

L'impact thérapeutique de l'information dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble de panique: une étude préliminaire¹

BENOIT LABERGE, JANEL GAUTHIER, GUYLAINE CÔTÉ, JOSÉE SAVARD

Université Laval

JACQUES PLAMONDON et HUGUES J. CORMIER

*Département de Psychiatrie
Centre Hospitalier de l'Université Laval*

La présente étude a été conçue pour évaluer l'impact thérapeutique de l'information fournie au patient dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble de panique. Un protocole à cas unique expérimental à niveaux de base multiples A - A¹ - A - B à travers les sujets avec réplication a été utilisé pour comparer l'impact thérapeutique d'une thérapie d'information à celui du traitement cognitivo-comportemental chez sept sujets souffrant d'un trouble de panique. Pendant la phase du niveau de base (A), les sujets ont tenu un auto-enregistrement quotidien de leurs attaques de panique. Puis lors de la phase A¹, ceci dans le but de contrôler les facteurs non-spécifiques reliés à l'amélioration des sujets, un programme d'information sur le trouble de panique a été présenté comme une forme de psychothérapie. Ensuite, les sujets ont dû se soumettre à une seconde phase de niveau de base (A), et enfin, la thérapie cognitivo-comportementale a été administrée (B). Les résultats démontrent que la thérapie cognitivo-comportementale est significativement supérieure à la thérapie d'information dans la diminution des attaques de panique.

La thérapie cognitivo-comportementale pour le traitement du trouble de panique a fait l'objet de plusieurs évaluations empiriques qui ont démontré son efficacité. Ce traitement, qui permet d'obtenir un taux de réussite se situant entre 80

¹ Dans cet article, le masculin est employé comme générique afin d'alléger le texte et n'implique aucune discrimination de sexe. Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr. Janel Gauthier, Ecole de Psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, Canada, G1K 7P4. Cette recherche est rendue possible grâce à une bourse du FRSQ accordée au premier auteur.

et 100% (Barlow et Cerny, 1988), apporte des gains thérapeutiques significativement supérieurs à ceux obtenus par une thérapie de soutien (Beck, 1988), et sont équivalents à ceux d'une pharmacothérapie à l'alprazolam (Klosko, Barlow, Tasianari, et Cerny, 1988). Ce traitement est conçu de façon à développer les habiletés de gestion du patient qui permettent de diminuer l'apparition des attaques de panique et de mieux réagir à leurs symptômes cognitifs et physiologiques.

Bien qu'il existe une variété de programmes cognitivo-comportementaux pour le traitement de la panique, ceux-ci possèdent trois composantes communes, soit l'apprentissage (a) d'informations sur les composantes physiques et mentales associées à la panique; (b) de techniques cognitives permettant la correction des interprétations erronées quant à la nature des sensations physiologiques ressenties lors d'une attaque de panique; et (c) de techniques comportementales favorisant l'exposition aux symptômes de la panique (Beck, 1988).

Plusieurs études confirment l'efficacité thérapeutique de ce traitement, il est maintenant indiqué de concentrer nos efforts de recherche sur l'étude des composantes actives de la thérapie cognitivo-comportementale de la panique (Kazdin et Wilson, 1978). De tels programmes de recherche permettront éventuellement de réduire le traitement à ses composantes essentielles et d'offrir une thérapie plus spécifique et plus économique du trouble de panique (Barlow, Hayes, et Nelson, 1984). La présente étude s'inscrit dans cet effort de systématisation et tente de déterminer l'impact thérapeutique de l'information fournie au patient dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble de panique. Du même coup, en comparant un traitement à base d'information à une thérapie cognitivo-comportementale, cette étude permet de contrôler la spécificité des ingrédients thérapeutiques cognitivo-comportementaux dans le traitement du trouble de panique.

Méthode

Sujets

Des volontaires ayant répondu à une publicité publiée dans les médias furent rencontrés dans le cadre d'une entrevue d'évaluation. L'acceptation ou le refus de ces derniers s'est fait selon les critères de sélection du DSM-III-R (APA, 1987). De plus, les sujets choisis ne devaient présenter aucune co-morbidité psychiatrique. Ce critère de sélection était nécessaire pour s'assurer de l'homogénéité du groupe expérimental, permettant ainsi de vérifier la spécificité de l'effet thérapeutique de l'information donnée aux patients dans le traitement du trouble de panique. Des 10 sujets recrutés pour participer à l'étude, trois l'ont abandonnée. L'un de ces sujets a préféré consommer une médication anti-panique plutôt que de poursuivre le programme; l'autre devait subir une intervention chirurgicale; et finalement, l'autre avait l'impression que l'emphase de son traitement aurait dû être mise sur son problème conjugal plutôt que sur l'apprentis-

sage de techniques spécifiques pour contrôler ses attaques de panique. Les sept sujets (4 femmes et 3 hommes) qui sont demeurés dans l'étude avaient un âge moyen de 37,9 ans (étendue: 25 à 58), ils souffraient du trouble de panique depuis en moyenne 4,3 années (étendue: 0,5 à 11) et présentaient des attaques de panique non-situationnelles.

Mesures

Agenda des attaques de panique. Il s'agit d'une formule d'auto-enregistrement que les sujets complétaient quotidiennement et qui permettait d'accumuler les données suivantes: (a) jour et date de l'attaque; (b) heure du début et de la fin de l'attaque ainsi que sa durée; (c) niveau maximum d'anxiété ressenti durant l'attaque; et (d) symptômes ressentis lors de l'attaque. A chaque semaine, un évaluateur vérifiait si les épisodes de panique enregistrés par les patients correspondaient aux critères du DSM-III-R (APA, 1987). Dans cette étude, la fréquence hebdomadaire des attaques de panique constituait la variable critère utilisée pour établir le niveau de base, pour déterminer la durée des différentes phases expérimentales et pour évaluer l'impact thérapeutique de l'information dans le traitement cognitivo-comportemental de la panique.

Symptomatologie anxieuse et agoraphobique. Dans cette étude, seuls des instruments de mesure sensibles à l'amélioration clinique et dont les propriétés psychométriques sont suffisamment documentées ont été utilisés (Bellack et Hersen, 1988; Corcoran et Fischer, 1987). Pour la symptomatologie anxieuse, une adaptation française du «Clinical Anxiety Scale» a été utilisée (Thyer, 1987). Pour ce qui est de la mesure de la symptomatologie agoraphobique, une adaptation française du «Mobility Inventory» (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely et Williams, 1985), du «Body Sensations Questionnaire» et du «Agoraphobic Cognitions Questionnaire» (Chambless, Caputo, Bright et Gallagher, 1984) ont été choisis.

Mesure de la crédibilité et des attentes thérapeutiques. La crédibilité et les attentes des sujets par rapport à l'information offerte comme traitement et à la thérapie cognitivo-comportementale du trouble de panique ont été mesurées à l'aide d'une adaptation du questionnaire de Borkovec et Nau (1972). Celui-ci comprenait cinq items où était vérifié si le rationnel du traitement offert semblait logique aux sujets, si le traitement leur inspirait confiance, s'ils étaient satisfaits au point de le recommander à un ami pour le traitement de la panique ou d'un autre trouble d'anxiété, et enfin, à quel point ils désiraient recevoir le traitement offert. Chaque dimension était évaluée sur une échelle de 1 à 10. Le questionnaire a été administré au début et à la fin de chaque phase de traitement. Dans le but de contrôler l'effet de demande expérimentale, un évaluateur indépendant du laboratoire a administré ce questionnaire tout en spécifiant aux sujets que cette évaluation resterait confidentielle.

Perception d'efficacité personnelle. La perception d'efficacité personnelle des sujets à contrôler une attaque de panique a été évaluée pour trois dimensions: lorsque des symptômes physiques (17 items), cognitifs (14 items) et comportementaux (27 items) spécifiques étaient présents pendant une attaque de panique. Les su-

jets devaient évaluer pour chacun des items, sur une échelle de 10 à 100, à quel point ils étaient confiants qu'ils étaient capables de court-circuiter une poussée d'anxiété avant qu'elle ne devienne une attaque de panique lorsqu'ils étaient seuls, sans consommer de substances anxiolytiques et sans objets contra-phobiques. Trois scores représentant la force d'efficacité personnelle perçue pour chacune des dimensions évaluées sont obtenus. Cet instrument de mesure (Laberge, Gauthier, Côté, Bouchard, Flamondon, et Cormier, soumis) a été développé à partir des consignes de Bandura sur le percept d'efficacité personnel (1986).

Procédures

Dû à la difficulté qui existe à recruter un nombre suffisant de sujets souffrant d'un trouble de panique pour utiliser une méthodologie de groupe, une méthodologie à cas unique a été choisie pour effectuer l'étude (Beck, 1988; Barlow et Hersen, 1984).

Les sujets furent soumis à un protocole de séries temporelles à niveaux de base multiples à travers les sujets de type A-A¹-A-B. Chaque série temporelle était donc composée de quatre phases expérimentales: (1) Phase «A»: une période de durée variable à travers les sujets ayant pour double objectif d'établir un niveau de base de la variable critère (i.e., la fréquence des attaques de panique) et de permettre une comparaison inter-sujets pour étudier l'impact thérapeutique des phases d'intervention (i.e., phase A¹ et B); (2) Phase «A¹»: une période de séances d'information présentées comme étant un traitement pour déterminer l'impact thérapeutique de cette composante; (3) Phase A: une seconde phase de niveau de base permettant d'identifier, s'il y a lieu, tout effet thérapeutique retard des séances d'information; et enfin, (4) Phase «B»: une période de cinq semaines pendant laquelle les sujets ont fait l'apprentissage des techniques cognitives et comportementales de gestion de la panique. Il est à noter que, pour les phases A-A¹-A, il était prévu de mettre fin à l'expérimentation dans le cas où des signes avant-coureurs de détérioration clinique se présentaient et d'administrer à ces sujets un traitement d'efficacité reconnu pour leur trouble de panique. La condition des sujets a été évaluée hebdomadairement tout au long des quatre phases d'expérimentation en utilisant les mesures décrites dans la section 'Mesure'.

Thérapie d'information. La thérapie d'information comportait quatre composantes. Premièrement, il était expliqué aux patients, dans un langage à leur portée, comment certains apprentissages faits au cours de leur vie (par exemple éviter des facteurs anxiogènes), le stress et une certaine vulnérabilité physiologique ont pu prédisposer à développer un trouble de panique. Deuxièmement, une explication bio-cognitivo-comportementale de leur symptomatologie leur était fournie. Plus précisément, il leur était expliqué comment certains symptômes physiologiques peuvent en engendrer d'autres (par exemple une poussée hypertensive réactionnelle provoquant des étourdissements), comment la pensée peut générer des sensations physiques (par exemple la peur de mourir peut provoquer des palpitations) et comment certains comportements peuvent aussi déclencher

des symptômes physiques (par exemple un comportement respiratoire tel que l'hyperventilation peut amener des engourdissements). Troisièmement, chacun des mythes entourant le trouble de panique était démythifié (par exemple une attaque de panique ne peut conduire à la folie). Enfin, en adoptant un comportement chaleureux, empathique et authentique, le thérapeute encourageait le patient à ventiler les craintes et les frustrations vécues dû à son trouble de panique. Aucune technique de gestion de panique n'était apprise lors de ces entrevues. La thérapie d'information a été administrée en cinq rencontres hebdomadaires de 90 minutes réparties sur une période de cinq semaines. L'information était enseignée aux patients dans un style didactique entrecoupé de périodes d'interaction où le thérapeute répondait aux interactions du patient. Les patients devaient compléter des exercices à la maison entre les rencontres incluant comment effectuer un auto-enregistrement, faire des lectures et répondre à des questions à choix multiples pour déterminer la qualité des acquis.

Thérapie cognitivo-comportementale. Le traitement cognitivo-comportemental était constitué de quatre composantes principales dont la première consistait à l'entraînement à la restructuration cognitive tel que décrit par Beck, Emery et Greenberg (1985) et adapté pour le traitement de la panique par Beck (1988) et Clark (1986). Par le biais de la restructuration cognitive, le patient est entraîné à identifier et à formuler des interprétations plus réalistes des sensations physiques de la panique. L'entraînement à la restructuration cognitive comprenait, dans cette étude, la présentation de matériel didactique, l'identification et l'auto-enregistrement des pensées dysfonctionnelles, l'induction des sensations physiques et des cognitions et, finalement, la pratique et l'application des techniques cognitives apprises.

Le patient était aussi entraîné au contrôle de la respiration tel qu'utilisé par Clark (1986) et dont le but est de fournir des informations spécifiques concernant les effets de l'hyperventilation et ainsi de permettre au sujet de reconnaître son rôle dans le déclenchement des symptômes de la panique. Cet entraînement permettait également de contrôler la respiration et de réduire l'intensité des symptômes de la panique. L'entraînement au contrôle de la respiration utilisé dans la présente étude comportait la présentation de matériel didactique, l'hyperventilation, l'entraînement à la respiration diaphragmatique et, finalement, l'application et la généralisation des techniques de respiration.

Tel que décrit par Clark (1986) et Barlow et Cerny (1988), l'exposition aux symptômes de la panique, une troisième composante de traitement incluse dans cette étude, consistait en l'exposition répétée et contrôlée aux symptômes physiologiques de l'anxiété et de la panique. Cet exercice permettait de compléter le travail de restructuration cognitive amorcé verbalement et de prouver concrètement au patient que son activation physiologique lors de l'attaque de panique ne conduisait pas aux conséquences désastreuses qu'il appréhendait. Cette exposition se faisait par l'induction des symptômes de la panique. Parmi les méthodes utilisées dans cette étude, il y avait l'hyperventilation, l'hyperventilation, l'effort physique (i.e. des exercices aérobiques), l'imagerie de situations et de sensations anxiogènes et l'exposition *in vivo* aux situations anxiogènes. Une hiérarchie des

symptômes physiologiques anxiogènes a été construite avec les sujets qui craignaient l'immersion complète à l'ensemble de leurs sensations. Initialement, l'entraînement à l'exposition répétée aux symptômes de la panique s'accompagnait de l'application subséquente des stratégies de gestion des attaques de panique. Par la suite, le patient était encouragé à s'exposer à ses sensations sans appliquer de techniques pour le convaincre que ses symptômes n'étaient pas dangereux. Enfin, le patient devait s'exposer volontairement à ses symptômes à toutes les fois qu'il appréhendait une attaque.

Finalement, les patients devaient pratiquer l'exposition aux situations anxiogènes tel qu'utilisé par Beck (1988), Clark (1986) et Barlow et Cerny (1988). Pour s'assurer que les connaissances et les habiletés du patient se généralisent à toutes les situations où une attaque était susceptible de survenir, celui-ci devait affronter toute situation qu'il évitait par crainte d'en avoir une. Les exercices d'exposition *in vivo* étaient effectués à partir d'une hiérarchie de situations allant de la moins à la plus anxiogène.

Ce traitement a été administré en cinq rencontres de 90 minutes. Les séances de thérapie étaient réparties sur cinq semaines à raison d'une fois par semaine.

Résultats

Attaques de panique

La fréquence hebdomadaire des attaques de panique de chacun des patients aux différentes phases de l'expérimentation est présentée à la figure 1. L'analyse visuelle des données obtenues a été effectuée à l'aide du protocole proposé par Barlow et Hersen (1984). Les données graphiques indiquent clairement que la thérapie d'information n'apporte pas une diminution significative de la fréquence des attaques de panique. Contrairement à la thérapie d'information, la thérapie cognitivo-comportementale semble, elle, engendrer une diminution significative de la fréquence des attaques de panique. En effet, l'analyse visuelle des courbes suggère que ce n'est qu'au moment où la thérapie cognitivo-comportementale est implantée que la fréquence hebdomadaire des attaques de panique de chacun des sujets diminue significativement. Cette diminution est dite significative puisque la tendance des résultats obtenus au niveau de base ne permet pas de prédire celle obtenue lors de la phase de traitement. De plus, on observe une différence de grande magnitude entre la fréquence des attaques de panique du niveau de base et celle de la phase de traitement. Enfin, l'effet traitement est immédiat, stable et il se discerne clairement dans chacune des répliques.

Symptomatologie anxieuse et agoraphobique

Au tableau 1 sont présentés les scores moyens des sept sujets ayant participé à l'étude sur les inventaires évaluant la symptomatologie anxieuse et agoraphobique.

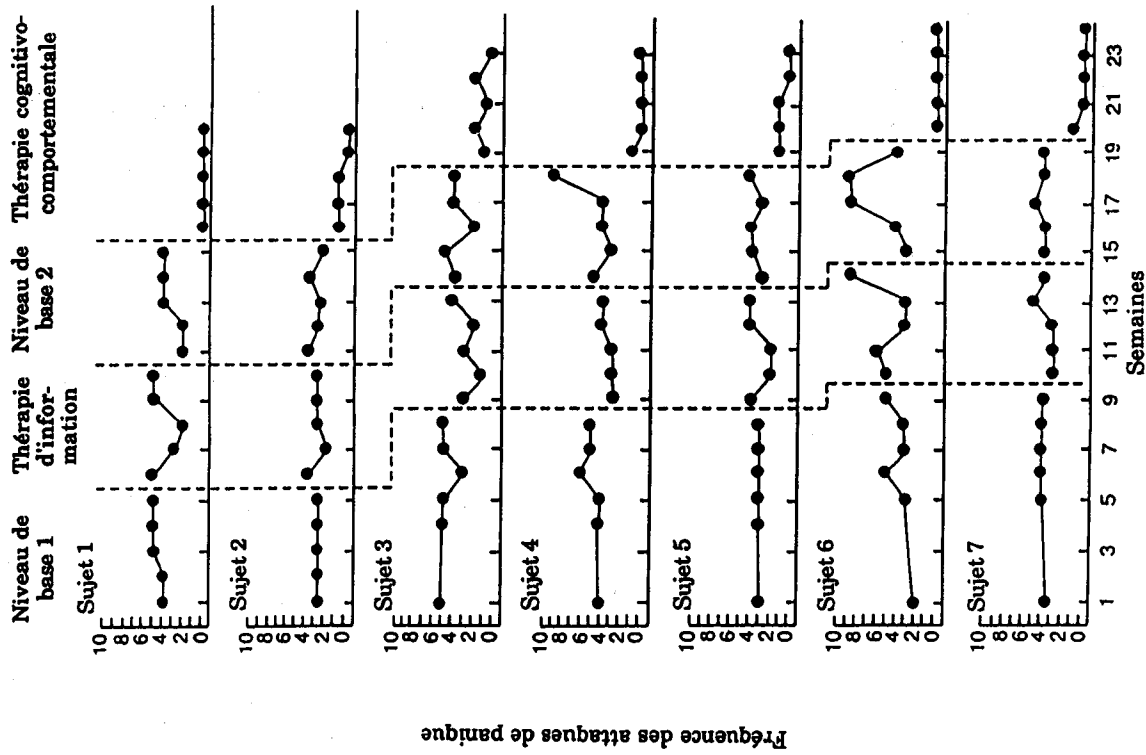


Figure 1. Fréquence des attaques de panique pendant le niveau de base 1, la thérapie d'information, le niveau de base 2, le traitement cognitivo-comportemental. Les fréquences des attaques de panique sont présentées dans un plan à niveaux de base multiples avec réplication.

que. Comme le démontre le tableau 2, les analyses de variance avec contrastes orthogonaux *a priori* sur les données recueillies à l'aide de l'échelle d'anxiété clinique, le questionnaire de sensations physiques, le questionnaire de cognitions agoraphobiques, l'inventaire de mobilité (seul et accompagné) révèlent que seule la thérapie cognitivo-comportementale amène une diminution significative des symptômes anxieux et agoraphobiques des patients. Ainsi, si on compare les scores moyens obtenus par les sujets sur les différents questionnaires au premier niveau de base avec ceux obtenus au terme de la thérapie d'information, on ne détecte pas de différence significative. Toutefois, il y a des différences significatives si les scores moyens du second niveau de base sont comparés à ceux obtenus au terme de la thérapie cognitivo-comportementale.

Tableau 1
Moyennes et écarts-types pour la symptomatologie anxieuse et agoraphobique

Mesure	Niveau de base 1		Thérapie d'information		Niveau de base 2		Thérapie Cognitivo-comportementale	
	Sem-5	M (E-T)	Sem-11	M (E-T)	Sem-15	M (E-T)	Sem-5	M (E-T)
Échelle d'anxiété clinique	89,5 (13,1)		90,3 (14,8)		85,1 (13,2)		40,0 (15,1)	
Questionnaire de sensations physiques	3,5 (0,82)		3,7 (0,46)		3,5 (0,48)		1,3 (0,12)	
Questionnaire de cognitions agoraphobiques	3,2 (0,45)		3,2 (0,50)		2,7 (0,45)		1,3 (0,16)	
Inventaire de mobilité (seul)	3,3 (0,49)		3,3 (0,49)		3,1 (0,38)		1,6 (0,79)	
Inventaire de mobilité (accompagné)	3,1 (0,69)		3,1 (0,69)		3,1 (0,38)		1,4 (0,53)	

Tableau 2

Contrastes orthogonaux a priori pour la symptomatologie anxieuse et dépressive

Mesure	Niveau de base pré et post		Thérapie d'information		Niveau de base et thérapie cognitivo-comportementale au post		* Différence significative au niveau spécifique
	F	dl	p	dl	F	dl	
Échelle d'anxiété clinique	0,09	(1,6)	,770	(1,6)	51,8	(1,6)	,001*
Questionnaire de sensations physiques	1,3	(1,6)	,306	(1,6)	235,6	(1,6)	,001*
Questionnaire de cognitions agoraphobiques	1,4	(1,6)	,279	(1,6)	132,8	(1,6)	,001*
Inventaire de mobilité (seul)	0,0	(1,6)	1,0	(1,6)	286,9	(1,6)	,001*
Inventaire de mobilité (accompagné)	0,0	(1,6)	1,0	(1,6)	90,7	(1,6)	,001*

Crédibilité et attentes thérapeutiques

Une analyse de variance pour facteur unique a démontré qu'il n'existait aucune différence significative entre les scores moyens de crédibilité et d'attentes thérapeutiques obtenus au cours de la thérapie d'information et du traitement cognitivo-comportemental. Ainsi, bien que des justifications différentes aient été présentées aux patients, la thérapie d'information représentait une forme de traitement aussi crédible que la thérapie cognitivo-comportementale et les deux conditions expérimentales ont généré des attentes thérapeutiques comparables.

Perception d'efficacité personnelle

Au tableau 3 sont présentés les scores moyens de la force de perception d'efficacité personnelle à contrôler une attaque de panique aux différentes phases de l'expérimentation. Comme l'indique le tableau 4, les analyses de variance avec contrastes orthogonaux *a priori* suggèrent que la force de la perception d'efficacité

Tableau 3*Moyennes et écarts-types pour la perception d'efficacité à interrompre une attaque de panique*

Mesure	Niveau de base 1		Thérapie d'information		Niveau de base 2		Thérapie Cognitivo-comportementale	
	Sem-5	M (E-T)	Sem-11	M (E-T)	Sem-15	M (E-T)	Sem-5	M (E-T)
Efficacité personnelle avec symptômes physiques spécifiques	31,7 (11,2)		40,6 (11,6)		28,4 (17,8)		86,1 (11,2)	
Efficacité personnelle avec cognitions spécifiques	37,7 (7,2)		48,1 (6,4)		46,4 (16,3)		87,4 (10,6)	
Efficacité personnelle avec situations spécifiques	34,6 (10,9)		46,3 (17,5)		32,6 (6,7)		83,7 (8,6)	

personnelle à contrôler une attaque de panique avec des sensations physiques spécifiques, des cognitions agoraphobiques spécifiques et dans des environnements spécifiques augmentent significativement suite à la thérapie d'information, de même qu'après un traitement cognitivo-comportemental.

Discussion

Les résultats obtenus suggèrent que l'information fournie au patient concernant le trouble panique, ses causes et ses conséquences possibles, ne constitue pas un ingrédient thérapeutique en soi. Dans la présente étude, seule la thérapie cognitivo-comportementale a produit une rémission totale des attaques de panique et une amélioration substantielle des symptomatologies anxieuse et agoraphobique. De plus, il semble que la thérapie cognitivo-comportementale ait agi comme un agent thérapeutique spécifique. Premièrement, le protocole à niveaux de base multiples à travers les sujets avec répétitions utilisé dans cette étude élimine les facteurs de maturation, comme explication de l'effet expérimental observé. Deuxièmement, le fait que la thérapie d'information générant des attentes thérapeutiques aussi positives que la thérapie cognitivo-comportementale ne produise pas une diminution significative des attaques de panique, élimine l'explication que l'effet du traitement cognitivo-comportemental observé ne soit attribuable qu'à des facteurs non spécifiques. La combinaison de ces stratégies de contrôle méthodologique permet d'attribuer avec confiance l'amélioration clinique significative des sujets au traitement cognitivo-comportemental du trouble de panique.

Puisque le percept d'efficacité personnelle constitue un excellent prédicteur de la robustesse des effets thérapeutiques des traitements des troubles d'anxiété (Bandura, 1986, 1988; Williams et Loberge, sous-press), l'impact relatif de la thérapie d'information et du traitement cognitivo-comportemental dans le développement d'un sentiment de maîtrise des attaques de panique a été évalué. La perception d'efficacité personnelle des sujets à composer avec leur état d'anxiété afin de prévenir la manifestation d'une attaque de panique a augmenté au cours de la thérapie d'information et du traitement cognitivo-comportemental. Toutefois, il est important de noter que la thérapie d'information a mené à une augmentation de la perception d'efficacité personnelle chez les sujets de plus faible amplitude qu'avec la thérapie cognitivo-comportementale. Ces résultats suggèrent que, même si la thérapie d'information a été perçue par les sujets comme une forme de traitement efficace et qu'ils entretenaient des attentes positives face au résultat de ce type de thérapie, ceci ne s'est pas avéré suffisant pour leur permettre de développer un sentiment de maîtrise maximal sur leurs attaques de panique. En d'autres termes, les habiletés acquises au cours de la thérapie cognitivo-comportementale se sont avérées nécessaires pour augmenter la perception d'efficacité personnelle à gérer les attaques de panique à un niveau cliniquement significatif.

Tableau 4

Contrastes orthogonaux a priori pour la perception d'efficacité à interrompre une attaque de panique

Niveau de base et thérapie cognitivo-comportementale au post	Niveau de base pré et post		Thérapie d'information		Niveau de base personnelle avec symptômes		Efficacité personnelle avec cognitions		Efficacité personnelle avec situations		* Différence significative au niveau spécifié								
	F	dl	p	dl	F	dl	F	dl	F	dl									
	34,0	(1,6)	,001*		105,1	(1,6)	,001*		16,5	(1,6)	,007*		34,0	(1,6)	,001*		105,1	(1,6)	,001*

Il est important de ne pas interpréter ces données comme une indication pour traiter le patient souffrant d'un trouble de panique sans lui fournir d'information sur son état psychopathologique. De fait, il est important que le patient puisse conceptualiser quels sont les facteurs qui influencent sa condition puisqu'il a été démontré qu'une telle compréhension favorise l'adhérence au traitement et maximise les gains thérapeutiques (Meichenbaum et Turk, 1987). De plus, ces données indiquent que le simple fait de recevoir de l'information rehausse jusqu'à un certain point la perception d'efficacité personnelle suggérant que le patient improvise déjà des méthodes de gestion des attaques de panique qui s'avèrent efficaces à cette phase du traitement, et ce, bien avant qu'il n'apprenne des techniques spécifiques avec son thérapeute. Toutefois, ces données suggèrent aussi que la phase didactique du traitement cognitivo-comportemental devrait possiblement céder la place à l'acquisition de stratégies de gestion des attaques de panique et à l'exposition aux sensations interoceptives le plus rapidement possible en cours de traitement puisque ces ingrédients semblent être responsables de la rémission du trouble de panique.

Il est important de noter que ces conclusions découlent de données provenant d'une étude préliminaire et que les résultats devront être reproduits avec un plus grand nombre de sujets. Aussi, la validité des conclusions est limitée par le fait qu'elles ne s'appliquent qu'à une population de patients souffrant d'un trouble de panique modéré et que la démonstration devra être reproduite avec des légers et plus sévères. En effet, il est possible qu'avec des cas moins sévères la thérapie d'information puisse s'avérer suffisamment efficace et définitivement plus économique, alors qu'avec des cas plus sévères, celle-ci aurait peut-être avantage à être écourtée pour accélérer le cours du traitement dans le but de soulager les patients le plus rapidement possible. Enfin, il se doit d'être mentionné que cette étude ne représente que le début d'un programme de recherche entrepris pour déterminer l'efficacité et la contribution de chacune des composantes de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement du trouble de panique.

Références

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (rev. 3rd Ed.)*. Washington, D.C.: APA.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. NY: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Hayes, S.C., & Nelson, R.O. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. NY: Pergamon.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman et J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. NY: Basic Books.
- Borkovec, D.T., & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationale. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260.

- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). The assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 1090-1097.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Jasin, S.E., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.
- Corcoran, K., & Fischer, J. (1987). *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: The Free Press.
- Kazdin, A.E., & Wilson, G.T. (1978). *Evaluation of behavior therapy: Issues, evidence, and research strategies*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Laberge, B., Gauthier, J., Côté, G., Bouchard, S., Plamondon, J., & Cormier, H.G. (soumis). Un questionnaire évaluant la perception d'efficacité personnelle perçue à contrôler une attaque de panique. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*.
- Meichenbaum, D., & Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum.
- Telch, M.J., Agras, W.S., Taylor, C.B., Roth, W.T., & Gallen, C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 325-335.
- Thyer, A.B. (1987). Clinical Anxiety Scale. In K. Corcoran et J. Fischer (Eds), *Measures for clinical practice: A sourcebook*. New York: The Free Press.
- Williams, S.L., & Laberge, B. (1992). Panic disorder and agoraphobia. In, C.G. Last & M. Hersen (Eds.), *Adult Behavior Therapy Casebook*. New York: Plenum.

Abstract

The present study was designed to determine the therapeutic effect of providing information to patients in the cognitive-behavioral treatment of panic. A single case experimental design with multiple baseline across subjects (A-A1-A-B) and replications were used to compare the effects of information therapy with those of cognitive-behavior therapy in seven subjects suffering from a panic disorder. During the baseline phase (A), subjects recorded their panic attacks daily. During phase A1, in order to control for the non-specific therapeutic variables related to subjects' improvement, an information program on panic disorder was presented as a psychotherapy and followed by a second baseline phase (A). Cognitive-behavior therapy was then administered. Results showed that cognitive-behavior therapy was significantly more effective than information therapy in reducing panic attacks.