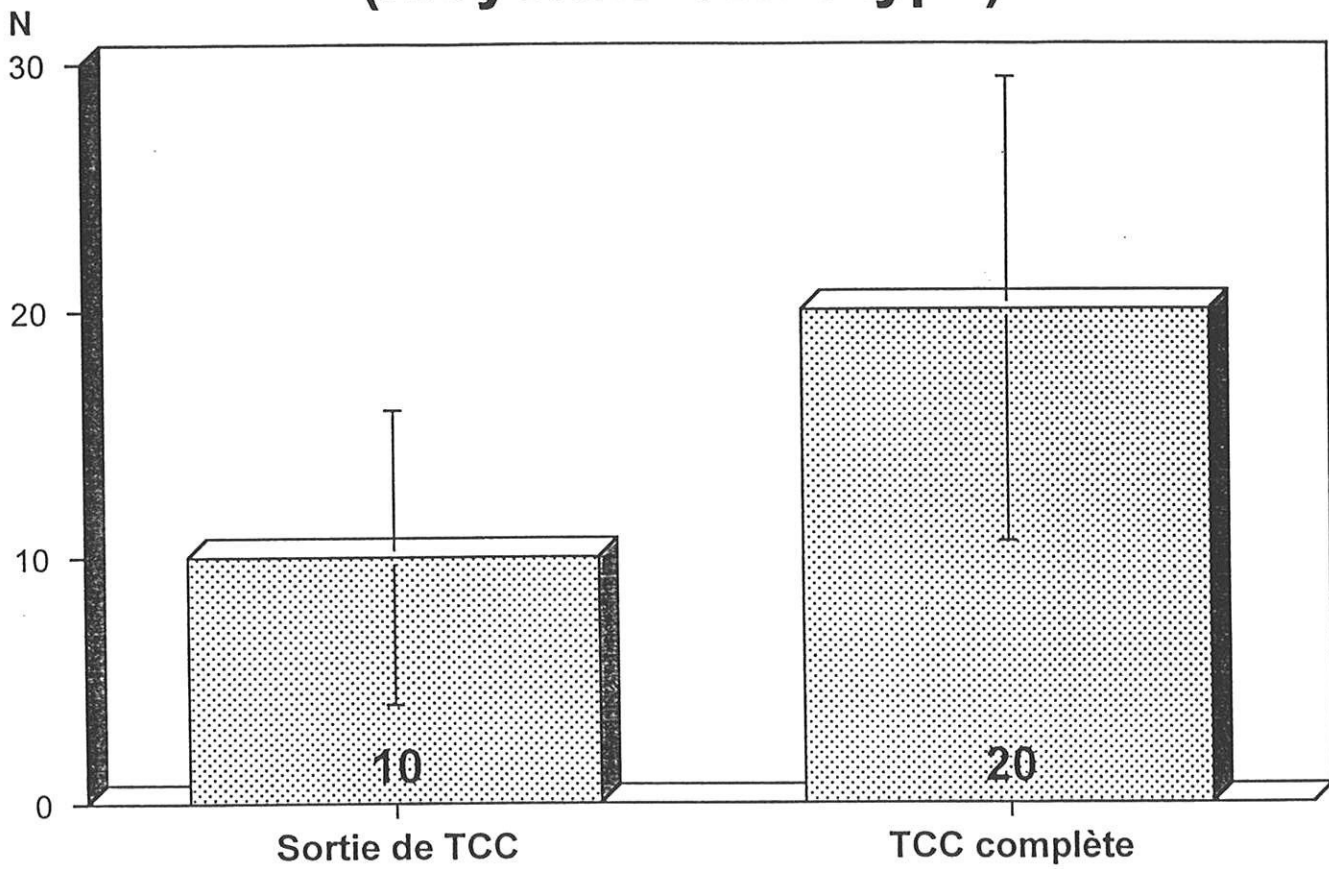
**Tableau 13**

Il n'existe aucune différence significative des scores sur «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» au pré test, entre les sortie de TCC et les TCC complète.

On peut remarquer une nette amélioration des patients ayant eu la thérapie complète : **71,50%** de patients améliorés pour les **troubles phobiques**, **79,4%** pour la **fréquence de la panique** et **63,08%** pour l'**anxiété généralisée**. Cette amélioration est significative par rapport aux sortie de TCC.

Il est important de noter qu'il y a une réduction de moitié environ de la prise médicamenteuse au post test avec un nombre moyen de 20 séances environ. 53 patients ont arrêté toute médication contre 6 pour les sortie de TCC.

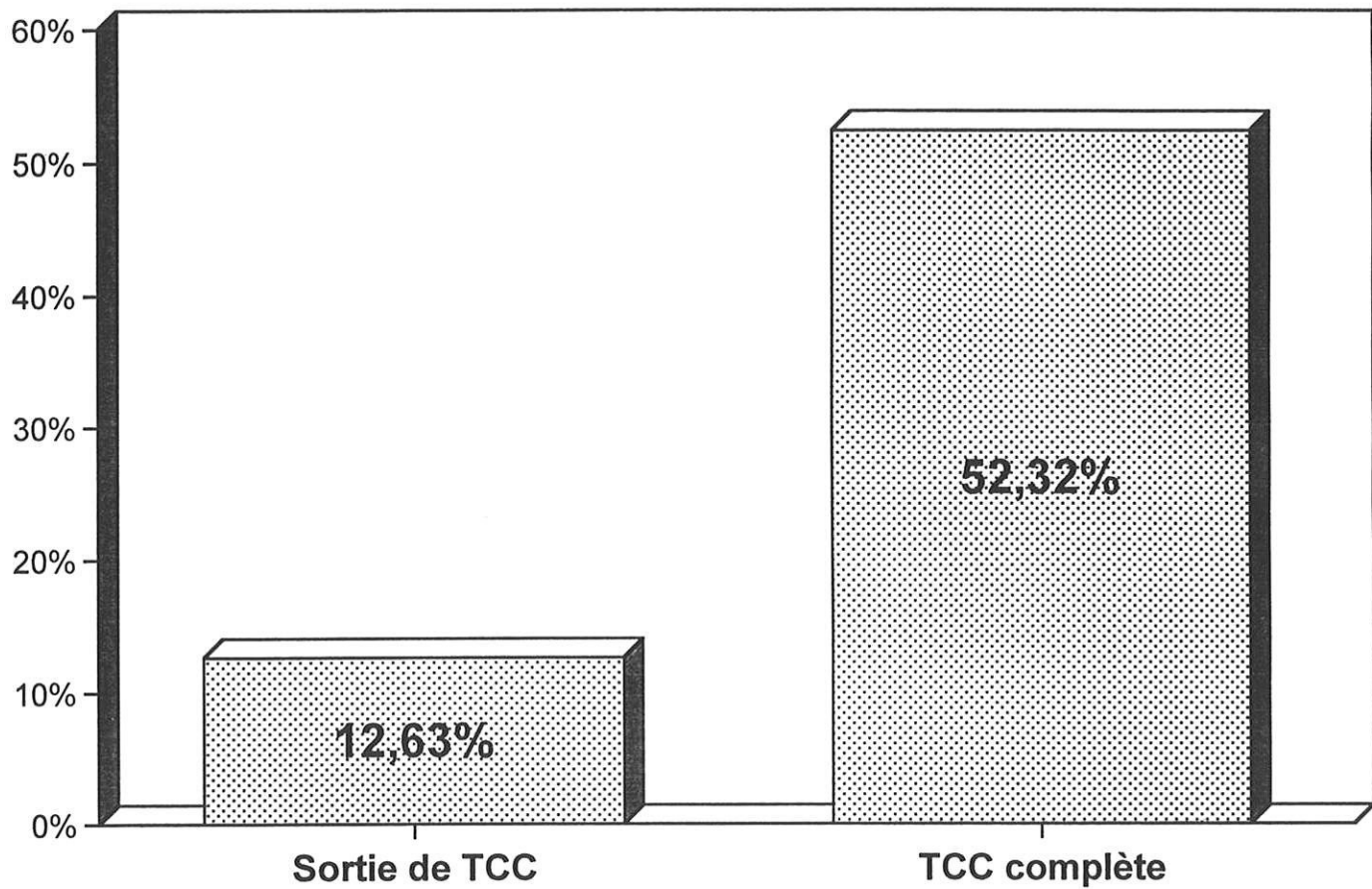
## Nombre de séances (N) (moyenne-écart type)



GRAPHIQUE 12



## Diminution du traitement médicamenteux (en pourcentage)



GRAPHIQUE 13

Le tableau 14 ainsi que le graphique 14 montrent l'évolution du MMPI au post test par rapport au pré test pour 145 TCC complète.

	Pré n=145 m(écart type)	Post n=145 m(écart type)	F(ddl,1,144)	p
Échelle L	51,76 (10,14)	52,76 (10,09)	1,55	0,21
Échelle F	56,92 (13,37)	53,54 (13,55)	14,79	<0,0001*
Échelle K	52,80 (10,29)	53,58 (11,53)	1,12	0,28
Hypocondrie (Hs)	65,29 (11,56)	61,33 (13,32)	15,43	<0,0001*
Dépression (D)	66,41 (12,93)	61,94 (13,93)	28,57	<0,0001*
Hystérie (Hy)	68,98 (11,69)	63,99 (12,82)	28,3	<0,0001*
Psychopathie (Pd)	63,08 (10,79)	58,79 (11,11)	22,76	<0,0001*
Paranoïa (Pa)	61,97 (11,21)	56,92 (11,25)	34	<0,0001*
Psychasthénie (Pt)	<b>70,68</b> (12,8)	64,94 (13,88)	30,69	<0,0001*
Schizophrénie (Sc)	67,98 (14)	62,34 (13,74)	27,16	<0,0001*
Manie (Ma)	56,21 (10,78)	54,39 (11,13)	5,05	0,02*
Anxiété (AI)	62,01 (12,28)	58,5 (12,34)	16,77	<0,0001*
Internalisation (IR)	54,13 (7,63)	53,36 (8,11)	5,07	0,024*

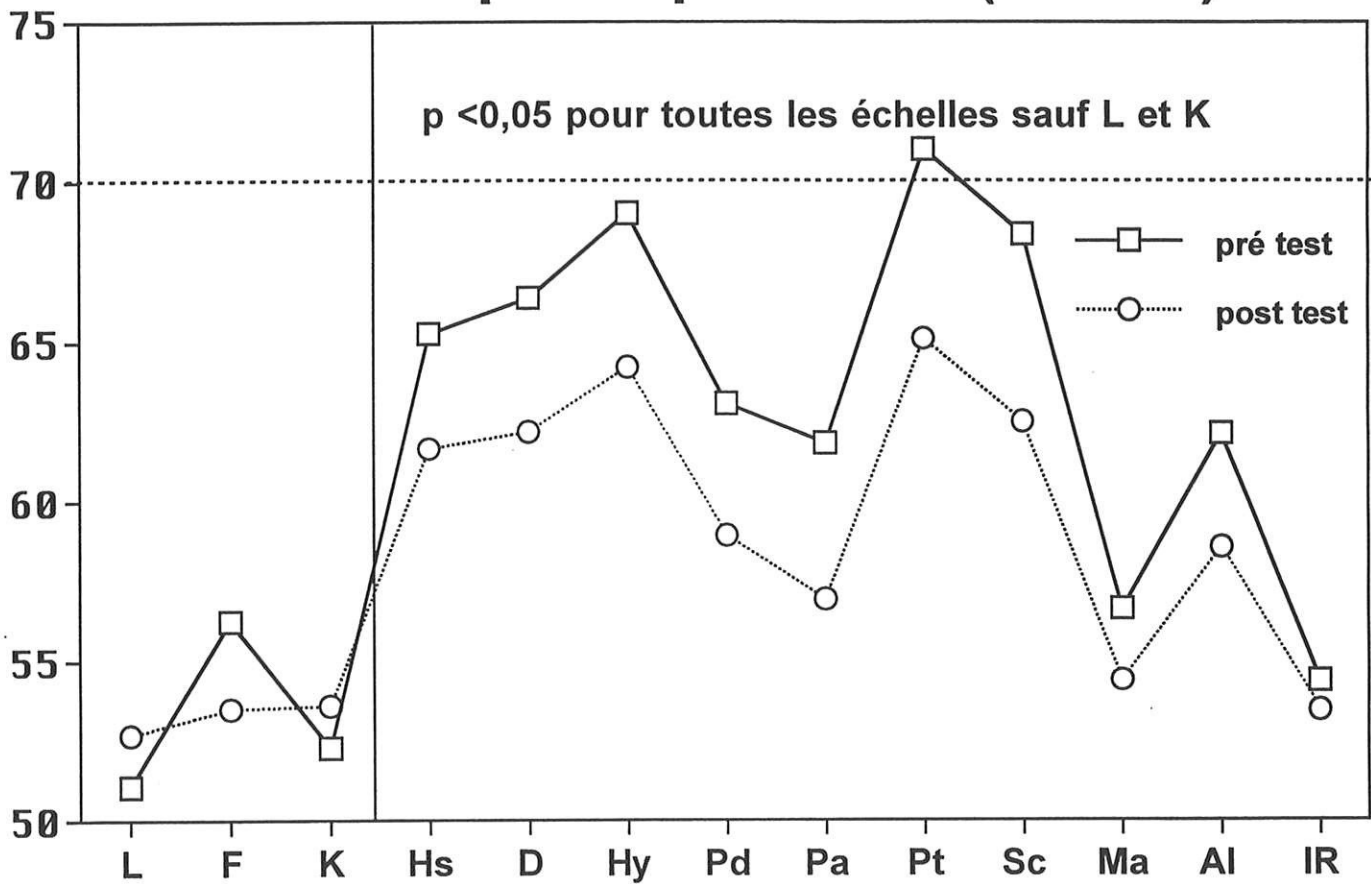
m=moyenne; \* liaison statistiquement significative (p≤0,05)

### Évolution du MMPI pour 145 TCC complète

Tableau 14

On constate donc qu'au pré test l'échelle de **psychasthénie** est au-dessus de 70. Le MMPI se normalise au post test, l'ensemble des échelles étant au-dessous de 70. Il existe une **amélioration** statistiquement significative **sur toutes les échelles** sauf la F et la K qui sont des échelles de validité.

## TCC complète : Minimult pré et post test ( n=145)



GRAPHIQUE 14

### 3 - 5 FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'ABANDON DE THÉRAPIE

Lors de l'analyse pas à pas ascendante de Fischer (réalisée sur les TCC complète et les sortie de TCC ayant passé un MMPI au pré test soit 279 patients), l'abandon de thérapie est prédit de façon **positive par l'échelle de schizophrénie** et, de façon **négative par l'indice d'internalisation et le score initial de la fréquence de la panique** (59,50% de bien classés).

Mais l'échelle de schizophrénie prédit à elle seule 55,91% de bien classés. Plus son score est élevé, plus les risques d'abandon sont élevés. Les sortie de TCC ( $n = 101$ ; moyenne = 73,34; écart type = 15,10) ont un score plus élevé que les TCC complète ( $n = 178$ ; moyenne = 68,37; écart type = 14,52) lorsqu'on les compare avec l'analyse de variance ( $F(\text{ddl } 1,277) = 7,34$ ;  $p = 0,007$ ).

### 3 - 6 FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'AMÉLIORATION DES TROUBLES

#### 3 - 6 - 1 FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'AMÉLIORATION DES TROUBLES PHOBQUES

Lors de l'analyse pas à pas ascendante de Fischer (réalisée sur les 178 TCC complète ayant un MMPI au pré test), **le score initial de panique et le score sur l'axe V du D.S.M.-III-R.** prédisent l'amélioration des troubles phobiques (66,85% de bien classés).

Mais le score initial de panique classe correctement à lui seul 63,48% des sujets. Plus le score est élevé plus les chances de succès sont grandes. Les sujets améliorés ( $n = 123$ ; moyenne = 4,63; écart type = 2,82) ont des scores plus élevés que les sujets non améliorés ( $n = 55$ ; moyenne = 3,36; écart type = 2,90), lorsqu'on les compare avec l'analyse de variance ( $F(\text{ddl } 1,176) = 7,59$ ;  $p = 0,006$ ).

Il faut noter que l'analyse discriminante donne aussi mais de façon moins importante **l'indice d'internalisation** comme facteur prédictif **positif** et l'échelle de **paranoïa** comme facteur prédictif **négatif**.

### 3 - 6 - 2 FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'AMÉLIORATION DE LA FRÉQUENCE DE LA PANIQUE

Lors de l'analyse pas à pas ascendante de Fischer (réalisée sur les 178 TCC complète ayant un MMPI au pré test), le **score initial de panique** et de façon **négative l'échelle de dépression**, prédisent l'amélioration de la fréquence de la panique (66,29% de bien classés).

Mais le score initial de panique prédit à lui seul 65,17% de sujets bien classés. Plus le score est élevé plus les chances de succès sont grandes. Les sujets améliorés (n = 142; moyenne = 4,64; écart type = 2,82) ont des scores plus élevés que les sujets non améliorés (n = 36; moyenne = 2,66; écart type = 2,64), lorsqu'on les compare avec l'analyse de variance ( $F(\text{ddl } 1, 176) = 14,37; p < 0,0001$ ).

### 3 - 6 - 3 FACTEURS PRÉDICTIONNELS D'AMÉLIORATION DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Lors de l'analyse pas à pas ascendante de Fischer (réalisée sur les 178 TCC complète ayant un MMPI au pré test), le **score initial d'anxiété** et le **score sur l'axe V du D.S.M.-III-R.**, et de façon **négative l'échelle de schizophrénie**, prédisent l'amélioration de l'anxiété généralisée (70,22% de bien classés).

Mais le score d'anxiété au pré test classe correctement à lui seul 69,66% des sujets. Plus le score est élevé plus les chances d'amélioration sont grandes. Les sujets améliorés (n = 115; moyenne = 6,33; écart type = 1,78) ont des scores plus élevés que les non améliorés (n = 63; moyenne = 4,65; écart type = 2,46), lorsqu'on les compare avec l'analyse de variance ( $F(\text{ddl } 1, 176) = 27,54; p < 0,0001$ ).

## 3 - 7 ÉTUDE DE SUIVI

Cette étude rétrospective porte sur 18 ans. Les patients ont un suivi entre un mois et 18 ans sachant que certains patients ne se sont pas présentés après le post test et que certains sont revenus consulter après plusieurs années sans avoir donné de nouvelles avant. L'item suivi au-delà de 1 an représente les dernières nouvelles connues du patient au-delà de un an.

### 3 - 7 - 1 RÉSULTATS DESCRIPTIFS SIMPLES DU SUIVI

Ils sont représentés par le tableau 15 ci-après (le critère d'amélioration est toujours une diminution d'au moins 50% par rapport au score au pré test).

	Nombre d'individu	Phobie	Panique	Anxiété
Post test	214	71,5 %	79,44 %	63,08 %
Suivi à 6 mois	164	82,32 %	82,93 %	66,46 %
Suivi à 1 an	92	83,7 %	83,7 %	64,13 %
Suivi au-delà de 1 an	80	83,75 %	85 %	57,5 %

#### Résultats descriptifs simples du suivi

Tableau 15

### 3 - 7 - 2 ÉVOLUTION DANS LE TEMPS DES SCORES DE «L'ÉCHELLE PHOBIES, PANIQUE, ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE»

L'évolution du score de phobie au pré, post et au suivi se fait à l'aide d'un test statistique appelé analyse de variance avec mesures répétées. Elle porte sur 61 patients ayant les cinq valeurs (tableau 16).

	moyenne	écart type
- Phobie pré test (0-8)	6,66	1,63
- Phobie post test (0-8)	2,8	2,17
- Phobie suivi 6 mois (0-8)	2,25	1,65
- Phobie suivi 1 an (0-8)	2,23	2,08
- Phobie suivi au-delà 1 an (0-8)	2,16	1,85

#### Évolution du score de phobie

Tableau 16

L'analyse de variance entre ces mesures donnant  $p < 0,0001$  ( $F(60,244) = 104,05$ ), on peut effectuer la comparaison multiple des moyennes par le test de Newman-Keuls.

Au seuil  $\alpha = 0,05$  :

Il existe une différence statistiquement significative entre :

- le score de phobie au pré test et celui au post test à 6 mois, 1 an et au-delà.
- le score de phobie au post test et celui à 6 mois, à 1 an et au-delà.

Il n'existe pas de différence statistique entre les scores de phobie à 6 mois, à 1 an et au-delà.

En résumé, pour les troubles phobiques, les patients sont améliorés de façon significative après la thérapie comportementale et cognitive. L'amélioration se poursuit encore au suivi de six mois mais reste stable par la suite.

On utilise la même méthode pour le score de panique (tableau 17).

	moyenne	écart type
- panique pré test (0-8)	4,18	2,85
- panique post test (0-8)	1,3	1,71
- panique suivi 6 mois (0-8)	1,1	1,64
- panique suivi 1 an (0-8)	1,03	1,58
- panique suivi au-delà de 1 an (0-8)	0,62	1,4

**Évolution du score de panique**

**Tableau 17**

L'analyse de variance entre ces mesures donne  $p < 0,0001$  ( $F(60,244) = 41,56$ ).

Au seuil  $\alpha = 0,05$  au test de Newman-Keuls :

Il existe une différence significative entre le **score de panique au pré test et ceux au post test, à 6 mois, 1 an et au-delà.**

Il n'existe pas de différence statistique entre les scores de panique au post test, à 6 mois, à 1 an et au-delà.

Donc, pour la fréquence de la panique on retrouve une amélioration significative au post test qui reste stable par la suite.

Nous procéderons de la même façon pour le score d'anxiété généralisée (tableau 18).

	moyenne	écart type
- anxiété pré test (0-8)	5,95	1,94
- anxiété post test (0-8)	3,2	1,56
- anxiété suivi 6 mois (0-8)	2,79	1,57
- anxiété suivi 1 an (0-8)	2,79	1,69
- anxiété suivi au-delà de 1 an (0-8)	2,89	1,58

**Évolution du score d'anxiété**

**Tableau 18**

L'analyse de variance entre ces mesures donne  $p < 0,0001$  avec  $F(60,244) = 58,25$ .

Au seuil  $\alpha = 0,05$  du test de Newman-Keuls :

Il existe une différence significative entre le **score d'anxiété généralisée au pré test et ceux au post test, à 6 mois, à 1 an et au-delà.**

Il n'existe pas de différence statistique entre le score d'anxiété généralisée au post test à 6 mois, à 1 an et au-delà.

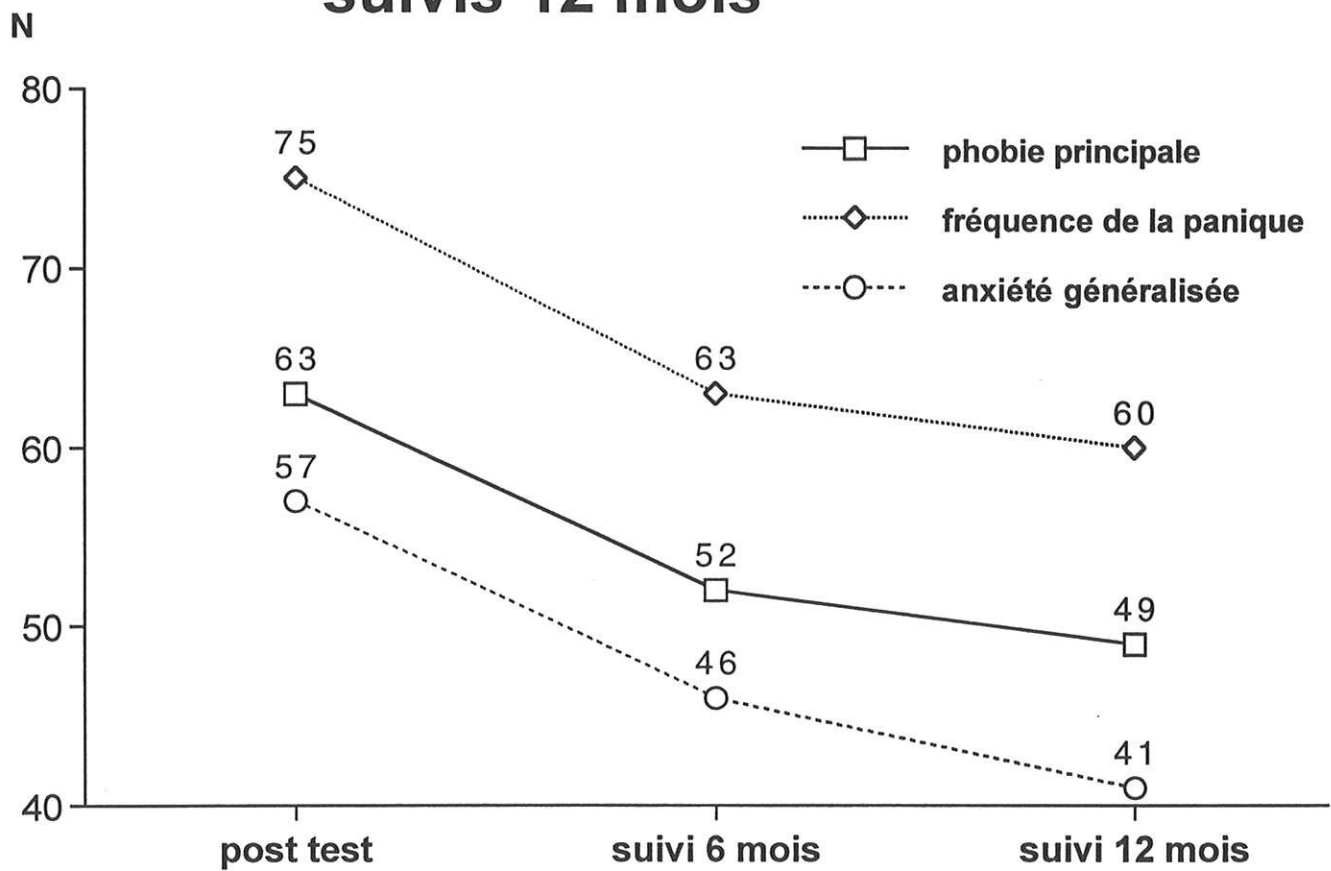
Au total, il s'agit du même profil que pour la fréquence de la panique; il existe une amélioration significative au post test qui se maintient par la suite.

### 3 - 7 - 3 COURBE DE SURVIE

Nous avons réalisé cette courbe sur les 90 patients dont les données sont connues à 6 mois et à un an (graphique 15). Elle ne peut être qu'indicative car elle porte sur 90 patients alors que 214 ont fini la thérapie.



## Courbe de survie de 90 patients suivis 12 mois



GRAPHIQUE 15

### 3 - 8 COMPARAISON DES RÉSULTATS DES HOMMES ET DES FEMMES TCC COMPLÈTE

Les tableaux 19 et 20 présentent une comparaison statistique des principales données entre les hommes et les femmes ayant terminé la thérapie cognitivo-comportementale.

	Homme n=103 m(écart type)	Femme n=111 m(écart type)	F(dll 1,213)	p
Age	38,97 (9,67)	37,51 (11,04)	1,04	0,30
Age au début des troubles phobiques	30,78 (9,93)	30,12 (10,01)	0,23	0,63
Durée en année de l'agoraphobie	8,19 (8,22)	7,4 (7,66)	0,54	0,52
	n=102	n=107		
Age lors de la 1 <sup>ère</sup> attaque de panique	28,31 (10,39)	28,5	0,017	0,89
Phobie pré test (0-8)	6,67 (1,41)	7,01 (1,59)	2,7	0,09
Panique pré test (0-8)	4,17 (2,73)	4,11 (2,91)	0,03	0,85
Anxiété pré test (0-8)	5,49 (2,34)	5,62 (2,1)	0,2	0,65
Phobie post test (0-8)	2,82 (2,0)	3,03 (2,25)	0,52	0,52
Panique post test (0-8)	1,46 (1,92)	1,23 (1,77)	0,77	0,61
Anxiété post test (0-8)	2,88 (1,75)	2,91 (1,6)	0,013	0,9
% de réduction de médication	50,8 (41,6)	53,78 (37,41)	0,26	0,61
	m=moyenne			

Comparaison homme/femme TCC complète (1)

Tableau 19

	Homme n=103	Femme n=111	Chi <sup>2</sup> corrigé	ddl	p
Amélioration phobie (n≥50%)	76 (73,78%)	77 (69,36%)	0,317	1	0,57
Amélioration panique (n≥50%)	79 (76,69%)	91 (81,98%)	0,618	1	0,43
Amélioration anxiété (n≥50%)	67 (65,04%)	68 (61,26%)	0,18	1	0,66
* liaison statistiquement significative (p≤0,05)					

### Comparaison homme/femme TCC complète (2)

**Tableau 20**

Il n'existe **pas de différence** statistiquement significative entre les hommes et les femmes agoraphobes ayant effectué toute la thérapie. Ils ont les mêmes scores à «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» et les mêmes critères d'âge. Il n'y a pas non plus de différence des scores de cette échelle au post test. Ils sont améliorés dans les mêmes proportions. De même, ils réduisent dans la même proportion leur consommation médicamenteuse.

Les tableaux 21 et 22 comparent les MMPI au pré et post test des hommes et des femmes. Les graphiques 16 et 17 en donnent la représentation.

	Homme n=82 m(écart type)	Femme n=96 m(écart type)	F(ddl 1,176)	p
Échelle L	50,65 (10,49)	51,42 (10,6)	0,236	0,63
Échelle F	54,63 (12,57)	57,62 (13,22)	2,368	0,12
Échelle K	52 (10,35)	52,52 (10,16)	0,114	0,73
Hypocondrie (Hs)	68,17 (11,66)	62,72 (10,38)	10,595	<u>0,001</u> *
Dépression (D)	<b>70,39</b> (12,88)	62,98 (11,22)	16,83	<u>&lt;0.0001</u> *
Hystérie (Hy)	<b>72,16</b> (11,3)	66,33 (10,9)	12,2	<u>&lt;0.0001</u> *
Psychopathie (Pd)	61,5 (11,22)	64,44 (9,99)	3,41	0,06
Paranoïa (Pa)	60,37 (10,42)	63,09 (11,74)	2,64	0,10
Psychasthénie (Pt)	<b>71,91</b> (12,29)	<b>70,25</b> (12,85)	0,77	0,61
Schizophrénie (Sc)	65,82 (14,6)	<b>70,55</b> (14,17)	4,8	<u>0,02</u> *
Manie (Ma)	55,66 (10)	57,5 (10,39)	1,364	0,24
Anxiété (AI)	63,6 (12,39)	60,91 (11,07)	2,34	0,12
Internalisation (IR)	56,93 (7,54)	52,2 (6,63)	19,82	<u>&lt;0.0001</u> *

m=moyenne; \* liaison statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ )

### Comparaison homme/femme TCC complète MMPI au pré test

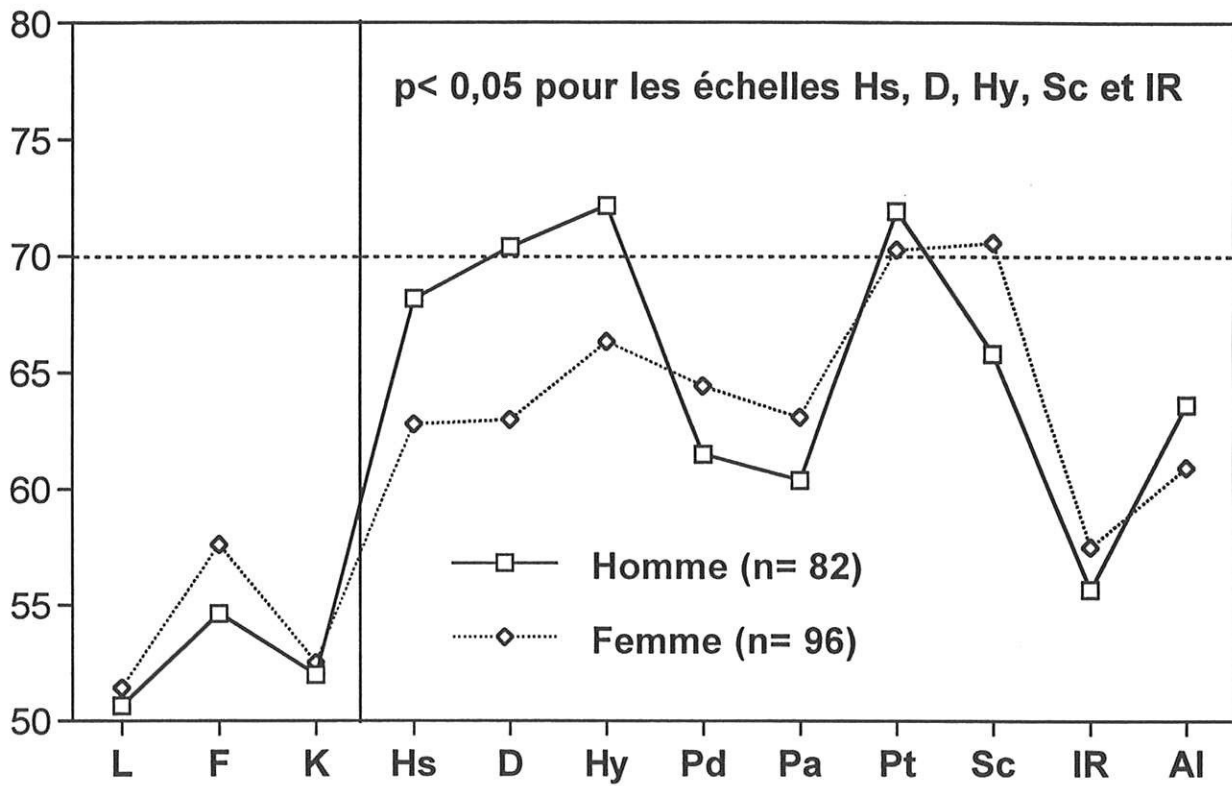
Tableau 21

Le profil moyen des **hommes** montre un score de 70 et plus des échelles de **dépression**, **d'hystérie** et de **psychasthénie**. Le profil moyen des **femmes** montre une élévation au-dessus de 70 des échelles de **schizophrénie** et de **psychasthénie**. La comparaison du MMPI au pré test des hommes et des femmes, met en évidence que :

1. Les **hommes** ont des échelles d'**hypocondrie**, de **dépression**, **d'hystérie** et d'**indice d'internalisation** significativement plus élevées que les femmes.
2. Les **femmes** ont l'échelle de **schizophrénie** significativement plus élevée que les hommes.

Ainsi, les femmes ont des traits de personnalité plus psychotiques que les hommes. En revanche, les hommes ont des traits de personnalité «plus névrotiques» que les femmes.

## TCC complète: Minimult en pré test ,comparaison homme/femme



GRAPHIQUE 16

	Homme n=75 m(écart type)	Femme n=76 m(écart type)	F(ddl,1,149)	p
Échelle L	51,49 (9,01)	53,84 (11,05)	2,046	0,15
Échelle F	53,01 (12,73)	53,99 (14,03)	0,199	0,66
Échelle K	53,53 (11,16)	53,67 (11,83)	0,005	0,93
Hypocondrie (Hs)	64,67 (12,93)	58,71 (13,23)	7,828	<u>0,006</u> *
Dépression (D)	65,83 (13,89)	58,62 (13,37)	10,55	<u>0,001</u> *
Hystérie (Hy)	67,25 (12,63)	61,22 (12,52)	8,67	<u>0,004</u> *
Psychopathie (Pd)	59,11 (12,19)	58,78 (10,3)	0,032	0,85
Paranoïa (Pa)	57,01 (11,52)	56,87 (10,9)	0,006	0,93
Psychasthénie (Pt)	66,93 (13,98)	63,3 (13,8)	2,57	0,10
Schizophrénie (Sc)	62,32 (14,9)	62,72 (12,9)	0,03	0,85
Manie (Ma)	54,35 (11,47)	54,47 (10,58)	0,005	0,9
Anxiété (AI)	60,16 (12,51)	57,03 (12,06)	2,45	0,11
Internalisation (IR)	55,29 (6,93)	51,66 (8,77)	7,97	<u>0,005</u> *

m=moyenne; \* liaison statistiquement significative ( $p \leq 0,05$ )

### Comparaison homme/femme TCC complète MMPI au post test

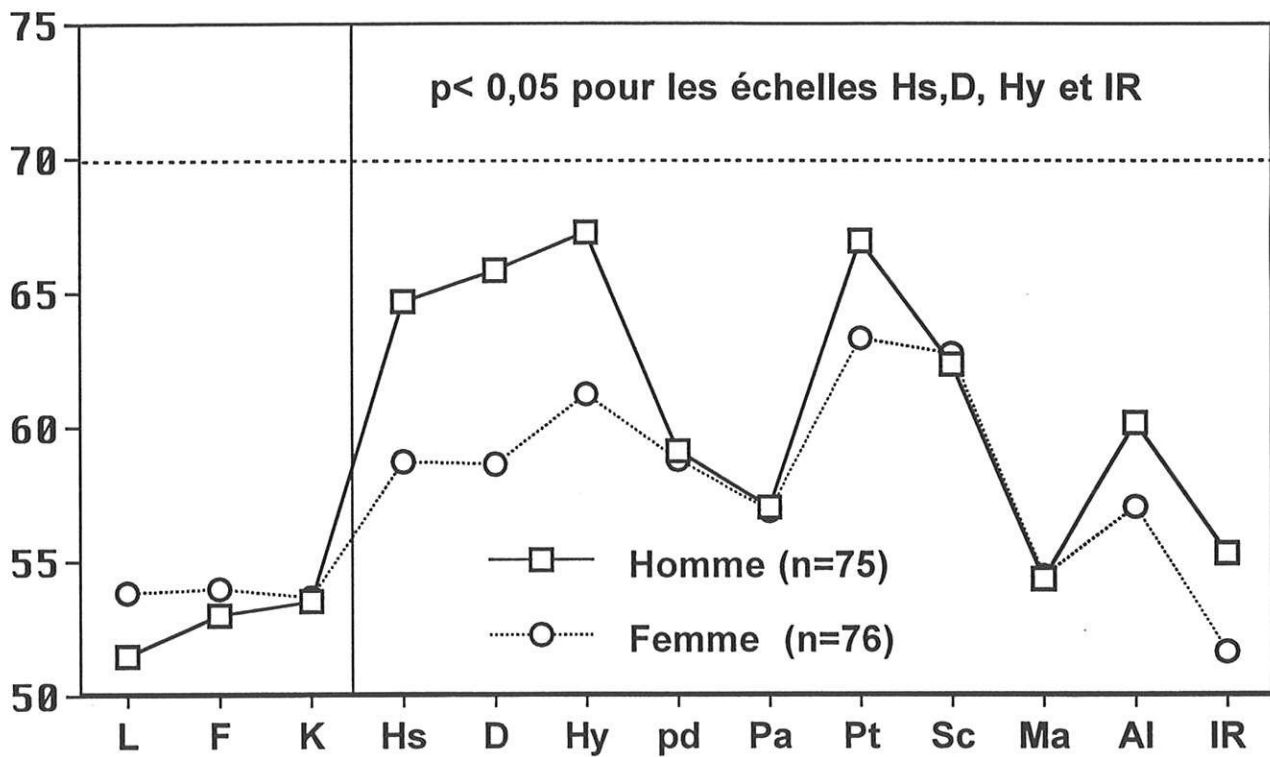
Tableau 22

Les MMPI au post test montrent que les femmes réduisent leur profil psychotique du pré test, puisque le profil moyen ne met en évidence aucune échelle au-dessus de 70. De même, les hommes ont un profil moyen normalisé d'où ne se détache aucune échelle au-dessus de 70.

La comparaison des MMPI des hommes et des femmes en fin de traitement, montre que les **hommes ont toujours** les échelles d'**hypocondrie**, de **dépression**, d'**hystérie** et l'**indice d'internalisation** significativement plus élevées que les femmes.

Ainsi les hommes restent «plus névrotiques» que les femmes après thérapie cognitivo-comportementale, bien que leurs **profils moyens au MMPI se normalisent**.

## Sortie de TCC/TCC complète : Minimult en post test , comparaison homme/femme



GRAPHIQUE 17

## IV - DISCUSSION

### 4 - 1 COMPARAISON AUX ÉTUDES PRÉCÉDENTES DE LA MÊME UNITÉ

En 1991, Cottraux et coll. publient une étude sur 124 patients présentant un trouble panique avec agoraphobie.

En ce qui concerne l'étude épidémiologique, il existe peu de différences. La moyenne d'âge des patients est de 38 ans (38,92 pour notre étude), l'âge de la première attaque de panique est de 29 ans (contre 28,77 ans pour notre étude), l'âge de début des troubles phobiques est de 29,5 ans (30,92 ans dans notre étude), la durée des troubles agoraphobiques est de 8 ans (7,44 ans pour notre étude). Dans leur étude il y avait autant d'hommes que de femmes contre 42% d'hommes et 58% de femmes dans notre étude. Cependant, si on se réfère aux TCC complète, nous trouvons une proportion quasi égale d'hommes et de femmes (48% contre 52%).

Dans l'étude de Cottraux et coll.(1991), les auteurs constataient un changement significatif pour toutes les variables de l'étude sauf les échelles de manie et l'indice d'internalisation du MMPI. Dans notre étude, il existe un changement significatif sur l'ensemble des variables, notamment de toutes les échelles du MMPI (sauf K et L qui sont les échelles de validité).

Les deux études donnent comme facteur prédictif essentiel de la fréquence de la panique, le score initial de panique. Cottraux et coll. (1991) donnaient comme explication l'effet plancher, c'est-à-dire que chez les sujets présentant peu d'attaque de panique, il reste peu de place pour une décroissance importante des attaques de panique. Cette explication d'effet plancher peut s'appliquer pour l'amélioration de l'anxiété généralisée (le facteur prédictif étant le score initial d'anxiété dans notre étude).

Par contre nous ne retrouvons pas les mêmes facteurs prédictifs que l'étude de Cottraux et coll. (1991) qui retrouvait : l'indice d'internalisation (qui classait à lui seul 66% des sujets), l'échelle de psychasthénie et le score initial de panique. Dans notre étude, c'est ce dernier qui est le facteur prédictif le plus important (63,48% de bien



classés), l'indice d'internalisation étant un facteur plus mineur. Nous avons vu que les attaques de panique, étant un facteur aggravant des évitements phobiques, on peut comprendre qu'une diminution des attaques de panique puisse être un facteur d'amélioration des troubles phobiques.

Mollard et coll. (1989) ont analysé les facteurs d'adhérence au traitement; 119 patients ayant suivi l'ensemble des séances de thérapie prévues étaient comparés à 54 perdus de vue. Les facteurs prédictifs d'abandon de thérapie cognitivo-comportementale, déterminés par l'analyse discriminante, étaient le score d'adaptation (axe V du D.S.M.-III), les échelles de schizophrénie et de psychopathie du MMPI. Dans notre étude, c'est essentiellement l'échelle de schizophrénie qui est le plus important facteur prédictif d'abandon de thérapie (prédit à lui seul 55,91% de sujets bien classés).

Nous avons également retrouvé que les femmes abandonnaient la thérapie significativement plus que les hommes (ce que retrouvent également Cottraux et coll. en 1995) et qu'il existe une différence significative entre les sorties de TCC et les TCC complète pour les échelles de paranoïa et de schizophrénie. On voit donc, comme dans l'étude de Mollard et coll., que les traits psychotiques de personnalité pourraient représenter un facteur de mauvaise adhérence au traitement cognitivo-comportemental. Par contre, nous ne retrouvons pas le facteur adaptation.

En 1992, Bouvard et Mollard présentent une étude comparative des hommes et des femmes agoraphobes portant sur 124 patients. Elles ne trouvaient pas de différence à l'efficacité de l'approche cognitivo-comportementale sur le syndrome agoraphobique chez les hommes et les femmes. Tout comme elles, nous ne trouvons pas de différence entre les hommes et les femmes en dehors des tests de personnalité.

Au pré test Bouvard et Mollard trouvaient pour les hommes des scores supérieurs à 70 pour les échelles de dépression, d'hystérie et de psychasthénie et pour les femmes seule l'échelle de schizophrénie est au-dessus de 70. Pour notre étude, nous trouvons les mêmes échelles élevées sauf pour les femmes où nous retrouvons également l'échelle de psychasthénie. Elles trouvaient que les hommes ont les échelles d'hypocondrie, de dépression, d'hystérie et d'indice d'internalisation

significativement plus élevées que les femmes, et inversement les femmes ont des échelles de paranoïa et de schizophrénie plus élevées que les hommes. Dans notre étude, nous retrouvons les mêmes données sauf pour l'échelle de paranoïa.

Au pré test, nous retrouvons, tout comme les deux auteurs, une normalisation du MMPI pour les hommes et les femmes. Les hommes, dans les deux études, conservent une différence significative pour les échelles d'hypocondrie, de dépression, d'hystérie et d'indice d'internalisation.

Nos résultats tendent donc à confirmer les résultats de l'étude de 1991. Au pré test les hommes apparaissent plus névrotiques et dépressifs que les femmes, celles-ci étant «plus psychotiques» que les hommes. Si les femmes ne diffèrent plus des hommes en ce qui concerne des traits psychotiques au post test, les hommes conservent des traits névrotiques et dépressifs significativement supérieurs aux femmes.

Les études confirment les résultats obtenus par Mollard et coll. 1986 (cité par Bouvard et Mollard 1992) sur un échantillon plus faible. Par contre nous ne confirmons pas, tout comme l'étude de 1992, que les hommes consulteraient plus tôt.

#### **4 - 2 COMPARAISON AUX ÉTUDES FRANÇAISES**

Peu d'études portant sur les résultats des thérapies cognitivo-comportementales dans l'agoraphobie ont été publiées. Nous reprendrons l'étude de Guilbert et coll. parue en 1985 et concernant 53 patients agoraphobes.

Cette étude montrait une moyenne d'âge de 39 ans ce qui correspond à notre étude, la durée moyenne des troubles est de 9 ans (contre 7,44 ans pour notre étude), 70% des sujets sont mariés ce qui est équivalent à notre étude (69,9%), 23% sont déprimés contre 48,6% de patients présentant un trouble thymique dans la présente étude, et enfin 46% des patients présentent un trouble de personnalité sur l'axe II du D.S.M.-III.

La différence la plus marquante porte sur la répartition selon le sexe. Dans l'étude de Guilbert et coll., les patients se répartissaient en 80% de femmes et 20% d'hommes. Il faut relativiser ces chiffres car Guilbert et son équipe travaillaient essentiellement avec des enseignants où la gent féminine est largement représentée. Les auteurs reprennent l'idée que la plus grande incidence de l'agoraphobie chez les femmes serait plus apparente que réelle, et que l'agoraphobie chez les hommes serait masquée par l'alcoolisme.

Or si dans l'ensemble de l'échantillon de notre étude nous retrouvons 57,6% de femmes (ce qui est déjà au-dessous de la majorité des études), les TCC complète présentent 52% de femmes. Cette répartition surprenante entre hommes et femmes est une constante des études sur les agoraphobes réalisées par l'unité de traitement de l'anxiété à Lyon (Cottraux et coll., 1991; Bouvard et Mollard, 1992). Elle peut s'expliquer par le recrutement particulier d'une consultation orientée sur la thérapie cognitivo-comportementale. Il n'y a pas d'argument qui permette de penser qu'il y ait une proportion anormalement élevée en France et en particulier à Lyon d'agoraphobes masculins, la prévalence de l'agoraphobie, pour les hommes et les femmes, étant dans les mêmes proportions d'un pays à l'autre (Lépine, 1986).

La durée des troubles agoraphobique avant la première consultation en thérapie cognitivo-comportementale peut sembler longue (en moyenne 8 à 9 ans), mais elle peut s'expliquer par le fait qu'il y a eu souvent d'autres intervenants avant cette consultation, et d'autre part, par la tolérance des troubles souvent longue (la prise en charge n'intervenant que quand il existe une interférence importante avec la vie socioprofessionnelle).

Guilbert et coll. ne présentant pas les résultats de la thérapie comportementale pour ces 53 patients, nous ne pouvons comparer avec nos propres données.

#### **4 - 3 COMPARAISON AUX ÉTUDES ANGLOSAXONNES**

Un certain nombre d'études américaines et anglaises ont montré que le traitement cognitivo-comportemental de l'agoraphobie donnait de bons résultats, qui

persistaient à 6 mois de suivi ou un an. De plus en plus de publications présentent des études de suivi de patients sur plusieurs années.

Marks (1971) a suivi 65 patients présentant des troubles phobiques (dont la moitié d'agoraphobes) pendant quatre ans. Il trouvait que ces patients étaient généralement améliorés au cours du traitement, et que cette amélioration persistait au suivi; des troubles associés comme l'anxiété ou la dépression étaient aussi améliorés. Il ne retrouvait pas de symptôme de substitution.

Emmelkamp et Kuipers (1979) ont suivi 70 patients (sur 81 au départ) pendant quatre ans, les patients étant contactés par courrier. Les auteurs trouvaient des résultats identiques à ceux de Marks. Mc Pherson et coll.(1980) publie une étude de suivi par courrier (69% de l'échantillon ont répondu) d'agoraphobes traités par thérapie comportementale. Ils montrent que l'amélioration se maintient pour l'ensemble des patients.

En 1980, Munby et Jonhston ont suivi, pendant cinq à neuf ans, 63 patients des 66 traités. Ces agoraphobes traités par thérapie comportementale maintiennent leur amélioration sur un suivi de plusieurs années (parfois neuf ans). Les patients qui montraient la meilleure amélioration au suivi étaient parmi ceux qui étaient les moins anxieux et les moins dépressifs. L'amélioration ne s'est pas faite au prix d'un autre trouble psychique.

En 1986, Burns, Thorpe et Cavallaro publient une étude de suivi à huit ans de 20 agoraphobes ayant participé à une étude contrôlée en 1974. Ils montraient un maintien des résultats au long terme mais les auteurs émettaient des réserves car des patients avaient pris des psychotropes.

L'ensemble de ces études tendent donc à montré l'intérêt des thérapies cognitives et comportementales dans le traitement de l'agoraphobie, avec un maintien des résultats sans apparition de symptôme de substitution.

Dans notre étude, nous avons vu qu'au suivi de 1 an, 83,70% des patients sont améliorés de même que 83,75% des 80 patients au-delà de un an (mais ils ne représentent que 40% de l'échantillon des TCC complète). Nous constatons que l'amélioration est moins bonne en ce qui concerne l'anxiété généralisée (mais celle-ci

peut être associée à d'autres pathologies tels que la dépression ou les troubles obsessionnels compulsifs, ou tout simplement être basse au départ). A noter, qu'une étude, où tous les TCC complète sont recontactés par courrier, est en cours.

En ce qui concerne l'étude des hommes et des femmes agoraphobes, nous ne reviendrons pas sur la proportion homme/femme dans notre étude qui diffère de l'ensemble des autres études «non lyonnaises». Des études comparant les agoraphobes masculins et les agoraphobes féminins, n'ont pas montré de différence entre les deux sexes (pour une revue voir Oei et coll., 1990). Mavissakalian (1985), ne retrouve pas de différence nette entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la psychopathologie, les traits de personnalité (introversion, extraversion, affirmation de soi). Oei et coll. (1990) n'ont pu différencier hommes et femmes avec le questionnaire des peurs, un questionnaire d'hostilité, l'inventaire de personnalité de Maudsley et l'inventaire d'anxiété trait-état de Spielberg; les femmes présentaient cependant une symptomatologie anxieuse et dépressive plus sévère sur les échelles d'anxiété et de dépression de Hamilton.

Si notre étude ne montre pas de différence entre les hommes et les femmes en dehors des traits de personnalité, nous confirmons les études déjà réalisées dans l'unité à Lyon sur un effectif plus faible. Nous trouvons que les hommes agoraphobes conservent après traitement des traits «névrotiques» et dépressifs de façon significative à ceux présentés par les femmes, qui elles réduisent leurs traits psychotiques (retrouvés au pré test) et ne diffèrent plus des hommes à cet égard. Il faut noter qu'au post test, les MMPI (homme ou femme) se normalisent dans leur ensemble.

En 1994, Dressen et coll. publient le résultat de deux études portant sur 88 patients présentant des troubles anxieux variés (dont des agoraphobes), et montrent un changement parallèle des patients avec ou sans troubles de personnalité. Les troubles de personnalité ne seraient pas en cause dans l'échec de la thérapie cognitivo-comportementale dans les troubles anxieux en général (et le trouble panique en particulier). Cependant, notre étude montre que les sortie de TCC ont une élévation des échelles d'hystérie, de psychasthénie et de schizophrénie. Ils ont

une élévation statistiquement significative des échelles de paranoïa et de schizophrénie par rapport aux TCC complète.

Ceci suggère qu'il faudrait envisager un aménagement psychothérapeutique pour les patients présentant une personnalité histrionique ou paranoïaque. La modification des schémas spécifiques de personnalité proposé par Beck (1990), pourrait s'intégrer dans un «package» de thérapies pour le traitement de l'agoraphobie (Cottraux et coll., 1992).

# CONCLUSION



Bien que décrite en 1871 par Westphal et en 1878 par Legrand du Saulle, l'agoraphobie est longtemps restée confinée dans la sous catégorie des névroses phobiques. Le développement des thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales a remis en avant l'agoraphobie qui est maintenant reconnue comme une entité clinique.

Il existe cependant un large débat, notamment entre Marks et Klein, en ce qui concerne les liens entre l'agoraphobie et le trouble panique. Leurs théories sous-tendent les différences entre les principales classifications actuelles.

Basées sur les différents modèles de l'apprentissage, longtemps expérimentées en laboratoire, les théories comportementalistes aboutissent aux thérapies après la seconde guerre mondiale. Depuis une vingtaine d'années les thérapies sont devenues cognitivo-comportementales avec l'apport du cognitivisme.

Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur 533 patients s'étant rendus, pendant une vingtaine d'années, dans une unité de traitement de l'anxiété. Nous avons utilisé deux tests : «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée» et le Minimult.

L'épidémiologie descriptive de l'ensemble de l'échantillon permet d'apporter une connaissance de la population agoraphobe française. Elle diffère peu des études anglosaxonnes si ce n'est pour le rapport homme/femme qui reste surprenant (57,6% de femmes contre 70 à 80% dans la majorité des études).

L'étude des patients ayant terminé la thérapie permet de constater que les patients sont largement améliorés après thérapie cognitivo-comportementale (71,5% d'amélioration pour la phobie, 70,4% pour la fréquence de panique), avec une réduction d'environ 50% de la médication en une vingtaine de séances. Ces résultats tendent à se maintenir à long terme.

Nous avons pu déterminer des facteurs prédictifs d'amélioration de la phobie (le score initial de panique et le score sur l'axe V du D.S.M.-III-R.), de la panique (le score initial de panique et de façon négative l'échelle de dépression) et de l'anxiété (score initial de l'anxiété, le score sur l'axe V du D.S.M.-III-R. et de façon négative l'échelle de schizophrénie). Nous avons également déterminé des facteurs prédictifs



d'abandon de thérapie qui sont l'échelle de schizophrénie et de façon négative l'indice d'internalisation ainsi que le score initial de panique.

Nous avons vu qu'un profil plutôt psychotique est en faveur d'un abandon de thérapie et d'un échec de la thérapie. Ces constatations ne surprendront pas les cliniciens qui savent qu'il est plus facile de traiter des patients agoraphobes anxieux et/ou modérément déprimés, que ceux qui présentent des troubles de personnalité. Ceci incite à intégrer dans les techniques de thérapie, celles des troubles de personnalité récemment développées.

Notre étude n'a pas montré de différence, en dehors des troubles de personnalité, entre les hommes et les femmes agoraphobes ayant terminé la thérapie. On constate que les profils moyens au MMPI se normalisent au post test alors que les hommes apparaissaient «plus névrotiques» au pré test et que les femmes présentaient des traits plus psychotiques que les hommes. Cependant, après la thérapie, les hommes restent plus «névrotiques» que les femmes dont les traits psychotiques disparaissent.

L'ensemble de ces résultats est en faveur du traitement de l'agoraphobie par les thérapies cognitivo-comportementales dans le cadre d'une politique de santé qui vise à réduire le coût des soins et la consommation des psychotropes.

# **ANNEXES**

## Annexe 1

### Quelques définitions

Nous avons repris les définitions données par le dictionnaire Le Petit Robert. Nous y avons parfois associé une définition *cognitivo-comportementale*.

Agoraphobie : n.f. (1873; allemand (1871); du grec agora «place», et -phobie). Phobies des espaces libres et des lieux publics.

Phobie : n.f. (1880; isolé des composés sav. en -phobie). Du grec phobos «crainte». Crainte excessive, malade de certains objets, actes, situations ou idées.

Angoisse : n.f. (XII°; latin angustia, usité surtout au pluriel, «étroitesse, lieu resserré», «gêne, angoisse», en latin ecclés.) Malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée (gorge serrée).

Anxiété : n.f. (XII°, repris 1564; latin anxietas). État d'angoisse (considéré surtout dans son aspect psychique).

Panique : adj. et n.f. (Terreur panice, 1534; latin panicus, de Pan, Dieu qui passait pour troubler, effrayer les esprits). n.f. (en 1835). Terreur extrême et soudaine, généralement irraisonnée, et souvent collective.

Comportement : n.m. (1475, repris fin XIX°; de comporter). Psycho. Ensemble des réactions objectivement observables.

*Comportement : Le comportement est défini comme «un enchaînement ordonné d'actions destinées à adapter l'individu à une situation telle qu'il la perçoit et l'interprète». Il y a donc une organisation et un but.*

Cognition : n.f. (XIV°; latin cognitio). Philo. Connaissance.

*Cognition : La cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. La psychologie cognitive étudie les centres mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire (Blackburn et Cottraux, 1988).*

Émotion : n.f. (1534; de émouvoir, d'après motion «mouvement», XIII°). Réaction affective, en générale intense, se manifestant par divers troubles, surtout d'ordre neuro-végétatif (pâleur ou rougissement, accélération du pouls, palpitations, sensation de malaise, tremblements, incapacité de bouger ou agitation).

*Émotion* : Les émotions sont représentées par des sensations physiques et/ou physiologiques en réponse à un environnement. La perception des événements dépend des expériences antérieures et de l'état physique où se trouve le sujet. La transformation de l'émotion en affect (phénomène mental : plaisir, tristesse, anxiété, peur) dépend de l'interprétation de la situation et non de la situation elle-même. L'affect serait donc dépendant de la cognition (Cottraux, 1995).

S'adapter : v.tr. (1270; latin adaptare). Fig. Se mettre en harmonie avec (les circonstances, le milieu), réaliser son adaptation biologique.

Introspection : n. f. (1838; anglais «introspection», latin introspicere «regarder à l'intérieur»). Psycho. Observation d'une conscience individuelle par elle même.

## Annexe 2

## Fiche d'autoenregistrement à 3 colonnes de Beck

NOM :

Prénom :

Age :

Sexe :

Date de l'examen :

SITUATION	EMOTION(S)	PENSEES AUTOMATIQUES
<u>Decrire</u>		
1. L'évènement précis produisant l'émotion déplaisante ou	1. Spécifier : triste, agressif(ve), anxieux, etc.	1. Ecrire la pensée automatique qui a précédé l'émotion suivi ou accompagne
2. Le fil d'idées, de pensées, de souvenirs ou la rêverie, etc, produisant l'émotion déplaisante	2. Evaluer l'intensité de l'émotion  de 0 à 5	2. Evaluer votre niveau de croyance dans la pensée automatique  de 0 à 5
HEURE		

## Annexe 3

## Auto questionnaire du Minimult

Ne rien écrire  
dans cette  
colonne

- |  | VRAI                  | FAUX                  |                             |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| 1. J'ai bon appétit.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 60 |
| 2. Je m'éveille presque toujours dispos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 61 |
| 3. Ma vie courante est pleine de choses qui m'intéressent.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 62 |
| 4. Je travaille dans un état de très grande tension.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 63 |
| 5. Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 64 |
| 6. Je suis très rarement constipé.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 65 |
| 7. Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 66 |
| 8. J'ai quelquefois des accès de rire ou de larmes qu'il m'est impossible de maîtriser.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 67 |
| 9. Je souffre de nausées et de vomissements.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 68 |
| 10. Personne ne semble me comprendre.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 69 |
| 11. J'ai parfois envie de jurer.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 70 |
| 12. J'ai des cauchemars presque toutes les nuits.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 71 |
| 13. Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail ou sur une occupation.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 72 |
| 14. J'ai eu des expériences très particulières et étranges.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 73 |
| 15. Si les gens ne m'en avaient pas voulu, j'aurais certainement eu plus de succès.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 74 |
| 16. A une période donnée de mon enfance, il m'est arrivé de commettre de petits vols.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 75 |
| 17. J'ai eu des périodes (jours, semaines ou mois) pendant lesquelles je ne pouvais rien faire de bon, parce que je ne pouvais pas m'y mettre. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 76 |
| 18. Mon sommeil est agité et troublé.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 77 |
| 19. Quand je suis en société, je suis contrarié parce que j'entends des choses étranges.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 78 |
| 20. Je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 79 |
| 21. J'ai souvent dû recevoir des ordres de quelqu'un qui n'en savait pas autant que moi.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> 80 |

Ne rien écrire  
dans cette  
colonne

- |  | VRAI                  | FAUX                  |                         |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| 22. Je voudrais être aussi heureux que les autres paraissent l'être.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 15 |
| 23. Je crois qu'un grand nombre de personnes exagèrent leurs misères simplement pour obtenir la sympathie et l'aide d'autrui.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 16 |
| 24. Je me mets quelquefois en colère.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 17 |
| 25. Je manque certainement de confiance en moi.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 18 |
| 26. Je n'ai jamais remarqué que mes muscles tressaillaient ou tremblaient d'une manière gênante et anormale.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 19 |
| 27. La plupart du temps, j'ai le sentiment d'avoir fait quelque chose de mal ou de travers.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 20 |
| 28. Je me sens presque toujours heureux.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 21 |
| 29. Il y a des gens qui se montrent tellement autoritaires que j'éprouve le besoin de faire le contraire de ce qu'ils disent, même si je suis sûr qu'ils ont raison. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 22 |
| 30. Je crois qu'il se complote quelque chose contre moi.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 23 |
| 31. Presque tout le monde emploierait des moyens peu élégants pour obtenir un gain ou un avantage plutôt que de le perdre.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 24 |
| 32. J'ai des troubles d'estomac ou d'intestin très fréquents.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 25 |
| 33. Souvent, je ne comprends pas pourquoi j'ai été bourru et grincheux.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 26 |
| 34. Mes pensées vont parfois plus vite que je ne peux les exprimer.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 27 |
| 35. Je suis persuadé que j'ai, chez moi, une vie de famille aussi agréable que la plupart des gens que je connais.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 28 |
| 36. Par moments, je me sens inutile.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 29 |
| 37. Au cours de ces dernières années, ma santé a été généralement bonne.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 30 |
| 38. Il y a eu des périodes pendant lesquelles j'ai agi sans savoir plus tard ce que j'avais fait au juste.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 31 |
| 39. Je pense que j'ai été souvent puni sans raison.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 32 |
| 40. Je ne me suis jamais mieux porté que maintenant.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 33 |
| 41. Je ne suis pas gêné par ce que les autres pensent de moi.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 34 |
| 42. Ma mémoire semble bonne.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 35 |
| 43. Il m'est difficile d'entamer une conversation quand je rencontre de nouvelles personnes.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 36 |
| 44. Souvent, je ressens un état de faiblesse générale.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 37 |
| 45. J'ai très peu de maux de tête.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 38 |
| 46. Je n'ai aucune difficulté à garder mon équilibre en marchant.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="text"/> 39 |

TOURNEZ LA PAGE ET CONTINUEZ

Ne rien écrire  
dans cette  
colonne

- |  | VRAI                  | FAUX                  |                          |
|--|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 47. Je n'aime pas tous ceux que je connais.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Il y a des gens qui essaient de profiter de mes idées et de mes pensées.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Je souhaiterais ne pas être timide.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. J'ai la conviction que mes péchés sont impardonnables.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. Je me surprends souvent en train de me faire du souci.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Mes parents ont souvent critiqué mes fréquentations.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Il m'arrive de cancaner un peu.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. Par moments, j'ai l'impression que mon esprit fonctionne mieux que d'habitude.                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. Je n'ai presque jamais ressenti de palpitations et je suis rarement hors d'haleine.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. Je me mets facilement en colère et l'oublie aussitôt.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. J'ai des périodes d'agitation telles que je suis incapable de rester longtemps assis sur une chaise. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. Mes parents et ma famille me trouvent plus de défauts que je n'en ai.                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. Personne ne se soucie de ce qui peut bien vous arriver.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. Je ne blâme pas une personne qui profite de quelqu'un qui se laisse faire.                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. Par moments, je suis rempli d'énergie.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. Ma vue ne baisse pas.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. Je ressens rarement des bourdonnements ou des tintements d'oreilles.                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. A une ou plusieurs époques de ma vie, j'ai senti que quelqu'un essayait de m'hypnotiser.             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. Par moments, je me sens plein d'entrain, sans raison spéciale.                                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. Même quand je suis avec du monde, je me sens seul la plupart du temps.                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 67. Je crois que presque tout le monde dirait un mensonge pour sortir d'un mauvais pas.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 68. Je suis plus sensible que la plupart des gens.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 69. Par moments, mon esprit paraît travailler plus lentement que d'habitude.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 70. Les gens me déçoivent souvent.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |
| 71. J'ai abusé de boissons alcoolisées.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="checkbox"/> |

ASSUREZ-VOUS D'AVOIR RÉPONDU A TOUTES LES QUESTIONS S'IL VOUS PLAÎT



## Annexe 4

## ÉVALUATION: PHOBIES, PANIQUE, ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Age: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

## PHOBIES:

Définir avec le sujet les deux principales situations phobogènes. Leur guérison changerait considérablement la vie du sujet.

Phobie I: \_\_\_\_\_

Phobie II: \_\_\_\_\_

Évaluer l'intensité de votre angoisse et votre degré d'évitement pour la phobie I et la phobie II en cochant la case correspondante. Utiliser l'échelle centrale qui va de 0 à 8. Ne cocher qu'un seul barreau de l'échelle pour chacune des deux phobies.

Phobie I:		Phobie II:
	0- Pas de malaise dans cette situation	
	1	
	2- Je me sens mal à l'aise mais n'évite pas la situation	
	3	
	4- J'ai nettement peur et tendance à éviter la situation	
	5	
	6- J'ai une peur intense de la situation et je l'évite autant que possible	
	7	
	8- J'ai extrêmement peur de la situation et je l'évite toujours	

### ATTAQUES DE PANIQUE SPONTANEE

1)-Avez vous ressenti la semaine passée des attaques de panique spontanées dans lesquelles vous vous sentiez soudain terrorisé sans raison apparente. Ces attaques surviennent en dehors des situations que vous évitez habituellement. Elles sont de courte durée: une minute à deux heures au maximum. Le maximum d'intensité est atteint en moins de dix minutes.

Cocher ci dessous:

0-Jamais	
1	
2-Au moins une fois	
3	
4-Quelquefois	
5	
6- Une fois par jour	
7	
8-Plusieurs fois par jour	

2)-Au cours de ces attaques de panique avez vous ressenti les phénomènes suivants:

	OUI	NON
1-Souffle coupé, étouffement		
2-Etourdissement, instabilité, évanouissement		
3-Palpitations, coeur accéléré		
4-Tremblements ou secousses musculaires		
5-Transpiration		
6-Sensation d'être étranglé(e)		
7-Nausée ou gêne abdominale		
8-Etrangeté, irréalité de vous même ou du monde extérieur		
9-Engourdissement, picotements		
10-Chaleur, frissons, chaud, froid		
11-Douleur, gêne thoracique		
12- Peur de mourir		
13-Peur de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlé		

TOTAL OUI

3)-Avez vous ressenti de telles attaques de panique spontanées aux moins quatre fois durant les quatre dernières semaines? Cocher la case choisie:

	OUI	NON

4)-Une au moins de ces attaques a été suivie par une période d'au moins un mois de la peur persistante d'avoir une autre attaque. Cocher la case choisie:

	OUI	NON

### ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

A quel point vous avez ressenti constamment une angoisse, une tension, une insomnie, un manque de concentration, ou de l'agitation au cours de la semaine dernière? Ne pas coter ici les phobies, les rituels, les panique: mais l'anxiété constamment présente: le bruit de fond de l'anxiété.

Cocher ci dessous:

0-Pas de problème	
1	
2-Léger problème	
3	
4-Problème modéré	
5	
6- Problème sévère	
7	
8-Handicap sévère	

--

## Annexe 5

## Axe V (adaptation) du D.S.M.-III-R.

Echelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement EGF  
(Echelle G.A.F ou Global Assessment of Functioning Scale)

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'un handicap du fonctionnement dû à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental. Voir p. 42, les instructions pour le mode d'emploi.

N.B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex 45, 68, 72.

## Code

- 90 Symptômes absents ou minimes (p. ex anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex conflit occasionnel avec des membres de la famille).  
81
- 80 Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'un handicap léger du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. fléchissement temporaire du travail scolaire).  
71
- 70 Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel, ou scolaire (p. ex. école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.  
61
- 60 Symptômes d'intensité moyenne (p. ex. émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) OU difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).  
51
- 50 Symptômes importants (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) OU handicap important dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).  
41
- 40 Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours par moments illogique, obscur ou inadapté). OU handicap majeur dans plusieurs domaines, p. ex. le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).  
31
- 30 Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU Trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).  
21
- 20 Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex. tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) OU incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (p. ex. se barbouille d'excréments) OU altération massive de la communication (p. ex. incohérence indiscutable ou mutisme).  
11
- 10 Danger persistant d'hétéro-agression grave (p. ex. accès répétés de violence) OU incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.  
1

## Annexe 6

Nomenclature des catégories socioprofessionnelles  
selon l'I.N.S.E.E.

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs occupés)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise.	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadre d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés.	42 Instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
	54 Employés administratifs d'entreprise	54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
	56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	66 Ouvriers non qualifiés	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel 68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires	74 Anciens cadres. 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	82 Inactifs divers (autres que retraités)	83 Militaires du contingent 84 Elèves, étudiants de 15 ans ou plus 85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) 86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

# **BIBLIOGRAPHIE**

**1 - ALBERT E., CHNEIWEIS L. (1991)**

«Package» dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie»

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1, p. 9-17

**2 - American Psychiatric Association (1987)**

«Diagnostic and Statistical Manual, 3<sup>rd</sup> edition-Revised version» (D.S.M.-III-R.)

A.P.A., Washington, DC

Traduction française P. PICHOT et J.D. GUELFY : «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux»

Edition Masson, Paris, 1988

**3 - American Psychiatric Association (1994)**

«Diagnostic and Statistical Manual, 4<sup>th</sup> edition» (D.S.M.-IV)

A.P.A., Washington, DC

**4 - ARTHUS M., COTTRAUX J., BOUVARD M., MOLLARD E. (1995)**

«Agoraphobia : follow-up of 533 patients referred to an anxiety disorder unit»

Poster, World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Copenhagen, juillet 1995

**5 - BANDURA A. (1977a)**

«Social learning theory»

Prentice Hall. Englewood Cliffs, New Jersey

**6 - BANDURA A. (1977b)**

«Self efficacy : toward a unifying theory of behavioral change»

Psychol. Rev., 84, 2, p. 191-215

**7 - BARLOW D. (1988)**

«Anxiety and its disorder. The nature and the treatment of anxiety and panic»

Guilford Press, New York

**8 - BECK A.T., RUSH A.J., SHAW B.F., EMERY G. (1979)**

«Cognitive therapy of depression»

Guilford Press, New York

**9 - BECK A.T., EMERY G. (1985)**

«Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective»

Basic Book, New York

**10 - BERGERET J. (1990)**

«Abrégé de psychologie pathologique» 4<sup>ème</sup> édition  
Edition Masson, Paris

**11 - BLACKBURN I., COTTRAUX J. (1988)**

«Thérapie cognitive de la dépression»  
Edition Masson, Paris

**12 - BISTAGNIN Y., ROBERT Ph. (1993)**

«Phobies et attaques de panique»  
Psychologie Médicale, 25, spécial 14, p. 1456-1459

**13 - BOISVERT J.M., LADOUCEUR R. (1992)**

«Les définitions de l'intervention comportementale»  
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2, 1, p. 19-28

**14 - BOULENGER J.Ph., UHDE T. (1986)**

«Les effets anxiogènes de la caféine»  
Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 33, 22, p. 35-37

**15 - BOULENGER J.Ph. (1987)**

«Troubles paroxystiques (trouble panique) et agoraphobie : aspects cliniques»  
In : «L'attaque de panique : un nouveau concept?» J. Ph. BOULANGER  
Edition J-P Gouraud, Château-du-Loir

**16 - BOULENGER J.Ph., UHDE T. (1987)**

«Crises aiguës d'angoisse et phobies. Aspects historiques et manifestations cliniques du syndrome d'agoraphobie»  
Annales Médico-Psychologiques, 145, 2, p. 113-131

**17 - BURNS L.E., THORPE G., CAVALLARO L.A. (1986)**

«Agoraphobia 8 years after behavioral treatment : a follow-up study with interview, self-report and behavioral data»  
Behavior Therapy, 17, p. 580-591

**18 - CHIGNON J.M. (1992)**

«Modalités évolutives de l'anxiété : exemple du trouble panique»  
Synapses, numéro spécial



**19 - CHIGNON J.M., LEPINE J.P. (1993)**

«Troubles phobiques : prévalence et comorbidité»  
Psychologie Médicale, 25, spécial 14, p. 1449-1455

**20 - CHNEIWEISS L., ALBERT E. (1992)**

«La recherche dans les thérapies cognitivo-comportementales de l'anxiété : le cas des attaques de panique»  
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2, 1, p. 11-15

**21 - COTE G., GAUTHIER J. (1983)**

«Les relations conjugales et interpersonnelles dans le développement, le maintien et le traitement de l'agoraphobie»  
Science et Comportement, vol 18, 3, p. 153-175

**22 - COTTRAUX J. (1981)**

«"Psychosomatique" et médecine comportementale»  
Edition Masson, Paris

**23 - COTTRAUX J. (1984)**

«Agoraphobie et attaques de panique, approches biologiques et comportementales»  
L'Encéphale, 10, p. 13-19

**24 - COTTRAUX J. (1985)**

«L'agoraphobie par Westphal (1871) ou la place des angoisses revisitée»  
Synapses, 11, p. 26-27

**25 - COTTRAUX J., BOUVARD M., LEGERON P. (1985)**

«Méthodes et échelles d'évaluation des comportements»  
Editions d'Applications Psychotechniques, Issy-les-Moulineaux

**26 - COTTRAUX J., MOLLARD E. (1986)**

«Les phobies : nouvelles perspectives»  
Presses Universitaires de France, Vendôme

**27 - COTTRAUX J. (1990)**

«Thérapies cognitives»  
Editions Techniques, Paris; Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37820 A<sup>50</sup>, 4, 4p

**28 - COTTRAUX J., MOLLARD E., BOUVARD M., GUERIN J. (1991)**

«Facteurs prédictifs de résultats de la thérapie cognitivo-comportementale dans le trouble panique avec agoraphobie»

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1, p. 4-8

**29 - COTTRAUX J. (1992)**

«Les thérapies cognitives»

Edition Retz, Paris

**30 - COTTRAUX J. (1993a)**

«Thérapies cognitivo-comportementales»

Neuro-psy, vol 8, 7, p. 336-345

**31 - COTTRAUX J. (1993b)**

«Traitements comportementaux et cognitifs des phobies : modèles, méthodes et résultats»

Psychologie Médicale, 25, spécial 14, p. 1460-1467

**32 - COTTRAUX J. (1995)**

«Les thérapies comportementales et cognitives» 2° édition

Edition Masson, Paris

**33 - COTTRAUX J., NOTE I.D., CUNGY C. et & (1995a)**

«A controlled study of cognitive behaviour therapy with buspirone or placebo in panic disorder with agoraphobia»

Brit. J. Psychiatry, 167, 94, 729, p. 1-7

**34 - COTTRAUX J., ARTHUS M., MOLLARD E., BOUVARD M. (1995b)**

«Cost-effectiveness and quality control»

Symposium; World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Juillet 1995

**35 - CROWE R.R., PAULS D.L., SLYNEN D.J., NOYES R. (1980)**

«A family study of anxiety neurosis : morbidity risk in families of patients with or without mitral valve prolapse»

Arch. Gen. Psychiatry, 37, p. 77-79

**36 - DREESSEN L., ARNTZ A., LUTTELS C., SALLAERTS S. (1994)**

«Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders»

Compr. Psychiatry, 35, 4, p. 265-274

**37 - EATON W.W., DRYMAN A., WEISMAN M.M. (1991)**

«Panic and phobias»

In : «Psychiatric disorders in America» L.N. ROBINS and D.A. REGIER  
The Free Press, Washington, DC**38 - ELLIS A. (1962)**

«Reason and emotion in psychotherapy»

Lyle Stuart, New York

**39 - EMMELKAMP P.M.G., KUIPERS A. (1979)**

«Agoraphobia : a follow-up study four years after treatment»

Brit. J. Psychiatry, 134, p. 352-355

**40 - EY H., BERNARD P., BRISSET Ch. (1989)**«Manuel de psychiatrie» 6<sup>ème</sup> édition

Edition Masson, Paris

**41 - FONTAINE O., COTTRAUX J., LADOUCEUR R. (1984)**

«Clinique de thérapie comportementale»

Editeur Pierre Mardaga, Liège

**42 - FONTAINE O., ROGNANT J. (1986)**

«Les thérapies comportementales. Approches théoriques»

Editions Techniques, Paris; Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37820 A<sup>40</sup>, 1, 18p**43 - FONTAINE O., ROGNANT J., SALAH D. (1993)**

«Les thérapies comportementales : approche pratique»

Editions Techniques, Paris; Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37820 A<sup>45</sup>, 13p**44 - FOURKS L., POTIRON G., MOUKALOU R. (1986)**

«L'angoisse et l'anxiété dans la psychopathologie de Pierre Janet»

Annales Médico-Psychologiques, 114, 5, p. 461-471

**45 - FREUD S. (1895)**

«Obsessions et phobies, leur mécanisme psychique et leur étiologie»

Revue Neurologique, 3-2, p. 33-28

**46 - FREUD S. (1926)**«Inhibition, symptômes et angoisse» 6<sup>ème</sup> édition (1978)

Presses Universitaires de France, Vendôme

**47 - FREUD S. (1992)**

«Le petit Hans»

In : «Cinq psychanalyses» 17<sup>ème</sup> édition

Presses Universitaires de France, Vendôme

**48 - GORMAN J., LIEBOWITZ M., KLEIN D.F. (1984)**

«Panic disorder and agoraphobia»

Upjohn, 27p.(prépublication)

**49 - GUILBERT P., HORENSTEIN M., de MOUSTIER C., LELIEVRE F. (1985)**

«Approche comportementale de l'agoraphobie. Aspects cliniques nouveaux»

L'Evolution Psychiatrique, 50, 3, p. 645-663

**50 - HARRIS E.L., NOYES R., CROWE R.R., CHAUDRHY D.R. (1983)**

«Family study of agoraphobia»

Arch. Gen. Psychiatry, 40, 10, p. 1061-1064

**51 - HOFFART A., THORNES K., HEDLEY L.M., STRAND J. (1994)**

«D.S.M.-III-R. Axis I and II disorders in agoraphobic patients with or without panic disorder»

Acta Psychiat. Scand., 89, 3, p. 186-191

**52 - I.N.S.E.R.M. (1968)**

«Classification Française des Troubles Mentaux»

Bull. de l'I.N.S.E.R.M., 24, 2

**53 - JANET P. (1903)**

«Les obsessions et la psychasthénie» (tome 1)

Félix Alcan, Paris

**54 - JANSSON L., JERREMALM A., ÖST L.G. (1986)**

«Follow-up of agoraphobic patients treated with exposure in vivo or applied relaxation»

British J. Psychiatry, 149, p. 486-490

**55 - JOYCE-MONIZL. (1981)**

«"Révolution" thérapeutique cognitiviste»

Journal de Thérapie Comportementale, 3, 2, p. 83-101

**56 - KLEIN D.F., FINK M. (1962)**

«Psychiatric reaction patterns to imipramine»

Am. J. Psychiatry, p. 432-438

**57 - KLEIN D.F. (1964)**

«Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes»  
Psychopharmacology, 5, p. 397-408

**58 - KLEIN D.F. (1981)**

«Anxiety reconceptualized»

In : «Anxiety : new research and changing concepts» D.F. KLEIN and J.G. RABKIN  
Raven Press, New York

**59 - KLEIN D.F., ROSS D., COHEN P. (1987)**

«Panic and avoidance in agoraphobia. Application of path analysis to treatment studies»

Arch. Gen. Psychiatry, 44, p. 377-385

**60 - KLEIN D.F., KLEIN H.M. (1989)**

«The substantive effect of variations in panic measurement and agoraphobia definition»

Journal of Anxiety Disorders, vol 3, p. 45-46

**61 - KLEIN D.F. (1994)**

«Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder»

Anxiety, 1, p. 1-7

**62 - KLOSKO J., BARLOW D., TASSINARI R., CERNY J. (1990)**

«A comparaison of alprazolam and behavior therapy in the treatment of panic disorder»

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58, 1, p. 77-84

**63 - LADOUCEUR R., FONTAINE O., COTTRAUX J. (1995)**

«Thérapie comportementale et cognitive»

Edition Masson, Paris

**64 - LAMONTAGNE Y. (1973)**

«Le traitement des phobies par la thérapie du comportement»

l'Union Médicale du Canada, tome 102

**65 - LEGER J.M., GAROUX R., CLEMENT J.P. (1986)**

«Nosographie des états anxieux»

Suppl. Act. Méd. Int. Psychiatrie, 3, 22, p. 60-63

**66 - LEGRAND du SAULLE (1878)**

«Etude clinique sur la peur des espaces (Agoraphobie des Allemands), névrose émotive»

Delahaye et Cie, Paris

**67 - LELLIOTT P.T., MARKS I., MONTEIRO W.O. and & (1987)**

«Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure; outcome and predictors»

The Journal of Nervous and Mental Disease, vol 175, 10, p. 599-605

**68 - LEMPERIERE Th. (1987)**

«Perspectives historiques»

In : «L'attaque de panique : un nouveau concept?» J.Ph. BOULENGER

Edition J-P Goureau, Château-du-Loir

**69 - LEPINE J.P. (1986)**

«Epidémiologie des états anxieux»

Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 3, 22, p. 60-63

**70 - LEPINE J.P. (1987)**

«Epidémiologie des attaques de panique et de l'agoraphobie»

In : «L'attaque de panique : un nouveau concept?» J.Ph. BOULENGER

Edition J-P Goureau, château-du-Loir

**71 - LEPINE J.P., BOULENGER J.Ph., PARIENTE P. and & (1988)**

«Enquête nationale sur l'anxiété»

Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 79, 5, p. 11-29

**72 - LEPINE J.P., CHIGNON J.M. (1993)**

«L'anxiété : des névroses aux troubles anxieux»

Les Collines de l'Arche, Paris

**73 - LEPINE J.P., CHIGNON J.M. (1994)**

«Sémiologie des troubles anxieux et phobiques»

Editions Techniques, Paris; Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37112 A<sup>10</sup>, 9p

**74 - LEVEAU J., GRIEZ E., MAZEL J.B. (1989)**

«Thérapies comportementales en psychiatrie»

Edition Masson, Paris

**75 - LEY R. (1994)**

«The "suffocation alarm" theory of panic attacks : a critical commentary»  
J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat., 25, 4, p. 269-273

**76 - LIBERMAN R. (1989)**

«Histoire et rôle des classifications en psychiatrie»  
Psychiatrie Française, 5, p. 47-56

**77 - MARGRAF J., EHLERS A., ROTH W.T. (1986)**

«Biological models of panic disorder and agoraphobia. A review»  
Behav. Res. Ther., 24, 5, p. 553-567

**78 - MARKS I. (1969)**

«Fears and Phobias»  
Medical Book; William Heiremann, Londres

**79 - MARKS I. (1971)**

«Phobic disorders four years after treatment»  
Brit. J. Psychiatry, 118, p. 683-688

**80 - MARKS I. (1985)**

«Behavioral psychotherapy for anxiety disorders»  
Psychiatric Clinics of North America, vol 8, 1, p. 25-35

**81 - MARKS I. (1986)**

«Le syndrome d'agoraphobie»  
Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 3, 22, p. 78-89

**82 - MARKS I., HORHER J., (1987a)**

«Phobias and their management»  
Brit. Med. Journal, 295, p. 589-591

**83- MARKS I., MARKS M.D. (1987b)**

«Behavioral aspects of panic disorder»  
Am. J. Psychiatry, 144, 9, p. 1160-1165

**84 - MAVISSAKALIAN M. (1985)**

«Male and female agoraphobia : are they different?»  
Behav. Res. Ther., vol 23, 4, p. 469-471

**85 - MIRABEL-SARRON C., RIVIERE B. (1993)**

«Précis de psychothérapie»

Dunod, Paris

**86 - MOLLARD E. (1982)**

«Thérapie comportementale des phobies (70 cas); une contribution à l'étude du processus thérapeutique»

Thèse de Psychologie, Lyon II

**87 - MOLLARD E., COTTRAUX J., BOUVARD M., GUERIN J. (1989)**

«Facteurs prédictifs de l'adhérence des patients agoraphobes à la thérapie comportementale. Etude de 173 patients»

Terapia del Comportamento, 22-23, p. 129-132

**88 - MOLLARD E., BOUVARD M. (1992)**

«Hommes et femmes agoraphobes : une étude comparative avant et après thérapie cognitivo-comportementale»

Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 2, 1, p. 5-10

**89 - MOWRER O.H. (1960)**

«Learning theory and behaviour»

Wiley, New York

**90 - MUMBY M., JOHNSTON D.W. (1980)**

«Agoraphobia : the long term follow-up of behavioural treatment»

Brit. J. Psychiatry, 137, p. 418-427

**91 - MYERS J.K, WEISSMAN M.M., TISCHLER G.L. and & (1984)**

«Six months prevalence of psychiatric disorders in three communities»

Arch. Gen. Psychiatry, 41, 10, p. 959-967

**92 - OEI T., WABSTALL K., EVANS L. (1990)**

«Sex differences in panic disorder with agoraphobia»

Journal of Anxiety Disorders, 4, p. 617-324

**93 - Organisation Mondiale de la Santé (1992)**

«The I.C.D.-10 classification of mental and behavioural disorders»

World Health Organization, Genève

Traduction française coordonnée par C.B. PULL

Edition Masson, Paris, 1993



**94 - O'SULLIVAN G., MARKS I. (1990)**

«Long-term outcome of phobic and obsessive-compulsive disorders after treatment»  
 In : «Handbook of Anxiety», vol 4 R. NOYES, M. ROTH and G.D. BURROWS  
 Elsevier, Amsterdam

**95 - PELICIER Y. (1990)**

«Histoire de la psychiatrie»  
 Presses Universitaires de France, Vendôme

**96 - PENA Y LILLO (1976)**

«Le syndrome agoraphobique et ses relations avec la maladie dépressive»  
 Actualités Psychiatriques, 2, p. 13-21

**97 - PERROUD J. (1873)**

«Note sur l'agoraphobie»  
 Lyon Médical, 11, 13, p. 80-90

**98 - PERSE J., LEBEAUX M. (1977)**

«Manuel du Minimult»  
 Centre de Psychologie Appliquée, Paris

**99 - RICHELLE M. (1993)**

«Du nouveau sur l'Esprit?»  
 Presses Universitaires de France, Vendôme

**100 - ROBINS L.N., HELZER J.E., WEISSMAN M.M. and & (1984)**

«Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites»  
 Arch. Gen. Psychiatry, 41, 10, p. 949-958

**101 - RONDEPIERRE C. (1992)**

«Les états phobiques»  
 In : «Les états névrotiques» J. ADES et F. ROUILLON  
 Edition J-P Gouraud, Château-du-Loir

**102 - ROSSI J.P. (1990)**

«Psychologie expérimentale»  
 Editions Techniques, Paris; Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 37031 C<sup>10</sup>, 11, 5p

**103 - ROUILLON F. et le Groupe d'épidémiologie en psychiatrie (1992)**

«Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée»  
L'Encéphale, 18, p. 525-535

**104 - RUMEAU-ROQUETTE C., KAMINSKI M., BLONDEL B., BREART G. (1991-1992)**

«Epidémiologie, guide d'enseignement»  
Guide d'enseignement, Maîtrise C.E.S.A.M.

**105 - SALKOSKI P., CLARK D.M. (1988)**

«Le contrôle respiratoire et le traitement cognitif de la panique»  
Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 3, 79, p. 53-59

**106 - SAUTERAUD A. (1991)**

«Agoraphobie et dépression récurrente unipolaire traitée par lithium»  
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 1, p. 18-24

**107 - SHEEHAN D.V., SHEEHAN K.E., MINICHELLO W.E. (1984)**

«Age of onset of phobic disorder»  
Am. J. Psychiatry, 141, p. 302-303

**108 - SKINNER B.F. (1938)**

«Behavior of organisme : an experimental analysis»  
Appleton Century Edition, New York

**109 - SKINNER B.F. (1971)**

«L'analyse expérimentale du comportement»  
Dessart, Bruxelles

**110 - SNAITH R.P. (1968)**

«A clinical investigation of phobias»  
Brit. J. Psychiatry, 114, p. 673-698

**111 - SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W. (1984)**

«Proposed revisions in the D.S.M.-III classification of anxiety disorders based on research and experience»  
In : «Anxiety disorders» J. MASER and H. TUMA  
Basic Book, New York

**112 - THORPE G.L., BURNS L.E. (1983)**

«The agoraphobic syndrome. Behavioral approaches to evaluation and treatment»  
Wiley and Sons, New York

**113 - TORGERSEN S. (1983)**

«Genetic factors in anxiety disorders»  
Arch. Gen. Psychiatry, 40, 10, p. 1085-1089

**114 - TORGERSEN S. (1990)**

«Genetics of anxiety and its clinical implications»  
In : «Handbook of anxiety», vol 14  
Elsevier, Amsterdam

**115 - TRULL T.J., NIETZEL M.J., MAIN A. (1988)**

«The use of meta analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia»  
Behavior Therapy, 19, p. 527-538

**116 - TYRER S., TYRER P. (1988)**

«Personnalité et anxiété»  
Suppl. Act. Méd. Inter. Psychiatrie, 79, 5, p. 11-29

**117 - UHDE T., BOULENGER J.P., ROY-BYRNE P.P. and & (1985)**

«Longitudinal course of panic disorder : clinical and biological considerations»  
Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry, 9, p. 30-31

**118 - UHLENHUTH E.H., BALTER M.B., MELLINGER G.D. and & (1983)**

«Symptom check list syndromes in the general population»  
Arch. Gen. Psychiatry, 40, p. 1167-1173

**119 - WATSON J.B. (1913)**

«Psychology as the behaviorist views it»  
Psychol. Rev., 20, p. 158-177

**120 - WEISSMAN M.M., LEAF P.J., HOLLER C.E., MERIKANGAS K.R. (1985)**

«The epidemiology of anxiety disorders : a highligh recent evidence»  
Psychopharma. Bull., 21, 3, p. 538-541

**121 - WESTPHAL C. (1871)**

«Die Agoraphobie : eine neuropatische Erscheinung»

Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 72, 3, p. 138-161

Traduction française T. TRAQUEZ : «L'agoraphobie : une manifestation névrotique»

Synapse 1985, 11, p. 28-40

**122 - WITTCHEN H.U. (1994)**

«Comparaison des approches diagnostiques des troubles anxieux en Europe et aux Etats-Unis»

In : «CINP 94, Congress of Washington 27juin-1<sup>er</sup> juillet»

Les Cahiers de Psychiatrie (Laboratoire SOBIO)

**123 - WOLPE J. (1974)**

«The practice of behavior therapy» 2<sup>nd</sup> edition

Pergamon Press, New York

Traduction française J. ROGNANT : «Pratique de la thérapie comportementale»,  
Edition Masson, Paris, 1975

**124 - ZINBARG R., BARLOW D., BROWN T., HERTZ (1992)**

«Cognitive behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders»

Annual Review of Psychology, 43, p. 235-267



# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	p. 17
<b>1<sup>ère</sup> PARTIE : RAPPELS THÉORIQUES</b>	p. 19
<b>I - HISTORIQUE DES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES</b>	p. 20
1 - 1 Les fondements du comportementalisme	p. 20
1 - 2 Le Behaviorisme	p. 21
1 - 3 La psychologie expérimentale, travail de laboratoire (1920-1950)	p. 21
1 - 4 Développement des thérapies comportementales	p. 22
1 - 5 Développement des thérapies cognitives	p. 23
1 - 5 - 1 Ellis et la thérapie rationnelle-émotive	p. 23
1 - 5 - 2 Beck et la thérapie cognitive	p. 24
1 - 6 Perspectives d'avenir	p. 25
<b>II - PRINCIPAUX MODÈLES THÉORIQUES DE L'APPRENTISSAGE</b>	p. 27
2 - 1 Le conditionnement classique (conditionnement répondant ou pavlovien)	p. 27
2 - 2 Le conditionnement opérant	p. 28
2 - 3 L'apprentissage social	p. 30
<b>III - LE SYNDROME D'AGORAPHOBIE</b>	p. 32
3 - 1 Historique	p. 33
3 - 1 - 1 Description initiale	p. 33
3 - 1 - 2 Descriptions ultérieures et reconnaissance définitive du syndrome d'agoraphobie	p. 35
3 - 1 - 3 Aspects contemporains de l'agoraphobie	p. 37
3 - 2 Épidémiologie	p. 38
3 - 3 Étiopathogénie du syndrome d'agoraphobie	p. 39
3 - 3 - 1 Aspects familiaux et génétiques	p. 39
3 - 3 - 2 Théorie psychanalytique	p. 40
3 - 3 - 3 Le modèle biologique de D. Klein	p. 41
3 - 3 - 4 Le modèle proposé par I. Marks : l'habituation	p. 42
3 - 3 - 5 Le modèle proposé par D. Barlow : un modèle cognitif	p. 43
3 - 4 Aspects cliniques	p. 45
3 - 4 - 1 Les éléments phobiques	p. 45

3 - 4 - 2 Le trouble panique et l'anxiété anticipatoire	p. 48
3 - 4 - 3 Les aspects évolutifs	p. 50
A Les états dépressifs	p. 50
B Autres aspects évolutifs	p. 51
3 - 5 Nosographie	p. 51
3 - 5 - 1 Nosographie classique	p. 51
3 - 5 - 2 Classification Française des Troubles Mentaux	p. 52
3 - 5 - 3 D.S.M.-III-R. et D.S.M.-IV	p. 52
3 - 5 - 4 C.I.M.-10	p. 53
3 - 5 - 5 Comparaison du D.S.M.-III-R., du D.S.M.-IV et de la C.I.M.-10	p. 54
3 - 5 - 6 Classification proposée par I. Marks	p. 57
<b>IV - PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AGORAPHOBE EN THÉRAPIE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE</b>	p. 57
4 - 1 L'analyse fonctionnelle	p. 58
4 - 2 Définition des objectifs	p. 60
4 - 3 Thérapie comportementale et cognitive	p. 60
4 - 3 - 1 La relaxation	p. 60
4 - 3 - 2 Modification des attaques de panique	p. 61
A La régulation respiratoire ou contrôle respiratoire	p. 61
B Les techniques vagales	p. 61
4 - 3 - 3 Exposition aux situations anxiogènes	p. 61
A Implosion ou «flooding»	p. 61
B Exposition graduée en imagination ou désensibilisation systématique	p. 62
C Exposition graduée in vivo	p. 62
4 - 3 - 4 Techniques cognitives	p. 63
A La technique de la flèche descendante	p. 63
B L'imagination	p. 63
C Les fiches d'autoenregistrement à 3 colonnes de Beck	p. 64
4 - 4 Évaluation des résultats	p. 64
4 - 5 Résultats des thérapies comportementales et cognitives	p. 65

<b>2<sup>ème</sup> PARTIE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DE 533 PATIENTS</b>	p. 66
<b>I - INTRODUCTION</b>	p. 67
<b>II - MÉTHODOLOGIE</b>	p. 67
2 - 1 Les sujets étudiés	p. 67
2 - 2 Mesures	p. 68
2 - 2 - 1 Le Minimult	p. 68
2 - 2 - 2 «L'échelle phobies, panique, anxiété généralisée»	p. 69
2 - 2 - 3 Les critères d'amélioration	p. 69
2 - 3 Les méthodes statistiques utilisées	p. 70
2 - 3 - 1 Le test d'indépendance du Chi <sup>2</sup>	p. 70
2 - 3 - 2 L'analyse de la variance à un facteur	p. 70
2 - 3 - 3 L'analyse multivariée (analyse discriminante)	p. 70
2 - 3 - 4 L'analyse de la variance avec mesures répétées	p. 71
2 - 4 Descriptif des items	p. 71
2 - 4 - 1 Groupe clinique	p. 71
2 - 4 - 2 Diagnostic d'agoraphobie	p. 72
2 - 4 - 3 Association à d'autres pathologies	p. 72
2 - 4 - 4 Axe III et axe V du D.S.M.III-R.	p. 72
2 - 4 - 5 Niveau d'étude	p. 72
2 - 4 - 6 Niveau professionnel	p. 73
2 - 4 - 7 Statut matrimonial	p. 73
2 - 4 - 8 Les items phobie, panique, anxiété généralisée	p. 73
<b>III - RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</b>	p. 73
3 - 1 Résultats descriptifs simples de l'échantillon total	p. 73
3 - 2 Comparaison statistique de l'échantillon total	p. 80
3 - 3 Comparaison statistique au pré test des sortie de TCC et TCC complète	p. 82
3 - 4 Comparaison statistique au post test des sortie de TCC et TCC complète (analyse en intention de traiter)	p. 87
3 - 5 Facteurs prédictifs d'abandon de thérapie	p. 99
3 - 6 Facteurs prédictifs d'amélioration des troubles	p. 99
3 - 6 - 1 Facteurs prédictifs d'amélioration des troubles phobiques	p. 99
3 - 6 - 2 Facteurs prédictifs d'amélioration de la fréquence de la panique	p. 100
3 - 6 - 3 Facteurs prédictifs d'amélioration de l'anxiété généralisée	p. 100

3 - 7 Étude de suivi	p. 100
3 - 7 - 1 Les résultats descriptifs simples	p. 101
3 - 7 - 2 Évolution dans le temps des scores de «l'échelle phobies, panique, anxiété généralisée»	p. 101
3 - 7 - 3 Courbe de survie	p. 103
3 - 8 Comparaison des résultats des hommes et des femmes TCC complète	p. 105
<b>IV - DISCUSSION</b>	p. 111
4 - 1 Comparaison aux études précédentes de la même unité	p. 111
4 - 2 Comparaison aux études françaises	p. 113
4 - 3 Comparaison aux études anglosaxonnes	p. 114
<b>CONCLUSION</b>	p. 118
<b>ANNEXES</b>	p. 121
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p. 133





**SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissante envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honorée à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

**COPIE LASER COULEUR**  
SOTIPLAN - 2 bis, avenue Garibaldi - 87000 LIMOGES  
Tél. 55 79 53 00

BON A IMPRIMER N° 72

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

ARTHUS (Muriel). — Thérapie comportementale et cognitive de l'agoraphobie / Étude rétrospective de 533 patients. — 152 p.; ill.; tabl.; 30 cm. (Thèse : Méd.; Limoges, 1993).

### RÉSUMÉ :

Durant ces trente dernières années, les thérapies comportementales puis cognitivo-comportementales se sont largement développées. Nous nous sommes plus particulièrement intéressés à la prise en charge des agoraphobes par ces thérapies, car l'agoraphobie est reconnue comme le plus invalidant des troubles phobiques d'autant plus qu'elle est souvent associée au trouble panique. Or de nombreuses études ont déjà montré l'intérêt de la thérapie comportementale et cognitive dans le traitement des phobies et notamment de l'agoraphobie.

Notre travail porte sur une étude rétrospective de 533 patients agoraphobes s'étant rendus dans une unité de traitement de l'anxiété au cours des vingt dernières années.

Nous présentons d'abord une étude épidémiologique descriptive de notre échantillon. Nous déterminons des facteurs prédictifs de succès ou d'abandon de thérapie. Nous comparons enfin l'évolution des hommes et des femmes, et nous évaluons le maintien de l'amélioration au cours du suivi.

### MOTS CLÉS :

- Thérapie
- Comportementale
- Cognitive
- Agoraphobie



### JURY :

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Président       | : Monsieur le Professeur LÉGER  |
| Juges           | : Monsieur le Professeur DUMONT<br>Monsieur le Professeur GAROUX<br>Monsieur le Professeur PIVA |
| Membres invités | : Monsieur le Docteur COTTRAUX<br>Monsieur le Docteur SAZERAT                                   |