

Université Catholique de Louvain
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation



Présentation de cas de Monsieur S : Attaques de panique et agoraphobie

Vanden Berghe Karin

Promotrice :

Marie-Line Foisy

**Travail de fin de formation en vue de l'obtention du Certificat en Psychothérapie -
Intervention et évaluation psychologiques**

Année académique 2019-2020

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice Madame Marie-Line Foisy, Docteur en psychologie et psychothérapeute qui m'a aidée, guidée et conseillée tout au long de ce travail.

Ensuite, je souhaite remercier toute l'équipe du centre Alfa pour m'avoir permis d'accroître mes connaissances dans le domaine de la thérapie et pour le soutien dans les moments de doute. Plus particulièrement, un grand merci à Anne-Françoise pour m'avoir fourni ses conseils précieux, en tant que responsable du secteur thérapeutique, dans mes suivis individuels

Il me paraît essentiel de remercier ma famille pour leur soutien durant ces trois années d'études. Merci également à ma cohorte pour ces années riches d'échanges et de partages.

Liste des figures

Figure 1 : génogramme.....	3
Figure 2 : modélisation holistique.....	12
Figure 3 : cercle vicieux du trouble panique avec agoraphobie.....	21

Table des matières

Contexte de la consultation et analyse de la demande	1
Données générales.....	1
Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources	4
Concrétisation des problèmes psychologiques	5
Diagnostic psychiatrique	9
Conceptualisation de cas holistique	10
Conceptualisation processuelle	13
Élaboration du plan thérapeutique.....	18
Description de la thérapie	20
Évaluation de l'intervention	24
Références.....	26

Contexte de la consultation et analyse de la demande

Monsieur S. vient au Centre Alfa depuis deux ans pour arrêter sa consommation d'alcool. En effet, le centre Alfa est un service de santé mentale spécialisé dans la prévention, le traitement et la réduction des risques en matière d'addictions. Monsieur a d'abord été vu par une collègue psychologue du centre Alfa pour une problématique avec l'alcool qui me l'adresse car au fil de la thérapie, il rapporte avoir de plus en plus de mal avec les espaces ouverts et les ponts. Cette angoisse l'empêche de se déplacer librement en ville (peur de traverser les ponts, la place Saint-Lambert, ...) et de voyager (notamment, des voyages à la campagne avec des connaissances du milieu artistique).

Données générales

Monsieur est âgé de 36 ans. Monsieur travaille dans le domaine artistique. Il fait du rap, de la peinture.

Au niveau familial (voir **Figure 1**), Monsieur vit seul et est célibataire. Il a une sœur de 38 ans avec qui il a de bons rapports. Ils vont régulièrement manger au restaurant ensemble et se téléphone au moins une fois par semaine. Il voit de façon ponctuelle son père avec qui, il décrit des rapports parfois conflictuels (surtout en lien avec son métier artistique et sa consommation d'alcool). Il avait une autre sœur de 10 ans son aînée mais cette dernière est décédée d'une tumeur cérébrale en 2009. Sa mère est décédée la même année d'un cancer du sein. Au niveau de l'histoire familiale, Monsieur explique que son père ne s'est pas beaucoup occupé de lui et qu'il a toujours été opposé à ses choix de vie. Dans l'histoire de Monsieur, il y a eu un événement qu'il rapporte comme particulièrement dramatique : le cancer de sa mère qui a duré 10 ans.

Sur le plan social, Monsieur dit avoir plusieurs connaissances dans le milieu artistique mais il ne sait pas identifier de véritables amis sur qui il pourrait compter en cas de soucis.

Au niveau vie affective, il a vécu une longue relation de ses 20 ans à ses 26 ans. Il explique que la rupture était compliquée mais qu'elle était nécessaire car c'était une relation possessive de la part de son ex-compagne qui l'a par ailleurs plusieurs fois trompé. Après cette relation, Monsieur

a fait « le vide » autour de lui. En effet, ils avaient beaucoup d'amis communs avec son ex-compagne qu'il a préféré ne plus voir suite à la rupture.

Monsieur a obtenu son certificat d'enseignement secondaire supérieur puis il a commencé à travailler dans le milieu musical dès ses 18 ans. Monsieur explique qu'il a quitté le domicile familial à ses 21 ans pour pouvoir vivre de sa passion. Actuellement, il est tributaire du chômage tout en continuant d'exercer dans le domaine musical.

Au niveau des loisirs, Monsieur aime assister à des événements artistiques tels que des expositions, des vernissages, des concerts.

Monsieur n'a jamais eu de suivi psychologique ou psychiatrique autre que celui du centre Alfa qui a débuté fin 2017. Monsieur dit qu'il lui a toujours été compliqué de se confier par rapport à ses difficultés ou ses ressentis.

Au niveau des événements de vie significatifs, Monsieur en souligne plusieurs, dont 3 importants à ses 26 ans :

- A ses 21 ans, l'émancipation du domicile car il a été difficile de démarrer dans la vie artistique
- A ses 26 ans, les décès de sa mère et de sa sœur par le caractère inattendu pour sa sœur et pour la durée du cancer de sa mère
- A ses 26 ans également, la séparation avec son ex-compagne car il décrit la relation comme malsaine sur le long terme et le fait que son ex-compagne l'ait trompé

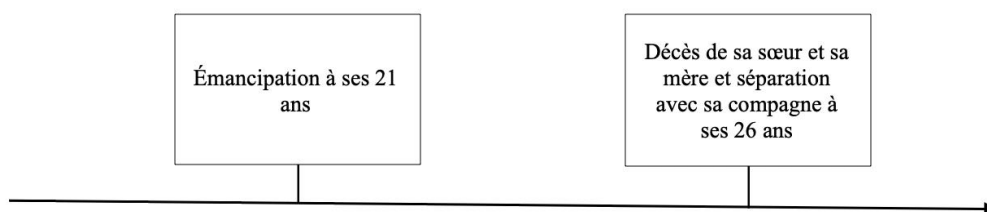
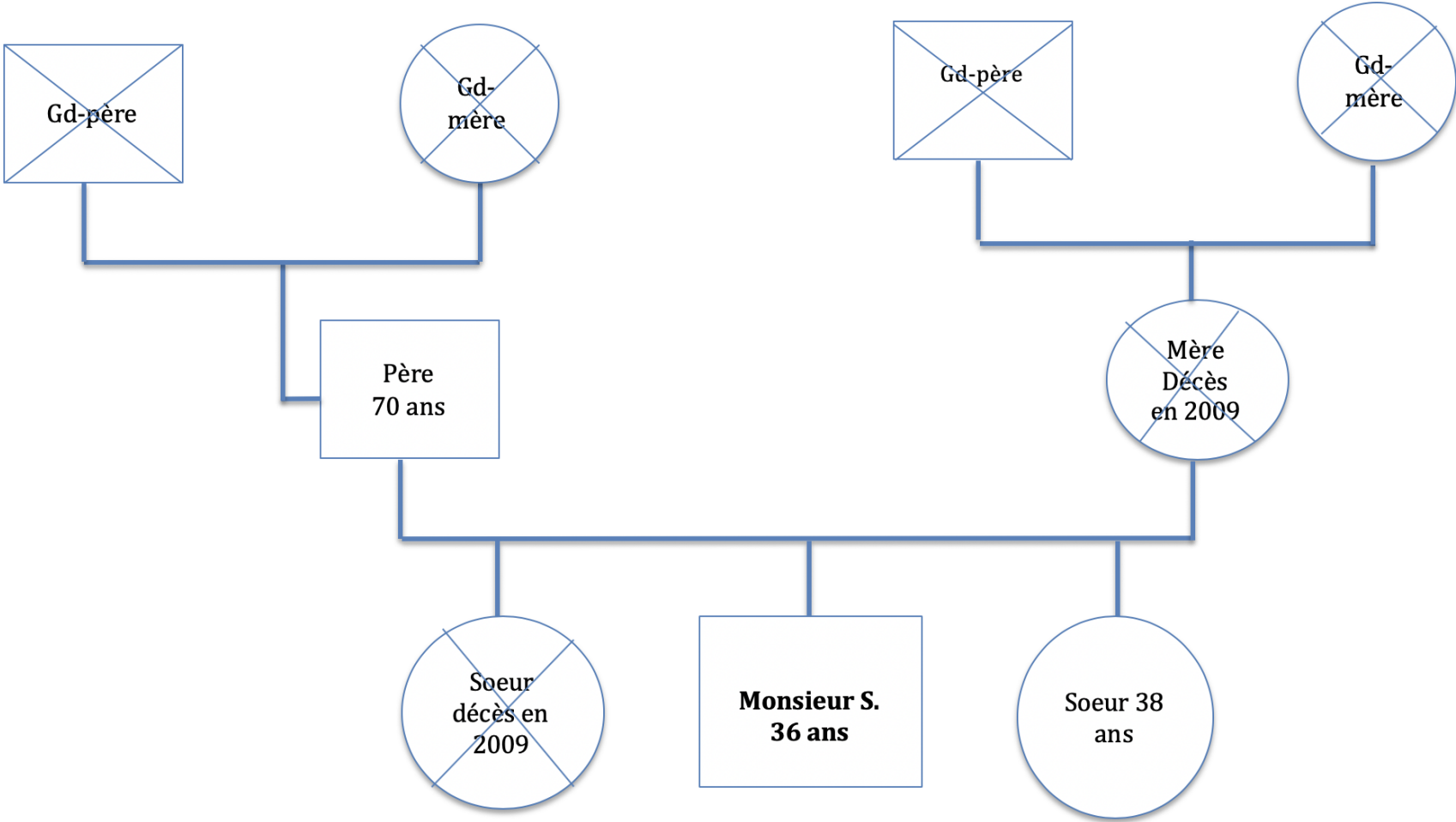


Figure 1 : génogramme



Inventaire des problèmes psychologiques et des ressources

En ce qui concerne les problèmes :

- Monsieur souhaiterait travailler la peur des espaces ouverts. En effet, il explique avoir peur de traverser les ponts, avoir peur des espaces ouverts comme une place. Il est important de signaler que tous les ponts et les places procurent le même niveau d'anxiété à Monsieur, par exemple, quelle que soit leur hauteur et longueur pour les ponts, leur superficie et le nombre de personnes pour les places ou espaces ouverts. Monsieur rapporte faire régulièrement des attaques de panique quand il doit traverser un pont ou se rendre sur une place.
- Avant de débiter la thérapie, nous expliquons à Monsieur qu'il semble important de travailler sa consommation d'alcool (même si ce n'est pas la demande de Monsieur) qui interagit certainement avec son anxiété mais Monsieur se montre réticent. En effet, il en parlera spontanément mais souhaitera travailler cet aspect avec l'autre psychologue qui le suit au Centre Alfa¹.

Au niveau des ressources internes :

- Bonnes capacités d'introspection
- Monsieur est régulier dans son suivi
- Bonne compliance aux tâches demandées

Au niveau des ressources externes :

- Bonne relation avec sa sœur

¹ La consommation d'alcool a été identifiée comme problème car elle semble interagir avec l'agoraphobie (avec attaques de panique) de Monsieur par le thérapeute. Comme expliqué par la suite, Monsieur prendra conscience que la consommation amplifie l'anxiété qu'il décrit mais ne souhaitera pas centrer la thérapie sur sa consommation. Cependant, il diminuera de lui-même sa consommation.

Concrétisation des problèmes psychologiques

▪ Description du problème psychologique : agoraphobie avec attaques de panique

Comme déjà mentionné, Monsieur rapporte une difficulté croissante pour traverser les ponts ou les places avec des attaques de paniques fréquentes lorsqu'il y est confronté.

En ce qui concerne les émotions, sensations corporelles, comportements et les cognitions :

- a) Au niveau émotionnel, Monsieur dit ressentir de l'angoisse à l'idée de traverser un pont ou de se retrouver sur une place publique. Il a été demandé à Monsieur de réaliser des auto-observations. Monsieur situe son anxiété à 8/10 quand il est sur une place et à 7/10 quand il doit traverser un pont.
- b) En ce qui concerne les sensations corporelles, il dit ressentir une certaine constriction et avoir la gorge serrée.
Il transpire plus également et à son rythme cardiaque qui s'accélère. Quand il passe sur un pont ou sur une place en vélo ou en regardant ses pieds, il explique que les sensations corporelles sont moins intenses.
- c) Sur le plan comportemental, il va passer à vélo sur les ponts, les places car cela engendre moins d'angoisse ou passer rapidement en regardant ses pieds et pas autour de lui. Il situe alors son niveau d'angoisse à 6/10. Il explique que l'anxiété ne diminue pas beaucoup mais elle dure moins longtemps vu qu'il passe plus vite. S'il peut éviter d'y passer, il postpose. Par exemple, si c'est un rendez-vous avec un ami, il l'annulera. Par contre, si c'est un rendez-vous médical, il ira en utilisant son vélo plutôt qu'à pieds.
- d) Au niveau des cognitions, il se dit : « je risque de tomber ou de me dissoudre », « je suis incapable d'y arriver », « je vais mourir ».
- e) Au niveau hiérarchisation, nous avons demandé à Monsieur de hiérarchiser les situations anxiogènes s'il est seul ou accompagné. Lorsqu'il est sur une place, quand il est seul l'anxiété est plus intense (8/10) et moins intense s'il est accompagné (7/10). Il ne fait pas de distinction entre les places. Pour traverser un pont, c'est plus intense quand il est seul (7/10) et légèrement moins intense quand il est accompagné (6/10). Tous les ponts lui font ressentir la même angoisse.

Afin d'établir la ligne de base avant le début de la thérapie, nous avons fait passer plusieurs questionnaires à Monsieur :

- Nous avons fait passer des grilles d'auto-observations des attaques de panique (Voir **Annexe 1**) afin de voir l'évolution au cours de la thérapie. Au début de la prise en charge, il estime faire 9 attaques de panique sur une semaine (6 en passant sur différentes places et 3 en passant sur des ponts). Nous avons également établi la hiérarchie d'exposition pour les expositions aux situations agoraphobiques (Voir **Annexe 2**) et demander des auto-observations des situations agoraphobiques (Voir **Annexe 3**). Avant la thérapie, Monsieur estimait l'intensité de ses attaques de panique à 8/10 pour passer sur une place et à 7/10 pour passer sur un pont.
- Nous proposons également le questionnaire d'auto-évaluation des peurs comprenant 24 items allant de 0 à 8 car une de ses sous échelles évalue plus spécifiquement l'agoraphobie (Marks et Mathews, 1979 ; Cottraux et coll., 1987-Voir **Annexe 4**). Ce questionnaire reprend en effet plusieurs échelles (pour chacune, le score peut être compris entre 0 et 40, plus le score s'approche de 40 plus la sphère est considérée comme problématique) : sur la sous échelle « agoraphobie », Monsieur présente un score de 30. Pour les autres sous échelles, à part celle d'anxiété dépression où il obtient un score de 24 principalement expliqué par les items portant sur l'anxiété, Monsieur ne présente pas de score particulièrement élevé : score de 5 pour la phobie du sang et des blessures, score de 15 pour la phobie sociale, score de 7 pour la sous échelle « gêne du comportement phobique ».

▪ **Évolution du problème**

Monsieur dit avoir ce problème depuis la rupture avec son ex-compagne (cf. plus bas : attributions causales) concomitante aux décès de sa mère et de sa sœur en 2009. Au début, l'agoraphobie se présentait uniquement dans des endroits nouveaux puis en quelques mois, cela s'est étendu aux endroits connus.

Il consulte maintenant car il a pris conscience que ce problème l'empêchait de faire des voyages et avait un impact négatif sur sa vie sociale.

▪ **Attributions causales du problème (selon le patient)**

Monsieur identifie comme facteur externe la rupture en 2009 ainsi que le décès de sa sœur et sa mère qui ont été la source du problème mais il ne sait pas expliquer pourquoi. Monsieur rapporte également qu'il a tendance à être anxieux depuis son enfance en ce qui concerne sa santé. Il va vite s'inquiéter d'un signe évocateur d'un problème de santé. Par exemple, il lui est déjà arrivé de penser avoir un cancer de la gorge car son mal de gorge durait une semaine.

▪ **Copings habituels**

Monsieur évite de prendre des rendez-vous où il sera amené à traverser un pont ou il se fait accompagner ou encore il prend son vélo. S'il ne peut pas éviter le rendez-vous, il ira en vélo.

▪ **Circonstances d'apparition**

Les attaques de panique sont plus fortes lorsque monsieur est seul pour traverser un pont par exemple et quand il est à pied. Quand il est accompagné et/ou en vélo, l'anxiété se fait moins ressentir. En effet, il situe son anxiété à 6/10 en étant accompagné à la place de 7/10 s'il est seul. C'est la même chose s'il décide d'y passer en vélo. Il dit faire environ 10 attaques de panique par semaine. Il a du mal à dire combien de temps elles durent mais il estime à environ 10 minutes la durée. Il a systématiquement des attaques de panique en passant sur des ponts ou sur des places.

▪ **Conséquences actuelles**

A court terme :

- Refuse certaines invitations
- Consommation d'alcool pour apaiser l'anxiété

A long terme :

- De la frustration car il ne respecte pas ses envies mais aussi du fait qu'il évite certaines situations
- De l'isolement qui vient du fait qu'il met en place une série d'évitements

- **Description du problème psychologique : consommation d'alcool**

Il est important de préciser que la consommation de Monsieur est restée la même depuis le début de sa prise en charge au centre Alfa.

En ce qui concerne les émotions, sensations corporelles, comportements, cognitions :

- a) Sur le plan émotionnel, Monsieur ressent du plaisir en consommant et de la honte après avoir consommé
- b) Au niveau des sensations corporelles, il se sent apaisé (« mon corps se relâche ») dès la 1^{ère} bière
- c) Sur le plan comportemental, il reste assis dans le divan ou se met à écrire des poèmes
- d) Au niveau des cognitions, il se dit avant de consommer : « ça va me détendre et m'inspirer », « j'ai besoin de ça pour travailler ». Après avoir consommé, il se dit : « j'ai encore craqué ».
- e) Au niveau « intensité », Monsieur a tendance à plus consommer le soir (cinq bières) et moins en journée (une ou deux bières). Il explique boire plus le soir car il a l'impression que ça va l'inspirer au niveau artistique.

- **Évolution du problème psychologique**

Monsieur dit qu'il buvait déjà quand il était jeune (depuis qu'il a 15 ans) mais c'est devenu plus fréquent vers 20 ans. A partir de ses 20 ans, il a commencé à boire entre 3 à 4 fois par semaine. Il consommait environ 3 bières le soir pour trouver l'inspiration ou quand il était de sortie avec des connaissances. Il dit que ça l'aidait à vaincre son anxiété. Par exemple, lorsqu'il devait présenter un projet artistique à un groupe d'autres artistes ou lorsqu'il voulait se lier avec d'autres personnes. A partir de ses 26 ans, il a augmenté sa consommation à 3 bières le soir de façon quotidienne. Il peut consommer jusqu'à 7 bières (5 le soir et 2 en journée) quand il doit présenter un projet artistique à d'autres groupes ou faire connaissance avec de nouvelles personnes ou lorsqu'il pense au décès de sa mère ou de sa sœur ainsi que la rupture avec sa compagne. A long terme, il souhaiterait ne boire que lorsque qu'il va à des soirées musicales c'est-à-dire 4 à 5 bières à raison de 2-3 jours par semaine.

▪ **Attributions causales (selon le patient)**

Monsieur attribue sa consommation d'alcool à sa timidité (facteur interne) et aux différents événements qui lui sont arrivés comme le décès de sa mère et de sa sœur ainsi que sa rupture. Il dit que ces événements ont accentué sa consommation d'alcool.

▪ **Copings habituels**

Pour éviter de boire, Monsieur peut fumer du cannabis de façon occasionnelle (2 joints, une fois par semaine). Il dit utiliser le cannabis car il a un sommeil moins agité quand il en consomme qu'avec l'alcool. Lorsqu'il va rendre visite à sa sœur, il essaye de consommer moins, c'est-à-dire 2 bières sinon il a peur d'avoir des remarques de sa part.

▪ **Conséquences**

A court terme :

- Sensation de bien-être
- Plus d'inspiration

A long terme :

- Accentue l'anxiété de Monsieur
- Frustration de ne pas savoir gérer sa consommation
- Conflits familiaux

Diagnostic psychiatrique selon le DSM V²

Le diagnostic d'agoraphobie³ (300.22) pourrait être posé suivant les critères suivants : A1, A2, B, C, D, E, F, G, I. Le diagnostic de trouble panique⁴ (300.01) peut être posé car les critères suivants sont observables : A1, A2, A4, A5, A13, B1, B2, C et D. Enfin, le diagnostic de trouble de l'usage

² American Psychiatric Association (2013/2015)

³ Par facilité le tableau diagnostique de l'agoraphobie se situe en **annexe 9**

⁴ Par facilité le tableau diagnostique des attaques de panique se situe en **annexe 10**

de l'alcool grave sans rémission⁵ (303.90, F10.20) peut être posé car les critères suivants sont remplis : A1, A2, A4, A6, A9, A10b.

Conceptualisation de cas holistique

La modélisation holistique est représentée sous forme graphique plus loin dans le document (cf. **Figure 2**).

En ce qui concerne l'agoraphobie, il semble que le décès de sa mère et de sa sœur soient des déclencheurs ainsi que la rupture amoureuse en 2009. Dans la littérature, il a été démontré des liens entre anxiété et qualité de la relation de couple (Zaider, Heimberg, Richard & Lida, 2010). De façon plus générale, la littérature (Barlow, 2004 ; Polard, Polard & Corn, 1989) a mis en évidence le lien entre événements de vie difficile (rupture, pertes, maladies, nouvelles responsabilités) et le risque de développer de l'agoraphobie. Au niveau des conséquences, Monsieur boit de l'alcool pour se donner le courage de vaincre son anxiété ce qui a tendance à accentuer les symptômes anxieux à long terme. La plupart du temps, il refuse certaines invitations si ces situations (sur une place, un concert...) génèrent trop d'anxiété pour lui. A plus long terme, cela génère beaucoup de frustration car Monsieur dit se sentir « esclave » de son anxiété et cela l'empêche de faire certaines activités. Il rapporte un isolement qui s'accroît avec les années malgré le fait qu'il sorte encore 2 à 3 fois par semaine à des soirées musicales, voit sa sœur régulièrement et présente des projets artistiques de temps à autres. Il dit s'être fort isolé suite à sa rupture mais aussi suite à l'apparition de l'agoraphobie. En effet, il dit que lui et son ex-compagne avaient des amis en commun qu'il n'a plus vu suite à la rupture. Actuellement, il a des connaissances parmi les autres groupes musicaux avec qui il voudrait partir en vacances.

Au niveau de la littérature, le modèle de Clark (1996) nous semble intéressant. Ce modèle part du principe que l'interprétation des stimuli est faite de façon plus catastrophique qu'ils ne le sont en réalité. Ils sont vus comme des signaux d'un danger imminent pour la personne. L'attaque de panique serait donc déclenchée par des stimuli externes et internes. L'interprétation (erronée) de ces stimuli induit une appréhension catastrophique (perte de contrôle ou la mort). La personne va devenir hyper vigilante à ces signaux. La personne va alors mettre en place des évitements qui vont

⁵ Par facilité le tableau diagnostique du trouble de l'usage de l'alcool se situe en **annexe 11**

induire un cercle vicieux. Chez Monsieur, nous remarquons qu'il prête une grande attention à ces sensations physiques. Par exemple, lorsque son cœur bat un peu plus vite il peut penser qu'il va mourir et donc il y fait encore plus attention.

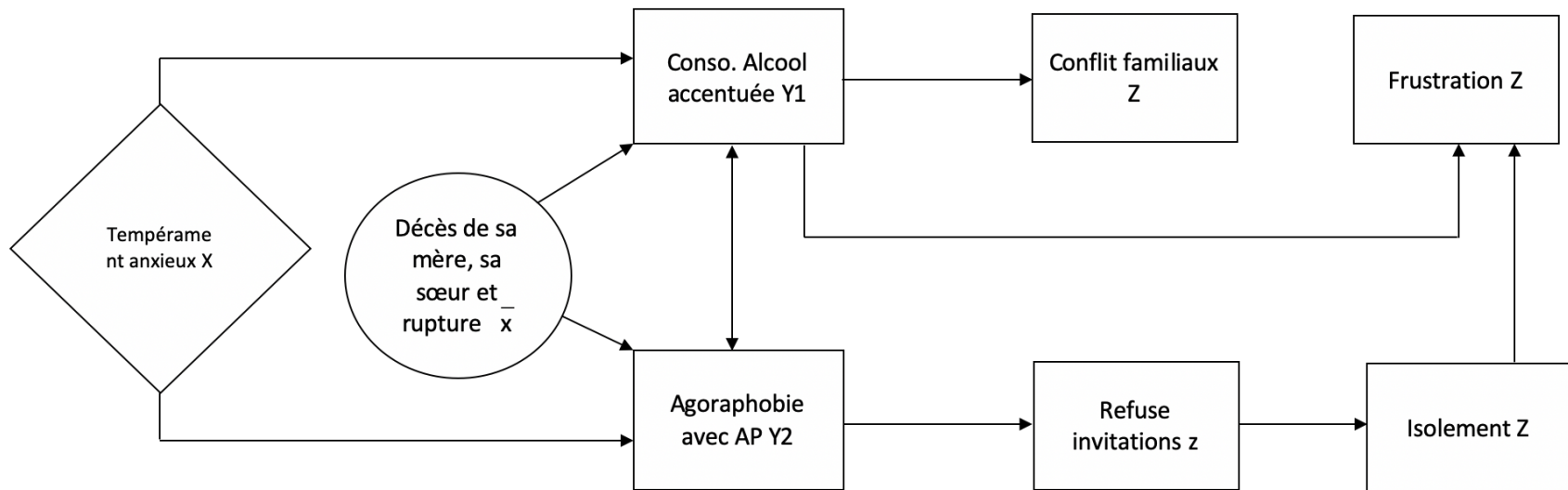
Concernant l'accentuation de la consommation d'alcool, il semble que l'année 2009 rassemblent les déclencheurs majeurs, à savoir, le décès de sa mère, de sa sœur ainsi que la rupture. La littérature (Brennan & Moos, 1990) a mis en évidence un lien entre stressseurs de la vie quotidienne et consommation d'alcool. Actuellement, Monsieur dit consommer plus (parfois, il boit 2 bières en journée avant de sortir de chez lui et de traverser un pont) pour gérer son agoraphobie (Cosci, Schruers, Abrams, Griez, 2007). Il est important de préciser qu'au fil de la thérapie, Monsieur se rendra compte via les auto-observations de ses attaques de panique que la consommation d'alcool accentue les réactions anxieuses. Au niveau des conséquences, Monsieur dit que ça l'aide à se relaxer. A long terme, cela crée également des tensions avec sa famille ainsi que de la frustration.

Pour expliquer la réflexion de Monsieur par rapport à l'alcool, nous pouvons nous baser sur la théorie cognitive de Beck (1993). Ce modèle met en évidence que notre esprit peut créer des croyances addictives dysfonctionnelles qui sont de 3 catégories : anticipatoires, soulageantes ou permissives.

- Anticipatoires : attentes positives liées au produit (ex : « avec un verre, je me sens plus joyeux, je suis plus aimé par les autres... »)
- Soulageantes : attentes de réduction du manque ou d'un malaise (ex: «fumer va me relaxer, soulager l'ennui »)
- Permissives : autorisent la consommation malgré le risque (ex : « on est samedi, je peux bien boire un verre »)

Monsieur se situe plus dans des croyances de type soulageantes. Par exemple, il pense au début de la thérapie que la consommation d'alcool va diminuer son anxiété. Il présente également des croyances de type anticipatoires. Il peut se dire à certains moments qu'il sera mieux intégré dans le groupe s'il a bu quelques bières ou que ça va l'aider à trouver l'inspiration. Des pensées de type permissives sont aussi présentes chez Monsieur. Par exemple, il peut se dire que de toute façon il ne conduit pas et qu'il peut donc boire en restant chez lui.

Figure 2 : modélisation holistique



Conceptualisation processuelle

▪ La consommation d'alcool

Antécédents		Processus psychologiques	Problème psy	Conséquences	
Contexte	Stimuli			Immédiates	Différées
Stress Soir	Se sent anxieux Repense aux décès familiaux	<u>Motivationnels</u> Comportement régulé par le besoin de compétence <u>Comportementaux</u> Coping de type « retrait » Conditionnements opérants (pense que ça diminue l'anxiété) <u>Cogn.</u> Déficit d'inhibition Biais d'attente (« ça va me calmer ») <u>Métacogn. type I:</u> confiance en son raisonnement <u>Métacogn. type II</u> Faible estime de soi <u>Émotionnel</u> Régulation émotionnelle de type « distraction »	Consommation alcool	Sentiment de bien-être (+S+) Plus d'inspiration (+S+) Apaisement (+S+) Moins d'anxiété en situation sociale (-S-)	Frustration Augmente l'anxiété Conflits familiaux

Pour la consommation d'alcool de Monsieur, nous avons identifié plusieurs processus :

- **Les processus motivationnels**

Le comportement de boire est régulé par le besoin de compétence. En effet, Monsieur explique qu'il se sent plus inspiré au niveau artistique quand il a bu.

- **Les processus comportementaux**

Monsieur en consommant de l'alcool se situe plus dans un style de coping de type retrait, c'est-à-dire qu'il souhaite éviter de ressentir son anxiété et supprimer les émotions négatives. Dans la littérature, il a été référencé le fait que l'alcool était utilisé comme moyen de coping inadapté (Cerea, Bottesi, Grisham, Vieno & Ghisi, 2017 ; Franken, Hendriks, Haffmans & van der Meer, 2001), tout comme l'est son autre coping de switcher sur le cannabis une fois par semaine.

- **Les processus cognitifs**

Un déficit d'inhibition (Leeman, Toll, Taylor & Volpicelli, 2009 ; Wardell, Quilty & Hendershot, 2016) est présent chez Monsieur en ce qui concerne sa consommation d'alcool. Il présente également un biais d'attente en ce qui concerne l'alcool. Il pense que ça va le calmer.

- **Les processus métacognitifs de type I (cognitions à propos de la cognition)**

Monsieur semble être persuadé du fait que l'alcool va l'aider à se calmer.

- **Les processus métacognitifs de type II (processus réflexifs liés au Self)**

A l'aide de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965 ; Vallieres et Vallerand, 1990- Voir **Annexe 6**), nous avons mesuré l'estime de soi de Monsieur. Ce questionnaire est composé de 10 items (5 positifs et 5 négatifs) concernant le jugement ou l'évaluation de sa valeur personnelle. Les participants doivent indiquer pour chaque affirmation leur degré d'accord sur une échelle de Likert à 4 points (de 1= tout à fait en désaccord à 4= tout à fait d'accord). Les scores peuvent s'étendre entre 10 et 40. Un score inférieur à 25 indique une très faible estime de soi, un score entre 25 et 31 indique une estime de soi faible, un score entre 31 et 34 une estime de soi dans la moyenne, un score entre 34 et 39 indique une estime de soi forte tandis qu'un score supérieur à 39 signifie une estime de soi très forte ainsi qu'une tendance à pouvoir fortement s'affirmer. Monsieur a obtenu un score de 25 qui représente une « faible » estime de soi. Le lien entre faible estime de soi

et risque d'addiction a été étudié dans la littérature (Stein, Dixon & Nyamathi, 2008). En effet, les personnes avec une plus faible estime de soi serait plus à risque de développer une addiction.

- **Les processus émotionnels**

Comme expliqué plus haut, boire permet à Monsieur de calmer ses émotions et ses ressentis négatifs.

▪ **Agoraphobie**

Antécédents		Processus psychologiques	Problème psy	Conséquences	
Contexte	Stimuli			Immédiates	Différées
Fatigue Non accompagné	Certains lieux (ponts, places,...) Sensations physiques Repense aux décès familiaux et rupture	<p><u>Comport.</u> Conditionnement opérant des évitements Évitements situationnels Coping de type « retrait »</p> <p><u>Cogn.</u> Biais attentionnel Biais d'interprétation (« je vais mourir ») Anticipation anxieuse</p> <p><u>Métacogn. Type I</u> croyance en l'utilité de l'anticipation anxieuse confiance en son raisonnement</p> <p><u>Métacogn. Type II</u> Schéma de vulnérabilité</p> <p><u>Emot.</u> Panique Distraction</p>	Agoraphobie (peur des espaces ouverts, des ponts,...) avec attaques de panique	<p>Consommation d'alcool (+S-) → Diminution de l'anxiété (-S-)</p> <p>Évitement des situations : Non apparition de l'anxiété (°S-) Soulagement (+S+)</p> <p>Micro-évitements, par ex : accompagné / en vélo : diminution de l'anxiété (-S-)</p>	<p>Isolement dû à l'évitement</p> <p>Frustration</p> <p>Aggravation de l'anxiété</p>

En ce qui concerne l'agoraphobie de Monsieur, nous avons identifié plusieurs processus :

- **Les patterns comportementaux**

Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il y a un conditionnement opérant des évitements. En effet, ils sont renforcés par la non-apparition ou la diminution des symptômes anxieux par les micro-évitements de type vélo / regarder pieds.

Quand c'est possible, il va éviter les situations suivantes : les ponts, les places, les grands espaces. Ceci est en accord avec le style de coping utilisé.

- **Les processus cognitifs**

Monsieur a tendance à avoir des biais attentionnels, c'est-à-dire que Monsieur prêtera plus attentions aux indices de menace (les ponts, les places,...). Cela a pu être mis en évidence dans l'étude de Reinecke, Cooper, Favaron, Massey-Chasse & Harmer (2011) avec des tâches attentionnelles comportant des stimuli neutres, des stimuli socialement négatifs ou en lien avec le trouble panique. Les sujets agoraphobes présentaient un biais attentionnel envers les stimuli négatifs et les stimuli se rapportant au trouble panique. Monsieur présente également des biais d'interprétation avant d'avoir les attaques de panique (« je pourrais me faire aspirer par le vide ») et pendant les attaques de panique (« je vais faire une crise cardiaque »). Il a également diverses anticipations anxieuses (« si je passe sur ce pont, je vais avoir une attaque de panique »).

- **Les processus métacognitifs de type I**

Monsieur croit en l'utilité de ses anticipations anxieuses. Il pense que ça lui permet de prendre un autre chemin et donc, d'éviter d'avoir une attaque de panique ou pire, de mettre sa vie en danger. Par rapport à ses sensations physiques, Monsieur a un certain degré de confiance en son raisonnement car il croit que si son cœur bat plus vite, il risque de mourir.

- **Les processus métacognitifs de type II**

Nous pouvons émettre l'hypothèse que Monsieur présente un schéma de vulnérabilité ce qui donne l'impression à Monsieur de ne pas avoir les moyens pour gérer les stressés quotidiens. Rusinek, Graziani, Seravant, Hautekeet & Deregnaucourt (2004) ont pu étudier cette différence au niveau

des schémas de Young⁶ entre sujets souffrant d'agoraphobie et sujets contrôles. Ils ont mis en évidence une différence significative entre sujets anxieux et non anxieux en ce qui concerne la plupart des schémas (pas de différence pour les schémas de carence émotionnelle, sacrifice de soi et sens moral chez les femmes anxieuses et non anxieuses) dont celui de vulnérabilité.

▪ **Les processus émotionnels**

Sur le plan émotionnel, Monsieur peut se mettre dans des états de panique lorsqu'il ne sait pas échapper à la situation anxiogène. Il peut utiliser des processus de distraction (écouter de la musique, fixer un point précis à l'horizon,) pour éviter que l'angoisse n'apparaisse. Il a été démontré dans la littérature (Barlow, Allen & Choate, 2004) que les patients anxieux faisaient souvent appel à des processus de suppression émotionnelle (distraction, utiliser des signaux de sécurité,...).

Élaboration du plan thérapeutique

Selon le modèle des stades du changement de Prochaska et DiClemente (1982), en début de thérapie, Monsieur se situerait entre le stade de la contemplation et de la planification en ce qui concerne son agoraphobie. En effet, il a conscience du « problème » et se renseigne sur l'agoraphobie et comment la traiter mais il n'a pas encore mis d'actions en place. C'est pour cette raison qu'il suit une thérapie afin de l'aider à mettre en place des actions concrètes. Pour sa consommation d'alcool, il est au stade de la contemplation. Il envisage de diminuer sa consommation mais l'ambivalence se fait ressentir dans certains propos (« ça m'aide quand même de boire dans certaines situations comme pour ma créativité »). Si en début de la thérapie, Monsieur a émis la demande de ne pas travailler sur sa problématique d'alcool car celle-ci était travaillée avec la psychologue du centre Alfa, cela a changé au cours de la thérapie. En effet, en réalisant, que l'alcool accentuait son anxiété il a spontanément diminué sa consommation d'alcool.

⁶ Pour rappel, les 13 schémas de Young étudiés sont : incompetence, carence émotionnelle, isolement, autocontrôle insuffisant, méfiance, sacrifice de soi, sens moral implacable, abandon, attachement, vulnérabilité, dépendance, inhibition émotionnelle, peur de la perte de contrôle

Les objectifs thérapeutiques sont les suivants :

- Apprendre à gérer les attaques de panique avec agoraphobie
- Pouvoir traverser les ponts, se rendre sur des places ou des espaces en plein air (champs,)

Pour atteindre ces objectifs, entre 12 et 15 séances sont prévues. Des séances de maintien sont prévues également.

Les outils thérapeutiques sont expliqués à Monsieur. Nous lui expliquons que pour la gestion des sensations physiques liées aux attaques de panique, nous proposerons des techniques de rééducation respiratoire. Nous avons proposé des exercices de relaxation mais Monsieur ne souhaitait pas faire appel à la relaxation. Il explique avoir déjà essayé par le passé mais que ça ne l'a pas aidé.

Nous utiliserons également une technique comportementale nommée l'exposition in vivo en tenant compte de la hiérarchisation des situations anxiogènes.

En ce qui concerne la prise en charge cognitive, nous utiliserons des techniques telles que la restructuration cognitive des pensées catastrophes et des biais cognitifs.

Pour la structuration des séances, nous avons convenu de procéder en 3 phases :

- La 1^{ère} phase qui comprend 3 séances, permet d'établir la ligne de base avant le début de la prise en charge. Cette phase permet de réaliser l'anamnèse, de réaliser la conceptualisation de cas et de faire passer les différentes échelles d'évaluation. Elle permet également de faire de la psychoéducation sur les attaques de panique et l'agoraphobie ainsi que d'expliquer les outils thérapeutiques qui seront utilisés
- La 2^{ème} phase qui permet la mise en place des outils thérapeutiques qui s'étendra de la 4^{ème} séance à la 12^{ème} séance
- La 3^{ème} phase qui est une phase de suivi qui permet le maintien des acquis thérapeutiques qui comprend 3 séances et évaluation des progrès via la complétion des échelles passées en début de thérapie

En début de chaque séance, le bilan de chaque semaine est réalisé ainsi que la revue des tâches proposées et la prescription des tâches pour la séance suivante. Chaque séance est espacée d'une

semaine. Au début de la thérapie, nous lui avons donné un fascicule sur l'agoraphobie (Goulet et al., 2013).

Il est important de préciser qu'avant de débiter la thérapie, il nous a semblé important de faire passer un questionnaire de dépression et d'anxiété à Monsieur afin d'écartier la comorbidité avec la dépression. Nous lui avons fait passer le questionnaire d'anxiété de Beck comprenant 21 items allant de 0 à 3 avec un score total de 0 à 63 (inventaire d'anxiété de Beck ; Freeston & al., 1994 ; Beck & al., 1988-voir **Annexe 5**). Il obtient un score de 40 ce qui montre un haut niveau d'anxiété (aucun seuil clinique connu). Un pour évaluer les symptômes dépressifs (Inventaire de dépression de Beck ; Beck & al., 1996-Voir **Annexe 5**) où il obtient un score de 9 ce qui signifie une absence de dépression (un score de 0 à 13 signifie une absence de dépression, un score se situant entre 14 et 19 indique une dépression légère, un score entre 20 et 28 indique une dépression modérée, un score égal ou au-delà de 29 suggère la présence d'une dépression sévère).

Description de la thérapie⁷

Durant cette 1^{ère} phase de la thérapie qui comporte 3 entretiens, nous réalisons l'histoire du problème ainsi que les objectifs et attentes du patient. Au début, Monsieur semble fort méfiant mais s'exprimera rapidement sur les attaques de panique. Monsieur estime qu'il a eu 10 attaques de panique cette semaine dont 7 en passant sur des places et 3 en passant sur des ponts. A la fin de la 1^{ère} séance et comme expliqué au début du travail, nous demandons à Monsieur de remplir trois questionnaires. Pour rappel, ce sont l'inventaire d'anxiété et de dépression de Beck et le questionnaire des peurs. Les scores du début de thérapie sont rappelés dans un tableau se situant dans la section « évaluation de l'intervention » avec les scores à ces mêmes questionnaires en fin de thérapie.

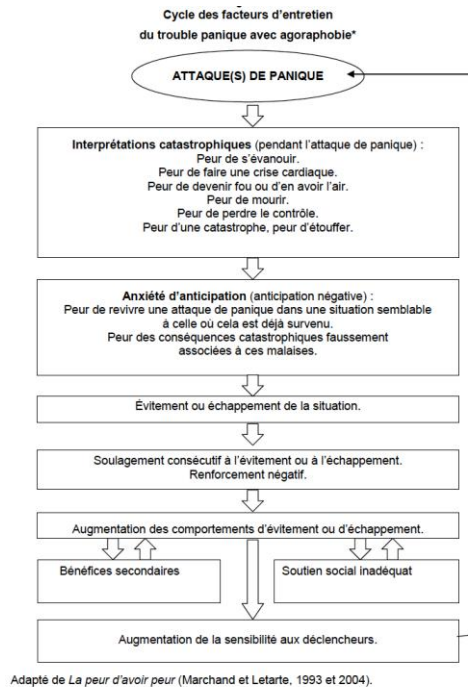
Nous proposons également à Monsieur de remplir pour la prochaine séance la grille d'auto-observations des attaques de panique (voir **Annexe 1**). Nous expliquons à Monsieur que cela permettra d'avoir des informations plus précises sur comment et quand se déroulent les attaques de panique.

Lors de la 2^{ème} séance qui se déroule à une semaine d'intervalle, Monsieur explique qu'il a fait 9 attaques de panique dont 6 sur différentes places et 3 en traversant des ponts. Cette séance permet

⁷ Basé sur Goulet et al., 2013 ; Mary-Rabine & Mollard, 2011

de réaliser de la psychoéducation sur le trouble panique avec agoraphobie ainsi que la revue des auto-observations. En ce qui concerne la psychoéducation, nous expliquons qu'il y a 3 facteurs qui jouent un rôle dans l'apparition du trouble panique avec agoraphobie. Les facteurs prédisposants qui regroupent la vulnérabilité biologique, les influences environnementales et les facteurs psychologiques (interprétations catastrophiques et appréhension). Les facteurs précipitants qui regroupent les stressseurs aigus et chroniques. Les facteurs entretenants comme les interprétations de ses propres symptômes. Nous montrons le schéma des cercles vicieux (Voir **Figure 3**) pour l'expliquer à Monsieur. Pour la prochaine séance, nous proposons de continuer les auto-observations. Nous demandons également à Monsieur un retour sur ses auto-observations. Il dit avoir trouvé cela enrichissant car elles lui permettent de se rendre compte d'avoir plus de détails sur le début des attaques de paniques. D'un point de vue thérapeutique, les auto-observations sont précises avec beaucoup de détails.

Figure 3 : Cercle vicieux du trouble panique avec agoraphobie



Durant la 3^{ème} séance, Monsieur a fait 10 attaques de panique depuis la dernière fois en passant à 4 reprises sur un pont et 6 fois en passant sur une place. Au vu du grand nombre d'attaques de panique, nous rappelons brièvement les mécanismes de l'attaque de panique et proposons une

technique de rééducation respiratoire. Nous proposons une respiration plus longue et plus profonde en utilisant davantage son diaphragme. Pour la prochaine séance, il est demandé de continuer les auto-observations, de réaliser l'exercice de rééducation respiratoire lorsque l'anxiété se fait ressentir. Nous demandons également à Monsieur de remplir l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (Chambless & al., 1995 ; Voir **Annexe 1**), c'est-à-dire de classer le degré d'évitement de différentes situations en fonction de s'il est seul ou accompagné.

Durant cette 2^{ème} phase qui s'étend de la 4^{ème} séance à la 12^{ème} séance, nous proposerons divers outils thérapeutiques à mettre en pratique.

Nous revenons sur les exercices de respiration proposés précédemment. Monsieur dit que ça l'a aidé à s'apaiser lorsqu'il sentait l'anxiété arriver. En effet, il a fait moins d'attaques de panique. Il en compte 6 cette semaine. Il explique en avoir fait 3 en passant sur un pont et 3 en étant sur une place. Il était seul à chaque fois. Lorsque nous regardons l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie, nous constatons que la situation « traverser les ponts » est coté à 4 (qui signifie : éviter la plupart du temps) lorsqu'il est seul et à 2 (qui signifie : éviter rarement) lorsqu'il est accompagné. En ce qui concerne les espaces vastes en extérieur, il attribue un 5 (ce qui signifie qu'il l'évite toujours) lorsqu'il est seul et un 3 (ce qui signifie qu'il évite une fois sur deux) lorsqu'il est accompagné. Nous lui expliquons que cet inventaire nous servira pour les exercices d'exposition avec un degré d'exposition progressif.

Afin d'expliquer comment nous allons travailler la sphère cognitive, nous expliquons en quoi consiste la restructuration cognitive. A partir du questionnaire des pensées phobiques (Chambless & al., 1984 ; voir **Annexe 7**) que le patient remplit lors de la séance, nous complétons avec le patient la feuille de restructuration cognitive des 3 pensées les plus présentes. Comme tâches à domicile, nous proposons de continuer les exercices de respiration et de compléter la feuille de restructuration cognitive lorsqu'une pensée dysfonctionnelle apparaît.

Durant les séances suivantes, nous revenons sur les exercices de respiration et sur les auto-observations afin de voir avec Monsieur si les exercices de respiration l'ont aidé dans la gestion des attaques de panique et de voir le contexte de celles-ci. Cette semaine, Monsieur a fait 6 attaques de panique. Il en a fait 4 en passant sur un pont et 2 en étant sur une place. Il explique que les exercices respiratoires l'aident beaucoup. Nous proposons de faire les 8 exercices d'exposition aux sensations physique (Voir **Annexe 8**) lors de cette séance et les prochaines et de commencer par en faire la hiérarchie au préalable. Nous réalisons entre 2-3 exercices par séance. Les exercices les

plus difficiles semblent être : secouer la tête (anxiété à 8/10), l'hyperventilation (anxiété à 8/10) et la retenue de la respiration (anxiété à 7/10). Ensuite, nous proposons de faire un exercice de restructuration cognitive par rapport aux pensées phobiques (exemple de pensée de Monsieur : « je vais faire une crise cardiaque si mon cœur continue à s'emballer »). Pour aider la restructuration des pensées, nous nous basons sur le fascicule distribué précédemment. Comme tâches à domicile, nous demandons de continuer les auto-observations et de faire des exercices d'exposition aux sensations physiques. Nous demandons de réaliser les exercices identifiés comme anxiogènes, c'est-à-dire la retenue de la respiration, l'hyperventilation et secouer la tête. Nous demandons de commencer par l'exercice le plus facile et de le réaliser 2 à 3 fois consécutives chaque jour jusqu'à ce que l'anxiété soit diminuée au moins de moitié. Puis, une fois que l'anxiété est diminuée, faire la même chose avec l'exercice suivant.

Nous revenons sur les exercices d'exposition aux sensations physiques réalisés à domicile (anxiété diminuée à 4/10 pour le fait de secouer la tête, 4/10 pour l'hyperventilation et 2/10 pour la retenue de la respiration). Nous abordons ensuite les expositions in vivo. Nous réalisons lors de la séance la hiérarchie des situations anxiogènes in vivo (voir **Annexe 2**). Les 3 situations les plus redoutées sont : aller sur une place (anxiété à 8/10 s'il est seul et 7/10 s'il est accompagné), traverser un pont (anxiété à 7/10 s'il est seul et 6/10 s'il est accompagné) et prendre le train (anxiété à 6/10 s'il est seul et à 5/10 s'il est accompagné). Nous réalisons l'exercice de restructuration cognitive des inquiétudes concernant les situations in vivo. Comme tâches à domicile, nous proposons de réaliser les exercices d'exposition en commençant par la situation la moins anxiogène en étant accompagné puis seul. Il est demandé de compléter la grille d'auto-observation des situations agoraphobiques (Voir **Annexe 3**). Nous suggérons de passer à l'exercice suivant lorsque l'anxiété se situe à 2/10 ou 3/10.

Nous revenons lors de la séance suivante sur les exercices d'exposition et sur les auto-observations. Lors de la 11^{ème} séance, l'anxiété de Monsieur a diminué dans les différentes situations (aller sur une place : anxiété à 3/10 quand il est seul et 2/10 quand il est accompagné ; traverser un pont : anxiété à 3/10 qu'il soit seul ou accompagné ; prendre le train : anxiété à 2/10 qu'il soit seul ou accompagné). Nous analysons avec lui la grille d'auto-observations afin de s'assurer que Monsieur n'a pas mis en place des signaux de sécurité. Durant une exposition, il a regardé par terre en traversant le pont. Par la suite, il a pris conscience qu'il était important qu'il regarde autour de lui.

Nous proposons de continuer les exercices d'exposition tout en remplissant la grille d'auto-observations.

Durant la dernière phase de la thérapie, nous faisons ensemble le bilan de la thérapie. Nous demandons à Monsieur de remplir les différents questionnaires qui mettent en évidence l'évolution rapportée. Nous remarquons que Monsieur obtient un score de 20 au questionnaire d'anxiété de Beck et un score inchangé pour l'échelle de dépression. Pour le questionnaire des peurs, les résultats en fin de thérapie sont les suivants : un score de 10 pour l'agoraphobie, un score inchangé de 5 pour l'échelle sang-blessures, un score de 10 pour l'échelle phobie sociale, un score de 5 pour l'échelle anxiété-dépression et un score de 2 pour la gêne occasionnée par l'agoraphobie. En ce qui concerne les auto-observations, l'anxiété de Monsieur se stabilise (aller sur une place : anxiété à 3/10 quand il est seul et 2/10 quand il est accompagné ; traverser un pont : anxiété à 3/10 qu'il soit seul ou accompagné ; prendre le train : anxiété à 2/10 qu'il soit seul ou accompagné).

Enfin, nous proposons 3 séances à un mois d'intervalle afin de voir l'évolution à plus long terme. Monsieur ne rapporte plus avoir d'attaques de panique et pouvoir traverser les ponts ainsi que de se rendre dans les espaces ouverts sans difficultés. Il est rappelé à Monsieur la disponibilité de bénéficier de séances si le besoin se faisait ressentir. Monsieur rapporte être satisfait de la thérapie et espère pouvoir envisager un voyage.

Évaluation de l'intervention

Il est important de préciser qu'en ce qui concerne la consommation d'alcool, il préféra travailler cet aspect par la suite avec la collègue qui m'a orienté Monsieur. Aucune intervention n'a donc été entamée. Il a été rappelé à Monsieur lors de la psychoéducation que l'alcool pouvait aggraver les attaques de panique. Une diminution de la consommation au fil de la thérapie a été observée. En effet, au début du suivi, Monsieur consommait environ 7 bières par jour. Lors des exercices d'exposition, Monsieur consommait 2 bières le soir mais aucune lors des exercices. Il explique cette diminution par le fait qu'au début de la thérapie, il pensait que boire l'aidait à diminuer son anxiété mais il a constaté que ça aggravait voire que ça déclenchait ses attaques de panique.

Concernant l'agoraphobie de Monsieur, nous avons utilisé les questionnaires cités ci-dessus. Afin de rappeler l'évolution au fil de la thérapie, nous avons réalisé un tableau avec les résultats avant la thérapie et après celle-ci :

Questionnaires	Évaluation avant la thérapie	Évaluation après la thérapie
Questionnaire d'anxiété de Beck	40	20
Questionnaire de dépression de Beck	9	9
Questionnaire des peurs	Agoraphobie : 30 Sang-blessures : 5 Phobie sociale : 15 Anxiété-dépression : 24 Gêne : 7	Agoraphobie : 10 Sang-blessures : 5 Phobie sociale : 10 Anxiété-dépression : 5 Gêne : 2
Anxiété lors des exercices d'exposition	Traverser un pont : Seul 7/10 Accompagné 6/10 Aller sur une place : Seul 8/10 Accompagné 7/10 Prendre le train : Seul 6/10 Accompagné 5/10	Traverser un pont : Seul 3/10 Accompagné 3/10 Aller sur une place : Seul 3/10 Accompagné 2/10 Prendre le train : Seul 2/10 Accompagné 2/10

Il semble également important d'aborder la qualité de la relation thérapeutique et le déroulement de la thérapie. Monsieur s'est montré de suite proactif dans les exercices proposés. Comme expliqué plus haut, nous lui avons donné un fascicule à destination des patients sur l'agoraphobie et les attaques de panique. Monsieur est venu à la 2^{ème} séance en ayant lu le fascicule et en ayant déjà commencé les exercices de respiration. Monsieur s'est montré très vite intéressé par les exercices proposés. En effet, il a un suivi psychologique en cours chez une psychologue d'orientation psychanalytique mais il dit qu'il avait besoin d'exercices concrets pour résoudre son agoraphobie. Suite à la thérapie, il a repris son suivi en cours, notamment pour poursuivre sa diminution de consommation d'alcool et l'agoraphobie n'est plus apparue jusqu'à présent. Il rapporte être satisfait d'avoir eu des outils afin de travailler son agoraphobie et relire régulièrement le fascicule distribué.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (J-D. Guelfi & M-A. Crocq, Trans.). Paris, France: Elsevier Masson. (Original work published 2013).
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, us: Guilford Press.
- Barlow, DH., Allen, LB., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35,2 05-230. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.005
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. Cognitive therapy of substance abuse. New York : Guilford Press, 1993
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R., & Brown, G.K. (1996). *Manual of the BDI-II. San Antonio*. The Psychological Corporation.
- Brennan, P. L., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, social resources, and late-life problem drinking. *Psychology and Aging*, 5, 491-501. doi:http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/0882-7974.5.4.491
- Cerea, S., Bottesi, G., Grisham, J. R., Vieno, A., & Ghisi, M. (2017). Dispositional and situational coping among individuals with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80, 79-87.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of 'fear of fear' in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chambless DL, Caputo GC, Jasin SE, Gracely EJ, William C (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Thérapeutique*, 20, 47-55.
- Goulet, J., Chaloult, L., & Ngô, T.-L. (2013). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitive-comportemental du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)*. Retrieved from: <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/01/guide-de-pratique-tpa-final-5-dc3a9c-13.pdf>
- Clark, DM. Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Saklovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996. P. 318-44.
- Cosci, F., Schruers, K. R. J., Abrams, K., & Griez, E. J. L. (2007). Alcohol use disorders and panic disorder: A review of the evidence of a direct relationship. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(6), 874-880. doi:http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.4088/JCP.v68n0608
- Cottraux, J., Bouvard, M. & Messy, P. (1987). Validation and factor analysis of a phobia scale. The French version of the Marks-Mathews fear questionnaire. *L'encéphale*, 13, 23-29.

Franken, I. H., Hendriks, V. M., Haffmans, P. M., & van der Meer, C. W. (2001). Coping style of substance-abuse patients: Effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 299–306. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1013>.

Leeman, R. F., Toll, B. A., Taylor, L. A., & Volpicelli, J. R. (2009). Alcohol-induced disinhibition expectancies and impaired control as prospective predictors of problem drinking in undergraduates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 553–563. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017129>

Marks, I.M., & Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients Behaviour. *Research & Therapy*, 17, 263-267

Mary-Rabine, S., & Mollard, E. (2011). Les attaques de panique et l'agoraphobie. In O. Fontaine, & P. Fontaine (Eds), *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive* (2ème ed, pp. 181-221). Les Usuels Retz.

Pollard, C. A., Pollard, H. J., & Corn, K. J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 318-321. doi: <http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/0021-843X.98.3.318>

Prochaska J.O., & DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Reinecke, A., Cooper, M., Favaron, E., Massey-Chase, R., & Harmer, C. (2011). Attentional bias in untreated panic disorder. *Psychiatry Research*, 185(3), 387-393. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1016/j.psychres.2010.07.020>

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rusineck, S., Graziani, P., Servant, D., Hautekeete, M., & Deregnaucourt, I. (2004). Thérapie cognitive et schémas cognitifs: Un aspect du paradoxe. *European Review of Applied Psychology / Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 54, 173-177. doi:<http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1016/j.erap.2003.10.001>

Stein, J. A., Dixon, E. L., & Nyamathi, A. M. (2008). Effects of psychosocial and situational variables on substance abuse among homeless adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 410-416. doi: <http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/0893-164X.22.3.410>

Vallieres, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.

Wardell, J. D., Quilty, L. C., & Hendershot, C. S. (2016). Impulsivity, working memory, and impaired control over alcohol: A latent variable analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(5), 544-554. doi: <http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/adb0000186>

Zaider, T. I., Heimberg, R. G., & Iida, M. (2010). Anxiety disorders and intimate relationships: A study of daily processes in couples. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 163-173. doi: <http://dx.doi.org.proxy.bib.ucl.ac.be/10.1037/a0018473>

Annexes

Annexe 1 : Grille auto-observations des attaques de panique (GAAP) et inventaire de mobilité de l'agoraphobie

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES ATTAQUES DE PANIQUE*(GAAP)

Date	Heure	Durée (min.)	Intensité (1-10)	Etiez-vous :	Type d'attaque de panique :	Sensations éprouvées lors de l'attaque		A quoi pensiez-vous
				1. seul 2. accompagné (par qui)	1. Déclenchée par l'exposition à une situation anxiogène ou qui a été problématique 2. Déclenchée à la pensée d'une situation qui vous inquiète, que vous craignez qui soit problématique, et qui va survenir. 3. Déclenchée par des sensations physiques. 4. Spontanée, inattendue, qui arrive comme par surprise. (Si réponse 1, 2, 3, veuillez préciser.)	1. Etouffement 2. Etourdissements 3. Palpitations 4. Tremblements 5. Transpiration 6. Etranglement 7. Nausée ou gêne abdominale 8. Irréalité/ne pas être là	9. Engourdissements/picotements 10. Chaleurs/frissons 11. Douleur ou gêne thoracique 12. Peur de mourir 13. Peur de devenir fou ou de perdre le contrôle	a. avant b. pendant c. après l'attaque de panique?
								a- _____ b- _____ c- _____ _____
								a- _____ b- _____ c- _____ _____

INVENTAIRE DE MOBILITÉ POUR L'AGORAPHOBIE (IMA)

NOM : _____

AGE : _____

DATE : _____

Indiquez à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné(e) d'une personne sécurisante ou lorsque vous êtes seul(e). Utilisez l'échelle suivante :

1. Je n'évite jamais
2. J'évite rarement.
3. J'évite une fois sur deux.
4. J'évite la plupart du temps.
5. J'évite toujours.

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3¼ ou 4½).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque **endroit** ou **situation** sous les deux affections suivantes :

accompagné(e) et seul(e).

Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

ENDROITS	ACCOMPAGNÉ(E)	SEUL(E)
Cinémas		
Supermarchés		
Salles de cours		
Magasins à rayons		
Restaurants		
Musées		
Ascenseurs		
Amphithéâtres ou stades		
Stationnements intérieurs		
Endroits élevés Quelle hauteur : _____		
Espaces fermés (ex. : tunnels)		
Espaces vastes :		
a) à l'extérieur (ex. : champs, rues larges, cours d'école)		
b) à l'intérieur (ex. : grandes chambres, salles d'attente)		
Aller en : Autobus		

Annexe 2 : Hiérarchie d'exposition pour l'agoraphobie

HIÉRARCHIE D'EXPOSITION POUR L'AGORAPHOBIE

SITUATION	ANXIÉTÉ OU DEGRÉ D'ÉVITEMENT (0 À 10/10)

Annexe 3 : Grille d'auto-observation pour l'agoraphobie

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES (AGORAPHOBIE)

NOM : _____

DATE : _____

Exercice : _____

Pensées automatiques	Pensées réalistes

Date	Identifier si : vous étiez : 1. seul 2. accompagné	Avez-vous : 1. fait face à la situation 2. évité la situation 3. fait face avec un objet sécurisant. Noter lequel	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	À quoi pensiez-vous : a) avant b) pendant c) après la situation?
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=
				a) _____ b) _____ c) _____	a= b-= c=

Annexe 4 : Questionnaire des peurs de Marks et Mathews

Questionnaire des peurs

Marks I.M. et Mathews A.M. (1979)

Fear Questionnaire, traduction : Cottraux J. (1985)

Le questionnaire des peurs a pour objectif d'évaluer brièvement les problèmes phobiques les plus fréquemment rencontrés en clinique. Il permet d'évaluer également l'anxiété et la dépression associées aux phobies. C'est l'instrument le plus utilisé pour évaluer l'efficacité du traitement des sujets agoraphobes et phobiques sociaux.

Passation

Il s'agit d'un questionnaire composite que le sujet peut remplir en 5 minutes.

Il comprend 2 parties :

- **une partie normative** : elle est formée d'items fermés et comprend elle-même 3 parties :
 - une liste de phobies de 15 items (items 2 à 16) subdivisée en 5 items d'agoraphobie (AG), 5 items de phobie du sang et de blessures (SA-B) et 5 items de phobie sociale (SOC) ;
 - un questionnaire d'anxiété dépression (items 18 à 22) ;
 - un item mesurant la gêne consécutive au comportement phobique (item 24).
- **une partie descriptive** :
 - l'item 1 permet au sujet de décrire et d'évaluer de 0 à 8 la phobie principale qu'il veut traiter ;
 - l'item 17 permet d'ajouter une phobie qui ne serait pas dans la liste fermée des 15 items ;
 - l'item 23 permet de décrire et d'évaluer tout sentiment désagréable ressenti par le patient qui ne serait pas dans la liste fermée des 5 items d'anxiété dépression.

Un score supérieur à 20 en agoraphobie ou phobie sociale reflète une condition clairement pathologique.

Validation

C'est sans doute l'instrument de mesure des phobies le mieux validé, et le plus utilisé dans le monde depuis les travaux initiaux de Marks.

Références

- BOUVARD M. et COTTRAUX J., *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris, 2005.
- COTTRAUX J., BOUVARD M. et MESSY P., « Validation et analyse factorielle d'une échelle de phobies : la version française du questionnaire des peurs de Marks et Matthews », *L'Encéphale*, 1987, 13, 23-29.
- MARKS I., HALLAM R., CONNOLLY J. & PHILPOTT R., *Nursing in Behavioural Psychotherapy. An advanced Clinical Role for Nurses*. Whitefriars Press, London and Tonbridge, 1977.

Questionnaire des peurs (Marks et Matthews)

Date:...../...../.....

Nom:..... Prénom:..... Sexe:..... Âge:.....

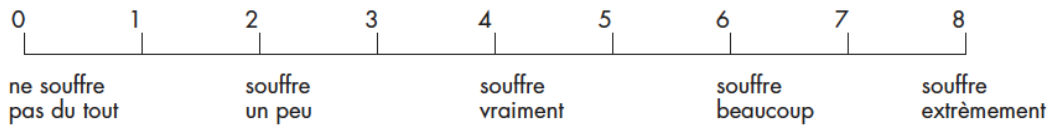
1) Veuillez choisir un chiffre dans l'échelle ci-dessous : il permet de chiffrer à quel point vous évitez par peur (ou du fait de sensation ou sentiments désagréables) chacune des situations énumérées ci-dessous. Ensuite, veuillez écrire le nombre choisi dans la case correspondant à chaque situation.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
n'évite pas		évite un peu		évite souvent		évite très souvent		évite toujours

1. Principale phobie que vous voulez traiter (décrivez-la à votre façon, puis cotez-la de 0 à 8).		
2. Injections et interventions chirurgicales minimales.		
3. Manger et boire avec les autres.		
4. Aller dans les hôpitaux.		
5. Faire seul(e) des trajets en bus ou en car.		
6. Se promener seul(e) dans des rues où il y a foule.		
7. Être regardé(e) ou dévisagé(e).		
8. Aller dans des magasins remplis de monde.		
9. Parler à des supérieurs hiérarchiques ou à toute personne exerçant une autorité.		
10. Voir du sang.		
11. Être critiqué(e).		
12. Partir seul(e) loin de chez vous.		
13. Penser que vous pouvez être blessé(e) ou malade.		
14. Parler ou agir en public.		
15. Les grands espaces vides.		
16. Aller chez le dentiste.		
17. Toute autre situation qui vous fait peur et que vous évitez (décrivez-la, puis cotez-la de 0 à 8).		

AG	SA-B	SOC	Total

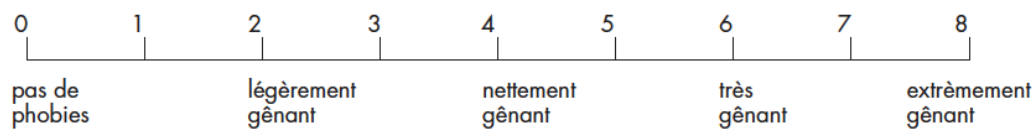
2) Maintenant veuillez choisir dans l'échelle ci-dessous un chiffre qui montrera à quel degré vous souffrez de chacun des problèmes énumérés ci-dessous, puis inscrivez ce chiffre dans la case correspondante.



18. Sentiment d'être malheureux ou déprimé.	
19. Sentiment d'être irritable ou en colère.	
20. Se sentir tendu ou paniqué	
21. Avoir l'esprit tendu ou paniqué.	
22. Sentir que vous ou votre environnement (choses, personnes) sont irréels ou étrangers	
23. Autres sentiments pénibles (décrivez-les):	

Total

3) À combien évaluez-vous actuellement la gêne que représente dans votre vie votre comportement phobique? Veuillez entourer un chiffre dans l'échelle ci-dessous et le reporter dans cette case:



Score de gêne

Annexe 5 : Échelles d'anxiété et de dépression de Beck

INVENTAIRE DE BECK POUR L'ANXIÉTÉ

Nom : _____ Date : _____ Résultat : _____

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en encerclant le chiffre approprié, à quel degré vous avez été affecté par chacun de ces symptômes *au cours de la dernière semaine*, aujourd'hui inclus.

Au cours des 7 derniers jours, j'ai été affecté(e) par...	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé(e)	Modérément C'était très déplaisant mais supportable	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter
1. Sensations d'engourdissement ou de picotement	0	1	2	3
2. Bouffées de chaleur	0	1	2	3
3. «Jambes molles», tremblements dans les jambes	0	1	2	3
4. Incapacité de se détendre	0	1	2	3
5. Crainte que le pire ne survienne	0	1	2	3
6. Étourdissement ou vertige, désorientation	0	1	2	3
7. Battements cardiaques marqués ou rapides	0	1	2	3
8. Mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements	0	1	2	3
9. Terrifié(e)	0	1	2	3
10. Nervosité	0	1	2	3
11. Sensation d'étouffement	0	1	2	3
12. Tremblements des mains	0	1	2	3
13. Tremblements, chancelant(e)	0	1	2	3
14. Crainte de perdre le contrôle de soi	0	1	2	3
15. Respiration difficile	0	1	2	3
16. Peur de mourir	0	1	2	3
17. Sensation de peur, «avoir la frousse»	0	1	2	3
18. Indigestion ou malaise abdominal	0	1	2	3
19. Sensation de défaillance ou d'évanouissement	0	1	2	3
20. Rougeur du visage	0	1	2	3
21. Transpiration (non associée à la chaleur)	0	1	2	3

Utilisé par le Laboratoire d'Étude du Trauma
Traduction française : Mark Freeston (1989)

Nom: _____

Date: _____

BDI-II

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui.

Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe #16 et #18.

1 Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

2 Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3 Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4 Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5 Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

Nom: _____

Date: _____

6 Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je m'attends à être puni(e).
- 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7 Sentiments négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8 Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferai pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10 Pleurs

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je ne suis pas capable.

11 Agitation

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12 Perte d'intérêt

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit.

Nom: _____

Date: _____

13 Indécision

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14 Dévalorisation

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vauds absolument rien.

15 Perte d'énergie

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16 Modifications dans les habitudes de sommeil

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1a Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3c Je dors presque toute la journée.
- 3c Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18 Modifications de l'appétit

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

Nom: _____

Date: _____

19 Difficulté à se concentrer

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20 Fatigue

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21 Perte d'intérêt pour le sexe

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Annexe 6 : Échelle d'estime de soi de Rosenberg

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR
WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

*

* *

QUESTIONNAIRE SUR LES PENSÉES PHOBQUES (QPP)

NOM : _____ DATE : _____

A) Évaluez la fréquence d'apparition de **chacune** de ces idées lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e). Utilisez l'échelle suivante :

- 1 Cette idée n'apparaît jamais.
- 2 Cette idée apparaît rarement.
- 3 Cette idée apparaît parfois.
- 4 Cette idée apparaît fréquemment.
- 5 Cette idée apparaît toujours.

- _____ 1. Je vais vomir.
- _____ 2. Je vais mourir.
- _____ 3. Je dois avoir une tumeur cérébrale.
- _____ 4. Je vais avoir une crise cardiaque.
- _____ 5. Je vais étouffer, suffoquer, manquer d'air.
- _____ 6. Je vais avoir l'air fou.
- _____ 7. Je vais devenir aveugle.
- _____ 8. Je ne serai pas capable de me contrôler.
- _____ 9. Je vais blesser quelqu'un.
- _____ 10. Je vais m'évanouir.
- _____ 11. Je vais devenir fou (folle).
- _____ 12. Je vais me mettre à crier.
- _____ 13. Je vais me mettre à marmonner ou dire n'importe quoi.
- _____ 14. Je vais être paralysé(e) de peur.
- _____ 15. Autres idées (décrivez-les et évaluez-les).

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux **trois** idées qui apparaissent le plus souvent lorsque vous êtes nerveux(se) ou effrayé(e).

Référence :

Chambless DL, Caputo GC, Bright P, Gallagher R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics : the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire, *Journal of consulting and clinical psychology*, 52 : 1090-1097.

Adaptation française :

Marchand A, Lalonde J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept. 1992.

Louis Chaloult, Jean Goulet, Août 2001
Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)

Annexe 8 : Grille d'identification des exercices pertinents

92

GRILLE D'IDENTIFICATION DES EXERCICES PERTINENTS

EXERCICE	SENSATIONS COMMENTAIRES	ANXIÉTÉ (0 à 10)	SIMILITUDE (0 à 10)
1. Secouer la tête			
2. Redressement de la tête			
3. Monter et descendre			
4. Respiration retenue			
5. Tension corp. Extrême			
6. Tournoiement			
7. Hyperventilation			
8. Respiration restreinte			

Guide de pratique : Trouble panique avec ou sans agoraphobie. Goulet, J., Chalouit, L., Ngô, T.L., 2013

Annexe 9 : Critères diagnostic agoraphobie selon DSM-V

Diagnostic Agoraphobie (DSM V)

- A. Peur ou anxiété marquée concernant 2 (ou plus) des 5 situations suivantes :
1. Utiliser les transports publics (ex., voitures, bus, trains, bateaux, avions).
 2. Être dans des endroits ouverts (ex., parking, marchés, ponts).
 3. Être dans des endroits fermés (ex., magasins, théâtres, cinémas).
 4. Faire la file ou être dans une foule.
 5. Être à l'extérieur du domicile.
- B. La personne craint ou évite ces situations car elle pense qu'il pourrait être difficile de s'en échapper ou de trouver du secours en cas de survenue de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (ex. peur de tomber chez les personnes âgées, peur d'une incontinence)
- C. Les situations agoraphobogènes provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété.
- D. Les situations agoraphobogènes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un accompagnant , ou sont vécues avec une peur ou une anxiété intense.
- E. La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport au danger réel lié aux situations agoraphobogènes et compte tenu du contexte socioculturel.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant typiquement 6 mois ou plus.
- G. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- H. Si une autre affection médicale (ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement excessifs.
- I. La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental - par exemple, les symptômes ne se limitent pas à la phobie spécifique de type situationnel ; ne se rapportent pas uniquement aux situations sociales (comme dans le trouble d'anxiété sociale) et ne sont pas exclusivement liés aux obsessions (comme dans le trouble obsessionnel compulsif), aux défauts perçus ou aux défauts de l'apparence physique (comme dans le trouble de dysmorphie corporelle), aux rappels d'événements traumatisants comme dans le syndrome de stress post-traumatique), ou à la peur de la séparation (comme dans l'anxiété de séparation).

Note : L'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique. Si la présentation clinique d'un individu répond aux critères de trouble panique et d'agoraphobie, les deux diagnostics doivent être retenus.

Annexe 10 : Critères diagnostic attaques de panique selon DSM-V

Diagnostic Attaque de panique (DSM V)

- A. Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée brusque de crainte ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

Remarque : La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

Remarque : des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

- B. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes qui suit :

1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
2. Changement de comportement significatif et inadapté lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement d'exercices ou des situations non familières).

- C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).

- D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées comme dans le trouble d'anxiété sociale, en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie spécifique, en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif, en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

Annexe 11 : Critères diagnostic trouble de l'usage de l'alcool selon DSM-V

Diagnostic trouble de l'usage de l'alcool (DSM V)	
A.	Mode d'usage problématique de l'alcool conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance cliniquement significative, caractérisé par la présence d'au moins deux des manifestations suivantes, au cours d'une période de 12 mois :
1.	L'alcool est souvent consommé en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu.
2.	Désir persistant, ou des efforts infructueux pour diminuer ou contrôler la consommation d'alcool.
3.	Beaucoup de temps est consacré à des activités nécessaires pour obtenir de l'alcool, à utiliser de l'alcool ou à récupérer de ses effets.
4.	Envie impérieuse (craving), fort désir ou besoin pressant de consommer de l'alcool.
5.	Consommation répétée d'alcool conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6.	Consommation continue d'alcool malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de l'alcool.
7.	Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de l'alcool.
8.	Consommation répétée d'alcool dans des situations où cela peut être physiquement dangereux.
9.	L'usage de l'alcool est poursuivi bien que la personne sache avoir un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par l'alcool.
10.	Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
a.	Besoin de quantités notablement plus fortes d'alcool pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
b.	Effet notablement diminué en cas de l'usage continu de la même quantité d'alcool.
11.	Sevrage, tel que manifesté par l'un des éléments suivants :
a.	Le syndrome de sevrage de l'alcool caractéristique.
b.	L'alcool (ou une substance très proche, telle qu'une benzodiazépine) est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
Spécifier si :	
En rémission précoce : après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été pendant au moins 3 mois mais pendant moins de 12 mois (à l'exception du critère A4)	
En rémission prolongée : après que tous les critères du trouble de l'usage de l'alcool aient été préalablement remplis, plus aucun ne l'a été à aucun moment pendant au moins 12 mois (à l'exception du critère A4)	
Spécifier la sévérité actuelle :	
305.00 (F10.10) Léger : présence de 2-3 symptômes	
303.90 (F10.20) Moyen : présence de 4-5 symptômes	
303.90 (F10.20) Grave : présence de 6 symptômes ou plus	