

L'exposition *In Vivo*: Conseils Pratiques Pour les Intervenants

ANDRÉ MARCHAND¹

Hôpital Louis H. Lafontaine et Centre de psychologie behaviorale

et

SUZANNE COMEAU

Centre de psychologie behaviorale

Les auteurs présentent différentes modalités d'application de la procédure d'exposition *in vivo* dans le traitement des phobies et formulent plusieurs conseils pratiques afin de maximiser l'efficacité de cette procédure. Les modalités d'application décrites concernent les sessions d'exposition *in vivo* collectives ou individuelles avec l'aide de l'intervenant et la prescription d'exercices d'exposition dans l'environnement naturel. Les auteurs formulent des recommandations quant à la planification des exercices d'exposition *in vivo*, l'attitude à adopter et les règles à suivre avant et pendant l'exposition *in vivo* ainsi que différentes stratégies pour amener les clients à transiger avec l'anxiété et les attaques de panique. La mise en pratique de ces différents conseils est illustrée à travers des applications cliniques à des problèmes d'agoraphobie. Ils peuvent également s'appliquer au traitement des phobies simples ou des phobies sociales.

L'ensemble des recherches démontre l'efficacité de l'exposition *in vivo* dans le traitement des phobies et particulièrement dans celui de l'agoraphobie (voir Chambless et Goldstein, 1981; Emmelkamp, 1982; O'Brien, 1981; Marchand et Béard, 1982; Mathews, Gelder, et Johnson, 1981; O'Brien et Barlow, 1984; et Thorpe et Burns, 1983). Si l'on considère que le changement s'effectue à l'intérieur d'une période de temps relativement brève et qu'il semble se maintenir à long terme, il y a lieu d'être enthousiaste. Néanmoins, si le fait d'amener une personne phobique à affronter des situations anxiogènes constitue un élément crucial de l'intervention, cette exposition doit se faire d'une manière adéquate et personnalisée car elle comporte précisément certains éléments aversifs pour la personne. À la limite, elle peut conduire à un accroissement du niveau d'anxiété et d'évitement phobiques ainsi qu'à l'abandon de la

¹Les demandes de tirés-à-part peuvent être adressées au premier auteur, module de thérapie behaviorale, Hôpital Louis H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1N 3M5.

besoin d'être accompagnées pour affronter ces situations. Les principales peurs que l'on retrouve chez les individus agoraphobes sont les suivantes: peur de se trouver dans les rues, les magasins, les foules, les espaces clos comme les ascenseurs, les théâtres, les cinémas ou les églises, de voyager en train, en autobus, en bateau ou en avion, mais habituellement pas en automobile; peur de traverser des ponts, des tunnels, de se rendre chez le coiffeur, de demeurer seul à la maison ou de s'éloigner du domicile. Ces différentes peurs surviennent selon plusieurs combinaisons et varient dans le temps en intensité et en nombre. Elles peuvent être associées à d'autres problèmes comme des réactions dépressives, des obsessions, des sentiments d'irréalité et particulièrement des attaques de panique.

Ce type de phobie diffère des autres par le fait qu'elle ne semble pas déclenchée par un objet extérieur jugé menaçant mais plutôt par la peur d'éprouver un malaise interne. L'individu agoraphobe anticipe de perdre le contrôle et il a peur de ressentir des manifestations d'anxiété telles que des faiblesses, des palpitations cardiaques, de la transpiration excessive, de l'arythmie cardiaque, l'impression d'être incapable de respirer profondément, la vision embrouillée, les muscles endoloris, l'illusion de marcher sur une surface en mouvement, l'impression de déconnection, de désorientation, etc. Les situations fortement anxiogènes pour une personne agoraphobe permettent d'appliquer de manière optimum la procédure d'exposition *in vivo* et d'induire un changement important.

L'exposition *in vivo*

Une revue de littérature de Jansson et Ost (1982) sur la validation empirique de l'exposition *in vivo* dans le traitement de l'agoraphobie révèle une diminution d'au moins 50 pour cent des comportements d'évitement chez 60 à 70 pour cent des clients traités. L'utilisation de cette procédure favorise également une diminution de l'intensité et de la fréquence de l'anxiété subjective, des attaques de panique et des symptômes de dépression associés au syndrome phobique. Cette amélioration perdure parfois plus de quatre ans.

Le traitement des phobies par la procédure d'exposition *in vivo* est principalement basé sur le modèle de l'extinction. Selon ce modèle, l'exposition répétée à des stimuli suscitant des réactions de peur chez l'individu devrait donner lieu à une réduction de ces réactions si l'exposition n'est suivie d'aucune conséquence aversive. Ce modèle postule également que les comportements d'évitement et d'échappement suscités par les stimuli initialement anxiogènes diminueront en fréquence et en intensité.

Les individus agoraphobes évitent plusieurs endroits du fait qu'ils ont «peur d'avoir peur». Le but visé par l'utilisation de la procédure d'exposition *in vivo* est d'inciter le client à s'exposer à ces situations et aux indices internes (malaises) qui ont été associés avec les attaques de panique et de lui permettre de réaliser que ces indices ne sont que de simples réactions d'anxiété. Il doit comprendre que ces indices

thérapie (Jansson et Ost, 1982; Zitrin, Klein, et Woerner, 1978, 1980). Pour ces raisons, il est important de maximiser l'effet bénéfique de l'exposition tout en contrôlant les effets négatifs possibles.

Cet exposé veut permettre aux intervenants de se familiariser avec les différentes modalités d'application de l'exposition *in vivo*. À partir de leur expérience clinique auprès d'un grand nombre de personnes phobiques et de l'évaluation de plusieurs succès thérapeutiques mais également de certains échecs, les auteurs formulent différents conseils. Ceux-ci concernent d'une part, les sessions d'exposition *in vivo* collectives ou individuelles avec l'intervenant et d'autre part, la prescription d'exercices d'exposition dans l'environnement naturel. Une illustration pratique de l'application clinique de ces conseils au traitement de l'agoraphobie est également prévue. Avant d'introduire les différentes facettes de la procédure d'exposition *in vivo*, il est important de définir brièvement les notions de peur, de phobie et d'agoraphobie et d'introduire leurs facteurs de développement et de maintien.

Peur, phobie et agoraphobie

La peur se définit comme un pressentiment, une anticipation troublante d'un péril spécifique ou encore la crainte d'un danger réel. C'est une réaction normale et adaptée, déclenchée par la perception chez l'individu d'un danger réel. Elle permet à la personne d'être vigilante et efficace devant le danger.

La phobie est une forme particulière de peur mais c'est une peur irrationnelle et sans fondement. Elle se produit devant un objet ou une situation non dangereuse ou présentant un risque minime. Sur le plan physique, l'individu phobique présente une variété de symptômes qui touchent surtout le système cardiovasculaire, le système respiratoire, le système digestif et le système neuro-musculaire. Sur le plan psychologique, lorsqu'elle est vécue comme une poussée soudaine de terreur, la peur prend des proportions alarmantes. En état de panique, l'individu a l'impression de vivre dans un monde étrange et flou, de vivre un cauchemar. Il a l'impression qu'il va perdre le contrôle de lui-même. Sur le plan du comportement, l'individu adopte rapidement une attitude de fuite et d'évitement face à la situation ou l'objet phobique. Cette attitude de fuite contribue au développement et au maintien de sa phobie. L'individu n'apprend pas que ses réactions physiques ne sont aucunement dangereuses et qu'elles diminuent à mesure qu'il demeure en contact avec l'objet de sa peur.

L'agoraphobie ne représente que huit pour cent des phobies dénombrées dans la population générale mais elle motive 50 pour cent des consultations auprès des professionnels de la santé mentale pour des problèmes phobiques (Agras, Sylvester, Ollivau, 1969). Cette phobie se caractérise par la peur de divers endroits dont l'individu ne peut s'échapper rapidement et où, selon lui, il ne peut recevoir d'aide en cas de malaise. La plupart des personnes agoraphobes craignent de ne pouvoir se maîtriser dans ces situations. Elles anticipent que leur peur ne devienne tout à fait incontrôlable et ne dégénère en panique ou pire encore. De ce fait, elles s'abstiennent de fréquenter les endroits où elles peuvent revivre ces paniques. Elles se sentent habituellement en sécurité avec les gens qu'elles connaissent bien et très vite elles éprouvent le

1. L'emploi du terme client au masculin est utilisé dans ce texte dans le seul but d'en faciliter la lecture. Il désigne autant les femmes que les hommes.

ne seront pas nécessairement suivis d'une panique et apprendre à composer avec une attaque de panique si elle survient. Deux changements apparaissent habituellement lors de ce processus. Le premier est l'extinction des peurs vis-à-vis des indices internes associés avec l'anxiété et le deuxième est la modification de l'attitude de l'individu vis-à-vis des attaques de panique anticipées ou situationnelles. La procédure d'exposition *in vivo* permet au sujet d'apprendre à utiliser des stratégies d'adaptation dans la situation menaçante, que sa peur soit d'ordre cognitive (peur de perdre le contrôle, de devenir fou), d'ordre environnemental (peur de traverser une rue) ou d'ordre physiologique (sensations de déconnection, de désorientation). Ce résultat est atteint en s'exposant à ces situations d'une manière prolongée et répétée et en prévenant les réponses d'évitement jusqu'à ce qu'une réduction notable de l'anxiété s'en suive.

Modalités d'application

L'exposition *in vivo* regroupe plusieurs modes d'application et chacun comporte à la fois des avantages et des désavantages en termes d'incitation à l'exposition et de rapport coût/efficacité. Selon Emmelkamp (1982b) et Goldstein (1982), la combinaison de différentes modalités permet souvent aux intervenants de mieux répondre aux besoins et aux particularités des clients et d'accroître l'efficacité du traitement. Parmi les diverses modalités, on retrouve l'exposition individuelle (auto-exposition), l'exposition avec le thérapeute ou un partenaire et l'exposition collective. Parmi ces modalités, l'exposition *in vivo* collective apparaît aussi efficace que l'exposition *in vivo* individuelle (Emmelkamp et Emmelkamp-Benner 1975; Hafner et Marks, 1976). Elle s'avère par ailleurs beaucoup plus économique et comporte vraisemblablement de nombreux avantages qu'il est difficile de mesurer. Selon certains auteurs, (Chambless et Goldstein, 1980; Charest, Vitaro et Boisvert, 1974; Emmelkamp, 1982a, 1982b; Hand, Lamontagne et Marks, 1974; Marchand et Bérard, 1982; Marchand, Boisvert, Beaudry, Bérard et Gaudette, 1984, 1985), cette procédure permet de diminuer l'anxiété sociale associée à l'agoraphobie et augmente la fréquence des comportements d'affirmation de soi et de communication interpersonnelle; elle permet également aux participants de s'aider mutuellement, d'agir comme modèles les uns pour les autres et de ne plus se percevoir comme cas unique; elle favorise l'implication de plusieurs intervenants ce qui peut diminuer la dépendance des agoraphobes à leurs égards; elle contribue au maintien des progrès.

Types d'exposition

Il existe plusieurs façons d'inciter un client à s'exposer à une situation phobique. On peut regrouper sous quatre catégories les différents types de procédures: 1) la procédure d'immersion où le client doit affronter directement la situation qui provoque le niveau d'anxiété le plus élevé; 2) la procédure de façonnement où le client se retire de la situation à chaque fois que l'anxiété devient trop élevée pour ensuite y revenir après une baisse suffisante de son niveau d'anxiété; 3) la procédure graduée où le thérapeute établit une hiérarchie des différentes situations phobiques par ordre de diffi-

culté et demande au client de s'exposer à la situation la moins anxiogène. Lorsque le client ne ressent que peu ou pas d'anxiété, il lui demande d'augmenter le niveau de difficulté de l'exercice ou de passer à l'item suivant de la hiérarchie; 4) la procédure d'exposition indirecte où l'on demande au client de s'imaginer dans la situation anxiogène ou de se la représenter symboliquement, à l'aide par exemple de films illustrant la situation phobique. On peut inclure la désensibilisation systématique et l'immersion en imagination dans cette catégorie.

Ces différentes procédures d'exposition semblent toutes efficaces, (Barlow et Waddell, 1985; Emmelkamp, 1982b), mais les procédures d'exposition directe offrent des résultats plus probants que l'exposition indirecte. Ces dernières demeurent néanmoins indiquées lorsqu'une procédure directe est inapplicable. Parmi les procédures directes, l'exposition graduée offre le meilleur rapport coût/efficacité. Elle est la plus malléable et la plus accessible pour le client. En comparaison, il peut être difficile de le persuader d'adopter la procédure d'immersion surtout s'il existe des procédures moins restrictives. Par ailleurs, le façonnement peut être contre-indiqué dans certaines situations où une attitude de va-et-vient continue perturbe l'environnement (ex: concert, restaurant). L'emploi du terme exposition *in vivo* dans ce texte désigne une procédure d'exposition graduée.

Paramètres d'efficacité

Compte tenu des résultats des nombreuses recherches effectuées sur l'efficacité de la procédure d'exposition *in vivo*, il semble important de tenir compte de certains paramètres lors de son application (Barlow et Waddell, 1985; Chambless, 1985; Emmelkamp, 1982b, Marchand et Bérard, 1982). L'exposition devrait être longue et continue afin de permettre au processus d'habituatation de s'instaurer. Une séance d'exposition devrait durer d'une heure et demie à deux heures. Si un laps de temps plus court doit être envisagé, il faut s'assurer que les exercices planifiés ne suscitent pas un niveau élevé d'anxiété. Il est préférable d'envisager non seulement de longues séances mais également des séances répétées afin de permettre la consolidation des acquis. Ainsi les pratiques massives (chaque jour) sont plus efficaces que des pratiques espacées (chaque semaine). Il est difficile d'obtenir des progrès lorsque les séances sont moins fréquentes qu'une fois par semaine (Chambless, 1985; Foa, Jameson, Turner, et Payne, 1980; Marchand et Bérard, 1982). Le feedback sur la performance du client, sur ses efforts et ses progrès lors de l'exposition *in vivo* est un autre facteur important à considérer. De plus, l'ajout de procédures d'auto-traitement où le client décide lui-même de s'exposer aux situations anxiogènes (Emmelkamp et Mersch, 1982; Hafner et Marks, 1976; Teasdale, Walsh, Lancashire et Mathews, 1977; Vitaro, Charest et Boisvert, 1981) et l'implication d'un membre de la famille ou d'un partenaire constituent d'autres paramètres susceptibles d'affecter l'efficacité du traitement. Ils favorisent les progrès après le traitement et le maintien des acquis (Hafner, 1982; Jones, Sinnott et Fordham, 1980; Mathews, Gelder et Johnston, 1981; Mathews, Teasdale, Mumby, Johnston et Shaw, 1977; O'Brien et al., 1982). La combinaison de différents modes d'incitation à l'exposition *in vivo* apparaît nécessaire. La formule de l'exposition *in vivo* collective présente un avantage certain dans

la mesure où elle permet précisément une combinaison de plusieurs paramètres d'efficacité.

Rationnel de l'intervention

Dans le cas de l'agoraphobie comme dans celui des autres phobies, l'intervenant doit effectuer au préalable une évaluation rigoureuse des facteurs de développement et surtout des facteurs de maintien. Une analyse comportementale adéquate permet de planifier et d'adapter le traitement aux besoins réels du client. Selon Gaudette, Goupil et Bérard (1984), une telle analyse doit inclure les éléments suivants: la nature du problème; les réactions du client en situation de peur; l'histoire du problème; l'analyse du contrôle de soi; l'analyse du réseau social; l'analyse du milieu socio-culturel; les données d'ordre médical; l'analyse de la motivation du client face à la résolution du problème; l'évaluation des autres problèmes s'il y a lieu. Cette évaluation doit idéalement être complétée à l'aide des données obtenues lors d'une rencontre avec le partenaire de l'individu agoraphobe.

L'évaluation doit mettre en évidence les mécanismes de protection utilisés par l'individu phobique pour diminuer son anxiété et les réactions physiques et psychologiques désagréables qui l'accompagnent. Il existe deux mécanismes spécifiques de protection. Le premier est directement lié au comportement d'évitement ou d'échappement émis face à la situation. Le deuxième est lié aux attitudes sécurisantes de l'individu (i.e. vérifications ou verbalisations internes). Ce dernier réévalue continuellement le degré de menace de l'environnement immédiat et se rassure en vérifiant l'emplacement des sorties, en stationnant son auto le plus près possible, en s'assurant qu'il peut rejoindre quelqu'un en cas de besoin, etc. Généralement, l'individu phobique privilégie un de ces deux mécanismes de protection quoiqu'on retrouve habituellement les deux présents chez les individus agoraphobes.

Après avoir effectué l'évaluation et précisé les mécanismes de protection, l'intervenant doit présenter un rationnel de la procédure de l'exposition *in vivo*. Ceci permet de situer le client par rapport aux objectifs thérapeutiques, de l'informer des procédures utilisées et surtout de le motiver à suivre ces procédures et à se conformer aux prescriptions qui lui seront données. Ce rationnel doit être, autant que possible, personnalisé à l'aide des données obtenues lors de l'évaluation. Il doit permettre au client de comprendre le rôle du conditionnement dans le développement de sa phobie et surtout celui des mécanismes de protection dans son maintien.

Planification des exercices d'exposition *in vivo*

Le choix des étapes à franchir dans l'exposition *in vivo* est déterminé à l'aide d'une hiérarchie des situations problématiques, de la moins anxiogène à la plus anxiogène. Cette hiérarchie peut être construite à partir des données obtenues lors des entrevues d'évaluation, des réponses du client à divers questionnaires et de son comportement lors d'un test d'approche (voir Williams, 1985). Pour élaborer cette hiérarchie, l'intervenant dresse la liste de l'ensemble des situations problématiques (ex: marcher sur

la rue, circuler en auto, métro ou autobus, prendre l'ascenseur, franchir un pont, un tunnel, etc.). Par la suite, l'intervenant identifie, à l'intérieur de chaque situation, les différents éléments qui modifient le niveau de difficulté de la situation (ex: le fait d'être seul ou accompagné, le temps, la distance, le nombre de personnes présentes, la durée de l'attente, etc.). Une fois que l'intervenant a établi cet ensemble de situations problématiques avec leurs variabilités, il met sur pied une hiérarchie des situations selon un ordre croissant. Il commence par la situation la moins élevée en terminant par celle qui pose le plus de problème. Il est possible de mesurer le niveau de difficulté des situations à l'aide d'un pourcentage. Voici un exemple d'une hiérarchie:

- Me promener dans un centre commercial durant trente minutes, accompagné et sans circuler à l'intérieur des boutiques. 5%
- Circuler en automobile avec mon conjoint alors que je suis passager. 7%
- Magasiner, accompagné, durant une heure tout en circulant à l'intérieur des boutiques. 10%
- Conduire l'automobile en compagnie de mon conjoint. 15%
- Magasiner durant trente minutes, seul et sans circuler à l'intérieur des boutiques. 20%
- Magasiner durant trente minutes, seul, tout en circulant dans les boutiques. 23%
- Conduire l'automobile seul pendant un trajet de vingt minutes près de chez moi. 25%
- Prendre une marche accompagné pendant vingt minutes. 30%
- Magasiner, seul, durant une heure en ne circulant pas à l'intérieur des boutiques. 38%
- Conduire l'automobile seul pendant un trajet d'une trentaine de minutes. 45%
- Magasiner, seul, durant une heure tout en circulant à l'intérieur des boutiques. 55%
- Etc....

À partir de cette hiérarchie, l'intervenant planifie un exercice adapté au client. Ce dernier doit anticiper un degré de malaise minimal au début. Le fait de commencer par des tâches faciles à réussir permet de motiver le client à approcher ou à demeurer dans la situation. Graduellement, à mesure qu'il se sent capable de faire face à la situation, il réalise qu'il peut affronter sa peur sans qu'aucun événement dramatique (ex: évanouissement, perte de contrôle, etc.) ne se produise; ceci l'incite alors à mieux composer avec son anxiété.

Afin d'illustrer la planification et l'application d'un exercice d'exposition, voici un résumé de la procédure utilisée dans le traitement collectif de l'agoraphobie.

Exposition *in vivo* collective

Lors des rencontres collectives, les clients sont regroupés en sous-groupes en fonction du thème qu'ils ont évalué être le moins anxiogène. À l'intérieur de chaque sous-

groupe, l'intervenant explique le rationnel de l'exercice et en discute avec les clients. Cette discussion se doit d'être claire afin d'éviter toute ambiguïté et trouver des moyens pour faciliter la tâche et adapter les exercices aux besoins de chaque client. Elle doit être également rassurante pour limiter les anticipations négatives et éviter l'élaboration d'excuses susceptibles de retarder ou éviter le moment de mise en situation. L'intervenant détermine avec le client s'il doit effectuer l'exercice d'exposition *in vivo* seul ou en compagnie de son partenaire, d'un intervenant ou d'un ou de plusieurs clients. Au cours de l'exercice, le thérapeute seul ou avec l'aide du partenaire augmente progressivement le niveau de difficulté de l'exercice. Il doit s'assurer que le client ne quitte pas la situation anxiogène avant que les sensations physiques de peur ne soient disparues. Concrètement, le client doit être capable de s'exposer à la situation avec peu ou pas de malaise avant d'affronter une nouvelle difficulté. Si les malaises du client persistent, il faut reprendre l'exercice ou le subdiviser en étapes plus accessibles. Il faut constamment s'assurer que les exercices d'exposition *in vivo* sont bien adaptés à la problématique du client et à son rythme d'apprentissage. Pour cela, l'intervenant peut se fier à ses propres observations cliniques ou au rapport verbal du client. Lors de l'exposition collective, les thèmes généralement choisis sont: la promenade à pied, le restaurant, le centre commercial, le métro, l'autobus, la banque, le cinéma et l'ascenseur.

Exercices quotidiens d'exposition

La planification et la prescription des exercices quotidiens constituent une façon complémentaire et importante d'augmenter l'efficacité de la procédure d'exposition *in vivo* collective. L'intervenant doit donc encourager le client à s'exposer à des situations anxiogènes en dehors des séances collectives. Il faut se rappeler que les personnes agoraphobes privilégient l'échappement et l'évitement comme modes de réponse aux situations anxiogènes. L'habileté de l'intervenant à planifier des exercices quotidiens adaptés au client, à contraindre sa propension à la fuite et à l'inciter à composer avec l'anxiété constitue un facteur clé du succès thérapeutique.

Conseils pratiques à suivre pour la planification des exercices d'exposition *in vivo*

Ces conseils concernent essentiellement l'attitude à adopter dans la planification des exercices d'exposition *in vivo*. Les objectifs sont alors de maximiser la motivation du client, d'accroître sa conformité aux prescriptions données et de développer son autonomie dans la planification des exercices (Beck, Emery, Greenberg, 1985; Marchand, 1987; Jasim, 1983; Mathews et al., 1981).

Il peut être utile:

- 1) de promouvoir l'efficacité des exercices quotidiens. Le client doit savoir que les chercheurs travaillant au développement de traitements efficaces pour les phobies considèrent actuellement que la diminution des symptômes présentés par le client est directement reliée à son implication et plus particulièrement à la quantité et la qualité des exercices qu'il exécute.
- 2) de faire des exercices quotidiens la plus importante des priorités. L'attitude de l'intervenant relativement aux exercices quotidiens demeure le facteur déterminant dans l'exécution de ces exercices par le client. Il faut que l'intervenant démontre sans aucune équivoque l'importance qu'il accorde à ce type d'exercices.
- 3) de suivre continuellement l'évolution du client dans l'exécution de ses exercices. Fréquemment, les clients ne mentionneront pas les efforts qu'ils ont faits durant la semaine si l'intervenant ne prend pas la peine de leur demander. À cet effet, il est recommandé d'inscrire les exercices planifiés pour la semaine et de remettre une feuille d'auto-observation qui sera consultée la semaine suivante. Cette pratique permet de suivre l'évolution du client et de réajuster les exercices en fonction des problèmes ou des succès rencontrés. Elle permet aussi à l'intervenant d'apprécier les efforts du client et de lui donner du feedback afin de l'encourager.
- 4) de planifier les exercices sur la base d'une collaboration. Il peut être difficile pour le client d'évaluer le niveau de difficulté d'un exercice. L'intervenant doit donc s'impliquer par des suggestions lors de la planification et de l'exécution des exercices. Il doit guider le client en début de thérapie et graduellement estomper son aide afin que ce dernier devienne le maître d'oeuvre de la planification des exercices.
- 5) de s'assurer que le client peut faire l'exercice. L'intervenant peut s'assurer que le client est apte à faire l'exercice en lui demandant de l'exécuter sur place dans un contexte de jeu de rôle ou d'exercice pratique et d'observer ses réactions. L'intervenant possède alors une bonne idée des problèmes potentiels qui peuvent survenir et il peut mieux évaluer les habiletés du client pour exécuter les exercices.
- 6) d'évaluer les obstacles probables lors de l'application des exercices. L'intervenant doit identifier les difficultés possibles du client dans l'exécution de ses tâches. Par exemple: « Vous venez de planifier un exercice à faire, pouvez-vous identifier des obstacles qui vous empêcheraient de l'exécuter? ». L'intervenant peut découvrir un problème potentiel: « Dans le passé, vous aviez tendance à éviter les situations. Est-ce que cette attitude peut se reproduire maintenant? ». Une autre façon d'évaluer les problèmes possibles consiste à utiliser « l'autobiographie future » du client. Cette méthode propose au client d'effectuer un jeu de rôle axé sur son attitude dans l'avenir. L'intervenant lui demande: « Il s'est passé une semaine depuis que je vous ai vu. Comment avez-vous fait vos exercices? Avez-vous eu des problèmes? » Des difficultés peuvent être soulevées et à ce moment, l'intervenant et le client peuvent envisager des solutions alternatives aux problèmes futurs.
- 7) de confronter les raisons et les pensées spécifiques empêchant la réalisation d'un exercice. Fréquemment, les mêmes idées irréalistes ou anticipations négatives reviennent et empêchent le client d'accomplir une tâche. Parce que l'intervenant est directement impliqué dans le processus thérapeutique et dans la planification des exercices, il peut découvrir et confronter l'irréalité de ces croyances négatives. Par

exemple: «Je suis effrayé et je ne pourrai jamais faire cela, c'est impossible, j'en suis incapable».

8) *d'utiliser des stratégies de renforcement*. Plusieurs recherches indiquent que lorsque les clients sont renforcés dans l'exécution de leurs exercices, ils les réussissent plus facilement. Le client peut s'auto-renforcer lui-même verbalement. Il peut également s'octroyer des agents de renforcement en décidant, par exemple, après l'exécution réussie d'un exercice de s'acheter un vêtement. On peut également faire appel à des pairs qui viennent renforcer ses différents comportements d'approche de façon sociale ou matérielle.

9) *d'obtenir du client son engagement dans la pratique des exercices*. Demander au client de s'engager verbalement dans la pratique des exercices, de le «promettre, ou d'avoir de sérieuses intentions d'essayer fortement». Plusieurs clients répondent bien à cette notion de contrat.

10) *d'utiliser l'autorité*. En dernier recours, l'autorité peut être mise à profit afin de bien faire comprendre à un client que s'il persiste à ne pas mettre en pratique les exercices, il ne doit pas s'attendre à un changement important. L'intervenant peut expliquer au client qu'il n'y a pas d'autre solution à son problème.

Conseils pratiques à suivre avant et pendant l'exposition *in vivo*

Ces conseils concernent particulièrement les attitudes à adopter avant et pendant les exercices d'exposition avec l'intervenant. Ils peuvent également s'appliquer à la planification des exercices quotidiens avec ou sans l'aide du partenaire. Ils sont conçus pour être utilisés lors d'exercices portant sur les thèmes suivants: prendre une marche, circuler dans les magasins, prendre l'autobus ou le train, aller au cinéma ou au restaurant.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'intervenant responsable de l'exercice d'exposition *in vivo* collectif explique brièvement et clairement l'exercice à faire et l'entreprend dès que possible. Il indique sur place si les clients doivent circuler seuls ou accompagnés, la distance à franchir, la durée, etc... En fait, l'intervenant peut utiliser différentes techniques ou stratégies pour contrecarrer la propension du client à éviter la situation.

Avant les exercices, il est suggéré:

1) *de rassurer le client sur la difficulté de l'exercice*. Si le client hésite à exécuter un exercice, rassurez-le en lui proposant, si nécessaire, différentes alternatives qu'il pourra adopter en cas de difficultés. N'oubliez pas de lui mentionner que les exercices dans la réalité sont souvent plus faciles à exécuter qu'il ne le pense. Après l'exercice, on vérifie si tel a été le cas en lui faisant prendre conscience de l'écart entre son anticipation et la difficulté réellement éprouvée.

2) *de faire l'exercice le plus rapidement possible*. Il est important de réduire au minimum l'intervalle entre la sélection d'un exercice d'exposition et le début de l'exercice. On limite ainsi les anticipations qui augmentent inutilement le niveau d'anxiété des clients et favorisent leurs hésitations à effectuer l'exercice. Ce phénomène peut être amplifié en groupe; un client manifestant une hésitation marquée peut avoir un effet d'entraînement sur les autres.

3) *de suggérer de nouveaux exercices*. Quand vous jugez que votre client est prêt à passer à un nouveau thème, prenez l'initiative de lui faire des suggestions claires et précises à ce propos. Il importe de ne pas le laisser répéter le même exercice trop longtemps avant de lui suggérer d'aborder une nouvelle difficulté. Il est également important d'inclure des thèmes ou des étapes que le client peut faire seul, même si vous-même ou le partenaire devez demeurer à proximité ou être accessible par téléphone. Ceci encourage le client à devenir autonome.

4) *de prévenir les excuses pour ne pas exécuter les exercices*. Faites attention aux «excuses faciles» pour remettre les exercices à plus tard. Ces raisons peuvent être réelles mais il est important d'inciter la personne à faire quand même quelques exercices; de toute façon, il importe de ne pas discuter trop longtemps ou inutilement du sujet.

La personne agoraphobe peut parfois se plaindre d'une grande fatigue durant les premières semaines. Ce n'est pas surprenant puisqu'elle manque probablement d'entraînement physique et/ou l'anxiété produit une fatigue excessive. Pour suppléer à cette difficulté, vous pouvez l'encourager à faire quand même un minimum d'exercices, en lui proposant des temps de repos. Vous pouvez également lui expliquer que cette fatigue dite d'anxiété, quoique désagréable, ne l'empêche aucunement de faire adéquatement une tâche. Vous pouvez lui suggérer de faire des exercices physiques de façon régulière. Plusieurs «symptômes» qui apparaissent durant les premières semaines sont souvent dus simplement à une mauvaise condition physique.

Pendant les exercices, il est suggéré:

1) *d'évaluer régulièrement l'état réel du client*. Lors de l'exercice, on demande au client d'évaluer son degré d'anxiété sur une échelle de 1 à 10. Dès que l'on constate une baisse de l'anxiété, on le lui fait remarquer. De plus, le thérapeute peut lui suggérer que la catastrophe anticipée avant l'exercice ne s'est toujours pas produite. L'intervenant doit ainsi lui faire prendre conscience de son état réel et des progrès réalisés.

2) *d'augmenter graduellement le degré de difficulté de l'exercice*. Lors d'un exercice d'exposition, le degré de difficulté peut être augmenté selon les performances du sujet. Par exemple, lors d'un exercice de promenade sur la rue un client mentionne que son niveau d'anxiété est tout à fait tolérable. L'intervenant peut lui suggérer de marcher 25 pieds devant le groupe, puis 100 pieds jusqu'au moment où il n'y a personne dans son champ de vision. Il continuera en direction d'un point de rendez-vous où il rencontrera à nouveau l'intervenant. Lors d'un exercice dans un centre commercial, l'intervenant peut suggérer à un client d'aborder une autre problématique comme de prendre un café dans un restaurant situé dans ce centre. Même si vous avez discuté et planifié à l'avance la plupart des exercices, profitez du fait que vous êtes à l'extérieur et que tout va bien pour proposer une étape supplémentaire. Il est

parfois plus facile de se livrer à une activité nouvelle et imprévue quand on le fait de façon spontanée.

3) *de contrer les réactions exagérées.* Si vous remarquez que votre client se comporte de façon différente quand il devient tendu, (marche trop vite, parle ou respire trop rapidement, etc.), encouragez-le à se calmer et à agir de façon plus naturelle. Souvenez-vous qu'il ne faut pas mettre trop d'emphase sur les sensations et les sentiments subjectifs vécus ou anticipés mais qu'il est important de faire le point avec le client. Dès que l'on entreprend un exercice, on effectue avec ce dernier une évaluation objective de la situation. Il doit apprendre à se concentrer sur la situation et surtout à ne pas considérer le début d'un malaise comme l'indice d'une perte de contrôle mais plutôt comme un phénomène normal compte tenu de la situation.

Lorsqu'un client manifeste de fortes réactions d'anxiété, il faut tenter de contrer les comportements d'évitement ou d'échappement. Il faut prendre le temps de discuter avec le client, de refaire l'évaluation de la situation, de l'encourager à couper les anticipations (sur les réactions à survenir dans les prochaines minutes) et de confronter les idées irréalistes qu'il entretient (je ne suis pas capable, je vais m'évanouir etc.). Il est important que le client n'échappe pas à la situation anxigène; il faut lui rappeler que les réactions de panique surviennent beaucoup moins souvent qu'il ne le croit. Si le client panique et se retire de la situation, incitez-le modérément à y revenir. S'il refuse, il faut lui proposer une étape intermédiaire et s'il la réussit il faut alors lui faire prendre conscience de la facilité avec laquelle il a réussi et l'encourager à reprendre l'exercice initial qu'il a évité.

4) *de répéter le même exercice.* Il est nécessaire de répéter le même exercice afin d'éliminer la peur, de consolider les acquis et d'augmenter les sentiments d'auto-efficacité du client vis-à-vis sa performance. S'il faut répéter un exercice à plusieurs reprises, vous pouvez quand même le modifier légèrement. Par exemple, vous pouvez changer le trajet ou l'heure de l'exercice afin qu'il s'habitue à des conditions différentes, ce qui favorise la généralisation des acquis.

5) *déjouer les imprévus.* Prévoyez toujours des solutions de rechange en cas d'incidents désagréables. Au début, il est souvent utile d'être accessible par téléphone. Si vous planifiez de vous rencontrer, déterminer à l'avance ce que chacun devra faire si l'un des deux ne peut être au point de rendez-vous.

6) *de réduire la compétition entre les clients.* Il faut rappeler aux clients qu'ils ne doivent pas être en compétition avec la performance des autres. Il faut faire des mises au point à ce sujet. Certains clients réussissent sans effort et sans difficulté. Ils démontrent généralement de l'enthousiasme dans la résolution de leur problème et ceci peut avoir un effet négatif sur d'autres clients, particulièrement ceux qui éprouvent de la difficulté. Il faut alors souligner l'importance de respecter le rythme de chacun.

D'autre part, on rencontre à l'occasion des clients qui ne s'améliorent pas au début et semblent lutter pour la dernière position. Ils ont tendance à dire qu'ils sont pires que les autres, qu'ils sont moins bons, que dans leur cas c'est plus difficile, etc.. Il faut alors donner un minimum d'attention aux verbalisations négatives, souligner par contre les moindres indices de progrès et d'effort.

Conseils pratiques pour composer avec l'anxiété et les attaques de panique

L'exposition *in vivo* constitue la procédure la plus efficace pour amener le client à affronter la situation qu'il juge dangereuse. Cependant, les attaques de panique et la « peur d'avoir peur » influencent le développement et le maintien de l'agoraphobie et peuvent nuire à l'efficacité de la procédure d'exposition *in vivo*. Si le client persiste à éprouver des attaques de panique lors des exercices d'exposition, il est fort probable que les gains thérapeutiques seront modérés et peut-être nuls. Il ne faut pas se surprendre si les clients présentant une fréquence élevée d'attaques de panique avant le traitement n'y répondent que partiellement ou pas du tout.

Dans la majorité des cas, les attaques de panique se maintiennent par le biais d'une anxiété d'anticipation. Il est alors nécessaire de combiner l'exposition *in vivo* à des procédures permettant au client d'apprendre à composer avec les attaques de panique et à réduire ses appréhensions (Chambliss, 1985; Hallam, 1985; Marchand, 1987; Mathews et al., 1981; Newman, 1985).

Il est suggéré:

1) *de démythifier l'anxiété.* La majorité des individus agoraphobes croient que l'anxiété ou la tension est un état anormal. Ils considèrent qu'ils devraient être parfaitement calmes dans toutes les situations et particulièrement celles qu'ils redoutent. Cette attente irréaliste peut augmenter leur « peur d'avoir peur » et favoriser l'évitement. Il est donc important de leur faire comprendre que l'anxiété fait partie de la vie de tous les jours et que dans nombre de situations il est utile de ressentir un certain niveau d'anxiété.

2) *de dédramatiser les conséquences de l'anxiété.* Les individus agoraphobes anticipent de perdre le contrôle dans les situations où ils éprouvent de l'anxiété. Ils ont l'impression que leur niveau de tension augmentera sans cesse jusqu'à devenir intolérable, les conduisant à perdre connaissance, à faire une crise cardiaque, à devenir fou, etc. Il est important de leur faire prendre conscience que leur niveau d'anxiété fluctue et que s'il atteint occasionnellement un point élevé, cet état ne dure que peu de temps. Ils doivent constater que leur niveau d'anxiété diminue sans qu'aucune conséquence dramatique ne survienne même s'ils demeurent dans la situation.

3) *de diriger leur attention.* Dans la plupart des cas, l'appréhension d'une catastrophe contribue tout autant que la situation elle-même à maintenir un niveau d'anxiété élevé. Afin de réduire l'impact de ces appréhensions, il importe de ne pas mettre l'emphase sur les sensations physiques que les clients éprouvent ou croient qu'ils vont éprouver. À cette fin, il est recommandé de diriger leur attention sur certains éléments de la situation et de préférence sur des éléments non menaçants tels que le contenu des vitrines ou la beauté du paysage. Il ne s'agit pas de nier l'anxiété ou de distraire les clients mais au contraire de susciter chez eux une prise de conscience du contexte global de la situation.

4) *d'adapter une démarche d'évaluation.* À chaque exercice d'exposition *in vivo*, il importe d'effectuer une évaluation objective de la situation. Pour la plupart des per-

sonnes agoraphobes, plusieurs sensations physiques sont perçues comme des signes d'anxiété. Or cette interprétation est souvent injustifiée et erronée. Ainsi, dans un centre commercial, il faut leur rappeler qu'il est normal d'avoir une vision trouble à cause du mouvement que l'on y retrouve; après une marche, il faut leur faire remarquer qu'il est courant d'avoir chaud etc. Graduellement, les clients doivent adopter eux-mêmes cette démarche d'évaluation pour interpréter plus adéquatement les sensations qu'ils éprouvent.

5) *de leur enseigner une respiration adéquate.* Certains individus agoraphobes gênent ou exagèrent plusieurs de leurs symptômes en hyperventilant. D'autres cessent de respirer pour de courtes périodes de temps. Un patron de respiration calme consiste à respirer de façon lente et profonde à l'aide des muscles du diaphragme. Il est souvent nécessaire de leur enseigner cette forme de respiration, de les inciter à la pratiquer plusieurs fois par jour et de leur rappeler de l'utiliser lorsqu'ils s'exposent à une situation anxiogène.

6) *de rappeler aux clients de suivre certaines règles en cas de panique.* Il importe de rappeler aux clients certaines règles à suivre en cas de panique. Ils devraient conserver ces règles avec eux. En cas de panique, l'intervenant doit rappeler au client que:

1. Ces sensations ne sont que des sensations physiques;
2. Elles ne sont nullement dangereuses, simplement déplaisantes;
3. Il ne doit pas augmenter la panique en entretenant des pensées déplaisantes sur ce qui lui arrive ou pourrait lui arriver;
4. Il doit observer les réactions physiques actuelles et non celles dont il craint l'apparition;
5. Il doit accepter ses sensations physiques et donner le temps à la peur de diminuer;
6. Il doit constater que la peur diminue si elle n'est pas amplifiée ou maintenue par des idées effrayantes;
7. Il doit apprendre à faire face à sa peur sans l'éviter;
8. Il doit se rappeler tout le chemin parcouru et les progrès réalisés malgré les difficultés et surtout la satisfaction qu'il éprouvera face à cette nouvelle réussite.

Conclusion

Cet exposé a comme objectif de permettre aux intervenants de se familiariser avec les différentes modalités d'application de l'exposition *in vivo* dans le traitement des phobies et de prendre connaissance de plusieurs conseils pratiques afin de maximiser l'efficacité de cette procédure. L'utilisation de ces différents conseils doit se faire sous réserve. L'intervenant doit les adapter à la problématique, aux capacités et au rythme du client. Les auteurs espèrent également démystifier les fausses conceptions (ex: changement très rapide, utilisation mécanique, sur simplification) qu'entretiennent bon nombre d'intervenants au sujet de la procédure d'exposition *in vivo*. À la lecture des recherches comportementales sur le traitement des phobies et particulièrement de l'agoraphobie, le lecteur peut avoir l'impression qu'il suffit de quelques séances d'ex-

position *in vivo* pour traiter un client et qu'il s'agit alors uniquement de l'exposer à l'objet phobique. À l'occasion, cela peut être le cas, mais notre expérience clinique nous incite à penser le contraire. L'intervenant se trouve habituellement confronté à une problématique complexe et il doit non seulement posséder une compréhension globale du client, mais également planifier une stratégie d'intervention adaptée à sa problématique. Cette tâche n'est pas simple et demande de la part de l'intervenant le déploiement de nombreuses habiletés. Plusieurs agoraphobes requièrent de six à dix-huit mois de traitement; la procédure d'exposition *in vivo*, composante principale du traitement, s'effectue à l'intérieur des trois à six premiers mois (Chambless, 1985). À moins de limiter le programme de traitement à la diminution du comportement d'évitement, un éventail d'outils thérapeutiques semble requis pour traiter ce type de problèmes. L'intervenant doit, entre autres, intégrer des procédures de restructuration cognitive et mettre l'accent sur les relations interpersonnelles du client.

Il ne suffit pas d'appliquer cette procédure comme une recette mais au contraire faire preuve de souplesse, de patience et de créativité. Il faut considérer les multiples facettes du problème et réévaluer constamment l'intervention. Par exemple, les personnes agoraphobes réagissent fortement aux relations interpersonnelles. Il est donc important que l'intervenant soit chaleureux, empathique mais également ferme et insistant lors de l'exposition *in vivo* car cette intervention peut être menaçante pour l'individu. Il doit également posséder un degré élevé de tolérance à la frustration (ex: exercice non fait, rendez-vous non respecté, résistance lors de l'application). L'intervenant doit avoir un rôle actif et directif spécialement lors de la planification et de l'application de cette procédure. Ce rôle peut apparaître moins familier à un intervenant qui aborde ce type d'intervention d'une perspective théorique autre que behaviorale. Néanmoins, l'intervention auprès des individus phobiques peut devenir très gratifiante car elle offre l'opportunité de prendre directement part à des changements importants dans la vie de la personne. Ceci permet à l'intervenant d'obtenir un feedback mesurable sur l'efficacité de son action thérapeutique et c'est là une denrée rare dans notre profession.

Abstract

This article reviews technical modes of *in vivo* exposure for the treatment of phobia. The authors also present some recommendations to increase the effectiveness of this procedure in the treatment of agoraphobia. These recommendations apply either to group or individual exposure sessions supervised by a professional, and prescription of daily exposure by the patient himself. The recommendations concern the planification of *in vivo* exposure, the attitude to adopt and the rules to follow before and during the sessions. They also concern ways of coping with the patient's anxiety and his panic attacks.

Références

- Agras, W.S., Sylvester, D. et Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fear and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Barlow, D.H., O'Brien, G.T. et Last, C.G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Barlow, D.H. et Waddell, M.T. (1985). Agoraphobia. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (p. 1-68). New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Emery, G. et Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorder and Phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Book.
- Boisvert, J.M., Beaudry, M., Marchand, A., Bérard, J.M. et Gaudette, G. (1983). *Group treatment of agoraphobia with or without partners*. Communication présentée au congrès de l'Association for the Advancement of Behavior Therapy Washington, DC.
- Chambless, D.L. (1985). Agoraphobia. In M.H. Hersen et A.S. Bellack (Eds.), *Handbook of Clinical Behavior Therapy with adults* (pp. 49-87). New York: Plenum Press.
- Chambless, D.L. et Goldstein, A.J. (1980). Agoraphobia. In A.J. Goldstein & E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. (pp. 322-415). New York: Wiley.
- Chambless, D.L. et Goldstein, A.J. (1981). Clinical treatment in agoraphobia. In M. Mavissakalian & D.H. Barlow (Eds.), *Phobia: Psychological and pharmacological treatment* (pp. 103-144). New York: Guilford.
- Charest, J., Vitaro, F. et Boisvert, J.M. (1974). *Modification du comportement de sujets agoraphobes par "package treatment"*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982). *In vivo exposure treatment of agoraphobia*. In D.L. Chambless & A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment* (pp. 43-75). New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982a). Anxiety and fear. In A.S. Bellack, M. Hersen et A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy*. (pp. 349-395). New York: Plenum.
- Emmelkamp, P.M.G. (1982b). *In vivo treatment of agoraphobia*. In D.L., Chambless et A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspective on theory and treatment* (pp. 43-75). New York: Wiley.
- Emmelkamp, P.M.G. et Emmelkamp-Benner, A. (1975). Effects of historically portrayed modeling and group treatment on self-observation: A comparison with agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 15, 491-495.
- Emmelkamp, P.M.G. et Mersch, P. (1982). Cognition and exposure *in vivo* in the treatment of agoraphobia: Short term and delayed effects. *Cognitive therapy and Research*, 6, 77-88.
- Foa, E.B., Jameson, J.S., Turner, R.M. et Paye, L.L. (1980). Massed vs spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 18, 333-338.
- Gaudette, G., Goupil, G. et Bérard, J.M. (1984). Analyse comportementale de l'agoraphobie en entrevue. *Revue de Modification du Comportement*, 14, 41-47.
- Goldstein, A.J. (1982). Agoraphobia: Treatment successes, treatment failures, and theoretical implications. In Chambless, D.L. & Goldstein, A.J. (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. (pp. 183-213). New York: Wiley.
- Goldstein, A.J. et Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47-59.
- Hafner, R.J. (1982). The marital context of agoraphobia. In D.L. Chambless et A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment* (pp. 77-117). New York: Wiley.
- Hafner, R.J. et Marks, I.M. (1976). Exposure *in vivo* of agoraphobics: Contribution of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychological medicine*, 6, 71-88.
- Hallam, R.S. (1985). *Psychological perspective on Panic and Agoraphobia*. New York: Academic Press.
- Hand, I., Lamontagne, Y. et Marks, I.M. (1974). Group exposure (flooding) *in vivo* for agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 124, 588-602.
- Jansson, L. et Ost, L.G.A. (1982). Behavioral treatments for agoraphobia: An evaluative review. *Clinical Psychology Review*, 2, 311-337.
- Jasin, S. (1983). Cognitive-Behavioral Treatment of Agoraphobia in Group. In A. Freeman (Ed.), *Cognitive Therapy with Couples and Groups* (pp.199-220). New York: Plenum Press.
- Jones R.B., Sinnott, A. et Fordham, A.S. (1980). Group *in vivo* exposure augmented by the counselling of significant others in the treatment of agoraphobia. *Behavioral Psychotherapy*, 8, 31-35.
- Marchand, A. et Bérard, J.M. (1982). Revue critique des traitements des phobies: perspectives et avantages du traitement en groupe. *Journal de de thérapie comportementale*, 4, 1-15.
- Marchand, A., Boisvert, J.M., Beaudry, M., Bérard, J.M. et Gaudette, G. (1984). Le traitement de l'agoraphobie en groupe: perspectives intéressantes. *Revue de Modification du comportement*, 14, 5-13.
- Marchand, A., Boisvert, J.M., Bérard, J.M. et Gaudette, G. (1985). Le traitement de l'agoraphobie en groupe avec ou sans partenaire. *Revue québécoise de psychologie*, 6, 36-49.
- Marchand, A. (1987). Conseils pratiques pour les intervenants afin de rendre plus efficace l'exposition *in vivo*. *Document inédit* (troisième version). Centre H. Louis H. Lafontaine.
- Mathews, A.M., Gelder, M.G. et Johnston, D.W. (1981). *Agoraphobia: Nature and treatment*. New York: Guilford Press.
- Mathews, A.M., Teasdale, J., Munby, M., Johnston, D. et Shaw, P. (1977). A home based treatment program for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 8, 915-924.
- Newman, F. (1985). *Fighting Fear: The Eight-Week program for treating your phobias* (pp. 27-54). New York: Bantam Books.
- O'Brien, G.T. (1981). Clinical treatment of specific Phobias. In M. Mavissakalian & D.H. Barlow (Eds.), *Phobia: Psychological and pharmacological treatment* (pp. 73-102). New York: Guilford.
- O'Brien, G.T. et Barlow, D.H. (1984). Agoraphobia. In S.M. Turner (Ed.), *Behavioral treatment of anxiety disorders* (pp. 143-185). New York: Plenum.
- O'Brien, G.T., Barlow, D.H. et Last, C.G. (1982). Changing marriage patterns of agoraphobics as a result of treatment. In R.L. DuPont (Eds.), *Phobia: A comprehensive summary of modern treatments*. (pp. 140-153). New York: Brunner/Mazel.
- Sinnott, A., Jones, R.B., Scott-Fordham, A. et Woodward, R. (1981). Augmentation of *in vivo* exposure treatment for agoraphobia by the formation of neighborhood self-help groups. *Behavior Research and Therapy*, 19, 339-347.
- Teasdale, J.D., Walsh, P.O., Lancashire, M. et Mathews, A.M. (1977). Group exposure for agoraphobics: A replication study. *British Journal of Psychiatry*, 130, 186-193.
- Thorpe, G.L. et Burns, L.E. (1983). *The agoraphobic syndrome: Behavioural approaches to evaluation and treatment*. Chichester, England: Wiley.
- Vitaro, F., Charest, J. et Boisvert, J.M. (1981). Multimodal behavior therapy for agoraphobia. *Behavioral Engineering*, 6, 177-183.
- Williams, S.L., Dooseman, G. et Kleinfeld, E. (1984). Comparative effectiveness of mastery and exposure treatments for intractable phobias. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 52, 505-518.
- Williams, S.L. (1985). On the nature and measurement of agoraphobia. *Progress in Behavior Modification*, 19, 109-144.
- Zitrin, C.M., Klein, D.F. et Woerner, M.G. (1978). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine and phobias. *Archives of General Psychiatry*, 35, 307-321.
- Zitrin, C.M., Klein, D.F. et Woerner, M.G. (1980). Treatment of agoraphobia with group exposure *in vivo* and imipramine. *Archives of General Psychiatry*, 37, 63-72.