

# La consommation de médication et les gains thérapeutiques dans le traitement cognitivo-comportementale du trouble de panique<sup>1</sup>

Janel Gauthier, Guylaine Côté, Benoît Laberge,

*Ecole de psychologie  
Université Laval*

Hugues J. Cormier et Jacques Plamondon

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

## Résumé

Cette étude a pour but de déterminer si les patients qui ont recours à une médication pour gérer leurs attaques de panique au moment de débuter une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de panique. Pour ce faire, 21 patients ayant complété une thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble de panique ont été divisés en deux groupes selon qu'ils utilisaient ou non une médication pour contrôler leurs attaques de panique pendant la période de pré-traitement. Les résultats n'ont révélé aucune différence significative entre les deux groupes qui se sont améliorés de façon significative sur le plan statistique et sur le plan clinique. Des analyses de puissance statistique faites à partir des données de l'étude ont permis de déterminer que les différences pouvant exister entre les deux groupes (en supposant qu'elles existent vraiment) étaient négligeables au point de n'expliquer tout au plus que 11 % de la variance des données. Il s'ensuit, du point de vue psychologique, qu'il n'y a pas lieu de voir la consommation de médication pour le trouble de panique comme une contre-indication pour la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement du trouble de panique.

---

<sup>1</sup> Les demandes de tirés à parts doivent être adressées au Dr Janel Gauthier, Ecole de psychologie, Université Laval, Sainte-Foy, Québec, G1K 7P4, CANADA.

Plusieurs études contrôlées confirment l'efficacité de la thérapie cognitive-comportementale dans le traitement du trouble de panique (Barlow, Cohen, Waddell, *et al.*, 1984; Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989; Beck, 1988; Bonn, Readhead & Timmons, 1984; Clark, Salkovskis, & Chalkley, 1985; Gitlin, Martin, Shear, & al., 1985; Griez & van den Hout, 1986; Klosko, Barlow, Tassinari, & Cerny, 1988; Laberge, Gauthier, Côté, Flamondon, & Cormier, sous presse; Ost, 1988; Salkovskis, Jones, & Clark, 1986; Shear, 1988). Il conviendra de noter, toutefois, que, contrairement à ce qui serait le plus souhaitable sur le plan méthodologique, les patients traités dans ces études ne sont pas tous sans médication au moment où ils sont évalués et traités. En effet, bon nombre d'entre eux utilisent des anxiolytiques ou encore des anti-dépresseurs pour contrôler leurs attaques de panique avant et pendant le traitement, les anxiolytiques étant plus souvent utilisés que les anti-dépresseurs (Laberge, Gauthier, & Côté, 1987). Inversement, il faut aussi noter qu'un nombre non négligeable de patients dans ces études ne recourent à aucune médication pour contrôler leurs attaques de panique ou encore refusent d'y recourir. Il s'ensuit donc que les patients traités dans ces études ne sont pas tous comparables en ce qui a trait à l'utilisation de médication pour contrôler les attaques de panique. Toutefois, l'influence potentielle de cette variable dans les études sur la thérapie cognitive-comportementale du trouble de panique n'a jamais été étudiée.

D'un point de vue *psychologique*, il y a plusieurs raisons de s'interroger au sujet de l'influence de la médication sur les résultats thérapeutiques obtenus à l'aide de la thérapie cognitive-comportementale. Tout d'abord, comme le suggèrent certaines théories psychologiques dont la théorie cognitive-sociale de Bandura (1986), la consommation de médicaments au cours d'une thérapie cognitive-comportementale expose le patient à attribuer ses progrès thérapeutiques non seulement à ses efforts personnels mais aussi à sa médication. Comme le suggère la théorie cognitive-sociale de Bandura (1986), l'attribution de progrès thérapeutiques à la médication expose aussi le patient à avoir de la difficulté à développer une perception d'efficacité personnelle élevée à gérer des situations phobiques sans support pharmacologique, ce qui le rend plus hésitant à abandonner sa médication.

Le danger psychologique que représente potentiellement la pharmacothérapie quand elle est utilisée conjointement avec la thérapie cognitive-comportementale n'est pas purement théorique. En effet, faisant état d'une observation clinique, Telch (1988) affirme avoir vu à sa clinique des patients qui étaient maintenus sur des doses d'imipramine de seulement 8 mg pendant qu'ils recevaient une thérapie basée sur l'exposition. En dépit de progrès impressionnants durant le traitement comportemental, le simple fait de considérer un retrait de la médication produisait chez ces patients une montée marquée d'anxiété et, dans certains cas, un retour de la panique.

Enfin, une analyse comparative des taux de succès obtenus dans les études portant sur les interventions psychologiques et pharmacologiques dans le traitement de la panique (Clum, 1989) corrobore la tendance des traitements combinés à produire de moins bons résultats thérapeutiques que l'un ou l'autre des traitements pris séparément et que les différences sont plus marquées quand les thérapies comportementales sont combinées soit aux anti-dépresseurs ou aux benzodiazépines à haute puissance.

Le but de la présente étude était de répondre aux cinq questions suivantes:

- 1) Les patients sous médication sont-ils différents de ceux qui ne sont pas sous médication en ce qui concerne la fréquence et l'appréhension des attaques de panique au moment où ils se présentent pour une thérapie cognitive-comportementale?
- 2) Quel est l'éventail de médicaments utilisés par les patients sous médication lorsqu'ils se présentent pour une thérapie cognitive-comportementale?
- 3) Les patients sous médication répondent-ils aussi bien à la thérapie cognitive-comportementale que ceux qui ne sont pas sous médication?
- 4) La thérapie cognitive-comportementale apporte-t-elle des changements dans la médication des patients sous médication?
- 5) Quel est le profil de changements de la médication?

Ces questions sont importantes à étudier non seulement pour voir dans quel mesure il y aurait lieu d'exercer un contrôle de la médication dans les études portant sur la thérapie cognitive-comportementale de la panique. Mais aussi sur le plan clinique à cause des implications pour la gestion du trouble de panique.

## Méthode

### Sujets

Les sujets proviennent d'un bassin de volontaires inscrits à un programme de traitement cognitive-comportemental pour le trouble de panique. Pour les fins de la présente étude, ils sont divisés en deux groupes selon qu'ils utilisent ou non une médication pour contrôler leurs attaques de panique. Suite à cette répartition, 13 sujets se sont retrouvés dans le groupe *AVEC MÉDICATION* et 8 sujets se sont retrouvés dans le groupe *SANS MÉDICATION*. Les données sociodémographiques pour chacun de ces groupes sont résumées au tableau 1.

Tableau 1

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des deux groupes de sujets.

Variable	Groupe		Total
	Avec médication	Sans médication	
Sexe			
Femme	11	5	16
Homme	2	3	5
Age			
Moyenne (ans)	34	31	32,5
Étendue	25-41	24-50	24-50
Chronicité du trouble			
Moyenne (ans)	8,7	7, 8	8, 25
Étendue	2-18	1,5-18	1,5-18
Statut marital			
Marié	10	3	13
Marié de fait	3	3	6
Célibataire	0	2	2

La répartition des sujets dans les groupes n'est pas aléatoire. Bien entendu, il aurait été possible de former aléatoirement deux groupes de sujets et d'imposer à un groupe une thérapie cognitivo-comportementale combinée à une médication et à un autre groupe une thérapie cognitivo-comportementale en leur demandant de s'abstenir de toute médication. Toutefois, sans nier les avantages méthodologiques que peut offrir une telle procédure, il importe de noter qu'elle présente de sérieux problèmes. Tout d'abord, en imposant une modalité de traitement à des sujets, on s'expose à des problèmes de collaboration de la part des patients, ce qui peut apporter des problèmes de validité au niveau des données. De plus, il y a un problème de validité écologique car, dans la vraie vie, les gens choisissent eux-mêmes d'avoir recours ou non à une médication pour gérer leurs attaques de panique et il n'y a personne qui leur impose de prendre ou de ne pas prendre une médication. Ceci signifie que la réalité étudiée dans le cas d'une répartition aléatoire ne correspond pas nécessairement à la réalité qui est étudiée dans une répartition naturelle. Ceci signifie également que la répartition aléatoire n'est pas nécessairement supérieure à la répartition naturelle. Le choix dépend essentiellement des questions étudiées et des compromis que le chercheur est prêt à faire. Ce qui a été délibérément favorisé dans la présente étude est la validité écologique de l'étude. D'ailleurs, comme il s'agit à toute fin pratique d'une étude de milieu, certaines questions n'auraient pu être étudiées si un schéma expérimental avec répartition aléatoire avait été privilégié.

Les participants à la recherche ont été référés par des professionnels de la santé ou recrutés par le biais d'annonces dans les journaux ou à la radio. Chaque sujet a été interviewé au préalable pour en déterminer l'admissibilité au programme de recherche en cours. Les critères d'exclusion sont les suivants: (a) être âgé de moins de 18 ans ou de plus de 60 ans; (b) tout indice de dépendance ou d'un usage abusif de drogue ou d'alcool (toxicomanie); (c) un diagnostic primaire de dépression majeure; (d) tout autre trouble psychiatrique exigeant une intervention immédiate; (e) tout signe de psychose ou de syndrome organique; et (f) tout indice de maladie physique sérieuse.

Pour être inclus dans l'étude, tous les sujets doivent rencontrer les critères diagnostiques du trouble de panique tel que défini dans le DSM-III-R (APA, 1987). Le diagnostic est fait à partir des données de la version Upjohn de l'*Entrevue clinique structurée* pour le DSM-III-R (Spitzer & Williams, 1986). Les interviewers sont deux psychologues cliniciens qui satisfont aux critères d'accord interjuges lors de leur entraînement. En plus de rencontrer les critères diagnostiques du trouble de panique, les sujets sur médication doivent, dans le cas des benzodiazépines, avoir été sous médication depuis au moins trois mois; dans le cas des inhibiteurs de la monoamine oxydase et des antidépresseurs tricycliques, ils doivent avoir été sous médication depuis au moins six mois. Une fois acceptés dans l'étude, les sujets signent un formulaire d'autorisation leur expliquant les buts et la nature de l'étude.

#### Mesures

*Fréquence des attaques de panique.* Comme les attaques de panique sont des phénomènes subjectifs, il faut s'en remettre au rapport du patient pour les mesurer. D'où, la nécessité de demander au patient de les enregistrer. Afin de déterminer si les épisodes de panique enregistrés par les patients rencontrent ou non les critères du DSM-III-R, les patients doivent remplir des fiches d'auto-enregistrement permettant d'obtenir les informations suivantes: (a) la date et l'heure correspondant au début de la panique; (b) la durée de la panique; (c) le niveau maximum d'anxiété ressentie; et (d) le nombre de symptômes. Les patients doivent indiquer s'ils sont ou non dans une situation de stress, seuls ou en compagnie de d'autres personnes, et si l'attaque de panique survient de façon inattendue ou non. Les sujets enregistrent leurs attaques de panique quotidiennement pendant six semaines immédiatement avant et après le traitement cognitivo-comportemental, et encore pendant six semaines lors d'un suivi de trois mois et un autre six mois. Les fiches d'auto-enregistrement permettent d'obtenir une mesure de la fréquence des attaques de panique. Cette mesure est obtenue en faisant la somme des attaques de panique pour chaque période d'évaluation et en divisant cette somme par le nombre de semaines composant cette période d'évaluation.

*L'appréhension des attaques de panique.* En plus de décrire leurs attaques de panique, les sujets doivent également évaluer chaque jour sur une échelle de 0 à 8 jusqu'à quel point ils craignent en moyenne d'avoir une attaque de panique pendant la

journée. Ces données permettent d'obtenir une mesure de l'intensité de l'appréhension des attaques de panique. Cette mesure est obtenue en faisant la somme des intensités pour chaque période d'évaluation et en divisant cette somme par le nombre de semaines composant cette période d'évaluation.

La médication pour les attaques de panique. Pendant chacune des périodes d'auto-enregistrement, les patients consommant des médicaments devaient aussi inscrire chaque jour le type, la dose et la quantité de médicaments consommés. A cause des difficultés inhérentes à l'évaluation clinique de l'action pharmacologique de différentes classes de médicaments (Halpern, 1977), il n'est pas possible d'obtenir une mesure de la médication qui reflète à la fois le type, la dose et la quantité de médicaments consommés. En effet, les facteurs qui déterminent l'action pharmacologique d'un médicament sont si nombreux (Halpern, 1977) qu'il est difficile d'être dans une situation contrôlée en laboratoire, il est pratiquement impossible de la quantifier sur une échelle d'une façon qui soit scientifiquement acceptable ou valide sur le plan pharmacologique. Dans la présente étude, ce problème de compilation des données relatives à la médication est encore plus grave parce que les sujets n'utilisent pas tous le même médicament. Par conséquent, au lieu de proposer une échelle qui de toute façon aurait été d'une validité douteuse, nous avons préféré nous limiter à mesurer le nombre de pilules consommées chaque semaine. Toutefois, afin de donner plus de validité à cette mesure, les sujets devaient consommer le même type et la même dose de médicaments pendant toute la durée de l'étude de telle sorte que la seule variable changeante était la quantité consommée. Bien qu'imparfaite, cette mesure peut s'avérer satisfaisante pour les besoins de l'étude car la médication est examinée à titre purement indicatif et ne constitue pas un point de comparaison entre les deux groupes de sujets.

#### Le traitement

Le traitement administré aux sujets est inspiré de ceux de Barlow et Cerny (1988), Beck (1988), Clark et Salkovskis (1989) et est, par conséquent, de nature cognitivo-comportemental. Il comprend trois parties:

- 1) La première partie du protocole de traitement inclut une présentation de la justification du traitement ainsi que des informations au sujet du trouble de panique. Dans cette partie, les sujets sont informés du rôle de la pensée dans le trouble de panique.
- 2) La deuxième partie du protocole inclut les composantes suivantes: (a) l'entraînement à la maîtrise de différentes techniques de gestion d'anxiété tel que la respiration lente du diaphragme (Clark *et al.*, 1985), la relaxation progressive (Bernstein et Borkovec, 1973), la distraction et le dialogue interne (Meichenbaum, 1985); (b) la thérapie cognitive basée sur le modèle décrit par Beck et Emery (1979, 1985); (c) l'exposition aux stimuli phobiques internes et aux symptômes de la panique (Barlow & Cerny, 1988; Clark & Salkovskis, 1989); et (d) l'exposition aux stimuli phobiques externes.

3) La troisième partie du protocole comprend un entraînement à la prévention de la rechute et un programme de maintien au cours duquel les patients sont encouragés à continuer à faire les exercices qui les ont conduit au contrôle de la panique.

Les séances de thérapie sont hebdomadaires et durent 80 min chacune. Le traitement est étendu sur une période de 17 semaines.

#### Thérapie

Les patients sont traités par une étudiante de doctorat en psychologie clinique. Cette dernière a quatre ans de formation et d'expérience en thérapie cognitivo-comportementale et elle est supervisée par un docteur en psychologie clinique qui possède 18 ans d'expérience dans l'application des stratégies cognitivo-comportementales pour les troubles d'anxiété.

### Résultats

#### Les caractéristiques socio-démographiques

Avant d'analyser les résultats du traitement, les caractéristiques socio-démographiques des deux groupes de patients (voir tableau 1) ont fait l'objet de comparaisons. L'application de tests *t* et de tests *chi-carré* ne révélèrent aucune différence entre les groupes.

#### La fréquence et l'appréhension des attaques de panique

Les moyennes et les écarts-types concernant les mesures de fréquence et d'appréhension de la panique au prétest, au posttest et à chacun des deux suivis pour chacun des deux groupes de patients se trouvent au tableau 2.

Pour débiter, les scores obtenus au prétest ont été soumis à une analyse de variance multivariée (MANOVA) dans le but de déterminer s'il existe des différences significatives entre les deux groupes de sujets. Cette analyse n'a révélé aucun résultat significatif, suggérant ainsi que la fréquence et l'appréhension des paniques est semblables dans les deux groupes de patients.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types de la fréquence et de l'appréhension des paniques pour chacun des deux groupes de sujets à chacune des périodes d'évaluation.

Mesure/ Groupe		Suivi			
		Pretest	Posttest	3 mois	6 mois
Fréquence des attaques de panique <sup>A</sup>	M	2,47	0,12	0,12	0,12
	E.T.	1,85	0,37	0,24	0,14
	M	1,42	0,04	0,00	0,00
	E.T.	0,55	0,12	0,00	0,00
Appréhension des attaques de panique <sup>B</sup>	M	23,74	7,29	3,80	3,13
	E.T.	7,79	9,15	6,66	5,51
	M	18,47	5,78	3,63	2,68
	E.T.	6,10	5,20	5,16	3,75

A: Nombre moyen d'attaques de panique par semaine.

B: Moyenne hebdomadaire de l'appréhension des attaques de panique.

Par la suite, les scores des deux mesures de la panique (fréquence et appréhension) ont été soumis à un MANOVA pour une variable intra (temps) et une variable intersujets (groupes). Cette analyse révèle un effet significatif seulement pour le facteur temps [ $T$  de Hotelling = 4,02,  $F(6-110) = 36,85$ ,  $p < .001$ ], ce qui signifie que les patients avec médicament et sans médicament ont effectivement répondu à la thérapie cognitivo-comportementale mais non de façon significativement différente. Les analyses de variance univariées (ANOVAs) indiquent que la thérapie s'est avérée efficace pour réduire non seulement la fréquence des attaques de panique [ $F(3,57) = 29,63$ ,  $p < .001$ ] mais aussi l'appréhension des attaques de panique [ $F(3,57) = 65,91$ ,  $p < .001$ ].

Les analyses de l'effet temps pour la mesure de la fréquence des attaques de panique révèlent que, du pretest au posttest, il y a eu une diminution significative du nombre d'attaques de panique [ $F(1,19) = 34,52$ ,  $p < .001$ ]. Aucun changement significatif n'est observé au-delà du posttest. Les analyses à l'effet temps pour la mesure de l'appréhension des attaques de panique mettent à jour des améliorations significatives du prétest au posttest [ $F(1,19) = 82,87$ ,  $p < .001$ ] et du posttest au suivi de trois mois [ $F(1,19) = 8,61$ ,  $p < .01$ ]. La différence entre les deux suivis n'est pas significative.

Les données décrivant le nombre de patients qui ont rapporté n'avoir eu aucune attaque de panique au posttraitement et aux suivis dans chacun des deux

Tableau 3

Nombre et pourcentage de sujets rapportant n'avoir eu aucune attaque de panique au posttest ainsi qu'aux suivis de 3 et 6 mois pour chacun des groupes traités.

Groupe	Posttest			Suivi		
	N	%	N	%	N	%
AVEC médication	11	84,6	9	69,2	11	84,6
SANS médication	7	87,5	8	100,0	8	100,0

groupes sont présentées au tableau 3. Des analyses effectuées à l'aide de tests *chi-carré* n'ont révélé aucune différence significative entre les groupes au posttest, au suivi de trois mois et au suivi de six mois. Il conviendra de noter que parmi les 4 sujets qui ont rapporté des attaques de panique au suivi de trois mois dans le groupe avec médication, 2 (soit 50%) ont eu seulement une attaque de panique en six semaines.

#### La médication

Un examen des fiches d'auto-enregistrement indique que tous les patients dans le groupe avec médication ont conservé le même type (ou la même combinaison) et le même dosage de médicaments jusqu'à la fin de l'étude ou jusqu'à ce qu'ils cessent toute consommation de médicament. Les changements au niveau de la prise de médicaments dans le temps sont décrits au tableau 4. L'examen du tableau, permet de remarquer que la plupart des patients ne consomment que des anxiolytiques.

En moyenne, le nombre de pilules consommées par semaine était de 9,48 au prétest (E.T. = 7,59), de 3,95 au posttest (E.T. = 4,39), de 3,17 au suivi de trois mois (E.T. = 4,67) et de 3,08 au suivi de 6 mois (E.T. = 4,57). Un ANOVA pour facteur unique démontre qu'il y a une diminution significative de la médication dans le temps [ $F(3,12) = 15,40$ ,  $p < .001$ ]. Des analyses additionnelles révèlent que la principale diminution de médication est survenue au posttest [ $F(1,12) = 13,93$ ,  $p < .003$ ]. Il convient de noter que l'examen des données individuelles indique que personne n'a augmenté sa médication durant le traitement. La médication utilisée est au moins deux fois moindre au posttest qu'au prétest et approximativement trois fois moindre à chacun des suivis qu'au prétest.

de puissance *a priori*. De plus, nous n'avons guère le choix car ne se retrouvent pas dans les écrits actuels les données nécessaires pour effectuer une analyse *a priori*.

Un estimé de la grandeur des effets de la thérapie cognitivo-comportementale sur la fréquence et l'appréhension des paniques au posttest et aux suivis à l'aide de la statistique  $d$  (Cohen, 1977) a donné lieu à des valeurs s'étendant de .60 à .70 pour la variable fréquence et de .20 à .52 pour la variable appréhension. Compte tenu de la grandeur des échantillons et le niveau de signification choisi, la puissance des tests à détecter ces effets dans la présente étude allaient de .20 à .27 pour la variable fréquence et de .06 à .16 pour la variable appréhension.

De toute évidence, pour obtenir une puissance statistique acceptable dans la présente étude, soit une valeur de .80 (Cohen, 1977), il aurait fallu traiter un plus grand nombre de patients AVEC et SANS médication. A ce sujet, les analyses de puissance indiquent que, dépendamment de la période d'évaluation considérée, ce nombre aurait dû être au moins de 33 à 45 sujets *par* groupe dans le cas de la variable fréquence et au moins de 59 à 393 sujets *par* groupe dans le cas de la variable appréhension. Il faut noter que les valeurs *oméga-carré* (Cohen, 1969) correspondant à celles des  $d$  varient de .08 à .11 pour la variable fréquence et de .01 à .06 pour la variable appréhension. En supposant que les différences recherchées existent vraiment dans la population générale, ceci signifie qu'aucune de ces différences n'aurait expliqué plus de 11% de la variance des données.

**Discussion**

Tel qu'indiqué au début, le but de cette étude est de répondre à cinq questions. La première concerne les différences entre les patients AVEC et SANS médication pour gérer les attaques de panique au moment où ils se présentent pour une thérapie cognitivo-comportementale. A ce sujet, les comparaisons effectuées au prétest suggèrent que les différences qui existent entre ces deux populations sont relativement comparables. Evidemment, ceci ne signifie aucunement que la médication utilisée par les patients qui souffrent d'un trouble de panique dans la population générale est totalement inefficace. Tout au contraire, malgré ses limites, la médication a déjà fait ses preuves dans le traitement du trouble de panique (Laberge *et al.*, 1987). Ainsi, en toute logique, il y aurait lieu de croire que les patients qui se sont présentés pour l'étude sont ceux pour qui l'apport thérapeutique de la médication n'est pas satisfaisant.

La deuxième question concerne l'éventail de médicaments utilisés par les patients AVEC médication au moment où ils se présentent pour une thérapie cognitivo-comportementale. Les résultats de la présente étude corroborent ce qui est déjà connu à l'effet que les anxiolytiques sont beaucoup plus souvent utilisés que les antidépresseurs pour contrôler les attaques de panique (Laberge *et al.*, 1987). Bien entendu, il ne faut pas exclure la possibilité que les patients qui ont recours à des antidépresseurs ont obtenu une réduction plus satisfaisante de leur

**Tableau 4**

Types de médicaments utilisés par les patients dans le groupe AVEC médication et nombre de sujets utilisant chaque type de médicaments à chacune des périodes d'évaluation.

Type de médicament	Prétest		Posttest		3 mois		6 mois	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Anxiolytique	10	76,9	8	61,5	6	46,1	6	46,1
Anxiolytique/ Hypnotique	1	7,7	1	7,7	1	7,7	0	0,0
Anxiolytique/ Antidépresseur	1	7,7	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Anxiolytique/ Hypnotique/ Antidépresseur	1	7,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0

**Analyses de puissance statistique**

Dans le cas où les données d'une étude ne révèlent pas de différences significatives, les analyses de puissance statistique peuvent s'avérer fort utiles pour en déterminer les principales causes et obtenir des informations qui permettent d'apprécier d'un point de vue clinique la grandeur ou l'importance des différences attendues ou recherchées car, contrairement à la croyance populaire, le nombre de sujets dans une étude n'est pas le seul élément qui influence la puissance d'un test statistique. D'ailleurs, ce sont les analyses de puissance qui donnent souvent de la valeur à une étude dans laquelle il n'y a pas de différences significatives.

Bien entendu, comme il est impossible de prouver l'hypothèse nulle (i.e., que les différences significatives n'existent pas), il n'y a pas moyen de savoir si la cause est véritablement la non-existence de différences significatives dans la régularité. Toutefois, grâce aux tests de puissance, il est possible de voir jusqu'où la taille des échantillons et la grandeur des effets (*effect sizes*) ont pu jouer. Ces informations sont souvent utilisées pour déterminer s'il y a lieu de poursuivre une étude qui se veut préliminaire ou exploratoire. Il arrive parfois qu'une analyse de puissance est faite à partir d'informations disponibles dans la littérature pour justifier la taille d'un échantillon dans une nouvelle étude. Toutefois, il s'agit là d'un estimé très indirecte et très imparfait par rapport à ce qui peut être obtenu à partir des données d'une étude préliminaire qui reproduit intégralement les conditions de l'étude à faire. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles nous avons opté pour une analyse de puissance *a posteriori* plutôt que pour une analyse

panique et que, par conséquent, ils ne sont pas présentés à nous pour recevoir un traitement psychologique.

En ce qui a trait à la troisième question, i.e. la réponse des patients AVEC médication à la thérapie cognitivo-comportementale, il faut remarquer des différences entre les résultats obtenus et ceux attendus. En effet, contrairement à ce qui est suggéré dans la littérature (Bandura, 1986; Clum, 1989; Telch, 1988), la réponse des patients AVEC médication à la thérapie cognitivo-comportementale ne s'est pas avérée significativement moins bonne que celle des patients SANS médication. Ceci signifie que le danger psychologique potentiel que représente la pharmacothérapie quand elle est utilisée conjointement avec la thérapie cognitivo-comportementale n'est pas aussi grand que le suggère la recherche. Bien entendu, il ne faut pas sous-estimer pour autant l'existence de ce danger potentiel car, dans la présente étude, la puissance des tests statistiques à détecter des différences significatives entre les deux groupes de sujets est faible. Toutefois, comme les analyses de puissance statistique le suggèrent aussi, il ne faut pas sur-estimer ce danger. En effet, les analyses de puissance indiquent qu'il faut des échantillons de sujets relativement grands pour pouvoir détecter ces différences (en supposant qu'elles existent vraiment dans la population générale). De plus, si elles existent vraiment, il semble que ces différences soient d'une importance assez limitée puisque les analyses de puissance révèlent également que ces différences ne peuvent expliquer tout au plus que 11% de la variance des données.

La quatrième question concerne l'influence de la thérapie cognitivo-comportementale sur la médication des patients AVEC médication. À ce sujet, les résultats indiquent que les progrès thérapeutiques associés à la thérapie cognitivo-comportementale peuvent conduire à une diminution significative et relativement permanente de la médication pour le trouble de panique. À ce sujet, il faut remarquer que les patients consommant deux fois moins de médication au posttest qu'au prétest et trois fois moins de médication au suivi de 6 mois qu'au prétest. Bien que la mesure de la médication ne consiste qu'en une mesure du nombre de pilules consommées, la diminution est si grande qu'elle ne peut être ignorée. De plus, le fait que les sujets aient consommé le même type (ou la même combinaison) et le même dosage de médicaments jusqu'à la fin de l'étude ou jusqu'à ce qu'ils cessent toute consommation de médicament, ajoute à la validité de ces données.

Enfin, en ce qui concerne la cinquième question ou le profil de changements de la médication, les résultats suggèrent que, toute proportion gardée, les patients ont plus de difficultés à se défaire des anxiolytiques que des anti-dépresseurs. Bien entendu, comme le nombre de sujets qui consomment des antidépresseurs est beaucoup plus petit que le nombre de sujets qui consomment des anxiolytiques, cette conclusion ne peut être tout au plus que tentative. Toutefois, il faut noter qu'elle va dans le sens de ce qui a été observé empiriquement dans d'autres études (Laberge *et al.*, 1987).

Pour conclure, si la médication représente un danger psychologique potentiel pour la thérapie cognitivo-comportementale, il semble que ce danger soit dans l'ensemble relativement négligeable. Ceci signifie que les patients qui ont recours

à la médication pour gérer leurs attaques de panique sont en mesure de tirer autant de profits de la thérapie cognitivo-comportementale de la panique que les patients qui n'exercent pas ce genre de recours.

## Références

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3<sup>e</sup> ed. - revised)*. Washington, DC: auteur.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, Inc.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A., & Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20*, 261-282.
- Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Cohen, A.S., Waddell, M.T. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy, 15*, 431-449.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In S. Rachman, & J.D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of anxiety and phobic disorders, 137*. 452-457. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bernstein, D.A., & Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research Press.
- Bonn, J.A., Readhead, C.P.A., & Timmons, B.H. (1984). Enhanced adaptive behavioural response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. *The Lancet, 22*, 665-669.
- Clark, D.M., & Salkovskis, P.M. (1989). *Cognitive therapy for panic and hypochondriasis*. Oxford: Pergamon.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., & Chakley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16*, 23-30.
- Clum, G.A. (1989). Psychological interventions vs. drugs in the treatment of panic. *Behavior Therapy, 20*, 429-457.
- Cohen, J. (1969). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (édition révisée)*. New York: Academic Press.
- Giffin, B., Martin, J., Shear, K., & al. (1985). Behavior therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 742-743.
- Griez, E., & van den Houw, M.A. (1986). CO<sub>2</sub> inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 145-150.
- Halpern, L.M. (1977). Analgesic drugs in the management of pain. *Archives of Surgery, 112*, 861-869.
- Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R.B., & Cerny, J.A. (1988). Comparison of alprazolam and cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder: A preliminary report. In I. Hand & H.U. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II: Treatment and variables affecting course and outcome*. Berlin: Springer.
- Laberge, B., Gauthier, J., & Côté, G. (1987). Médication et thérapie comportementale dans le traitement du trouble de panique avec évitement généralisé. *Revue de modification du comportement, 17*, 221-241.

- Laberge, B., Gauthier, J., Côté, G., Plamondon, J., & Cormier, H. (sous presse). Cognitive-behavior therapy of panic disorder with secondary major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Meichenbaum, D.H. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Ost, L.G. (1988). Applied relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Salkovskis, P.M., Jones, D.R.O., & Clark, D.M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: Replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pCO<sub>2</sub>. *British Journal of Psychiatry*, 148, 526-532.
- Shear, M.K. (1988). Cognitive and biological models of panic: Toward and integration. In S. Rachman, J.D. Maser (Eds). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (1986). *Structured clinical interview for DSM-III-R (Upjohn version)*. New York: NY State Psychiatric Institute.
- Telch, M. (1988). Combined pharmacological and psychological treatments for panic sufferers. In S. Rachman & J.D. Maser (Eds). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.