

Une recherche clinique sur le traitement en groupe de l'agoraphobie avec et sans partenaire

ANDRÉ MARCHAND, Ph.D.^{1,2}

Université du Québec à Montréal³

SUZANNE COMEAU, M.Ps.

Centre de Psychologie Behaviorale

La présente étude tente d'évaluer l'efficacité du traitement en groupe de l'agoraphobie avec différents niveaux d'implication des partenaires. Trois groupes sont comparés: dans le premier, les partenaires participent à toutes les séances (12); dans le second, ils participent à 25% des séances (3); dans le troisième, ils ne participent pas au traitement. Les trois groupes eurent lieu successivement à six mois d'intervalles et le traitement inclut: a) des procédures d'auto-traitement expliquées dans deux manuels, un à l'usage de l'individu agoraphobe et l'autre à l'usage du partenaire; b) des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition in vivo établies selon une hiérarchie personnelle; c) des rencontres hebdomadaires pour réévaluer et préciser les exercices d'exposition appropriés; d) des séances hebdomadaires d'exposition in vivo effectuées sous la supervision des thérapeutes et incluant les partenaires, lorsque présents; e) des rencontres spécifiques avec les partenaires dans les deux premiers groupes. Les effets du traitement sont évalués à l'aide des questionnaires suivants: a) l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur; b) le questionnaire sur les pensées phobiques; c) le questionnaire sur les sensations physiques; d) une hiérarchie individuelle et collective de situations anxiogènes. L'analyse des résultats révèle une amélioration significative au post-test pour les trois groupes sur chacune des mesures. Les résultats au post-test se maintiennent lors d'une relance effectuée après trois mois. Cependant, la participation des partenaires ne semble pas augmenter l'efficacité du traitement en groupe de l'agoraphobie.

1 Également du Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.

2 Les demandes de tirés à part doivent être adressées à André Marchand, Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C.P. 8888, Succ. A, Montréal, QC. H3C 3P8.

3 Les résultats de cette recherche ont été présentés sous forme de communication par affichage au World Congress behaviour therapy à Edimbourg, Ecosse en septembre 1988 par André Marchand et Suzanne Comeau.

L'ensemble des recherches démontre l'efficacité de la procédure d'exposition in vivo dans le traitement des troubles anxieux (Barlow, 1988). La nécessité d'inclure une forme d'exposition in vivo pour réduire les comportements d'évitement et l'anxiété observés dans le trouble panique avec agoraphobie constitue également un fait acquis depuis plusieurs années (Barlow, 1988). Néanmoins, cette procédure n'est pas sans présenter des désavantages. Les principaux obstacles à surmonter sont la dépendance face au thérapeute dans la poursuite des exercices d'exposition in vivo, le taux d'attrition évalué à 12% (Jansson et Ost, 1982), une amélioration clinique très limitée chez 30 à 40% des agoraphobes (Jansson et Ost, 1982), la présence de symptômes résiduels chez les agoraphobes qui en tirent profit et se sont améliorés (McPherson, Brougham et McLaren, 1980), un nombre important de rechutes (Kleiner, Marschall et Spevack, 1987; Mavissakalian et Barlow, 1981; Munby et Johnston, 1980). Il est donc essentiel de maximiser l'effet bénéfique de l'exposition in vivo tout en réduisant les effets négatifs possibles. Une façon d'augmenter l'efficacité du traitement consiste à identifier les variables prédictives et à déterminer les facteurs thérapeutiques favorisant l'amélioration clinique et le maintien chez les individus agoraphobes.

Plusieurs auteurs rapportent des données cliniques suggérant une relation entre l'agoraphobie et les problèmes conjugaux (Fry, 1962; Goldstein-Fodor, 1974; Goodstein et Swiff, 1977; Hafner, 1977a, 1977b, 1982; Hand et Lamontagne, 1976; Milton et Hafner, 1979; Torpy et Measy, 1974). Ces données ont conduit à des spéculations concernant l'interprétation de cette relation et la nécessité d'en tenir compte dans la planification du traitement. Les auteurs considèrent que les conflits conjugaux et familiaux sont susceptibles de nuire au traitement de l'agoraphobie pour certaines personnes et que pour d'autres, la réduction des symptômes phobiques entraînerait des difficultés d'ajustement au sein du couple, voire même une crise conjugale (Bland et Hallman, 1981; Hafner, 1976, 1977b; Hudson, 1974; Milton et Hafner, 1979). Afin de contrôler cette interaction, les thérapies ont graduellement inclus le conjoint dans le processus thérapeutique pour qu'il y participe activement et favorise la résolution du problème (Jannoun, Meuby, Catalan et Gelder, 1980; Jones, Sinnott et Fordham, 1980; Marchand, Boisvert, Beaudry, Bérard, Gaudette, 1985; Mathews, Gelder et Johnston, 1981a; Mathews, Teasdale, Munby, Johnston et Show, 1977; O'Brien, Barlow et Last, 1982; Vitaro, Charest et Boisvert, 1981). Par exemple, Mathews et ses collaborateurs (1977) ont élaboré une procédure d'auto-traitement où l'individu agoraphobe établit lui-même le programme d'exposition in vivo et le conjoint agit à titre d'agent de support. Les résultats de leurs recherches ont démontré l'efficacité de cette procédure. L'inclusion d'un membre de la famille a pour but d'augmenter la motivation des agoraphobes vis-à-vis l'exposition in vivo et ainsi accroître l'efficacité du traitement. Quelques études comparent une procédure d'exposition in vivo avec et sans la participation du partenaire. Barlow, O'Brien et Last (1984) et Mathews, Jannoun et Gelder (1979) rapportent que le traitement avec partenaire est supérieur, tandis que Cobb, Mathews, Childs-Clarke et Blowers (1984) et Marchand, Boisvert, Beaudry, Bérard et Gaudette (1985) n'observent aucune différence entre les deux modalités. Il y aurait donc des résultats contra-

dictoires. Dans la recherche de Marchand et al. (1985), les partenaires participaient à seulement trois des 12 séances thérapeutiques. Il est possible que leur niveau de participation était alors insuffisant et que leur implication tout au long de la démarche thérapeutique soit nécessaire pour observer une augmentation de l'efficacité de la procédure d'exposition in vivo. Compte tenu de cette observation, la présente étude tentera d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe en incluant un partenaire (époux-se, membre de la famille, ami-e) tout au long de la thérapie comparativement à un traitement identique sans partenaire. L'étude comprendra des interventions individualisées et de groupes, caractérisées par des exercices d'exposition in vivo hiérarchisés. Les rencontres hebdomadaires permettront de réévaluer et de préciser les exercices appropriés. Cette étude inclura également une procédure d'auto-traitement expliquée à l'aide de deux manuels, un à l'usage de l'individu agoraphobe et l'autre à l'usage du partenaire dans les groupes où ils sont inclus. L'étude comprendra un groupe où les partenaires participent à 12 séances de traitement, un autre où ils participent à seulement trois séances afin de comparer ces résultats à ceux d'une étude antérieure (Marchand et al., 1985), et un dernier groupe sans partenaire. Le but de la recherche consiste à vérifier de nouveau l'efficacité d'un traitement de groupe centré sur l'exposition aux situations phobogènes. Elle vise principalement à mesurer la contribution de trois niveaux différents d'implication du partenaire (0%, 25%, 100%) dans l'application d'une stratégie d'exposition in vivo pour le traitement en groupe de l'agoraphobie. L'hypothèse suivante est posée: la participation du partenaire à toutes les séances de la thérapie (100%) augmentera l'efficacité du traitement comparativement à l'absence de partenaire ou à sa participation limitée (25%).

Méthode

Participants

Au total, les résultats de 22 sujets sont retenus pour cette recherche. Il s'agit de patients référés à la clinique externe du Centre hospitalier Louis H. Lafontaine pour un traitement comportemental de l'agoraphobie. Tous les sujets rencontrent les critères d'un trouble panique avec agoraphobie tel que spécifié dans le DSM-III-R. Ils répondent également aux critères suivants: les sujets doivent souffrir d'agoraphobie depuis plus d'un an; ils sont âgés entre 18 et 65 ans; ils ne présentent pas de dépression majeure, de toxicomanie ou de psychose. La prise de médication prescrite sur ordonnance n'est pas considérée dans la sélection des sujets.

Protocole expérimental

La présente recherche utilise le protocole quasi expérimental de Cook et Campbell (1979). Cette étude de cohorte consiste à comparer des groupes de traitement qui ont lieu successivement. Les trois groupes de traitement eurent lieu à l'intérieur d'un intervalle de six mois. Le premier groupe comprend neuf patients dont six sont accompagnés par un partenaire pour trois des 12 séances de thérapie. Seules les données de ces six sujets sont retenues pour fin d'analyse. Le deuxième groupe inclus onze patients qui ont effectué l'ensemble des 12 séances sans partenaire. Le troisième groupe comprend dix patients dont cinq sont accompagnés d'un partenaire tout au long des 12 séances et seul ces cinq sujets sont inclus dans l'analyse. La moyenne d'âge des sujets dans les trois groupes est respectivement de 38,6, 37,4 et 35,6 ans. Les participants rapportent des premières manifestations d'agoraphobie datant de 11,1, 9,3 et 14,4 ans en moyenne pour chaque groupe. Le ratio homme-femme pour les trois groupes est respectivement de 2/4, 2/9 et 2/3. Tous les sujets inclus dans cette recherche ont subi deux entrevues d'évaluation, un pré-test, un traitement en groupe de l'agoraphobie avec exposition in vivo, un post-test et une relance trois mois après la fin du traitement.

Procédure d'évaluation

La procédure d'évaluation utilisée dans cette recherche est similaire à celle utilisée dans la plupart des études cliniques sur l'agoraphobie (Barlow, 1988; Ghosh et Marks, 1987; Himadi, W.J., Boice, R., Barlow, D.H., 1986a, 1986b; Marchione, K.E., Michelson, L., Greenwald, M., Dancu, C., 1987). Deux entrevues permettent de sélectionner les participants, d'élaborer l'analyse comportementale de chacun, de planifier le traitement en fonction des problématiques particulières des sujets. Ces entrevues sont effectuées par six thérapeutes travaillant en équipe de deux. Durant l'évaluation comportementale, les évaluateurs administrent plusieurs questionnaires possédant de bonnes propriétés psychométriques (voir Barlow, 1988). Pour chaque participant, l'évaluation inclut donc l'analyse de différents questionnaires utilisés comme instruments de mesure au pré-test, au post-test deux semaines après le traitement et à la relance trois mois après le traitement: 1) l'échelle de malaise et de prédisposition sur les situations d'exposition en groupe (Boisvert, Gaudette, Marchand, 1987a) (EMG, EPG), se compose de différentes situations potentiellement anxiogènes qui peuvent se retrouver dans les environnements de l'hôpital où a lieu le traitement: métro, autobus, centre commercial, banque, etc.; 2) l'échelle de malaise et de prédisposition individuelle (EMI, EPI) qui comprend une liste détaillée de diverses situations anxiogènes, construite à partir des informations obtenues lors de la première entrevue d'évaluation; 3) l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peurs (Geer, 1965) (FSS), contient une liste de 51 items représentant différentes peurs ou situations; 4) le questionnaire sur les pensées phobiques (Chambless et Bright, 1981) (QPP) porte sur les cognitions habituellement observées chez les agoraphobes; 5)

l'échelle d'anxiété du questionnaire sur les sensations physiques (Chambless et al., 1981) (AQSP) examine le degré de peurs reliés à diverses sensations habituellement ressenties par les agoraphobes; 6) l'échelle de fréquence du questionnaire sur les sensations physiques (Chambless et al., 1981) (FQSP) examine la fréquence des sensations ressenties par les agoraphobes.

Les sujets ont également répondu à des questionnaires mesurant les habiletés d'affirmation de soi, le niveau de dépression et la satisfaction maritale mais les résultats de ces questionnaires ne sont pas rapportés dans la présente recherche.

Traitement

Le traitement comprend 12 séances en groupe de trois heures chacune, échelonnées sur 12 semaines. Le traitement comporte: 1) des procédures d'auto-traitement expliquées dans deux manuels, l'un à l'usage des agoraphobes et l'autre à celui de leur partenaire. Le deuxième manuel n'est pas distribué dans le groupe où aucun partenaire n'est invité à participer au traitement. Ces manuels correspondent à une traduction française des manuels publiés par Mathews, Gelder et Johnston (1981b). Néanmoins, dans les trois groupes, les agoraphobes sont incités à demander la collaboration de leur entourage pour les exercices d'exposition in vivo qu'ils doivent effectuer d'eux-mêmes entre les rencontres de traitement; 2) une planification individualisée des exercices d'exposition in vivo établies selon une hiérarchie personnelle; 3) des discussions hebdomadaires pour réévaluer et préciser les exercices d'exposition appropriés; 4) des séances hebdomadaires d'exposition in vivo effectuées sous la supervision des thérapeutes et incluant les partenaires lorsque présents; 5) des rencontres spécifiques pour les partenaires avec discussions animées par les thérapeutes dans les deux groupes où ils sont inclus. L'équipe des thérapeutes responsables de l'évaluation et du traitement est constituée dans les deux premiers groupes de deux psychologues, une travailleuse sociale et deux étudiants en psychologie. Dans le troisième groupe, l'équipe comprend deux psychologues et trois étudiants en psychologie. Tous sont d'orientation comportementale.

Résultats

Pour des fins d'analyse statistique et de comparaison, trois groupes expérimentaux ont été constitués: le groupe de participants sans partenaire (G1), celui avec la participation des partenaires durant trois séances (G2) et finalement le troisième groupe constitué de partenaires participants aux douze séances de traitement (G3). Une analyse de variance avec des effectifs inégaux compare les résultats obtenus à l'aide des différents questionnaires au pré-test et ne révèle aucune différence significative entre les résultats des trois groupes expérimentaux, à l'exception des échelles de malaise et de prédispositions collectives (en groupe) où les participants du groupe G3 se démarquent par des résultats supérieurs aux groupes G1 et G2.

Une analyse de variance (groupes x phases) avec des effectifs inégaux et à mesures répétées sur différents moments de l'évaluation (pré-test, post-test, relance) permet de comparer les mesures dépendantes entre les trois groupes. Le tableau 1 permet de constater un effet significatif entre les phases et ce, sur chaque mesure. Un test de contraste (Newman Keuls) à posteriori révèle une amélioration significative qui se maintient à la relance de trois mois sur les huit échelles de mesure. Au niveau des échelles de malaise et de prédisposition individuelles (F(2/38)=49,19) et (F(2/38)=31,99), les participants manifestent significativement moins de comportements agoraphobiques au post-test et à la relance. Les échelles de malaise et de prédisposition (F(2/38)=46,11) (F(2/38)=46,36) collectives déagent des résultats similaires. Les participants manifestent moins de difficultés à affronter des situations problématiques dans l'environnement de l'hôpital au post-test et cette amélioration se maintient à la relance. Les participants présentent une diminution de l'intensité ou du nombre de peurs (F(2/38)=5,31) à l'inventaire des objets et des sentiments générateurs de peurs. Aux questionnaires sur la fréquence (F(2/38)=7,78) et le degré de peurs (F(2/38)=8,92) reliés à diverses sensations habituellement ressenties par les agoraphobes et sur les pensées phobiques (F(2/38)=6,14), les participants manifestent une diminution significative de leurs sensations et leurs pensées phobiques.

Dans l'ensemble, les résultats ne révèlent pas d'interaction significative entre les groupes et les phases; les trois groupes s'améliorent de manière équivalente et ne semblent pas se différencier. Cependant, nous observons un effet principal (F(2/19)=4,05)(F(2/19)=5,04) pour l'échelle de malaise et de prédisposition collectives où les individus du groupe avec partenaires (12 séances) se différencient des autres groupes. Cet effet s'explique en partie par l'observation au pré-test d'une différence entre les données du groupe G3 et celle des groupes G1 et G2. Les résultats semblent montrer (voir fig. 1 et 2) une légère détérioration pour le groupe G3 (participation des partenaires aux douze séances) entre le post-test et la relance

Discussion

Les résultats de cette recherche s'ajoutent à ceux des recherches précédentes démontrant l'efficacité du traitement en groupe de l'agoraphobie avec des procédures d'exposition in vivo (Emmelkamp, 1982; Emmelkamp et Emmelkamp-Benner, 1975; Hand, Lamontagne et Marks, 1974; Jones et al., 1980; Marchand et Bérard; Vitaro et al., 1981; Watson, Mullet et Pillay, 1973; Andrews, Moran et Hall, 1984; Barlow, 1988; Brehony et Celler, 1981; Goldstein et Chambless, 1980; Janson et Ost, 1982; Michelson, 1987). Les résultats démontrent également le maintien des progrès après trois mois. Plusieurs avantages sont associés au traitement en groupe. Principalement, il s'agit d'une stratégie plus économique, réduisant la dépendance vis-à-vis les thérapeutes et présentant un plus faible taux d'attrition. De plus, comme le soulignent certains auteurs (Jannoun et al., 1980; Mathews et al., 1977), un programme d'incitation à l'exposition individuelle sur

Tableau 1

Analyse de variance à mesures répétées pour les différents questionnaires

MESURES	FACTEURS		df		MS		F	
EMG	G	G*P	2/19	2/38	4.50	8.30	46.11*	4.05*
EPG	G	G*P	2/19	2/38	6.30	6.07	5.04*	5.04*
EMI	G	G*P	2/19	2/38	3.71	10.30	1.98	49.19*
EPI	G	G*P	2/19	2/38	6.50	7.35	2.93	31.96*
FSS	G	G*P	2/19	2/38	4.63	1.38	2.82	5.31*
AOSP	G	G*P	2/19	2/38	0.63	4.46	0.64	8.92*
FOSP	G	G*P	2/19	2/38	2.69	2.10	1.67	7.78*
OPP	G	G*P	2/19	2/38	1.58	2.27	1.34	6.14*
								<1

G: Groupes, P: Phases, G*P: Interaction
* p < .05

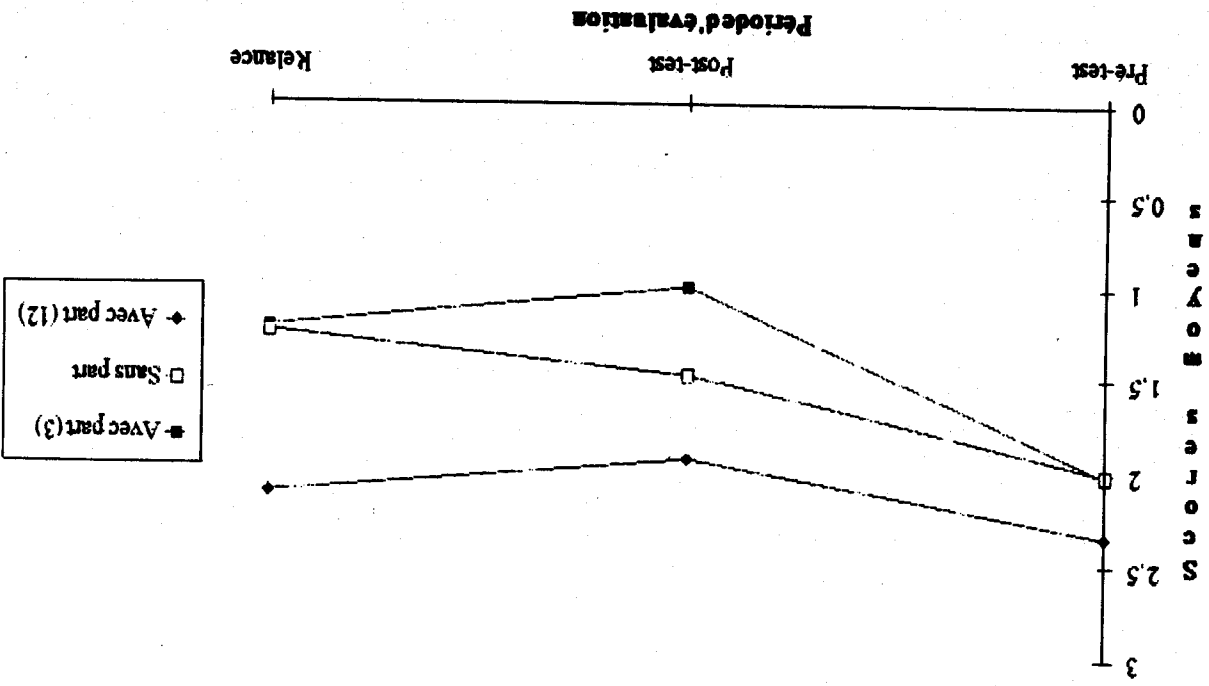


Figure 1. Moyenne des résultats à l'échelle portant sur le malaise lors de situations d'exposition en groupe (EMG).

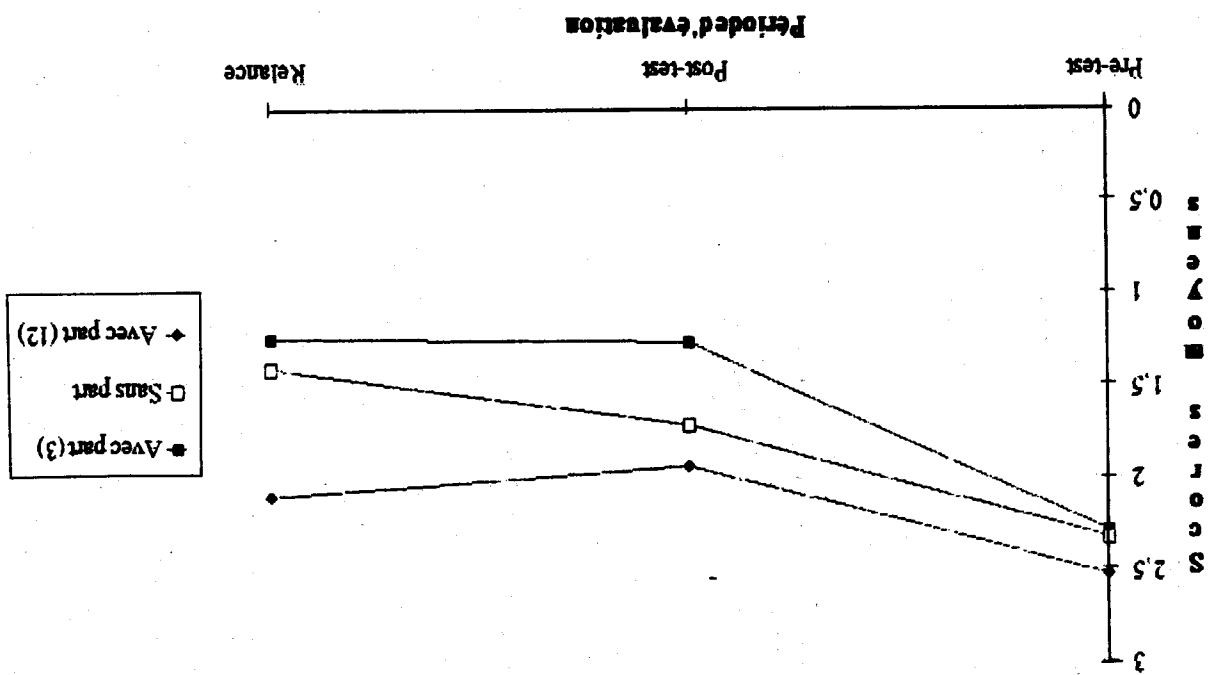


Figure 2. Moyenne des résultats à l'échelle portant sur la prédisposition à affronter des situations d'exposition en groupe (EPG).

une période de temps assez longue produit un faible taux d'attrition. Dans la présente recherche, le taux d'attrition se situe aux environs de 9%. Ce taux contraste avec celui des études utilisant un traitement assisté par un thérapeute, la plupart du temps sur de courtes périodes ou un traitement médicamenteux (Jansson et Ost, 1982).

Les résultats de cette recherche ne confirment pas l'hypothèse de départ à savoir que la participation du partenaire à toutes les séances de la thérapie (100%) augmentera l'efficacité du traitement. Nous n'observons pas de différences significatives au niveau de l'efficacité du traitement entre les trois groupes expérimentaux. Ces résultats concordent avec ceux de Cobb et al. (1984) et Marchand et al. (1985) et sont en contradiction avec les résultats de Mathews et al. (1979) et Barlow et al. (1984).

Il faut cependant interpréter les données de la présente recherche portant sur l'apport du partenaire au programme d'exposition avec prudence en raison de quelques lacunes méthodologiques (échantillon très restreint de sujets, certaines variables confondues, relance de courte durée) et de certaines particularités au niveau de l'application du programme d'intervention. En fait, les données portant sur l'apport du conjoint ou d'un partenaire au programme d'exposition in vivo sont fort controversées. Elles permettent difficilement de déterminer si ce facteur favorise l'accomplissement de gains supplémentaires à la fin du traitement. L'étude de Barlow et al. (1984) suggère que l'apport du conjoint peut être substantiel, particulièrement durant la période suivant la fin de la thérapie. Cependant, ces résultats sont infirmés par nos données. Non seulement faut-il poursuivre ce type de recherche en augmentant les contrôles méthodologiques mais faudrait-il aussi tenir compte du type de partenaire (sain ou problématique) intégré dans le traitement en mesurant son implication et en évaluant également le type d'interaction entre les conjoints ou les partenaires. Cela permettrait de situer l'apport thérapeutique que peut présenter l'inclusion des partenaires dans les stratégies de traitement en groupe de l'agoraphobie.

Références

- Andrew, G., Moran, C. & Hall. (1985). Agoraphobia: A meta-analysis of treatment outcome studies. Manuscrit inédit. The Prince Henry Hospital, Australia.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Barlow, D. H., Mavissakalian, M. & Hay, L. R. (1981). Couples treatment of agoraphobia: Change in marital satisfaction. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 245-255.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Bland, K., Hallam, R.S. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335-338.
- Boisvert, J. M., Gaudette, G., Marchand, A. (1987a). Agoraphobie - Echelle «malaise». Manuscrit inédit, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Boisvert, J. M., Gaudette, G., Marchand, A. (1987b). Agoraphobie - Echelle «prédisposition». Manuscrit inédit, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Brehony, K. A. and Geller, E. S. (1981). Agoraphobia: appraisal of research and a proposal for an integrative model. In H. Hersen, P. Miller, R. Eisler (Eds.), *Progress in Behavior Modification*, (Vol. 12.) New York: Academic Press.
- Chambless, D.L., Gallagher, R., Bright, P. (1981). The measurement of fear in agoraphobia: the agoraphobic cognitions questionnaire and the body sensations questionnaire. Document présenté au congrès de l'AABT, Toronto, November.
- Cobb, J.P., Mathews, A.M., Childs-Clarke, J., Blowers, C.M., (1984). The spouse as cotherapist in the treatment of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 144, 282-287.
- Cook, T.D., Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and issues for field settings*. Chicago: Rand McNally.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). In vivo treatment of agoraphobia. In D.L. & A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G., Emmelkamp-Benner, A. (1975). Effects of historically portrayed modeling and group treatment on self-observation: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 135-139.
- Fry, W.F. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245-252.
- Cree, J.H. (1965). The development of a scale to measure fear. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 45-53.
- Goldstein, A., Chambless, D. L. (1980). The treatment of agoraphobia. In A.J. Goldstein, E.G. Foa (Eds.), *Handbook of Behavior Intervention*. New York: Wiley.
- Goldstein-Fodor, I.G. (1974). The phobic syndrome in women. In V. Franks & V. Burtelle (Eds.), *Women in therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Goldstein, R.K., Swift, K. (1977). Psychotherapy with phobic patients: the marriage relationship as the source of symptoms and focus of treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 31, 284-293.
- Ghosh, A., Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3-16.
- Hafner, R.J. (1976). Fresh symptom emergence after intensive behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, 129, 378-383.
- Hafner, R.J. (1977a). The husbands of agoraphobic women: Assortative mating of pathogenic interaction? *British Journal of Psychiatry*, 130, 233-239.
- Hafner, R.J. (1977b). The husbands of agoraphobic women and their influence on treatment outcome. *British Journal of Psychiatry*, 131, 289-294.
- Hafner, R.J., 1982. The marital context of the agoraphobic syndrome. In D.L. Chambless & A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley.
- Hand, I., Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 405-411.
- Hand, I., Lamontagne, Y., Marks, I.M. (1974). Group exposure (flooding) in vivo for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 124, 588-602.
- Himadi, W. G., Boice, R., Barlow, D. H. (1986). Assessment of agoraphobia - II. Measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Hudson, B. (1974). The families of agoraphobics treated by behaviour therapy. *British Journal of Social Work*, 4, 51-59.
- Jansson, L., and Ost, L. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychology Review* 2, 311-336.
- Jannoun, L., Mundy, M., Catalan, J., Gelder, M. (1980). A home-based treatment programme for agoraphobia: Replication and controlled evaluation. *Behaviour Therapy*, 11, 294-305.
- Jones, R.B., Sinnott, A., Fordham, A.S. (1980). Group in vivo exposure augmented by the counselling of significant others in the treatment of agoraphobia. *Behavioural Psychotherapy*, 8, 31-35.

- Kleiner, L., Marshall, W.L., Spevack, (1987) Training in problem-solving and exposure treatment for agoraphobics with panic attacks. *Journal of anxiety disorders, 1*, 219-238.
- Marchand, A., Bérard, M. (1982). Revue critique des traitements des phobies: Perspectives et avantages du traitement en groupe. *Journal de thérapie Comportementale, 4*, 1-15.
- Marchand, A., Boisvert, J.M., Beaudry, M., Bédard, M., Gaudette, G. (1985). Le traitement de l'agoraphobie en groupe avec ou sans partenaire. *Revue Québécoise de Psychologie, 3*, 36-48.
- Marchione, K.E., Michelson, L., Greenwald, M., Dancu, C. (1987). Cognitive-behavioral treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 25*, 319-328.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G., Johnston, D.W. (1981a.) *Agoraphobia: Nature and treatment*, New York: Guilford.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G., Johnston, D.W. (1981b). Programmed Practice for Agoraphobia: Vol.1 - patients' Manual; Vol. 2- Partners' Manual. In *Agoraphobia: Nature and treatment*, New York: Guilford.
- Mathews, M.A., Jannoun, L., Gelder, M., (1979) Self-help methods in agoraphobia, Communication présentée au Congrès de l'Association Européenne de Thérapie Behaviorale, Paris.
- Mathews, A., Teasdale, J., Mungy, M., Johnston, D., Shaw, P. (1977). A home-based treatment program for agoraphobia. *Behavior Therapy, 8*, 915-924.
- Mavissakalian, M., Barlow, J.H. (Eds) (1982) *Phobia: Psychological and Pharmacological Treatment*, New York: Guilford Press.
- McPherson, F.M., Brougham, L., McLaren, S. (1980) Maintenance of improvement in agoraphobic patients by behavioral methods - four years follow-up. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 150-152.
- Michelson, L. (1987). Cognitive-behavioral assessment and treatment of agoraphobia. In L. Michelson and L. M. Ascher (Eds.), *Anxiety and stress disorders: Cognitive-behavioral assessment and treatment* (pp. 213-279). New York: Guilford.
- Milton, F., Hafner, J. (1979). The outcome of behaviour therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry, 36*, 807-811.
- Munby, M., Johnston, J.W. (1980) Agoraphobia: The long-term follow-up of behavioral treatment. *British Journal of Psychiatry, 137*, 418-427.
- O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Last, C.G. (1982). Changing marriage patterns of agoraphobics as a result of treatment. In R.L. DuPont (Ed.), *Phobia: A comprehensive summary of modern treatments*. New York: Brunner/Mazel.
- Oatley, K., Hodgson, D. (1987). Influence of Husband on the Outcome of their Agoraphobic Wives Therapy. *British Journal of Psychiatry, 150*, 380-386.
- Torpy, D.M., Measey, L.G. (1974). Marital interaction in agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology, 30*, 351-354.
- Vituro, F., Charest, J., Boisvert, J.M. (1981). Multimodal behavior therapy for agoraphobia. *Behavioral Engineering, 6*, 177-183.
- Watson, J.P., Mullet, G.E., Pillay, H. (1973). The effects of prolonged exposure upon agoraphobic patients treated in groups. *Behaviour Research and Therapy, 11*, 531-545.