

## **Le rôle éminent de l'approche cognitivo-comportementale dans l'analyse, l'évaluation et la prise en charge du Trouble panique avec Agoraphobie**

**Dr M'hamel Assia  
(Université Alger2)**

### **Résumé :**

La présente étude prouve l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction des attaques de paniques, de la dépression et du comportement d'évitement chez un sujet atteint par le trouble de panique avec agoraphobie (TPA).

Cette maladie marquée principalement par les troubles physiques (sensation d'étouffer, les vertiges, les troubles de la vision, les palpitations, la tachycardie, les spasmes musculaires, et les troubles digestifs) se définit comme une peur prononcée d'un certain nombre de situations qui sont évitées de ce fait par l'individu et notamment les situations dont il ne peut s'échapper facilement ou bien les situations dont il ne perçoit pas une possibilité d'être secouru en cas de difficulté (la foule, les lieux publics, les tunnels, les moyens de transport.....).

Un programme thérapeutique a été appliqué en vingt-six séances avec quatre séances consacrées pour

la collecte de données de l'anamnèse, l'histoire de la maladie et son évolution, l'analyse fonctionnelle et le Pré-test, vingt et une séances consacrées pour la psychothérapie avec ses différentes techniques

(restructuration cognitive, relaxation et exposition aux stimuli interoceptives) et la dernière séance de post-test. L'ensemble des séances sont appliquées sur une durée de six mois et deux semaines.

Le plan de recherche pré-expérimental est celui utilisé dans l'étude avec la méthode du protocole à cas

unique. Les résultats obtenus après l'analyse de l'entretien évaluatif et l'analyse des questionnaires démontrent clairement l'amélioration remarquable de l'état du patient chez qui le nombre et l'intensité

des attaques de panique a baissé de manière remarquable ainsi que la réduction du comportement d'évitement et des symptômes consécutifs au (TPA) qui sont l'anxiété et la dépression.

**Mots clés :** La thérapie cognitivo-comportementale, le trouble panique avec agoraphobie, les attaques de panique, le comportement d'évitement.

### ملخص

تثبت الدراسة الحالية فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التقليل من نوبات الهلع، الاكتئاب وسلوك التجنب لدى شخص مصاب باضطراب الهلع المصحوب برهاب المكان. يعرف هذا المرض بأنه خوف ظاهر في عدد معين من الوضعيات التي يتجنبها الشخص خاصة تلك التي يصعب عليه الهروب منها بسهولة أو الوضعيات التي يدرك بأنه لا يمكن أن يتلقى المساعدة إذا تواجد بها مثل الاماكن المكتظة، الاماكن العمومية، كافة انواع النفق، وسائل النقل .....يتميز هذا المرض اساسا باضطرابات جسدية تتمثل في الاحساس بالاختناق،الدوار،إختلال الرؤية،تسرع ضربات القلب،تشنج العضلات الاختلالات الهضمية ..

لقد تم تطبيق برنامج متكون من ست وعشرين حصة، تهدف الاربع حصص الاولى جمع المعلومات الخاصة بتاريخ الشخص، تاريخ المرض وكيفية تطوره، التحليل الوظيفي والقياس القبلي.

تتمثل الواحد والعشرون حصة المتوالية في تطبيق العلاج النفسي بتقنياته المختلفة والتي تتمثل في إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء و التعريض للمثيرات الاستنباهية الداخلية أما الحصة الاخيرة فقد شملت إعادة تطبيق لاستبيانات. لقد استغرق تطبيق مجمل هذه الحصص مدة ستة أشهر و أسبوعين ما بخصوص المنهج الذي استعملناه فهو المنهج شبه التجريبي الذي يعتمد على التصميم ذو المفحوص الواحد.

تبين النتائج التي تم التحصل عليها تحسنا ملحوظا لحالة المريض بحيث انخفض لديه عدد نوبات الهلع كما قل سلوك التجنب والاعراض المرضية الناتجة عن هذا الاضطراب المتمثلة في القلق والاكتئاب.

### Introduction :

Marchand considère que la peur se définit comme la réponse à la perception d'un danger, elle est donc nécessaire et adaptée par contre la phobie est une peur irrationnelle d'une situation objectivement non dangereuse. (Marchand ,2004, p19).

Dans l'agoraphobie la peur irrationnelle est vécue dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaques de panique .

Une attaque de panique est caractérisée par une forte crise d'angoisse associée à une impression de mort imminente, d'une sensation de devenir fou ou perdre le contrôle de soi et commettre un acte anormal (par exemple : se jeter par la fenêtre, provoquer un accident, se rouler par terre en hurlant...). Elle s'accompagne d'un sentiment de perte de contrôle de la situation.

Le début est brutal ou rapidement progressif et les symptômes atteignent leur maximum en moins de 10 minutes. La résolution de la crise se fait en quelques minutes à moins de 2 heures, laissant place à une sensation de soulagement et assez fréquemment à une fatigue intense.

(<https://www.anxiete.fr/trouble-panique/attaque-de-panique> ).

Les attaques de panique vécues de manière répétée engendrent le trouble panique, ce dernier est caractérisé par une préoccupation persistante ou des changements de comportements en lien avec la survenue récurrente d'attaques de panique inattendues, c'est-à-dire qui se produisent sans cause évidente ou déclencheur.

Le trouble panique avec agoraphobie se caractérise par des attaques de panique et une anxiété anticipatoire des situations impliquant la séparation d'un lieu sécurisant.

Le sujet présente des attaques de panique et une anxiété anticipatoire dans des situations diverses y compris chez lui chose qui l'alarme et qui le rend de plus en plus irrité.

Il perd toute estime de lui-même du fait de ses peurs incontrôlables et a tendance à ressentir de la colère envers son incapacité à se maîtriser.

Goldstein et Chambless confirment le sous-estime de soi chez ces malades en affirmant la souffrance de ceux-ci du manque de confiance en soi, une difficulté à identifier et à exprimer des sentiments, une dépendance accrue par rapport aux autres du fait de « la peur d'avoir peur ». De leur part Marks (1970) , Bowen et

Kohout (1979) affirment que l'agoraphobie est souvent associée à une symptomatologie complexe incluant des éléments anxieux, dépressifs, obsessionnels, hypochondriaques et hystériques et des phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation sont souvent rapportés par les patients.

**(Fontaine et les autres, 1989, P41-42).**

Vu la complexité du tableau clinique de ces patients les thérapeutes d'approche cognitivo-comportementale s'intéressent en tentant de l'expliquer et élaborer des programmes thérapeutiques afin de soulager ces malades qui vivent constamment des attaques de panique et l'anxiété anticipatoire qui ressemble fortement à des crises de spasmophilie.

Mollard et Cottraux ont utilisé BASIC IDEA afin d'analyser le cas d'une malade agoraphobe et ont appliqué un programme thérapeutique qui a montré toute son efficacité.

De leur part Marchand et Letarte ont bien expliqué le trouble panique avec agoraphobie et ont exposé les techniques thérapeutiques propices à la bonne prise en charge.

Notre programme thérapeutique s'est inspiré des travaux de Marchande et Letarte et celui de Mollard et Cottraux .Pour cela nous nous demandons **si** le programme proposé appliqué avec un malade invalidé par le trouble panique avec agoraphobie est efficace dans la mesure où il réduit le nombre et l'intensité des attaques de panique ainsi que le comportement d'évitement et les symptômes d'anxiété et de dépression ?

Sur la base de ces interrogations nous formulons l' hypothèse que le programme proposé appliqué avec un malade invalidé par le trouble panique avec agoraphobie est efficace dans la mesure où il réduit le nombre et l'intensité des attaques de panique ainsi que le comportement d'évitement et les symptômes d'anxiété et de dépression.

### **1-Les variables de l'étude :**

#### **1-1 Le trouble panique avec agoraphobie (TPA):**

Pour définir le trouble panique avec agoraphobie il est indispensable d'évoquer les critères diagnostiques du trouble panique.

## **1- Définition du trouble panique (TP) :**

Le DSM-5 définit le trouble panique comme étant des attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoraciques.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
10. Transpiration.
11. Tremblements ou secousses.
12. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
13. Sensation d'étranglement.
14. Douleur ou gêne thoraciques.
15. Nausées ou gêne abdominale.
16. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse. Frissons ou sensations de chaleur.
17. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
18. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
19. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
20. 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 d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :

1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).

2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).

C. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition 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 d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation

## **2- Définition de l'agoraphobie :**

L'agoraphobie est un trouble anxieux caractérisé par une anxiété (ou un évitement) liée à des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique (ou crise de panique) ou de symptômes de type de panique.

Voici les critères diagnostiques du DSM-5 :

A. Peur ou anxiété marquée concernant 2 (ou plus) des 5 situations suivantes :

1. Utiliser les transports publics (ex., automobiles, autobus, trains, navires, avions).

2. Être dans des espaces ouverts (ex., parcs de stationnement, 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 de la maison seul(e).

B. La personne craint ou évite ces situations en raison de pensées que s'échapper de ces situations peut être difficile ou que de l'aide pourrait ne pas être disponible en cas de symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (par exemple, la peur de tomber chez les personnes âgées, la peur de l'incontinence).

C. Les situations agoraphobes provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété.

D. Les situations agoraphobes sont activement évitées, nécessitent la présence d'un compagnon, ou sont vécues avec une peur ou une anxiété intense.

E. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel que représentent les situations agoraphobes et le contexte socioculturel.

F. La peur, l'anxiété ou l'évitement est persistant, généralement pendant 6 mois ou plus.

G. La peur, l'anxiété ou l'évitement cause une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou autres.

H. Si une autre affection médicale (ex. maladie inflammatoire de l'intestin, maladie de Parkinson) est présente, la crainte, l'anxiété ou l'évitement est manifestement excessif.

I. La peur, l'anxiété ou l'évitement n'est pas mieux expliqué 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 le trouble d'anxiété de séparation).

### **1-2 Le comportement d'évitement :**

Les lieux ou la foule sont des espaces où les crises de paniques se manifestent mais ils ne sont pas responsables de la crise. Les éviter entraîneront des comportements phobiques mais ne régleront en rien la manifestation des symptômes, bien que la personne sera apaisée par le fait de les éviter. Plus la personne évitera plus le spectre de l'évitement s'élargira et bientôt ce ne sera plus que les lieux publics et les espaces libre que la personne évitera mais bien des pièces de sa propre maison, des personnes, des évènements, des itinéraires différents de ceux qu'il prend régulièrement. Car plus la personne évitera de ressentir , plus il évitera d'éléments, de situations et d'évènements.

### **1-2 L'anxiété agoraphobique :**

A la suite de l'atteinte par le Trouble panique avec agoraphobie, l'anxiété envahit l'ensemble du champ de la pensée **par** une sensation de peur, d'inquiétude, de panique ou de malaise.

Un sentiment de perte du contrôle de soi prédomine avec l'impression de ne plus être

soi même.. Des troubles du sommeil peuvent apparaître (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars...), entraînant une fatigue et des troubles de mémoire qui ne font qu'augmenter l'anxiété.

### **1-3 La dépression agoraphobique :**

Une étude réalisée en 1983 par Mollard et son équipe portant sur 70 phobiques dont 27 agoraphobes montre que ces derniers sont les plus invalidés et les plus perturbés sur le plan de la psychopathologie notamment au niveau de l'échelle de la dépression à l'inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota (MMPI) .

La dépression chez les sujets agoraphobes se voit à travers leur sentiment de dégoût et de lassitude en plus de leur manque de confiance face à leur s phobie et d'insécurité ajoutée à l'anxiété anticipatoire.

### **1-3 La thérapie cognitivo-comportementale :**

Il apparait important de pouvoir mieux repérer le processus thérapeutique basé sur l'explication de l'interaction entre les trois

systèmes moteur(éviter),physiologique (émotion),et cognitif (prise de conscience et système de pensée) .

Les principales stratégies utilisées dans la prise en charge psychologique du trouble panique avec agoraphobie sont l'éducation concernant le développement de la problématique, la démystification des symptômes de panique, la rééducation respiratoire, la relaxation, la restructuration cognitive et finalement l'exposition aux situations évitées.

**(Marchand, Trudel, Todorov, Borgeat, Gareau & Boivin, 1998).**

## **2- Les causes du Trouble panique avec agoraphobie :**

Il est important de préciser qu'aucune cause à elle seule ne permet d'expliquer l'apparition du trouble panique. Il y en a plusieurs et elles peuvent varier d'une personne à l'autre. Dans l'ensemble, nous pouvons affirmer qu'il y a une interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et de maintien, qui sont de nature à la fois biologique, psychologique et sociale

### **2-1 Les facteurs prédisposants :**

Les facteurs prédisposants se définissent comme des caractéristiques d'un individu qui le rendent plus susceptible de développer un trouble panique avec agoraphobie.

Les sujets atteints de( TPA )réagissent plus fortement au stress généré par les événements de la vie courante. Autrement dit, lorsqu'ils ont peur, ils vivent la peur avec plus d'intensité. Par ailleurs, les comportements et les modes de réaction qu'un individu apprend durant l'enfance en observant les autres jouent un rôle important dans la prédisposition au (TPA ).

**(Ladouceur, Marchand & Boisvert, 1999 ) .**

Les facteurs prédisposants sont **la vulnérabilité biologique** et **la vulnérabilité psychologique**.La vulnérabilité biologique explique les réactions physiques excessives

et la vulnérabilité psychologique est la tendance à percevoir l'anxiété comme un phénomène nocif ou nuisible.Elle traduit aussi la tendance à avoir recours à l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété.

## **2-2 Les facteurs précipitants :**

les facteurs précipitants peuvent précéder les premières attaques de panique de quelques jours, quelques semaines, quelques mois, ou peuvent être en cours au moment des premières crises (Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000) .

Ils peuvent prendre la forme d'un traumatisme (un accident grave,une situation d'inceste,etc ),

D'un stresser psychosocial (un divorce,la mort d'un être cher,une perte d'emploi,un déménagement,etc ) ou d'un stresser chronique (des problèmes conjugaux,des conflits au travail,une maladie etc .) .Les facteurs précipitants peuvent précéder les premières attaques de panique de quelques jours,quelques semaines,quelques mois,ou peuvent être en cours au moment des premières crises.

(Marchand, Roberge, Dupuis, Contandriopoulos, Mainguy & Savard, 2000) .

## **2-3 Les facteurs d'entretien :**

**Certains facteurs contribuent à maintenir le (TPA) ,ils sont d'ordre physiologique ,cognitif,comportemental et environnemental.**

### **1-Les facteurs Physiologiques :**

Ils sont représentées par le conditionnement intéroceptif et l'évitement intéroceptifs.Ces deux concepts traduisent les attaques de panique qui surviennent spontanément car elles sont déclenchées par des sensations physiques associées à ces attaques de panique en lien avec une situation ou causée par l'anxiété d'appréhension qui représente les idées et les craintes de vivre des attaques de panique.

### **2-Les facteurs cognitifs :**

Les gens présentant un TP /A associent une panoplie de significations et de conséquences désastreuses.Ils craignent la pire catastrophe :perdre le contrôle,s'évanouir,devenir fou,mourir,etc.Ces interprétations irréalistes dont la personne se montre fortement convaincue amplifient l'intensité de sa panique .elles nourrissent également sa peur de paniquer.(Marchand et Letarte ,2004,p75 ).

### **3-Les facteurs comportementaux :**

Clark (1988) affirme qu'il s'agit des comportements d'évitement et d'échappement .

L'échappement consiste à fuir ,l'évitement consiste à contourner une situation .

(Goudreau ,2004 ,p25 ).Ces deux comportements renforcent la peur.Le recours à l'évitement évite à la personne de transiger avec l'anxiété et entretient ses peurs irréalistes qui ne sont ainsi confrontés avec la réalité .En choisissant de s'échapper d'une situation,elle perpétue la conviction qu'un malheur serait arrivé si elle y était restée.Ces deux types de comportements ont pour conséquence d'entretenir et meme d'aggraver le problème.

(Marchand et Letarte,2004,p79).

### **4-Les facteurs environnementaux :**

Se sont les stressseurs chroniques ,le soutien social inadéquat et les bénéfiques secondaires .

#### **1-Les stressseurs chroniques :**

La mésentente conjuguale et l'insatisfaction au travail sont des facteurs chroniques qui peuvent précipiter les premières attaques de panique.Si le stressseur persiste après le début des attaques de panique ,il peut devenir un facteur de maintien du problème car il augmente de façon chronique le niveau global d'anxiété.(Ladouceur,Marchand et Boisvert,1999 ).

#### **2-Le soutien social inadéquat et les bénéfiques secondaires :**

Ce sont des facteurs qui ont pu paraitre avantageux au départ et qui contribuent maintenant à alimenter le( TPA).Concernant le soutien social inadéquat, l'encouragement de la famille et des amis face aux situations qui font peur peut renforcer l'évitement de la personne agoraphobe.

Pour ce qui est des bénéfiques secondaires, la personne aux prises avec un (TPA) craint de perdre ces bénéfiques si elle entreprend une démarche de changements .ça peut être l'attention et l'aide que de la part des proches comme ça peut être la compassion et la responsabilité assumée par l'entourage etc.....

#### **4- La vignette clinique :**

##### **1 -Présentation du malade :**

Monsieur M.B est un homme âgé de 54 ans, le plus jeune de 7 frères et sœurs ,de niveau terminal ,sans travail ,il vit à Alger .Son père est décédé mais sa mère est en vie .

##### **2-Le motif de consultation :**

M.B s'est présenté en consultation psychologique pour un problème de sensations d'étouffements, de vertiges, de perte de l'équilibre, de gorge sèche, de muscles contractés surtout du visage et particulièrement le nez .Meur M.B ainsi que peurs incontrôlables qui ont entravé sa vie puisqu'il est incapable de se déplacer tout seul, il est aussi incapable de s'éloigner de chez lui même lorsqu'il est accompagné.

Sa phobie de la mort est très importante ainsi que sa phobie de se retrouver dans la foule et dans les espaces ouverts et lorsqu'il rentre dans sa salle de bain .Sa peur de ressentir le malaise le domine dans toutes ces situations.

##### **3-L'anamnèse :**

Le malade a vécu dans un environnement strict avec un père rigide et ferme mais de très tendre surtout avec lui car il était un enfant gentil et obeissant .Ace propos le patient dit « bien que je travaillais bien à l'école,cela ne me donnait pas le privilège de ne pas être grondé ».

Sa mère était hyperprotectrice et lui a toujours interdit de s'éloigner de la maison de peur qu'il lui arrive un malheur,elle était trop préoccupé par sa santé physique et s'alarmait en cas ou il tombait malade. Le patient déclare avoir été un très bon élève studieux mais très peureux, il sursautait au moindre bruit .Son cœur battait très fort surtout quand il assistait ou se rappelait des punitions corporelles du père puisqu'il avait assisté plusieurs fois à ces scènes du père pour le frère aîné qui ne travaillait pas bien à l'école et qui ne se conformait pas aux lois de la maison (limite dans le temps de rentrée à la maison, efforts devant être fournis à l'école et dans les taches quotidienne,obeissance à la maman, fréquentation des enfants bien élevés.....).

Le père est décédé lorsque le malade avait atteint l'âge de 17 ans à la suite d'un diabète ce qui a complètement perturbé le malade qui était complètement perdu . Les conflits ont commencé avec le frère qui a voulu jouer le rôle du père et le malade s'y était fermement opposé.Le patient a refait sa 2eme année secondaire

pour la première fois de sa vie et a échoué au baccalauréat lorsqu'il avait atteint l'âge de 20 ans. Par la suite il a quitté les études et a intégré le domaine de la musique et en parallèle il a entamé le projet de l'immigration qui n'a pas abouti, ce qu'il a poussé à chercher un travail pour se stabiliser en tant que représentant commercial.

M.B rapporte qu'à l'âge de 21 ans il a vécu un événement qu'il considère comme traumatique qui est le tremblement de terre auquel il a réagi fortement avec beaucoup de peurs et de sensations désagréables. A l'âge de 30 ans il a perdu son travail et a beaucoup paniqué de peur de ne pas trouver de quoi vivre mais il a trouvé un autre travail et est devenu

un chauffeur de taxi agréé .

A 32 ans le patient rapporte qu'il était choqué d'avoir perdu sa sœur aînée qu'il considérait comme une maman ; La mauvaise nouvelle lui a été annoncée alors qu'il était sur la route et a été évacué aux urgences. Cette période était caractérisée par la phobie de la mort vécue de manière pénible avec des sensations continues d'étouffement et de palpitations puisque c'était la période du terrorisme à Alger et là le malade a rapporté des événements de confrontation avec les militaires armés dans la rue , ce qui l'affolait et lui faisait trop peur . A l'âge de 34 ans le patient a perdu son neveu victime du terrorisme alors qu'ils fêtaient le mariage de son frère. A 38 ans le malade a eu une déception amoureuse qui l'a sombré dans un état de tristesse et depuis il n'a pas pensé à se marier . Un autre événement rapporté par le malade et qui a beaucoup choqué le malade est la mort de son copain par un AVC de manière soudaine qui a développé chez lui une peur très intense de tomber malade. La maladie l'a beaucoup handicapé pour exercer un travail et suivre une formation.

#### **4-Histoire de la maladie :**

La 1ère attaque de panique est vécue par le patient à l'âge de 32 ans alors qu'il était dans la voiture sur une grande route et a reçu la nouvelle de la mort de sa sœur , il a ressenti des fourmillements dans tout son corps, des difficultés de respiration et une impression d'étouffer avec une peur intense de la mort, il a été évacué aux urgences et a été traité par des anxiolytiques et le médecin urgentiste l'a orienté vers un cardiologue qui lui a demandé

un électrocardiogramme qui n'a pas révélé une atteinte du cœur mais le patient a continué à se plaindre des douleurs

thoraciques, des palpitations, de l'étouffement, ce qui l'a amené à ne plus travailler et ne plus se déplacer loin de la maison et puis dans des endroits où il y avait la foule, les magasins, les bus, les tunnels, les autoroutes et tout endroit loin de chez lui.

Cette situation était difficilement vécue par le patient qui a commencé à se traiter par « ROKIA » espérant un soulagement mais la persistance de la situation l'a poussé à chercher un autre moyen de traitement et de là il a entamé une prise en charge psychiatrique et psychologique. À l'âge de 43 ans il a bénéficié de 4 séances psychothérapeutiques et mis sous Laroxyl et Tranxène qu'il a pris pendant deux ans. L'état du patient s'est légèrement amélioré mais il a rechuté dès qu'il a arrêté son traitement. Sa phobie de la mort est revenue, sa peur d'avoir une crise cardiaque, de s'évanouir, de perdre le contrôle avec la sensation des jambes molles et un évitement de toutes les situations où il est difficile d'être secouru.

#### **5-Description du malade lors du premier entretien clinique :**

Le malade était accompagné par son ami, il avait l'air très triste pendant sa démarche

Était très lente son regard plein distrait. Il a manifesté une grande volonté pour suivre la psychothérapie et un désir très fort pour comprendre ce qu'il lui arrive notamment son manque d'autonomie et sa phobie de la mort ainsi que ses sensations désagréables qu'il n'assimile pas et qu'il décrit comme très pénibles et insupportables.

#### **6-L'analyse fonctionnelle du patient :**

##### **1-Les facteurs prédisposant :**

##### **a-La vulnérabilité biologique :**

tachycardie, palpitations, sursauts et cauchemars depuis l'enfance

##### **b-La vulnérabilité psychologique**

La perception de l'anxiété comme nocive, hypervigilance aux sensations physiques et à leurs variations, enfant hyper protégé par la maman, peur de s'éloigner de la maison depuis le jeune âge d'où la perception de l'extérieur comme menaçant, adoption de l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété.

## 2- Les facteurs précipitants :

Le décès du père, l'échec aux études, les conflits avec le grand frère, la perte du travail et la peur de mourir pendant le tremblement de terre.

### - La 1<sup>ère</sup> attaque de panique :

La survenue sur l'auto route à la suite de l'annonce de la mort de la sœur d'où la 1<sup>ère</sup> (AP)

## 3- Les facteurs d'entretien

### 3-1 Facteurs physiologiques :

**a-conditionnement intéroceptif :** douleurs thoraciques, jambes molles, vertiges, étouffement

**a -évitement intéroceptif :** prendre un café prendre une douche avec portes et fenêtres fermées.

### 3-2 Facteurs cognitifs :

**a-Interprétations catastrophiques :** Intérprétations catastrophiques : je vais mourir, je vais m'évanouir je vais perdre le contrôle et je vais avoir une crise cardiaque.

**b-Anxiété d'appréhension :** j'ai peur de ressentir à nouveau le malaise.

### 3-3 Facteurs environnementaux :

la peur de mourir vécue pendant la période du terrorisme, la mort d'un copain par in AVC, une déception amoureuse et la mort d'un neveu.

## 7- Les résultats et la discussion :

### - Résultats du questionnaire des peurs :

	La phobie principale	Le degré d'évitement	La phobie secondaire	Le degré d'évitement	Le sentiment pénible	Le degré d'évitement
Pré-test	Phobie de La mort	8	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	8	-Sentiment de culpabilité -sentiment de désespoir	8

Post-test 1 année	Post-test 6 mois	Post-test
Phobie de La mort	Phobie de La mort	Phobie de La mort
3	3	4
La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul	La phobie de l'éloignement de chez soi tout seul
2	3	4
Sentiment de fatigue physique et morale	Sentiment de fatigue physique et morale	Sentiment de fatigue physique et morale
3	4	5

La partie descriptive

#### **La discussion :**

Les résultats dans la partie descriptive montre clairement que la phobie principale qui est la phobie de la mort déterminée par le patient était restée la même avec des scores différents au pré-test, post-test, 6 mois après la thérapie et 1 an après la thérapie. Ces scores montre bien l'amélioration de l'état du patient. Même chose pour la phobie secondaire qui est la phobie de l'éloignement du patient de chez lui et tout seul, celle-ci est évaluée par le patient de manière différente qui montre la réponse du malade à la psychothérapie.

En ce qui concerne les sentiments pénibles qui se rapportent aux phobies leurs scores se sont nettement améliorés ce qui prouve le soulagement du malade.

### La partie normative

	L'agoraphobie (0-40)	La phobie du sang et des blessures (0-40)	La phobie sociale (0-40)	La dépression et l'anxiété (0-40)	La gêne du comportement phobique
<b>Pré- test</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>8</b>
<b>Post- test</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>8</b>	<b>23</b>	<b>7</b>
<b>Post- test 6mois</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>5</b>
<b>Post- test 1 année</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>3</b>

#### La discussion :

L'agoraphobie, la phobie du sang et des blessures et la phobie sociale ont été évaluées par le malade pendant les quatre périodes de la prise en charge et cette évaluation est révélatrice d'une nette amélioration confirmée par les scores de la dépression et l'anxiété puisque elles sont devenues modérées au post-test et légère au post-test 1 année après la thérapie.

Aussi apparaît la gêne du comportement phobique changée, ce qui confirme les répercussions légères du comportement phobique sur la vie du malade.

#### 6-La discussion générale :

Les résultats des questionnaires ainsi que l'analyse de l'entretien évaluatif sous forme de support audio-visuel montrent clairement la différence dans les scores obtenus au pré-test, post-test en fin de thérapie, 6 mois après la thérapie et 1 an après la thérapie. Ces scores témoignent d'une nette amélioration de l'état du patient puisque lui-même s'est auto-évalué pendant les quatre phases du traitement. Ce qui prouve l'efficacité et le rôle éminent de la TCC

dans la réduction du trouble panique, de la dépression et du comportement d'évitement .

**7-La bibliographie :**

1-Fontaine ,o .,Cottraux ,J .,Ladouceur , R .(1984).Cliniques de thérapies comportementales.

Paris :Mardaga.

2-Ladouceur ,R .,Marchand ,A .,&Boisvert ,J.M.(1999).Les troubles anxieux :Approche cognitive et comportementale.Boucherville :Gaétan Morin.

3-Marchand ,A et Marchand ,L .(2004) .La peur d'avoir peur .Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie .Québec :Stanké.3eme édition.

**Les thèses :**

Goudreau ,S .(2004).Etude de cas –Le trouble panique avec agoraphobie.Exigence partielle de la maîtrise en Psychologie.Université du Québec.

**Les sites :**<https://www.anxiete.fr/trouble-panique/attaque-de-panique>