

**Plaidoyer pour la pratique de la psychothérapie basée sur les preuves :
Exemple d'un cas de trouble panique avec agoraphobie**

**Advocating for evidence-based psychotherapy practice: A case example
of panic disorder with agoraphobia**

FERGANI Louhab¹, BENAMSILI Lamia²

¹Université Abderrahmane Mira de Bejaia(Algérie), louhab.fergani@univ-bejaia.dz

²Université Abderrahmane Mira de Bejaia(Algérie), lamia.benamsili@univ-bejaia.dz

Received:22-01 -2023

Accepted: 18-04-2023

Résumé:

Aujourd'hui, grâce à la technologie numérique, les cliniciens algériens, ne peuvent pas ignorer les avancées dans le domaine de la psychothérapie. Notre intervention a pour but d'exposer le traitement des manifestations psychopathologiques du trouble panique avec agoraphobie chez une adolescente de 16 ans. Ce traitement s'inscrit dans le cadre du modèle CBT (Cognitive Behavioral Therapy). Nous présentons, à l'aide d'une illustration clinique, le protocole le plus actualisé pour la prise en charge du trouble panique avec agoraphobie.

Mots-clés : cliniciens algériens ; psychothérapie ; trouble panique avec agoraphobie ; modèle CBT.

Abstract :

Today, thanks to digital technology, Algerian clinicians cannot ignore advances in the field of psychotherapy.

The aim of our intervention is to expose the treatment of psychopathological manifestations of panic disorder with agoraphobia in a 16 year old girl. This treatment is part of the CBT (Cognitive Behavioral Therapy) model. We present, with the help of a clinical illustration, the most up-to-date protocol for the treatment of panic disorder with agoraphobia.

Keywords: Algerian clinicians; psychotherapy; panic disorder with agoraphobia; CBT model.

1. INTRODUCTION

Le trouble panique est un trouble spécifique susceptible de se combiner avec l'agoraphobie, on pose alors dans ce cas le diagnostic de « trouble panique avec agoraphobie ». Dans ce cadre, le trouble panique renvoie à la présence de plusieurs attaques de panique chez le patient. Ces attaques surviennent sous forme de crises d'anxiété aiguës, avec comme l'une des complications la plus fréquentes, l'agoraphobie. Cette dernière quant à elle définit la crainte de se retrouver dans des situations ou bien des endroits dont il est difficile de s'échapper.

Par ailleurs, il est admis que l'adolescence constitue une période où la fréquence (ou la survenue) du trouble panique est maximale. Aujourd'hui, il existe un vaste panel de psychothérapies et autres modalités de prise en charge du trouble panique avec agoraphobie. Nous proposons dans cet article de présenter une illustration clinique relative à un traitement prodigué à notre patiente, à savoir la thérapie cognitive et comportementale, connu en anglais sous le terme de : cognitive behavioraltherapy ou CBT.

2-ASSOCIATION TROUBLE PANIQUE ET AGORAPHOBIE DANS LE DSM 5 ET LA CIM 11 :

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5) pose 4 critères diagnostiques concernant le trouble panique, à savoir : attaques de panique récurrentes et inattendues (critère A). Une attaque de panique est une montée brusque de crainte ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) symptômes physiques ou cognitifs d'une liste de 13. Au moins une des attaques a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un ou des deux symptômes relatifs à la crainte persistante ou inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences et le changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques. A noter que la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale (critère C) et la perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (critère D) (DSM 5, 2015, pp.260-261).

De son côté, la classification internationale des maladies dans sa dernière version (CIM 11) (2022) note que le trouble panique se caractérise par des attaques de paniques inattendues récurrentes qui ne se limitent pas à des stimuli ou situations spécifiques. Les attaques de panique sont des épisodes distincts de peur ou d'appréhension intense accompagnés de l'apparition rapide et concomitante de plusieurs symptômes caractéristiques (p. ex. palpitations ou rythme cardiaque augmenté, transpiration, tremblements, essoufflement, douleur thoracique, étourdissements ou vertiges, frissons, bouffées de chaleur, peur d'une mort imminente). En outre, le trouble panique se caractérise par une préoccupation persistante vis-à-vis de la récurrence ou de l'importance des attaques de panique, ou des comportements visant à éviter leur récurrence, qui entraîne une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants. Les symptômes ne sont pas une manifestation d'une autre affection médicale et ne sont pas dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central (CIM 11, 2022. Repéré à <https://icd.who.int>).

3-LE MODELE COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY(CBT):

La thérapie cognitive est actuellement le courant dominant en psychothérapie connue en anglais sous le nom de cognitive behaviortherapy ou CBT (Blackburn & Cottraux, 2022, p.11).

Le protocole de traitement basé sur le modèle CBT représente l'une des réussites du développement des traitements psychologiques fondés sur des preuves. Les résultats de nombreuses études indiquent que cette approche présente des avantages substantiels par rapport à la médication placebo ou aux approches psychosociales alternatives contenant des facteurs "communs" tels que les attentes positives et les alliances thérapeutiques utiles. En outre, ce traitement constitue une partie importante de toutes les lignes directrices de pratique clinique, qu'elles proviennent de la santé publique ou d'autres sources provenant de pays du monde entier, décrivant les traitements efficaces du trouble panique et l'agoraphobie. Les résultats de nombreuses études évaluant ce protocole de traitement, à la fois individuellement et en combinaison avec les principales approches

pharmacologiques, suggèrent que cette que cette approche est aussi efficace que les meilleures approches pharmacologiques à court terme et plus durable à long terme (Barlow, 2021, p.1).

Concernant notre illustration clinique, nous avons eu recours à la dernière version de ce protocole tirée du livre de Barlow (2021) sous le titre « *MANUEL CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES* », et plus précisément le premier chapitre de cet ouvrage titré « le trouble panique et l'agoraphobie ». Nous le présentons dans ce qui suit après un survol des principales composantes de la thérapie cognitivo-comportementale :

3-1-COMPOSANTES DE LA THERAPIE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE :

- Education :

Le traitement commence par une éducation sur la nature du trouble panique, des causes de la panique et de l'anxiété, et la façon dont la panique et l'anxiété sont perpétuées par des boucles de rétroaction entre les systèmes de réponse physiques, cognitifs et comportementaux. En outre, des descriptions spécifiques de la psychophysiologie de la réponse combat-fuite sont ainsi qu'une explication de la valeur adaptative des différents changements physiologiques qui se produisent pendant la panique et l'anxiété. L'objectif de cette thérapie est de corriger les mythes et les idées fausses les plus répandus sur les symptômes de la panique qui contribuent à la panique et à l'anxiété. La valeur de survie des réactions d'alarme (c'est-à-dire des attaques de panique) est soulignée tout au long du programme. L'éducation fait également la distinction entre l'état d'anxiété l'anxiété et l'émotion de peur/panique, tant sur le plan conceptuel que sur celui de ses trois modes de réponse (subjectif, physiologique et comportemental). Cette distinction est essentielle pour le modèle du trouble panique et pour le reste du traitement. L'anxiété est considérée comme un état de préparation à une menace future, tandis que la panique est l'émotion de lutte et de fuite provoquée par une menace imminente (Barlow, 2021, p.25).

- Autocontrôle

L'auto-contrôle est essentiel au modèle de thérapie cognitivo-comportementale. L'autocontrôle est présenté comme un moyen d'améliorer la conscience objective de soi et d'accroître la précision de l'auto-observation. Il est demandé aux patients de tenir au moins deux types de registres. Le premier, le registre des attaques de panique, est rempli le plus tôt possible après chaque attaque de panique. Ce dossier fournit une description des indices, de la détresse maximale, des symptômes, des pensées et des comportements. Le second, le journalier, est rempli à la fin de chaque journée pour enregistrer les jour pour enregistrer les niveaux globaux ou moyens d'anxiété, de dépression et tout ce qui est considéré comme important à enregistrer. En outre, les patients peuvent tenir un registre quotidien des activités ou des situations réalisées ou évitées (Barlow, 2021, p.25).

- **Rééducation respiratoire**

Le réentraînement respiratoire est un élément central dès le début du développement des traitements de contrôle de la panique, car de nombreux patients souffrant de panique décrivent les symptômes d'hyperventilation comme étant très similaires à ceux de leur attaque de panique. Plusieurs études ont illustré un effet positif de la réadaptation respiratoire, impliquant des exercices de respiration abdominale lente. Nous avons constaté que la réadaptation respiratoire était légèrement moins efficace que l'exposition intéroceptive lorsque chacune était ajoutée à la restructuration cognitive et à l'exposition in vivo (Barlow, 2021, p.25).

- **Relaxation appliquée**

Une forme de relaxation connue sous le nom de relaxation appliquée a donné de bons résultats dans le traitement des attaques de panique (Barlow, 2021, p.26).

- **Restructuration cognitive**

La restructuration cognitive est un ensemble de compétences dans lequel les patients apprennent à reconnaître les erreurs cognitives et à générer des explications alternatives, non catastrophiques, pour les sensations qui sont redoutées lors des attaques de panique. La thérapie cognitive commence par une justification du traitement et une discussion sur le rôle des pensées dans la génération des émotions. Ensuite, les pensées sont reconnues comme des

hypothèses plutôt que comme des faits, et sont donc susceptibles d'être remises en question et contestées. Une auto-surveillance détaillée des émotions et des cognitions associées est instituée pour identifier les croyances, les évaluations et les hypothèses spécifiques. Une fois identifiées, les cognitions pertinentes sont classées en types d'erreurs typiques qui surviennent lors d'une émotion intense. Le processus de catégorisation, ou d'étiquetage des pensées, est cohérent avec un modèle scientifique personnel et facilite une perspective objective en permettant aux scientifiques de se concentrer sur les problèmes de la vie quotidienne et facilite une perspective objective par laquelle la validité des pensées peut être évaluée. Ainsi, en étiquetant le type de distorsion cognitive, le patient est encouragé à utiliser une approche empirique pour examiner la validité de ses pensées en considérant toutes les preuves disponibles. Les thérapeutes utilisent le questionnement socratique pour aider les patients à faire des découvertes guidées et à remettre en question leurs pensées anxieuses. La thérapie cognitive est souvent mêlée à des techniques comportementales. (Barlow, 2021, p.26).

**- Exposition (exposition in vivo, exposition intéroceptive,
Optimiser l'apprentissage pendant l'exposition)**

L'exposition est une phase essentielle du traitement et, une fois commencée, elle est l'un des principaux points de à faire entre les séances de traitement, étant donné qu'une exposition est peu bénéfique et peut même être préjudiciable. L'exposition est conçue pour éteindre les réponses émotionnelles conditionnelles à des situations et contextes externes, par le biais d'une exposition in vivo, ainsi qu'à des situations et contextes externes, ainsi qu'aux sensations corporelles, par l'exposition intéroceptive. Des preuves croissantes suggèrent que l'exposition représente la composante la plus puissante de la thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble panique et l'agoraphobie (Barlow, 2021, p.27).

- Rôle de l'acceptation pendant l'exposition

Les capacités d'adaptation cognitives et somatiques sont au cœur de la thérapie cognitivo comportementale et sont enseignées pour faciliter et améliorer la thérapie d'exposition. Il est intéressant de noter que l'approche

de l'acceptation d'acceptation est entièrement compatible avec notre formulation de l'exposition intéroceptive, dans laquelle les patients sont encouragés à faire l'expérience des sensations physiques redoutées sans tenter de les atténuer ou d'y penser différemment au moment de l'exposition.(Borlow, 2021, p.31).

3-2- DESCRIPTION DU TRAITEMENT : PROTOCOLE

Ce qui suit est une description d'une thérapie cognitivo-comportementale en 12 séances pour le trouble panique et l'agoraphobie. Bien entendu, le degré d'importance accordé aux différentes composantes du traitement varie en fonction de l'évaluation fonctionnelle effectuée pour chaque patient.

- Vue d'ensemble

L'objectif fondamental du protocole de traitement est d'influencer directement les mauvaises appréciations catastrophiques et l'évitement des sensations corporelles et des situations agoraphobes. Cela se fait d'abord par la fourniture d'informations précises sur la nature de la réponse combat-fuite. En ces informations, les patients apprennent que qu'ils éprouvent des sensations qui sont normales et inoffensives. Deuxièmement, le traitement vise à enseigner un ensemble de compétences pour développer des évaluations fondées sur des preuves concernant les sensations corporelles sensations corporelles et les situations d'agoraphobie. Parallèlement, des informations spécifiques concernant les effets de l'hyperventilation et son rôle dans les attaques de panique, avec la pratique d'un réentraînement à la respiration, si cela est jugé appropriée. Ensuite, l'essentiel du traitement consiste à l'exposition répétée aux signaux internes redoutés et aux situations agoraphobes.

- Session 1

Les objectifs de la session 1 sont de décrire la peur et l'anxiété, d'aider les patients à comprendre les influences cycliques entre les réponses comportementales, physiologiques et cognitives, de comprendre que les attaques de panique ne sont pas dues à un problème comportemental, physiologique et cognitive ; de comprendre que les attaques de panique ne sont pas dangereuses ; et de commencer l'auto-surveillance, si elle n'a pas été pas déjà commencé lors de l'évaluation initiale.La thérapie commence par l'identification des schémas d'anxiété et des situations dans lesquelles

Plaidoyer pour la pratique de la psychothérapie basée sur les preuves : Exemple d'un cas de trouble panique avec agoraphobie

l'anxiété et les attaques de panique sont susceptibles de se produire. De nombreux patients ont des difficultés à identifier des antécédents spécifiques, déclarant que la panique peut survenir à presque n'importe quel moment. Les thérapeutes aident les patients à identifier les déclencheurs internes, en particulier les cognitions verbales négatives, les images catastrophiques et les sensations physiques.

- Session 2

Les objectifs de cette session sont de commencer le développement d'une hiérarchie des situations agoraphobes et des techniques d'adaptation d'agoraphobie et des techniques d'adaptation telles que le réentraînement respiratoire et la restructuration cognitive. La hiérarchie individualisée comprend des situations qui vont d'une anxiété légère à modérée, jusqu'à une anxiété jusqu'à l'anxiété extrême. Ces situations deviennent la base de l'exposition in vivo graduée. Bien que les exercices d'exposition in vivo ne soient pas prévus avant la session 4, la hiérarchie est introduite maintenant, afin que les compétences de restructuration cognitive puissent être pratiquées en relation avec chaque situation de la hiérarchie avant l'exposition in vivo. Chaque situation de la hiérarchie avant le début de l'exposition in vivo. L'exposition in vivo. En outre, la hiérarchie sera affinée à la suite de la pratique de la restructuration cognitive, car celle-ci met en évidence les caractéristiques spécifiques de l'agoraphobie. Cette dernière met en évidence les caractéristiques spécifiques des situations agoraphobes qui sont les plus anxiogènes. Dans l'étape suivante, le thérapeute enseigne la réadaptation respiratoire, qui commence par apprendre aux patients à se reposer davantage sur le diaphragme (abdomen) que sur les muscles de la poitrine. En outre, les patients sont invités à se concentrer sur leur respiration en comptant sur leurs inspirations et en pensant au mot "relax" sur les expirations. (La respiration lente est introduite dans la session 3).

- Session 3

Les objectifs de cette séance sont de développer le réentraînement respiratoire et de poursuivre la restructuration cognitive active. Le thérapeute passe en revue la semaine de pratique de la respiration

diaphragmatique du patient. Le devoir consiste à pratiquer la respiration diaphragmatique pendant au moins 10 minutes, deux fois par jour, dans un environnement relaxant. Les thérapeutes introduisent la restructuration cognitive au cours de cette session, en expliquant que tout le monde fait des erreurs de pensée lorsqu'il est anxieux, ce qui aide le patient à s'attendre à ce que sa pensée soit déformée. Les patients sont informés que ces distorsions ont une fonction adaptative. Ensuite, on apprend aux patients à traiter leurs pensées comme des hypothèses ou des suppositions plutôt que des faits. Les notions de la pensée automatique et des prédictions discrètes sont également expliquées.

- **Session 4**

Le principal objectif de cette séance est d'utiliser les techniques de réentraînement respiratoire comme outil d'adaptation, de revoir les techniques de restructuration cognitive et de commencer l'exposition in vivo au premier élément de la hiérarchie de l'agoraphobie.

Maintenant que les patients ont suffisamment pratiqué la respiration lente et diaphragmatique dans des environnements relaxants, ils sont prêts à utiliser ces méthodes dans des environnements distrayants et dans des situations d'anxiété. Les patients sont encouragés à utiliser les techniques de respiration comme une technique d'adaptation lorsqu'ils sont confrontés à la peur, à l'anxiété et à des situations anxiogènes. En ce qui concerne la restructuration cognitive, les thérapeutes donnent un feedback correctif aux patients sur les méthodes d'interroger les preuves pour générer des probabilités réalistes, de faire face au pire et de générer des moyens de faire face à chaque élément de la hiérarchie de l'agoraphobie et toute attaque de panique survenue au cours de la semaine écoulée.

- **Session 5**

Les objectifs de cette session sont de revoir la pratique de l'exposition in vivo, de concevoir une autre tâche d'exposition à la semaine prochaine, et de commencer l'exposition intéroceptive. Notez que l'exposition in vivo et l'exposition intéroceptive peuvent être faites simultanément ou séquentiellement. Encore une fois, il est important que les patients reconnaissent que l'objectif est de faire face de manière répétée aux situations malgré l'anxiété, et non de parvenir à une absence totale

d'anxiété. Tolérer la peur plutôt que la réduction immédiate de la peur est l'objectif de chaque pratique d'exposition ; cette approche conduit à une réduction éventuelle de la peur au fil du temps.

- Sessions 6 et 7

L'objectif principal de ces sessions est de passer en revue la semaine passée de pratiques d'exposition in vivo, de concevoir de nouvelles expositions, de revoir les pratiques d'expositions intéroceptives répétées en session, et de les assigner comme devoirs pour la semaine suivante.

- Sessions 8 et 9

Les objectifs principaux de ces sessions sont de continuer l'exposition in vivo, telle que décrite dans les sessions précédentes, et d'étendre l'exposition intéroceptive aux activités naturelles.

- Sessions 10 et 11

Les objectifs principaux de ces sessions sont de revoir les exercices d'exposition in vivo et en milieu naturel de la semaine passée et de combiner l'exposition à des situations agoraphobiques redoutées et évitées avec l'induction délibérée de sensations redoutées dans ces situations. Comme pour les devoirs d'exposition intéroceptive précédents, il est important d'évaluer et de corriger les tendances à éviter les tâches d'exposition intéroceptives naturalistes, principalement en en considérant les hypothèses erronées sous-jacentes qui conduisent à l'évitement.

- Session 12

La dernière séance de traitement passe en revue les principes et les et les compétences acquises et fournit au patient un modèle de techniques d'adaptation pour les situations potentiellement à haut risque à l'avenir.

4-CAS ILLUSTRATIF :

4-1-Présentation générale du cas

4-1-1- Histoire de vie

Lina est la benjamine d'une fratrie de trois enfants. Elle a un frère âgé de 25 ans, et une sœur âgée de 22 ans. Son père, âgé de 59 ans, est ingénieur pétrolier à la retraite. Sa mère, âgée de 56 ans est fonctionnaire à la retraite aussi. La famille de Lina a vécu 18 ans au sud d'Algérie, avant de

s'installer définitivement à Alger en 2013. Lina est née à Alger, mais elle a passé ses 7 premières années au Sud où elle a suivi sa première année de scolarité. Actuellement, elle est inscrite en deuxième année secondaire en filière gestion et économie. Son parcours scolaire est satisfaisant. La mère ne rapporte pas de conflits significatifs dans la famille ou dans le couple. Concernant Lina, elle décrit une grossesse et un accouchement qui se sont bien déroulés. La fille a eu un développement psychomoteur dans les normes. Selon la mère, Lina était une enfant physiquement faible qui refusait de prendre le sein.

La mère nous a dressé le portrait suivant de Lina : elle a toujours été fragile, retirée et timide. C'était une fille trop gentille. Elle ne se défendait pas. Elle a toujours été une fille peureuse. Elle paniquait dans certaines situations. Enfin, la mère précise : « takhlaabezaf ; edatbezaffmeni » (elle a beaucoup peur ; elle a pris beaucoup de moi). Actuellement, Lina se montre toujours timide, même en famille. Selon la mère, Lina sublime son stress et son angoisse par sa passion pour le dessin, une activité artistique pour laquelle elle est douée disait-elle.

Comme nous l'avons déjà noté, Lina et sa famille ont vécu au Sud pendant 18 ans. La mère nous a fait remarquer qu'une partie de cette période coïncide avec la dure période de la décennie noire qu'a connu notre pays. Elle rapporte que son mari s'absentait beaucoup à cause de son travail dans une zone industrielle isolée. Quant à elle, elle travaillait dans une entreprise nationale qui offrait à ses enfants et à elle un environnement très protégé. En effet, elle disait qu'elle n'était jamais séparée de ses enfants, car la crèche et l'école se trouvaient juste à côté de son lieu de travail. Quand les enfants ont grandi et devaient se rendre à une école un peu loin, c'est le chauffeur qui les accompagnait. C'est alors que la mère nous disait que ces déplacements l'ont toujours stressée car elle avait peur pour ses enfants. Elle dit avoir vécu dans une anxiété permanente. Par ailleurs, elle a pris à cette époque des anxiolytiques pendant plusieurs années. Cependant, la mère n'évoque aucun événement particulier de nature traumatique.

4-1-2- Histoire du trouble

Lina nous explique lors de la première séance qu'avant sa première attaque de panique, il y a deux mois, elle a eu des pensées de mort et de fin du

Plaidoyer pour la pratique de la psychothérapie basée sur les preuves : Exemple d'un cas de trouble panique avec agoraphobie

monde sans raisons apparentes. Selon elle, ces pensées surviennent surtout la nuit. Dans les jours qui suivent, ces pensées ont persisté et elle pense : qu'elle meurt sans raison ; qu'elle tombe malade et meurt ; qu'elle meurt en faisant sa prière. Ces pensées surviennent tous les jours. Mais, depuis le mois de juin dernier, elle a remarqué qu'en plus de ses pensées, elle commence à avoir des sensations corporelles : le cœur qui bat vite, difficulté à respirer, tremblement, sensation de vertige, sensation de quelque chose qui pique dans mon cœur. A notre question sur ce qu'elle fait quand elle se trouve dans cet état, elle nous répond qu'elle essaie de regarder la télévision, elle part dormir pour ne pas rester à penser, ou elle parle à des proches. L'essentiel, disait-t-elle, elle essaie de trouver quelque chose qui la distrait car quand les pensées viennent, elle ne peut pas les arrêter, même en dessinant, elle cherche alors quelque chose qui l'empêche de penser à ce même sujet. Pendant ce temps, seule sa cousine était au courant de ses crises de panique.

Généralement, les signes d'anxiété chez Lina apparaissent le soir à la maison, surtout quand elle ne fait rien et quand elle s'apprête à aller dormir. Mais, elle a remarqué aussi qu'elle est plus anxieuse dans les situations sociales (kiykouneliktidabezaf « quand c'est trop encombré »).

Lina dit que dès qu'elle a commencé à avoir ces attaques de panique, elle en a cherché des explications mais elle en ne trouve pas. Elle dit qu'elle a essayé de lier les idées entre elles, mais elle ne trouve pas d'explications. Par contre, sa mère pense que ces attaques ont apparues après que Lina a appris qu'elle ne sera plus, à partir de l'année prochaine, dans la même filière et dans la même classe que sa meilleure amie. Selon la mère, Lina et son amie étaient inséparables depuis le primaire, et que cette amie avait beaucoup d'influence sur sa fille. Mais, la mère a souligné que Lina paniquait déjà quand elle était au primaire. Par exemple, elle avait remarqué qu'elle craignait d'avaler sa salive par peur de ne plus pouvoir respirer. La mère la décrit comme une fille qui était anxieuse et qui avait une « timidité malade ». Tous ses profs disaient qu'elle ne participait pas. Enfin, la mère se disait que Lina a une certaine prédisposition pour l'anxiété car elle lui ressemblait beaucoup sur ce plan.

Lina précise que se sont ses parents qui l'ont amené à consulter, mais avec son accord. Voyant que leur fille ne va pas bien à cause de ses attaques de panique, et en craignant qu'elles perturbent sa scolarité si elles persistent, les parents ont pris la décision de solliciter une prise en charge psychologique pour Lina. L'adolescente précise que son anxiété perturbe beaucoup son sommeil et la qualité de ses journées. Elle dit que chaque minute qui passe, elle a peur que quelque chose arrive, et qu'elle est devenue « négative » et elle a peur de l'avenir. Elle ne sait pas comment son problème impacte son entourage, mais elle dit que les membres de sa famille mènent leur vie normalement.

Quand les attaques de panique de Lina se déclenchent, la famille se précipite pour la calmer et la rassurer. Sa mère nous disait qu'elle essaye de l'occuper et de la faire sortir pour la distraire un peu de son anxiété.

4-2-Diagnostic et évaluation pour la ligne de base

4-2-1 Diagnostic et diagnostic différentiel

Les entretiens cliniques réalisés pendant les trois premières séances et la passation de questionnaires complémentaires (le niveau 1 de l'évaluation symptomatique transversale du DSM-5, échelle de phobie sociale de Libowitz, l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie) nous ont permis de poser le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie dont souffre Lina, et d'écarter d'autres diagnostics différentiels éventuels. Notre référence diagnostique est le DSM-5.

En effet, parmi les 13 symptômes d'une attaque de panique de DSM-5, Lina décrit l'apparition chez elle des symptômes suivants lorsqu'elle panique : accélération du rythme cardiaque, tremblements, sensations de « souffle coupé » et impression d'étouffement, sensation de vertige, paresthésie (sensations d'engourdissement au niveau des mains et picotements au niveau du cœur), peur de mourir. Ses attaques de panique sont récurrentes et inattendues. Elles sont suivies par une crainte persistante d'en faire d'autres avec la conséquence de mourir en faisant une crise cardiaque.

En plus, Lina évite les situations familières ou non qui sont susceptibles de précipiter son attaque de panique. Lina ne souffre d'aucune affection médicale (un bilan thyroïdien réalisé récemment s'est avéré négatif) et ne

fait usage d'aucune substance comme indiqué dans l'évaluation symptomatique transversale au niveau 1 de DSM-5.

Le diagnostic d'agoraphobie s'applique aussi au cas de cette adolescente. En effet, Lina évite activement toutes les situations de critère A de DSM-5 à l'origine d'une anxiété marquée. Elle ne peut, comme le montre ses réponses à l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie, se rendre dans ces endroits qu'en étant accompagnée. Elle craint que si elle se trouve seule dans l'un de ces endroits, elle ne saura pas comment s'en sortir si elle fait une attaque de panique ou comment cacher ses symptômes embarrassants comme elle nous l'a fait comprendre à propos de l'attaque de panique qu'elle a eu dans le train.

Le diagnostic différentiel le plus problématique avec le trouble panique est l'anxiété sociale dans la mesure où Lina évite les situations sociales. Bien que décrite comme très timide par sa mère, ni cette dernière ni Lina n'ont évoqué le fait que la patiente soit dérangée par le regard et le jugement des autres. Comme le montrent ses réponses à l'échelle de phobie sociale de Libowitz, son anxiété et son évitement concernent les situations où les autres peuvent constater son anxiété ou assister à son attaque de panique. Elle nous a décrit, par exemple, comment elle a essayé de gérer une attaque de panique qu'elle a eu récemment dans un train en compagnie de sa sœur, de ses deux cousines et d'une amie pour qu'elle n'en soit pas « embarrassée » (bachmanetbehdelch).

Par ailleurs, son anxiété dans sa dimension panique ou agoraphobique n'est pas motivée par une peur spécifique comme dans la phobie spécifique ou par des soucis comme dans l'anxiété généralisée. Nous avons déjà noté dans l'anamnèse l'absence d'évènement traumatique susceptible d'être à l'origine d'un stress post traumatique auquel seraient associées ses attaques de panique. Enfin, ses attaques de panique ne sont pas dues à une affection médicale où à la prise d'un médicament ou d'une substance.

4-2-2 Ligne de base

Elle comporte une évaluation standardisée en procédant à la passation des questionnaires suivants :

- **L'évaluation symptomatique transversale du DSM-5**

Cette évaluation, sous forme d'un questionnaire, est réalisée par la mère de Lina. Elle passe en revue des domaines de la santé mentale qui sont importants pour différents diagnostics psychiatriques. Cette évaluation est destinée à aider les cliniciens à identifier des domaines supplémentaires d'informations qui pourraient avoir un impact significatif sur le traitement et le pronostic d'un patient. De plus, nous allons utiliser cette évaluation pour suivre les changements dans le temps de la présentation symptomatique de Lina.

- **Echelle de phobie sociale de Libowitz**

Cette échelle permet d'évaluer l'intensité de la peur et de l'évitement relatifs à la confrontation avec des situations sociales. Lina obtient un score total de 54 à cette échelle. Son score se situe dans une zone inférieure à la zone à partir de laquelle on considère qu'il y a un problème de phobie sociale (de phobie sociale modérée (56-65) à une phobie sociale très sévère (95 et plus).

En constatant que les déplacements de Lina dans les endroits publics sont très limités, et en notant que son anxiété est sévère et son évitement est habituel, comme à l'item 22 de l'échelle de phobie sociale consistant à rapporter (seule) des marchandises dans un magasin, quand il s'agit d'endroits publics, nous avons proposé à Lina de renseigner l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie.

- **L'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie**

Cet inventaire permet de déterminer le degré d'évitement des patients seuls ou accompagnés dans plusieurs situations. La plupart des endroits et des situations font l'objet d'un évitement très important de la part de Lina quand elle est seule.

- **L'auto-enregistrement**

L'auto-enregistrement est une composante très importante de l'évaluation et du traitement du trouble panique et de l'agoraphobie.

Nous avons d'abord demandé à Lina dès la deuxième séance de réaliser un travail d'auto observation en portant ses observations sous forme d'un tableau qui comporte les éléments suivants : situation, pensées, émotions et sensations corporelles, et réactions. Après, le modèle ABC a été introduit en mettant l'accent sur les conséquences. Lina a appris à réaliser chez elle.

Plaidoyer pour la pratique de la psychothérapie basée sur les preuves : Exemple d'un cas de trouble panique avec agoraphobie

Ensuite nous avons demandé à Lina lors de la même séance d'enregistrer ses attaques de panique en utilisant une feuille d'enregistrement appelée Panic Attack Record. Enfin, Lina a rempli chaque semaine une feuille d'auto-enregistrement quotidien des niveaux de son anxiété, dépression, et de son appréhension de faire une autre attaque de panique.

4-3-Analyse fonctionnelle

Nous illustrons cette composante du protocole par une analyse fonctionnelle et topographique d'une attaque de panique que la patiente a vécu au cours de la semaine précédant la cinquième séance.

Pour ce faire, nous avons demandé à Lina de retourner à l'évènement en imagination (yeux fermés), comme si elle le revit sous forme d'un film.

La journée de 19 août 2022 : *« J'étais assise avec ma mère dans le salon, je dessine, elle était vers 22h 30, 11h moins, après le stress a commencé, je me sens un peu mal au niveau de mon cœur, comme si quelque chose me pique, après j'ai commencé à avoir des idées, peut être que c'est une crise cardiaque ou quelque chose de pas bien dans mon cœur, ou une maladie dans mon cœur, après le stress a augmenté et il est devenu une peur, après je l'ai dit à ma mère et à mon père, après tellement j'ai peur je pleure comme d'habitude, après je suis sorti avec mon père au balcon, il a commencé à me calmer, peut être pendant 10 minutes, après je suis partie faire ma prière et je suis partie dormir avec ma mère ; l'anxiété et la peur sont parties, mais la douleur est restée un peu, mais j'ai dormi. »*

Avec Lina, nous avons complété le tableau ABC suivant :

Tableau 1 : Exemple d'une analyse fonctionnelle ABC

A	B	C
J'étais assise avec ma mère dans le salon, j'étais en train de dessiner, il était environ 22h30, après	<p>Idées : peut-être c'est une crise cardiaque ou quelque chose de ne pas bien dans mon cœur, ou une maladie dans mon cœur.</p> <p>Emotions et sensations corporelles : stress, peur (60 %) ; je me sens mal au niveau de mon cœur, comme si quelque chose me pique.</p>	<p>C+</p> <p>+S+</p> <p>Soulagement</p> <p>-S-</p> <p>Diminution de l'anxiété</p> <p>C-</p>

le stress a commencé.	Réaction (comportement) : Je pleure, j'ai dit à ma mère, je suis sortie avec mon père au balcon, il a commencé à me calmer, après je suis partie faire ma prière et après j'ai dormi avec ma mère.	+S- Dépendance vis-à-vis des autres. +S- Sentiment de manque de confiance en soi
-----------------------	---	---

Dans la semaine qui suit, Lina a réalisé deux tableaux ABC pour deux situations où elle était anxieuse. Ses tableaux montrent qu'elle a bien compris le principe de l'analyse fonctionnelle en ABC en identifiant les conséquences positives et négatives des stratégies qu'elle a utilisé pour gérer son anxiété.

Les éléments dégagés de l'analyse fonctionnelle concernant les conséquences des stratégies adoptées par Lina et sa famille pour gérer ses attaques de panique sont repris avec la patiente pour lui expliquer ces stratégies ne l'aide qu'à gérer ses attaques à court terme, et qu'à terme son trouble persiste et qu'il peut même s'aggraver.

Ainsi, la demande et le contrat thérapeutique ont été discuté avec la patiente à la lumière de cette analyse fonctionnelle. Le but de la thérapie est d'aider la patiente à confronter sa peur en éliminant ses stratégies d'évitement et de gestion à court terme de ses attaques de panique et de son anxiété.

4-4- Thérapie

4-4-1 Psychoéducation

La thérapie commence par une psychoéducation sur la nature et les causes de l'attaque de panique et de l'anxiété, et comment le feedback entre les systèmes physique, cognitif et comportemental participe au maintien du trouble panique et de l'anxiété. Une fiche de psychoéducation détaillée a été rédigée en présence de la patiente. En plus des points précédents, elle comporte les points suivants :

- Une description spécifique de la psychophysiologie des réponses combattre-fuir.

Plaidoyer pour la pratique de la psychothérapie basée sur les preuves : Exemple d'un cas de trouble panique avec agoraphobie

- Une explication de la valeur adaptative (pour l'humanité) des différentes réponses physiologiques qui apparaissent pendant l'attaque de panique ou l'anxiété.
- Le but de cette psychoéducation est de corriger les fausses croyances sur les symptômes qui contribuent à l'attaque de panique et à l'anxiété. En effet, nous avons insisté avec Lina sur le fait que ces symptômes sont des réactions d'alarme qui ont une valeur de survie pour l'homme, et qu'ils n'ont jamais provoqué la mort de quelqu'un suite à une crise cardiaque comme elle le pense, ni n'ont rendu quelqu'un fou ou l'ont amené à perdre son contrôle.
- Une distinction entre l'état d'anxiété et l'émotion de peur/panique sur le plan conceptuel et selon les trois modes de réponses (subjectif, physiologique et comportemental).

4-4-2 La valeur thérapeutique de l'auto-enregistrement

Nous avons préféré de ne pas attirer d'emblée l'attention de Lina sur la valeur thérapeutique de l'auto-enregistrement et de l'auto-observation. 9 semaines après le début des séances de prise en charge, Lina rapporte à la feuille d'auto-enregistrement quotidien des niveaux de son anxiété, dépression, et de son appréhension de faire une autre attaque de panique, que la moyenne de son anxiété est de 2/10, la moyenne de sa dépression est de 1/10, et sa crainte de faire une nouvelle attaque de panique est nulle (0/10). D'ailleurs, elle ne rapporte aucune attaque de panique lors des dernières semaines. Elle a fait sa rentrée scolaire sans aucun problème.

A cet égard, nous pouvons supposer que l'auto-enregistrement et les discussions avec nous autour de ce travail ont permis à Lina :

- D'évaluer de façon plus objective ses symptômes
- D'accéder à une conscience de soi plus objective. Un auto-enregistrement objectif permet de remplacer des assertions négatives (ex. « je vais mourir, je fais une crise cardiaque ») par des assertions plus objectives (ex. « Mon niveau d'anxiété est de 6. Mes symptômes sont : difficultés à respirer, mon cœur bat fort, mes tremblent. Cet épisode termine après 10 minutes ».). Une conscience objective de soi réduit souvent les affects négatifs.

En plus de nous fournir un matériel utile pour les discussions lors des séances, l'auto-enregistrement a fourni pour Lina et pour nous un feedback sur son progrès en thérapie.

4-4- 3 La thérapie d'exposition aux situations agoraphobiques

En concertation avec Lina, une deuxième partie de la thérapie sera portée sur une exposition aux situations agoraphobiques qu'elle a identifié comme problématique et hiérarchisé de la manière suivante :

Tableau 1 : Hiérarchisation des situations agoraphobiques

Situations	Anxiété %
Prendre seule le métro	60%
Prendre seule le bus	60%
Sortir seule	50%
Téléférique	30%
Ascenseur	20%

4-5-Conclusion du cas

Dès que nous savions que la détresse psychologique de Lina relève de la symptomatologie du trouble panique avec agoraphobie et ceci dès les deux premières séances dans la mesure où ses symptômes s'accordent parfaitement avec les critères de ce diagnostic, nous nous sommes référés au protocole CBT le plus actualisé pour la prise en charge psychologique du trouble panique et d'agoraphobie pour la mise en place et l'application de ce traitement avec l'adolescente. Ce protocole s'inscrit dans ce qu'on appelle les traitements psychologiques basés sur preuves (evidence-based psychological treatments).

Tout en s'assurant d'établir une bonne relation thérapeutique avec Lina, nous avons consacré les premières séances à l'évaluation qui nous a permis de recueillir des données sur la fréquence, l'intensité et la durée de ses attaques de panique, mais aussi sur ses comportements d'évitement. Toutes ces informations sont nécessaires pour personnaliser le traitement en fonction du cas de cette patiente. La première partie de la thérapie a duré 7 séances au cours desquelles nous avons réalisé une évaluation détaillée et des analyses fonctionnelles ciblées, ce qui a permis de mettre en œuvre, parallèlement, les premières interventions thérapeutiques à travers la

psychoéducation et l'auto-enregistrement. Ses deux interventions se sont montrées efficaces pour mettre fin aux attaques de panique de l'adolescente qui a fait normalement sa rentrée scolaire. Cela a certainement soulagé les parents qui avaient peur que les attaques de panique de Lina interfèrent avec la reprise de sa scolarité. Le déroulement de la deuxième partie de la thérapie est en cours.

5-CONCLUSION :

Les traitements cognitivo-comportementaux du trouble panique et de l'agoraphobie sont très efficaces et représentent l'un des succès de l'histoire de la psychothérapie. Notre illustration témoigne bien de ces propos.

6-LISTE BIBLIOGRAPHIQUE:

American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM 5). Masson.

Barlow, D-H. (2021). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Guilford Press.

Blackburn, I-M., & Cottraux, J. (2022). *Psychothérapie cognitive de la dépression* (4^e éd). Elsevier Masson.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2022). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 11)*.

Repéré à <https://icd.who.int>