

## LE TRAITEMENT DE L'AGORAPHOBIE EN GROUPE : PERSPECTIVES INTÉRESSANTES

ANDRÉ MARCHAND<sup>2</sup>, JEAN-MARIE BOISVERT, MADELEINE BEAUDRY, MICHEL BÉRARD ET GILLES GAUDETTE

Hôpital Louis-H.-Lafontaine

La présente étude tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe. Le traitement inclut (1) des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés ; (2) des rencontres hebdomadaires permettant de réévaluer et de préciser les exercices appropriés ; (3) une procédure d'auto-traitement expliquée dans 2 manuels, un à l'usage de l'individu agoraphobique et l'autre du partenaire ; (4) des rencontres spécifiques pour les partenaires des clients. Les effets du traitement sont évalués à l'aide des questionnaires suivants : a) l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur, b) les questionnaires sur les sensations physiques et les pensées phobiques, c) une hiérarchie individuelle et collective des situations anxiogènes, d) un questionnaire d'affirmation de soi, e) de satisfaction conjugale, et f) d'estime de soi. L'analyse des résultats à mesures répétées, (pré-test, post-test et relance) révèle des améliorations significatives dans la plupart des questionnaires. La discussion porte sur les résultats obtenus et sur les différents moyens utilisés dans le but d'améliorer le présent traitement.

Depuis quelques années, plusieurs auteurs confirment la supériorité de l'exposition *in vivo* dans le traitement de l'agoraphobie (Chambless, 1982 ; Emmelkamp, 1979, 1982a, 1982b ; Janson et Öst, 1982 ; Marchand et Bérard, 1982). Selon Janson et Öst, cette procédure permet d'obtenir des résultats cliniques significatifs dans 60 à 70% des cas. L'exposition *in vivo* comme telle regroupe plusieurs modes d'application et chacun comporte à la fois des avantages et des désavantages différents en termes d'incitation à l'exposition et en termes de rapport coût/efficacité. Pour Emmelkamp (1982b) et Goldstein (1982), la combinaison de différentes modalités permet souvent de mieux répondre aux besoins et particularités des clients et augmente l'efficacité du traitement. Parmi les diverses modalités, l'exposition *in vivo* en groupe présente de nombreux avantages (Chambless et Goldstein, 1980 ; Charest, Vitaro et Boisvert, 1974 ; Emmelkamp, 1982a, 1982b ; Hand, Lamontagne et Marks

1974 ; Marchand et Bérard, 1982 ; Vitaro, Charest et Boisvert, 1981 ; Watson, Mullet et Pillay, 1973). Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975), Hafner et Marks (1976), cette procédure se révèle tout aussi efficace que l'exposition *in vivo* individuelle et entraîne de plus une économie de temps pour le thérapeute. Toutefois, peu de recherches se sont attardées à explorer les avantages cliniques reliés à la situation de groupe. On peut d'abord supposer que l'exposition *in vivo* en groupe permet de diminuer l'anxiété sociale reliée aux manifestations "agoraphobiques" et aide à augmenter la fréquence des comportements d'affirmation de soi et de communication interpersonnelle. De plus, l'individu à l'intérieur d'un groupe ne se perçoit plus comme un cas unique et, de ce fait, a sans doute tendance à moins se dévaloriser. Cette situation d'autre part permet aux participants de s'aider mutuellement et d'agir comme modèles les uns pour les autres. Elle leur donne aussi l'opportunité de travailler avec un thérapeute de leur choix puisque la situation de groupe permet la participation de plusieurs intervenants. On peut même favoriser le changement de thérapeutes afin de diminuer la dépendance et d'augmenter l'impact de messages identiques venant de thérapeutes différents.

Cependant, la situation de groupe entraîne aussi des désavantages. Selon Emmelkamp et Emmelkamp-Benner (1975) et Hand et ses collaborateurs (1974), certains individus peuvent perturber et ralentir le progrès des autres membres du groupe soit parce qu'ils manifestent de nombreuses réactions pathologiques ou ne respectent pas les consignes. En outre, certains participants progressent trop rapidement et constituent de ce fait des modèles trop parfaits. L'introduction de nouvelles modalités telles des interventions individualisées et des séances d'exposition individuelles permet de pallier ces désavantages.

1. Également du centre de psychologie comportementale.

2. Les demandes de tirés à part doivent être adressées à André Marchand, hôpital Louis.-H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal, Québec, Canada, H1N 3M5. Tél.: 514-253-8200

En vue de favoriser le progrès après traitement, plusieurs auteurs suggèrent d'ajouter des procédures d'auto-traitement où le client décide par lui-même de s'exposer aux situations anxigènes (Emmelkamp et Mersch, 1982 ; Hafner et Marks, 1976 ; Teasdale, Walsh, Lancashire et Mathews, 1977 ; Vitaro et al., 1981). Suite à l'élaboration de programmes d'auto-traitement où les participants apprennent rapidement à s'exposer seuls, Emmelkamp, (1974 et 1980) et Emmelkamp et Kuipers (1979), notent que cette procédure permet aux agoraphobes de continuer à faire des progrès par eux-mêmes après le traitement. Selon Emmelkamp (1982b), cette procédure s'applique toutefois difficilement avec des participants qui requièrent beaucoup de support.

D'autres cliniciens impliquent un membre de la famille dans le processus thérapeutique, allant même jusqu'à lui faire jouer le rôle de thérapeute (Jones, Sinnott et Fordham, 1980 ; Mathews, Gelder et Johnston, 1981 ; Mathews, Teasdale, Munby, Johnston et Shaw, 1977 ; O'Brien *et al.*, 1982). Mathews et ses collaborateurs (1982) élaborent un programme de traitement à domicile où le client prend la responsabilité de ses exercices. Le partenaire joue un rôle de soutien actif et le thérapeute devient un conseiller et un superviseur. Le client et son partenaire reçoivent un manuel expliquant en détail la procédure d'exposition. Les résultats indiquent une amélioration équivalente au traitement de groupe conventionnel et cette amélioration se poursuit à la relance. Jannoun et ses collaborateurs (1980) obtiennent des résultats similaires. La combinaison de différents modes d'incitation à l'exposition *in vivo* semble être une nécessité.

À l'intérieur des recherches, plusieurs auteurs soulignent d'autres problèmes qui semblent souvent reliés à l'agoraphobie. De nombreuses études décrivent les agoraphobes comme des personnes dépendantes, peu affirmatives et ayant une faible estime de soi (Andrews, 1966 ; Chambless, 1982a ; Ellis, 1979 ; Emmelkamp, 1979 ; Emmelkamp et Cohen-Keltenis, 1975 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Goldstein-Fodor, 1974). Certaines recherches dégagent une faible relation entre l'agoraphobie et le manque d'affirmation de soi (Arrindell, 1980 ; Burglass et al., 1977 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Marks, 1967). Selon Emmelkamp (1980) et Emmelkamp, Van Der Haut et de Vries (1983), le degré d'affirmation de soi ne semble pas modifié par le traitement de l'agoraphobie et il n'influence pas non plus l'efficacité du traitement. Cependant peu de recherches examinent cette variable.

D'autres études rapportent des difficultés maritales importantes (Fry, 1962 ; Goldstein et Chambless, 1978 ; Goldstein-Fodor, 1974 ; Goldstein et Swift, 1977 ; Hafner, 1982 ; Hand et Lamontage, 1976 ; Torpy et Measey, 1974). La seule étude comparative existante (Buglass *et al.*, 1977) ne démontre aucune relation entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritales. Par contre, certaines études soulignent que les conflits maritales et les problèmes familiaux diminuent la probabilité de réussite dans le

traitement de l'agoraphobie (Bland et Hallam, 1981 ; Hafner, 1976, 1977b ; Hudson, 1974 ; Mathews, Gelder et Johnston, 1981 ; Milton et Hafner, 1979). D'autres chercheurs observent une amélioration de la satisfaction maritale pour la majorité des couples lors de la diminution des manifestations agoraphobiques ; l'inverse se produit chez quelques couples (Barlow, Mavissakalian et Hay, 1981 ; Cobb, McDonald, Marks et Stern, 1980 ; O'Brien, Barlow et Last, 1982).

L'affirmation de soi, la satisfaction conjugale et l'estime de soi, vu leur importance dans le traitement méritent certainement d'être étudiées davantage.

La présente recherche tente d'évaluer l'efficacité du traitement de l'agoraphobie en groupe afin de favoriser l'exposition *in vivo* aux situations anxigènes. Elle comprend des interventions individualisées caractérisées par des exercices d'exposition *in vivo* personnalisés et hiérarchisés. Les rencontres hebdomadaires permettent de réévaluer et de préciser les exercices appropriés. Elle inclut une procédure d'auto-traitement expliquée dans deux manuels, un à l'usage de l'agoraphobe et l'autre du partenaire. Les partenaires deviennent personnes-ressources et des rencontres sont planifiées avec eux. Au cours des séances, il y a plusieurs exercices d'exposition *in vivo* en groupe et des discussions sur les problèmes rencontrés et les techniques pour les résoudre. En plus cette étude tente d'évaluer l'effet du traitement sur des variables telles l'affirmation de soi, l'estime de soi et les relations conjugales.

## MÉTHODE

### *Sujets*

Cette recherche regroupe 13 participants (10 femmes et 3 hommes) recrutés à la clinique externe de l'Hôpital L.-H. Lafontaine. Âgés de 24 à 55 ans, ( $x:38,6$ ;  $<S:11,53$ ), les participants rapportent les premières manifestations d'agoraphobie datant en moyenne de 11,1 ans pour une variation de 2 mois à 30 ans ( $6:9,9$ ). Deux des participants quittent le groupe après la troisième rencontre, l'une en raison de problèmes familiaux, l'autre se disant satisfaite des résultats obtenus. Une troisième participante décide après 6 rencontres de continuer seule la démarche. L'analyse inclut les résultats de ces 3 participants.

### *Expérimentateurs*

Trois psychologues, une travailleuse sociale et un stagiaire en psychologie, tous d'orientation comportementale animent le groupe.

### *Instruments*

Cinq questionnaires servent à mesurer plus spécifiquement le degré de l'agoraphobie. *L'inventaire des objets et sentiments générateurs de peur (F.S.S.)* contient une liste de 51 items représentant différentes peurs ou situations (Geer, 1965). *Le questionnaire sur les pensées phobiques*

(Q.P.P.) porte sur les cognitions habituellement notées chez les agoraphobes (Chambless, Gallagher et Bright, 1981). *Le questionnaire sur l'évaluation des sensations physiques* (Q.S.P.) examine la fréquence d'apparition et le degré de peur reliés à diverses sensations habituellement ressenties par les agoraphobes (Chambless et al., 1981). *L'échelle de malaise et prédispositions générales* (EMC, EPC) se compose de différentes situations potentiellement anxiogènes qui peuvent se retrouver dans les environs de l'hôpital où a lieu le traitement : métro, autobus, centre commercial, hôpital... (Boisvert, 1981). *L'échelle de malaises et de prédispositions individuelles* (EMI, EMP) comprend une liste détaillée de diverses situations anxiogènes, construite à partir des informations obtenues lors de la première entrevue d'évaluation.

*Autres mesures.* Trois questionnaires permettent de recueillir de l'information sur les composantes suivantes : affirmation de soi, estime de soi et satisfaction conjugale.

*L'inventaire sur l'affirmation de soi* (Gambrill et Richey, 1975) se compose d'items évaluant le degré de malaise et la probabilité d'émission de la réponse affirmative dans diverses situations interpersonnelles où les participants doivent s'affirmer. *L'échelle de satisfaction conjugale* (Azrin, Naster et Jones, 1973) regroupe 10 critères évaluant la satisfaction dans le couple. Une dernière échelle (Lawson, Marshall et McGrath, 1981) permet d'évaluer l'estime de soi sociale.

### Démarches

*Sélection et mesure.* Deux entrevues permettent de sélectionner les participants. Ces entrevues sont effectuées par 6 thérapeutes qui travaillent en équipe de deux.

La première entrevue vise à examiner les diverses manifestations physiologiques, comportementales et cognitives du problème et à évaluer les situations pouvant déclencher et maintenir ce dernier. Cette entrevue permet en plus d'élaborer une liste détaillée des situations anxiogènes. Cette liste sert par la suite à construire une échelle de malaise et une échelle de prédisposition à diverses situations problématiques. Les intervenants suggèrent la participation au groupe du partenaire, soit le conjoint, un parent ou un ami. Les clients remplissent ensuite une série de questionnaires.

La deuxième entrevue permet de compléter l'analyse du problème à l'aide d'échelles et de questionnaires. À la fin de cette rencontre, les intervenants informent le client de sa participation ou non au groupe de traitement. Les participants sélectionnés reçoivent un court texte expliquant les buts et les diverses activités du groupe.

Sont sélectionnés pour la présente recherche, les clients

qui présentent des manifestations physiologiques, comportementales et cognitives d'agoraphobie en fonction de leurs réponses à l'échelle de malaise et de prédispositions générales et selon le jugement clinique des thérapeutes. Sont exclus les clients présentant des manifestations psychotiques.

*Méthode d'évaluation.* L'évaluation se déroule en 3 phases : le pré-test, échelonné sur 3 semaines ; le post-test, 2 semaines après le traitement et la relance, 3 mois après le traitement.

*Traitement.* À la première rencontre, ils informent les participants des buts poursuivis et du canevas général du traitement et organisent une discussion sur ce sujet. Puis, les participants font des activités visant à favoriser la cohésion sociale du groupe. Par la suite, chaque participant reçoit un manuel sur l'agoraphobie; ce manuel explique en termes simples en quoi consiste l'agoraphobie et quels comportements et attitudes adopter pour y faire face.

La deuxième séance porte sur le contenu du manuel et une discussion sur les aspects les moins bien assimilés a lieu. Après quoi, les participants (et leur partenaire) sont répartis en sous-groupes avec un thérapeute ; ce dernier aide chacun des participants à se fixer un exercice quotidien à pratiquer selon une hiérarchie.

Au cours des séances suivantes, l'accent est mis sur l'exposition graduelle aux situations phobiques, collectivement durant les rencontres et individuellement entre temps (auto-traitement). Ces séances débutent par une discussion en groupe sur les exercices pratiqués entre les rencontres. Cette discussion permet de préciser, superviser et planifier des stratégies d'approche. Elle permet d'évaluer les progrès obtenus et les difficultés rencontrées. Par la suite, les participants planifient en sous-groupes les exercices d'exposition à effectuer à la maison et prennent connaissance de l'exercice collectif qu'ils devront pratiquer *in vivo* pendant la seconde moitié de la rencontre. Ils se répartissent en sous-groupes en fonction de la difficulté à affronter pour chacun. L'exercice *in vivo* complété, ils reviennent à la clinique où ils discutent de la démarche qu'ils viennent d'accomplir.

Entre les séances, certains participants se rencontrent pour s'encourager mutuellement et pour discuter des progrès individuels et des moyens utilisés pour vaincre l'anxiété.

*Participation des partenaires.* Les partenaires participent à la deuxième, sixième et dernière rencontre. À la deuxième rencontre, les partenaires et les participants sont divisés en sous-groupes d'environ 6 personnes chacun pour échanger sur les problèmes d'agoraphobie. Par la suite, en grand groupe, un animateur explique comment bâtir une hiérarchie des situations anxiogènes. Le partenaire et le client

construisent ensemble cette hiérarchie. Les participants sans partenaire sont regroupés. Enfin, les partenaires discutent en sous-groupes distincts de leurs réactions personnelles face aux problèmes d'agoraphobie et de la façon dont ils croient pouvoir aider au traitement. Le partenaire reçoit de plus un texte intitulé "manuel du partenaire" semblable au manuel remis au client.

sous-groupes avec les clients, ils discutent des exercices effectués durant la semaine et choisissent de nouveaux thèmes si nécessaire. Ils participent à l'exercice collectif (aller au centre commercial). Au retour, la discussion porte sur l'influence du partenaire sur le déroulement de l'exercice.

Enfin, à la 12e rencontre, il y a discussion face au fonctionnement du groupe et à l'intégration des partenaires.

À la sixième rencontre, les partenaires sont répartis en

## RÉSULTATS

Les tableaux I, II et III résument l'ensemble des résultats obtenus aux différents questionnaires.

TABLEAU 1  
Moyennes et écarts-types des mesures dépendantes lors des trois phases

<i>Mesures</i>	<i>Pré-test</i>		<i>Post-test</i>		<i>Relance</i>	
	Moy	$\sigma$	Moy	$\sigma$	Moy	$\sigma$
EMI	2,43	,58	1,29	,86	1,44	,85
EPI	2,27	,46	1,15	,83	1,34	,85
EMG	2,04	,88	0,93	,80	,91	,84
EPG	1,53	,80	0,58	,64	,78	,84
FSS	3,94 <sup>a)</sup>	,50	3,05	1,07	3,32	1,06
QPP	2,45	,63	1,95	,55	2,12	,92
QSPP	3,21	,64	2,49	,80	2,51	1,22
QSPF	2,96	,56	2,41	,86	2,52	1,16
IASM	2,45	,62	1,99	,70	2,15	,90
IASP	2,74	,37	2,33	,50	2,27	,86
ESC	7,12	1,33	5,78	1,23	6,37	,94
IES	3,42	,96	4,10	,79	3,54	1,20

a) Cette moyenne est calculée avec les résultats de 12 sujets.

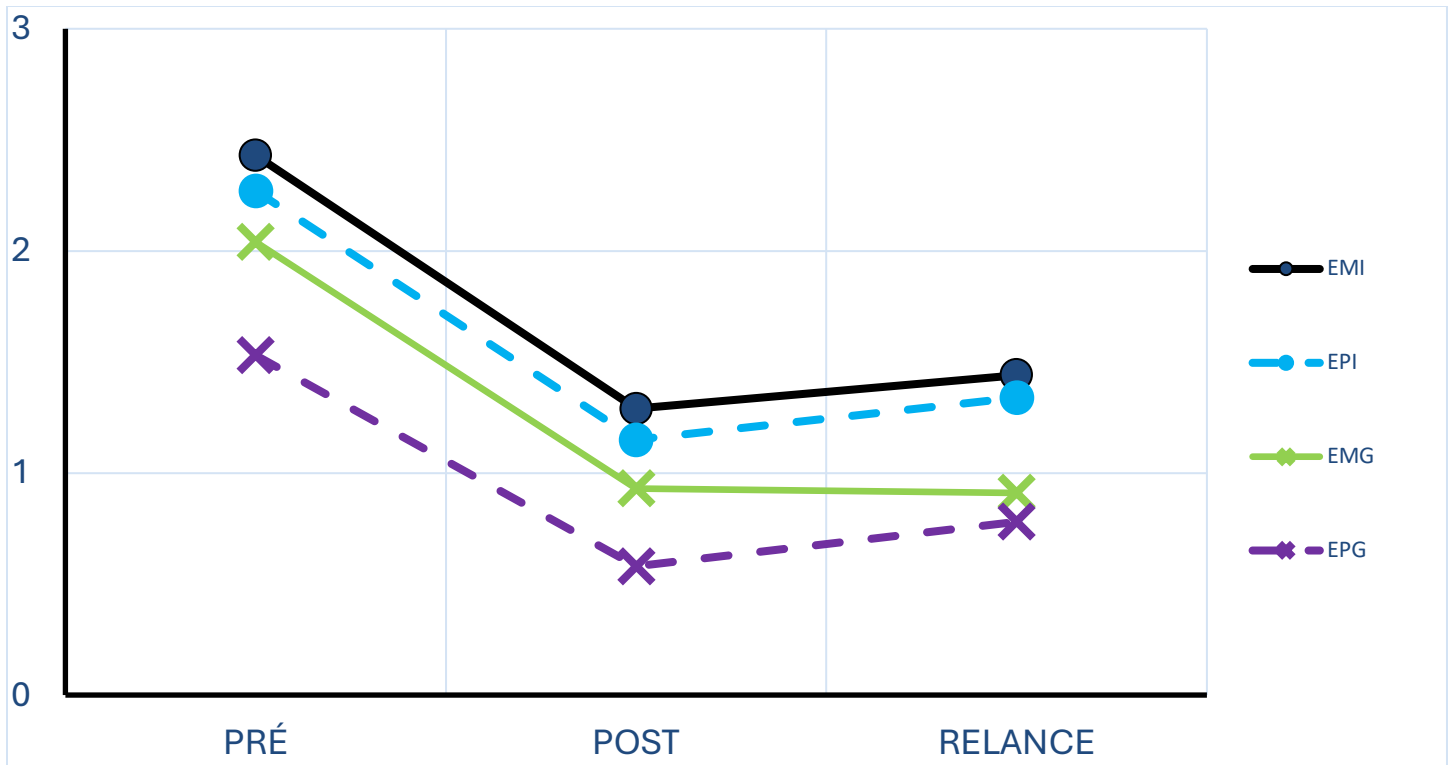


Figure 1. Résultats moyens aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales.

Le tableau II permet d'observer des résultats significatifs pour la plupart des questionnaires mesurant le degré d'agoraphobie. Au niveau des échelles de malaise et de prédispositions individuelles ( $F(2/24) = 26,24$ ,  $CM = ,14$ ) et ( $F(2/24) = 34,75$ ,  $CM = ,19$ ) les participants manifestent significativement moins de comportements agoraphobiques au post-test et à la relance (voir fig. 1). Des résultats similaires s'obtiennent aux échelles de malaise ( $F(2/24) =$

$4,20$ ,  $CM = ,99$ ) et de prédisposition ( $F(2/24) = 20,61$ ,  $CM = ,26$ ) de groupe. Les participants manifestent moins de difficultés à affronter des situations problématiques dans l'environnement de l'hôpital au post-test et cette amélioration se maintient à la relance.

TABLEAU 2  
Analyses de variance à mesures répétées sur les questionnaires

	Carré moyen CM	Degré de liberté DL	F
EMI	,14	2/24	26,24 **
EPI	,19	2/24	34,75 **
EMG	,99	2/24	4,20 *
EPG	,26	2/24	20,61 **
FSS	,25 a)	2/22	10,72 **
QPP	,44 a)	2/22	1,97
QSPP	,47	2/24	4,10 *
QSPF	,43	2/24	2,47
IASM	,12	2/24	4,58 *
IASP	,15	2/24	4,83 *
ESC	,99 b)	2/12	3,17
IES	1,07	2/24	1,19

\*  $p < ,05$

\*\*  $p < ,01$

a) les calculs sont faits avec 12 sujets.

b) les calculs sont faits avec 6 sujets.

Les participants diminuent l'intensité ou le nombre de peurs ( $F(2/22) = 10,72$ ,  $CM = 0,25$ ) à l'inventaire des objets et sentiments générateurs de peurs.

Au QSPP, les participants diminuent significativement la perception de leurs sensations physiques désagréables ( $F(2/24) = 4,10$ ,  $CM = 0,47$ ). Les résultats aux questionnaires sur les pensées phobiques (QPP) et sur la fréquence des sensations physiques se révèlent non significatifs.

Des 3 questionnaires mesurant les problèmes connexes liés aux manifestations agoraphobiques, seul *l'Inventaire de l'affirmation de soi* (IASM et IASP) présentent des résultats

significatifs ( $F(2/24) = 4,58$ ,  $CM = 0,12$ ) et ( $F(2/24) = 4,83$ ,  $CM = 0,15$ ). Les participants(e) émettent plus de comportements d'affirmation de soi au post-test et à la relance qu'au pré-test. Les résultats à *l'échelle de satisfaction maritale* et à *l'inventaire de l'estime de soi* ne montrent pas de différence significative.

La relation entre les scores de différences du post-test et du pré-test et les scores au pré-test permet de constater une diminution globale des manifestations agoraphobiques de l'ordre de 54,25%. Les trois quarts des participants s'améliorent. Le tableau III permet de visualiser ces changements.

TABLEAU 3  
 Pourcentage de la diminution des manifestations agoraphobiques  
 aux EMI, EPI, EMG et EPG

Classés selon le % de diminution des manifestations « agoraphobiques »	% des individus se situant dans chaque classe
- Diminution importante : 76 à 100 %	30,75 %
- Diminution substantielle : 51 à 75 %	21,25 %
- Diminution partielle : 26 à 50 %	25,00 %
- Diminution minimale : 0 à 25 %	23,00 %

L'analyse des résultats permet de constater une corrélation moyenne de ,77 entre la perception des participants et celle de leur partenaire aux échelles de malaises et de prédispositions individualisées et générales. Le coefficient de corrélation des échelles individualisées est de 0,91 et celui des échelles générales de 0,63.

### INTERPRÉTATION ET DISCUSSION

Les résultats montrent une diminution globale de 55% des manifestations agoraphobiques. À la fin des 12 séances de traitement et à la relance, on note une amélioration marquée pour 77% des participants. Sept des participants ne présentent plus de manifestations agoraphobiques, 3 se sont partiellement améliorés et 3 ne montrent aucun changement. Deux de ces derniers ont participé à la moitié des séances seulement.

Les résultats concordent avec les affirmations de Janson et Öst (1982). L'exposition *in vivo* permet d'obtenir des résultats cliniquement significatifs dans 60% à 70% des cas. La plupart des données obtenues aux différents questionnaires montrent une diminution significative des manifestations agoraphobiques. Les échelles de malaise et de prédisposition individuelles indiquent une augmentation marquée de comportements d'approche face aux différentes situations problématiques. Le questionnaire sur le degré de peur et la fréquence des sensations physiques désagréables montre une diminution significative. Le questionnaire sur la perception subjective des peurs fait état d'une diminution dans le nombre et l'intensité des peurs. Le questionnaire sur les pensées phobiques indique une diminution du nombre de pensées phobiques mais non de l'intensité. La validité de ce questionnaire demeure douteuse à cause de consignes ambiguës.

Pour des raisons méthodologiques, il devient difficile d'évaluer quantitativement l'impact thérapeutique des partenaires. Ils semblent jouer un rôle prépondérant au niveau de la cohésion du groupe, de l'incitation sociale à l'exposition et de la relation d'aide.

Les différentes mesures connexes à l'agoraphobie permettent d'observer une augmentation des comportements d'affirmation de soi. Les participants en général s'affirment plus après le traitement. Ces résultats concordent avec ceux de Arrindell (1980) ; Burglass et ses collaborateurs (1977) ; Goldstein et Chambless (1978) et Marks (1967). Les résultats à l'échelle de satisfaction conjugale dont le taux de signification atteint 10, laissent supposer une détérioration des relations conjugales après le traitement. L'amélioration de la condition des participants amène-t-elle une augmentation des conflits conjugaux ou le traitement fait-il ressortir ces conflits latents ? Il devient difficile de se prononcer sur la relation exacte entre l'agoraphobie et la présence de conflits maritiaux. Cette variable importante demeure confuse et nécessite une étude approfondie. Il n'y a aucun changement majeur au niveau de l'estime de soi sociale.

Cette recherche amène des résultats satisfaisants. Elle permet aussi de dégager, à partir d'autres recherches et de l'expérience clinique des auteurs, de nouvelles modalités d'application dans le but d'améliorer le traitement. Par exemple, le temps d'exposition des différents exercices devrait être plus long (3 à 4h), l'augmentation du nombre et de la durée des séances (1 journée) amélioreraient probablement l'efficacité du traitement. Une restructuration des rencontres permettrait d'atteindre un plus grand nombre de clients. Il semble opportun de développer des instruments ou méthodes d'évaluation plus précis, valides et diversifiés. Néanmoins l'exposition *in vivo* en groupe s'avère une méthode efficace pour le traitement de l'agoraphobie et présente un rapport coût/qualité exceptionnel.

### RÉFÉRENCES

Andrews, J.D.W. Psychotherapy of phobias. *Psychological bulletin*, 1966, 66, 455-480.  
 Arrindell, W.A. Dimensional structure and psychopathology correlates of the Fear Survey Schedule

- (FSS 111) in a phobic population: A factorial definition of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1980, 18, 229-242.
- Azrin, N.H., Naster, B.M., Jones, R. Reciprocity counseling: A rapid learning-based procedures of marital counseling. *Behaviour research and therapy*, 1973, 11, 365-382.
- Barlow, D.H., Mavissakalian, M., Hay, L.R. Couples treatment of agoraphobia: Changes in marital satisfaction. *Behaviour research and therapy*, 1981, 19, 245-255.
- Bland, K., Hallman, R.S. Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in agoraphobics. *Behaviour research and therapy*, 1981, 19, 335-338.
- Boisvert, J.M. *Agoraphobie - Échelle (malaises)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(a).
- Boisvert, J.M. *Agoraphobie - Échelle (prédispositions)*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1981(b).
- Buglass, D., Clarke, J., Henderson, A.S. Kreitman, N., Presley, A.A. A study of agoraphobic housewives. *Psychological medicine*, 1977, 7, 73-86.
- Chambless, D.L., Gallagher, R., Bright, P. *The measurement of fear in agoraphobia: The agoraphobic cognitions questionnaire and the body sensations questionnaire*. Paper presented at the AABT Convention, Toronto, November 1981.
- Chambless, D.L. Characteristics of agoraphobia. In D.L. Chambless et A.J. Goldstein (Eds), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(a).
- Chambless, D.L. A comparative view of treatments for agoraphobia. In D.L. Chambless et A.J. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. New York: Wiley, 1982(b).
- Chambless, D.L., Goldstein, A.J. Agoraphobia. In A.J. Goldstein et E.B. Foa (Eds.), *Handbook of behavioral interventions*. New York : Wiley, 1980.
- Charest, J., Vitaro, F., Boisvert, J. M. *Modification du comportement de sujets agoraphobes par "package treatment"*. Document inédit. Hôpital Louis-H.-Lafontaine, 1974.
- Cobb, J., McDonald, R., Marks, I., Stern, R. Marital versus exposure therapy : Psychological treatments of co-existing marital and phobic-obsessive problems. *Behavioural analysis and modifications*, 1980, 4, 3-16.
- Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure *in vivo*. *Behaviour research and therapy*, 1979, 17, 162-164.
- Emmelkamp, P.M.G. Self-observation versus flooding in the treatment of agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 1974, 12, 229-237.
- Emmelkamp, P.M.G. The behavioral study of clinical phobias. In M. Hersen, R.M. Eisler et P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 8). New York: Academic Press, 1979.
- Emmelkamp, P.M.G. Agoraphobic's interpersonal problems: Their role in the effects of exposure *in vivo* therapy. *Archives of general psychiatry*, 1980, 37, 1303-1306.

#### ENGLISH ABSTRACT

This study purports to evaluate the effectiveness of group therapy for agoraphobia. The treatment includes (1) individual actions featuring *in vivo* exposure exercises that were personalized and established according to a hierarchy; (2) weekly meetings in order to re-evaluate and to determine the proper exercises; (3) auto-treatment procedure explained in 2 manuals, one for the use of the agoraphobic patient and the other for his or her partner; (4) specific meetings for the patients partners. Treatment outcomes were evaluated with the use of the following questionnaires: a) the Fear Survey schedule, b) the Agoraphobic Cognition Questionnaire and the Body Sensations Questionnaire, c) an individual and collective hierarchy of anxiety provoking situations, d) an assertive-ness scale, e) a marital satisfaction scale and f) a self-esteem scale. The analysis of results with repeated measures (pre-test, post-test and follow-up) indicates significant improvements in most questionnaires. A discussion follows concerning the results and the different ways of improving this treatment.