

# L'impact de la présence de troubles de la personnalité sur la réponse au traitement behavioral-cognitif du trouble panique avec agoraphobie

ANDRÉ MARCHAND 1,2

*Université du Québec à Montréal  
Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine*

LYSANNE R. GOYER

*Université du Québec à Montréal*

NICOLE MAINGUY

*Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine*

Cette étude a pour but d'évaluer l'impact de la présence ou de l'absence d'un trouble de la personnalité sur la réponse au traitement en groupe d'individus ayant un trouble panique avec agoraphobie. Soixante-quatre participants souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie sont également évalués pour un trouble à l'axe 2 en fonction des critères diagnostiques du DSM-111-R. Ils sont ensuite traités pour leur phobie à l'aide d'une approche thérapeutique de groupe d'orientation behaviorale-cognitive. Diverses échelles de mesure sont utilisées pour mesurer l'impact du traitement et comparer les résultats obtenus en fonction de la présence (TP) ou de l'absence d'un trouble (NTP) de la personnalité. Les résultats révèlent une amélioration significative chez tous les participants après le traitement pour toutes les mesures. Les données obtenues révèlent aussi un effet négatif de la présence de troubles de la personnalité sur la réponse au traitement. Les sujets avec un TP s'améliorent moins rapidement que les sujets sans TP. En plus de fournir une interprétation des résultats, la discussion porte sur les limites méthodologiques de cette étude, sur la

---

1. Toute correspondance doit être adressée à André Marchand, Centre hospitalier Louis-H. -Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5.

2. Nous tenons à remercier le Dr. Frédéric Grunberg pour ses précieux conseils et Roch Morin pour son support technique.

pertinence de tenir compte ou non de la présence de troubles de la personnalité dans le traitement de l'agoraphobie, et sur l'orientation des recherches futures.

La relation entre le diagnostic de troubles de la personnalité (TP) et celui de trouble panique ou de l'agoraphobie a fait l'objet d'un intérêt grandissant au niveau de la recherche clinique depuis quelques années (Mavissakalian, Hamann et Jones, 1990). Des études récentes révèlent un lien important entre les états anxieux et les perturbations de la personnalité (Noyes, Reich, Suelzer et Christian, 1991). Des études portant sur la prévalence, la sévérité des symptômes, la réponse au traitement et le taux de rechutes de patients agoraphobes avec des traits/troubles de la personnalité soutiennent généralement l'hypothèse d'une association entre ces deux entités diagnostiques. Ces mêmes études rapportent une influence négative du trouble de la personnalité sur la réponse au traitement (Mavissakalian et Hamann, 1988; Noyes et al., 1991; Reich et Troughton, 1988). Plusieurs recherches constatent une prévalence du double diagnostic: trouble de panique avec agoraphobie et troubles de la personnalité variant entre 27% (Mavissakalian, et Hamann, 1986) et 58% (Friedman, Shear et Frances, 1987; Reich, Noyes et Troughton, 1987). Une étude récente (Renneberg, Chambless et Gracely, 1992) rapporte un taux de prévalence de l'ordre de 56%. Il semble que le taux de prévalence fluctue d'une étude à l'autre d'une part en raison des variations au niveau de la procédure diagnostique (ex; rapport verbal vs interviews: Dubro, Wetzler, et Kahn, 1988; Rennerberg, Chambless, Dowdall, Fauerbach, sous presse) et d'autre part en raison des différences observées au niveau des caractéristiques de l'échantillon. Par exemple, les troubles de la personnalité évitante et dépendante semblent plus fréquents chez les patients qui présentent un évitement agoraphobique important (Friedman, Shear et Frances, 1987; Green et Curtis, 1988; Reich, Noyes et Troughton, 1987; ). Selon Rennerberg et ses collaborateurs (1992), on observe plus fréquemment des troubles de la personnalité chez les sujets ayant un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie plutôt que chez les sujets avec un diagnostic de trouble panique sans complication phobique. En fait, selon des études récentes (Chambless, Renneberg, Goldstein, et Gracely, sous presse; Green et Curtis, 1988; Mavissakalian et Hamann, 1988; Reich, Noyes, Hirschfeld, Coryell et O'Gorman, 1987a; Renneberg et al., 1992) les troubles de la personnalité évitante, dépendante et histrionique sont les plus souvent diagnostiqués.

Cependant, malgré la prévalence de ces traits/troubles de la personnalité (Friedman, Shear et Frances, 1987; Mavissakalian et Hamann, 1986, 1987, 1988; Tyrer, Casey et Gall, 1983), aucune étude n'a pu démontrer avec certitude: 1) qu'un type précis de trouble de la personnalité est associé au diagnostic de l'agoraphobie; et 2) que le TP influence négativement la réponse au traitement d'un trouble de panique avec ou sans agoraphobie (Brooks, Baltazar et Munjack, 1989; Mavissakalian, Hamann et Jones, 1990). Par exemple, Reich, et Troughton (1988) ne trouvent aucun trait de personnalité qui distingue les patients ayant un trouble de panique de d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression. Cependant, certains chercheurs ont constaté que la présence d'un TP semble être un bon prédicteur d'une réponse défavorable au traitement (Mavissakalian et

Hamann, 1987; Reich, 1988; Reich et Green, 1991). Par contre, comme le constatent certains de ces auteurs (Mavissakalian, Hamann et Jones, 1990; Brooks, Baltazar et Munjack, 1989), il semble difficile de trouver un lien spécifique et précis entre un trouble de panique avec ou sans agoraphobie et un trouble de la personnalité. Ces mêmes auteurs remarquent que les études effectuées jusqu'à maintenant n'utilisent pas les mêmes critères diagnostiques, les mêmes instruments d'évaluation, et le même type de méthodologie ce qui rend difficile toutes comparaisons entre ces études.

A la lumière de ces données contradictoires, il devient nécessaire d'étudier l'influence de la présence ou de l'absence d'un trouble de la personnalité sur la réponse à un traitement de groupe chez les patients ayant un trouble panique avec agoraphobie. D'ailleurs, Tyrer, Casey et Gall (1983) obtiennent une forte corrélation entre un traitement à la phénelzine chez des patients anxieux et névrotiques et leurs traits/troubles de la personnalité. L'étude de Mavissakalian et Hamann (1987) révèle que 75% des patients qui obtiennent un score peu élevé à une échelle de mesure portant sur les troubles de la personnalité répondent bien à un traitement pharmacologique. Par contre, 25% des patients qui obtiennent des scores élevés à la même échelle de mesure répondent moins bien au traitement. Lors de l'application d'un traitement comportemental-cognitif, Turner (1987) constate qu'un groupe de patients ayant une phobie sociale jumelée à un TP s'améliore moins bien que le groupe de phobiques sociaux sans TP qui eux s'améliorent de façon marquée, du moins à court terme. Toutefois, Reich et ses collaborateurs (1987b) n'observent pas de différences au niveau des mesures de la personnalité pendant et après le traitement d'un trouble panique et d'un trouble dépressif. De plus, Reich (1988) observe qu'à la suite d'un traitement pharmacologique aux benzodiazépines, la diminution de la fréquence d'attaques de panique spontanées ne semble pas avoir été affectée par la présence de troubles de la personnalité. Néanmoins, les autres mesures de réponse au traitement (les attaques de panique situationnelles, les dysfonctions psychosociales et les mesures d'anxiété et de dépression de l'échelle Hamilton) sont fortement et négativement influencées par la présence des TP antisocial, limite, histrionique et narcissique.

Certaines études ont également démontré que le taux de rechute semble plus élevé chez les patients avec un TP. En effet, Green et Curtis (1988) notent que les sujets qui rechutent après un traitement pharmacologique (alprazolam) ont plus souvent un trouble de personnalité que les sujets qui ne rechutent pas.

Compte tenu du peu de recherches dans le domaine et des résultats contradictoires obtenus jusqu'à maintenant, l'objectif principal de cette étude consiste à analyser l'impact de la présence ou de l'absence d'un TP sur la réponse à un traitement de groupe d'orientation comportemental-cognitif de patients ayant un trouble panique avec agoraphobie. Nous formulons l'hypothèse que les individus souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie jumelée à un trouble de la personnalité répondront moins bien au traitement que les individus souffrant uniquement d'un trouble panique avec agoraphobie. Plus précisément, les individus avec un

trouble de la personnalité s'amélioreront moins rapidement que les sujets sans ce trouble.

## Méthodologie

### Participants

Cette étude rétrospective basée sur la révision de dossiers psychiatrique permet de sélectionner 74 participants provenant de la clinique externe du centre hospitalier Louis H. Lafontaine. De ce nombre, dix participants sont exclus: quatre pour insuffisance de renseignements dans leur dossier et six parce qu'ils avaient un diagnostic de trouble de personnalité mixte. Tous les participants ont reçu un diagnostic de trouble de panique avec agoraphobie ou d'agoraphobie sans attaque de panique à l'axe 1 du DSM-III-R. Neuf participants présentent d'autres diagnostics actifs à cet axe: dysthymie (quatre), phobies sociales (quatre) et hypochondrie (un). On dénombre 57 femmes et 7 hommes dont l'âge moyen est de 35, 5 ans. Trente neuf participants vivent en concubinage ou sont mariés tandis que les 25 autres vivent seuls. Des 64 participants retenus pour cette étude, 29 manifestent divers troubles de la personnalité. Les participants ont tous reçu un traitement de groupe de type comportemental-cognitif. Pour être sélectionnés dans les groupes de traitement, ils devaient rencontrer les critères suivants: 1) la problématique doit être apparue avant l'âge de 40 ans; 2) l'individu doit avoir vécu avec ce problème depuis au moins une année; 3) il doit être âgé entre 18 et 65 ans; et 4) il doit obtenir un score supérieur ou égal à 3 à l'Echelle Globale de Gravité des Symptômes. Les critères d'exclusion sont les suivants: dépression majeure, psychose, toxicomanie, trouble mental organique, trouble affectif précédant le début de l'agoraphobie, et toutes autres formes de phobies, personnalité bizarre et les troubles de la personnalité antisociale et limite.

### Intervenants

Dans un premier temps, les participants sont évalués par le psychiatre rattaché au module de thérapie comportementale de l'hôpital Louis-H. Lafontaine dans le but d'établir un diagnostic psychiatrique selon les critères du DSM-III-R. Dans un deuxième temps, les participants sont évalués par des psychologues d'orientation comportementale-cognitive afin de formuler l'analyse comportementale du client et de planifier le traitement. Cette évaluation comprend: 1) une anamnèse des symptômes; 2) une analyse fonctionnelle de la problématique; 3) une analyse des facteurs déclenchants et des facteurs de maintien du problème; 4) l'utilisation de questionnaires; et 5) l'utilisation de mesures directes (test d'évitement). L'évaluation s'échelonne sur trois entrevues. Par la suite, deux psychologues cliniciens ayant plusieurs années d'expérience en thérapie comportementale-cognitive aidés de stagiaires en psychologie animent les groupes de traitement selon une

approche comportementale-cognitive (stratégie d'exposition in vivo, de restructuration cognitive, de relaxation et d'entraînement respiratoire).

### Instruments de mesure

Le diagnostic d'un trouble panique avec agoraphobie et de l'agoraphobie sans attaque de panique à l'axe 1, et celui du trouble de la personnalité à l'axe 2 est établi à partir des critères diagnostiques du DSM-III-R lors de l'entrevue psychiatrique. Durant l'évaluation comportementale, les évaluateurs administrent plusieurs questionnaires possédant de bonnes propriétés psychométriques (voir Barlow, 1988). Ceux retenus pour cette étude sont les suivants: l'Echelle de Prédisposition Collective (EPC), l'Echelle de Prédisposition Individuelle (EPI), l'Inventaire de Mobilité pour l'Agoraphobie (IMA), et le Questionnaire de l'Évaluation de la Peur (QEP). L'EPC énumère aux clients différentes situations potentiellement anxiogènes qui peuvent se retrouver dans les environs de l'hôpital où a lieu le traitement (Boisvert, Gaudette, et Marchand, 1987). L'EPI comprend une liste détaillée de diverses situations anxiogènes pour l'individu. Elle est construite à partir des informations obtenues lors de la première entrevue d'évaluation comportementale (Marchand, 1987). L'IMA permet aussi de mesurer l'évitement agoraphobique et la fréquence des attaques de panique (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely et Williams, 1985). Le QEP permet d'auto-évaluer l'intensité de l'angoisse et de l'évitement phobique chez les patients phobiques (Marks et Mathews, 1979). Ces questionnaires possèdent une validité et une fiabilité acceptable et permettent une discrimination des diverses composantes de l'agoraphobie. Finalement, les questionnaires sont administrés à trois moments: pendant la période d'évaluation (pré-test), à la fin du traitement comportemental-cognitif (post-test), et trois mois après la fin du traitement (relance 1).

### Traitement

La thérapie de groupe comprend des techniques comportementales (exposition graduée in vivo), cognitives (restructuration cognitive, auto-distraction et auto-instruction), et physiologiques (réadaptation respiratoire et relaxation musculaire). Les rencontres de groupe sont animées par des thérapeutes du module de thérapie comportementale de l'hôpital Louis H. Lafontaine. Le traitement comporte 14 séances. Dans le but de favoriser graduellement l'indépendance des patients envers les thérapeutes, les 10 premières rencontres sont hebdomadaires tandis que les 4 dernières sont bi-hebdomadaires. Les rencontres d'une durée approximative de trois heures, se déroulent toujours de la même façon. Dans un premier temps, un animateur présente une technique au groupe dans le but d'aider les participants à faire face aux situations anxiogènes ou à contrôler leurs manifestations de peur. Par la suite, les participants sont répartis en sous-groupes avec un thérapeute. Ce dernier revoit les exercices d'exposition in vivo réalisés et les stratégies mises en pratique depuis la dernière rencontre. Il aide les clients à planifier les prochains exercices et prodigue des conseils thérapeutiques adaptés à chaque

client. La dernière partie de la rencontre comprend des exercices d'exposition gradués in vivo effectués en sous-groupes ou individuellement. Ces exercices sont déterminés d'après le niveau de difficulté de chaque participant. L'élément essentiel du traitement est l'exposition in vivo aux situations de peur réalisée de façon graduelle afin de favoriser l'habituation aux stimuli anxiogènes et l'élimination des réponses d'évitement.

Résultats

La distribution des troubles de la personnalité dans l'échantillon se répartit comme suit: 20 participants présentent un trouble de la personnalité dépendante, 5 un trouble hystérique, 1 un trouble obsessionnel-compulsif, 1 un trouble de personnalité narcissique, et 2 un trouble de personnalité évitante. Les participants présentant plus d'un trouble de la personnalité n'ont pas été inclus dans l'analyse statistique.

Pour des fins d'analyse statistique et de comparaison, nous avons constitué deux groupes de patients: 29 avec un seul trouble de la personnalité (TP) et 35 sans trouble de la personnalité (NTP). Une analyse de variance avec des effectifs inégaux (groupe TP et NTP) compare les résultats obtenus à l'aide des différentes échelles de mesure au pré-test et ne révèle aucune différence significative entre les groupes. Nous pouvons donc postuler qu'il y a équivalence des groupes au pré-test.

Une analyse de variance à mesures répétées avec des effectifs inégaux sur les groupes TP et NTP (voir le tableau 1) à différents moments de l'évaluation (groupes x phases de l'évaluation) souligne un effet significatif du traitement pour chacune des échelles de mesure de l'agoraphobie.

Les participants s'améliorent au post-test et à la relance. Cependant, il n'y a pas de différences significatives entre les scores au post-test et ceux à la relance. Les participants maintiennent donc leurs améliorations à la relance. Nous observons également un effet principal pour l'échelle IMA ( $F(1, 61) = 6, 24$ ) et QEP ( $F(1, 62) = 9, 35$ ). De plus, il y a un effet groupe pour deux échelles de mesure et un effet d'interaction entre les groupes et les moments d'évaluation pour l'échelle EPI ( $F(2, 122) = 3, 38$ ). Les figures 1 (IMA) et 2 (EPI) permettent de visualiser l'effet principal et l'effet d'interaction.

Tableau 1

Résultats de l'analyse de variance à un facteur avec mesures répétées et des effectifs inégaux sur les groupes TP et NTP aux trois moments de l'évaluation (groupes x phases de l'évaluation) pour les différentes échelles de mesure.

Mesures	Facteurs	Degré de liberté	Carré moyen	F
EPI	G	1/61	9,40	1,84
	T	2/122	83,37	171,88*
ÉPC	GXT	2/122	1,64	3,38*
	G	1/62	16,77	3,41
IMA	T	2/124	81,31	116,64*
	GXT	2/124	2,13	3,06
QEP	G	1/61	0,26	6,24*
	T	2/122	33,42	91,70*
GXT	GXT	2/122	0,85	2,34
	G	1/62	1524,81	9,35*
GXT	T	2/124	3814,79	112,82*
	GXT	2/124	88,22	2,61

\* p < 0,05

Les participants avec un diagnostic de trouble de la personnalité s'améliorent moins rapidement que ceux sans ce trouble tel que mesuré par les échelles IMA et QEP. Plus spécifiquement, les résultats à l'EPI pour les participants avec un trouble de la personnalité (EPI-TP) montrent qu'ils se détériorent légèrement à la relance tandis que les participants sans TP maintiennent leurs améliorations et continuent même de s'améliorer légèrement à la relance. Toutefois, nous n'observons pas cet effet d'interaction après le traitement (post-test et relance) pour les deux autres mesures (IMA, QEP).

Nous avons également effectué une analyse de variance sur les scores de différences (les scores à la relance moins les scores au pré-test) avec effectifs inégaux pour le sous-groupe TP DEP (trouble de la personnalité dépendante) et pour le sous-groupe TP AUT (les autres troubles de la personnalité). Les résultats de cette analyse ne révèlent pas de différences significatives entre ces deux sous-groupes. En résumé, nous observons une certaine influence de la composante trouble de la personnalité sur la réponse au traitement. Toutes les statistiques sont effectuées avec un seuil de signification  $p < 0,05$ .

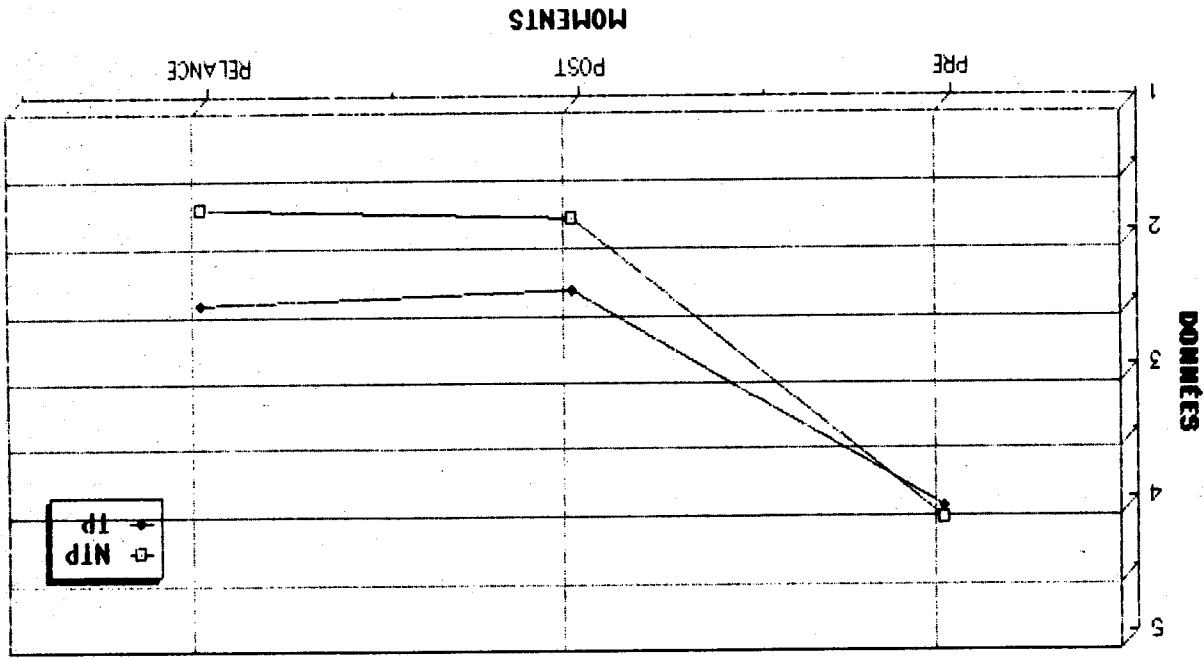


Figure 2. Moyenne des résultats à l'inventaire de mobilité de l'agoraphobie (IMA) entre les NTP et les TP aux trois moments de l'évaluation.

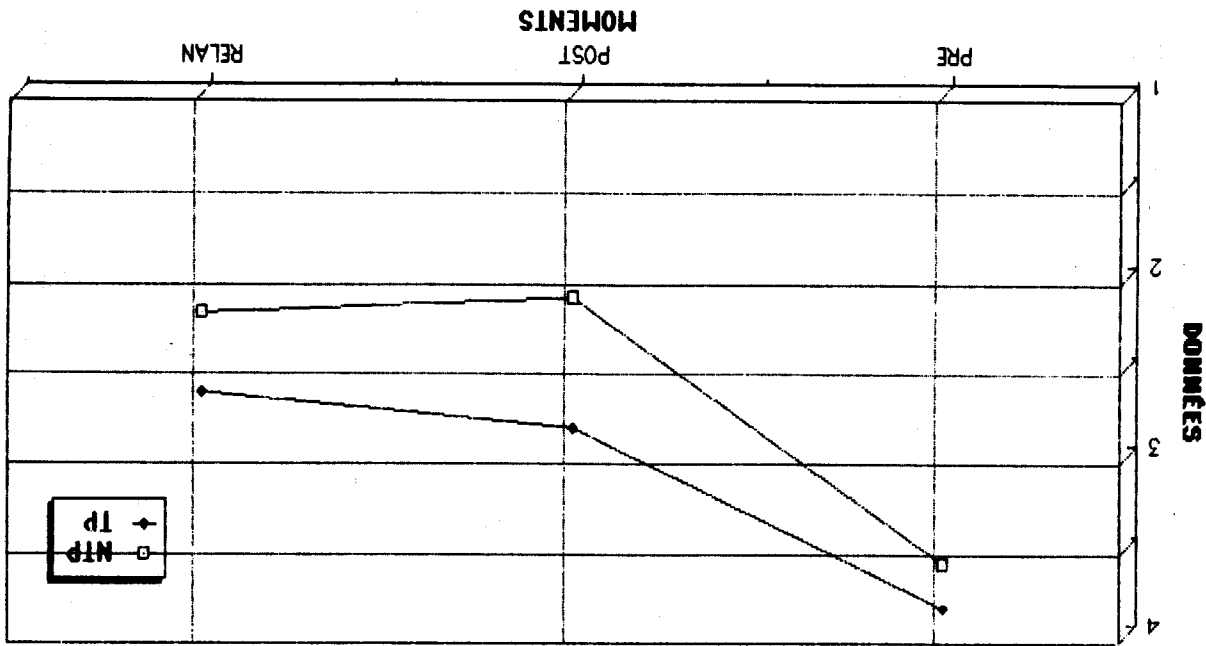


Figure 1. Moyenne des résultats à l'échelle portant sur la prédisposition à affronter des situations individuelles (ESI) entre les NTP et les TP aux trois moments de l'évaluation.

Nous avons également observé plus d'antécédents psychiatriques personnels dans le groupe TP que dans le groupe NTP. Toutefois, nous n'avons pu soumettre cette observation à l'analyse statistique en raison du nombre restreint d'information disponible. Nous avons également observé un plus grand nombre d'antécédents psychiatriques familiaux et personnels dans le groupe avec TP comparativement au groupe NTP.

### Discussion

Cette étude tente d'évaluer si la présence ou l'absence d'un trouble de la personnalité influence la réponse à un traitement en groupe d'orientation comportementale-cognitive. A notre connaissance, c'est la première étude du genre qui approche ce problème à partir d'une perspective exclusivement comportementale-cognitive. Dans un premier temps, les résultats indiquent que l'ensemble des participants a répondu favorablement au traitement comportemental-cognitif. Ces résultats concordent avec ceux des recherches récentes dans le domaine qui privilégient l'approche comportementale-cognitive dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie (Barlow, 1988).

Dans un deuxième temps, les résultats confirment l'hypothèse de départ: les participants ayant un trouble de la personnalité s'améliorent moins rapidement que les sujets sans ce trouble, tel que mesuré par trois des quatre échelles de mesure (IMA, QEP, EPI). L'EPI permet de constater que les participants avec un TP diminuent légèrement leurs performances à la relance tandis que les participants sans ce trouble semblent s'améliorer. Quand aux échelles IMA et QEP, elles permettent de constater que les participants avec un TP s'améliorent moins (post-test et relance) que les sujets sans ce trouble. De façon générale, cette étude supporte les recherches qui constatent que le trouble de la personnalité influence la réponse à un traitement. Ces études révèlent habituellement que les individus avec un TP répondent moins bien au traitement (Mavissakalian et Hamann, 1988; Noyes, Reich, Suelzer et Christiansen, 1991; Reich et Troughton, 1988).

A la lumière de ces faits, on peut supposer qu'il y a peut-être une ou plusieurs contre-indications à inclure des individus agoraphobes ayant un TP dans les groupes de traitement. Si l'on désire inclure ce type d'individus dans les groupes spécifiques portant sur les manifestations négatives des troubles de la personnalité. Ce genre d'intervention aurait pour but de diminuer l'influence des troubles de la personnalité sur la réponse au traitement du trouble panique avec agoraphobie.

Pour diverses raisons, il faut interpréter les résultats obtenus avec certaines précautions. Notre échantillon d'individus avec un trouble de la personnalité était constitué presque exclusivement de troubles de la personnalité craintives (personnalité dépendante, compulsive, évitante). Conséquemment, les résultats ne s'appliquent qu'à ce type de trouble et non à ceux des personnalités bizarres et dramatiques (ex: personnalité paranoïde, schizoïde, schizotypique, antisociale,

limite). Aussi, contrairement à d'autres recherches, notre échantillon est constitué de sujets pour qui l'évaluation psychiatrique ne relevait que la présence des troubles de la personnalité sans tenir compte des traits de la personnalité. Ce facteur peut en partie expliquer les résultats contradictoires. Il faut également interpréter les résultats avec prudence en raison de certaines lacunes méthodologiques inhérentes à la présente étude (étude rétrospective, nombre de participants restreints, non contrôle du type et de la fréquence d'utilisation de la médication durant le traitement, critères diagnostiques des troubles de la personnalité établis par différents évaluateurs, etc.). Les prochaines études sur cet aspect devraient considérer le problème de l'évaluation psychiatrique des troubles de la personnalité chez les individus ayant un diagnostic de trouble panique avec agoraphobie sur des bases plus rigoureuses. Afin d'améliorer la validité du diagnostic, on doit tenir compte des points suivants: 1) il faut utiliser plusieurs évaluateurs; 2) exiger un accord interjuges élevé quant au diagnostic émis par les évaluateurs; et 3) utiliser des échelles de mesures valides et spécifiques au TP (ex: entrevue semi-structurée, échelles et questionnaires précis tels que le SCID-II, PDQ-R, PDE/MCMI-II). Une étude prospective devrait être effectuée dans le but d'analyser: 1) la présence ou l'absence des troubles de la personnalité avant et après le traitement comportemental-cognitif; 2) l'influence des antécédents familiaux, la présence de troubles psychiatriques dans la famille; et 3) l'influence du niveau d'anxiété sur la présence de trouble/traités de la personnalité. Ce genre d'étude devrait nous éclairer davantage sur le lien entre les troubles de la personnalité et le trouble panique avec agoraphobie et sur l'utilité d'intégrer des stratégies d'interventions spécifiques pour les troubles de la personnalité dans le traitement de l'agoraphobie.

En conclusion, ces résultats indiquent que l'ensemble des participants a répondu favorablement au traitement comportemental-cognitif et que les participants ayant un trouble de la personnalité s'améliorent moins rapidement que les sujets sans ce trouble. Les résultats démontrent une influence négative des troubles de la personnalité sur la réponse au traitement comportemental-cognitif de l'agoraphobie. Des recherches prospectives ultérieures dotées d'une méthodologie plus rigoureuse devraient être entreprises afin de vérifier encore plus objectivement si la présence ou l'absence de trouble de la personnalité affecte la réponse au traitement.

### Références

- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford.
- Boisvert, J. M., Gaudette, G. & Marchand, A. (1987). *Echelle de Malaise et Echelle de Prédisposition*. Document inédit. Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Brooks, R. B., Baltazar, P. L., & Munjack, D.J. (1989). Co-occurrence of personality disorders with panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: A review of the literature. *Journal of Anxiety disorders*, 3, 259-285.
- Chambless, D. L., Caputo, C., Jasin, S., Gracely, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.

## Abstract

This study attempts to measure the impact of the presence or absence of personality disorders (PD) on the treatment response of individuals suffering from a panic disorder with agoraphobia. Sixty-four patients suffering from panic disorder with agoraphobia are evaluated for the presence of a personality disorder (by DSM-III-R criteria) before the onset of treatment. The treatment consists in 14 sessions of behavioral-cognitive therapy. Various measures of agoraphobia are obtained before (pre-test) and after the end of treatment (post-test, 3-months follow-up). Treatment effect reaches statistical and clinical significance for all patients. Grouping of patients according to presence or absence of personality disorder shows significant differences between the groups either before or after treatment on scores of agoraphobia. There is a negative effect of the presence of personality disorders on the treatment response. The subjects with a personality disorder improve less rapidly than subjects without personality disorder. The discussion points out methodological limitations, as well as possibilities for future studies.

- Chambless, D. L., Renneberg, B., Goldstein, A. J., & Gracely, E. (in press). MCMI-diagnosed personality disorders among agoraphobic outpatients: Prevalence and relationship to severity and treatment outcome. *Journal of anxiety disorders*.
- Dubro, A. F., Wetzler, S., Kahn, M. W. (1988). A comparison of three self-report questionnaires for the diagnosis of DSM-III personality disorders. *Journal of personality disorders*, 2, 256-266.
- Friedman, C. J., Shear, M. K., & Frances, A. (1987). DSM-III personality disorders in panic patients. *Journal of Personality Disorder*, 1, 132-135.
- Green, M. A., & Curtis, G. C. (1988). Personality disorders in panic patients: Response to termination of anti-panic medication. *Journal of Personality Disorders*, 2, 303-314.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour research and therapy*, 17, 263-267.
- Marchand, A. (1987). L'échelle de prédisposition individuelle (EPI). Document inédit. Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M. S. (1986). DSM-III personality disorders in agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 471-479.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M. S. (1987). DSM-III personality disorders in agoraphobia. II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356-361.
- Mavissakalian, M., & Hamann, M. S. (1988). Correlates of DSM-III personality disorder in agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 535-544.
- Mavissakalian, M., Hamann, M. S., & Jones, B. (1990). A comparison of DSM-III personality disorder in panic/agoraphobia and obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 238-244.
- Noyes, R., Reich, J. H., Suelzer, M., & Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 283-294.
- Reich, J. H. (1988). DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1149-1152.
- Reich, J. H., & Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 179, 74-82.
- Reich, J. H., Noyes, R., Hirschfeld, R., Coryell, W., & O'Gorman, T. (1987a) State and personality in depressed and panic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 181-187.
- Reich, J. H., Noyes, R., & Troughton E. (1987b). Dependent personality disorder associated with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326.
- Reich, J., & Troughton, E. (1988). Comparaison of DSM-III personality disorders in recovered depressed and panic disorder patients. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 176, 300-304.
- Rennerberg, B., Chambless, D. L., & Gracely, E. J. (1992). Prevalence of SCID-diagnosed personality disorders in agoraphobic outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 111-118.
- Rennerberg, B., Chambless, D. L., Dowdall, D. J., Fauerbach, J. A., & Gracely, E. J. (sous presse). The structured clinical interview for DSM-III-R, axis II and the Millon clinical mutiaxial inventory: a concurrent validity study of personality disorders among anxious outpatients. *Journal of personality disorders*.
- Turner, R. M. (1987). The effects of personality disorder diagnosis on the outcome of social anxiety symptom reduction. *Journal of Personality Disorders*, 1, 136-143.
- Tyrer, P., Casey, P., & Gall, J. (1983) Relationship between neurosis and personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 142, 404-408.