

Jean Goulet, Louis Chaloult et Thanh-Lan Ngô

**GUIDE DE PRATIQUE
POUR L'ÉVALUATION
ET LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL
DU TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TPA)**

Cité de la Santé de Laval, Polyclinique médicale Concorde,
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur la compréhension et la thérapie cognitivo-comportemental (TCC) du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et elle peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures.

Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation théorique et pratique des principes fondamentaux de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde, à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique au département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et au département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

SOMMAIRE

Section I	Introduction	4
Section II	Diagnostic du TPA	5
Section III	Efficacité et sélection des différentes options thérapeutiques	13
Section IV	Traitement pharmacologique du TPA	15
Section V	Modèle cognitivo-comportemental du TPA	20
Section VI	Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental du TPA	33
Section VII	Déroulement du traitement	48
Section VIII	Instruments de mesure et outils de traitement	58
Section IX	Bibliographie	96

Section I

INTRODUCTION

Le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie est un bel exemple de l'efficacité accrue de la psychothérapie dans le traitement de certaines pathologies spécifiques. Non pas que tous les patients guérissent : approximativement 20 % atteignent la rémission complète, 20 % ne font pas ou peu de progrès et 60 % montrent une réponse significative et substantielle au traitement en devenant nettement moins souffrants et plus fonctionnels. Ces résultats ont été obtenus entre autres grâce aux classifications améliorées des DSM-III, III-R et IV qui ont permis d'en arriver à un diagnostic plus précis favorisant ainsi des recherches plus nombreuses et plus rigoureuses.

Épidémiologie

La prévalence à vie du TPA serait de 3% de la population générale. Dans les populations cliniques, la prévalence est nettement plus élevée, soit d'environ 10% dans les cliniques de psychiatrie, et d'environ 10 à 30% dans certaines cliniques médicales spécialisées en troubles vestibulaires, respiratoires ou neurologiques. Certaines études parlent même d'une prévalence qui pourrait atteindre 60% dans certaines cliniques de cardiologie.

Dans la population générale, environ un tiers à la moitié des patients qui ont un trouble panique développent aussi de l'agoraphobie. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé dans les populations cliniques.

Évolution naturelle

L'âge de début de la maladie varie considérablement d'une personne à l'autre et typiquement se situe entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Par la suite, la maladie évolue généralement avec un cours chronique et fluctuant.

L'agoraphobie se développe habituellement rapidement après le début des attaques de panique, le plus souvent dans la première année.

Section II ÉVALUATION DU TPA

Cette section se divise comme suit :

- A. Les critères diagnostiques du TPA selon le DSM-5.
- B. Diagnostic différentiel (algorithme de l'anxiété du DSM-IV-SP).
- C. Examens para cliniques.
- D. Inventaires et échelles de mesure utilisés au moment de l'évaluation.

A) LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TPA SELON LE DSM-5

Nous reproduisons ici les critères diagnostiques des différentes facettes du TPA selon le DSM-5 par souci de commodité, c'est-à-dire pour regrouper dans un seul document tous les outils susceptibles d'être utiles au clinicien pour évaluer et traiter ce type de pathologie.

On trouve les deux diagnostics suivants dans le DSM-5:

- 1. Le trouble panique
- 2. L'agoraphobie

Contrairement au DSM III et IV, ces deux diagnostics sont indépendants. On pose tout simplement les deux diagnostics lorsque les deux problématiques sont présentes. Notons que le DSM-5 a aussi ajouté un spécificateur « avec attaques de panique » qui peut venir préciser n'importe quel trouble mental (par exemple trouble dépressif majeur avec attaques de panique) ou même certaines affections médicales (par exemple asthme avec attaques de paniques) lorsqu'il y a présence d'attaques de paniques qui surviennent exclusivement dans le contexte de ce diagnostic.

300.01 (F41.0) Panic Disorder

- A. *Recurrent unexpected panic attacks. A panic attack is an abrupt surge of intense fear or intense discomfort that reaches a peak within minutes, and during which*

time four (or more) of the following symptoms occur: (Note : The abrupt surge can occur from a calm state or an anxious state.)

- 1. Palpitations, pounding heart, or accelerated heart rate.*
- 2. Sweating.*
- 3. Trembling or shaking.*
- 4. Sensations of shortness of breath or smothering*
- 5. Feelings of choking.*
- 6. Chest pain or discomfort.*
- 7. Nausea or abdominal distress.*
- 8. Feeling dizzy, unsteady, lightheaded, or faint.*
- 9. Chills or heat sensations.*
- 10. Paresthesias (numbness or tingling sensations).*
- 11. Derealization (feelings of unreality) or depersonalization (being detached from oneself).*
- 12. Fear of losing control or « going crazy ».*
- 13. Fear of dying.*

Note : Culture-specific symptoms (e.g., tinnitus, neck soreness, headache, uncontrollable screaming or crying) may be seen. Such symptoms should not count as one of the four required symptoms.

B. At least one of the attacks has been followed by 1 month (or more) of one or both of the following :

- 1. Persistent concerns or worry about additional panic attacks or their consequences (e.g., losing control, having a heart attack, « going crazy »).*

C. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical affection (e.g., hyperthyroidism, cardiopulmonary disorders).

D. The disturbance is not better explained by another mental disorder (e.g., the panic attacks do not occur only in response to feared social situations, as in social anxiety disorder; in response to circumscribed phobic objects or situations, as in specific phobia; in response to obsessions, as in obsessive-compulsive disorder; in response to reminders of traumatic events, as in posttraumatic stress Disorder; or in response to separation from attachment figure, as in separation anxiety disorder).

300.22 (F40.00) Agoraphobia

- A. *Marked fear or anxiety about two (or more) of the following five situations:*
 - 1. *Using public transportation (e.g., automobiles, buses, trains, ships, planes).*
 - 2. *Being in open spaces (e.g., parking lots, marketplaces. Bridges).*
 - 3. *Being in enclosed places (e.g., shops, theaters, cinemas).*
 - 4. *Standing in line or being in a crowd*
 - 5. *Being outside of the home alone.*
- B. *The individual fears or avoids these situations because of thoughts that escape might be difficult or help might not be available in the event of developing panic-like symptoms or other incapacitating or embarrassing symptoms (e.g., fear of falling in the elderly; fear of incontinence).*
- C. *The agoraphobic situations almost always provoke fear or anxiety.*
- D. *The agoraphobic situations are actively avoided, require the presence of a companion, or are endured with intense fear or anxiety.*
- E. *The fear or anxiety is out of proportion to the actual danger posed by the agoraphobic situations and to the sociocultural context.*
- F. *The fear, anxiety, or avoidance is persistent, typically lasting 6 months or more.*
- G. *The fear, anxiety, or avoidance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.*
- H. *If another medical affection (inflammatory bowel disease, Parkinson's disease) is present, the fear, anxiety, or avoidance is clearly excessive.*
- I. *The fear, anxiety, or avoidance is not better explained by the symptoms of another mental disorder—for example, the symptoms are not confined to specific phobia, situational type; do not involve only social situations (as in social anxiety disorder); and are not related exclusively to obsessions (as in obsessive-compulsive disorder), perceived defects or flaws in physical appearance (as in body dysmorphic disorder), reminders of traumatic events (as in posttraumatic stress disorder). Or fear of separation (as in separation anxiety disorder).*

Note: Agoraphobia is diagnosed irrespective of the presence of panic disorder. If an individual's presentation meets the criteria for panic disorder and agoraphobia, both diagnoses should be assigned.

L'attaque de panique ne constitue pas un diagnostic. Elle peut être présente dans plusieurs diagnostics différents. Comme nous le verrons au niveau des critères, ce qui caractérise le trouble panique est la présence d'attaques de panique spontanées. Dans le cas de ce trouble, plusieurs attaques peuvent être provoquées par l'exposition à des stimuli phobogènes, mais sa spécificité repose avant tout sur le caractère spontané d'au moins certaines d'entre elles.

B) DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Tableau II.1

Algorithme de l'anxiété du DSM-IV-Soins Primaires

(American Psychiatric Association, 1998)

Le tableau clinique peut comporter :

- De la peur,
- Des soucis,
- Des pensées ou des gestes répétitifs, intrusifs, inadaptés,
- Des plaintes médicales inexplicables.

ÉTAPE 1	Évaluer si une <i>affection médicale générale ou l'utilisation d'une substance</i> jouent un rôle et si l'anxiété n'est pas mieux expliquée par un autre Trouble mental A. F06.4 Trouble anxieux dû à une affection médicale générale B. Trouble anxieux induit par une substance (y compris les médicaments) (voir p. 57 les codes spécifiques) C. Autres Troubles mentaux
ÉTAPE 2	Si le tableau clinique comporte des <i>Attaques de panique</i> récurrentes, envisager A. F40.0 Trouble panique avec agoraphobie ou F41.0 Trouble panique sans agoraphobie B. Attaques de panique survenant dans le contexte d'autres Troubles anxieux (par exemple, Phobie sociale, Phobie spécifique, État de stress post-traumatique, Trouble obsessionnel compulsif)
ÉTAPE 3	Si le tableau clinique comporte la <i>peur, l'évitement, ou l'anticipation anxieuse</i> d'une ou de plusieurs situations spécifiques, envisager : A. F40.1 Phobie sociale (évitement de situations sociales où le sujet peut être exposé à l'observation d'autrui) B. F40.2 Phobie spécifique (évitement d'un objet ou d'une situation spécifique) C. F40.0 Trouble panique avec agoraphobie (évitement des situations où il serait difficile de s'échapper en cas d'Attaque de panique) D. F40.0 Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique (évitement

	des situations où il serait difficile de s'échapper en cas de symptômes de type panique)
ÉTAPE 4	Si le tableau clinique comporte une peur des situations de séparation , envisager : F93.0 Anxiété de séparation (anxiété concernant les situations de séparation d'avec les principales personnes auxquelles le sujet est attaché)
ÉTAPE 5	Si le tableau clinique comporte une anxiété ou des soucis liés à des pensées récurrentes et persistantes (obsessions) et/ou des comportements ritualisés ou des actes mentaux récurrents (compulsions), envisager : F42.8 Trouble obsessionnel compulsif
ÉTAPE 6	Si le tableau clinique est lié à la reviviscence d'événements extrêmement traumatisants , envisager : A. F43.1 État de stress post-traumatique (si les symptômes persistent au moins quatre semaines) B. F43.0 État de stress aigu (si les symptômes persistent moins de quatre semaines)
ÉTAPE 7	Si l'anxiété et les soucis envahissants concernent plusieurs types d'événements ou d'activités et persistent depuis plus de six mois , envisager : F41.1 Anxiété généralisée
ÉTAPE 8	Si les symptômes surviennent en réponse à un facteur de stress psychosocial identifiable , envisager : F43.2 Trouble de l'adaptation avec anxiété ou F43.2 Trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive
ÉTAPE 9	Si une anxiété cliniquement significative est présente sans que les critères d'aucun des Troubles anxieux précédemment décrits soient remplis , envisager : F41.9 Trouble anxieux non spécifié
ÉTAPE 10	Si le clinicien a déterminé qu'aucun trouble n'est présent, mais souhaite noter l'existence de symptômes , envisager : R45.0 Anxiété

À l'étape 1a, on doit exclure la présence d'une affection médicale générale. Dans le cas du Trouble panique, les diagnostics différentiels sont surtout reliés aux troubles médicaux qui présentent des symptômes qui surviennent par crises ou par épisodes délimités. Voici quelques-uns de ces diagnostics : l'hypotension orthostatique, l'angine, les problèmes de rythme cardiaque, l'asthme, l'épilepsie temporale, les vertiges positionnels bénins, les ischémies cérébrales transitoires, l'hyperthyroïdie.

À l'étape 1b, on exclura les troubles anxieux induits par une substance ou par le sevrage d'une substance incluant les substances comme l'alcool, les drogues ou les médicaments.

À l'étape 1c, autres troubles mentaux, on doit être particulièrement attentif à la possibilité d'attaques de panique survenant dans le cadre d'un épisode dépressif majeur.

Lorsque ces diagnostics ont été exclus et qu'il y a présence d'attaques de panique et que ces dernières ne sont pas spontanées, elles peuvent être présentes dans le cadre d'un autre trouble anxieux soit à cause de l'exposition ou de l'anticipation de l'exposition aux stimulus qui provoquent l'anxiété. Les différents troubles anxieux spécifiques seront évalués, c'est-à-dire la phobie sociale, les phobies spécifiques, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique, l'état de stress aigu et l'anxiété généralisée. En plus des critères diagnostiques de ces entités, il existe certaines questions clés qui nous aident à préciser de quel trouble anxieux il s'agit. Les questions les plus précieuses sont probablement celles qui permettent d'identifier les pensées ou plus spécifiquement les craintes ou le danger anticipé par la personne lorsqu'elle ressent de l'anxiété. Exemples : « *Décrivez-moi les situations typiques qui vous rendent anxieux? Dans ces situations, qu'est-ce qui vous passe par la tête? Quelles sont vos craintes? Quel est le danger que vous craigniez?* »

Si aucun de ces diagnostics n'explique les symptômes anxieux et que ces derniers surviennent en réaction à un facteur de stress psychosocial identifiable, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec anxiété ou avec humeur mixte sera alors à considérer. Mentionnons que la présence d'un facteur de stress va exacerber n'importe quel trouble anxieux spécifique. Donc, la seule présence d'un facteur de stress n'est pas suffisante pour parler d'un trouble de l'adaptation et ce diagnostic est plutôt un diagnostic d'exclusion lorsqu'il ne s'agit pas simplement de l'exacerbation d'un trouble anxieux préalable à l'occasion d'un facteur de stress psychosocial.

S'il s'agit d'un trouble anxieux, mais qu'on ne peut spécifier lequel, on pourra utiliser le diagnostic de trouble anxieux non spécifié. S'il y a des symptômes anxieux qui provoquent une consultation, mais qui ne sont pas suffisants pour justifier un diagnostic de trouble mental, ils peuvent être notés en tant que symptômes au niveau de l'axe I du DSM-IV.

Il arrive aussi parfois que les facteurs déclenchants soient généralement reliés à des problèmes relationnels et que ce qui est identifié par le patient comme de l'anxiété soit en fait un mélange d'émotions désagréables (anxiété, hostilité, tristesse...) nommé dysphorie. On songera alors à la possibilité qu'il s'agisse d'un trouble ou de traits de personnalité.

Environ la moitié des personnes qui souffrent d'un trouble anxieux ont d'autres conditions psychiatriques. Il s'agit le plus souvent d'un autre trouble anxieux, d'un trouble dépressif majeur, d'un problème lié à la consommation de substances ou d'un trouble de la personnalité. Mentionnons aussi que le trouble panique a été associé à un risque suicidaire élevé. Ce dernier est probablement attribuable principalement à ces comorbidités.

C) EXAMENS PARACLINIQUES

Tous les patients chez qui est posé un diagnostic possible de trouble panique de novo devraient avoir un bon examen physique et un bilan laboratoire incluant au moins une TSH. La plupart des cliniciens vont aussi ajouter, de façon assez systématique, un bilan hématologique et néphrologique sommaire (par exemple : formule sanguine complète, créatinine, électrolytes). On complétera le bilan selon les symptômes rapportés par le patient ou détectés par la revue des systèmes et les signes observés à l'examen physique.

Si, dès l'évaluation initiale, le diagnostic de trouble panique semble le plus probable, nous invitons le clinicien à l'expliquer dès le départ au patient pour éviter que celui-ci ait l'impression que le diagnostic de trouble panique a été posé ultérieurement parce que les tests de laboratoire se sont avérés normaux. Le patient a intérêt à savoir que le diagnostic le plus probable est celui de trouble panique et que le bilan paraclinique a uniquement pour but de s'assurer que les symptômes ne sont pas attribuables à une affection médicale. Le fait d'attendre les résultats des examens pour présenter le diagnostic de TPA tend à entretenir l'incertitude face à la possibilité d'une affection médicale sous-jacente. La personne peut alors penser que le médecin se rabat sur un diagnostic de TPA parce qu'il n'a pas trouvé la cause physique de ses malaises. Cette impression peut devenir un facteur perpétuant important.

Si le trouble panique débute tardivement ou si les symptômes sont atypiques, une évaluation médicale nettement plus poussée est indiquée pour éliminer un trouble anxieux induit par une affection médicale ou par une substance.

Rappelons que l'apparition de novo d'un trouble panique à un âge plus avancé est souvent associée à un épisode dépressif majeur.

D) QUESTIONNAIRES ET INVENTAIRES UTILISÉS AU MOMENT DE L'ÉVALUATION

Dans l'approche cognitivo-comportementale, on considère comme indispensable de bien répertorier les symptômes du patient et d'en évaluer la gravité avant de débiter le processus thérapeutique (ligne de base). Ces outils de mesure sont ensuite réutilisés en cours et en fin de traitement pour en mesurer l'efficacité. Dans le TPA, on peut utiliser plusieurs questionnaires ou inventaires (Brillon, 2000).

Toutes les échelles que nous proposons sont auto administrées pour faciliter le travail du clinicien. Vous les retrouverez à la Section VIII.

1. *Grille d'auto-observation des attaques de panique*

Cette grille a pour objectif de bien documenter les attaques de panique en même temps que les sensations physiques et les pensées qui les accompagnent. Le patient y note, de manière prospective et continue, chacune de ses attaques de panique. Elle permet de déterminer la fréquence des attaques, leur sévérité et la proportion de celles qui surviennent de façon spontanée. Il est souvent utile de faire un exemple avec le patient avant de débiter, pour s'assurer d'une bonne compréhension. En notant ainsi la survenue de chaque attaque de panique tout au long de la thérapie, cette grille favorise une meilleure documentation de cette importante dimension de la réponse au traitement.

2. *Inventaire de Beck pour l'anxiété*

Cet inventaire permet d'identifier plus particulièrement les symptômes non spécifiques d'anxiété pouvant accompagner le TPA. Nous obtenons aussi une cote globale du niveau d'anxiété qui pourra être réévaluée ultérieurement pour mesurer l'évolution.

3. *Inventaire de Beck pour la dépression* ou le *PHQ-9*

La comorbidité entre les troubles anxieux et la dépression est également importante. Ces inventaires permettent d'identifier et de mesurer la sévérité des symptômes dépressifs du sujet.

4. *Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA)*

Cet inventaire permet de déterminer le degré d'évitement de l'agoraphobe dans plusieurs situations spécifiques.

5. *Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP)*

Cette échelle peut être utile pour préparer la restructuration cognitive en aidant à identifier les principales pensées phobiques du patient.

Section III

EFFICACITÉ ET SÉLECTION

DES DIFFÉRENTES OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

Les études cliniques démontrent que la réponse à la psychothérapie cognitivo-comportementale du TPA est généralement très bonne (75 à 90% d'amélioration notable). Ces conclusions sont soutenues par de multiples études contrôlées et méta analyses. La TCC se retrouve d'ailleurs parmi les recommandations de premier choix des guides de pratiques les plus reconnus (APA Stein et coll. 2009, CANMAT Swinson et coll. 2006, NICE 2011). La présence concomitante d'un trouble de la personnalité assombrit considérablement le pronostic (les taux de réponse thérapeutique diminuent environ de moitié). Les études de suivi longitudinal démontrent que les patients qui ont une réponse favorable à la TCC maintiennent généralement cette amélioration après la fin du traitement.

Les médicaments psychotropes (benzodiazépines puissantes et antidépresseurs) ont aussi de très bons taux de succès dans le traitement du TPA. Il y a cependant un pourcentage élevé de patients qui voient les symptômes réapparaître après l'interruption des médicaments. Ce taux de rechute semble encore plus élevé et plus rapide lors du sevrage d'une benzodiazépine. De plus, l'utilisation des benzodiazépines semble nuire aux effets bénéfiques de la TCC et peut provoquer de la dépendance ou un abus chez les personnes à risque. Ce sont les raisons pour lesquelles la plupart des psychothérapeutes cognitivo-comportementaux préféreront que leurs patients utilisent un antidépresseur plutôt qu'une benzodiazépine si un médicament est nécessaire.

La principale limite de la TCC du TPA est liée à sa disponibilité limitée. Lorsqu'elle est accessible, tout patient souffrant d'un TPA qui le souhaite aurait avantage à faire un essai en ce sens. Si aucun thérapeute n'est disponible, on peut suggérer au patient des livres d'autothérapie (Marchand et Letarte 2004, Emery 2000), des sites web d'autothérapie (ex. MoodGym : <https://moodgym.anu.edu.au/> ou Living life to the full : www.lltff.com/), des groupes de soutien où les participants partagent des outils de TCC.

La plupart des cliniciens proposent d'abord la thérapie seule dans les cas de TPA légers à modérés et combinés avec un antidépresseur dans les cas de TPA modérés à sévères. Il

faudra aussi bien sûr tenir compte de la préférence du patient, une fois celui-ci bien informé à propos des différentes alternatives.

Section IV TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DU TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TPA)

Deux grandes classes de médicaments possèdent une efficacité relativement semblable dans le traitement du TPA : les antidépresseurs (ISRS, ISRN, tricycliques et IMAO) et les benzodiazépines (BZD). Les principales considérations générales pouvant guider le choix du clinicien parmi ces différentes classes sont les traitements pharmacologiques préalables, les comorbidités, les effets secondaires des médicaments, les préférences du patient, le besoin d'une réponse rapide et la plus ou moins grande nécessité d'un traitement au long cours.

L'objectif de traitement est la disparition de toutes les attaques de paniques complètes, en particulier les attaques spontanées. On pourra tolérer des attaques partielles (pauci symptomatiques). Si on cherche à faire disparaître toute trace d'anxiété, on risque d'administrer des doses excessives, en particulier avec les benzodiazépines.

Voyons maintenant les caractéristiques spécifiques à chacune de ces catégories en ce qui concerne le traitement du TPA. Cette section se divise comme suit :

- A. Les benzodiazépines
- B. Les ISRS et les ISRN
- C. Les autres antidépresseurs
- D. Autres considérations

A. Les benzodiazépines (BZD)

Les BZD réduisent l'intensité et la fréquence des attaques de panique et elles diminuent l'angoisse d'anticipation de même que l'évitement chez les agoraphobes. Leur principal avantage est leur rapidité d'action qui permet de contrôler la symptomatologie dans un temps très court et leur principal inconvénient est le risque d'abus et de dépendance à la fois physiologique et psychologique qui découle de leur usage à moyen et à long terme. Leur cessation brusque entraîne alors des symptômes de rebond, c'est-à-dire le retour de façon plus marquée des symptômes pour lesquels ils avaient été prescrits. Ces symptômes de rebond sont accompagnés de symptômes de sevrage : anxiété, insomnie, agitation, tremblements, tension musculaire, nausées, douleurs abdominales et même parfois des convulsions, etc.

Certaines données suggèrent que les gains obtenus lors des exercices d'exposition sous benzodiazépines sont souvent perdus lorsqu'on cesse le médicament. Il semble que suite

à la rapide amélioration de leurs symptômes, les patients chez qui on utilise une combinaison BZD et TCC ont tendance à attribuer cette amélioration surtout au médicament. C'est l'inverse pour ceux chez qui on utilise une combinaison antidépresseur et TCC qui attribuent davantage leur amélioration à la thérapie. Chez ces derniers, les gains se maintiennent mieux.

L'absence d'effet antidépresseur est un autre inconvénient des BZD par rapport aux antidépresseurs. L'ensemble de ces facteurs fait en sorte que même si leur efficacité est comparable à celle des antidépresseurs, les BZD ne constituent généralement pas un premier choix.

Pour traiter le TPA, les BZD les plus puissantes, soit le clonazépam (Rivotril) et l'alprazolam (Xanax), sont les plus utilisées. Les cliniciens préfèrent le plus souvent le clonazépam parce que sa demi-vie est plus longue. Il peut alors être prescrit matin et soir. Ceci permet d'inviter le patient à ne pas garder de médicaments sur lui, dans son sac ou dans sa voiture, mais bien de les laisser dans la pharmacie, ce qui minimise les risques de dépendance psychologique.

Des doses modérées, de 1 à 2 mg par jour, sont souvent suffisantes pour contrôler les attaques de panique, mais on doit parfois prescrire des quantités plus élevées allant jusqu'à 6 mg par jour en particulier si on désire éliminer l'angoisse d'anticipation, ce qui ne sera généralement pas souhaitable si on combine avec la TCC. Les doses peuvent être fractionnées en deux à trois prises quotidiennes dans le cas du clonazépam, ou en trois à cinq prises dans le cas de l'alprazolam.

L'effet antipanique et anxiolytique des BZD semble persister au long cours ce qui contraste avec l'effet sédatif et hypnotique pour lesquels une tolérance semble se développer lors d'un usage prolongé.

Contrairement à une croyance répandue, les usagers qui n'ont pas de facteurs de risque tels des antécédents d'abus d'alcool ou de substances ou certains troubles de la personnalité en abuseront rarement. On doit être très prudent avant de les prescrire à des personnes souffrant de toxicomanies ou de trouble de la personnalité surtout si ce dernier est associé à de l'impulsivité. On observe aussi un plus grand risque de désinhibition chez les personnes qui ont des problèmes cognitifs comme une démence ou une déficience intellectuelle.

Même si peu de sujets abusent des BZD, leur usage prolongé provoquera une dépendance physiologique qui est à la source des symptômes de sevrage. Plus elles sont administrées à fortes doses et pour de longues durées, plus leur sevrage sera difficile et devra se faire de façon lente et graduelle.

Dans le trouble panique, on utilise généralement les BZD sur une base régulière. L'usage au besoin peut être acceptable s'il est très occasionnel, mais un usage fréquent et irrégulier des BZD va souvent provoquer des problèmes de somnolence et autres effets secondaires liés aux pics d'utilisation et des symptômes de sevrage et des attaques de panique rebonds liés aux diminutions, ce qui est parfois appelé : «phénomène pics-creux».

L'ensemble de ces caractéristiques fait en sorte qu'on a souvent tendance à utiliser les BZD en combinaison avec les antidépresseurs, de façon transitoire, en début de traitement, chez les patients qui souffrent d'un TPA sévère, où une réponse rapide est nécessaire. On les utilise parfois de la même manière pour faciliter l'introduction des antidépresseurs. Ils sont aussi parfois utilisés plus tardivement et à plus long terme, lorsque des symptômes significatifs persistent une fois que les autres options de première ligne (incluant la TCC) ont été tentées et optimisées.

B. Les ISRS et les ISRN

Les ISRS (fluoxétine ou Prozac, fluvoxamine ou Luvox, sertraline ou Zoloft, paroxétine ou Paxil, citalopram ou Celexa, escitalopram ou Cipralex) et les ISRN (venlafaxine ou EffexorXR) sont aussi efficaces que les BZD dans le traitement du TPA, mais leurs effets secondaires, en particulier dans la sphère de la sexualité et dans la sphère digestive, sont plus nombreux et leur délai d'action beaucoup plus long. Par contre, ils ne créent pas de dépendance physiologique et ils possèdent une action à la fois thérapeutique et préventive face à la dépression. Ces avantages en font un premier choix pour la plupart des cliniciens lorsque le TPA nécessite un traitement pharmacologique, surtout en présence de comorbidité de dépression et si on prescrit un traitement au long cours.

L'efficacité des ISRS étant sensiblement la même dans le TPA, celui qui les prescrit peut utiliser la molécule qui lui est la plus familière tout en étant la mieux adaptée à la situation. Les patients souffrant de TPA étant particulièrement sensibles aux effets secondaires de ces médicaments, il est donc préférable de débiter avec de petites doses soit, de façon générale, la demie de la dose de départ usuelle recommandée dans le traitement de la dépression (10 mg de fluoxétine, 50 mg de fluvoxamine, 25 mg de sertraline, 10 mg de paroxétine, 10 mg de citalopram et 5 mg d'escitalopram). Pour certains patients, on peut débiter avec le quart de la dose de départ habituelle, pendant une semaine. Les patients les plus intolérants pourront même débiter avec des doses infimes (par exemple, quelques granules extraits d'une capsule de venlafaxine XR ou 2mg de fluoxétine en version liquide).

Il est souhaitable d'aviser le patient du délai d'action des effets secondaires et des risques de légère accentuation de l'anxiété en début de traitement, sans quoi il risque fort d'abandonner précocement. On augmente ensuite graduellement la posologie en respectant les capacités d'adaptation du sujet. Les doses thérapeutiques quotidiennes moyennes sont généralement les mêmes que pour le traitement de la dépression (20 mg de fluoxétine, 150 à 300 mg de fluvoxamine, 50 à 100 mg de sertraline, 20 à 40 mg de paroxétine, 20 à 30 mg de citalopram et 10 mg d'escitalopram). La posologie peut être augmentée après six à huit semaines si le patient n'est pas amélioré ou ne répond que partiellement à la médication. On vise ainsi progressivement la dose qui apporte le meilleur rapport coût-bénéfice. Soulignons que l'amélioration peut s'accroître davantage sur une période pouvant aller jusqu'à trois mois.

C. Les autres antidépresseurs

Même s'ils sont aussi efficaces que les ISRS, les tricycliques et les IMAO sont beaucoup moins prescrits compte tenu de leurs effets secondaires plus marqués, surtout dans la sphère anticholinergique, antihistaminique et adrénolytique, et de leur plus grande dangerosité en cas de surdosage. Ils demeurent quand même un second choix valable (surtout les tricycliques) lorsque l'essai des ISRS s'est avéré infructueux ou totalement intolérable.

Les RIMA (le moclobémide ou Manerix et la brofaromine) posséderaient également des effets antipaniques (possiblement moins marqués pour le moclobémide), mais peu de recherches sont actuellement disponibles pour appuyer ces hypothèses.

Le bupropion (Welbutrin) et la trazodone (Désyrel) seraient moins efficaces que les ISRS dans le traitement pharmacologique du TPA.

D. Autres considérations

- L'ajout d'une TCC à un traitement pharmacologique est reconnu comme étant plus efficace dans le traitement du TPA en particulier pour diminuer les risques de rechute après la cessation du médicament.
- La prescription d'une médication est particulièrement indiquée dans le TPA si la symptomatologie est sévère ou en présence de comorbidité surtout s'il s'agit d'une dépression majeure. En l'absence de comorbidité et si la symptomatologie est légère ou modérée, la médication est moins nécessaire et il devient encore plus impératif de ne pas prescrire sans bien peser au préalable les avantages et les inconvénients et après en avoir discuté avec le patient.

- Plusieurs cliniciens combinent une BZD et un ISRS lorsque la symptomatologie est sévère, pour obtenir un soulagement plus rapide en début de traitement. La BZD est retirée graduellement après quelques semaines lorsque l'antidépresseur commence à produire son effet.
- Quelle que soit la molécule utilisée, il n'existe pas de critères précis concernant la durée du traitement lorsqu'un médicament est prescrit dans le TPA. On semble s'entendre sur une moyenne de 12 à 18 mois qui peut être prolongée davantage si la médication n'est pas combinée à une TCC ou si cette dernière n'a pas donné les succès escomptés.
- Une rechute survient environ dans 50 % des cas lorsque le traitement pharmacologique est cessé. Ce pourcentage augmente si la médication n'est pas combinée à une TCC. En cas de rechute, on a intérêt à reprendre la médication en même temps que la TCC.
- Les médicaments peuvent être prescrits à long terme lorsque la tentative d'arrêt a conduit à une rechute surtout si le patient n'a pas accepté de s'impliquer dans une thérapie ou que celle-ci n'est pas disponible ou a été inefficace.
- Lorsque la phase aiguë de la maladie est terminée et si la symptomatologie est bien contrôlée, il est préférable de diminuer la posologie d'entretien à la plus faible dose efficace.

Section V

MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TPA

Le modèle cognitivo-comportemental du TPA repose avant tout sur une bonne compréhension de ses causes ainsi que de leurs interactions réciproques. Comme dans toutes les pathologies psychiatriques, nous pouvons les diviser en trois principaux groupes :

- A. Les facteurs prédisposants
- B. Les facteurs précipitants
- C. Les facteurs entretenants.

Pour une vue d'ensemble schématique, voir la Figure V.5.

A) LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Il existe trois principaux facteurs prédisposants dans le TPA.

1. **La vulnérabilité biologique** : il s'agit d'une vulnérabilité héréditaire qui rend la personne plus sujette à déclencher une réaction physiologique d'alarme. Ces facteurs héréditaires jouent un rôle significatif dans l'étiologie du TPA. En effet, les études sur des jumeaux ont démontré une composante héréditaire significative. Les parents de premier degré d'une personne souffrant de TPA ont un risque relatif augmenté de huit fois par rapport à la population générale.
2. **Les influences environnementales** : ici plusieurs facteurs peuvent jouer, tels l'éducation, les expériences vécues, des parents surprotecteurs, etc.
3. **Les facteurs psychologiques** : les interprétations catastrophiques et l'appréhension jouent un rôle important. Des traits de personnalité pathologiques, surtout la passivité et la dépendance, peuvent accentuer l'agoraphobie secondaire au trouble panique.

On considère généralement que la vulnérabilité biologique est surtout responsable des attaques de panique tandis que les influences environnementales et les traits de personnalité semblent avoir un impact plus important sur l'agoraphobie.

Sur le plan évolutionniste, il était adapté dans le contexte de l'homo sapiens chasseur-cueilleur, de réagir avec anxiété dans des situations comme un vaste espace où l'individu est très exposé ou un espace très restreint où il risque d'être captif. Les réactions physiologiques de stress de type «*fight, flight or faint*» étaient adaptées dans ce type de situation et augmentaient la probabilité de survie.

B) LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Ceux-ci sont essentiellement constitués par les stressseurs aigus (décès, accident, agression, pathologie organique, pertes diverses ou autres) ou chroniques (conflits conjugaux, familiaux, au travail, maladie chronique ou autre).

L'âge semble aussi être un facteur précipitant important. Sans qu'on sache pour quelle raison, le TPA a tendance à débiter de la vingtaine au début de la trentaine. L'apparition d'un TPA de novo chez une personne de plus de 40 ans doit éveiller un degré de suspicion beaucoup plus élevé pour une affection médicale associée, un trouble anxieux induit par une substance ou un épisode dépressif majeur sous-jacent.

Lorsqu'une personne présentant plusieurs facteurs prédisposants atteint la vingtaine et vit suffisamment de stressseurs aigus ou chroniques, elle devient alors susceptible de présenter une première attaque de panique.

L'attaque de panique se manifeste donc par une série de symptômes (voir critères diagnostiques de l'attaque de panique) qui se regroupent principalement en cinq catégories :

1. Des symptômes cardiovasculaires, en particulier de la tachycardie, des extrasystoles et des douleurs thoraciques.
2. Des symptômes respiratoires, surtout une sensation d'étouffement combinée à une accélération du rythme respiratoire (responsable de l'hyperventilation et de ses conséquences comme nous l'avons vu).
3. Des symptômes vestibulaires, en particulier des étourdissements et des nausées.
4. Des symptômes consécutifs à l'hyperventilation. Il s'agit surtout d'une sensation d'irréalité se manifestant plus particulièrement par un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation (voir Tableau V.2)
5. Des symptômes reliés à la tension musculaire tels les tremblements, les raideurs musculaires.

Ces cinq groupes de symptômes ne sont pas nécessairement tous présents à chaque attaque de panique, mais on retrouve toujours au moins une partie d'entre eux.

En fait, l'attaque de panique est une réaction physiologique d'alarme qui serait adaptée en présence d'un danger grave et imminent. En effet, si votre vie est menacée et qu'une issue semble possible, vous aurez une réaction vous préparant à vous défendre ou à fuir «*fight or flight*». Pour ce faire, vos muscles doivent être tendus et plus de sang leur sera dirigé, d'où l'accélération du rythme cardiaque; plus d'oxygène doit être disponible d'où la sensation d'étouffement augmentant le rythme respiratoire; les contractions musculaires au niveau de l'abdomen et au niveau thoracique contribuent également à accentuer cette sensation d'étouffement; le système digestif est mis au ralenti d'où la sécheresse de la bouche et l'excédent de chaleur émis par les muscles doit être évacué d'où les sueurs, les chaleurs et les frissons. Ultimement, si aucune issue ne semble possible, on passe à la troisième étape de la réaction se rapprochant ainsi de l'évanouissement (*fight, flight or faint*). On ressentira alors des étourdissements, des faiblesses dans les jambes et un sentiment d'irréalité.

Notons qu'une attaque de panique ne provoque à peu près jamais de perte de conscience. Tout au plus, les patients deviennent si faibles qu'ils doivent s'asseoir ou s'étendre, mais ils ont le temps de prendre les mesures nécessaires pour le faire sans se blesser, et ce même s'ils conduisent une automobile. La présence de perte franche de conscience ou de chute avec blessure doit conduire le médecin à soupçonner fortement une affection médicale sous-jacente.

Tableau V.1
**Les modifications physiologiques
lors de la réaction d'alarme**

- Les battements du cœur s'accélèrent.
- La pression dans les artères augmente.
- Les vaisseaux des muscles se dilatent et le débit sanguin augmente dans les muscles.
- Le débit sanguin diminue au niveau de l'estomac, des intestins et des reins.
- La fréquence et la profondeur de la respiration augmentent.
- Les fibres musculaires se contractent et augmentent le tonus musculaire.
- Au niveau de la peau, il se produit une vasoconstriction, une horripilation, une baisse de la résistance électrique, une augmentation de la sécrétion de sueur.
- Le métabolisme cellulaire augmente au niveau de l'organisme.

- La transformation du glycogène en glucose augmente dans le foie et dans les muscles.
- L'activité cérébrale augmente.
- La coagulation sanguine augmente.

D'après Émery 2000.

Ce qui est anormal n'est donc pas tant la réaction physiologique comme telle, mais le fait qu'elle survienne de façon spontanée ou inappropriée à la situation.

Cette consommation accrue d'oxygène et cette expulsion accrue du CO₂ seraient adaptées à une situation où le sujet doit faire une activité physique violente. Dans le cas d'attaques de panique, cela n'est généralement pas le cas et des manifestations d'hyperventilation peuvent s'ensuivre accentuant la symptomatologie et provoquant davantage d'inquiétude chez le sujet.

Tableau V.2
**Les manifestations déclenchées
par l'hyperventilation**

- Difficultés respiratoires, sensation de manquer d'air.
- Sensation de tête vide ou cotonneuse, étourdissements.
- Mal à la tête.
- Sensation vertigineuse, vision brouillée.
- Impression d'irréalité, sentiment de dépersonnalisation.
- Moiteur des mains, bouffées de chaleur.
- Picotements aux extrémités, engourdissements.
- Raideur musculaire, crampes.
- Douleurs thoraciques.
- Accélération de la fréquence cardiaque et extrasystoles.

D'après Émery 2000.

C) LES FACTEURS ENTRETENANTS

L'interprétation que la personne fera de ces symptômes deviendra alors un facteur perpétuant important (voir facteurs entretenant cognitifs) et pourra faire la différence entre une

réaction d'alarme qui se résorbe rapidement et une véritable attaque de panique sévère qui s'étend sur de 15 à 60 minutes.

Figure V.1

**Réaction d'alarme spontanée
évoluant jusqu'à l'attaque de panique**

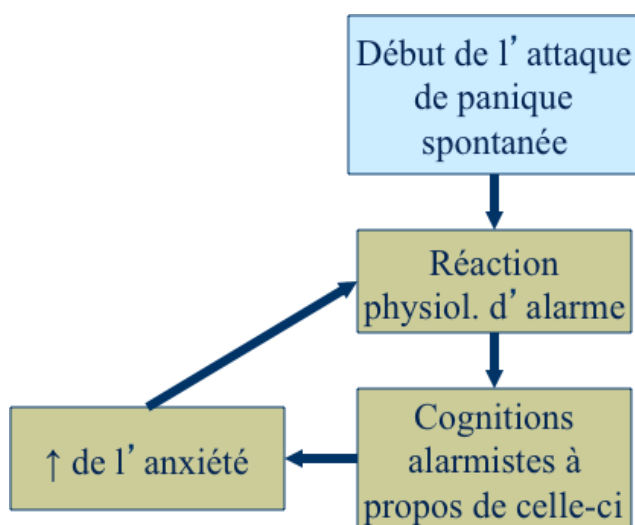
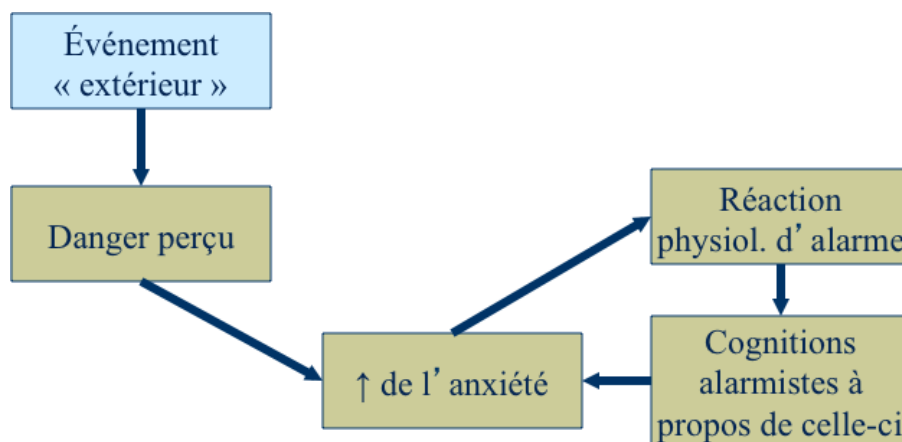


Figure V.2

**Réaction d'alarme évoluant en cercle vicieux
jusqu'à l'attaque de panique suite à un événement (par exemple exposition à un stimulus
phobogène)**



À partir de cette première attaque de panique, toute une série de facteurs se constitue contribuant à maintenir et à aggraver la maladie. Les principaux sont les suivants :

1. *Les facteurs physiologiques* : la sensation d'étouffement provoque une accélération du rythme respiratoire responsable de l'hyperventilation qui cause à son tour les étourdissements et la sensation d'irréalité.
2. *Les facteurs cognitifs* : l'individu qui ressent tous ces symptômes physiologiques et qui ne possède aucune information concernant leur origine, comme c'est presque toujours le cas, ne peut faire autrement que de s'inquiéter et d'exagérer leur dangerosité.

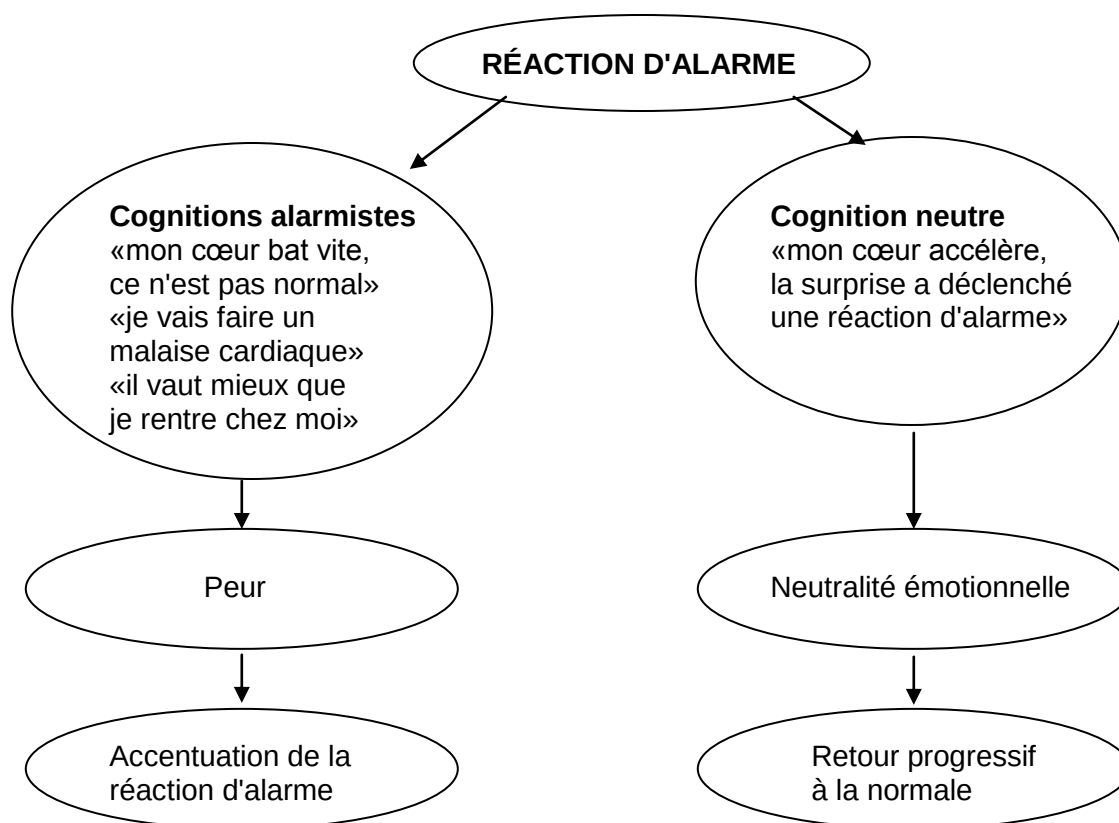
Deux types de symptômes constituent les principaux facteurs cognitifs qui entretiennent le trouble panique:

- a. Des **inquiétudes non justifiées au moment des attaques de panique** : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle, de devenir fou ou autres. Ces inquiétudes contribuent à augmenter

toute la symptomatologie, y compris les symptômes physiologiques dont elles proviennent.

Figure V.3

**Les conséquences cognitives
de la réaction d'alarme**



D'après Émery 2000

Tableau V.3

Pensées automatiques

«Boule de cristal»	«Je vais faire une crise», «je vais perdre le contrôle», «je vais perdre conscience».
Étiquetage	«Y a quelque chose qui ne va pas chez moi».
Dramatisation	«L'anxiété est intolérable», «c'est l'enfer, je vais mourir».
Personnalisation	«Je suis le seul à avoir ce problème».

Lecture de pensée	«Les gens vont s'apercevoir que je panique», «ils savent que je suis un névrosé»
Pensée dichotomique	«L'anxiété est mauvaise», «je panique sans arrêt».

D'après Leahy et coll. 2013

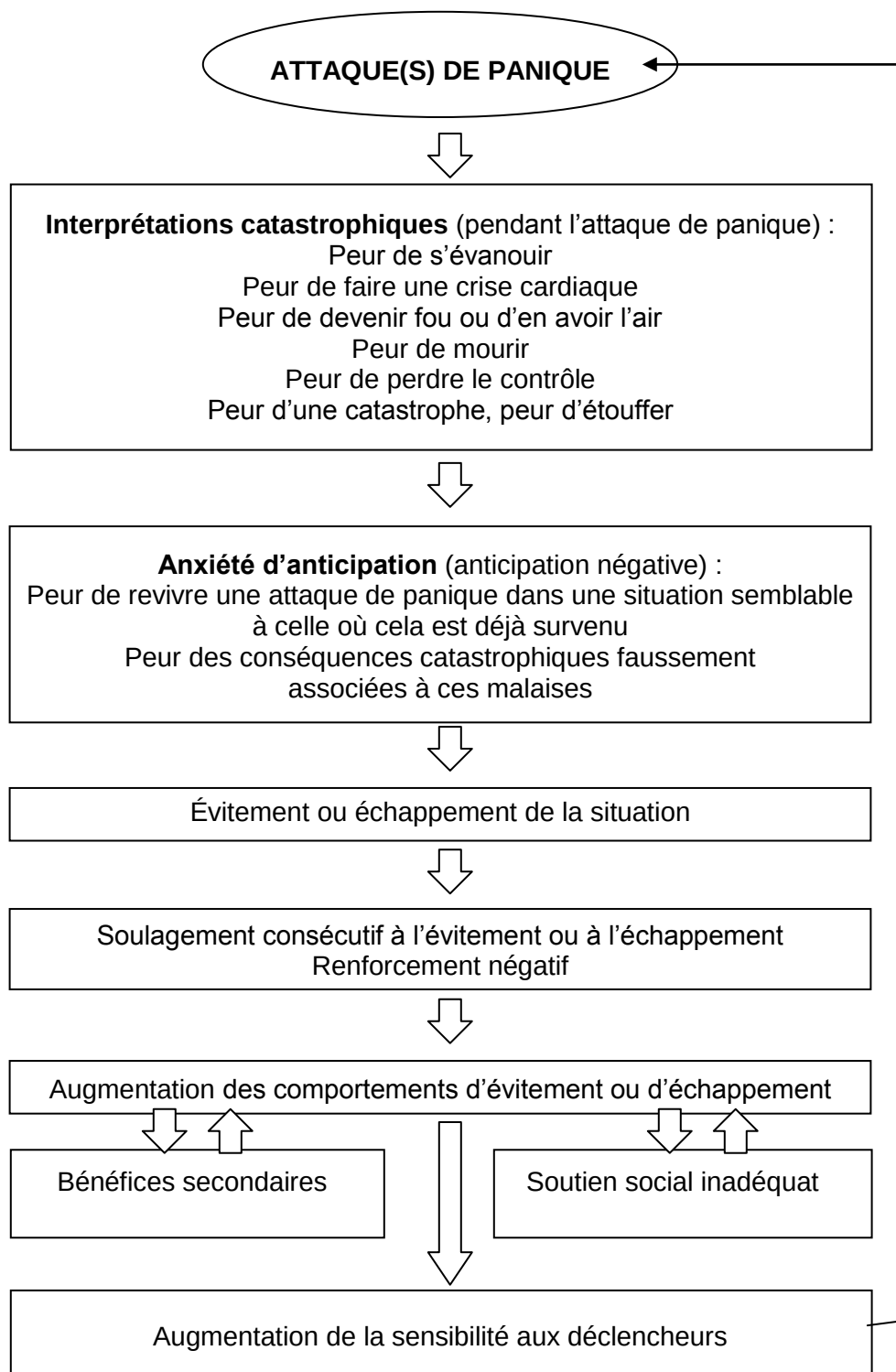
- b) Ces mêmes inquiétudes vont également provoquer des craintes exagérées concernant la survenue d'autres attaques de panique dans les situations où se sont produites les attaques antérieures. Elles sont à l'origine d'une **anxiété d'anticipation** appelée «peur d'avoir peur» qui rend la personne plus vulnérable avant même d'avoir fait face à la situation en question.
3. *Des facteurs comportementaux* : Parfois l'anxiété devient si forte au moment d'une attaque de panique que le sujet fuit la situation phobogène dans laquelle elle survient parce qu'il rend cette situation responsable de l'attaque. Cette fuite pendant l'attaque se nomme «échappement». Par ailleurs, on nomme «évitement» le comportement qui consiste à contourner ou à renoncer à faire face à un endroit ou une situation phobogène. Si l'évitement est choisi trop souvent pour régler le problème d'anxiété ou «la peur d'avoir peur», le sujet peut s'en trouver sérieusement handicapé. C'est ainsi que se développe l'agoraphobie qui, contrairement à ce que son nom laisse entendre, n'est pas seulement la crainte des places publiques, mais plutôt celle de toute situation où la personne se sentirait dépourvue en cas d'attaque de panique. C'est la raison pour laquelle l'agoraphobe peut éviter les situations en apparence très différentes comme de circuler seul sur une route de campagne isolée ou d'assister à un spectacle au milieu d'une foule immense.
4. *Les renforcements négatifs (renforcement par retrait d'un stimulus désagréable)* : Lorsque la personne fuit ou évite une situation phobogène, elle ressent le plus souvent un important soulagement dû à la diminution de l'anxiété. Ce soulagement devient un renforcement négatif qui contribue à maintenir et à accentuer les comportements d'évitement.
5. *Autres comportements de sécurité* : Des signaux de sécurité (aussi appelés comportements de sécurité) plus subtils sont aussi souvent présents et constituent des facteurs perpétuants importants. Ils peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de formes subtiles d'évitement partiel (par exemple aller au cinéma, mais en s'assoiant

près de la porte de sortie). On voit aussi souvent l'utilisation de personnes ou d'objets sécurisants (membre de la famille, téléphone cellulaire, bouteille d'eau...). Les neutralisations sont aussi des signaux de sécurité très importants. Il s'agit de stratégies visant à rester physiquement dans la situation, tout en évitant d'être en contact avec les pensées et les émotions. Par exemple, la personne peut mettre de la musique pour se distraire, se fermer les yeux, s'imaginer qu'elle est ailleurs ou utiliser des pensées positives irréalistes (« tout va bien, il n'y a pas de problème... »).

6. *Les bénéfices secondaires* : Certaines personnes tirent des bénéfices secondaires de leur agoraphobie. Elles sont par exemple soulagées de tâches qu'elles n'aiment pas ou elles obtiennent davantage d'attention de leurs proches. Ces bénéfices sont des renforcements qui contribuent évidemment à maintenir et à accroître la symptomatologie.
7. *Les facteurs interpersonnels* : À ce niveau, on peut profiter de bénéfices secondaires (déjà mentionnés). Les personnes qui souffrent déjà de déficits de socialisation, de traits de personnalité problématiques, ou des difficultés d'affirmation de soi avant l'apparition du TPA sont plus à risque de développer une agoraphobie importante qui risque d'aggraver ces difficultés.

La Figure V.4 illustre les cercles vicieux qui entretiennent le trouble panique avec agoraphobie.

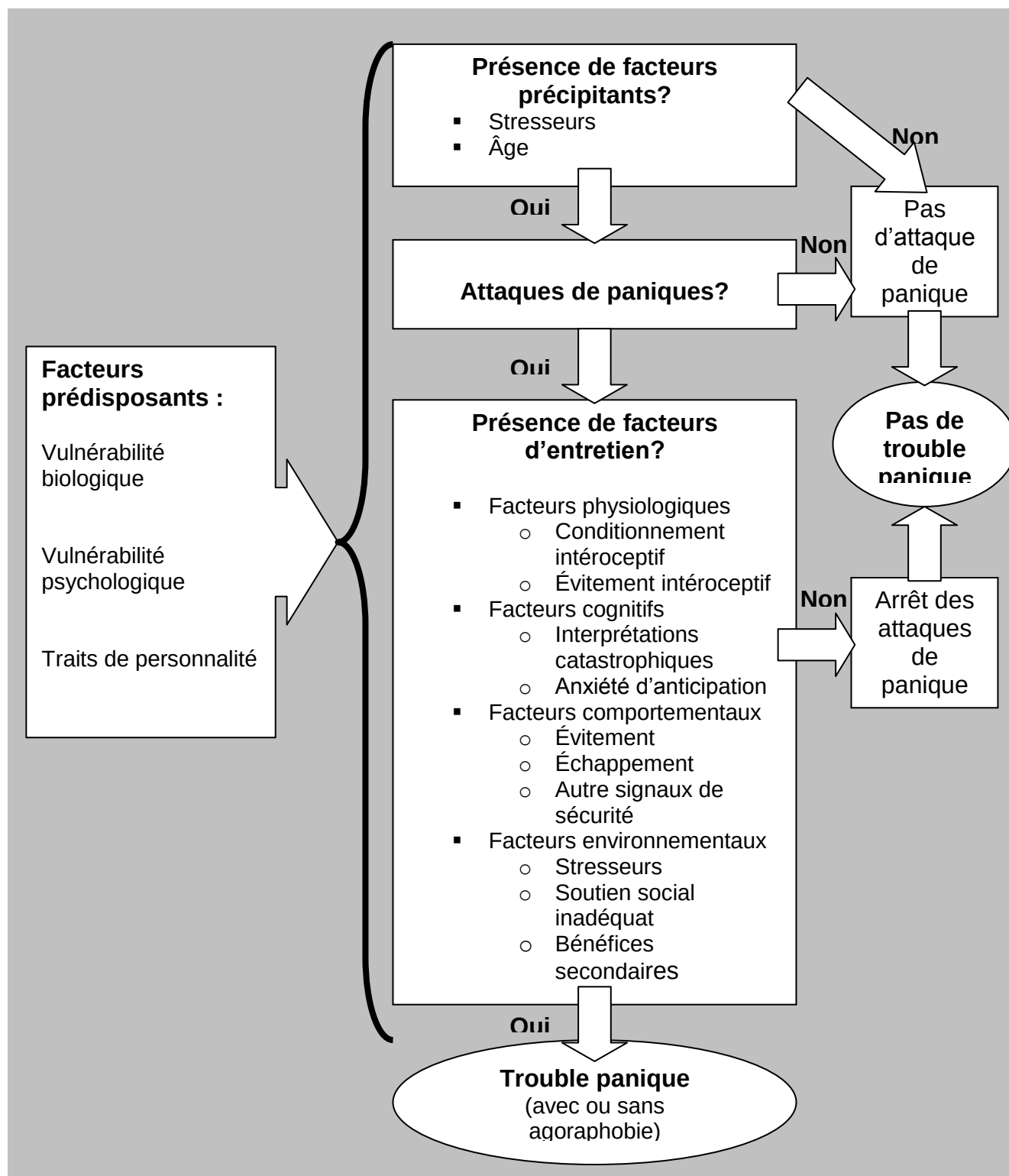
Figure V.4

Cycle des facteurs d'entretien du trouble panique avec agoraphobie*

* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

Figure V.5

Séquence de développement du trouble panique avec agoraphobie*



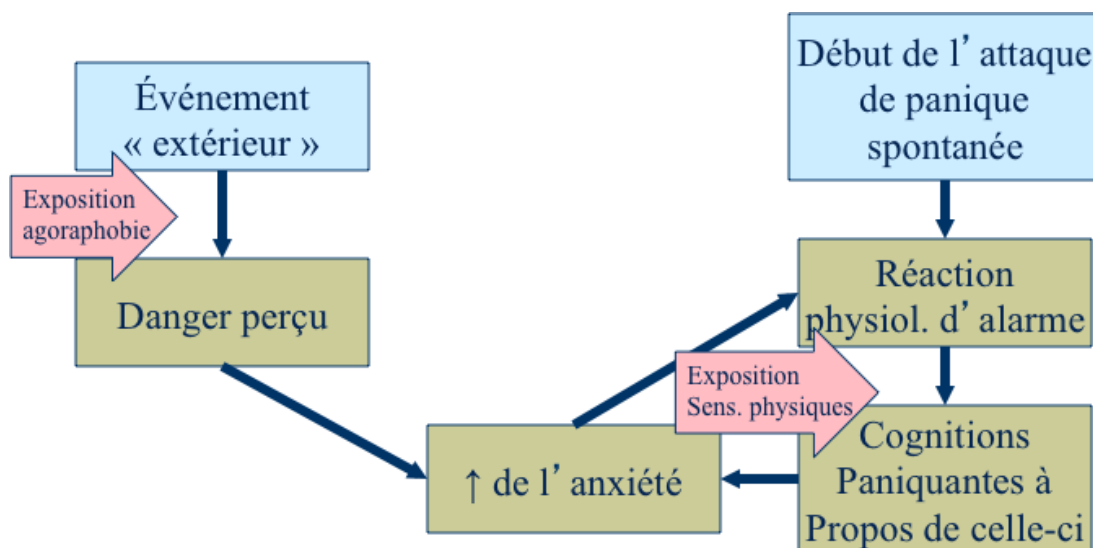
* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

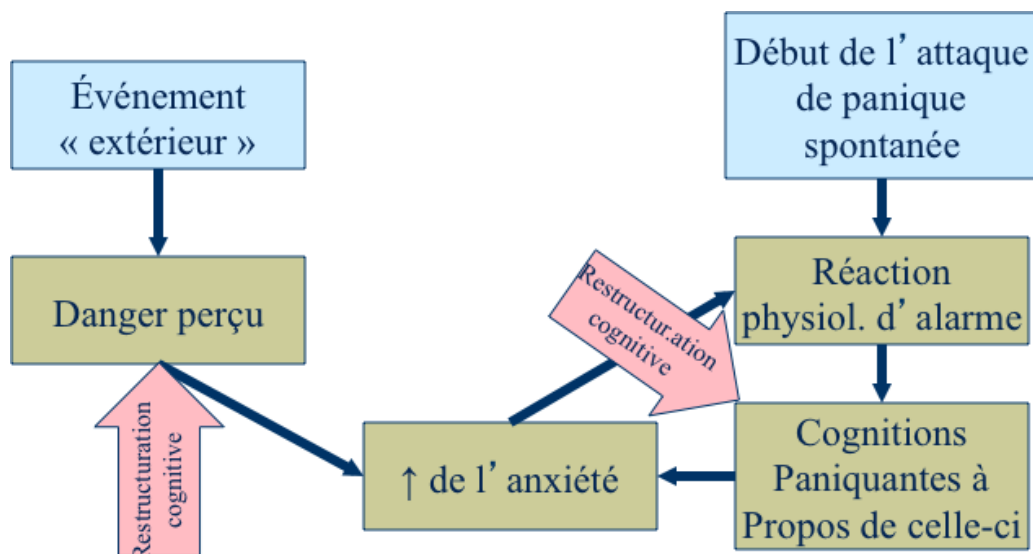
La figure ci-dessous permet de voir où les différentes techniques utilisées viennent rompre les cercles vicieux qui entretenaient le TPA. L'exposition graduée pour l'agoraphobie fait en sorte que la personne aura de moins en moins de réactions d'alarme lorsqu'elle se retrouve dans ces situations. De façon similaire, l'exposition aux sensations physiques permet de devenir moins sensible aux sensations physiques d'alarme ce qui bloque le cercle vicieux. Pour sa part, la restructuration cognitive permet de diminuer la perception de danger dans les situations d'agoraphobie et les cognitions anxiogènes face aux sensations physiologiques d'alarme.

Figure V.6

Action des techniques utilisées sur les facteurs entretenant

Exposition in vivo et exposition aux sensations physiques



Restructuration cognitive

Section VI PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TPA

Voici les 11 étapes du traitement que nous proposons et que nous décrirons ensuite de façon détaillée :

- 1^{re} étape : Évaluation et auto observation
- 2^e étape : Information au patient
- 3^e étape : Fixer des objectifs
- 4^e étape : Traitement pharmacologique
- 5^e étape : Hygiène de vie
- 6^e étape : Rééducation respiratoire et relaxation
- 7^e étape : Restructuration cognitive
- 8^e étape : Exposition aux sensations physiques de la panique (ou exposition aux stimuli intéroceptifs)
- 9^e étape : Exposition aux situations phobogènes ou exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie
- 10^e étape : Aspects complémentaires
- 11^e étape : Maintien et prévention des rechutes.

Le traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec ou sans agoraphobie découle essentiellement du modèle que nous venons de présenter. Il comporte dans son ensemble 11 étapes principales parmi lesquelles les étapes 6 à 9 constituent le cœur spécifique de la TCC du TPA. Les étapes qui précèdent et qui suivent, non moins importantes, sont moins spécifiques et se retrouvent dans la plupart des protocoles de TCC, quelle que soit la problématique visée.

Le tout se déroule généralement au cours d'une quinzaine de séances hebdomadaires suivies d'une ou deux entrevues de consolidations plus éloignées dans le temps. Il existe une version abrégée en six séances (Craske et Barlow 2007b) adaptée pour la première ligne.

1^{re} étape : Évaluation et auto observation

Comme pour n'importe quelle pathologie psychiatrique ou organique, une évaluation détaillée est essentielle avant de débiter le traitement. En plus de l'histoire de cas habituelle, on peut compléter l'évaluation du TPA par l'utilisation d'échelles de mesure permettant de mieux en apprécier la gravité et de suivre l'évolution en cours de route (**voir section II sur l'évaluation**). Les échelles se retrouvent à la section VIII : annexes.

Elles jouent aussi un rôle important d'auto observation. À cette fin, le patient complètera l'inventaire de mobilité de l'agoraphobe (IMA) qui pourra être répété périodiquement et il notera chacune de ses attaques de paniques dans la grille d'auto observation des attaques de panique (GAAP) pendant toute la durée de la thérapie. Bien expliquer que cette grille ne sert qu'à noter les attaques de paniques dont le début est rapidement progressif et l'épisode bien délimité dans le temps. On n'y note pas l'anxiété de fond ou l'angoisse qui augmente et diminue progressivement, même si elle est intense. Le thérapeute aidera le patient à noter une attaque de panique récente pendant la séance à titre d'exemple. Il la révisera aussi à chaque séance par la suite. Les autres grilles utilisées seront également expliquées et les résultats revus avec le patient et consignés.

2^e étape : Information au patient

La psychopédagogie est toujours importante dans l'approche cognitivo-comportementale mais elle le devient davantage pour le TPA dans lequel une excellente compréhension est à la base de tout traitement efficace. Rappelons-nous que les erreurs d'interprétation concernant les symptômes physiques des attaques de panique sont une des bases du cercle vicieux qui perpétue ce problème.

On doit aborder entre autres les aspects suivants :

1. Expliquer le modèle cognitivo-comportemental du TPA en l'appliquant à la symptomatologie du patient.
2. Expliquer les différentes étapes du traitement qui en découlent.
3. Suggérer des lectures complémentaires :
 - Manuel d'information destiné au patient que vous trouverez en annexe dans la section VIII.
 - Informations de base sur la TCC.
 - Informations de base sur le TPA (par exemple brochure d'informations des associations professionnelles, groupes d'entraide ou de certaines compagnies pharmaceutiques).

- Livre d'autothérapie (Marchand et Letarte 2004, Émery 2000 et Barlow et Craske 2007).
4. Informer le patient, le cas échéant, de l'existence de groupes d'entraide disponibles dans la région.

3^e étape : Fixer des objectifs

Après s'être assuré d'une bonne intégration de ces informations, on évalue avec le patient sa motivation. On fixe des objectifs clairs, précis et limités et on détermine la marche à suivre pour les atteindre. Dans le but de mieux préciser les objectifs, on a intérêt à les exprimer sous forme de comportements, d'émotions, de situations ou d'attitudes à modifier. La démarche à suivre s'inspire des étapes habituelles du traitement cognitivo-comportementale du TPA, mais celles-ci doivent être soigneusement adaptées pour chaque patient.

4^e étape : Traitement pharmacologique

Voir section IV.

5^e étape : Hygiène de vie

On encourage le patient à diminuer l'utilisation de substances stimulantes et d'alcool le cas échéant. Rappelons que des rythmes circadiens réguliers peuvent aussi aider les personnes anxieuses. On invitera également le patient à faire de l'activité physique, ce qui peut parfois être difficile à ce stade-ci lorsque cela fait partie des évitements secondaires au TPA.

6^e étape : Rééducation respiratoire et relaxation

Nous avons vu que l'hyperventilation est souvent responsable d'une bonne partie de la symptomatologie dans le TPA. Au moment d'une attaque de panique, le rythme respiratoire s'accélère et la respiration devient superficielle en ce sens qu'elle est actionnée surtout par les muscles intercostaux plutôt que diaphragmatiques. Le traitement du TPA commence donc parfois par une rééducation respiratoire dont l'objectif est d'amener le sujet à prendre conscience de ses mauvaises habitudes respiratoires pour ensuite les corriger. Il apprendra donc à respirer plus lentement et plus profondément, c'est-à-dire en utilisant davantage son diaphragme plutôt que ses muscles intercostaux. Il en résultera une diminution de l'hyperventilation. Ce n'est pas une façon d'empêcher ni de contrôler l'attaque de panique, mais de mieux la tolérer, l'accepter et de moins l'amplifier.

Cette rééducation respiratoire peut être couplée à de la relaxation. La relaxation semble efficace pour diminuer l'anxiété, cependant les techniques très élaborées sont longues à enseigner et il semble que les bénéfices obtenus à long terme ne sont pas toujours proportionnels. Pour cette raison, les protocoles de TCC des troubles anxieux ont de plus en plus tendance à inclure des techniques de relaxation très simples combinées à d'autres techniques cognitives ou comportementales. De plus, la rééducation respiratoire et la relaxation utilisées lors des attaques peuvent devenir des techniques de distraction ou des comportements sécurisant, ce qui peut même être contre-productif. Pour ces raisons, les versions les plus récentes des protocoles de TCC du TPA mettent moins l'accent sur ces techniques.

Pour limiter ce risque, nous enseignons plutôt la centration sur la respiration qui a l'avantage de mettre l'accent sur l'acceptation et la centration sur le moment présent, tout en étant très simple à enseigner. De plus, la centration nous semble générer moins d'anxiété de performance que la relaxation ou la rééducation respiratoire. Vous pouvez remettre un court enregistrement de quelques minutes que le patient utilisera pour pratiquer à la maison après l'avoir tenté avec vous pendant la séance. Vous pouvez aussi utiliser des enregistrements disponibles sur internet.

- Baladodiffusion de relaxation et méditation de passeport santé:
http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx_exe
 - Exercice intitulé : respiration consciente
- Site francophone de pleine conscience (MP3 de méditation, références...) :
<http://www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/>

On peut ensuite utiliser ces exercices de centration couplés au besoin à des techniques cognitives, lors des attaques de panique ou des exercices d'exposition.

7^e étape : Restructuration cognitive

Nous présentons ici la restructuration cognitive de façon séparée des exercices d'exposition des étapes 7 et 8. Dans la pratique toutefois, la restructuration cognitive est intimement intégrée aux exercices d'exposition.

Parmi les facteurs cognitifs responsables de l'aggravation du TPA, on retrouve en premier lieu des peurs irréalistes survenant au cours des attaques de panique et déclenchées par les symptômes physiologiques inhérents à celles-ci : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle de soi ou autres. En second lieu, lorsque la personne doit à nouveau faire face à des situations phobogènes, ces peurs provoquent l'apparition d'une angoisse d'anticipation qui rend cette personne plus vulnérable aux attaques de panique.

La restructuration cognitive a pour but d'amener la personne à prendre pleinement conscience de ses peurs ou de son discours irréaliste au moment des attaques de panique et aussi lorsqu'elle doit faire face à des situations phobogènes. Avec l'aide du thérapeute, elle apprendra par la suite à les restructurer, c'est-à-dire à les remplacer par des pensées à la fois plus réalistes, plus utiles et plus appropriées à la situation. Les données scientifiques récentes suggèrent que dans la TCC du trouble panique, les éléments comportementaux sont très importants. Certaines études suggèrent que les éléments cognitifs n'ajoutent que peu de bénéfices aux résultats. Nous croyons que les éléments de thérapie cognitive sont utiles, mais on doit veiller à ce qu'ils ne servent pas de mesures dilatoires pour remettre à plus tard les exercices d'exposition. Les pensées dites positives qui sont irréalistes (par exemple : « Ça va bien aller. ») peuvent même constituer des comportements sécurisants qui sont des facteurs perpétuant. Ainsi, nous travaillerons d'abord à un niveau cognitif superficiel de façon pleinement intégrée aux exercices d'exposition. De façon générale, le travail cognitif superficiel se fait à l'aide du questionnement socratique (Chaloult et coll. 2008 pour une présentation pratique des bases de TCC). Voici quelques exemples de questions :

- Quelle est la part de réalité dans cette pensée?
 - Quels sont les arguments en faveur de cette pensée?
 - Quels sont les arguments qui contredisent cette pensée?
 - Pourrait-on le voir autrement?
 - Est-ce bien grave?
 - Quelle est la pire chose qui puisse arriver?
 - Quelle est la meilleure?
 - Quelle est la plus probable?
- Etc.

Le travail cognitif au niveau superficiel se fera principalement à trois niveaux : pour faire face aux attaques de panique, ensuite au cours de l'exposition aux sensations physiques et finalement au cours de l'exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.

a) *Restructuration cognitive pour faire face aux attaques de panique* : la restructuration cognitive sert ici à identifier et à corriger les cognitions entretenant et accentuant la réaction de panique. Elle permet au patient de trouver des phrases clés qu'il peut noter sur une fiche thérapeutique (coping card) et utiliser en cas d'attaque de panique ou en cas d'anticipation d'attaque de panique.

Vous trouverez quelques pistes et suggestions dans le Tableau V.4.

Tableau V.4
Auto-instruction pour les patients souffrant de TPA

Normalisez votre anxiété	Éloignez le danger	Mettez en doute vos pensées négatives	Apprenez du passé	Préparez l'acceptation
▪ L'anxiété est normale ▪ Tout le monde éprouve de l'anxiété ▪ L'anxiété démontre que je suis alerte ▪ L'anxiété est programmée biologiquement (mon anxiété est une réponse adéquate, mais au mauvais moment, car actuellement il n'y a aucun danger dont je doive m'échapper)	▪ L'anxiété éveille l'attention ▪ Je suis déjà passé à travers cela par le passé et rien de mal ne m'est arrivé ▪ L'anxiété finit par passer et s'en aller	▪ Ceci est une fausse alarme ▪ Je ne deviens pas fou, je ne perds pas le contrôle ▪ Ces sensations sont désagréables, mais elles ne sont pas dangereuses ▪ Les gens ne peuvent pas voir ce que je ressens ▪ Je n'ai pas besoin d'avoir un contrôle absolu	▪ J'ai fait plusieurs prévisions négatives par le passé qui se sont avérées fausses ▪ Je ne suis jamais devenu fou, je n'ai jamais eu de crise cardiaque et je ne suis jamais mort de mon anxiété ▪ Je dois me rappeler de respirer normalement, cela m'aide	▪ Je peux prendre du recul et observer ma réaction d'alarme ▪ Je peux accepter cette réaction d'alarme qui monte et descend ▪ Je peux observer mes sensations qui augmentent et qui diminuent ▪ Je peux accepter cette réaction d'alarme et observer mes pensées négatives

D'après Leahy et coll. 2013

b) *Restructuration cognitive au cours de l'exposition aux sensations physiques* : celle-ci a pour but de diminuer les inquiétudes face aux sensations physiques et de faciliter la restructuration cognitive à ce niveau.

Tableau V.5

L'angoisse de suffocation

Pensées paniquantes	Réalité
«Je vais étouffer»	Des contractions musculaires limitent les mouvements respiratoires naturels. Il s'agit simplement d'une gêne respiratoire. À aucun moment, il y a un manque d'oxygène.
«C'est un endroit où on manque d'air»	La pression atmosphérique est très forte, donc l'air s'infiltre partout. Il n'y a pas plus d'air dans la rue que dans le métro, mais la chaleur ou l'odeur sont effectivement différentes.
«Ma respiration va se bloquer»	Comme le cœur, le diaphragme se contracte automatiquement et assure l'automatisme respiratoire en toute occasion, notamment pendant le sommeil. Il est impossible de bloquer l'automatisme respiratoire.

D'après Émery 2000

Tableau V.6

Les performances du système cardio-vasculaire

- La fréquence cardiaque en cas d'effort intense est d'environ 240 moins l'âge. Par exemple, à 20 ans, elle est de 240-20, soit 220 battements par minute.
- Le cœur peut battre plusieurs heures à sa fréquence maximale sans fatigue.
- Le cœur peut éjecter 300 à 400 fois plus de sang que ne le réclame l'organisme.
- Au repos, le cœur éjecte 4 à 5 litres de sang par minute; lors d'un exercice important, il éjecte 4 à 7 fois ce volume.
- La stimulation sympathique (réaction d'alarme) multiplie le débit cardiaque par 2 ou 3.
- L'exercice musculaire très intense est la situation la plus stressante : le débit cardiaque est multiplié par 4 ou 5 et jusqu'à 7 chez les coureurs de marathon.

D'après Émery 2000

Tableau V.7
L'angoisse cardiaque

Pensées paniquantes	Réalité
«Mon cœur va lâcher»	Le cœur ne peut pas s'arrêter de battre brusquement au cours de la réaction d'alarme. Seul un manque d'oxygène, par exemple lors d'un arrêt respiratoire prolongé pendant plusieurs minutes, peut provoquer l'arrêt d'un cœur sain.
«Mon cœur va exploser»	Le cœur n'est pas un ballon de baudruche, c'est une enveloppe musculaire épaisse qui se contracte sur elle-même pour chasser le sang qui se trouve dans ses cavités. La pression s'exerce vers ce qui est à l'intérieur, mais jamais vers l'extérieur. Il se contracte comme lorsque vous serrez votre poing.
«Je fais un infarctus»	La douleur de l'infarctus augmente à l'effort. La douleur thoracique de l'attaque de panique diminue à l'effort.

D'après Émery 2000

Tableau V.8
L'angoisse de tomber

Pensées paniquantes	Réalité
«J'ai les jambes qui se paralysent» «J'ai les jambes coupées» «J'ai les jambes molles» «J'ai les jambes qui vont lâcher»	Je suis angoissé, mon corps s'est mis en état d'alarme, les muscles de mes jambes se sont remplis de sang... mes jambes sont prêtes pour faire un effort violent.

D'après Émery 2000

Tableau V.9
L'angoisse liée à l'hyperventilation

Pensées paniquantes	Réalité
«Ma vue se brouille, je vais m'évanouir»	L'hyperventilation crée un manque d'oxygène pour les yeux, je respire plus lentement pour rétablir l'équilibre. Je contrôle ma respiration pour retrouver des sensations normales.
«Ma vue se brouille, je vais devenir aveugle»	
«Je perds le contrôle, je vais faire n'importe quoi»	
«Je deviens fou»	

D'après Émery 2000

Tableau V.10
L'angoisse de l'épuisement

Pensées paniquantes	Réalité
«Chaque crise me laisse épuisé. Ce n'est pas normal : un jour, je vais y passer»	La réaction d'alarme mobilise toutes les capacités physiques. La dépense d'énergie est considérable. Elle s'ajoute aux efforts que je fournis pour résister à l'attaque de panique. La fatigue qui suit est comparable à celle d'un effort physique.

D'après Émery 2000

Tableau V.11
Crainte de l'évanouissement

Il est extrêmement rare qu'une personne s'évanouisse lors d'une attaque de panique
L'attaque de panique est associée à une hyperactivité du système nerveux sympathique alors que l'évanouissement est associé à une hyperactivité du système nerveux parasympathique. Il s'agit donc d'un effet opposé.

Lorsque le thérapeute prépare le patient pour l'exposition aux sensations physiques, il cherche à identifier les principales pensées automatiques de ce dernier à l'origine de ses sensations désagréables pour les remplacer par d'autres pensées plus efficaces. Il peut inviter la personne à noter ces pensées dans le haut de ses feuilles d'exercice. Celles-ci deviendront alors facilement disponibles lorsqu'arrivera le temps de faire les exercices (voir la grille d'observation des réactions lors des exercices d'exposition aux sensations physiques qui se trouve à la Section VIII).

c) Restructuration cognitive au cours de l'exposition graduée in vivo si présence d'agoraphobie :

On utilisera généralement à ce niveau le même type d'auto-instructions et de restructuration cognitive que celles qu'on a développées pour faire face aux attaques de panique, car ce type d'exposition ravive généralement la crainte de faire de nouvelles attaques. Un peu de restructuration est également souvent utile pour diminuer les craintes face à l'idée d'être captif d'une situation ou de ne pas avoir un accès facile à de l'aide.

De la même façon qu'à l'étape précédente, nous pouvons encourager le patient à noter les restructurations cognitives les plus efficaces de façon succincte en haut de page de la grille d'auto-observation des situations problématiques (agoraphobie) que vous trouverez en annexe. Dans un cas comme dans l'autre, on peut aussi créer une fiche thérapeutique.

8^e étape : exposition aux sensations physiques de la panique (ou exposition aux stimuli intéroceptifs)

Rappelons que cinq principaux groupes de symptômes physiologiques peuvent survenir au moment des attaques de panique :

1. Des symptômes cardiovasculaires : tachycardie, extrasystoles et douleurs thoraciques;
2. Des symptômes respiratoires : sensation d'étouffement et accélération du rythme respiratoire responsable de l'hyperventilation;
3. Des symptômes vestibulaires : étourdissements, nausées;
4. Des symptômes consécutifs à une vasoconstriction cérébrale elle-même causée par l'hyperventilation : sensation d'irréalité se manifestant par de la dépersonnalisation et de la déréalisation.
5. Sensations liées à la tension musculaire : serrement thoracique, raideur musculaire, tremblements.

L'exposition aux sensations physiques consiste à reproduire chez le sujet ces divers symptômes au moyen d'exercices spécifiquement conçus à cet effet. Graduellement, la personne devient plus familière avec ses malaises et il en résulte une dédramatisation lorsqu'elle se rend compte qu'ils ne sont pas vraiment dangereux. Elle en arrive donc à penser et à se comporter plus adéquatement lorsqu'ils surviennent, c'est-à-dire au moment des attaques de panique.

Mentionnons aussi qu'en plus de l'effet psychologique d'une telle désensibilisation, on note la présence d'une baisse réelle du degré de sensibilité à la sensation physique elle-même. Il s'agit ici du même principe qu'utilisent par exemple les entraîneurs en patinage artistique pour progressivement diminuer la sensibilité des patineuses aux sensations d'étourdissement et de vertige reliées au tournoiement rapide.

Classiquement, ces exercices sont au nombre de huit :

1. Placer sa tête entre ses genoux pendant 30 secondes et la relever rapidement. But : exposition aux étourdissements.
2. Secouer la tête rapidement de gauche à droite pendant 30 secondes (il faudra être prudent avec les patients qui sont sujets aux cervicalgies). But : exposition aux étourdissements.
3. Monter et descendre rapidement un escalier ou une marche d'escalier pendant une minute. But : exposition à la tachycardie. Si on n'a pas de marche d'escalier disponible, on peut utiliser une autre technique qui consiste à tendre les bras à l'horizontale devant soi, à s'accroupir et se redresser rapidement 10 fois de suite.
4. Retenir sa respiration pendant 30 secondes. But : exposition à la sensation d'étouffement.
5. Contracter tout son corps pendant une minute. But : exposition à la tension musculaire ou aux tremblements provoqués par l'anxiété.
6. S'asseoir sur une chaise pivotante et tourner sur place pendant une minute. But : exposition aux étourdissements. Une alternative consiste à tourner sur soi debout en prenant soin d'éloigner les meubles sur lesquels on pourrait trébucher.
7. Respirer à l'aide d'une paille étroite, en prenant soin de boucher le nez et de ne pas laisser passer d'air par les côtés, mais seulement par la lumière de la paille. On poursuit cet exercice pendant une minute. But : exposition à la sensation d'étouffement.
8. Hyperventiler pendant une minute. But : exposition aux conséquences de l'hyperventilation, en particulier aux étourdissements, à la dépersonnalisation et à la déréalisation.

Certains cliniciens se limitent aux exercices 3, 6, 7 et 8 qu'ils considèrent comme étant les plus utiles. On peut aussi mettre l'accent sur les exercices qui rappellent davantage les attaques de panique du patient. L'approche que nous suggérons consiste à prendre une séance pour faire les huit exercices avec le patient et évaluer le degré d'anxiété provoqué par chacun d'entre eux. On utilisera pour ce faire la grille d'identification des exercices pertinents que vous trouverez en annexe. On met de côté les exercices qui ne provoquent aucune anxiété. On organise ensuite les autres exercices selon une hiérarchie en ordre croissant d'anxiété. On peut aussi ajouter certains exercices soit pour graduer davantage la difficulté lorsque celle-ci est trop élevée. Par exemple, pour l'angoisse de suffocation, on pourrait proposer de respirer d'abord le nez bouché et la bouche ouverte puis, une fois cet exercice complété et désensibilisé, amener la personne à respirer avec le nez bouché et la main autour de la bouche, limitant ainsi légèrement l'entrée d'air puis, une fois l'exercice désensibilisé, respirer à travers une paille de gros calibre et finalement, une paille de plus petit calibre. On peut aussi ajouter des exercices pour reproduire des sensations particulières. On pourrait par exemple exposer un patient qui a des attaques associées à des sensations de chaleur à un sauna ou à la vapeur d'une douche très chaude. Marchand et Letarte 2004 proposent cinq exercices supplémentaires : fixer un point au mur pendant deux minutes, avaler rapidement quatre fois, imaginer la pire sensation pendant deux minutes, fixer son image ou sa main pendant deux minutes et exercer une pression autour du bras (engourdissements) pendant une minute.

On commence à faire pratiquer les exercices à la maison en débutant par les plus faciles. Le patient pratique deux exercices à la fois, chacun deux à trois fois consécutives, une à deux fois par jour. Lorsqu'un exercice est bien désensibilisé, on le remplace par le suivant de la hiérarchie, de façon à toujours faire deux exercices à la fois. On poursuit ainsi jusqu'à la fin de la hiérarchie.

Finalement, certains thérapeutes vont faire pratiquer les exercices bien maîtrisés dans des lieux qui rappellent les attaques de panique, par exemple dans la voiture.

Le patient peut ensuite s'exposer aux situations qu'il évitait à cause des sensations physiques qu'elles provoquent (activités physiques, relations sexuelles, sauna...). On les distingue de l'agoraphobie où la sensation physique n'est pas inhérente à la situation (par exemple, le fait de conduire sa voiture sur une autoroute ne provoquera pas de sensation physique désagréable à une personne qui ne souffre pas d'agoraphobie).

9^e étape : Exposition aux situations phobogènes ou exposition graduée *in vivo* pour l'agoraphobie

Le sujet a appris à respirer différemment, à penser autrement et il a apprivoisé les sensations physiques autrefois redoutées. Il est maintenant prêt à faire face aux situations dans lesquelles surviennent ses attaques de panique. C'est cette étape qu'on appelle l'exposition aux situations phobogènes ou exposition graduée *in vivo* pour l'agoraphobie.

1. Bien expliquer les principes de l'exposition en particulier l'importance d'une exposition prolongée dans le but d'atteindre la phase d'habituation.
2. À partir de l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobe (IMA), établir une hiérarchie des principales situations phobogènes allant de la plus facile à la plus difficile (voir annexes pour l'IMA et la hiérarchie d'exposition pour l'agoraphobie). On suggère souvent un nombre d'étapes situé entre 4 et 12. Lorsqu'il n'y a pas assez d'étapes, le degré de difficulté peut augmenter trop rapidement ce qui peut devenir irréaliste pour certains patients. À l'inverse, un nombre trop élevé d'étapes risque d'engendrer une thérapie trop longue et une perte de motivation.
3. Si le patient n'évite aucune situation, nous suggérons de vérifier soigneusement s'il y a des signaux de sécurité (évitements subtils, par exemple s'asseoir près d'une sortie, personnes ou objets sécurisants, neutralisations). Dans ce cas, la hiérarchie sera établie en fonction de l'anxiété que provoquerait l'exposition sans recourir à ces comportements de sécurité. Si toutes les situations sont affrontées sans aucun comportement de sécurité, l'exposition graduée *in vivo* pour l'agoraphobie sera escamotée et on passera à l'étape suivante.
4. Analyser soigneusement chaque situation en cherchant à mettre en évidence les facteurs physiologiques, cognitifs et comportementaux survenant avant, pendant et après chaque situation. Identifier les comportements de sécurité.
5. Amener la personne à faire graduellement face dans la réalité (*in vivo*) à chacune de ces situations en commençant par la plus facile. Décrire précisément les exercices d'exposition (lieu, durée, fréquence, comportements de sécurité à éviter...).
6. Identifier ce que le patient craint le plus dans cette situation. À l'aide du questionnement socratique et autres techniques cognitives, aider le patient à trouver une façon de penser plus réaliste ou plus utile. Insérer cette restructuration cognitive en deux colonnes dans la partie supérieure de la grille d'auto-observation des situations problématiques (GAAP) que vous trouverez dans les annexes à la section VIII. Il arrive souvent que le patient éprouve de la difficulté à croire aux pensées dites réalistes

surtout au début des exercices d'exposition. Ces pensées peuvent aider le patient à trouver le courage de faire face et ensuite l'expérience de l'exposition viendra confirmer ces pensées.

7. Recommander de faire un exercice tous les jours. Ne pas mettre un terme à l'exposition face à une situation tant que l'anxiété n'est pas réduite d'au moins 50 %. L'exercice idéal provoquera une anxiété légère à modérée et sera prolongé. En cas de difficulté, mieux vaut un exercice un peu plus facile, mais assez prolongé pour que l'habituation puisse se faire. Pendant l'exercice le patient veille à rester sur place, à se parler de façon réaliste et à accepter les sensations. **En résumé : les exercices sont prolongés, répétés, rapprochés et le patient reste là, se parle et accepte les sensations. Ne pas éviter, ne pas s'échapper, ne pas neutraliser.**

Des données récentes suggèrent que le fait de tolérer l'inconfort de façon prolongée et les changements cognitifs qui découlent de cette expérience sont de meilleurs prédicteurs de la réponse que le degré d'habituation au cours de l'exercice. Ainsi, une diminution de l'anxiété de plus de 50% n'est peut-être pas absolument nécessaire. Certains suggèrent de mettre fin à l'exercice quand le patient ne ressent plus l'envie de quitter la situation et qu'il réalise qu'il arrive à tolérer cette anxiété et cet inconfort sans que rien de grave ne survienne.

8. Pour chaque exercice, faire compléter la grille d'auto-observation des situations problématiques (agoraphobie) que vous trouverez à la Section VIII.
9. Ne pas travailler plus d'une ou deux étapes à la fois. Ne pas progresser dans la hiérarchie tant que l'étape en cours n'est pas suffisamment maîtrisée.
10. Lorsque le patient pratique régulièrement des exercices d'exposition prolongés et qu'il n'y a pas de diminution du niveau d'anxiété, rechercher et contrecarrer les stratégies de neutralisation et autres signaux de sécurité. Lorsque ces stratégies de neutralisation sont importantes et nuisent au progrès, on pourra ajouter une colonne à la grille d'auto-observation des situations problématiques pour permettre au patient de noter et d'identifier ces stratégies de neutralisation.

10^e étape : Aspects complémentaires

D'autres aspects ont souvent intérêt à être abordés pendant ou après les sept premières étapes : bénéfices secondaires, problèmes conjugaux ou autres. C'est également à ce niveau que l'on peut passer au traitement d'autres pathologies s'il y a présence de comorbidité ou entreprendre une psychothérapie plus introspective si on le juge bon. Mentionnons toutefois

que lorsqu'il y a présence concomitante d'un épisode dépressif majeur modéré à sévère, ce dernier devra généralement être traité avant le TPA.

11^e étape : Maintien et prévention des rechutes

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme.

- A. Entrevues de consolidation (booster sessions).
Une à deux entrevues de consolidation, trois, six ou 12 mois après la fin de la thérapie peuvent aider le patient à garder de bonnes habitudes.
- B. Résumé de la thérapie.
On peut inviter le patient à faire un résumé de ce qui lui a été le plus utile en thérapie. Il pourra y référer ultérieurement en cas de difficulté.
- C. Fiche thérapeutique (*coping card*) de prévention de rechute.
Le patient peut aussi se préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «Est-ce que je fais une rechute?». Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.
- D. Techniques d'auto thérapie.
La TCC développe l'initiative et l'autonomie du patient. Les outils thérapeutiques sont expliqués et le patient les met en pratique progressivement. Il peut choisir une série d'exercices qu'il voudra maintenir par lui-même à l'intérieur d'un cadre structuré où il apprend à identifier ses objectifs, les exercices appropriés pour les atteindre, les progrès accomplis, etc. Judith Beck (1995) propose une grille générale pour ces exercices d'auto thérapie.

Section VII DÉROULEMENT DU TRAITEMENT
--

INTRODUCTION

Les pages qui suivent décrivent le déroulement du traitement, séance par séance. Il s'agit d'un modèle qui est offert à titre indicatif et qui ne doit pas être suivi d'une manière trop rigoureuse.

En **thérapie individuelle**, il est souvent utile d'en déroger pour s'adapter au rythme et aux besoins particuliers de chaque patient. Cependant, il est préférable de ne pas trop tarder à débiter les composantes comportementales, car il est important de mettre à profit le momentum d'une thérapie, la motivation initiale en étant souvent une composante essentielle.

Lorsqu'on opte pour un format de **thérapie de groupe**, il est généralement utile d'être encore plus précis en ce qui concerne le nombre, la durée, la structure et le contenu des séances.

1^{re} ENTREVUE

(Cette évaluation peut se faire sur plusieurs rencontres)

Évaluation

Information au patient

Fixer des objectifs

Traitement pharmacologique

1. Histoire de cas habituelle.
2. Éliminer l'organicité.
3. Poser le diagnostic (voir Section II)
4. Expliquer le diagnostic au patient.
5. Évaluer les objectifs et les attentes du patient. Fixer des objectifs précis et réalistes.
6. Tracer avec ce dernier les grandes lignes du plan de traitement en conciliant ses objectifs avec ceux du thérapeute. Donner des explications claires à ce sujet.
7. Prescrire une médication si cela est indiqué (voir Section IV).
8. Déterminer s'il est approprié ou non de rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage.
9. Expliquer au patient l'utilité de la grille d'auto-observation des attaques de panique (GAAP) (voir Section VIII) et faire un exemple avec le patient.
10. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - Inventaire d'anxiété de Beck (IAB)
 - Inventaire de dépression de Beck (IDB)
 - Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP)
 - Inventaire de mobilité de l'agoraphobe (IMA)
 - Lecture :
 - Lecture sur le diagnostic et le modèle cognitivo-comportemental du TPA; Marchand, Letarte 2004, p. 17-91 ou Emery 2000 p.1-86

2^e ENTREVUE
Information au patient
Hygiène de vie

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
Suivi signifie ici, comme dans les entrevues qui vont suivre, de s'informer de l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Le GAAP pourra être utilisé pour monitorer les attaques de panique à chaque séance. On va assurer le suivi pharmacologique si nécessaire. Remplir au besoin les formules d'assurances ou autres documents, ce qu'il est généralement préférable de régler en début d'entrevue.
4. Rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage si c'est indiqué.
5. Revoir les tests ou questionnaires complétés par le patient à domicile.
6. Vérifier la compréhension du modèle cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie.
7. Répondre aux questions et préciser le modèle cognitivo-comportemental du TPA.
8. Revoir avec le patient les conseils d'hygiène de vie et déterminer ceux qui s'appliquent à lui en particulier.
9. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - Lecture :
 - Lecture sur la rééducation respiratoire; Marchand et Letarte 2004, p.154-157
 - Exercices :
 - Application des conseils d'hygiène de vie pour lesquels une amélioration est souhaitable
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

3^e ENTREVUE
Hygiène de vie
Rééducation respiratoire

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Vérifier l'application des conseils d'hygiène de vie.
5. Vérifier la compréhension de la rationnelle de la rééducation respiratoire.
6. Enseigner la technique de rééducation respiratoire couplée avec la relaxation et les auto-instructions (qui pourront être améliorées en cours de thérapie) (Voir Section VI, 5^e étape)
7. Expliquer les principes de la restructuration cognitive par rapport aux inquiétudes concernant les sensations physiques. Faire un exemple avec le patient à partir du QPP, de la dernière colonne du GAAP, ou d'un exemple choisi par le patient.
8. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - Lecture :
 - Lecture sur la restructuration cognitive concernant les inquiétudes à propos des sensations physiques; Marchand et Letarte 2004, p.95-117 ou Emery 2000, p.87-176 et 197-204.
 - Exercices :
 - Pratiquer la technique respiratoire.
 - Appliquer le travail de restructuration cognitive par rapport aux inquiétudes concernant les sensations physiques à l'aide des explications et des lectures de même que des principales inquiétudes identifiées par le QPP.
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.

4^e ENTREVUE
Rééducation respiratoire
Restructuration cognitive

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Vérification de l'efficacité de la technique respiratoire.
5. Vérifier la compréhension des principes de restructuration cognitive.
6. Expliquer la rationnelle de l'exposition aux sensations physiques.
7. Travailler la restructuration cognitive par rapport aux inquiétudes concernant les sensations physiques : reprendre les principales inquiétudes identifiées par le patient et compléter avec lui la restructuration cognitive.
8. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - Lecture :
 - Lecture concernant l'exposition aux sensations physiques; Marchand et Letarte 2004, p.119-136 ou Emery 2000, p. 208-228
 - Exercices :
 - Pratiquer les techniques respiratoires de façon régulière et lors de l'anticipation de l'attaque de panique ou en cas d'attaque de panique.
 - Compléter la restructuration cognitive par rapport aux inquiétudes concernant les sensations physiques
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.

5^e à 7^e ENTREVUES
Restructuration cognitive
Exposition aux sensations physiques

N.B. : La séance pendant laquelle on prépare la hiérarchie pour l'exposition aux sensations physiques doit être planifiée soigneusement. Les huit exercices sont longs à enseigner et à pratiquer. Les autres points à couvrir ne doivent pas prendre trop de temps de telle sorte qu'on puisse commencer rapidement ces exercices en séance.

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Vérification de l'efficacité de la technique respiratoire.
5. Vérifier la compréhension de la rationnelle de l'exposition aux sensations physiques.
6. Faire les huit exercices avec le patient et remplir la grille d'identification des exercices pertinents (voir Section VIII).
7. Faire la hiérarchie d'exposition aux sensations physiques (voir Section VI, 7^e étape).
8. Identifier les inquiétudes et la restructuration appropriée pour les exercices 1 et 2 (et les suivants lors des séances 6 et 7).
9. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - À la 7^e séance, refaire un Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA) en prévision du début de l'exposition in vivo qui suivra à la prochaine séance.
 - Lecture :
 - À la 7^e séance, on pourra proposer des lectures préparant l'exposition in vivo pour l'agoraphobie; Marchand et Letarte 2004, p.136-151 ou Emery 2000, p. 187-194 et 228-247.
 - Exercices :
 - Exposition aux sensations physiques (voir Section VI, étape 7).
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

8^e ENTREVUE
Restructuration cognitive
Exposition in vivo pour l'agoraphobie

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Compléter l'exposition aux sensations physiques.
5. Vérifier la compréhension de la rationnelle de l'exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.
6. Préparer la hiérarchie pour l'exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.
7. Travail cognitif des principales inquiétudes concernant l'exposition à l'agoraphobie.
8. Choisir les premiers exercices d'exposition. Identifier les inquiétudes et la restructuration cognitive appropriée pour chacun de ces exercices.
9. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - Lecture :
 - Aucune.
 - Exercices :
 - Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.
 - Compléter la grille d'auto-observation des situations problématiques (agoraphobie) (voir Section VIII).
 - Préparer les restructurations cognitives pour les prochaines étapes d'exposition.
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

9^e à 12^e ENTREVUES
Restructuration cognitive
Exposition in vivo pour l'agoraphobie

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Poursuivre l'exposition graduée in vivo en progressant dans la hiérarchie.
5. Identifier les problèmes et s'ajuster (par exemple, identification et blocage des techniques de neutralisation).
6. Identifier les inquiétudes et accompagner le patient dans la restructuration cognitive en rapport avec les exercices d'exposition.
7. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - GAAP
 - À la 12^e séance, reprendre IAB, IDB, QPP et IMA.
 - Lecture :
 - À la 12^e séance, proposer une lecture concernant le maintien et la prévention des rechutes; Marchand et Letarte 2001, p.187-212 ou Emery 2000, p.237-247.
 - Exercices :
 - Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.
 - Préparer les restructurations cognitives appropriées pour chacune des étapes d'exposition.
8. Résumé de la séance et feedback réciproque.

13^e ENTREVUE (ET SUIVANTES?)
Maintien et prévention des rechutes
Aspects complémentaires

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Compléter l'exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie.
5. Revoir les résultats des questionnaires, les comparer aux questionnaires initiaux et faire le bilan.
6. Expliquer les techniques favorisant le maintien à long terme.
 - a. Résumé de thérapie
 - b. Prévention des rechutes
 - c. Sessions de maintien (booster sessions)
 - d. Autothérapie
7. Y a-t-il d'autres objectifs? (thérapie introspective, comorbidité, etc.).
8. Y a-t-il des craintes ou des appréhensions par rapport à la fin du traitement?
9. Travaux à domicile :
 - Questionnaires :
 - Au besoin.
 - Lecture :
 - Si d'autres objectifs sont fixés, des lectures adaptées pourront être proposées.
 - Exercices :
 - Résumé de thérapie.
 - Fiche thérapeutique de prévention des rechutes.
 - Débuter l'autothérapie au besoin.
10. Résumé de la séance et feedback réciproque.

TERMINAISON, ENTREVUES DE MAINTIEN (booster sessions)**Maintien et prévention des rechutes**

1. Bref retour sur la séance précédente.
2. Préparer l'agenda de la séance.
3. Suivi.
4. Revoir le résumé de thérapie.
5. Revoir la fiche de prévention des rechutes.
6. Revoir l'autothérapie si indiquée.
7. Organiser le suivi, préparer le résumé de dossier pour le médecin de famille, faire les suggestions appropriées concernant la prescription d'un médicament à plus long terme si cela s'applique.
8. Planifier les modalités de reprise de contact avec le thérapeute si le besoin s'en fait sentir.
9. Résumé de la séance et feedback réciproque.

Section VIII

ANNEXES :**INSTRUMENTS DE MESURE
ET OUTILS DE TRAITEMENT****Liste des annexes :**

- Inventaire de Beck pour l'anxiété (IBA)
- Inventaire de Beck pour la dépression (IBD)
- PHQ-9
- Grille d'auto-observation des attaques de panique (GAAP)
- Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP)
- Manuel d'information destiné aux patients
- Technique de rééducation respiratoire
- Fiche d'exercices respiratoires
- Centration sur la respiration
- Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA)
- Grille d'identification des exercices pertinents
- Grille d'observation des réactions lors des exercices d'exposition aux sensations physiques de la panique
- Hiérarchie d'exposition pour l'agoraphobie
- Grille d'auto-observation des situations problématiques (agoraphobie)

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ (IBA)

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...		Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant, mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1.	Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2.	Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3.	«Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4.	Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5.	Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6.	Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7.	Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8.	Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9.	Terrifié(e)	0	1	2	3
10.	Nervosité	0	1	2	3
11.	Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12.	Tremblements des mains	0	1	2	3
13.	Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14.	Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15.	Respiration difficile	0	1	2	3
16.	Peur de mourir	0	1	2	3
17.	Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18.	Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19.	Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20.	Rougisement du visage	0	1	2	3
21.	Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION (IBD)

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

1. 0 () Je ne me sens pas triste. 1 () Je me sens morose ou triste. 2 () Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre d'aplomb. 2 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. 3 () Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter.	11. 0 () Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. 1 () Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire. 2 () Je me sens irrité(e) tout le temps. 3 () Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement.
2. 0 () Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. 1 () Je me sens découragé(e) à propos du futur. 2 () Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. 2 () Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. 3 () Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer.	12. 0 () Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. 1 () Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. 2 () J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. 3 () J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout.
3. 0 () Je ne sens pas que je suis un échec. 1 () Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. 2 () Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. 2 () Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. 3 () Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme).	13. 0 () Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. 1 () J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. 2 () J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. 3 () Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout.
4. 0 () Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). 1 () Je me sens «tanné(e)» la plupart du temps. 2 () Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. 2 () Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. 3 () Je suis mécontent(e) de tout.	14. 0 () Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. 1 () Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. 2 () Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. 3 () Je me sens laid(e) et répugnant(e).
5. 0 () Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 () Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. 1 () Je me sens plutôt coupable. 2 () Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. 3 () Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne.	15. 0 () Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. 1 () J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. 1 () Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. 2 () J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. 3 () Je ne peux faire aucun travail.
6. 0 () Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). 1 () J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. 2 () Je sens que je suis ou serai puni(e). 3 () Je sens que je mérite d'être puni(e). 3 () Je veux être puni(e).	16. 0 () Je peux dormir aussi bien que d'habitude. 1 () Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. 2 () Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. 3 () Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures.
7. 0 () Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. 1 () Je suis déçu(e) de moi-même. 1 () Je ne m'aime pas. 2 () Je suis dégoûté(e) de moi-même. 3 () Je me hais.	17. 0 () Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1 () Je me fatigue plus facilement qu'avant. 2 () Je me fatigue à faire quoi que ce soit. 3 () Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
8. 0 () Je ne sens pas que je suis pire que les autres. 1 () Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. 2 () Je me blâme pour mes fautes. 3 () Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal.	18. 0 () Mon appétit est aussi bon que d'habitude. 1 () Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. 2 () Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. 3 () Je n'ai plus d'appétit du tout.
9. 0 () Je n'ai aucune idée de me faire du mal. 1 () J'ai des idées de me faire du mal, mais je ne les mettrais pas à exécution. 2 () Je sens que je serais mieux mort(e). 2 () Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). 3 () J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. 3 () Je me tuerais si je le pouvais.	19. 0 () Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). 1 () J'ai perdu plus de 5 livres. 2 () J'ai perdu plus de 10 livres. 3 () J'ai perdu plus de 15 livres.
10. 0 () Je ne pleure pas plus que d'habitude. 1 () Je pleure plus maintenant qu'auparavant. 2 () Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. 3 () Auparavant, j'étais capable de pleurer, mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux.	20. 0 () Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. 1 () Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. 2 () Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. 3 () Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens.
21. 0 () Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1 () Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. 2 () Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. 3 () J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe.	

Louis Chaloult, Jean Goulet, Août 2001

Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS
DES INVENTAIRES DE BECK
POUR LA DÉPRESSION ET L'ANXIÉTÉ**

0 à 9 :	normal
10 à 19 :	dépression ou anxiété légères
20 à 25 :	dépression ou anxiété modérées
26 à 29 :	dépression ou anxiété modérées à sévères
30 à 40 :	dépression ou anxiété sévères
41 ou plus :	dépression ou anxiété très sévères

Ces inventaires doivent être utilisés dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec ces échelles de mesure.

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ - 9)

Nom : _____ Date : _____

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

_____ **0** _____ + _____ + _____ + _____

= TOTAL : _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

**Pas du tout
difficile(s)**

☐

**Plutôt
difficile(s)**

☐

**Très
difficile(s)**

☐

**Extrêmement
difficile(s)**

☐

Mis au point par les Drs Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

Interprétation du PHQ-9 (<http://www.integration.samhsa.gov/images/res/PHQ%20-%20Questions.pdf>)

For initial diagnosis:

PHQ-9 Patient Depression Questionnaire

1. Patient completes PHQ-9 Quick Depression Assessment.
2. If there are at least 4s in the shaded section (including Questions #1 and #2), consider a depressive disorder. Add score to determine severity.

Consider Major Depressive Disorder

- if there are at least 5s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2) ***Consider Other Depressive Disorder***

- if there are 2-4s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2)

Note: Since the questionnaire relies on patient self-report, all responses should be verified by the clinician, and a definitive diagnosis is made on clinical grounds taking into account how well the patient understood the questionnaire, as well as other relevant information from the patient. Diagnoses of Major Depressive Disorder or Other Depressive Disorder also require impairment of social, occupational, or other important areas of functioning (Question #10) and ruling out normal bereavement, a history of a Manic Episode (Bipolar Disorder), and a physical disorder, medication, or other drug as the biological cause of the depressive symptoms.

To monitor severity over time for newly diagnosed patients or patients in current treatment for depression:

1. Patients may complete questionnaires at baseline and at regular intervals (eg, every 2 weeks) at home and bring them in at their next appointment for scoring or they may complete the questionnaire during each scheduled appointment.
2. Add ups by column. For every: Several days = 1 More than half the days = 2 Nearly every day = 3
3. Add together column scores to get a TOTAL score.
4. Refer to the accompanying **PHQ-9 Scoring Box** to interpret the TOTAL score.
5. Results may be included in patient files to assist you in setting up a treatment goal, determining degree of response, as well as guiding treatment intervention.

Scoring: add up all checked boxes on PHQ-9 For every Not at all = 0; Several days = 1;

More than half the days = 2; Nearly every day = 3

Interpretation of Total Score

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD ® is a trademark of Pfizer Inc.

A2662B 10-04-2005

Total Score	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES ATTAQUES DE PANIQUE*(GAAP)

Date	Heure	Durée (min.)	Intensité (1-10)	Étiez-vous :	Type d'attaque de panique :	Sensations éprouvées lors de l'attaque		À quoi pensiez-vous
				1. seul 2. accompagné (par qui)	1. Déclenchée par l'exposition à une situation anxiogène ou qui a été problématique 2. Déclenchée à la pensée d'une situation qui vous inquiète, que vous craignez qui soit problématique, et qui va survenir. 3. Déclenchée par des sensations physiques. 4. Spontanée, inattendue, qui arrive comme par surprise. (Si réponse 1, 2, 3, veuillez préciser.)	1. Étouffement 2. Étourdissements 3. Palpitations 4. Tremblements 5. Transpiration 6. Étranglement 7. Nausée ou gêne abdominale 8. Irréalité/ne pas être là	9. Engourdissements/picotements 10. Chaleurs/frissons 11. Douleur ou gêne thoracique 12. Peur de mourir 13. Peur de devenir fou ou de perdre le contrôle	a. avant b. pendant c. après l'attaque de panique?
								a- _____ b- _____ c- _____
								a- _____ b- _____ c- _____
								a- _____ b- _____ c- _____
								a- _____ b- _____ c- _____
								a- _____ b- _____ c- _____
								a- _____ b- _____ c- _____

* Une attaque de panique se définit par un niveau d'anxiété élevé accompagné par de fortes réactions physiques (étouffement, étourdissements, palpitations, tremblements, etc.) et psychologiques (peur de mourir, de devenir fou, etc.) ainsi que par un désir intense d'échapper à la situation.

QUESTIONNAIRE SUR LES PENSÉES PHOBQUES (QPP)

NOM : _____ DATE : _____

A) Évaluez la fréquence d'apparition de **chacune** de ces idées lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e). Utilisez l'échelle suivante :

- 1 Cette idée n'apparaît jamais.
- 2 Cette idée apparaît rarement.
- 3 Cette idée apparaît parfois.
- 4 Cette idée apparaît fréquemment.
- 5 Cette idée apparaît toujours.

- _____ 1. Je vais vomir.
- _____ 2. Je vais mourir.
- _____ 3. Je dois avoir une tumeur cérébrale.
- _____ 4. Je vais avoir une crise cardiaque.
- _____ 5. Je vais étouffer, suffoquer, manquer d'air.
- _____ 6. Je vais avoir l'air fou.
- _____ 7. Je vais devenir aveugle.
- _____ 8. Je ne serai pas capable de me contrôler.
- _____ 9. Je vais blesser quelqu'un.
- _____ 10. Je vais m'évanouir.
- _____ 11. Je vais devenir fou (folle).
- _____ 12. Je vais me mettre à crier.
- _____ 13. Je vais me mettre à marmonner ou dire n'importe quoi.
- _____ 14. Je vais être paralysé(e) de peur.
- _____ 15. Autres idées (décrivez-les et évaluez-les).

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux **trois** Idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e).

Référence :

Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire, *Journal of consulting and clinical psychology*, 52 : 1090-1097.

Adaptation française :

Marchand A, Lalonde J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept. 1992.

**PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
DU TROUBLE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TPA)**

MANUEL D'INFORMATION DESTINÉ AUX PATIENTS

Avril 2013

Jean Goulet, M.D.

Table des matières

Étape 1 : Évaluation

Étape 2 : Information

Étape 3 : Fixer des objectifs

Étape 4 : Prescrire les médicaments au besoin

Étape 5 : Hygiène de vie

Étape 6 : Rééducation respiratoire et relaxation

Étape 7 : Restructuration cognitive

Étape 8 : Exposition aux sensations physiques de la panique

Étape 9 : Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie

Étape 10 : Maintien et prévention des rechutes

Étape 1 : Évaluation

Votre thérapeute fera d'abord une évaluation de vos difficultés. Il se peut qu'il vous invite à compléter des questionnaires et échelles de mesure qui permettent de mieux apprécier la sévérité des symptômes et de suivre leur évolution en cours de route. Ces échelles vous permettent aussi de bien observer vos symptômes et les facteurs qui semblent les influencer.

Étape 2 : information

Votre thérapeute vous informera sur ses impressions diagnostiques. Si vous lisez ce guide, il est vraisemblable qu'un diagnostic de trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA) a été posé. Il est primordial que vous soyez bien informé. Le fait d'éprouver de tels symptômes sans en comprendre l'origine, alimente davantage l'anxiété et crée un cercle vicieux.

Vous serez aussi informé des différentes options de traitement et de leur efficacité. Dans le traitement du trouble panique, les études cliniques démontrent que la réponse à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est généralement très bonne (75 à 90% d'amélioration notable). Ces conclusions sont soutenues par de multiples études scientifiques. La TCC se retrouve d'ailleurs parmi les recommandations de premier choix des guides de pratiques les plus reconnus. Les études de suivi démontrent que les patients qui ont une réponse favorable à la TCC maintiennent généralement cette amélioration après la fin du traitement et souvent continuent de s'améliorer.

Dans le but de vous permettre de mieux comprendre le TPA, nous aborderons maintenant les sujets suivants :

- l'anxiété en tant qu'émotion normale
- l'anxiété excessive
- l'attaque de panique
- le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)
- le modèle cognitivo-comportemental du TPA.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le volume de Marchand et Letarte et celui d'Emery (références à la fin du document).

L'anxiété en tant qu'émotion normale : L'anxiété est une émotion que l'on ressent lorsqu'on interprète qu'un danger nous menace. Il est normal et utile de ressentir de l'anxiété dans ces situations. Elle permet de nous préparer à réagir au danger soit en fuyant ou en se

défendant. Pour préparer notre corps, l'anxiété va généralement activer le système nerveux autonome sympathique qui va accélérer notre rythme cardiaque, élever légèrement notre tension artérielle, accélérer notre rythme respiratoire, tendre nos muscles, ralentir notre système digestif, etc.

L'anxiété excessive : Lorsqu'elle devient trop fréquente, trop prolongée ou trop intense, l'anxiété peut nuire à notre fonctionnement ou engendrer une grande souffrance. Il arrive à tout le monde de ressentir de l'anxiété de façon un peu excessive à l'occasion. Cependant, lorsque cela se répète l'impact peut devenir significatif et on parlera alors d'un véritable problème de santé. L'anxiété excessive peut être provoquée par plusieurs problèmes de santé comme certaines affections médicales, les problèmes de consommation d'alcool, de drogue ou certains médicaments, des difficultés d'adaptation, une dépression, un trouble anxieux ou autre. Il existe plusieurs troubles anxieux : le TPA, le trouble anxiété sociale, l'état de stress post-traumatique, le trouble anxiété généralisée, le trouble obsessionnel compulsif, les phobies spécifiques...

L'attaque de panique

Notre cerveau est équipé d'un système d'alarme qui s'active en cas de danger grave et imminent. Le système nerveux autonome sympathique sera alors activé de façon majeure ce qui engendrera plusieurs symptômes physiques et psychologiques intenses qui favorisent la survie en préparant l'individu à se défendre ou à fuir. Lorsque ce système d'alarme se déclenche en l'absence d'un danger grave et immédiat, l'apparition rapide et délimitée dans le temps de ces symptômes se nomme une attaque de panique.

L'attaque de panique se définit comme suit dans le manuel des diagnostics (DSM-5) (traduction de l'auteur, la version française n'étant pas disponible au moment d'écrire ses lignes) :

Une période bien délimitée de crainte et de malaise intenses dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur point culminant en moins de quelques minutes :

1. *Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.*
2. *Transpiration.*
3. *Tremblements ou secousses musculaires.*
4. *Sensation de «souffle coupé» ou impression d'étouffement.*
5. *Sensation d'étrangement.*
6. *Douleur ou gêne thoraciques.*

7. *Nausées ou gêne abdominales.*
8. *Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.*
9. *Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).*
10. *Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.*
11. *Peur de mourir.*
12. *Paresthésies (sensation d'engourdissements ou de picotements).*
13. *Frissons ou bouffées de chaleur.*

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)

Des attaques de paniques peuvent être provoquées par des facteurs divers. Par exemple, une personne qui souffre d'une phobie des chiens pourrait bien présenter une attaque de panique lorsqu'elle doit faire face à un chien. Si les attaques de paniques ne surviennent que dans ce type de situations, il ne s'agit pas d'un trouble panique. Ce qui est caractéristique du trouble panique, c'est que le signal d'alarme se déclenche parfois de façon inattendue et spontanée. Dans la plupart des cas, les personnes qui souffrent de telles attaques de manière répétée sans comprendre ce qui leur arrive, développent une peur persistante de les voir se reproduire. Elles vont souvent craindre de retourner dans les endroits où ces malaises sont apparus.

Les critères diagnostiques du trouble panique (DSM-5) se lisent comme suit :

- A) *Attaques de panique récurrentes et inattendues.*
- B) *Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :*
- 1) *Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences. (par exemple, perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, «devenir fou»).*
 - 2) *Changement significatif de comportement important en relation avec les attaques (par exemple comportements adoptés pour éviter d'avoir des attaques de paniques, comme éviter certaines activités physiques ou des endroits qui ne sont pas familiers).*

La majorité (mais pas la totalité) des personnes qui souffrent d'un trouble panique vont développer un certain degré d'agoraphobie. L'agoraphobie ne se limite pas, comme son nom le suggère, à une crainte des places publiques, mais de façon plus large, il s'agit d'une anxiété et/ou d'évitements associés à des endroits d'où il serait difficile de s'échapper ou d'avoir de l'aide advenant une attaque. C'est la raison pour laquelle l'agoraphobe peut éviter des situations

en apparence aussi différentes que de circuler seul sur une route de campagne isolée ou d'assister à un spectacle au milieu d'une foule immense. L'agoraphobie est généralement une conséquence du trouble panique, mais arrive parfois qu'on puisse en souffrir sans qu'il y ait un trouble panique associé.

Le modèle cognitivo-comportemental du TPA

Le modèle cognitivo-comportemental du TPA repose avant tout sur une bonne compréhension des facteurs qui l'influencent ainsi que de leurs interactions. Nous pouvons les diviser en trois principaux groupes :

- A. Les facteurs prédisposants : ils sont présents avant le début du trouble panique et constituent des facteurs de risque.
- B. Les facteurs précipitants : ils sont associés au déclenchement du TPA et surviennent donc généralement juste avant le déclenchement du TPA.
- C. Les facteurs entretenants : ils sont très importants, car ils expliquent pourquoi un problème aussi désagréable et handicapant se maintient dans le temps et peut continuer indéfiniment si aucun traitement n'est entrepris.

Pour une vue d'ensemble schématique, voir la Figure 5.

A) LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Il existe trois principaux facteurs prédisposants dans le TPA.

1. **La vulnérabilité biologique** : il s'agit d'une vulnérabilité héréditaire qui rend la personne plus sujette à déclencher une réaction physiologique d'alarme. Le TPA n'est pas une maladie purement génétique, mais le risque d'en souffrir est plus grand lorsque des membres de la famille en sont atteints.
2. **Les influences environnementales** : ici plusieurs facteurs peuvent jouer tels l'éducation, les expériences vécues, des parents surprotecteurs, etc. Ces facteurs varient beaucoup d'une personne à l'autre.
3. **Les facteurs psychologiques** : les interprétations catastrophiques et l'appréhension jouent un rôle important.

B) LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Ceux-ci sont essentiellement constitués par les stressseurs aigus (décès, accident, pathologie organique, pertes diverses ou autres) ou chroniques (conflits conjugaux, familiaux, au travail, maladie chronique ou autre).

L'âge semble aussi être un facteur précipitant important. Sans qu'on sache pour quelle raison, le TPA a tendance à débuter dans la vingtaine ou au début de la trentaine.

Lorsqu'une personne présentant plusieurs facteurs prédisposants atteint l'âge d'incidence et fait face à des stressseurs aigus ou chroniques, elle devient alors susceptible de présenter une première attaque de panique.

L'attaque de panique se manifeste par une série de symptômes (voir critère diagnostique de l'attaque de panique) qui se regroupent principalement en cinq catégories :

1. Des symptômes cardiovasculaires, en particulier de la tachycardie, des extrasystoles et des douleurs thoraciques.
2. Des symptômes respiratoires, surtout une sensation d'étouffement combinée à une accélération du rythme respiratoire (responsable de l'hyperventilation et de ses conséquences comme nous l'avons vu).
3. Des symptômes vestibulaires (le système qui s'occupe de notre équilibre), en particulier des étourdissements et des nausées.
4. Des symptômes consécutifs à l'hyperventilation. Il s'agit surtout d'une sensation d'irréalité se manifestant plus particulièrement par un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation (voir Tableau 2), mais aussi des engourdissements, sensation de faiblesse ou d'être sur le point de perdre conscience.
5. Des symptômes liés à la tension musculaire tels les tremblements et les raideurs musculaires.

Ces cinq groupes de symptômes ne sont pas nécessairement tous présents à chaque attaque de panique, mais on retrouve toujours au moins une partie d'entre eux.

En réalité, l'attaque de panique est une réaction physiologique d'alarme qui serait adaptée en présence d'un danger grave et imminent. En effet, si votre vie est menacée, vous aurez une réaction vous préparant à vous défendre ou à fuir «*fight or flight*». Pour ce faire, vos muscles doivent être tendus, plus de sang doit leur être dirigé d'où l'accélération du rythme cardiaque; plus d'oxygène doit être disponible d'où la sensation d'étouffement qui augmente le

rythme respiratoire; les contractions musculaires au niveau de l'abdomen et au niveau thoracique augmentent aussi cette sensation d'étouffement; le système digestif est mis au ralenti d'où la sécheresse de la bouche; l'excédent de chaleur émis par les muscles doit être évacué d'où les sueurs, chaleurs et frissons. Ultiment, si aucune issue ne semble possible, on passe à la troisième étape de la réaction au cours de laquelle la personne a l'impression d'approcher de l'évanouissement (*fight, flight or faint*). Elle ressentira alors des étourdissements, des faiblesses dans les jambes et un sentiment d'irréalité. Notons qu'une attaque de panique ne provoque à peu près jamais de perte de conscience. Tout au plus, ceux qui en souffrent se sentent si faibles qu'ils doivent s'asseoir ou s'étendre, mais ils ont le temps de prendre les mesures nécessaires pour le faire sans se blesser, et ce, même s'ils conduisent une automobile.

Ce qui est anormal n'est donc pas tant la réaction physiologique comme telle, mais le fait qu'elle survienne de façon spontanée ou inappropriée à la situation.

Cette consommation accrue d'oxygène et cette expulsion accrue du CO₂ seraient adaptées à une situation où le sujet doit faire une activité physique violente. Dans le cas d'attaque de panique, cela n'est généralement pas le cas et des manifestations d'hyperventilation peuvent s'ensuivre accentuant la symptomatologie et provoquant davantage d'inquiétude chez le sujet.

Tableau 1
**Les manifestations déclenchées
par l'hyperventilation**

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Difficultés respiratoires, sensation de manquer d'air.▪ Sensation de tête vide ou cotonneuse, étourdissements.▪ Mal à la tête.▪ Sensation vertigineuse, vision brouillée.▪ Impression d'irréalité, sentiment de dépersonnalisation.▪ Moiteur des mains, bouffées de chaleur.▪ Picotements aux extrémités, engourdissement.▪ Raideur musculaire, crampes.▪ Douleurs thoraciques.▪ Accélération de la fréquence cardiaque et extrasystoles. |
|--|

D'après Émery 2000.

C) LES FACTEURS ENTRETENANTS

L'interprétation que la personne fera de ces symptômes deviendra alors un facteur perpétuant important (voir facteurs entretenants cognitifs) et pourra faire la différence entre une réaction d'alarme qui se résorbe rapidement et une véritable attaque de panique sévère qui s'étend sur 15 à 60 minutes. Comme on le voit dans les figures 1 et 2, les symptômes physiques d'anxiété apparaissent spontanément ou suite à un évènement extérieur. Les interprétations alarmistes à propos de ces symptômes accentuent l'anxiété, ce qui augmente les symptômes créant ainsi un cercle vicieux.

Figure 1
Réaction d'alarme spontanée
 évoluant jusqu'à l'attaque de panique

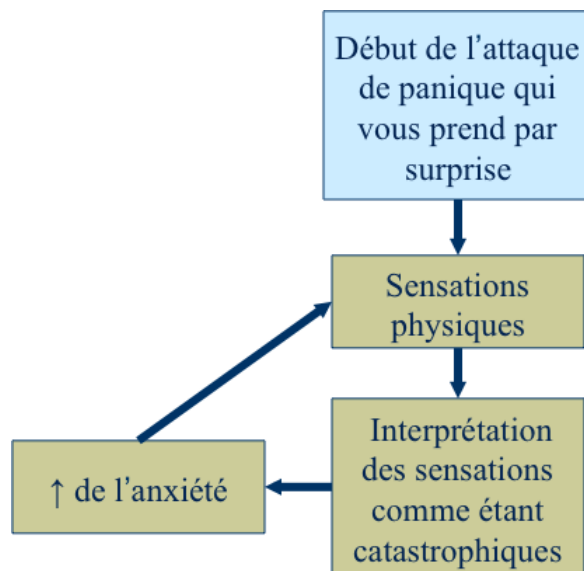
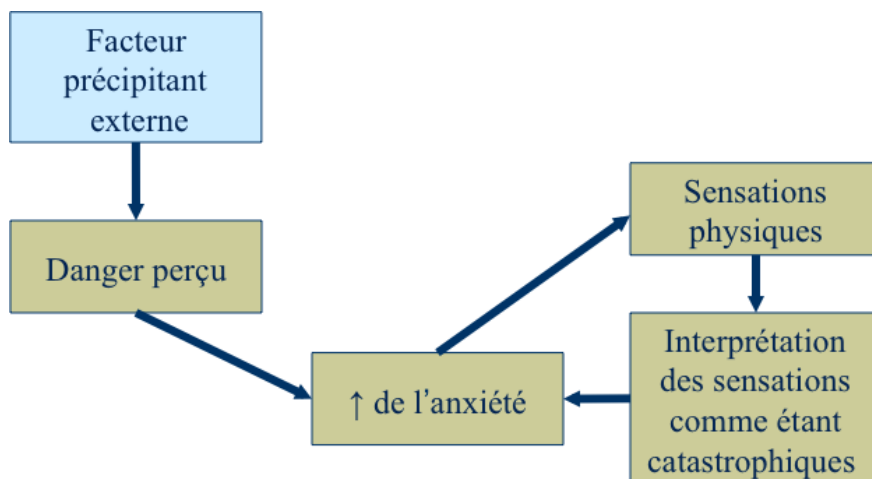


Figure 2
Réaction d'alarme évoluant en cercle vicieux
 jusqu'à l'attaque de panique suite à un facteur précipitant externe (par exemple exposition à un stimulus phobogène)

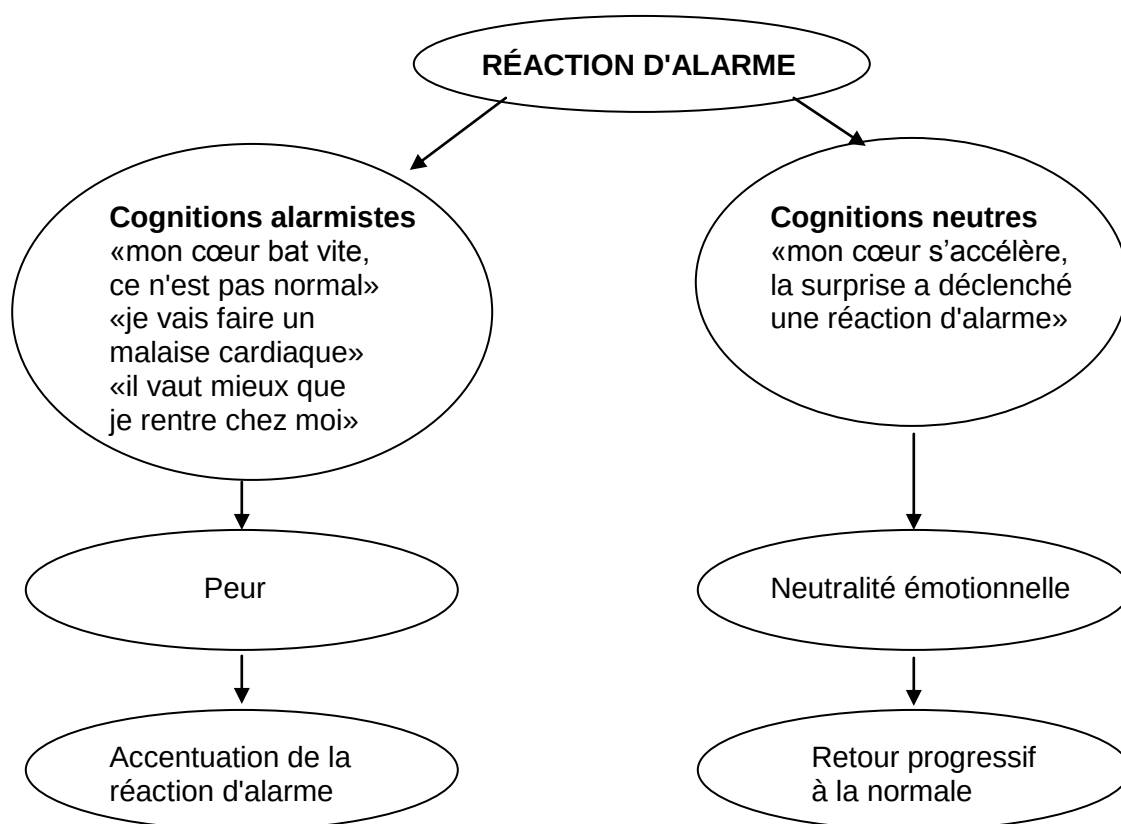


À partir de la première attaque de panique, toute une série de facteurs se constitue qui contribue à maintenir et à aggraver la maladie. Les principaux sont les suivants :

- Des **inquiétudes non justifiées au moment des attaques de panique** : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle, de devenir fou ou autres. Ces inquiétudes contribuent à augmenter toute la symptomatologie, y compris les symptômes physiologiques dont elles proviennent.

Figure 3

**Les conséquences cognitives
de la réaction d'alarme**



D'après Émery 2000

- Ces mêmes inquiétudes vont également provoquer des craintes exagérées concernant la survenue d'autres attaques de panique dans les situations où se sont produites les attaques antérieures. Elles sont à l'origine d'une **anxiété d'anticipation** appelée «peur d'avoir peur» qui rend la personne plus vulnérable avant même d'avoir fait face à la situation en question.
- *Des facteurs comportementaux* : Parfois l'anxiété devient si forte au moment d'une attaque de panique que le sujet fuit la situation phobogène dans laquelle elle survient et qu'il rend responsable de l'attaque. Cette fuite pendant l'attaque se nomme «échappement». Par ailleurs, on nomme «évitement» le comportement qui consiste à contourner ou à renoncer à faire face à un endroit ou une situation à cause de l'anxiété. Si l'évitement est choisi trop souvent, le sujet peut s'en trouver sérieusement handicapé. C'est ainsi que se développe l'agoraphobie.
- *Les renforcements*: Lorsque la personne fuit ou évite une situation phobogène, elle ressent le plus souvent un important soulagement dû à la diminution de l'anxiété. Ce soulagement devient un renforcement qui contribue à maintenir et à accentuer les comportements d'évitement.
- *Autres comportements de sécurité* : Des signaux de sécurité (aussi appelés comportements de sécurité) plus subtils sont aussi souvent présents et constituent des facteurs perpétuants importants. Ils peuvent prendre plusieurs formes. Il peut s'agir de formes subtiles d'évitement partiel (par exemple aller au cinéma, mais en s'assoiant près de la porte de sortie). On voit aussi souvent l'utilisation de personnes ou d'objets sécurisants (membre de la famille, téléphone cellulaire, bouteille d'eau, etc.). Les comportements de sécurité empêchent l'individu aux prises avec des attaques de panique de réaliser que même s'il n'a pas recours à ces personnes, rituels ou objets sécurisants, rien de grave ne va lui arriver. Il subsiste donc un doute dans son esprit : « Jusqu'à présent, rien de grave ne m'est arrivé, mais c'est parce que j'ai fait X. La prochaine fois, si j'ai une attaque de panique, mais que je ne peux pas faire X, je vais certainement y passer... »

Les neutralisations constituent aussi des signaux de sécurité très importants. Il s'agit de stratégies visant à rester physiquement dans la situation tout en évitant d'être en contact avec ses pensées et ses émotions. Par exemple, la personne peut écouter de la musique pour se distraire, se fermer les yeux, s'imaginer qu'elle est ailleurs ou utiliser la pensée positive irréaliste (« tout va bien, il n'y pas de problème... »).

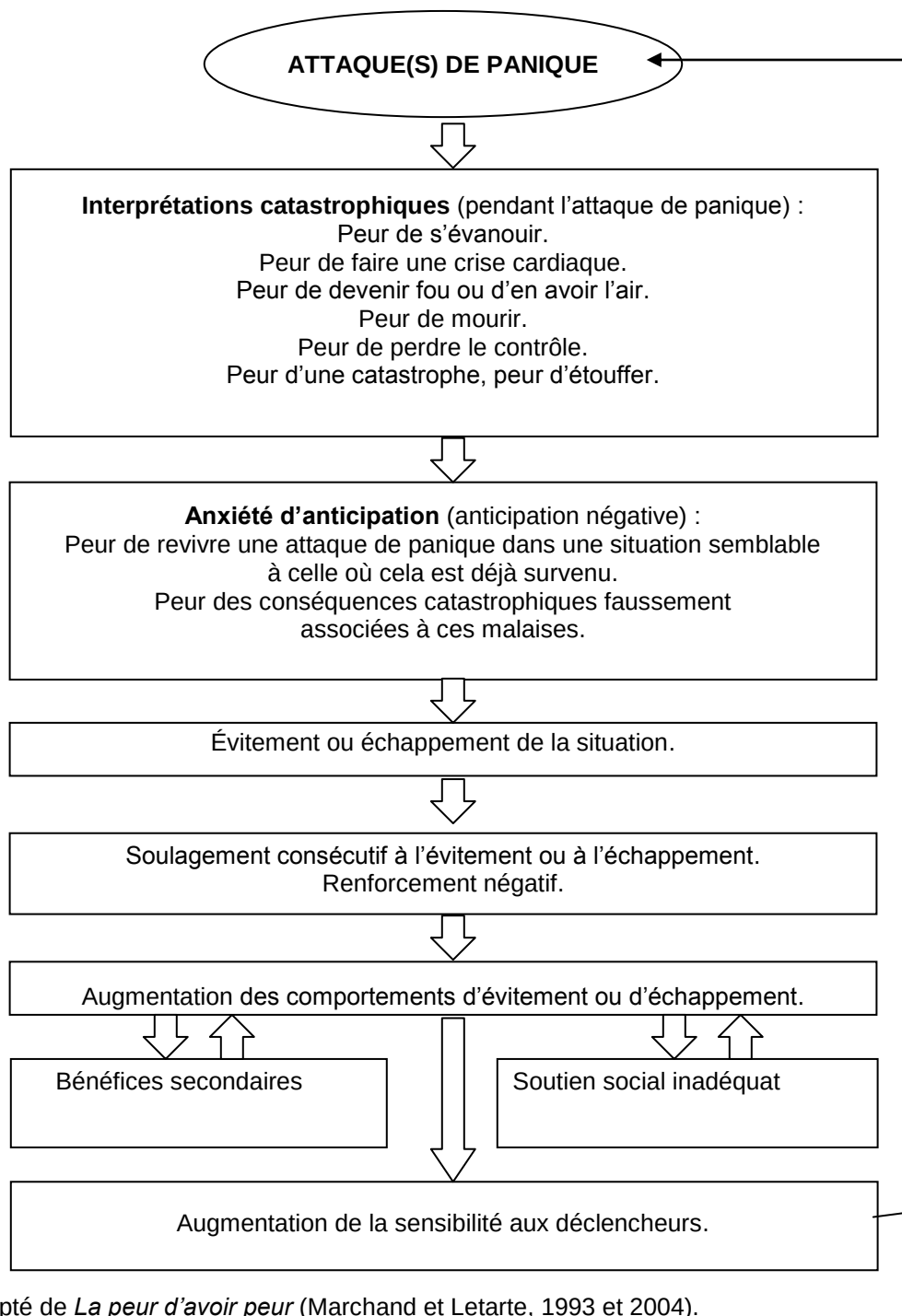
- *Les bénéfices secondaires* : Certaines personnes tirent des bénéfices de leur agoraphobie. Elles sont par exemple soulagées de tâches qu'elles n'aiment pas ou elles obtiennent

davantage d'attention de leurs proches. Ces bénéfices sont aussi des renforcements qui peuvent contribuer à maintenir et à accroître la symptomatologie.

- *Les facteurs interpersonnels* : À ce niveau, on peut avoir des bénéfices secondaires (déjà mentionnés), mais aussi des déficits de socialisation ou une accentuation des traits de personnalité, ou des difficultés d'affirmation de soi.

La Figure 4 illustre les cercles vicieux qui entretiennent le trouble panique avec agoraphobie.

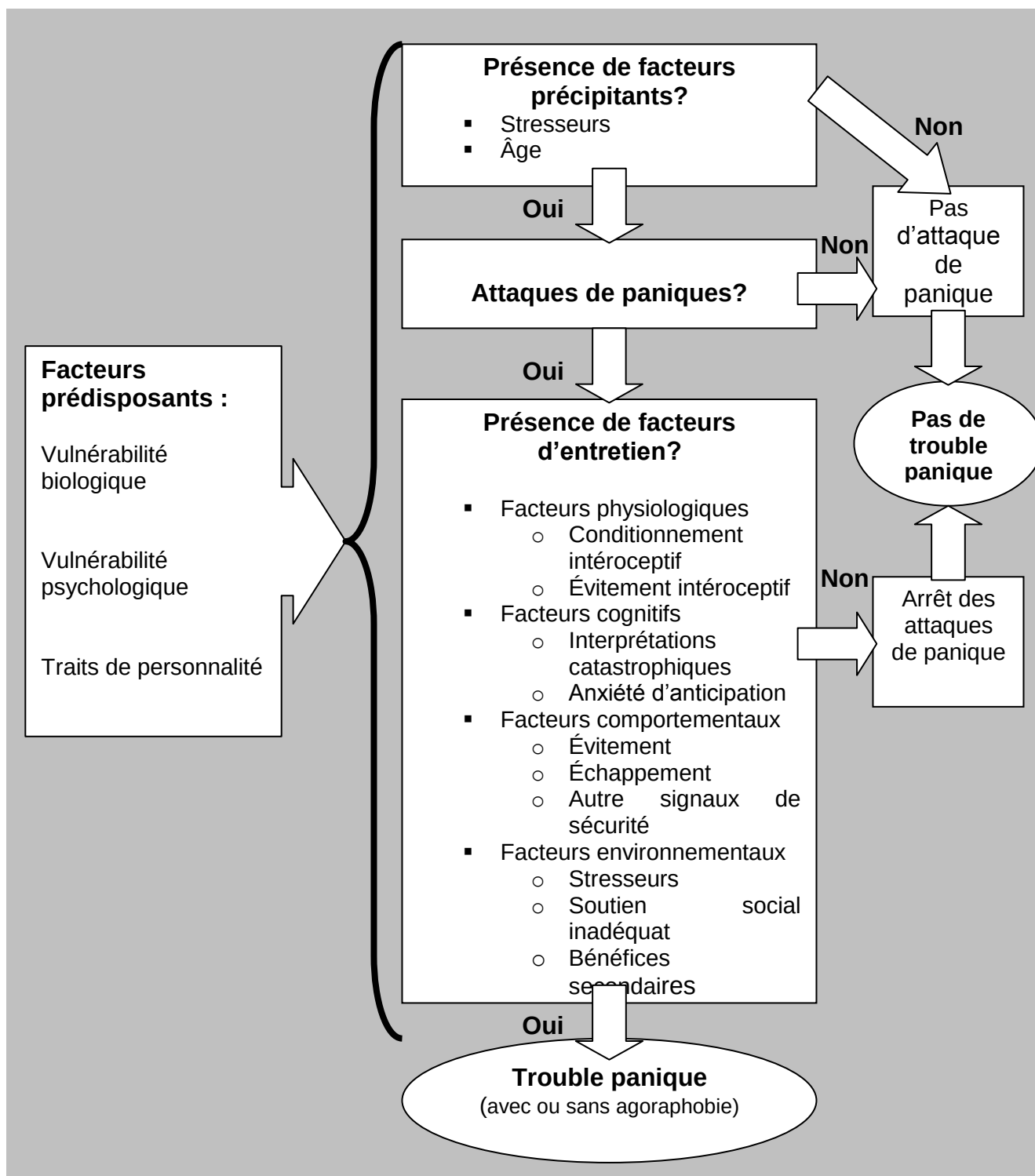
Figure 4
Cycle des facteurs d'entretien
du trouble panique avec agoraphobie*



* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

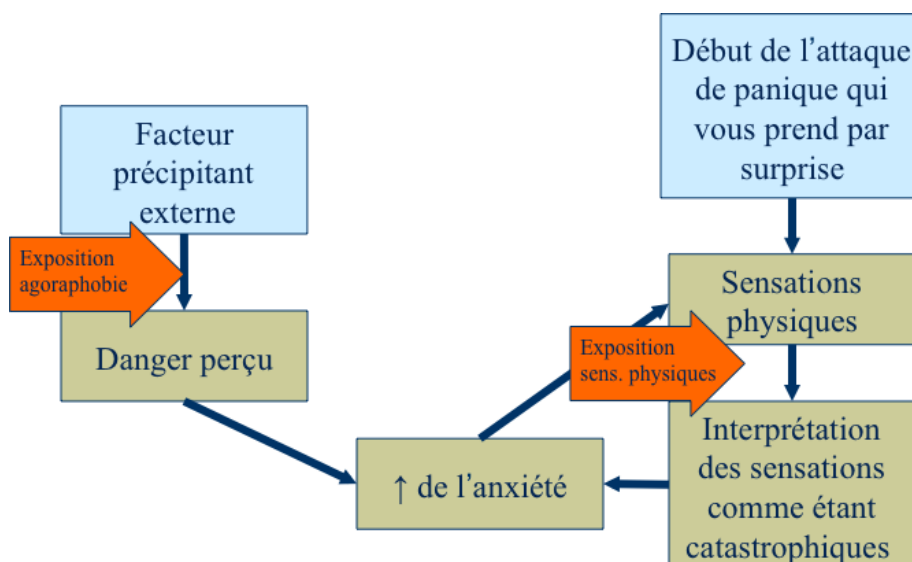
Figure 5

Séquence de développement du trouble panique avec agoraphobie*

* Adapté de *La peur d'avoir peur* (Marchand et Letarte, 1993 et 2004).

La figure ci-dessous permet de voir où les différentes techniques utilisées viennent rompre les cercles vicieux qui entretiennent le TPA. L'exposition graduée pour l'agoraphobie fait en sorte que la personne aura de moins en moins de réactions d'alarme lorsqu'elle se retrouve dans ces situations. De façon similaire, l'exposition aux sensations physiques permet de devenir moins sensible aux sensations physiques d'alarme ce qui bloque le cercle vicieux. Pour sa part, la restructuration cognitive qui vise à modifier la façon de penser permet de diminuer la perception de danger dans les situations d'agoraphobie et les interprétations catastrophiques face aux sensations physiologiques d'alarme.

Figure 6
Action des techniques utilisées sur les facteurs entretenant



Étape 3 : fixer des objectifs

À cette étape, vous êtes invité à réfléchir à vos objectifs et à vos priorités. Ceci permettra à votre thérapeute de vous proposer un plan d'intervention personnalisé. Dans l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de traitement qui permette de guérir le TPA. Cependant, avec des efforts soutenus, il est souvent réaliste d'espérer obtenir un bon contrôle des symptômes faisant en sorte qu'ils ne vous empêchent plus d'avoir une vie active et plaisante. Les attaques de paniques complètes et spontanées vont souvent cesser et ne laisser que des malaises nettement moins intenses (appelés attaques paucisymptomatiques ce qui signifie avec peu de symptômes) et moins fréquents. Des efforts soutenus en thérapie permettent souvent de diminuer l'agoraphobie de manière importante. Il y a même de nombreux patients qui arrivent à reprendre toutes leurs activités habituelles.

Étape 4 : Prescrire les médicaments au besoin

Au besoin, votre médecin pourra prescrire et ajuster les dosages de vos médicaments. Il vérifiera les bénéfices que vous en tirez de même que les effets secondaires.

Étape 5 : Hygiène de vie

Plusieurs médicaments, les stimulants comme le café, le thé, le chocolat, les boissons gazeuses brunes et les boissons énergisantes, l'alcool et plusieurs drogues comme la cocaïne, les stéroïdes et la marijuana; peuvent aggraver sérieusement le TPA. Vous serez encouragé à diminuer l'utilisation de ces substances le cas échéant. Rappelons que des horaires de lever et de coucher réguliers peuvent aussi aider les patients anxieux. Plusieurs personnes qui souffrent de TPA craignent à tort de faire de l'activité physique. En effet, l'activité physique régulière, même intense peut être bénéfique pour le contrôle du TPA. Il faudra évidemment s'assurer que vous n'avez pas de contre-indication médicale.

Étape 6 : Rééducation respiratoire et relaxation

Nous avons vu que l'hyperventilation est souvent responsable d'une bonne partie de la symptomatologie dans le TPA. Au moment d'une attaque de panique, le rythme respiratoire s'accélère et la respiration devient superficielle en ce sens qu'elle est actionnée surtout par les muscles des côtes et des épaules plutôt que par le diaphragme. Le traitement du TPA commence donc souvent par une rééducation respiratoire dont l'objectif est de vous amener à prendre conscience de ces mauvaises habitudes respiratoires pour ensuite les corriger. Vous apprendrez à respirer plus lentement et plus profondément, c'est-à-dire en utilisant davantage

vosre diaphragme plutôt que vos muscles intercostaux. Autrement dit on respire plus par le ventre et moins par les épaules. Il en résultera une diminution de l'hyperventilation. C'est une façon non pas d'empêcher ou de contrôler l'attaque de panique, mais plutôt de mieux la tolérer, de l'accepter et de moins l'amplifier.

Cette rééducation respiratoire peut être couplée à de la relaxation.

On peut aussi utiliser une autre approche qui consiste à remplacer la rééducation respiratoire par un exercice de centration sur la respiration d'une durée de 5 à 10 minutes. Cet exercice s'apparente à de la méditation. Quel que soit l'exercice choisi, les bénéfices s'obtiennent généralement en pratiquant de manière régulière. Vous pourrez trouver de tels exercices gratuits en parcourant les sites internet ci-dessous.

- Baladodiffusion de relaxation et méditation de passeport santé:
<http://www.passeportsante.net/fr/audiovideobalado/Balado.aspx>
- Site francophone de pleine conscience (MP3 de méditation, références...) :
<http://www.ecsa.ucl.ac.be/mindfulness/>

Étape 7 : Restructuration cognitive

Parmi les facteurs cognitifs responsables de l'aggravation du TPA, on retrouve en premier lieu des peurs survenant au cours des attaques de panique et déclenchées par les symptômes physiologiques inhérents à celles-ci : peur de souffrir d'une crise cardiaque, de s'évanouir, de mourir, d'étouffer, de perdre le contrôle de soi ou autres. En second lieu, lorsque vous devez à nouveau faire face à certaines situations, la crainte qu'un tel malaise se répète provoque l'apparition d'une angoisse d'anticipation qui peut vous rendre plus vulnérable aux attaques de panique avant même d'avoir affronté la situation.

La restructuration cognitive a pour but de vous amener à prendre pleinement conscience de ces peurs et de votre discours intérieur au moment des attaques de panique et aussi lorsque vous devez faire face à des situations que vous craignez. Avec l'aide de votre thérapeute, vous apprendrez par la suite à les restructurer, c'est-à-dire à les remplacer par des pensées à la fois plus réalistes et plus appropriées à la situation. Les données scientifiques récentes suggèrent que dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble panique, les éléments comportementaux d'exposition (c'est à dire faire face graduellement à ses peurs) sont très importants. Il ne faut pas que le travail sur les pensées soit une façon de trop remettre à plus tard, voire d'éviter les exercices d'exposition qui suivent. De plus, rien ne vous permettra de modifier vos pensées de manière aussi convaincante que le fait d'avoir expérimenté vous même que l'attaque de panique bien qu'extrêmement désagréable n'est absolument pas

dangereuse, qu'elle finit toujours par passer et que vous pouvez affronter votre agoraphobie sans que rien de grave ne survienne.

Étape 8 : Exposition aux sensations physiques de la panique

L'exposition aux sensations physiques consiste à reproduire les divers symptômes des attaques de panique au moyen d'exercices spécifiquement conçus à cet effet. En vous exposant régulièrement et graduellement à ces sensations désagréables, vous deviendrez plus familier avec ces malaises et il en résultera une dédramatisation lorsque vous vous rendrez compte qu'ils ne sont pas dangereux. Les sensations provoqueront alors de moins en moins d'anxiété lorsqu'elles surviennent spontanément, c'est-à-dire au moment des attaques de panique. Ceci vient rompre le cercle vicieux qui alimente l'attaque de panique (figure 6).

Mentionnons aussi qu'en plus de l'effet psychologique d'une telle désensibilisation, on note la présence d'une baisse réelle du degré de sensibilité à la sensation physique elle-même. Il s'agit ici du même principe qu'utilisent par exemple les entraîneurs en patinage artistique pour progressivement diminuer la sensibilité des patineuses à la sensation d'étourdissement et de vertige reliée au tournoiement rapide.

Classiquement, ces exercices sont au nombre de huit :

1. Placer sa tête entre ses genoux pendant 30 secondes et la relever rapidement. But : exposition aux étourdissements.
2. Secouer la tête rapidement de gauche à droite pendant 30 secondes (il faudra être prudent si vous avez déjà souffert de douleurs au cou). But : exposition aux étourdissements.
3. Monter et descendre rapidement un escalier ou une marche d'escalier pendant une minute (il faudra s'assurer que votre affection médicale permet ce type d'exercice). But : exposition à la sensation qui apparaît lorsque votre cœur bat vite. Si on n'a pas de marche d'escalier disponible, on peut utiliser une autre technique qui consiste à tendre les bras à l'horizontale devant soi, à s'accroupir et se redresser rapidement 10 fois de suite.
4. Retenir sa respiration pendant 30 secondes. But : exposition à la sensation d'étouffement.
5. Contracter tout son corps pendant une minute. But : exposition à la tension musculaire ou aux tremblements provoqués par l'anxiété.

6. S'asseoir sur une chaise pivotante et tourner sur place pendant une minute. But : exposition aux étourdissements. Une alternative consiste à tourner sur soi debout en prenant soin d'éloigner les meubles sur lesquels on pourrait trébucher.
7. Respirer à l'aide d'une paille étroite, en prenant soin de boucher le nez et de ne pas laisser passer d'air par les côtés, mais seulement par la lumière de la paille. On poursuit cet exercice pendant une minute. But : exposition à la sensation d'étouffement.
8. Hyperventiler pendant une minute. But : exposition aux conséquences de l'hyperventilation, en particulier aux étourdissements, à la dépersonnalisation et à la déréalisation.

Certains thérapeutes se limitent aux exercices 3, 6, 7 et 8 qu'ils considèrent comme étant les plus utiles. D'autres utilisent des exercices légèrement différents. On peut aussi vous suggérer de mettre l'accent sur les exercices qui rappellent davantage vos attaques de panique. Par exemple, on pourrait inviter une personne qui a des sensations intenses de chaleurs lors de ces attaques à aller visiter régulièrement un sauna.

Vous pourrez ensuite reprendre graduellement toutes les activités que vous évitez à cause des sensations physiques qu'elles provoquent (activités physiques, relations sexuelles, sauna...). On les distingue de l'agoraphobie où la sensation physique n'est pas inhérente à la situation (par exemple, le fait de conduire sa voiture sur une autoroute ne provoquera pas de sensation physique désagréable à une personne qui ne souffre pas d'agoraphobie). L'agoraphobie est abordée à l'étape suivante.

Étape 9 : Exposition graduée in vivo pour l'agoraphobie

À ce stade, vous aurez appris à respirer différemment, à penser autrement et vous aurez apprivoisé les sensations physiques autrefois redoutées. Il est maintenant temps de faire face aux situations dans lesquelles surviennent ces attaques de panique. C'est cette étape qu'on appelle l'exposition aux situations phobogènes ou exposition graduée *in vivo* pour l'agoraphobie.

Vous établirez une liste des situations que vous évitez avec l'aide de votre thérapeute. Cette liste vous permettra d'établir une hiérarchie des principales situations phobogènes allant de la plus facile à la plus difficile.

Vous serez ensuite invité à faire face graduellement, dans la réalité (*in vivo*), à chacune de ces situations en commençant par la plus facile. Nous vous suggérons de décrire

précisément vos exercices d'exposition (lieu, durée, fréquence, comportements de sécurité à éviter...).

Faites vos exercices de façon régulière, idéalement à tous les jours. C'est la principale clé du succès. Il faut généralement rester dans la situation tant que l'anxiété n'est pas réduite d'au moins 50 %. L'exercice idéal provoquera une anxiété légère à modérée et sera prolongé. En cas de difficulté, mieux vaut un exercice un peu plus facile, mais assez prolongé pour que l'habituation puisse se faire. Pendant l'exercice, restez sur place, parlez-vous de façon réaliste et acceptez les sensations. **En résumé : les exercices sont prolongés, répétés, rapprochés et il faut alors rester sur place, se parler et accepter les sensations. Ne pas éviter, ne pas s'échapper, ne pas neutraliser et ne pas adopter de comportements de sécurité.**

Étape 10 : Maintien et prévention des rechutes

Plusieurs mesures simples peuvent favoriser le maintien des acquis à long terme :

- Entrevues de consolidation (booster sessions).
- Quelques entrevues espacées après la fin de la thérapie peuvent vous aider à garder de bonnes habitudes.
- Résumé de la thérapie.

Votre thérapeute peut vous inviter à faire un résumé de ce qui vous a été le plus utile en thérapie. Vous pourrez y référer ultérieurement en cas de difficulté.

- Fiche thérapeutique (*coping card*) de prévention de rechute.

Vous pouvez aussi préparer une petite fiche thérapeutique intitulée : «Est-ce que je fais une rechute?». Cette fiche peut être séparée en deux parties. La première partie présente une liste des symptômes qui peuvent indiquer un risque de rechute. La seconde partie énumère les principales mesures à mettre en place et les pièges à éviter en cas de rechute.

Pour plus de détails, vous pouvez consulter les ouvrages suivants:

- Marchand A., Letarte A. *La peur d'avoir peur*, Montréal, Éditions Stanké, 1993, 2001(2^e édition) et 2004 (3^e édition).
- Emery J.L. *Dans la série, guide pour s'aider soi-même, surmonter vos peurs : vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Édition Odile Jacob, Paris, 2000.

TECHNIQUE DE RÉÉDUCATION RESPIRATOIRE

1. Prenez une inspiration lente et abdominale (c'est le ventre qui se gonfle et non les épaules qui se soulèvent). Pour débiter, vous pouvez pratiquer en posant une main sur la poitrine et une main sur le ventre. Lorsque vous inspirez, seule la main qui est sur le ventre doit se soulever.
2. Expirez très lentement. Pendant ce temps, imaginez une ligne horizontale qui descend de votre tête jusqu'à vos pieds et à mesure qu'elle descend, vous sentez chaque groupe musculaire se détendre.
3. Répétez les deux premières étapes quelquefois
4. Ensuite, dites-vous les phrases suivantes :
«Je sais ce que c'est... c'est une attaque de panique. C'est très désagréable, mais absolument pas dangereux. Cela ne dure que quelques minutes, je n'ai qu'à attendre que ça se termine. J'ai avantage à accepter l'anxiété et surtout ne pas fuir.»
5. Reprenez vos activités même si l'attaque n'est pas terminée (préférentiellement des activités motrices qui ne demandent pas trop de concentration).

P.-S. : Au besoin, recommencez les quatre étapes.

Vous pouvez résumer ces quatre étapes en vos propres mots, sur un petit carton que vous gardez sur vous.

FICHE D'EXERCICES RESPIRATOIRES

Nom : _____ Date : _____

Nom : _____ Date : _____

[illegible]

CENTRATION SUR LA RESPIRATION

La pleine conscience est quelque chose de simple, que nous faisons tous à l'occasion. Il s'agit d'être pleinement centré, à l'aise dans le présent. Sans rien n'y ajouter, sans rien chercher au-delà. La pleine conscience c'est cesser de faire pour s'entraîner à être. On développe sa capacité à porter une attention ouverte, respectueuse et bienveillante à l'instant présent dans la pratique régulière de divers exercices.

On fait maintenant un exercice de centration sur la respiration. Installez-vous confortablement, étendu ou assis. Si vous êtes assis, tenez -vous droit, la colonne bien appuyée sur elle-même, la tête légèrement penchée vers l'avant comme si un fil tirait le sommet de votre crâne vers le haut. Les mains peuvent être de chaque côté du corps ou déposées sur les cuisses. Si vous êtes confortable, vous pouvez maintenant fermer les yeux.

Vous allez porter doucement votre attention sur votre respiration, moment par moment, sans chercher à la modifier ni à l'influencer. Simplement l'observer. L'inspiration... l'expiration. Comme une vague, vous portez doucement attention aux cycles de l'inspiration et de l'expiration. Vous pouvez aussi porter l'attention au bref instant où l'inspiration s'arrête pour devenir expiration et inversement à celui où l'expiration s'interrompt pour à nouveau devenir inspiration. Vous observez ainsi moment par moment.

Il est normal que de temps à autre, votre attention quitte le moment présent. Quand vous le réalisez, observez simplement ce à quoi vous étiez en train de penser et ramenez tout doucement votre attention sur le moment présent et sur votre respiration, moment par moment. Inspiration et expiration.

Quand vous serez prêt, vous pourrez doucement ouvrir vos yeux et essayer d'amener avec vous cette centration dans votre vie quotidienne.

INVENTAIRE DE MOBILITÉ POUR L'AGORAPHOBIE (IMA)

NOM : _____

AGE : _____

DATE : _____

Indiquez à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné(e) d'une personne sécurisante ou lorsque vous êtes seul(e). Utilisez l'échelle suivante :

1. Je n'évite jamais
2. J'évite rarement.
3. J'évite une fois sur deux.
4. J'évite la plupart du temps.
5. J'évite toujours.

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3¼ ou 4½).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque **endroit** ou **situation** sous les deux affections suivantes :
accompagné(e) et seul(e).

Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

ENDROITS	ACCOMPAGNÉ(E)	SEUL(E)
Cinémas		
Supermarchés		
Salles de cours		
Magasins à rayons		
Restaurants		
Musées		
Ascenseurs		
Amphithéâtres ou stades		
Stationnements intérieurs		
Endroits élevés Quelle hauteur : _____		
Espaces fermés (ex. : tunnels)		
Espaces vastes :		
a) à l'extérieur (ex. : champs, rues larges, cours d'école)		
b) à l'intérieur (ex. : grandes chambres, salles d'attente)		
Aller en : Autobus		

ENDROITS	ACCOMPAGNÉ(E)	SEUL(E)
Train		
Métro		
Avion		
Bateau		
Conduire ou aller en automobile :		
a) n'importe quand		
b) sur les voies rapides		
Attendre en ligne		
Traverser des ponts		
Réceptions (party) ou rencontres sociales		
Marcher sur la rue		
Rester seul(e) à la maison	NP	
Être éloigné(e) de la maison		
Autres (spécifiez)		

Références :

Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, William C (1985). The mobility inventory for agoraphobia, *Behaviour Research and Therapy*, 23 : 35-44.

Traduction et adaptation :

Langlois R, Marchand A, Lalonde J. Module de thérapie behaviorale, Hôpital Louis-H Lafontaine, avril 1985.

GRILLE D'IDENTIFICATION DES EXERCICES PERTINENTS

EXERCICE	SENSATIONS COMMENTAIRES	ANXIÉTÉ (0 à 10)	SIMILITUDE (0 à 10)
1. Secouer la tête			
2. Redressement de la tête			
3. Monter et descendre			
4. Respiration retenue			
5. Tension corp. Extrême			
6. Tournoiement			
7. Hyperventilation			
8. Respiration restreinte			

GRILLE D'OBSERVATION DES RÉACTIONS LORS DES EXERCICES D'EXPOSITION AUX SENSATIONS PHYSIQUES DE LA PANIQUE

Exercice :

Pensées automatiques	Pensées réalistes

DATE	# ESSAIS	ANXIÉTÉ (0 à 10)	COMMENTAIRES

HIÉRARCHIE D'EXPOSITION POUR L'AGORAPHOBIE

SITUATION	ANXIÉTÉ OU DEGRÉ D'ÉVITEMENT (0 À 10/10)

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES (AGORAPHOBIE)

NOM : _____

DATE : _____

Exercice : _____

Pensées automatiques	Pensées réalistes

Date	Identifier si : vous étiez : 1. seul 2. accompagné	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. fait face avec un objet sécurisant. Noter lequel	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	À quoi pensiez-vous : a) avant b) pendant c) après la situation?
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=

Section IX

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition, Washington, 2013.
- American Psychiatric Association. DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition, Washington, 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-IV: soins primaires, version française chez Masson, Paris, 1998.
- Barlow D.H. et Craske M.G. *Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook*, Oxford University Press, 4th Edition, 2007.
- Beck A.T., Emery G., Greenberg R.I. *Anxiety Disorders and Phobias : A cognitive perspective*. New York, Basic Books, 1985.
- Beck J. *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York, Guilford Press, 1995.
- Brillon P. *Instruments d'évaluation des troubles anxieux: caractéristiques et usages*. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, 2001.
- Chaloult et coll. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*, Gaëtan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, Montréal, 2008.
- Craske M.G. et Barlow D.H. *Mastery of Your Anxiety and Panic : Therapist Guide*, 4^{ième} édition, Oxford University Press, New-York, 2007.
- Craske M.G. et Barlow D.H. *Mastery of Your Anxiety and Panic : Workbook for Primary Care Settings*, Oxford University Press, New-York, 2007b.
- Emery J.L. *Dans la série, guide pour s'aider soi-même, surmonter vos peurs : vaincre le trouble panique et l'agoraphobie*, Édition Odile Jacob, Paris, 2000.
- Leahy R.L. et coll. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*, Second Edition, Guilford Press, New York, 2012.
- Marchand A., Letarte A. *La peur d'avoir peur*, Montréal, Éditions Stanké, 1993, 2001(2^e édition) et 2004(3^e édition).
- Marchand A., Letarte A. *Trouble de panique avec agoraphobie*. Manuel de traitement, version modifiée par D. Gareau, Novembre 1994.
- Mavassikalian, M.R., Prien, R.F. *Long-Term Treatment of Anxiety Disorders*, American Psychiatric Press, Washington, 1996.

- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence, Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without Agoraphobia) in Adults. NICE clinical guideline 113 guidance.nice.org.uk/cg113, 2011.
- Stein M.B. et coll. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder*, Second Edition, APA, <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1680635>, 2009.
- Swinson P. et coll. *Clinical Practice Guidelines : Management of Anxiety Disorders*. CANMAT, Can J Psychiatry, 51(suppl.2), 2006.