

Etude du cas d'un Agoraphobe selon la thérapie cognitivo-comportementale

**MHAMEL Assia
département de psychologie
Univ Alger2**

RESUME

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie représente l'une des plus importantes des entités cliniques regroupées dans les troubles anxieux. Elle représente l'un des problèmes les plus fréquemment rencontrés dans notre consultation psychologique, mais malheureusement aucune étude épistémologique n'existe en Algérie.

Aussi l'état de connaissances est très mauvais dans la consultation médicale et notamment chez la population.

L'agoraphobie se définit comme une « crainte de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on ne pourrait pas trouver de secours en cas de survenue brutale de symptômes ».

L'attaque survient sans prévenir, sous circonstance déclenchant particulière, elle dure moins d'une heure, le plus souvent une dizaine de minutes tout au plus.

Les signes somatiques d'anxiété est au premier plan le vécu subjectif extrêmement pénible. Le patient a peur de mourir ou de devenir fou.

Le sujet agoraphobe finit par diminuer progressivement son périmètre d'autonomie, une limitation des déplacements ou un besoin d'être accompagné.

Vu la complexité du tableau clinique de l'agoraphobe, les cliniciens se sont mis à chercher les techniques thérapeutiques et ont affirmé l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans la réduction des attaques de panique et la reprise de la liberté dans les déplacements .

1-Présentation du cas :

Monsieur A, est âgé de 37 ans, l'aîné d'une fratrie de 6, célibataire, licencié en informatique, il a travaillé en tant qu'informaticien dans une entreprise privée,

D'origine algérienne et a vécu depuis son jeune âge en Algérie avec sa famille. Ses parents sont vivants, son père est un retraité ayant travaillé en tant que comptable tandis sa maman est une femme au foyer, M^{er} a fait des études avec succès et se plaint de n'avoir pas pu décrocher un poste permanent, il attribue cela à la malchance et à son manque de savoir faire notamment de chercher un emploi stable.

Il dit avoir eu une enfance très difficile avec un papa qu'il décrit comme autoritaire, dominant et non communicatif et une maman trop soumise n'ayant jamais eu la capacité de transgresser aux ordres de son mari ou de lui désobéir.

- M^{er} est en relation avec une femme divorcée avec 4 enfants à qui il se confie et raconte des bribes d'informations d'après ses propos.

2- le diagnostic de l'agoraphobie :

Le patient se présente en consultation à la suite de l'orientation de son médecin généraliste qui a jugé nécessaire qu'il soit pris en charge en consultation psychologique sur la base d'une série de symptômes qui consistent dans des pressions thoraciques, une tachycardie, une gêne respiratoire ,une peur de mourir,des sensations d'étouffement et une incapacité de se déplacer dans la foule ,dans les transports public avec notamment un manque de confiance et une peur de l'avenir qu' il

exprime comme suit : « j'ai peur de l'avenir » disait t-il « je me dis si je reste comme ça comment je vais faire » .

Mer A a aussi manifesté ses soucis concernant sa santé et particulièrement l'éventualité d'être atteint par une maladie grave et il exprime ainsi par « souvent je pense que je suis atteint par la maladie de cœur ou le cancer>>. Cet ensemble de symptômes inquiètent notre patient car il se sent incapable de se prendre en charge et de se déplacer pour régler ses problèmes, il trouve que son autonomie est entravée depuis le début de ses sensations.

Son médecin a posé le diagnostic de « **Trouble Anxieux** » et la mit sous

Anti- dépresseurs : Anafranil 1 comprimé de 10 mg3 fois /jour

Et Seddacor 10 gouttes 3fois /jour.

- notre interrogatoire pendant la 1^{ère} séance nous a permis de déterminer

- les symptômes posés par ce patient et leur histoire qui remonte à 17 ans ou il avait 20 ans, et pendant cette période il a eu les premiers malaises avec notamment une appréhension que ces derniers se reproduisent. A ce moment-là, il a été chez un cardiologue en vue d'avoir une explication pour les tachycardies et les oppressions thoraciques, mais il est resté non rassuré malgré le résultat des investigations cardiologiques qui ont concluent l'absence d'anormalités anatomiques du cœur, en parallèle les résultats des tests pneumologiques étaient normaux ainsi que les examens gastriques et enfin la consultation chez un spécialiste en ORL n'a rien révélé et n'a pu expliquer les bourdonnements sur le plan organique que par une angoisse ressentie par le patient .

En conclusion toutes les consultations spécialisées n'ont pas conclu à

la nécessité de suivre un traitement médical de maladie chronique sauf des tranquillisants comme « Laroxyl » et « Sulpuride ».

3- Histoire De L'agoraphobie :

- Nous sommes remontés jusqu'aux premiers malaises de M^{er} avait 20 ans, il a ressenti une gêne respiration, une impression de mourir due aux palpitations et des inquiétudes physiques, ce qui l'a amené à réduire son activité au point où il s'est enfermé dans sa chambre par peur que ces malaises se reproduisent dehors et il rapporte qu'il ne sortait sauf pour partir chez les médecins, mais les contraintes familiales avec son père qui buvait et violentait la mère ainsi que son agressivité envers le patient et ses frères a fait que ses attaques se sont accentuées sans aucune explication organique.

A ce moment-là et pour fuir chez lui, il se déplaçait à l'université par bus mais craignait au fond que ses attaques resurgissent devant les étudiants.

- Ses malaises se sont calmés après avoir noué une relation avec un ami qui

L'accompagnait partout. Notre patient est devenu proche de son ami mais malheureusement à partir de 30 ans il ne l'a plus revu car son ami a voyagé à l'étranger. Deux mois après la crainte de la foule, l'isolement et les sensations physiques effrayantes notamment le cœur qui battait très fort et sa peur qu'il étouffe et meurt sont réapparus chez notre patient.

- Cet état l'a amené à consulter le médecin de la famille qui lui a prescrit du laroxyl pendant 6 mois et lui a recommandé une psychothérapie, mais il n'était pas très motivé d'après ses propos pour suivre une psychothérapie surtout que le traitement médical a pu calmer sa panique, en parallèle il a réussi à éviter la foule les marchés et des lieux publics grâce aux tranquillisants.

- A 32 ans M^{er} a été obligé de se déplacer dans une autre wilaya loin d'Alger centre parce qu'il a trouvé un emploi et il le décrit pendant l'entretien comme un lieu qui manque de convivialité, de chaleur de dialogue et d'harmonie et là il a travaillé comme contractuel.

- Sur la base ces données recueillies pendant deux séances de 1h on a posé le diagnostic de « attaques de panique avec agoraphobie » selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4eme édition).

4-Diagnostique Différentiel :

1-la dépression

On a taché de s'assurer de l'exactitude de notre diagnostic par rapport à la possibilité de diagnostiquer un autre trouble anxieux .donc on a commencé par un travail d'élimination par référence à la symptomatologie posée.

Le patient présente un désir de s'en sortir et ceci a été confirmé par ses propos verbaux « j'ai jamais arrêté d'entretenir l'espoir » d'où un intérêt majeur pour travailler dans son domaine.

- toutefois les traits dépressifs secondaires à ce trouble étaient présents et confirmés par les propos verbaux du patient.

2-L'Etat De Stress Post-Traumatique :

- l'éventualité d'un état de stress post traumatique était exclue puisque le patient présentait certes des sursauts ,une peur de mourir et des rêves qui révélaient la présence d'un vécu traumatique du à plusieurs évènements entre autre la violence du père et le vécu de la période du terrorisme mais la peur de mourir ne présentait pas le motif de consultation autant que le manque d'autonomie du patient et son handicap à prendre un transport commun « je me sens comme un invalide » disait t-il lors de l'expression de. De son incapacité à se déplacer.

3-^e l'anxiété de séparation :

On a annulé ce diagnostic car monsieur est quand même parvenue à aller travailler loin de chez lui et a tenté de s'installer à l'étranger mais sans résultat positif. Toutefois, les traits d'anxiété de séparation nous semblent présents surtout à l'égard de la mère qu'il trouve trop obéissante et soumise

et aussi maltraité par lui. En parallèle très affectueuse avec son aînée et hyper protectrice, ce qui a renforcé l'attachement de notre patient à sa mère et a nourrit son anxiété de séparation.

4- phobie sociale :

Exclue comme diagnostic du tableau clinique présenté par ce patient du fait d'avoir confirmé qu'il ne ressent pas la peur de rester avec les étrangers mais plutôt parce qu'il a peur de vivre les malaise devant les autres surtout lorsqu'il est loin de chez lui, une des données qui a soutenu notre diagnostic M^{er} est capable de parler dans une assistance chez lui avec des cousins qu'il reçoivent sans forte gêne ,mais il la ressent avec une forte intensité lorsqu'il parle avec son père et avec les personnes qui ont une responsabilité car il a peur de vivre une attaque ,ce qui nous amène à penser qu'il s'agit plutôt de traits de phobie sociale plutôt que d'une entité clinique.

5-^e l'hypochondrie ;

On a opté plutôt pour des traits hypochondriaque associés à l'agoraphobie avec attaques de panique que pour une hypochondrie structurée et cela en raison de la préoccupation exagérée mais occasionnée de notre patient pour sa santé et sa conviction d'être atteint par une maladie grave.

Signalons que ses plaintes n'étaient pas constantes mais surgissaient à la suite de l'évitement des lieux publics et des accès de panique. M^{er} a exprimé ses symptômes hypochondriaques comme suit

« j'ai remarqué que les lectures dramatiques comme quelqu'un qui a des crises subitement et meurt m'effraie ».

6-L'anxiété Généralisée :

Celle-ci a été détectée à partir de l'entretien clinique par rapport à la tension, au manque de concentration et aux insomnies qui représentent un handicap sévère pour le patient

Conclusion :

A partir de l'ensemble des données tirées des entretiens cliniques et des propos verbaux du malade, en plus de notre propre observation nous avons appuyé notre diagnostic qui est « attaque de panique avec agoraphobie ».

5- Analyse cognitivo-Comportementale :

Nous avons décidé d'analyser notre patient, et pour cela nous avons envisagé d'évaluer ;

1) le système cognitif, ceci dit l'ensemble des pensées du patient ou plutôt

ses croyances.

2) le système comportemental, particulièrement les réponses de panique et d'évitement.

3) le système physiologique qui consiste dans l'augmentation du rythme cardiaque, oppression thoracique ; l'étouffement.....

Pour cela nous avons choisi la méthode d'analyse de LAZARUS connue sous le nom de BASIC.I. qui approche la personnalité à travers sept paramètres ;

B. ;behavior (comportement), A : affects (affects), S:sensations (sensation), I:imagey (imagerie), C:cognition (cognition)

I:interpersonnel Relationships((relations interpersonnelles).

D :drugs/biology (drogues/biologie).

Notre choix de cette méthode est soutenue par la scientificité et le raisonnement expérimental dans le recueil des faits ,par l'organisation de ces derniers en hypothèses testables et par l'élaboration de stratégies d'intervention valides et l'évaluation des résultats thérapeutiques selon les travaux de LAZARUS(labelle et hould,2000,P135).

- appliquons la même méthode pour notre patient.

- (B) limitation des déplacements en bus et sur l'autoroute

- Incapacité à s'éloigner des hôpitaux (par peur de ne pas être secouru).

- Impossibilité de faire un long trajet par train ou par voiture.

- Désengagement amical qui se traduit par le retrait social, le refus de sortir manger avec ses amis dans un restaurant par crainte d'un malaise.

- Abstention à faire des courses et des achats par crainte d'une attaque de panique « je suis devenu incapable de rester dans le foule disait -il ».

- (A) Sentiment d'être différent des autres .

- Souciant et inquiétude peur de ne pas pouvoir vaincre cette peur.

- Peur de revivre des attaques de panique.

- Manque de confiance exprimé pendant les entretiens cliniques « j'ai perdu pratiquement tout mon capital de confiance ».

- Peur de mourir.

- (S) -Oppressions thoraciques.

- Serrement de la poitrine.

- Secousses musculaires et décharges électriques au niveau de l'épaule et du cou rapportés par le patient.

- Les spasmes.

- La gêne au niveau de la partie thoracique.
- Bourdonnements au niveau de l'oreille gauche

(I)-penser constamment à une autre attaque qu'on explique par « le peur d'avoir peur » ou « la peur du malaise » caractéristique des phobie avec le trouble panique.

-imagine toujours les malaise ressentis depuis une année lors d'un repas avec ses amis dans un restaurant « j'ai eu du mal à finir mon repas » disait -il « et je me suis senti mal, c'est une situation qui me revient ».

La deuxième situation auquel M^{er} pensait et craignait qu'elle se reproduise actuellement. Il était dans un bus sur un siège, un barrage ou les policiers vérifiaient les transports par mesure de sécurité .M^{er} très stressé a ressenti une boule dans le gorge et s'exprime ainsi « j'ai demandé qu'on m'ouvre sinon je saute par la fenêtre, j'ai dit que j'avais une hypertension juste pour qu'on m'ouvre ».

- Il rapporte aussi un événement ou il était chez le coiffeur et a senti tout son corps vibrer.

- Nous concluons que les déplacements, des endroits fermées et des embouteillages représentent des situations phobogènes ou notre patient a vécu des attaques d'où l'évitement et la crainte de celles-ci

C- penser à pourvoir succomber au mal et s'exprime ainsi

« Je me dis que j'ai connu ça et là il y a toujours cette idée qui me harcèle ».

- Penser qu'il va perdre le contrôle de soi.
- Penser à la peur de mourir par étouffement.
- Penser à l'évanouissement.

I- relations conflictuelles qui durent jusqu'à présent avec le père.

« mon père est agressif, têtu prêt à tout perdre mais ne pas reculer »

- la rupture avec deux amies intimes « ils m'ont blessé par des mots et ils m'ont blâmé d'avoir des états colérique, c'était une situation cauchemardesque ».

D- M^{er} a ce entre prit toutes les démarche auprès des explorations médical qui se sont avérer toutes négatives sauf à 18 ans pendant cette période notre patient a ressenti une tension et a été amené en urgence à l'hôpital les médecins ont diagnostique une hypertension nerveuse et l'ont aidé à respirer par l'oxygénation et un tranquillisant (sulpiride) 1 comprimé le soir pendant un mois.

- actuellement,il est traité par un tranquillisant et un antidépresseur SEDDACOR10gouttes 3 fois/jour et anafranil 1 comprimé de 10mg 3 fois /jour.

-Le choix des stratégies thérapeutiques :

Le choix de nos stratégies s'est basé sur les données recueillies à partir de notre analyse selon l'approche multi dimensionnelle , celles-ci ont visé chaque paramètre de la personnalité de notre , pour cela ou a trouvé que la psychothérapie la plus efficace est le psychothérapie multimodale brève (PMB) qui consiste à modifier chaque paramètre donc dans le cas de notre patient nous devons viser la modification des cognitions du patient par le biais de la restructuration cognitive ; telles que « je vais avoir peur » , » « je vais m'évanouir », « je vais perdre le contrôle » « et en fin je vais mourir » l'ensemble de ces cognitions exprime la peur du malaise et son changement représente un objectif de notre thérapie .

- le deuxième élément devant être modifié est l'évitement des situations comme la foule , l'assistance « je vais plus dans les fêtes de famille ou amis depuis mon problème ».

- le troisième objectif de notre thérapie est la réduction de l'appréhension du malaise exprimé un ainsi « j'ai toujours peur d'avoir une autre attaque ».

- agir sur le plan comportemental par l'apprentissage de la relaxation de Jacobson qui a contenu dix séances qui a duré chacune dix minutes avec une répétition régulière des séances à raison d'une séance par semaine .cette répétition a permis une intégration de la méthode en faisant fonctionner de moins en moins la mémoire.

- Notre but à partir de l'utilisation de celle-ci était de développer la prise de conscience de l'évolution des sensations engendrées par la relaxation et approfondit progressivement le relâchement musculaire.

- Nous avons apporté à notre patient avant d'appliquer cette méthode un ensemble d'informations avec illustration par des schémas qui montrent bien les lobes encéphalique et la biochimie du stress en vue de motiver celui-ci à bien appliquer cette technique et à refaire cet exercice trois fois par jour afin de favoriser l'usage préventif de cette méthode contre les attaques de panique.

- Nous avons aussi élaboré des fiches avec des tableaux d'auto -évaluation concernant l'entraînement à la relaxation,et cela au niveau physique et cognitif en vue de développer l'auto- observation et de là le contrôle de soi.

- En outre nous avons choisi les techniques d'exposition en imagination ou le patient a été exposé aux situations redoutées dans le but d'aider le patient à ne pas craindre le malaise.

- Signalons que dans le cas de M^{er} A. la première situation redoutée était celle des accès de panique vécues à l'âge de 18ans auquel nous l'avons exposé in vitro ou nous lui avons demandé d'auto -évaluer sa peur et là nous avons constaté que les scores de la peur diminuaient après chaque exposition allant de 9 à la 1ere exposition jusqu'à 2 à la 8eme exposition

- Le contrat thérapeutique :
- Un accord a été mis au point avec le patient sur ;
- Le diagnostic posé.

- Les techniques thérapeutiques proposées.
- L'auto -évaluation des symptômes par des questionnaires.
- L'évaluation du patient lui-même par rapport à l'application des techniques offertes.
- Les séances se sont déroulées ainsi ;
- La 1ere et la 2eme séance ont été consacrées au recueil des symptômes présentés par le patient et qui représente le motif de consultation en plus de l'histoire de la maladie.
- La 3eme séance a été consacrée au diagnostic différentiel puisque le diagnostic de trouble anxieux a été posé pendant les deux premières séances.
- La 4eme séance a été consacrée à l'analyse de BASIC-ID
- Pendant la 5eme séance, on a testé notre patient par des outils d'investigation clinique concernant le trouble panique et l'agoraphobie.
- La 6eme séance a consisté à établir le contrat thérapeutique, suivie par la 7^{eme} séance qui a été la 1^{ere} séance thérapeutique .
- A partir de celle-ci on a rajouté 10 séances thérapeutiques.
- L'auto évaluation des résultats de la thérapie à la 18eme séance
- Et puis nous n'avons plus revu notre patient jusqu'au 6eme mois ou nous
- l'avons soumis à la batterie de tests utilisés au préalable
- les résultats au pré-test étaient comme suit

6-Expose des résultats ;

- les résultats du questionnaire des peurs de MARKS et

MATTEWS

- le score d'agoraphobie.

34/40 au pré-test, 28/40 au post-test et 13/40 au post-test 6 mois après la thérapie.

Le score de la phobie du sang et des blessures

20/40 au pré-test, 20/40 au post-test et 14/40 au post-test 6 mois après la cure

-le score de la phobie sociale

24/40 au pré-test, 15/40 au post-test et 11/40 au post-test de 6 mois

Score total de la dépression et l'anxiété

20/40 au pré-test avec précision du sentiment d'inutilité é à l'item23

16/40 au post-test avec précision de la peur de l'avenir au post-test

8/40 au post-test de 6 mois avec précision de faibles reproches concernant la recherche de l'emploi.

Le score de l'agène du comportement phobique :

6/40 au pré-test, 4 au post-test et 3 au post-test de 6 mois

2-les résultats de l'échelle d'évaluation des phobies, attaques de panique et anxiété généralisée :

1/Au pré-test

La phobie 1 : se retrouver dans un bus, sur l'autoroute et loin de l'hôpital. Cotée à 7/8

2/ Au post-test :

La phobie 1 : la peur d'étouffer cotée à 4/8

au post-test de 6 mois :

la phobie 1 : la peur d'avoir une attaque cotée à 2/8

1/ Au pré--test :

la phobie2 : le peur de mourir cotée à 6/8

apost-test : la phobie2 : la peur d'étouffer cotée à 6/8

2/Au post-test de 6 mois :

la phobie2 : la peur d'être dans la foule cotée à 2/8

3/la fréquence des attaques de panique

Au pré-test : une attaque par jour

Au post-test : quelquefois coté à 5

Au post-test de 6 mois : au moins une fois par semaine

4-le nombre de symptômes du trouble panique

Au pré-test : 12/14 symptômes

Au post-test : 5/14 symptômes

Au post-test de 6 mois : 4/14 symptômes

5/l'intensité de l'anxiété généralisée :

Au pré-test : 8/8

Au post-test : 5/8

Au post-test de 6 mois : 4/8

3-le test comportemental d'évitement :

Au pré-test :

L'évitement est de 3/4

Le malaise est de 28/32

Au post-test :

L'évitement est de 2/4

Le malaise est de 19/32

Au post-test de 6 mois

L'évitement est de : 2/4

Le malaise est de 11/32

4-le questionnaire des cognitions agoraphobiques :

1- les sociales et comportementales inquiétudes:

Au pré-test :25/35

Au post-test : 14/35

Au post-test de 6 mois : 7/35

2-les inquiétudes physiques

Au pré-test :30/35

Au post-test :18/35

Au post-test de 6 mois : 9/35

5-le questionnaire des sensations physiques :

Au pré-test :55/85

Au post-test :36/85

Au post-test de 6 mois ; 19/85

6-tableau évaluatif de la chimiothérapie

testing médicaments	Pré-test	Post-test	Post-test 6 mois après la cure
Anafranil	1 comprimé de 10 mg 3 fois/jour	1comprimé de 10mg le soir	0comprimés
Cedaccor	10 gouttes 3fois/jour	5 gouttes le soir	0gouttes

7-Discussion des résultats :

L'analyse des résultats obtenue a partir de la batterie de tests et des entretiens cliniques révèlent clairement une différence significative pouvant être expliquée par la réponse de monsieur A à la PMB à savoir la relaxation, le traitement médical ; la restructuration

cognitive et l'immersion qui est la technique qui rentre dans le cadre de l'exposition en imagination.

Nous pouvons confirmer que celle-ci a prouvé son efficacité car les scores de peur étaient en décroissance lors de la rencontre des situations phobogènes évitées jusqu'à par le patient.

Notons aussi que le malade a acquis une vision nouvelle concernant sa crainte et a compris que son évitement est motivé par ses cognitions.

Aussi vers la fin de la cure, monsieur se sentait apte à vaincre la peur et a lancé le défi contre le trouble panique différemment à avant la thérapie ou la peur du malaise l'avait dominée..

Aussi nous pouvons conclure que les phobies spécifiques telles que la phobie du sang et des blessures, la phobie sociale et la phobie de se rendre chez le coiffeur

Ont été maîtrisées par le patient.

Rajoutons aussi que les troubles de personnalité associés à l'agoraphobie telles que la dépression ; l'anxiété généralisée, l'hypochondrie ainsi que l'état post-traumatique ont remarquablement diminué, ce qui prouve qu'il a été démontré dans les résultats des tests et le contenu des entretiens cliniques.

Il ressort aussi que l'exposition de monsieur aux situations redoutées semble lui avoir donné plus de confiance en ses capacités de faire face à partir du moment où il vivait la situation anxiogène jumelée à la respiration.

Enfin nous avons constaté que les entretiens cliniques ont apporté beaucoup de bien et ont contribué en grande partie à renforcer l'auto observation et la maîtrise de soi.

En conclusion nous pourrions confirmer que la PMB a été efficace dans

La réduction de trouble panique, le comportement d'évitement et le trouble de

Personnalité vers la fin de la cure et 6 mois après la cure.