

## Comorbidité du TPA : L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie

### The impact of various levels of social anxiety on the efficiency of a cognitive behavioral treatment of panic-agoraphobia disorder

### Comorbidez del TPA : El impacto de los diferentes niveles de ansiedad social en la eficacia de un tratamiento cognoscitivo-comportemental del desorden del pánico con agorafobia

André Marchand et Marie-Hélène Dion

Volume 23, numéro 2, automne 1998

Le suivi communautaire

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032458ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032458ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Marchand, A. & Dion, M.-H. (1998). Comorbidité du TPA : L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie. *Santé mentale au Québec*, 23(2), 171–196. <https://doi.org/10.7202/032458ar>

Résumé de l'article

Cette recherche vise à évaluer chez des individus ayant un diagnostic primaire de trouble panique avec agoraphobie, et ne répondant pas au diagnostic secondaire de phobie sociale, la présence ou non de différents niveaux d'anxiété sociale. L'étude évalue également l'impact de cette comorbidité symptomatique sur l'efficacité de deux modalités de traitement cognitivo-comportemental, soit un traitement autodirigé et un traitement dirigé par le thérapeute. Elle tente de déterminer si l'application d'un programme de traitement cognitivocomportemental du trouble panique avec agoraphobie influence positivement ou négativement les niveaux d'anxiété sociale présents. D'autre part, elle évalue si les niveaux d'anxiété sociale influencent l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental quant à la symptomatologie agoraphobique. L'échantillon comporte 51 personnes (26 dans un traitement dirigé et 25 dans un traitement autodirigé) ayant un trouble panique avec agoraphobie selon les critères du DSM-IV. On constate une répartition relativement équivalente d'individus avec un trouble panique avec agoraphobie présentant de l'anxiété sociale à un niveau faible, modéré ou élevé, pour les deux groupes de traitement. En outre, on note une amélioration significative non seulement des symptômes du trouble panique avec agoraphobie, mais également des symptômes d'anxiété sociale. Il y a moins de participants avec des niveaux d'anxiété sociale élevée et modérée après le traitement. Les deux modalités de traitement sont équivalentes quant à leur efficacité. Finalement, les résultats indiquent très partiellement que les niveaux élevés et modérés d'anxiété sociale exercent possiblement une influence négative sur l'efficacité de traitement du trouble panique avec agoraphobie tel que mesuré par certaines composantes du trouble. Les conséquences relatives à cette comorbidité symptomatique ainsi que les explications possibles des différents impacts de cette comorbidité sur l'efficacité du traitement sont discutées.



## Comorbidité du TPA

### L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie

André Marchand\*

Marie-Hélène Dion\*\*

Cette recherche vise à évaluer chez des individus ayant un diagnostic primaire de trouble panique avec agoraphobie, et ne répondant pas au diagnostic secondaire de phobie sociale, la présence ou non de différents niveaux d'anxiété sociale. L'étude évalue également l'impact de cette comorbidité symptomatique sur l'efficacité de deux modalités de traitement cognitivo-comportemental, soit un traitement autodirigé et un traitement dirigé par le thérapeute. Elle tente de déterminer si l'application d'un programme de traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie influence positivement ou négativement les niveaux d'anxiété sociale présents. D'autre part, elle évalue si les niveaux d'anxiété sociale influencent l'efficacité du traitement cognitivo-comportemental quant à la symptomatologie agoraphobique. L'échantillon comporte 51 personnes (26 dans un traitement dirigé et 25 dans un traitement autodirigé) ayant un trouble panique avec agoraphobie selon les critères du DSM-IV. On constate une répartition relativement équivalente d'individus avec un trouble panique avec agoraphobie présentant de l'anxiété sociale à un niveau faible, modéré ou élevé, pour les deux groupes de traitement. En outre, on note une amélioration significative non seulement des symptômes du trouble panique avec agoraphobie, mais également des symptômes d'anxiété sociale. Il y a moins de participants avec des niveaux d'anxiété sociale élevée et modérée après le traitement. Les deux modalités de traitement sont équivalentes quant à leur efficacité. Finalement, les résultats indiquent très partiellement que les niveaux élevés et modérés d'anxiété sociale exercent possiblement une influence négative sur l'efficacité de traitement du trouble panique avec agoraphobie tel que mesuré par certaines composantes du trouble. Les conséquences relatives à cette comorbidité symptomatique ainsi que les explications possibles des différents impacts de cette comorbidité sur l'efficacité du traitement sont discutées.

\* Ph. D., Université du Québec à Montréal, et Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

\*\* B. A., Université du Québec à Montréal.

#### Remerciements

Cet article a été rendu possible grâce à une subvention d'appoint du Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à A. Marchand, et à deux bourses de recherche (initiation à un projet de recherche en sciences de la santé pour l'été 1996 et pour l'année académique 1996-97) du Fond de Recherche en Santé du Québec (FRSQ) à M.-H. Dion

L'étude de la comorbidité entre les différents troubles, c'est-à-dire de la cooccurrence d'au moins deux troubles mentaux chez le même individu, suscite de plus en plus d'intérêt chez les chercheurs et cliniciens. Depuis la publication du DSM-III-R et l'abolition des règles d'exclusion et du système hiérarchique, on reconnaît l'importance de s'attarder aux patrons de comorbidité (Brown et Barlow, 1992). Plusieurs des études portant sur ce sujet font référence à la comorbidité relative aux troubles anxieux. Ainsi, un bon nombre démontrent que la majorité des individus souffrant d'un trouble anxieux présentent simultanément au moins un diagnostic additionnel. Sanderson et al. (1990) observent que 69 pour cent des individus ayant un diagnostic primaire de trouble panique avec agoraphobie ont au moins un diagnostic additionnel à l'axe I. En dépit qu'il varie d'une étude à l'autre, ce pourcentage témoigne de la probabilité élevée d'observer un ou plusieurs diagnostics additionnels chez l'individu souffrant d'un trouble anxieux. La dépression représente, parmi les troubles à l'axe I, le syndrome le plus fréquemment assigné en tant que diagnostic secondaires chez les individus ayant un trouble anxieux (Noyes et al., 1990). Par ailleurs, Goisman et al. (1995) trouvent que 53 % de leurs clients ayant un trouble panique avec agoraphobie ont également un autre trouble anxieux comme diagnostic additionnel. En outre, plusieurs études démontrent que, parmi tous les troubles anxieux, la phobie spécifique et la phobie sociale sont les syndromes qui apparaissent les plus couramment comme diagnostic secondaire chez des individus ayant un trouble panique avec agoraphobie (De Ruiter et al., 1989; Sanderson et al., 1990; Starcevic et al., 1992).

La présence de comorbidité entre les divers troubles anxieux a d'importantes répercussions cliniques, en particulier quant à l'efficacité des traitements (Van Ameringen et al., 1991). L'impact d'un traitement sur un individu ayant des diagnostics additionnels peut être différent pour un patient n'en ayant aucun (Sanderson et al., 1990). De plus, d'après Brown et Barlow (1992), l'application de stratégies d'intervention spécifiques, afin de traiter un trouble particulier (diagnostic primaire), peut également avoir des répercussions bénéfiques sur les symptômes d'un autre trouble anxieux (diagnostic secondaire). Cependant, la plupart des chercheurs se sont attardés à la comorbidité à un niveau purement descriptif et par conséquent, on retrouve un nombre limité d'études portant sur l'impact de la comorbidité sur l'efficacité de traitement (Brown et al., 1995). En fait, on possède peu de données concernant l'impact d'un traitement, appliqué à un trouble primaire, sur le ou les troubles secondaires.

La comorbidité peut également compromettre la validité des recherches en intervention. En effet, en omettant de considérer la présence de comorbidité, le chercheur croit posséder un échantillon d'individus avec une constellation de symptômes homogènes, alors que cet échantillon est possiblement moins homogène qu'il ne le croit. C'est ainsi que lorsque l'on néglige d'évaluer la présence de diagnostics secondaires dans une étude d'efficacité de traitement, une quantité importante d'informations peut être perdue (Brown et Barlow, 1992) et l'interprétation des résultats, biaisée. De plus, les résultats empiriques concernant l'efficacité de certaines interventions demanderaient d'être évalués. Par exemple, on retrouve comme facteurs contribuant à la résistance au traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie des états comorbides comme les troubles affectifs, les troubles anxieux, l'abus de substances toxiques, d'alcool, les dysfonctions familiales, la détresse psychologique et les traits ou troubles de personnalité (Pollack et Smoller, 1996). Cette lacune méthodologique peut s'expliquer par la reconnaissance tardive de l'existence de comorbidité entre les divers troubles mentaux.

La présence simultanée de différents troubles anxieux exerce, en outre, une influence sur le fonctionnement psychologique, social et occupationnel de l'individu. En effet, la présence de diagnostics additionnels augmente le risque de développer, de surcroît, d'autres troubles mentaux. Par exemple, les individus présentant simultanément un trouble panique et une phobie sociale ont un plus grand risque de développer une dépression majeure que les individus souffrant uniquement d'un trouble panique (Stein et al., 1989). De plus, lorsqu'il omet de considérer la présence de comorbidité, un clinicien ne traite qu'une partie du problème. Un des syndromes étant ainsi négligé, il en résulte que l'individu peut en subir toujours les conséquences. Non seulement souffre-t-il des conséquences psychologiques, sociales et occupationnelles reliées à la problématique non traitée, mais le risque de rechute concernant le problème principal s'en trouve également augmenté.

Une critique importante quant aux études portant sur la comorbidité provient du fait que la majorité des chercheurs s'intéressent uniquement à la comorbidité relative aux entités diagnostiques et négligent la comorbidité à un niveau symptomatique. L'évaluation de la comorbidité à un niveau purement diagnostique peut entraîner une perte significative d'informations pertinentes (Brown et Barlow, 1992). En effet, un individu peut présenter certaines caractéristiques d'un syndrome, tout en ne possédant pas le nombre de symptômes, l'intensité des symptômes ou le degré d'interférence requis pour permettre l'établissement du diagnostic additionnel correspondant. Or, la présence de ces symptômes peut avoir

autant de répercussions que la comorbidité évaluée à un niveau diagnostique. C'est ainsi que lorsque l'on évalue la présence simultanée de ces symptômes et d'un autre trouble psychologique, on se retrouve à évaluer la comorbidité à un niveau symptomatique, i.e. sans prendre en considération l'absence ou la présence des critères diagnostiques.

Pour appliquer le concept de comorbidité symptomatique aux études portant sur la comorbidité du trouble panique avec agoraphobie (TPA) et de la phobie sociale (diagnostic additionnel), on doit pouvoir distinguer des niveaux symptomatiques insuffisants (en intensité, en fréquence ou en interférence) pour poser le diagnostic de phobie sociale. Pour ce faire, on peut considérer la phobie sociale comme étant située à l'extrémité d'un continuum d'anxiété sociale. D'après Azais et Granger (1995), l'anxiété sociale peut être vue comme un spectre, allant de la timidité à l'anxiété sociale morbide, soit la phobie sociale. L'anxiété sociale peut donc être présente simultanément avec plusieurs autres troubles mentaux (Turner et Beidel, 1989), et ce à différentes intensités. Pour évaluer la comorbidité à un niveau purement symptomatique, on doit considérer la présence simultanée du TPA et des différents niveaux d'anxiété sociale.

Comme le DSM-IV n'établit aucune distinction entre les différents niveaux d'anxiété sociale, les chercheurs ont focalisé leurs études sur la comorbidité à un niveau diagnostique. Par conséquent, on ne retrouve dans la littérature que des études portant sur la cooccurrence du TPA et de la phobie sociale. Afin de remédier à cette lacune et d'obtenir des informations pertinentes, il devient important de s'attarder à la comorbidité au niveau symptomatique, i.e. d'évaluer la présence et l'influence de différents niveaux d'anxiété sociale chez les individus atteints du TPA. Comme il existe des conséquences négatives importantes et multiples chez les individus atteints de l'une ou l'autre de ces entités cliniques, il nous apparaît d'autant essentiel d'évaluer l'impact ou l'influence d'une comorbidité potentielle. Une autre raison qui nous incite à étudier la relation entre ces deux entités provient de l'évidence que la comorbidité a également une influence prépondérante sur l'efficacité de traitement et sur le fonctionnement psychologique, social et occupationnel de l'individu.

## **Objectif**

L'objectif de la présente recherche consiste à évaluer, chez des individus ayant un diagnostic de TPA (diagnostic primaire) sans diagnostic secondaire de phobie sociale, la présence ou non de différents niveaux d'anxiété sociale. Nous tenterons donc d'évaluer la présence de

comorbidité à un niveau symptomatique et d'évaluer l'influence de cette comorbidité sur l'efficacité d'un programme de traitement cognitivo-comportemental (TCC) du TPA. Nous voulons, d'une part, étudier de manière plus spécifique si l'application d'un TCC du TPA influence positivement ou négativement les niveaux d'anxiété sociale présents. D'autre part, nous sommes intéressés de savoir si les niveaux d'anxiété sociale influencent l'efficacité du TCC quant à la symptomatologie agoraphobique.

### **Hypothèses**

Nous formulons les hypothèses suivantes :

- 1) Il y aura présence de différents niveaux d'anxiété sociale chez les individus atteints d'un diagnostic primaire de TPA.
- 2) Le TCC, même s'il est centré sur la diminution des symptômes du TPA, aura également une influence positive sur la diminution du niveau d'anxiété sociale.
- 3) Les niveaux d'anxiété sociale influenceront différemment et négativement l'amélioration de la symptomatologie agoraphobique des participants à la fin du traitement.

### **Méthodologie**

#### *Participants*

Environ 300 personnes désirant recevoir un traitement gratuit pour le TPA ont téléphoné au Centre de recherche Fernand-Seguin pour obtenir de l'information concernant notre étude. De ce nombre, presque tous ont été rejoints afin d'effectuer une entrevue de présélection téléphonique. Parmi les personnes présélectionnées, environ le tiers a été jugé admissible à l'étude et référé pour l'évaluation psychiatrique. Suite à cette évaluation, 85 candidats ont été référés pour l'évaluation psychologique puisqu'ils ont été jugés éligibles. Lors de l'évaluation psychologique, 12 personnes ont été exclues de l'étude, car elles ne répondaient pas aux critères (pas de TPA, TPA trop léger, autre trouble anxieux ou autre comorbidité considérés comme des motifs d'exclusion) et 7 autres qui avaient un diagnostic de phobie sociale. Parmi les personnes acceptées lors de l'évaluation psychologique, 8 ont abandonné avant le début du traitement, pour les raisons suivantes : incapacité à faire le sevrage, manque de disponibilité, incapacité à se rendre à la clinique, déménagement, perte d'intérêt car le problème était trop léger, dépression. Finalement, 58 personnes ont commencé le traitement. De ce nombre, 7 (12,06 %) ont abandonné en

cours de route pour diverses raisons, dont certaines inconnues (manque de disponibilité ou de motivation, sevrage trop difficile, ont recommencé la médication, traitement jugé trop difficile, dépression et autre comorbidité, absence de transport, problèmes conjugaux importants). Ces abandons provenaient des 2 modalités de traitement (AD : 4 personnes ; DIR : 3 personnes). Au total, 51 personnes ont complété le traitement jusqu'à l'évaluation post-test.

### *Critères d'inclusion*

Les participants répondent aux critères diagnostiques du TPA (DSM-IV) et sont âgés de 18 à 55 ans. Ils présentent un TPA depuis au moins un an et ont obtenu un score de 3 ou plus sur l'Échelle globale de sévérité des symptômes (Mavissakalian et al., 1993). De plus, la problématique est apparue avant l'âge de 40 ans. Les participants sont également disponibles pour les visites exigées durant l'étude et ils ne présentent aucune anomalie cliniquement significative. Ils ont accepté d'être sevré de toute médication, s'il y a lieu, et de prendre comme médication d'appoint (soit sur une base PRN) un maximum de 20 comprimés de Serax (Oxazepan), 15 mg par mois. Ils ne prennent cette médication qu'en cas de panique ou dans les situations très anxiogènes où le risque de panique est très élevé. À cause de son efficacité à réduire l'anxiété et de son absence d'effets thérapeutiques significatifs sur le TPA, cette médication permet de limiter, chez les sujets, la prise de médication non contrôlée qui aurait pu entraver la validité de la recherche. Marchand et al. (1993) ont expérimenté cette stratégie qui s'est avérée particulièrement efficace, les patients ayant répondu favorablement. Par ailleurs, les participants n'ont suivi aucune psychothérapie depuis au moins six mois et ils ont accepté de ne suivre aucune autre psychothérapie pendant l'étude. Finalement, il importe de préciser que le traitement s'effectue dans la langue maternelle des sujets, le français.

### *Critères d'exclusion*

Nous excluons les individus présentant les diagnostics psychiatriques suivants : a) dépression majeure ; b) autre trouble de l'humeur précédant le début du TPA ; c) trouble psychotique ; d) trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives ; e) trouble obsessionnel-compulsif ; f) phobie sociale ; g) trouble mental organique ; h) retard mental ; i) trouble de personnalité sévère pouvant devenir une contre-indication pour la participation à l'étude ; j) tout diagnostic inscrit sur l'axe I du DSM-IV qui serait primaire par rapport au TPA. De plus, toute maladie grave qui, selon le jugement de l'investigateur, pourrait occasionner un

risque pour le patient ou fausser l'évaluation objective de la psychothérapie à l'étude, est considérée comme un critère d'exclusion. Sont exclus également les sujets ayant des antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (dans la dernière année), ou qui prennent de façon régulière de l'alcool ou des drogues pour diminuer l'anxiété et affronter les situations génératrices d'agoraphobie.

### *Sélection*

Une entrevue psychiatrique est effectuée pour établir le diagnostic du TPA et éliminer les autres diagnostics identifiés comme des critères d'exclusion. Par la suite, deux entrevues d'évaluation de type psychologique, d'une durée d'une heure à deux heures chacune, sont effectuées afin d'établir l'analyse fonctionnelle de la problématique et d'obtenir les informations nécessaires concernant les manifestations d'attaques de panique et d'agoraphobie et les situations pouvant les déclencher et les maintenir. Un protocole d'entrevue semi-structurée (Dinardo et al., 1985) permettant d'établir un diagnostic différentiel pour les troubles d'anxiété, l'*Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS-R), est utilisé durant l'entrevue psychologique. Cette procédure permet de confirmer le diagnostic établi par le psychiatre et de s'assurer que les individus répondent bien aux critères de sélection. L'évaluation psychiatrique et psychologique ont fait l'objet d'un accord inter-juge ( $Kappa = 0.86$ ). S'il y a non concordance au niveau diagnostique entre l'évaluation psychiatrique et l'entrevue structurée, après discussion entre les deux parties, les individus sont exclus de l'échantillon.

### *Évaluation*

Deux périodes d'évaluation sont prévues : avant le début du traitement (pré-test) et à la fin de l'intervention (post-test). À chacun de ces moments, les individus atteints du TPA répondent à une série de questionnaires. Les instruments de mesure utilisés ont été sélectionnés en fonction des objectifs de l'étude. Huit questionnaires et échelles sont administrés lors de ces évaluations et ils possèdent pour la plupart de bonnes qualités métrologiques (Barlow, 1988; Clum et al., 1993; Hersen et Bellack, 1988).

### *Variables médicales et socio-économiques*

Les variables médicales pertinentes sont inscrites à l'aide d'une grille construite pour cette occasion. La fréquence d'utilisation du Sérax ainsi que les variables démographiques (âge, sexe, revenu, scolarité, statut civil, occupation, etc.) sont également notées.

### *Variables psychologiques spécifiques au TPA*

Ces instruments ont pour but d'évaluer les composantes cognitives, affectives, comportementales et physiologiques du TPA ainsi que d'autres dimensions psychologiques. Ces mesures correspondent à celles habituellement utilisées dans les recherches sur le TPA.

- a) L'Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA; Chambless et al., 1985) est un questionnaire de 27 items, mesurant la sévérité de l'évitement phobique (IMAacc et IMAseul) ainsi que la fréquence des attaques de panique (IMAatt).
- b) Le Questionnaire sur les sensations physiques (QSP; Chambless et al., 1984) mesure la peur des sensations corporelles généralement associées à la panique chez les patients atteints du TPA. Le QSP est un questionnaire papier-crayon de 17 items dans lequel on demande au sujet d'indiquer son degré de peur des sensations physiques survenant lorsqu'il est anxieux. Il a été traduit en français par Marchand et Lalonde (1985). Le QSP peut discriminer les sujets atteints du TPA des sujets normaux, dépressifs, de ceux avec une phobie sociale ou un trouble obsessionnel-compulsif.
- c) Le Questionnaire sur les pensées phobiques (QPP; Chambless et al., 1984) mesure les pensées catastrophiques reliées aux conséquences de l'attaque de panique chez les individus souffrant d'un TPA. Le QPP peut également discriminer les sujets atteints du TPA des sujets normaux, dépressifs, de ceux avec une phobie sociale ou un trouble obsessionnel-compulsif. C'est un questionnaire papier-crayon qui se compose de 14 items.
- d) Le Questionnaire d'évaluation de la peur (QEP; Marks et Mathew, 1979) permet d'évaluer le niveau d'anxiété et d'évitement de seize situations anxiogènes, et de calculer, entre autres, un score pour le TPA (QEPago). Ce questionnaire papier-crayon est composé de 23 items.

### *Variables psychologiques générales*

- a) Le Questionnaire sur l'état et les traits anxieux (STAI; State-Trait Anxiety Inventory, Spielberger et al., 1970) sert à mesurer le niveau d'anxiété à une période donnée et les traits anxieux habituellement présents chez la personne. C'est un questionnaire autoadministré qui possède deux sous-échelles de 20 items chacune, soit l'inventaire de l'anxiété situationnelle (IAS) et l'inventaire des traits anxieux (IAT). Il a été validé en français (Bergeron et al., 1976).
- b) L'Inventaire de la dépression de Beck (IDB; Beck et al., 1961) est l'un des instruments les plus utilisés pour évaluer l'intensité de la

dépression chez une population de patients psychiatriques. Il est également utilisé pour détecter l'intensité de la dépression chez une population de sujets dits normaux (Corcoran et Fisher, 1987). C'est un questionnaire autoadministré de 21 items.

#### *Variables psychologiques spécifiques à l'anxiété sociale*

- a) Le Questionnaire d'évaluation de la peur (QEP; Marks et Mathew, 1979), décrit précédemment pour évaluer les variables spécifiques au TPA, permet également de calculer un score pour l'anxiété sociale (QEPsoc).
- b) Le Questionnaire de la peur des jugements négatifs (FNE, Fear of Negative Evaluation scale, Watson et Friend, 1969) est utilisé pour mesurer la peur d'être jugé négativement par les autres. Plus précisément, il évalue la préoccupation face à l'évaluation d'autrui, la détresse reliée à l'idée d'être évalué négativement et l'attente d'être évalué négativement par autrui. Il comprend 30 items.
- c) Le Questionnaire d'anxiété et d'évitement social (SAD, Social Avoidance and Distress Scale, Watson et Friend, 1969) permet d'évaluer la tendance du sujet à éviter les situations sociales ainsi que son niveau de détresse lorsqu'il doit les affronter. Ce questionnaire est composé de 28 items.

#### *Comorbidité*

La comorbidité est évaluée à l'aide de la méthode transversale. Le diagnostic primaire correspond au TPA et l'attribution de ce diagnostic est basée sur la procédure d'interférence. En utilisant la procédure d'interférence, le diagnostic primaire doit correspondre au syndrome jugé comme étant le plus nuisible au fonctionnement de l'individu ou qui interfère le plus avec la vie de l'individu au moment de l'évaluation (De Ruiter et al., 1989). La présence simultanée du TPA et de différents niveaux d'anxiété sociale est donc évaluée, à l'aide des différents instruments de mesure mentionnés ci-dessus. Notons que tout individu présentant un diagnostic secondaire de phobie sociale, soit l'anxiété sociale morbide, est exclu de l'échantillon (voir critères d'exclusion). C'est ainsi que nous nous assurons d'évaluer la comorbidité au seul niveau symptomatique.

#### **Procédure**

##### *Catégorisation de l'anxiété sociale*

Les questionnaires présentés ci-dessus (QEPsoc, FNE, SAD) évaluent le niveau d'anxiété sociale, sans toutefois y établir une catégori-

sation. Afin de répondre aux objectifs et aux hypothèses de recherche, nous avons subdivisé arbitrairement chacune des échelles de mesure d'anxiété sociale en trois catégories : faible, modérée et élevée. Le choix de trois niveaux d'anxiété sociale se justifie d'un point de vue clinique. En effet, ils permettent de mieux distinguer les différences cliniquement significatives entre les participants. Pour ce faire, nous avons utilisé les données de référence de la population normale et de la population clinique (i.e. scores des phobiques sociaux) obtenues pour chacun des questionnaires. Ces résultats proviennent de plusieurs recherches portant sur la validité de questionnaires (voir Corcoran et Fischer, 1987) et plusieurs études épidémiologiques sur la PS et la comorbidité. Les résultats inférieurs au score moyen obtenu par la population normale représentent un faible niveau d'anxiété sociale (pour le SAD :  $m < 9,11$ ). Les résultats se situant au-dessus du score moyen de la population normale et en dessous du score moyen de la population pathologique (pour le SAD :  $9,11 < m < 19,8$ ) correspondent à un niveau modéré d'anxiété sociale. Les individus ayant un résultat supérieur au score moyen de la population pathologique (pour le SAD :  $m \geq 19,8$ ) présentent un niveau élevé d'anxiété sociale. Nous avons procédé de façon identique en ce qui concerne le FNE ( $14,7 < m < 24,3$ ) et le QEPsoc ( $7,27 < m < 18,28$ ).

### *Modalités d'intervention*

Les participants sont répartis aléatoirement à l'intérieur d'un des groupes suivants : a) un traitement autodirigé (AD); b) un traitement dirigé par le thérapeute (DIR). Le traitement autodirigé s'échelonne sur une période de 12 semaines et comporte sept rencontres d'une heure avec le thérapeute : 4 hebdomadaires et 3 de suivi qui ont lieu aux trois semaines. Le traitement dirigé s'échelonne sur 15 semaines et comporte 14 rencontres dirigées d'une durée d'une heure avec le thérapeute : 12 rencontres hebdomadaires et 2 de suivi qui ont lieu aux deux semaines. Il y a donc deux fois plus de temps consacré au contact thérapeutique et à l'implication active et directive du thérapeute dans le traitement dirigé.

### *Le traitement autodirigé*

Le traitement autodirigé met l'accent sur le développement de stratégies dans lesquelles l'individu atteint du TPA prend en charge, dès le début, la responsabilité de son traitement (Rapee et Barlow, 1991). Il propose de remplacer le traitement conventionnel (d'exposition en individuel ou en groupe avec l'aide de thérapeute) par un programme à domicile sous la responsabilité de la personne souffrant du TPA. Avant même la

première rencontre avec le thérapeute, l'individu doit lire attentivement un manuel d'autotraitements. Ce manuel est composé d'un ensemble de documents de type bibliothérapeutique dont l'objectif est de favoriser la compréhension du problème et d'expliquer les différentes techniques d'intervention. Ce matériel comprend d'abord une explication détaillée du TPA (nature, développement, symptômes, démythification, etc.). Ensuite, il y a la présentation des techniques de respiration, de restructuration cognitive, d'exposition aux stimuli intéroceptifs et d'exposition in vivo. Les individus de ce groupe sont donc moins supervisés par le thérapeute et ont à prendre seuls la responsabilité de planifier et d'exécuter régulièrement leurs exercices.

#### *Le traitement dirigé par le thérapeute (conventionnel)*

Le TCC conventionnel, c'est-à-dire dirigé par le thérapeute et comportant un plus grand nombre de rencontres, comprend les mêmes stratégies que celles qui sont utilisées dans le traitement autodirigé. Toutefois, lors du traitement conventionnel, le thérapeute prend une part beaucoup plus active dans l'élaboration, le choix et l'application des exercices. Il planifie et prescrit les exercices pratiques, en plus d'en exécuter plusieurs avec l'individu atteint du TPA. Contrairement au traitement autodirigé, ce type d'intervention ne favorise pas une prise en charge rapide, par la personne, de toutes les facettes de son problème.

#### *Protocole de recherche et variables*

Le devis expérimental utilisé est un schème factoriel (2 x 2) composé de deux conditions expérimentales indépendantes et il implique des mesures répétées sur la variable moment (pré, post). L'efficacité de ces différentes modalités de traitement sur le TPA, d'une part, sera évaluée par les quatre principaux questionnaires qui mesurent les symptômes du TPA, plus précisément par le IMA, le QPP, le QSP et le QEP (ago). D'autre part, la présence simultanée de différents niveaux d'anxiété sociale ainsi que l'influence des deux traitements quant aux niveaux d'anxiété sociale seront évaluées par les trois questionnaires qui mesurent les symptômes d'anxiété sociale, plus précisément par le QEP (soc), le FNE et le SAD. C'est la subdivision des échelles de mesure d'anxiété sociale en trois catégories qui nous permettra de constater la présence de différents niveaux d'anxiété sociale. Le devis expérimental ne comprenait pas de groupe contrôle (placebo ou liste d'attente). L'absence de groupe contrôle se justifie selon nous par l'objectif même de la recherche et les hypothèses qui en découlent. En effet, nous cherchons à comparer diverses modalités de traitements entre elles et non pas à l'absence de traitement. D'ailleurs, la plupart des études

sur le TCC indiquent déjà que cette approche psychologique est plus efficace que l'absence de traitement pour éliminer les attaques de panique et les comportements d'évitement (Clum et al., 1993; Margraf et al., 1993). Il a été démontré de façon empirique que les effets thérapeutiques observés après ce type de traitement ne peuvent s'expliquer par l'influence de variables non spécifiques au traitement (rémission spontanée, attentes thérapeutiques, effet placebo, etc.).

## Résultats

Compte tenu de l'absence de certaines données au post-test et du nombre restreint de participants à cette étude, nous avons procédé au remplacement des données manquantes. La procédure retenue pour effectuer cette opération provient de la méthode d'estimation de la régression proposée par Allison et al. (1993). Cette méthode ne diminue pas la variabilité des données et offre la valeur la plus près de la réalité car elle tient compte à la fois de l'ensemble des résultats et des données disponibles pour chaque sujet. Nous avons tout d'abord vérifié si certaines données des participants ayant des données manquantes se distribuaient de manière systématique ou aléatoire. Pour ce faire, nous avons utilisé un test de comparaison entre les participants sans donnée manquante au niveau des variables socio-démographiques et des différentes échelles de mesure au pré-test. Cette analyse s'est révélée non significative (aléatoire), nous permettant ainsi de justifier le remplacement des données manquantes. Par la suite, les données manquantes (critère à prédire) au post-test ont été remplacées en utilisant, pour chaque variable, les scores au pré-test en tant que valeurs prédictives. Nous avons utilisé la formule de l'estimation de la régression telle que suggérée par Allison et al. (1993). Le niveau de signification choisi pour les diverses analyses de cette étude est de,05 et tous les seuils de signification (p) rapportés pour les analyses de variance à mesures répétées sont corrigés avec l'aide du G-G epsilon. Le correctif de Bonferroni est appliqué pour les multiples analyses de variance en fonction de chacune des hypothèses.

### *Caractéristiques des participants*

En ce qui a trait aux variables socio-démographiques, l'homogénéité des conditions expérimentales est vérifiée à l'aide de tests de chi-carré de Pearson pour les variables discrètes (sexe, scolarité et statut civil) et d'analyses de variance à deux critères de classification 2 (modalités d'intervention) x 3 (niveau d'anxiété sociale) pour la variable continue (âge). Le tableau 1 permet d'observer les caractéristiques socio-démographiques des deux modalités de traitement (AD et DIR). Il n'y a aucune

différence statistiquement significative entre les deux modalités quant à l'âge, le niveau d'éducation, le statut civil et le sexe, bien que la distribution des fréquences indique qu'il y a plus de femmes que d'hommes. Les corrélations entre l'âge, le sexe et les variables dépendantes sont également effectuées (elles ne sont pas présentées dans le tableau 1) et n'atteignent pas le seuil de signification.

**Tableau 1**  
Informations démographiques en fonction  
des modalités de traitement autodirigé et dirigé

Variabiles	AD	DIR	P
Âge (années) (ET)	32,88 (8,17)	37,88 (9,64)	
<b>Genre</b>			<b>.92</b>
Nombre de participants (%)			
Masculin	8 (50 %)	8 (50 %)	
Féminin	17 (49 %)	18 (51 %)	
<b>Statut civil</b>			<b>.91</b>
Nombre de participants (%)			
Célibataire	7 (28 %)	6 (23 %)	
Union de fait	9 (36 %)	8 (31 %)	
Marié (e)	6 (24 %)	8 (31 %)	
Séparé (e) ou Divorcé (e) ou veuf (ve)	3 (12 %)	4 (15 %)	
<b>Scolarité</b>			<b>.45</b>
Nombre de participants (%)			
Primaire	3 (13 %)	4 (15 %)	
Secondaire	13 (54 %)	14 (53 %)	
Collégial (CÉGEP)	7 (29 %)	3 (12 %)	
Certificat	0 (00 %)	1 (04 %)	
Baccalauréat	1 (04 %)	3 (12 %)	
Maîtrise ou Doctorat	0 (00 %)	1 (04 %)	

AD = autodirigé ; DIR = dirigé ; ET = écart-type.

La distribution des fréquences des participants concernant les trois catégories d'anxiété sociale (faible, modérée et élevée) répartie en fonction des deux modalités de traitement permet de constater qu'il y a présence de différents niveaux d'anxiété sociale, ce qui appuie notre première hypothèse de recherche. Il y a également une répartition continue des différents niveaux d'anxiété sociale. En effet, on retrouve globalement des pourcentages relativement équivalents de participants dans les trois catégories d'anxiété sociale, et ce pour les deux groupes de traitement et pour les trois mesures de l'anxiété sociale (FNE, SAD,

QEPsoc). Le tableau 2 permet d'observer la distribution du nombre de participants en fonction des catégories d'anxiété sociale dans les deux modalités d'intervention. Nous retrouvons dans notre échantillon initial, 14 participants avec un niveau faible d'anxiété sociale, 18 avec un niveau modéré et 17 avec un niveau élevé, pour le SAD, et ce malgré l'absence de diagnostic secondaire de PS selon les critères du DSM-IV. On constate des proportions similaires quant au FNE (14 participants avec un niveau faible, 17 avec un niveau modéré, 18 avec un niveau élevé) et au QEPsoc (14 participants avec un niveau faible d'anxiété sociale, 20 avec un niveau modéré, 17 avec un niveau élevé). Un test non paramétrique chi-carré est effectué pour établir si la proportion des participants dans chacune des catégories d'anxiété sociale diffère en fonction des modalités de traitement. Le test s'est avéré non significatif.

**Tableau 2**

Distribution du nombre de participants en fonction des catégories d'anxiété sociale dans les deux modalités d'intervention

Questionnaires	AD			DIR		
	F	M	E	F	M	E
<b>FNE</b>						
Nombre de participants (%)	5 (21 %)	9 (37 %)	10 (42 %)	9 (36 %)	8 (32 %)	8 (32 %)
<b>SAD</b>						
Nombre de participants (%)	5 (21 %)	10 (42 %)	9 (37 %)	9 (36 %)	8 (32 %)	8 (32 %)
<b>QEP (soc)</b>						
Nombre de participants (%)	7 (28 %)	8 (32 %)	10 (40 %)	7 (27 %)	12 (46 %)	7 (27 %)

AD = autodirigé; DIR = dirigé; F = niveau faible d'anxiété sociale; M = niveau modéré d'anxiété sociale; E = niveau élevé d'anxiété sociale.

L'homogénéité des modalités de traitement quant aux variables dépendantes au pré-test est également vérifiée à l'aide d'une analyse de variance. Il n'y a aucune différence significative entre les deux modalités (AD et DIR) au niveau des variables dépendantes. Nous pouvons donc postuler qu'il y a équivalence des modalités de traitement au pré-test.

### *Effet du traitement*

Pour vérifier l'hypothèse postulant que le TCC aura une influence positive sur la diminution non seulement des symptômes du TPA, mais également des niveaux d'anxiété sociale, on a effectué des analyses de variance à deux critères de classification 2 (modalités d'intervention) x 2 (temps) avec mesures répétées sur le dernier critère. Les ANOVA permet-

tent de constater qu'il y a un effet temps significatif, mais aucun effet d'interaction ni d'effet principal significatif. Le TCC diminue de façon significative à la fois les symptômes du TPA, ceux de l'anxiété sociale, de la dépression et de l'anxiété générale. Le tableau 3 permet d'observer les moyennes et écarts-types des modalités de traitement (AD et DIR). L'absence d'interaction significative démontre que les deux traitements ne se différencient pas au niveau de la symptomatologie après le traitement.

**Tableau 3**

Moyennes et écart-types pour chaque mesure au pré-test et au post-test des ANOVA à deux critères de classification 2 (modalités d'intervention) x 2 (temps)

Questionnaires	Groupes	Pré-test	Post-test
		Moyennes (ET)	Moyennes (ET)
<b>TPA :</b>			
IMA (seul)	AD*	2.99 (0.58)	1.79 (0.54) *
	DIR	2.87 (0.81)	1.86 (0.73)
QEP (ago)	AD	18.92 (9.65)	5.30 (5.29)
	DIR	19.46 (10.10)	9.57 (9.45)
QPP	AD	2.73 (0.64)	1.65 (4.90)
	DIR	2.61 (0.56)	1.83 (0.63)
QSP	AD	3.00 (0.79)	1.72 (0.67)
	DIR	3.00 (0.72)	2.02 (0.62)
<b>Anxiété sociale :</b>			
FNE	AD	20.82 (8.34)	13.31 (7.41)
	DIR	18.50 (6.78)	15.16 (7.51)
SAD	AD	15.41 (8.56)	7.29 (7.75)
	DIR	14.48 (8.66)	9.02 (9.36)
QEP (soc)	AD	14.68 (9.51)	6.68 (6.89)
	DIR	12.52 (7.52)	8.21 (7.18)
<b>Autres :</b>			
IAS	AD	51.28 (14.25)	35.01 (10.91)
	DIR	50.91 (13.64)	43.75 (15.35)
IAT	AD	52.94 (9.13)	41.63 (7.51)
	DIR	52.40 (9.42)	46.07 (10.59)
IDB	AD	16.94 (10.94)	7.97 (6.84)
	DIR	16.62 (10.96)	11.12 (11.71)

AD = autodirigé ; DIR = dirigé ; ET = écart-type.

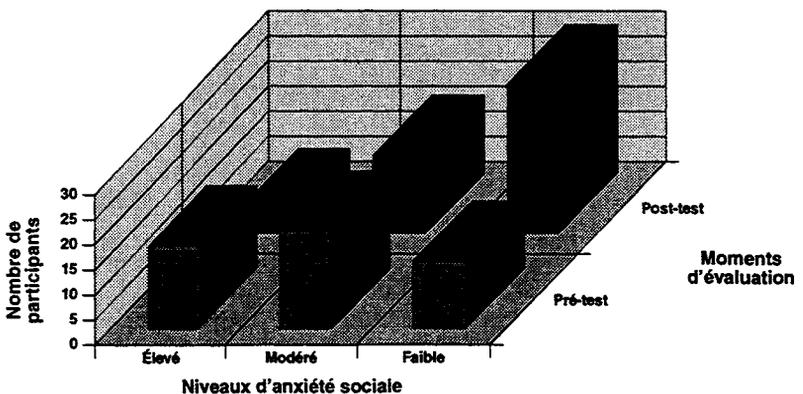
\* Seul l'effet temps est significatif pour toutes les mesures. Il n'a y aucun effet d'interaction entre les modalités de traitement et l'effet temps.

\* On obtient un  $p < .001$  pour toutes les mesures et l'application du correctif de Bonferroni demande un  $p$  significatif à 0.005 (0.05/9) pour obtenir un seuil alpha significatif.

Un test non paramétrique chi-carré est effectué pour établir si la proportion des participants dans chacune des catégories d'anxiété sociale au pré-test diffère de celle au post-test. Le test s'est avéré significatif pour le FNE,  $X^2(4, N = 49) = 19.81, p < .001$ , pour le SAD  $X^2(4, N = 49) = 16.75, p < .002$  et pour le QEPsoc  $X^2(4, N = 51) = 14.41, p < .006$ . La distribution des fréquences des participants à l'intérieur des trois catégories d'anxiété sociale en fonction du temps, pour le SAD, démontre une diminution notable du nombre de participants dans la catégorie élevée (de 17 à 7) et modérée (de 18 à 11) et une augmentation substantielle des participants dans la catégorie normale (de 14 à 31) au post-test. Nous obtenons des résultats similaires pour le FNE (de 18 à 6 participants dans la catégorie élevée, de 17 à 17 participants dans la catégorie modérée et de 14 à 26 participants dans la catégorie normale) et le QEPsoc (de 17 à 5 participants pour la catégorie élevée, de 20 à 16 participants pour la catégorie modérée et de 14 à 30 participants pour la catégorie normale). Le TCC a pour effet, non seulement d'atténuer le niveau d'anxiété sociale significativement, mais également de diminuer le nombre d'individus présentant des niveaux d'anxiété sociale élevée et de favoriser une augmentation des participants ayant un niveau plus fonctionnel d'anxiété sociale, c'est-à-dire un fonctionnement plus près de la population générale. La figure 1 permet de mieux visualiser ce type de résultats qui appuient l'hypothèse que le TCC, même s'il est centré sur la diminution des symptômes du TPA, a également une in-

**Figure 1**

Impact du traitement cognitivo-comportemental sur le niveau d'anxiété sociale mesuré par le questionnaire d'évaluation de la peur (QEPsoc).



fluence positive sur la diminution du niveau d'anxiété sociale. En effet, on peut observer l'impact du traitement cognitivo-comportemental sur le niveau d'anxiété sociale mesuré par le questionnaire d'évaluation de la peur (QEPsoc). Cet impact est similaire pour les trois mesures d'anxiété sociale.

### *Impact des niveaux d'anxiété sociale*

Pour vérifier l'hypothèse postulant que les niveaux d'anxiété sociale influenceront différemment et négativement l'amélioration de la symptomatologie agoraphobique des participants à la fin du traitement, des analyses de covariance sur un critère de classification 3 (niveaux d'anxiété sociale) sont effectuées sur les trois mesures d'anxiété sociale (FNE, SAD, QEPsoc) et appliquées aux diverses mesures du TPA (IMAacc, IMAsoul, IMAatt., QPP, QSP, QEPago et IAS). Les données au pré-test sont utilisées comme covariables et les contrastes suivants sont effectués : le niveau faible d'anxiété sociale versus le niveau modéré, le niveau faible d'anxiété sociale versus le niveau élevé, et finalement le niveau modéré d'anxiété sociale versus le niveau élevé. Pour ce qui est de l'impact des niveaux d'anxiété sociale tel que mesuré par le FNE sur les symptômes du TPA, les contrastes faits à partir des ANCOVA révèlent des effets statistiquement significatifs pour le QPP et le QSP entre le niveau faible et le niveau élevé, et un effet marginal pour l'IMAsoul entre le niveau modéré et le niveau élevé. Les mesures de l'IMAacc, de l'IMAatt, du QEPago et de l'IAS ne permettent pas d'observer des différences significatives entre les différentes catégories d'anxiété sociale. Le tableau 4 présente les effets de contrastes de chaque ANCOVA entre les différents niveaux d'anxiété sociale à partir des mesures de la symptomatologie du TPA, et ce pour les trois mesures de l'anxiété sociale.

Pour ce qui est de l'impact des catégories d'anxiété sociale mesuré par le SAD, les contrastes faits à partir des ANCOVA ne permettent pas d'observer des différences significatives (tableau 4). Finalement, en ce qui concerne l'impact des catégories d'anxiété sociale mesuré par le QEPsoc, les contrastes faits à partir des ANCOVA révèlent un effet significatif pour l'IAS et un effet marginal pour le QPP. Les autres instruments de mesures du TPA ne permettent pas d'observer des différences significatives (voir le tableau 4).

**Tableau 4**

Contrastes entre les différents niveaux d'anxiété sociale à partir d'ANCOVA appliquée aux diverses mesures du TPA tout en contrôlant les données au pré-test et pour chacune des mesures de l'anxiété sociale (FNE, SAD, QEP (soc)).

Questionnaires	Contrastes entre les niveaux d'AS	SAD			QEP			FNE		
		CM	F	p	CM	F	p	CM	F	p
IMA (acc)	faible vs modéré	0.001	0.006	0.937	0.065	0.800	0.376	0.063	0.697	0.409
	faible vs élevé	0.006	0.068	0.7960	0.147	1.818	0.184	0.012	0.134	0.717
	modéré vs élevé	0.004	0.042	0.838	0.031	0.382	0.540	0.154	1.702	0.199
IMA (seul)	faible vs modéré	0.520	1.678	0.202	0.151	0.499	0.484	0.212	0.766	0.386
	faible vs élevé	0.563	1.776	0.994	0.402	1.331	0.255	0.200	0.724	0.400
	modéré vs élevé	0.584	1.886	0.177	0.111	0.367	0.548	0.924	3.335	0.075
IMA (att)	faible vs modéré	0.357	0.851	0.361	0.493	1.168	0.286	0.309	0.754	0.390
	faible vs élevé	0.001	0.002	0.967	0.026	0.062	0.804	0.048	0.117	0.734
	modéré vs élevé	0.525	1.250	0.270	0.316	0.749	0.392	0.593	1.449	0.235
QPP	faible vs modéré	0.134	0.416	0.522	0.911	3.177	0.081*	0.877	2.903	0.896
	faible vs élevé	0.054	0.168	0.684	0.586	2.042	0.160	1.637	5.418	0.025**
	modéré vs élevé	0.506	1.567	0.217	0.024	0.085	0.772	0.137	0.454	0.504
QSP	faible vs modéré	0.005	0.012	0.914	0.454	1.110	0.298	0.869	2.063	0.158
	faible vs élevé	0.946	2.149	0.150	0.481	1.175	0.284	2.004	4.754	0.035**
	modéré vs élevé	1.176	2.670	0.101	0.004	0.009	0.924	0.253	0.601	0.443
QEP (ago)	faible vs modéré	74.502	1.899	0.175	74.374	1.977	0.167	14.299	0.431	0.515
	faible vs élevé	0.084	0.002	0.963	1.017	0.027	0.870	0.100	0.003	0.956
	modéré vs élevé	76.876	1.959	0.169	53.292	1.416	0.240	19.095	0.575	0.452
IAS	faible vs modéré	0.139	0.001	0.978	362.12771	2.262	0.140	16.272	0.087	0.770
	faible vs élevé	203.018	1.103	0.300	3.174	4.456	0.040**	0.101	0.001	0.982
	modéré vs élevé	232.966	1.265	0.267	104.938	0.656	0.422	19.318	0.103	0.750

\* le p est non significatif mais néanmoins marginal; \*\* le p est significatif.

Dans l'ensemble, l'hypothèse postulant que les niveaux d'anxiété sociale influenceront différemment et négativement l'amélioration de la symptomatologie agoraphobique des participants ne se trouve que très partiellement confirmée. Seulement le questionnaire sur l'anxiété sociale (QEPsoc) et celui sur la peur des jugements négatifs (FNE) permettent d'observer que les niveaux d'anxiété sociale, particulièrement le niveau élevé, influencent différemment l'amélioration de la symptomatologie agoraphobique des participants à la fin du traitement. Cependant, nous observons cette différence seulement sur certaines mesures du TPA, soit sur les pensées phobiques (QPP), les sensations physiques

(QSP) et, de manière marginale, sur l'évitement agoraphobique (IMA-seul) et l'anxiété situationnelle (IAS). De plus, le questionnaire d'anxiété et d'évitement social (SAD) ne permet pas d'observer une influence quelconque. Les résultats semblent mitigés et certains participants de niveaux élevés s'améliorent tout autant que les participants des deux autres niveaux, à tous le moins aux questionnaires suivants : l'IMAacc, l'IMAatt, le QEPago.

## **Discussion**

Les données obtenues permettent d'observer la présence d'une comorbidité symptomatique. On constate au pré-test une répartition relativement équivalente d'individus avec un TPA présentant de l'anxiété sociale à un niveau faible, modéré ou élevé, et ce malgré l'absence de diagnostic secondaire de PS selon les critères du DSM-IV. Ces données confirment notre première hypothèse. Ces résultats témoignent clairement de la présence de différents niveaux d'anxiété sociale (faible, modéré et élevé), et suggèrent que l'on doive s'attarder à cette comorbidité symptomatique chez les individus atteints du TPA. Les chercheurs et les cliniciens se doivent d'évaluer et de prendre en considération la présence et l'influence de différents niveaux d'anxiété sociale lors de l'entrevue clinique initiale, de la planification du traitement et lors des recherches futures portant sur l'efficacité des interventions du TPA.

En outre, les résultats obtenus démontrent que le TCC, même s'il intervient spécifiquement au niveau des composantes du TPA, s'avère efficace non seulement pour en diminuer les manifestations, mais pour diminuer l'anxiété sociale. On remarque une diminution significative à la fois des symptômes du TPA et de l'anxiété sociale. Il y a moins de participants avec des niveaux d'anxiété sociale élevée et modérée après le traitement. Ces résultats confirment notre deuxième hypothèse de recherche. Toutefois, nous n'observons aucune différence entre l'efficacité relative des deux modalités de traitement (dirigé et autodirigé) au niveau des données concernant le TPA et celles concernant l'anxiété sociale. Nous nous attendions à voir les participants de la modalité de traitement autodirigé démontrer plus de progrès, à l'évaluation post-traitement, que les participants ayant reçu le traitement conventionnel. Ce résultat n'est pas très surprenant puisqu'il a également été obtenu par la majorité des chercheurs ayant comparé les mêmes types de traitement (Côté et al., 1994 ; Ghosh et Marks, 1987 ; Gould et al., 1993 ; Hecker et al., 1996 ; Lidren et al., 1994). Contrairement à nos attentes, il est donc possible que le traitement autodirigé ne soit pas plus effi-

cace, du moins à court terme, que le traitement conventionnel, mais présente une efficacité équivalente. Cependant, il est également possible que l'absence de différences intergroupes soit due à la courte période de suivi, c'est-à-dire deux semaines après le traitement, ou à une taille d'échantillon trop restreinte qui limite la puissance des analyses. Une période de suivi plus longue aurait peut-être permis de déceler un avantage des conditions autodirigées. Aussi, il est possible que les avantages de ces conditions soient contrebalancés par l'absence d'exercices d'exposition *in vivo* accompagnés par le thérapeute et qui permettent un meilleur apprentissage de cette stratégie. On ne retrouvait ceux-ci que dans la modalité de traitement dirigé.

Finalement, les résultats indiquent que l'anxiété sociale exerce possiblement une influence négative sur l'efficacité de traitement du TPA. En fait, les participants avec des niveaux élevés s'améliorent moins au niveau de la symptomatologie agoraphobique que les participants de niveau faible ou modéré pour au moins deux des catégories d'anxiété sociale. Cependant, cette constatation n'appuie que très partiellement notre troisième hypothèse car cette différence ne s'applique pas à toutes les mesures de la symptomatologie du TPA et ne se retrouve aucunement à la troisième catégorie d'anxiété sociale.

Comment expliquer qu'un TCC adapté au traitement de la symptomatologie du TPA ait un impact sur la diminution de l'anxiété sociale ? L'utilisation de diverses techniques d'exposition ainsi que le manuel d'information et d'éducation peuvent expliquer cet état. Plusieurs situations d'expositions *in vivo* sont similaires à celles génératrices d'anxiété sociale. L'individu s'expose donc aux situations problématiques au niveau de l'agoraphobie en même temps qu'aux situations sociales anxieuses (endroits publics, groupes, files d'attente, etc). De plus, l'exposition aux stimuli intéroceptifs (sensations d'anxiété) favorise la diminution de certaines sensations physiques (symptômes) similaires dans les deux cas (sudation, palpitations, hyperventilation). Le manuel permet de sensibiliser, de sécuriser l'individu vis-à-vis de ses difficultés. Il permet également de dédramatiser certaines idées négatives des participants, et agit probablement à la fois au niveau de la panique, de l'agoraphobie et de l'anxiété sociale. Il s'avère que les techniques d'exposition et le manuel d'information agissent sur le TPA ainsi que sur certaines composantes de l'anxiété sociale.

L'utilisation des stratégies de restructuration cognitive explique également ce phénomène. L'individu modifie certaines croyances relatives à son anxiété, diminue la fréquence et la durée de ses anticipa-

tions, verbalise de plus en plus des instructions davantage adaptées aux situations vécues comme problématiques. Or, même si l'individu applique surtout ces techniques aux diverses situations agoraphobiques, il peut par généralisation y faire appel pour son anxiété sociale.

Une autre explication de l'efficacité du TCC sur l'anxiété sociale se situe au niveau de la symptomatologie. Il est possible que les différents niveaux d'anxiété sociale soient reliés aux niveaux des symptômes du TPA. Le chevauchement des symptômes d'anxiété sociale et du TPA pourrait donc, de surcroît, expliquer l'efficacité du TCC sur l'anxiété sociale.

Ces différentes explications ne sont données qu'à titre d'hypothèse et, par conséquent, il devient essentiel de poursuivre et d'approfondir les recherches dans ce domaine. L'élaboration d'un TCC ciblant à la fois le TPA et l'anxiété sociale, en particulier pour les individus avec des niveaux modérés ou élevés, constitue une piste intéressante pour les recherches futures. En considérant le rôle prépondérant de la comorbidité lors d'études d'efficacité de traitement, on peut également s'interroger sur l'impact de la présence simultanée du TPA et d'anxiété sociale quant à l'évolution et au traitement du TPA et quant à l'interprétation des données issues des études empiriques. Les relations existantes entre les niveaux du TPA, les niveaux d'anxiété sociale et l'efficacité de traitement constituent également des questions de recherches futures.

En dernier lieu, certaines limites inhérentes à notre étude doivent être prises en considération lors de l'analyse des résultats. Tout d'abord, l'évaluation pré-test et post-test des participants s'échelonne sur une courte période de temps (post-test), ce qui limite la portée des résultats obtenus comparativement à un suivi portant sur une plus longue période (3 mois à un an). De plus, notre échantillon contient un nombre relativement restreint de sujets ( $N = 51$ ), diminuant ainsi la validité externe de nos résultats et la portée de nos observations. Autre limite, lors de l'évaluation de la comorbidité symptomatique chez les participants avec un TPA, nous avons uniquement tenu compte du niveau d'anxiété sociale. Or, d'autres symptômes (de dépression, d'anxiété, d'estime de soi, de phobies spécifiques, etc.) pouvaient être présents et représenter une comorbidité symptomatique additionnelle, ce qui influence les données obtenues. Ensuite, la division des catégories d'anxiété sociale que nous avons établie afin de remédier à l'absence de classification diagnostique est tout à fait arbitraire, même si nous nous appuyons sur des données provenant d'autres recherches

dans le domaine, sur des données de référence. Par conséquent, ce qu'on considère comme étant un niveau faible, modéré ou élevé d'anxiété sociale est discutable et pourrait se catégoriser autrement. Finalement, malgré la diminution significative des niveaux élevés et modérés d'anxiété sociale, on constate la présence d'une anxiété sociale résiduelle. Cette dernière constatation accentue l'importance de développer un TCC ciblant à la fois le TPA et l'anxiété sociale.

## Références

- ALLISON, D. B., GORMAN, B. S., PRIMAVERA, L. H., 1993, Some of the most common questions asked of statistical consultants: Our favorite responses and recommended readings, *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 119, 2, 153-185.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> éd.), Washington, DC, Auteur.
- AZAÏS, F., GRANGER, B., 1995, Troubles de l'assertivité et anxiété sociale, *Annales Médico-Psychologiques*, 153, 10, 667-675.
- BARLOW, D. H., 1988, *Anxiety and its Disorders*, New York, Guilford.
- BECK, A.T., WARD, C. H., MENDELSON, M., MOCK, J., ERBAUGH, J., 1961, An inventory for measuring depression, *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERGERON, J., LANDRY, M., BÉLANGER, D., 1976, The development and validation of a French form of the state-trait anxiety inventory, in Spielberger, C.D., and Diaz-Guerrero, R., eds., *Cross Cultural Anxiety*, Vol. 1, Washington, Hemisphere.
- BROWN, T. A., ANTONY, M. M., BARLOW, D. H., 1995, Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 3, 408-418.
- BROWN, T. A., BARLOW, D. H., 1992, Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 6, 835-844.
- CHAMBLESS, D. L., CAPUTO, C., JASIN, S., GRACELY, E., WILLIAMS, C., 1985, The Mobility Inventory for Agoraphobia, *Behavior Research and Therapy*, 23, 35-44.

- CHAMBLESS, D. L., CAPUTO, C., BRIGHT, P., GALLANGHER, R., 1984, Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobia Cognitions Questionnaire, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- CLUM, G. A., CLUM, G. A., STURLS, R., 1993, A meta-analysis of treatments for panic disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 317-326.
- CORCORAN, K., FISHER, J., 1987, *Measures for Clinical Practice: A Source Book*, New York, The Free Press.
- CÔTÉ, G., GAUTHIER, J. G., LABERGE, B., CORMIER, H. J., PLAMONDON, J., 1994, Reduced Therapy Contact in the Cognitive Behavioral Treatment of Panic Disorder, *Behavior Therapy*, 25, 123-145.
- DE RUITER, C., RIJKEN, H., GARSSEN, B., VAN SCHAİK, A., KRAAIMAAT, F., 1989, Comorbidity among anxiety disorders, *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- DINARDO, P. A., BARLOW, D. H., CERNY, J. A., VERMILYEA, B. B., VERMILYEA, J. A., HIMADI, W.G., WADDELL, M., 1985, *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*, Albany, State University of New York at Albany, Phobia and Anxiety Disorders Clinic.
- GOISMAN, R. M., GOLDENBERG, I., VASILE, R. G., KELLER, M. B., 1995, Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study, *Comprehensive Psychiatry*, 36, 4, 303-311.
- GHOSH, A., MARKS, I. M., 1987, Self Treatment of Agoraphobia by Exposure, *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- GOULD, R. A., CLUM, G. A., 1993, A Meta-Analysis of Self-Help Treatment Approaches, *Clinical Psychology Review*, 13, 169-186.
- HERCKER, J. E., LOSSE, M. C., FRITZLER, B. K., FINK, C. M., 1996, Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 253-265.
- LIDREN, D. M., WATKINS, P. L., GOULD, R. A., CLUM, G. A., ASTERINO, M., TULLOCH, H. L., 1994, A Comparison of Bibliotherapy and Group Therapy in the Treatment of Panic Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 4, 865-869.
- MARGRAF, J., BARLOW, D. H., CLARK, D. M., TELCH, M., 1993, Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up, *Behavior Research and Therapy*, 31, 1-8.

- MARCHAND, A., LETARTE, A., 1993, *La peur d'avoir peur : Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie*, Montréal, Stanké.
- MARCHAND, A., FONTAINE, R., DUPUIS, G., GAREAU, D., 1993, *Rapport d'étape intermédiaire pour le programme commun de subvention de recherche en santé mentale FRSQ-CQRS* (dossier No 920763-104), Montréal.
- MARCHAND, A., LALONDE, J., 1985, *Module de thérapie comportementale*, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- MARKS, I. M., MATHEW, A. M., 1979, Brief standard self-rating for phobic patients, *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- MAVISSAKALIAN, M., HAMANN, M. S., HAIDAR, S. A., GROOT, C. M., 1993, DSM-III personality disorder in generalized anxiety, panic-agoraphobia and obsessive compulsive disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 34, 4, 143-148.
- NOYES, R. JR., REICH, J., CHRISTIANSEN, J., SUELZER, M., PFOHL, B., CORYELL, W.A., 1990, Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity, *Archives of General Psychiatry*, 47, 809-818.
- POLLACK, M. H., OTTO, M. W., ROSENBAUM, J. F., 1996, *Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychosocial Strategies*, New York London, The Guilford Press.
- RAPEE, M. R., BARLOW, D. H., 1991, The cognitive-behavioral treatment of panic attacks and agoraphobia avoidance, in Walker, J. R., Norton, G. R., and Ross, C. A., eds., *Panic Disorder and Agoraphobia: A Comprehensive Guide for the Practitioner*, Belmont, CA, Brooks/Cole Publishing Company.
- SANDERSON, W. C., DiNARDO, P. A., RAPEE, R. M., BARLOW, D. H., 1990, Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 3, 308-312.
- SPEILBERGER, C. D., GORSUCH, R. L., LUSHENE, R. D., 1970, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologist Press.
- STARCEVIC, V., UHLENHUTH, E. H., KELLNER, R., PATHAK, D., 1992, Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia, *Psychiatry Research*, 42, 171-183.
- STEIN, M. B., SHEA, C. A., UHDE, T. W., 1989, Social phobia symptoms in patient with panic disorder: Practical and theoretical implications, *American Journal of Psychiatry*, 146, 235-238.

- TURNER, S. M., BEIDEL, D. C., 1989, Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity, *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- VAN AMERINGEN, M., MANCINI, C., STYAN, G., DONISON, D., 1991, Relationship of social phobia with other psychiatric illness, *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.
- WATSON, D., FRIEND, R., 1969, Measurement of social-evaluative anxiety, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 4, 448-457.

## **ABSTRACT**

### **The impact of various levels of social anxiety on the efficiency of a cognitive behavioral treatment of panic-agoraphobia disorder**

This research aims at evaluating in individuals suffering from panic-agoraphobia disorder without social phobia the presence or not of various levels of social anxiety. The study also evaluates the impact of this symptomatic comorbidity on the efficiency of two modes of cognitive behavioral treatment, namely an auto-directed treatment and a treatment directed by the therapist. The study attempts to determine if the application of a cognitive behavioral treatment program positively or negatively influences the various levels of anxiety. On the other hand, the study evaluates if levels of social anxiety influences the efficiency of the cognitive behavioral treatment in regards to agoraphobic symptomatology. The sample includes 51 people (26 in a therapist-directed treatment and 25 in a auto-directed treatment) suffering from DSM-IV panic disorder with agoraphobia. The authors observed a relatively equivalent number of individuals with a panic-agoraphobia disorder presenting social anxiety at a weak, moderate and high level for the two groups in treatment. Moreover, the authors noted a significant improvement not only of the symptoms of agoraphobia-panic disorder, but also of social anxiety symptoms. There are less participants presenting high or moderate levels of social anxiety after treatment. The two modes of treatment are equivalent in regards to their efficiency. Finally, results only partially indicate that high and moderate levels of social anxiety possibly have a negative influence on the efficiency of treatment as measured by certain components of the disorder. Consequences related to this symptomatic comorbidity as well as possible explanations of various impacts of the efficiency of the treatment are discussed.

## **RESUMEN**

### **Comorbidez del TPA**

#### **El impacto de los diferentes niveles de ansiedad social en la eficacia de un tratamiento cognoscitivo — comportamental del desorden del pánico con agorafobia**

Esta investigación tiene como objetivo evaluar la presencia o no, de diferentes niveles de ansiedad social en los individuos con un diagnóstico primario del desorden del pánico con agorafobia y que no responden al diagnóstico secundario de fobia social. Igualmente, el estudio evalúa el impacto de esta comorbidez sintomática sobre la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognoscitivo — comportamental; sea un tratamiento auto — dirigido y un tratamiento dirigido por el terapeuta. La investigación trata de determinar si la aplicación de un programa de tratamiento cognoscitivo — comportamental del desorden del pánico con agorafobia, influencia los niveles de ansiedad presente, positiva o negativamente. Por otra parte, evalúa si los niveles de ansiedad social influyen en la eficacia del tratamiento cognoscitivo — comportamental en cuanto a la sintomatología agorafóbica. El muestreo incluye 51 personas que tienen el desorden del pánico con agorafobia, según los criterios del DSMIV (26 en un tratamiento dirigido y 25 en un tratamiento auto — dirigido). Se constata una repartición relativamente equivalente de individuos con un desorden del pánico con agorafobia presentando ansiedad social a un nivel bajo, moderado o alto, en los dos grupos de tratamiento. Notamos no solamente una mejoría significativa de los síntomas del desorden del pánico con agorafobia, pero igualmente, de los síntomas de ansiedad social. Hay menos participantes con niveles de ansiedad social elevados y moderados, después del tratamiento. Las dos modalidades de tratamiento son equivalentes en cuanto a su eficacia. Finalmente, los resultados indican de manera parcial que los niveles elevados y moderados de ansiedad social posiblemente ejercen una influencia negativa en la eficacia del tratamiento del desorden del pánico con agorafobia, tal que medido por ciertos componentes del desorden. Son discutidas las consecuencias relativas a esta Comorbidez sintomática, así que las explicaciones posibles de los diferentes impactos de esta Comorbidez en la eficacia del tratamiento.