UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES PROBLÈMES D'INSOMNIE SUITE AUX TRAITEMENTS DE LA COOCCURRENCE DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

HÉLOÏSE COUSINEAU

AVRIL 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

En premier lieu j'aimerais remercier Dr. André Marchand, mon directeur de recherche, pour l'exceptionnel soutien qu'il m'a apporté tout au long de mon parcours doctoral. Il a su me conseiller avec bienveillance à travers les étapes de mes études supérieures. Je le remercie également pour ses enseignements autant dans le domaine de la recherche que celui de la clinique. Sa disponibilité pour ses étudiants est sans pareille. Le laboratoire de recherche qu'il a mis sur pied constitue un environnement de travail stimulant et des plus agréables. Je remercie également Dr. Geneviève Belleville, ma codirectrice de recherche, pour sa précieuse contribution à la réalisation de cette thèse. Je suis particulièrement reconnaissante pour ses judicieux conseils et son encadrement qui m'ont été essentiels pour mener à terme ce projet. Dans son travail, elle fait preuve d'une énergie exceptionnelle et d'une grande rigueur qui ont été une réelle source d'inspiration. Tout en témoignant son soutien, elle a su trouver les bons mots pour m'encourager à me surpasser.

J'adresse également des remerciements à tous les chercheurs qui ont participé au projet de recherche sur le traitement de la comorbidité entre le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée. Leur implication au sein de leur site d'appartenance a permis la réussite de ce vaste projet de recherche. Je remercie toutes les coordonnatrices, les assistants de recherche et les thérapeutes qui ont travaillé sur le projet. Leur contribution a été importante pour permettre son bon fonctionnement. Je souhaite également témoigner ma gratitude envers tous les participants qui ont été généreux de leur temps ainsi que dans le partage de leur expérience.

Je souhaite remercier Jean Bégin, pour son aide indispensable dans la planification, l'exécution et l'interprétation des statistiques. J'aimerais souligner particulièrement ses qualités en tant que pédagogue.

Je suis convaincue que mon parcours doctoral n'aurait pas été le même sans le support et l'amitié de mes collègues étudiantes. Je les remercie pour leur écoute, leurs conseils, leur aide ainsi que tous les moments loufoques qui ont permis d'alléger l'atmosphère dans les moments plus difficiles.

Finalement, j'aimerais remercier mes proches qui constituent une fondation solide qui me permet de mener à terme tous mes projets. Je remercie spécialement mes parents pour leur inestimable soutien. Leur support a revêtu de multiples formes, ils m'ont encouragée et ont toujours témoigné leur foi en mes capacités. Ils sont une source d'inspiration importante à mes yeux. Merci à mon mari qui m'offre un petit coin de paradis au sein duquel je peux chaque jour me ressourcer. Je suis également reconnaissante pour son inépuisable patience et ses encouragements constants. Je remercie ma sœur et mon frère, parce qu'ils sont très importants pour moi. Je remercie tous mes amis, car leur présence apporte un équilibre essentiel à ma vie.

La réalisation de cette thèse a été possible grâce au financement du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRSQ). Le projet de recherche sur le traitement de la comorbidité entre le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES xi

LISTE DES TABLEAUX xiii

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES xv

RÉSUMÉ xvii

CHAPITRE I
INTRODUCTION GÉNÉRALE 1

1. Mise en contexte 1

1.1 L'insomnie 1

1.1.1 Définition et présentation clinique de l'insomnie 1

1.1.2 Prévalence de l'insomnie, variables associées et répercussions 4

1.2 L'insomnie et l'anxiété 6

1.2.1 Interactions entre l'insomnie et l'anxiété 6

1.2.2 L'insomnie, l'anxiété et la dépression 10

1.3 Le TPA et le TAG 11

1.3.1 Définition du TPA 11

1.3.2 Définition du TAG 12

1.3.3 Prévalence du TPA et du TAG 13

1.4 La comorbidité entre le TPA et le TAG 13

1.4.1 Définition de la comorbidité 13

1.4.2 Prévalence de la comorbidité entre le TPA et le TAG 14

1.4.3 Impact de la comorbidité entre le TPA et le TAG 15

1.4.4 Une TCC adaptée pour le traitement de la comorbidité entre le TPA et le TAG 17

1.5 Les perturbations du sommeil dans le TPA et le TAG 19

1.5.1 Les perturbations du sommeil dans le TPA 19

1.5.2 Les perturbations du sommeil dans le TAG 20

1.6 L'impact des TCC pour le TPA et pour le TAG sur l'insomnie 22

1.7 Objectifs de la thèse 26

1.8 Méthodologie 28

1.9 Contenu de la thèse 29

CHAPITRE II
L'INSOMNIE DANS LE TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CONCOMITANT 31

Résumé 35

Abstract 37

Methodology 42

Participants 42

Measures 43

Procedure and Research Design 46

Statistical Analyses 47

Results 48

Sample Description 48

Clinical Presentation 48

Association between Insomnia, Anxiety Sensitivity, Worry and Depression Symptoms 50

Nocturnal Panic Attack 51

Discussion 51

Conclusions 54

References 55

CHAPITRE III
LES SYMPTÔMES D'INSOMNIE SUITE AU TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CONCOMITANT 65

Résumé 69

Abstract 71

Methods 75

Participant Characteristics 75

Procedure 76

Assignment method 77

Research Design 78

Measures 78

Treatments 80

Treatment fidelity 81

Statistical Analyses 82

Results 83

Sample description 83

Preliminary analysis 84

Primary outcome results 84

Secondary outcome results 86

Discussion 87

Conclusion 90

References 92

CHAPITRE IV
DISCUSSION GÉNÉRALE 101
4.1 Synthèse des résultats des deux articles de la thèse 101
4.1.1 La prévalence de l'insomnie 101
4.1.2 La présentation clinique des perturbations du sommeil et de l'insomnie 102
4.1.3 Les relations entre l'insomnie et l'anxiété 103
4.1.4 L'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie 104
4.1.5 Symptômes résiduels d'insomnie 106
4.1.6 Prédicteurs des changements observés sur l'insomnie au cours du traitement et de la sévérité de l'insomnie après le traitement 108
4.2 Considérations théoriques 108
4.2.1 Les facteurs de maintien spécifiques de l'insomnie 108
4.3 Considérations cliniques 111
4.3.1 L'évaluation des symptômes d'insomnie lors du traitement de la comorbidité entre le TPA et le TAG 111
4.3.2 Le traitement des facteurs spécifiques de l'insomnie 112
4.3.3 Difficultés potentielles dans le cadre de l'application de la TCC-I chez les patients avec un TPA ou un TAG 114
4.4 Considérations méthodologiques 117
4.4.1 Limites de l'étude 117
4.4.2 Forces de l'étude 118
4.5 Pistes pour les recherches futures 120
4.5.1 Réplication des résultats 120

4.5.2 Les facteurs spécifiques de l'insomnie chez les patients présentant un TPA ou un TAG 121

4.5.3 Le traitement de l'insomnie chez les patients avec un TPA ou un TAG 122

4.6 Transfert des connaissances 124

4.7 Conclusion générale 124

BIBLIOGRAPHIE 127

APPENDICE A
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'INSOMNIE, D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE, DE L'AGORAPHOBIE, DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE 135

APPENDICE B
CERTIFICATS D'ÉTHIQUE DES SITES DE RECRUTEMENT ET DE TRAITEMENT DE L'ÉTUDE 145

APPENDICE C
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION ET POUR LES CONDITIONS DE TRAITEMENT CONVENTIONNEL ET ADAPTÉ 153

APPENDICE D
QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE 195

APPENDICE E
MESURES DE L'INSOMNIE 197

APPENDICE F
MESURES DE L'ANXIÉTÉ 203

APPENDICE G
MESURE DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS 233

APPENDICE H
MESURE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ 239

APPENDICE I
PROTOCOLES DE TRAITEMENT 291

APPENDICE J
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DE REVUES SCIENTIFIQUES 451

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE III

Figure 1 Flow of participants throughout each stage of the study..... 100

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Tableau 1 Demographic characteristics for the total sample and separated by primary diagnosis 59

Tableau 2 Anxiety, depression and insomnia scores for the total sample and separated by primary diagnosis 60

Tableau 3 Bivariate correlation between insomnia, anxiety sensitivity, worry and depression 62

Tableau 4 Bivariate correlation between insomnia, anxiety sensitivity, worry and depression separated by primary diagnosis 63

CHAPITRE III

Tableau 1 Summary of the MANOVA with univariates analysis, means and standard deviations for each variable 96

Tableau 2 Means and standard deviations of insomnia measures for participants with and without an insomnia diagnosis at posttest 97

Tableau 3 Summary of regression analysis for variables predicting ISI change score 98

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AD	Anxiety disorder
ADIS-IV-L	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version
APA	American Psychological Association
ASI	Anxiety Sensitivity Index
BDI-II	Beck Depression Inventory II
CS	Change score
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
GAD	Generalized anxiety disorder
GADp	Primary diagnosis of Generalized anxiety disorder
HHS	Hypothalamo-hypophyso-surrénalien
ICSD-R	International classification of sleep disorders, revised
IIS	Insomnia Interview Schedule
ISA	Index de Sensibilité à l'Anxiété
ISI	Insomnia Severity Index
MANOVA	Multivariate analysis of variance
MDD	Major depressive disorder
NPA	Nocturnal panic attack
NWAK	Number of awakenings
PD	Panic disorder
PD/A	Panic disorder with or without agoraphobia
PDA	Panic disorder with agoraphobia
PDAp	Primary diagnosis of Panic disorder with agoraphobia
PSWQ	Penn State Worry Questionnaire
QIPS	Questionnaire des Inquiétudes de Penn State

SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders
SD	Sleep disturbances
SE	Sleep efficiency
SOL	Sleep onset latency
SQ	Sleep quality
TA	Trouble anxieux
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TCC-I	Thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie
TP	Trouble panique
TP/A	Trouble panique avec ou sans agoraphobie
TPA	Trouble panique avec agoraphobie
TST	Total sleep time
TWT	Total wake time
TWAK	Terminal wake time
UQÀM	Université du Québec à Montréal
UQO	Université du Québec en Outaouais
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
US	Université de Sherbrooke
WASO	Wake after sleep onset

RÉSUMÉ

L'insomnie se présente fréquemment en concomitance avec les troubles anxieux. Chez les individus souffrant à la fois d'insomnie et d'un trouble anxieux, le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) semblent être les deux diagnostics les plus souvent rencontrés. De plus, malgré le fait que la comorbidité entre troubles anxieux touche la majorité des cas en milieux cliniques, elle est rarement prise en compte dans les études sur l'insomnie. Qui plus est, le TPA et le TAG se trouvent parmi les troubles anxieux se présentant les plus fréquemment en comorbidité. Toutefois, il n'existe aucune donnée sur la prévalence et la nature de l'insomnie chez les patients avec un TPA et un TAG en comorbidité. D'autre part, à travers la littérature sur l'efficacité de la thérapie cognitivo- comportementale (TCC) pour les troubles anxieux, une quantité infime d'étude a examiné son impact sur l'insomnie concomitante. L'objectif principal de la présente étude vise à évaluer l'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie concomitante chez les patients qui présentent un TPA et un TAG en comorbidité. L'étude vise également trois objectifs exploratoires, soit : d'évaluer la prévalence et le tableau clinique de l'insomnie, d'examiner les associations entre l'insomnie et l'anxiété et d'explorer la valeur de différentes variables dans la prédiction des changements observés sur l'insomnie pendant et après le traitement. Cent vingt-cinq participants présentant un TPA et un TAG en comorbidité (c.-à-d. TPA primaire et TAG secondaire ou TAG primaire et TPA secondaire) ont été assignés à l'une des deux conditions de traitement. La première condition consistait en une TCC conventionnelle pour traiter le TPA ou le TAG selon le trouble primaire du participant (c.-à-d. une TCC conventionnelle pour le TPA pour les participants avec un TPA primaire; une TCC conventionnelle pour le TAG pour ceux avec un TAG primaire). La deuxième condition offrait une TCC adaptée pour traiter simultanément la comorbidité entre le TPA et le TAG (c.-à-d. le même traitement peu importe le trouble primaire). L'insomnie a été mesurée avant et après le traitement à l'aide d'une entrevue diagnostique, un questionnaire standardisé et un journal quotidien du sommeil.

Le chapitre I constitue une introduction des principaux concepts et problématiques du programme de recherche. Il offre un cadre théorique et une présentation de l'état des connaissances actuelles servant de base à l'expérimentation. Le chapitre II traite de la prévalence et des caractéristiques cliniques de l'insomnie chez les individus avec un TPA et un TAG concomitant. Il s'intéresse également aux relations entre l'insomnie, l'anxiété et la dépression avant le traitement. Les résultats révèlent la présence d'un diagnostic d'insomnie chez 68% des participants. Les corrélations entre l'insomnie et l'anxiété sont petites et celles entre l'insomnie et les symptômes dépressifs modérées. L'insomnie s'avère donc très fréquente chez les patients avec un TPA et un TAG en comorbidité, mais il semble qu'elle évolue de façon indépendante à l'anxiété. Le chapitre III examine l'impact des TCC sur l'insomnie concomitante. Les résultats

démontrent que les TCC ont un effet statistiquement significatif sur la diminution de la sévérité de l'insomnie et du nombre d'éveils, sur l'augmentation de l'efficacité du sommeil et sur l'amélioration de la qualité du sommeil (η^2 =.58). Toutefois, parmi les participants qui avaient de l'insomnie avant le traitement, 33% ont toujours un diagnostic d'insomnie après le traitement, et la majorité (63%) présente de l'insomnie résiduelle. D'autre part, les changements de sévérité du trouble primaire (TPA ou TAG) et des symptômes dépressifs ont été identifiés comme prédicteurs des changements de sévérité de l'insomnie. Les résultats présentés au chapitre I et II soulignent l'importance d'évaluer l'insomnie et de l'inclure dans le plan de traitement lors de la gestion des patients avec un TPA et un TAG concomitant. De plus, ils suscitent des interrogations fertiles pour la recherche à propos des facteurs responsables du maintien de l'insomnie après un traitement efficace des troubles anxieux. Finalement, le chapitre IV présente une discussion générale des résultats en considérant des aspects théoriques, cliniques et méthodologiques. Il propose également des pistes pour les recherches futures.

Mots clés : Insomnie, perturbations du sommeil, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitivo-comportementale, comorbidité.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Mise en contexte

Les problèmes d'insomnie sont communs chez les individus avec un trouble anxieux, particulièrement ceux avec un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ou un trouble d'anxiété généralisée (TAG). D'autre part, la comorbidité entre troubles anxieux représente la norme plutôt que l'exception dans les milieux cliniques, ce qui en fait une condition importante à examiner dans le cadre de recherches cliniques. En particulier, la comorbidité entre le TPA et le TAG[1] semble très élevée, mais peu d'études ont analysé la prévalence de l'insomnie ainsi que la nature des perturbations du sommeil et des plaintes d'insomnie chez cette population. D'autre part, l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil et l'insomnie concomitantes semble peu connu.

1.1 L'insomnie

1.1.1 Définition et présentation clinique de l'insomnie

L'insomnie est un trouble du sommeil qui se caractérise par des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil, des éveils prématurés ou des plaintes d'un sommeil léger et non réparateur. Selon le *Diagnostic and statistical manual of*

[1] Pour l'ensemble de cette thèse, les termes « comorbidité entre TPA et TAG », « TPA et TAG concomitant » et « TPA et TAG cooccurrent » désignent autant les patients avec un TPA primaire et un TAG secondaire que ceux avec un TAG primaire et un TPA secondaire. L'utilisation de ces termes a été préférée pour alléger le texte.

mental disorders (4th ed., text rev.) (*DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association [APA], 2000) pour satisfaire les critères diagnostiques de l'insomnie, les perturbations du sommeil[2] doivent s'accompagner d'une souffrance significative ou d'une altération du fonctionnement dans un ou plusieurs domaines (ex. : professionnel, social) et durer au moins un mois (les critères diagnostiques de l'insomnie primaire sont présentés à l'appendice A). Le *DSM-IV-TR* distingue l'insomnie primaire de l'insomnie découlant d'une autre problématique (ex. : insomnie liée à une affection médicale ou à un autre trouble mental). Ainsi, lorsqu'il y a présence d'un autre trouble prédominant dans le tableau clinique, l'insomnie est considérée comme un trouble secondaire. La nouvelle édition du *DSM*, le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) (*DSM-5*; APA, 2013), apporte un changement majeur concernant cette façon de concevoir le diagnostic. En effet, le *DSM-5* enjoint de poser le diagnostic d'insomnie comorbide plutôt que celui d'insomnie secondaire, lorsqu'il y a présence d'un trouble mental concomitant. Cette nouvelle orientation souligne l'importance de considérer l'insomnie au même titre que le trouble mental cooccurrent, plutôt que de la concevoir comme une condition secondaire. Ce changement tient compte de l'existence de relations bidirectionnelles entre les troubles mentaux et l'insomnie ainsi que de la difficulté à établir un lien causal qui permettrait de départager la condition primaire de la condition secondaire. Le passage au terme « trouble d'insomnie » dans le *DSM-5* au détriment de « insomnie primaire » du *DSM-IV-TR* illustre bien cette nouvelle orientation. Ce changement s'inscrit dans la lignée de données empiriques démontrant que le diagnostic d'insomnie primaire possède une faible fiabilité inter-juge, notamment en raison de la difficulté à attribuer un lien de causalité dans les cas de comorbidité (Edinger et al., 2011). Dans la présente thèse, nous choisissons le terme « insomnie » plutôt que « insomnie primaire ». Ceci, parce que nous nous intéressons à la

[2] Le terme perturbations du sommeil est utilisé dans cette thèse principalement pour faire référence aux difficultés de sommeil caractéristiques du trouble d'insomnie (ex. : difficultés d'endormissement), mais peut également désigner d'autres difficultés du sommeil associées aux troubles anxieux comme les attaques de paniques nocturnes ou les cauchemars.

cooccurrence entre les perturbations du sommeil et l'anxiété. Nous souhaitons examiner les relations entre ces deux phénomènes en considérant l'ensemble des cas, sans départager la prédominance de l'un ou de l'autre. Finalement, dans sa définition du trouble d'insomnie le *DSM-5* ajoute un critère de fréquence (c.-à-d. les difficultés doivent avoir lieu au moins trois fois par semaine) et fixe à trois mois la durée minimum des perturbations du sommeil.

Le diagnostic d'insomnie s'établit à partir des plaintes subjectives des patients. Toutefois, il existe des critères quantitatifs pour opérationnaliser la définition de l'insomnie. Les difficultés d'endormissement se définissent par une latence d'endormissement de plus de 30 minutes. Les éveils nocturnes surviennent entre le premier et le dernier endormissement et totalisent une durée supérieure à 30 minutes (Lichstein, Durrence, Taylor, Bush, & Riedel, 2003; Morin & Espie, 2003). Les éveils prématurés se caractérisent par un réveil de plus de 30 minutes avant l'heure planifiée, couplé à une quantité totale de sommeil inférieure à 6 heures 30 minutes (Morin & Espie, 2003). De par sa nature exclusivement subjective, le sommeil léger et non réparateur n'est pas défini par des critères quantitatifs. Les plaintes d'insomnie peuvent se présenter isolément ou en association. Le tableau clinique le plus commun se compose d'une combinaison entre des difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil (Morin & Espie, 2003). La fréquence minimum de trois nuits perturbées par semaine est généralement employée par la communauté scientifique et clinique (Lichstein et al., 2003; Morin & Espie, 2003). Il n'y a pas de consensus clair concernant la durée du trouble. Le *DSM-IV-TR* établit le critère à 1 mois, le *DSM-5* à 3 mois et *l'International classification of sleep disorders, revised* (*ICSD-R*; American Academy of Sleep Medicine, 2001) distingue trois types d'insomnie selon la durée : insomnie aiguë pour une durée d'un mois ou moins, insomnie subaiguë entre 1 et 6 mois et insomnie chronique pour 6 mois et plus. Dans le présent ouvrage, nous utilisons le critère d'un mois pour définir l'insomnie. Cette définition à l'avantage d'être considérée par la majorité des ouvrages clés dans le domaine de l'insomnie. Le

DSM-5 identifie également les perturbations du sommeil dont la durée est inférieure à trois mois en recommandant d'attribuer l'appellation de « trouble du sommeil autrement spécifié » (traduction libre de « other specified insomnia disorder »). L'insomnie engendre divers problèmes diurnes chez les individus qui en souffrent. La fatigue, les altérations de l'affect (ex. : anxiété, irritabilité) et les altérations cognitives (ex. : difficultés d'attention, de concentration, mnésiques et exécutives) figurent parmi les conséquences les plus fréquemment rapportées (Espie, Kyle, Hames, Cyhlarova, & Benzeval, 2012; Morin & Espie, 2003).

1.1.2 Prévalence de l'insomnie, variables associées et répercussions

Les perturbations du sommeil constituent un problème fréquent. Les études épidémiologiques suggèrent que de 19,8% à 25,3% de la population générale est insatisfaite de son sommeil. (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, Daley, Gregoire, & Merette, 2006). De plus, 27,2% à 40,2% des gens sont incommodés par au moins un symptôme d'insomnie plusieurs fois par semaine (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006; Ohayon & Roth, 2001; Roth et al., 2006). Chez 10% à 15% des individus, le ou les symptômes d'insomnie sont couplés à des altérations du fonctionnent quotidien (APA, 2013). La prévalence du trouble d'insomnie est estimée entre 6% et 13,4% dans la population générale (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006).

L'insomnie se retrouve souvent en concomitance avec les problèmes de santé mentale, comme les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006; Ohayon, 2002). De plus, elle se développe fréquemment chez les individus qui ont une condition médicale, comme les maladies cardiaques, le cancer, l'arthrite ou les rhumatismes, les maladies pulmonaires et les migraines (Tjepkema, 2005). Les femmes souffrent plus souvent d'insomnie que les hommes

(Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006; Ohayon & Roth, 2003). Des relations avec d'autres facteurs démographiques ont été établies, mais celles-ci ne sont pas toujours significatives lorsque des tierces variables sont prises en compte. En effet, l'insomnie semble associée avec l'augmentation de l'âge, le statut marital (c.-à-d. plus fréquente chez les individus veufs, divorcés ou séparés) et un faible revenu familial. Toutefois, ces relations camouflent possiblement l'influence d'autres variables, comme la fréquence plus élevée des conditions mentales et physiques dans ces populations, qui limitent l'interprétation (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006; Ohayon, 2002; Tjepkema, 2005).

Les conséquences directes ou indirectes de l'insomnie sont appréciables dans différentes sphères, autant à l'échelle de l'individu que de la société. L'insomnie détériore la qualité de vie de ceux qui en souffrent, et ce dans plusieurs domaines de fonctionnement (ex. : capacité à réaliser des activités physiques, énergie, fonctionnement social) (Lee et al., 2009; Roth, 2007; Wade, 2010). L'insomnie a également des conséquences néfastes sur le fonctionnement professionnel, comme la diminution de la productivité au travail et l'augmentation des jours d'absence reliés à des problèmes de santé (Leger, Guilleminault, Bader, Levy, & Paillard, 2002; Leger, Massuel, Metlaine, & Group, 2006; Simon & VonKorff, 1997). À titre d'exemple, les individus avec de l'insomnie s'absentent du travail deux fois plus souvent que ceux qui n'en ont pas (Leger et al., 2002; Leger et al., 2006). Qui plus est, les gens qui ont de l'insomnie sont plus souvent impliqués dans des accidents industriels que ceux qui n'en ont pas (Leger et al., 2002). D'autre part, l'insomnie est associée à une plus grande utilisation des services de santé (Simon & VonKorff, 1997; Wade, 2010). Dans une étude menée au sein des centres de santé de première ligne, la moyenne des coûts d'utilisation des services de santé était plus élevée de 60% chez les gens avec de l'insomnie (Simon & VonKorff, 1997). Finalement, plusieurs individus choisissent de s'automédicamenter pour traiter leurs problèmes de sommeil. Par exemple, 9% de la population canadienne utilise des produits naturels, 5,7% des médicaments en

vente libre et 4,6% de l'alcool (Morin et al., 2011). L'automédication se pratique également en dérogeant à la posologie de médicaments prescrits. L'automédication constitue un risque potentiel pour la santé ou pour le développement d'un trouble lié à l'utilisation de substances (APA, 2013; Morin et al., 2011).

1.2 L'insomnie et l'anxiété

L'anxiété s'accompagne fréquemment de perturbations du sommeil. À titre d'exemple, le TAG compte les perturbations du sommeil parmi sa liste de critères diagnostiques (c.-à-d. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant) (APA, 2000, 2013). Aussi, une perturbation du sommeil particulière, soit l'attaque de panique nocturne, se manifeste souvent dans le cadre du TPA. Dans la population générale, la prévalence des symptômes d'insomnie chez les individus qui souffrent d'un trouble anxieux se situe entre 32,5% et 64% (Ramsawh, Stein, Belik, Jacobi, & Sareen, 2009; Roth et al., 2006). Chez les patients avec un trouble anxieux qui consultent dans un centre de santé de première ligne, la prévalence des symptômes d'insomnie s'élève à 74% (Marcks, Weisberg, Edelen, & Keller, 2010).

1.2.1 Interactions entre l'insomnie et l'anxiété

Ohayon et Roth (2003) affirment que l'insomnie a tendance à se développer subséquemment à la manifestation du trouble anxieux. Dans leur étude, l'insomnie apparait après le trouble anxieux dans 43,5% des cas, alors que les deux troubles se développent concurremment dans 38,6% des cas et que l'insomnie se présente en premier dans 18% des cas. Toutefois, ces données doivent être interprétées avec prudence en tenant compte des limites méthodologiques de l'étude. En effet, les

auteurs ont utilisé un devis transversal pour récolter des informations rétrospectives, ce qui limite la possibilité d'inférer une relation temporelle (Harvey, Hairston, Gruber, & Gershon, 2009). Harvey et ses collaborateurs (2009) postulent plutôt que l'insomnie et l'anxiété interagissent par l'intermédiaire de multiples mécanismes d'action. À leur avis, ces problématiques agiraient mutuellement comme facteur de risque, symptôme ou facteur de maintien. À titre d'exemple, un individu qui est fatigué aura tendance à interpréter les situations comme étant plus menaçantes. Inversement, s'inquiéter au moment de se coucher risque d'entraver l'endormissement. Il existe des données empiriques qui suggèrent la présence d'influences mutuelles entre l'insomnie et l'anxiété.

D'abord, certains symptômes d'anxiété entrainent des perturbations du sommeil et des problèmes d'insomnie. L'activation physiologique (ex. : suractivation du système nerveux sympathique) et l'activation cognitive (ex. : inquiétudes), deux caractéristiques centrales de l'anxiété, perturbent le sommeil. L'activation physiologique et cognitive sont des manifestations inhérentes à l'ensemble des troubles anxieux, incluant le TPA et le TAG. Respectivement, les palpitations cardiaques et la peur de mourir en sont des illustrations dans le cadre du TPA, tandis que l'agitation et les inquiétudes des exemples tirés de la symptomatologie du TAG. Des manipulations expérimentales utilisant la caféine pour induire l'activation physiologique ont montré que l'augmentation de l'activation physiologique est accompagnée d'une augmentation des symptômes d'insomnie (Bonnet & Arand, 1992; Tang & Harvey, 2004). Des doses élevées ont entrainé des perturbations observables sur des mesures objectives (c.-à-d. enregistrements électroencéphalographiques) et subjectives, alors que des doses modérées ont eu des effets uniquement sur les mesures subjectives. De la même façon, une augmentation de l'activation cognitive (ex. : pensées avec contenu anxiogène ou non) est associée à une augmentation des symptômes d'insomnie (Tang & Harvey, 2004). Les résultats variables selon les expérimentations ne permettent pas de conclure clairement si

l'augmentation de l'activation cognitive a un effet à la fois sur les paramètres physiologiques du sommeil et la perception des symptômes d'insomnie ou uniquement sur la perception de l'insomnie (Tang & Harvey, 2004). D'autres études ont démontré l'impact de l'activation cognitive sur les perturbations du sommeil. À titre d'exemple, des données suggèrent que la réduction des pensées intrusives et des inquiétudes est accompagnée d'une diminution des symptômes d'insomnie (Harvey & Payne, 2002; McGowan & Behar, 2013). L'activation occupe également une place importante dans les modèles théoriques de l'insomnie. Le modèle théorique de Morin (Morin, 1993; Morin & Espie, 2003), modèle très influent dans le domaine de l'insomnie, identifie l'activation comme l'un des quatre facteurs de développement et de maintien de l'insomnie[3]. En ce sens, l'insomnie peut être causée par une suractivation physiologique, cognitive ou émotive qui entrave l'endormissement ou le maintien du sommeil. En somme, plusieurs données démontrent que les symptômes d'anxiété contribuent au développement et au maintien de l'insomnie.

Inversement, il semblerait que l'insomnie a une influence sur l'exacerbation de l'anxiété. Certains indices viennent de l'étude des effets de la privation de sommeil sur le traitement émotionnel. La privation de sommeil est une méthode expérimentale consistant à empêcher complètement un individu de dormir pendant une période donnée (ex. : une nuit). Les effets de la privation de sommeil ne sont pas les mêmes que ceux de l'insomnie, car une certaine quantité de sommeil est accumulée dans le cas de l'insomnie. Toutefois, la privation de sommeil est un paradigme expérimental intéressant pour examiner les conséquences du manque de sommeil. Yoo, Gujar, Hu, Jolesz et Walker (2007) ont montré que la privation de sommeil altère la régulation émotionnelle lors du traitement de stimuli aversifs (ex. : stimuli qui suscite une émotion de peur). Sous présentation d'images aversives, les participants ayant été privés d'une nuit de sommeil ont eu des réponses émotionnelles amplifiées

[3] Les autres facteurs du modèle de Morin sont présentés dans la discussion générale au sein de la section traitant des facteurs de maintien spécifiques à l'insomnie (section 4.2.1).

comparativement à ceux qui ont dormi normalement. Les réponses émotionnelles ont été objectivées à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (c.-à-d. augmentation de l'activation des amygdales et diminution de l'activation dans le cortex préfrontal médian). Ainsi, la privation de sommeil a diminué la capacité des participants à moduler leur réponse émotionnelle devant des stimuli aversifs. Ces résultats permettent de poser l'hypothèse que les perturbations du sommeil pourraient amplifier la réaction émotionnelle à des stimuli négatifs (Yoo et al., 2007). Par exemple, un événement potentiellement anxiogène pourrait entrainer une plus grande réaction de peur chez les individus qui manque de sommeil.

Des données concernant le système hormonal de régulation du stress, suggèrent également que l'insomnie a une influence sur l'anxiété. En effet, il semblerait que l'insomnie et les perturbations du sommeil altèrent la réponse de l'organisme au stress. Le cortisol est une hormone importante de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), le système impliqué dans la réponse de l'organisme lors de la survenue d'un stress (ex. : favorise le métabolisme du glucose pour mobiliser de l'énergie et faire face à un danger) (Bear, Connors, & Paradiso, 2002). La sécrétion de cortisol, également appelée hormone du stress, est régulée en fonction du cycle veille-sommeil (Karatsoreos & McEwen, 2011). Une perturbation du cycle veille-sommeil altère le rythme circadien de sécrétion de cortisol. Par exemple, la privation de sommeil entraine une augmentation de la sécrétion du cortisol (Karatsoreos & McEwen, 2011) et l'insomnie est associée à une hypersécrétion de cortisol (Bonnet & Arand, 2010; Roth, 2007). Des données suggèrent que les dérèglements du rythme circadien de sécrétion de cortisol altèrent le fonctionnement de l'axe HHS, notamment en affaiblissant l'arrêt de la réponse suite à la survenue d'un stresseur (Karatsoreos & McEwen, 2011). Ainsi, un dérèglement hormonal causé par l'insomnie pourrait entrainer une réaction de stress plus longue dans un contexte anxiogène. En somme, les perturbations du sommeil paraissent affecter l'adaptation

de l'individu lorsqu'il fait face à une situation de stress (Karatsoreos & McEwen, 2011).

En conclusion, l'insomnie et l'anxiété sont des problématiques qui se retrouvent fréquemment en concomitance. Les données empiriques suggèrent l'existence de relations multiples entre ces deux problématiques. De plus, il semble qu'elles s'influencent mutuellement par divers mécanismes. L'ensemble de ces données soulignent l'importance de considérer l'insomnie dans les études sur les troubles anxieux, et vice-versa.

1.2.2 L'insomnie, l'anxiété et la dépression

Bien qu'elle ne soit pas le sujet principal de la présente thèse, il importe de considérer la dépression dans l'étude des liens entre l'insomnie et l'anxiété. La dépression est caractérisée principalement par la présence persistante d'une humeur dépressive ou d'une perte d'intérêt (APA, 2013). Elle se manifeste fréquemment en comorbidité d'une part avec l'insomnie et de l'autre avec l'anxiété. Alors que 19,7% des individus avec des perturbations du sommeil souffrent d'un trouble de l'humeur, 14,2% ont un trouble dépressif majeur (Roth et al., 2006). Chez les patients qui ont de l'insomnie, la prévalence de symptômes dépressifs de sévérité clinique est de 20% (Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005). Sur une période de 3,5 ans, 15,9% des individus avec de l'insomnie développent un trouble dépressif majeur comparativement à 4,6% chez ceux sans insomnie (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996). D'autre part, les taux de comorbidité entre les troubles anxieux et le trouble dépressif majeur dans les milieux cliniques varient entre 41% et 64% (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Marcks et al., 2010). En conclusion, il est pertinent de jauger l'apport de la dépression dans les relations entretenues par

l'insomnie et l'anxiété et d'examiner son impact dans les changements observés au cours du traitement.

1.3 Le TPA et le TAG

1.3.1 Définition du TPA

Selon le *DSM-IV-TR*, le TPA est un trouble anxieux défini par la combinaison du trouble panique (TP) et de l'agoraphobie (APA, 2000) (voir appendice A pour les critères diagnostiques du TPA). Le TP se caractérise par la présence d'attaques de paniques. Les attaques de panique sont définies par une période circonscrite de crainte ou de malaises intenses, au cours de laquelle surviennent au moins quatre des symptômes parmi la liste suivante :

> Palpitations battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque; transpiration; tremblements ou secousses musculaires; sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement; sensation d'étranglement; douleur ou gêne thoracique; nausée ou gêne abdominale; sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement; déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi); peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou; peur de mourir; paresthésie (sensations d'engourdissement ou de picotements); frissons ou bouffées de chaleur (APA, 2000).

Les attaques de panique se déclenchent soudainement et les symptômes atteignent rapidement le sommet de leur intensité (en moins de 10 minutes). Dans le TP, les attaques de paniques se produisent de façon récurrente et inattendue. De plus, elles sont accompagnées pendant au moins un mois d'une crainte persistante de faire l'expérience d'autres attaques de panique, d'une préoccupation à propos des

conséquences de celles-ci (ex. : peur de développer des problèmes cardiaques) ou d'un changement de comportement important en lien avec celles-ci (ex. : éviter l'activité physique) (APA, 2000). L'agoraphobie se définit par une peur de se retrouver dans des situations desquelles il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper, ou des situations dans lesquelles il semble difficile d'être secouru. Les individus avec de l'agoraphobie craignent d'avoir une attaque de panique ou des symptômes de panique dans ces situations. L'agoraphobie est également caractérisée par la présence d'évitement qui peut prendre différentes formes comme le besoin d'être accompagné ou de détenir un objet sécurisant (ex. : un cellulaire) pour faire face à la situation ou encore l'évitement complet de la situation (ex. : ne pas utiliser les transports en commun). Dans certains cas, les situations sont affrontées, mais vécues avec une souffrance importante. Parmi les situations fréquemment redoutées se retrouvent les foules, les files d'attente, la voiture, l'éloignement du domicile (APA, 2000). Dans la nouvelle édition du *DSM*, le diagnostic de TPA a été supprimé. Le *DSM-5* recommande plutôt de poser des diagnostics distincts, soit le TP et l'agoraphobie lorsque les deux conditions sont présentes. De plus, l'agoraphobie est diagnostiquée uniquement si la crainte de l'individu se rapporte à au moins deux situations et sa durée est fixée à 6 mois. En ce qui concerne le TP, le DSM-5 précise que les attaques de panique peuvent survenir au cours d'un état calme ou anxieux. Finalement, le manuel décrit des symptômes de panique spécifiques à certaines cultures comme une douleur au cou, des cris ou des pleurs incontrôlables (APA, 2013).

1.3.2 Définition du TAG

Le TAG est caractérisé par de l'anxiété et des inquiétudes excessives et difficiles à contrôler, qui se manifestent la majeure partie du temps, pour une période d'au moins six mois (voir appendice A pour les critères diagnostiques du TAG). Les inquiétudes

concernent divers sujets comme le travail, les finances ou les tâches mineures (APA, 2000, 2013). Le tableau clinique du TAG est également composé de symptômes tels que l'agitation ou la sensation d'être survolté ou à bout, la fatigabilité, les difficultés de concentration, l'irritabilité, les tensions musculaires et les perturbations du sommeil. Un minimum de trois de ces symptômes doit être présent pour satisfaire les critères diagnostiques du *DSM-IV-TR*. Le *DSM-5* n'a apporté aucune modification aux critères diagnostiques du TAG.

1.3.3 Prévalence du TPA et du TAG

Dans la population générale, la prévalence au cours d'une période de 12 mois se situe entre 1,8% et 2,7% pour le TP, entre 0,8% et 1,2% pour l'agoraphobie et entre 1,9% et 3,1% pour le TAG (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; McEvoy, Grove, & Slade, 2011). Dans la population clinique, beaucoup d'individus consultent pour des problèmes liés au TPA ou au TAG. En effet, dans une étude menée auprès des cliniques d'anxiété des hôpitaux canadiens, les diagnostics les plus fréquemment rencontrés étaient le TPA et le TAG avec une prévalence s'élevant respectivement à 25,4% et 22,1% (Swinson, Cox, Kerr, Kuch, & et al., 1992).

1.4 La comorbidité entre le TPA et le TAG

1.4.1 Définition de la comorbidité

Le terme comorbidité désigne la concomitance d'au moins deux troubles mentaux chez un individu. Les études sur la comorbidité mesurent ce concept de deux façons distinctes. La première consiste à répertorier les troubles qui se sont manifestés au cours d'une période de temps définie, généralement l'ensemble de la vie de

l'individu. La seconde consiste à évaluer les troubles présents simultanément à un moment précis, habituellement le moment de l'évaluation (Brown & Barlow, 1992). Les données de prévalence de la comorbidité entre troubles mentaux varient selon la méthode utilisée. Dans la présente thèse, le terme comorbidité fera référence à la seconde définition.

D'autre part, les études sur la comorbidité emploient généralement les concepts de troubles primaire et secondaire. Trois méthodes sont utilisées pour classer les troubles selon ces catégories (Klerman, 1990 voir Brown & Barlow, 1992). L'une d'entre elles désigne de trouble primaire celui qui est apparu en premier chronologiquement. La deuxième nécessite une attribution causale et assigne la qualification de trouble primaire à celui qui engendre les symptômes de l'autre trouble. Finalement, la troisième méthode se base sur la sévérité, en attribuant le statut de trouble primaire à celui qui entraine une plus grande détresse ou un dysfonctionnement plus important. Tout au long de ce texte, nous utiliserons la troisième méthode, qui tient compte de la sévérité, pour définir les concepts de troubles primaire et secondaire.

1.4.2 Prévalence de la comorbidité entre le TPA et le TAG

La majorité des individus présentant un trouble anxieux souffre d'un second trouble anxieux en comorbidité (Brown et al., 2001; Goldenberg et al., 1996). La prévalence de la comorbidité avec un autre trouble anxieux varie entre 47% et 53% pour les patients avec un TPA et entre 52% et 82% pour ceux avec un TAG (Brown et al., 2001; Goisman, Goldenberg, Vasile, & Keller, 1995). La comorbidité est donc importante à considérer dans l'étude des phénomènes associés aux troubles anxieux. D'autre part, le TPA et le TAG figurent parmi les troubles anxieux qui se retrouvent le plus fréquemment en cooccurrence chez un même individu. Chez les patients avec un TPA primaire, la prévalence du TAG est estimée entre 21% et 22% (Brown et al.,

2001; Francis et al., 2007; Goisman et al., 1995). Chez les individus présentant un TAG primaire, la prévalence pour la comorbidité avec le TPA se situe entre 15% et 42% (Brown et al., 2001; Goisman et al., 1995).

1.4.3 Impact de la comorbidité entre le TPA et le TAG

La présence de comorbidité entraine des difficultés supplémentaires pour les patients qui en sont atteints. La comorbidité est associée à une plus grande sévérité comparativement à la présentation isolée d'un trouble de santé mentale (Kessler et al., 2005; Davis, 2008). Massion, Warshaw et Keller (1993) ainsi que Watson, Swan et Nathan (2011) ont montré que les patients avec un TPA ou un TAG qui présentent un autre diagnostic de trouble mental en cooccurrence (ex. : trouble anxieux, trouble de l'humeur) rapportent un plus faible niveau de qualité de vie, un plus faible niveau de fonctionnement global et une moins bonne santé émotionnelle comparativement à ceux qui n'ont pas de trouble concomitant. Toutefois, Barrera et Norton (2009) n'ont trouvé aucun effet de la présence d'un trouble anxieux en comorbidité sur la qualité de vie chez les patients avec un TPA ou un TAG. Ceci s'explique possiblement par le fait que leur instrument mesurait des concepts différents de la qualité de vie. À titre d'exemple, l'inventaire utilisé évaluait l'estime personnelle, l'argent et l'amour, mais pas la satisfaction par rapport à la santé physique ou le fonctionnement global. Ainsi, il est possible que les concepts mesurés dans l'étude de Barrera et Norton (2009) soient moins affectés par la présence de comorbidité. Welkowitz, Welkowitz, Struening, Hellman et Guardino (2004) se sont penchés sur l'impact de la comorbidité avec les troubles anxieux ou la dépression chez les individus avec un TPA et ont trouvé qu'elle est associée à une plus grande atteinte du fonctionnement quotidien. Dans leur étude, ceci était d'autant plus vrai pour la comorbidité avec le TAG qui tendait à être associée à un dysfonctionnement encore plus important que celle avec les autres troubles. Finalement, la présence d'un TPA chez les patients

avec un TAG diminue les chances de rémission naturelle comparativement à ceux qui n'ont pas de TPA (Bruce et al., 2005). Malgré certains résultats opposés, un bon nombre d'études suggère que la comorbidité constitue un fardeau additionnel en comparaison avec l'occurrence d'un seul et unique trouble psychiatrique.

La présence de comorbidité est également importante à considérer dans le contexte du traitement des patients. Une équipe de chercheurs s'est intéressée à l'impact de la comorbidité dans le traitement par TCC du TPA primaire. Les diagnostics additionnels présents dans leurs échantillons étaient majoritairement des troubles anxieux et des troubles dépressifs. Dans une première étude, Tsao, Lewin et Craske (1998) ont observé que la présence de comorbidité avait tendance à diminuer les chances d'atteindre un niveau d'amélioration élevé pour le traitement du TPA primaire. D'autre part, le traitement du trouble primaire a entrainé une diminution de la sévérité du trouble secondaire. La fréquence des diagnostics en comorbidité a également diminué, mais une quantité non-négligeable de participants présentait encore un diagnostic concomitant après le traitement (c.-à-d. 27,3% comparativement à 63,6% avant la TCC). Dans les deux études subséquentes, aucun impact de la comorbidité sur l'efficacité du traitement du trouble primaire n'a été relevé (Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2002, 2005). Toutefois, les résultats suggèrent à nouveau que l'effet du traitement de la condition primaire semble limité concernant l'amélioration des troubles secondaires. Les chercheurs ont noté une diminution de la sévérité des troubles concomitants dans les deux études entre les évaluations de prétraitement et de posttraitement. Par contre, dans Tsao et ses collaborateurs (2002) 37,3% des participants avaient toujours un diagnostic secondaire suite au traitement, comparativement à 60,8% à l'évaluation initiale. Aussi, dans Tsao et ses collaborateurs (2005) la fréquence des diagnostics additionnels et leur sévérité n'étaient pas différentes entre les participants qui avaient suivi la TCC et ceux qui n'avaient pas reçu de traitement (c.-à-d. liste d'attente).

Durham, Allan et Hackett (1997) se sont intéressés à l'effet de la comorbidité sur le traitement dans un échantillon d'individus présentant un TAG. Leur échantillon était composé de participants présentant des diagnostics secondaires de troubles anxieux (majoritairement des diagnostics de TPA, TP ou agoraphobie sans TP), de dysthymie et d'hypocondrie. Dans cette étude, l'absence de comorbidité s'est révélée être un prédicteur de l'amélioration du TAG après le traitement. De plus, la présence de comorbidité constituait un prédicteur de la rechute suite au traitement. Similairement, Provencher, Ladouceur et Dugas (2006) ont observé que la présence d'un TP était associée à une plus faible efficacité de la TCC pour le TAG, lors de l'évaluation de suivi, 6 mois après la fin du traitement.

En somme, malgré les résultats mitigés entre les études, il est possible de constater que la comorbidité constitue une menace potentielle pour l'efficacité du traitement de la condition primaire. Qui plus est, l'impact du traitement de la condition primaire sur la rémission du trouble secondaire est limité. La recherche sur la comorbidité est donc importante, surtout lorsque l'on considère la fréquence de cette condition.

1.4.4 Une TCC adaptée pour le traitement de la comorbidité entre le TPA et le TAG

Afin de tenir compte de la comorbidité dans le cadre du traitement, Labrecque, Dugas, Marchand et Letarte (2006) ainsi que Labrecque, Marchand, Dugas et Letarte (2007) ont développé une TCC adaptée pour traiter simultanément le TPA et le TAG chez les patients qui présentent ces deux troubles en cooccurrence. Cette TCC intègre des stratégies de traitement de chacun des troubles et les présente dans un ordre qui facilite la compréhension des patients. De plus, elle apporte une modification au modèle théorique du TPA pour favoriser l'unification des deux TCC. Ainsi, le concept de « intolérance aux sensations physiques » remplace la « sensibilité à l'anxiété » afin de faire un parallèle avec le concept de « intolérance à l'incertitude »

de la TCC pour le TAG. Deux études à cas unique ont évalué l'efficacité de cette TCC adaptée, la première chez des individus avec un TAG primaire et un TPA secondaire (Labrecque et al., 2006), la deuxième chez ceux avec un TPA primaire et un TAG secondaire (Labrecque et al., 2007). Ces études ont obtenu des résultats similaires. En effet, deux des trois participants de chaque étude ont atteint un niveau de fonctionnement élevé au post-test et ne présentaient plus de diagnostic de TAG ni de TPA (c.-à-d. absence de TAG primaire et de TPA secondaire pour la première étude; absence de TPA primaire et de TAG secondaire pour la deuxième étude). Ces gains ont été maintenus aux trois évaluations de suivi (c.-à-d. trois, six et douze mois après le traitement). Dans chacune des études, des améliorations ont été observées chez le troisième participant, mais certains symptômes et difficultés ont persisté. En effet, dans les deux cas le niveau de fonctionnement atteint a été modéré. Dans un cas le diagnostic secondaire (c.-à-d. le TPA) était toujours présent après le traitement. Dans l'autre, malgré une rémission des deux troubles au post-test, la présence des diagnostics primaire et secondaire a fluctué aux différents suivis (c.-à-d. deux diagnostics au suivi trois mois, aucun à six mois, le diagnostic primaire de TPA à 12 mois). Toutefois, l'ensemble des troubles diagnostiqués après le traitement était d'intensité légère. Pour expliquer ces améliorations plus modestes, les auteurs mentionnent que ces deux participants ont vécu des problèmes personnels au cours de la thérapie et ont eu des difficultés à mettre en application certaines stratégies de la TCC (ex. : difficulté à appliquer l'exposition graduelle et prolongée in vivo). Globalement, ces premiers résultats sont encourageants à l'endroit de l'efficacité de cette TCC adaptée pour le traitement des patients avec un TPA et un TAG concomitant.

1.5 Les perturbations du sommeil dans le TPA et le TAG

Dans la section sur l'insomnie et l'anxiété, nous avons souligné la présence d'influences multiples entre ces deux problématiques. Nous verrons dans la présente section que les perturbations du sommeil et l'insomnie sont particulièrement associées avec le TPA et le TAG. En effet, chez les individus qui ont de l'insomnie concomitante à un trouble anxieux, le TAG et le TPA sont les deux diagnostics les plus fréquents, avec une prévalence respective de 55,6% et 24,2% (Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1998). Cependant, il n'existe à notre connaissance aucune donnée sur les perturbations du sommeil chez les patients présentant une comorbidité entre le TPA et le TAG. Toutefois, l'importance de l'association entre l'insomnie et chacun de ces troubles nous laisse croire que l'insomnie est également fortement associée à la comorbidité entre le TPA et TAG.

1.5.1 Les perturbations du sommeil dans le TPA

Cinquante-cinq (54,5%) à 68% des individus présentant un TP se plaignent de perturbations du sommeil (Lijun et al., 2012; Overbeek, van Diest, Schruers, Kruizinga, & Griez, 2005; Stein, Chartier, & Walker, 1993). Les problèmes les plus souvent mentionnés sont des difficultés d'endormissement, des difficultés de maintien du sommeil, un sommeil agité, des éveils prématurés ou une difficulté à se réveiller, une sensation de fatigue au réveil et une envie de dormir au cours de la journée (Overbeek et al., 2005, Papadimitriou & Linkowski, 2005). Dans certains cas, les patients se plaignent de réveils nombreux en raison de difficultés à respirer confortablement (Stein et al., 1993). La symptomatologie complète de l'insomnie accompagne également souvent le TP (Papadimitriou & Linkowski, 2005). Les patients avec de l'agoraphobie ont un risque environ cinq fois plus élevé de faire l'expérience de perturbations du sommeil, comparativement à des sujets sans

problèmes d'anxiété (Ramsawh et al., 2009). En plus de problèmes associés à l'insomnie, il existe chez les patients avec un TPA une perturbation du sommeil singulière : les attaques de panique nocturnes. Entre 61% et 68% des patients présentant un TP ont fait au moins une attaque de panique nocturne au cours de leur vie (Singareddy & Uhde, 2009; Stein et al., 1993). De plus, le pourcentage de patients avec un TP qui font régulièrement des attaques de panique nocturne se situe entre 18% et 45% (Craske, Lang, Tsao, Mystkowski, & Rowe, 2001). Les attaques de panique nocturnes interrompent brutalement le cours du sommeil non-paradoxal (ou sommeil non-REM; acronyme issu de l'expression anglaise « *non-rapid-eye-movement* ») et se produisent généralement lors de la transition entre le sommeil léger et profond, soit les stades 2 et 3 du sommeil (Uhde, Cortese, & Vedeniapin, 2009). Les symptômes des attaques de panique nocturnes sont identiques à ceux des attaques de panique diurnes. Suite à un réveil abrupt, les patients sont brusquement projetés dans un état d'activation physiologique et cognitive (Morin, Bélanger, & Fortier-Brochu, 2006). Les manifestations associées aux attaques de panique nocturnes se déclenchent généralement de façon spontanée, contrairement à l'activation physiologique et cognitive qui peut être induite par les cauchemars (Craske et al., 2002). L'appréhension d'une attaque de panique nocturne peut entrainer des comportements d'évitement des situations associées au sommeil. Par exemple, certains patients mettent en œuvre des moyens pour éviter de s'abandonner au sommeil profond (ex. : laisser la lumière ouverte). L'appréhension et l'évitement peuvent aggraver les perturbations du sommeil ou même placer les patients dans un état de privation de sommeil (Morin, Bélanger, et al., 2006; Uhde et al., 2009).

1.5.2 Les perturbations du sommeil dans le TAG

Il existe plusieurs recoupements entre la symptomatologie du TAG et celle de l'insomnie. Comme précédemment mentionné (voir section 1.2), certaines plaintes

centrales au trouble d'insomnie figurent dans la liste des critères diagnostics du TAG. Inversement, le symptôme principal du TAG, les inquiétudes, est impliqué dans le développement et le maintien de l'insomnie. Par ailleurs, parmi la liste des symptômes physiologiques du TAG se retrouvent la fatigue et l'irritabilité qui sont également des conséquences du manque de sommeil (Mellman, 2006). Il n'est donc pas surprenant d'observer des taux de comorbidité élevés entre le TAG et l'insomnie. Les perturbations du sommeil sont présentes chez environ 60% à 70% des patients avec un TAG (Papadimitriou & Linkowski, 2005). En comparaison avec des sujets-contrôle, les individus avec un TAG ont environ huit fois plus de chances de faire l'expérience de perturbations du sommeil (Ramsawh et al., 2009). Les perturbations du sommeil les plus fréquemment rapportées par les individus qui ont un TAG sont des difficultés d'endormissement, des difficultés de maintien du sommeil, une réduction de la durée totale du sommeil, une réduction de l'efficacité du sommeil, une faible qualité de sommeil et un sommeil agité (Mellman, 2006; Morin, Bélanger, et al., 2006; Papadimitriou & Linkowski, 2005). En fait, la présentation clinique des perturbations du sommeil du TAG ressemble grandement à celle de l'insomnie, ce qui incite Morin, Bélanger et leurs collaborateurs (2006) à postuler que certains mécanismes d'action pourraient être partagés par ces deux troubles.

Les inquiétudes ont souvent été proposées comme mécanisme d'action mutuel entre le TAG et l'insomnie. Tout en étant le symptôme central du TAG, les inquiétudes occupent une place importante dans le tableau clinique de l'insomnie. En effet, les individus avec de l'insomnie ont tendance à ruminer leurs inquiétudes au cours de la période qui précède le sommeil et pendant les éveils nocturnes (Morin & Espie, 2003). Jansson et Linton (2006) ont démontré que les inquiétudes sont plus fortement associées aux plaintes subjectives de perturbation du sommeil chez les patients dont l'insomnie est chronique comparativement à ceux dont l'insomnie est récente. Ces résultats appuient l'hypothèse selon laquelle les inquiétudes sont un mécanisme d'action dans le développement du trouble d'insomnie. Wicklow et Espie (2000) se

sont intéressés au contenu des inquiétudes chez les patients qui font de l'insomnie. Les sujets les plus fréquemment rapportés étaient les suivants : les événements qui ont eu lieu au cours de la journée; les tâches à faire dans les prochains jours; la planification; les problèmes liés au travail, aux relations sociales ou à la famille; le besoin et le désir de dormir; les difficultés à s'endormir et les efforts déployés pour y arriver; l'importance du sommeil; les conséquences du manque de sommeil; les problèmes de sommeil. En plus des inquiétudes qui se manifestent spécifiquement durant la période qui précède le sommeil, les patients avec de l'insomnie ont globalement plus d'inquiétudes et d'anxiété que les bons dormeurs (Blais, Morin, Boisclair, Grenier, & Guay, 2001). Les résultats d'une étude menée auprès de patients présentant un trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A) ou un TAG pointent vers la même conclusion. Yook et ses collaborateurs (2008) ont trouvé une association significative entre les inquiétudes et les perturbations du sommeil, indépendamment de la sévérité de l'anxiété et de la dépression. L'ensemble de ces résultats suggère que les inquiétudes constituent un mécanisme d'action commun à l'insomnie et au TAG.

1.6 L'impact des TCC pour le TPA et pour le TAG sur l'insomnie

Peu d'études se sont intéressées à l'impact de la TCC pour les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil. Dans la méta-analyse de Belleville, Cousineau, Levrier, St-Pierre-Delorme et Marchand (2010), 1205 études évaluant l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux ont été recensées, parmi lesquelles uniquement 25 rapportaient des données relatives au sommeil. De ces 25 études, seulement 19 rapportaient des données uniques (c.-à-d. qui n'étaient pas utilisées dans un autre article inclus dans la méta-analyse) et interprétables quantitativement (c.-à-d. avec lesquelles il était possible de calculer une taille d'effet). Pour l'ensemble des troubles anxieux, la moyenne des tailles d'effet était de 0,53. Ce résultat témoigne d'un effet

modéré de la TCC pour les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil. Toutefois, les auteurs soulèvent plusieurs aspects qui limitent ces résultats. D'abord, il y a une forte probabilité que ce petit nombre d'études ne soit pas représentatif de l'ensemble des études cliniques sur la TCC. D'autre part, les auteurs notent une grande hétérogénéité entre les tailles d'effets des études de la méta-analyse, qui s'étendent de -0,05 à 1,41. De plus, une grande diversité est observée sur le plan des méthodologies employées (ex. : nombre de séances de traitement s'échelonnant entre 1 et 29, différentes mesures du sommeil). Ces aspects limitent la possibilité de porter une conclusion claire sur l'ensemble de ces études. D'autre part, plusieurs de ces études comportent des faiblesses méthodologiques importantes. À titre d'exemple, plus du tiers d'entre elles ont évalué le sommeil à l'aide d'un seul item issu d'un questionnaire. Une telle mesure est vulnérable à l'imprécision et met en doute la validité interne des résultats. En somme, les résultats relatifs à l'impact de la TCC pour les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil sont peu concluants. Qui plus est, la méta-analyse de Belleville et ses collaborateurs (2010) met en évidence la nécessité d'accumuler des données supplémentaires dans ce domaine.

Dans la méta-analyse de Belleville et ses collaborateurs (2010), seulement trois études examinant l'impact de TCC pour le TP/A ont été recensées (Belleville, Marchand, Lessard, Pelland, & Poirier-Bisson, en préparation; Bouvard, Mollard, Guerin, & Cottraux, 1997; Cervena, Matousek, Prasko, Brunovsky, & Paskova, 2005). Les trois ont obtenu de petites tailles d'effet. La moyenne des tailles d'effets pour ces études est donc petite (*TE* = 0,22). Depuis l'article de Belleville et ses collaborateurs (2010), une étude clinique s'est intéressée à l'impact de la TCC pour le TP/A sur les perturbations du sommeil. Dans cette étude de cas, Marchand, Marchand, Landry, Letarte et Labrecque (2013) ont évalué l'effet d'une TCC individuelle de 15 séances sur les attaques de panique nocturnes et la qualité du sommeil chez trois patients. La TCC s'est avérée efficace pour réduire considérablement le nombre d'attaques de panique nocturnes pour l'ensemble des

participants. Toutefois, l'un d'entre eux a présenté à nouveau des attaques de panique nocturnes au suivi un an après le traitement. Les auteurs expliquent cette rechute par l'apparition d'un événement stressant dans la vie du participant. Les résultats relatifs à l'impact de la TCC sur la qualité du sommeil sont moins clairs, car deux des participants rapportaient une bonne qualité du sommeil avant le traitement. Pour le troisième, une amélioration est observée au post-test, mais une détérioration est rapportée au suivi un an plus tard. Notons que ce sont deux participants différents qui ont subi une détérioration entre le post-test et le suivi; l'un sur le plan des attaques de paniques nocturnes, l'autre de la qualité du sommeil. Marchand et ses collaborateurs (2013) ont comparé cette TCC conventionnelle avec une TCC adaptée pour les patients qui font des attaques de panique nocturnes. Les gains ont été similaires pour les attaques de panique nocturnes et la qualité du sommeil entre les deux modalités de traitement. Cette étude fournit des résultats préliminaires intéressants, mais qui nécessiteraient d'être répliqués dans un protocole de recherche quasi-expérimental ou expérimental.

Belleville et ses collaborateurs (2010) ont recensé cinq études ayant évalué l'impact de la TCC pour le TAG sur les perturbations du sommeil (c.-à-d. Bélanger, Morin, Langlois, & Ladouceur, 2004; Gaines, 2002; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006; Murphy, 2009; Power et al., 1990). Les tailles d'effets de ces cinq études sont hétérogènes (c.-à-d. s'échelonnent entre -0,05 et 1,41). La moyenne se situe à 0,84, ce qui équivaut à une taille d'effet élevée. Au sein des études de la méta-analyse, la TCC pour le TAG obtient la taille d'effet moyenne la plus élevée comparativement aux autres TCC ciblant spécifiquement un trouble anxieux (c.-à-d. TCC pour le trouble état de stress post-traumatique, TCC pour le TP/A). Considérant le rôle des inquiétudes dans le maintien de l'insomnie, il est probable que ce soit l'amélioration de ce symptôme qui a entrainé un effet positif sur les perturbations du sommeil. À notre connaissance, il n'y a pas d'autre étude publiée depuis cette méta-

analyse qui a évalué l'impact de la TCC pour le traitement spécifique du TAG sur les perturbations du sommeil.

Toutefois, une étude s'est intéressée à l'impact sur l'insomnie d'une TCC non-spécifique pour le traitement des troubles anxieux auprès d'un échantillon d'individus présentant un TP, un TAG, un TP en comorbidité avec un TAG ou un trouble anxieux non spécifié (Brenes et al., 2012). L'échantillon se composait uniquement de participants âgés de 60 ans et plus. L'administration des sessions de thérapies se déroulait par téléphone pour le groupe expérimental, alors que les participants du groupe de comparaison recevaient de l'information écrite sur les troubles anxieux. L'insomnie était mesurée à l'aide d'un questionnaire standardisé. La TCC a entrainé une amélioration de l'insomnie significativement supérieure au groupe de comparaison ($TE = 0,82$). Toutefois, une section traitant sur la gestion des problèmes d'insomnie était ajoutée à la TCC pour les troubles anxieux à l'intention des participants qui présentaient des perturbations du sommeil. Ces aspects ne font pas partie de la TCC conventionnelle pour les troubles anxieux. Le volet abordant l'insomnie a certainement participé à l'amélioration observée sur l'insomnie, brouillant ainsi l'effet spécifique du traitement pour l'anxiété. D'autre part, les gains obtenus sur l'insomnie n'ont pas été maintenus à l'évaluation de suivi effectuée six mois plus tard.

En conclusion, les études cliniques qui se sont penchées sur l'effet de la TCC pour les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil et l'insomnie représentent environ 2% de la littérature sur l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux (Belleville et al., 2010). Ceci montre clairement un manque de données dans ce domaine, surtout lorsque l'on considère les taux élevés de comorbidité entre les troubles anxieux et l'insomnie. Les résultats des quelques études recensées suggèrent que la TCC pour le TPA et la TCC pour le TAG ont respectivement un effet petit et élevé sur les perturbations du sommeil. Ces résultats doivent toutefois être considérés avec pondération compte tenu des limites soulevées précédemment (ex. : petit nombre

d'études, hétérogénéité des méthodologies et des résultats). De plus, les résultats suggèrent que dans plusieurs cas, des perturbations du sommeil persistent après la TCC. Il est important d'évaluer rigoureusement la nature de ces symptômes qui perdurent, car l'insomnie résiduelle a été identifiée comme facteur de risque de rechute suite au traitement d'un trouble de santé mentale (Mellman, 2006; Morin, Bélanger, et al., 2006; Spiegelhalder, Regen, Nanovska, Baglioni, & Riemann, 2013). Finalement, aucune étude n'a évalué l'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie chez des individus présentant une comorbidité entre ces deux troubles. Cette question est importante à explorer, car la comorbidité constitue la norme plutôt que l'exception dans les milieux cliniques.

1.7 Objectifs de la thèse

Considérant le manque de données dans ce domaine, la présente thèse vise à contribuer aux connaissances concernant l'impact de la TCC pour les troubles anxieux sur l'insomnie. Pour ce faire, nous avons sélectionné deux troubles anxieux qui sont parmi les plus fréquents à se présenter en concomitance avec des perturbations du sommeil et de l'insomnie : le TPA et le TAG. De plus, en choisissant un échantillon présentant une comorbidité courante, le TPA et le TAG, cette thèse cherche à représenter la réalité des milieux cliniques. L'objectif principal consiste donc à évaluer l'impact sur l'insomnie de la TCC pour le TPA ou le TAG (c.-à-d. TCC conventionnelle pour le TPA, TCC conventionnelle pour le TAG et TCC adaptée pour la comorbidité entre le TPA et le TAG). L'hypothèse principale postule que suite à la TCC, une diminution statistiquement significative des problèmes d'insomnie sera observée. Toutefois, nous prévoyons la présence d'insomnie résiduelle chez la majorité des patients qui souffraient d'insomnie avant le traitement.

La présente thèse comporte également des objectifs dits exploratoires. Les données sur l'insomnie chez les individus qui ont un TPA et un TAG en comorbidité sont restreintes. Par conséquent, nous observerons la prévalence et la présentation clinique de l'insomnie chez ces individus lors de l'évaluation prétraitement. En ce qui concerne la présentation clinique, nous examinerons la sévérité de l'insomnie ainsi que le type de plaintes le plus souvent rapportées (c.-à-d. difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou éveils prématurés). Nous observerons également la fréquence des attaques de panique nocturnes et les relations qu'elles entretiennent avec l'insomnie et l'anxiété.

Afin de contribuer aux connaissances relatives aux liens entre l'insomnie et l'anxiété, nous explorerons en deuxième lieu les associations entre diverses variables. Nous examinerons les associations entre l'insomnie et l'anxiété, l'insomnie et les inquiétudes ainsi que l'insomnie et la dépression lors de l'évaluation prétraitement. Les inquiétudes sont jugées importantes puisqu'elles ont été proposées comme mécanisme d'action commun entre l'insomnie et l'anxiété. La dépression qui partage des taux élevés de comorbidité avec l'insomnie et l'anxiété est pertinente à inclure, afin de vérifier si elle s'interpose dans les relations entre ces deux variables.

Troisièmement, nous chercherons à fournir des données qui permettront aux cliniciens de cibler les individus à risque de présenter des problèmes résiduels d'insomnie après une TCC pour les troubles anxieux. Pour ce faire, nous explorerons la valeur de différentes variables d'intérêt (ex. : anxiété, inquiétudes, dépression) dans la prédiction des changements observés sur l'insomnie au cours du traitement ainsi que dans la prédiction de la sévérité de l'insomnie après le traitement.

1.8 Méthodologie

Cette thèse a été réalisée dans le cadre d'un vaste projet de recherche multicentrique. Cent vingt-cinq participants avec un TPA et un TAG ont été recrutés dans l'un des cinq sites du projet (c.-à-d. la clinique d'anxiété de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas ainsi que les cliniques d'anxiété dans les départements de psychologie de : l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), l'Université du Québec en Outaouais (UQO), l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et l'Université de Sherbrooke (US)). Le devis de recherche était de type quasi-expérimental et les participants ont été assignés par cohorte à l'une des deux conditions de traitement. La première condition consistait en une TCC conventionnelle pour le trouble primaire (c.-à-d. une TCC pour le TPA pour les participants avec un TPA primaire et une TCC pour le TAG pour ceux avec un TAG primaire) et la seconde en une TCC adaptée pour la comorbidité entre le TPA et le TAG (c.-à-d. une TCC traitant les deux troubles simultanément pour tous les participants peu importe leur trouble primaire). Les participants ont été évalués lors de deux temps de mesure, soit deux semaines avant le début de la TCC et deux semaines après la dernière séance de thérapie. L'insomnie a été mesurée à l'aide d'une entrevue diagnostique, d'un questionnaire standardisé et d'un journal quotidien du sommeil. L'anxiété et la dépression ont été évaluées par l'entremise d'une entrevue diagnostique et de questionnaires standardisés. L'ensemble des évaluations et des séances de thérapies se sont déroulés dans les locaux d'un des cinq sites de la recherche, selon le lieu de recrutement de chaque participant. Les formulaires de consentement et les protocoles de traitement sont présentés respectivement dans les appendices B et I.

1.9 Contenu de la thèse

La thèse comprend quatre chapitres. Le chapitre I présente le contexte théorique encadrant l'expérimentation menée dans la thèse. Ce chapitre vise à définir les concepts centraux de la thèse, présenter les données épidémiologiques relatives à ces concepts, aborder les aspects théoriques sous-jacents aux objectifs de recherche et discuter de l'état des écrits scientifiques dans le domaine.

Le chapitre II s'intitule *« Insomnia in concomitant panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder »*. Ce second chapitre comporte un article empirique dont l'objectif principal est d'examiner la prévalence et la présentation clinique de l'insomnie chez les individus qui présentent un TPA et un TAG concomitant. L'étude vise également l'exploration des associations entre l'insomnie, l'anxiété, les inquiétudes et la dépression. Cette étude contribue au développement des connaissances en étant la première à examiner la fréquence et la nature de l'insomnie chez des individus qui souffrent de deux troubles anxieux concomitants, soit le TPA et le TAG. Elle permet également de fournir des données afin d'améliorer la compréhension des relations entre l'insomnie et les troubles anxieux. De plus, contrairement à la grande majorité des recherches dans le domaine portant sur l'insomnie et l'anxiété, cette étude réalise une évaluation exhaustive de l'insomnie. Ceci grâce à l'utilisation d'une entrevue diagnostique, d'un questionnaire standardisé et d'un journal quotidien du sommeil. L'article a été soumis à la Revue Européenne de Psychologie Appliquée (voir l'accusé de réception à l'appendice J).

Le chapitre III présente un article empirique qui porte le titre suivant: *« Insomnia symptoms following treatment for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder »*. L'objectif principal de cette étude consiste à évaluer l'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie. Cette étude examine également la présence de symptômes résiduels d'insomnie suite au traitement. De plus, elle explore le poids de diverses variables dans la prédiction du changement

observé sur l'insomnie au cours du traitement et de la sévérité de l'insomnie après le traitement. Cette étude apporte une contribution importante à la littérature scientifique sur l'impact de la TCC pour les troubles anxieux, considérant le manque de données dans ce domaine. À notre connaissance, elle est la première à se pencher sur l'impact de la TCC dans un échantillon présentant un TPA et un TAG en concomitance, comorbidité pourtant hautement fréquente. À nouveau, la diversité des mesures utilisées pour l'évaluation de l'insomnie est une grande force, car une telle diversité est rare dans ce champ d'études. Les résultats sont pertinents pour les professionnels des milieux cliniques, car ils soulignent l'importance d'aborder l'insomnie dans le cadre de l'évaluation et du traitement des troubles anxieux. Cet article a été soumis au *Journal of Nervous and Mental Disease* (voir l'accusé de réception à l'appendice J).

Le chapitre IV propose une discussion des résultats obtenus dans les études présentées aux chapitres II et III. Il permet de considérer conjointement les résultats des deux articles scientifiques afin de dégager une conclusion générale. Les faiblesses et les forces méthodologiques sont également exposées. De plus, ce chapitre aborde les implications cliniques des résultats obtenus. Finalement, nous proposerons des pistes pour les recherches futures qui permettront de poursuivre l'avancée de la connaissance dans le domaine de l'insomnie et de l'anxiété.

CHAPITRE II

L'INSOMNIE DANS LE TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CONCOMITANT

Insomnia in Concomitant Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

L'Insomnie dans le Trouble Panique avec Agoraphobie et le Trouble d'Anxiété Généralisée Concomitants

Héloïse Cousineau[a], André Marchand[a], Claude Bélanger[a], Patrick Gosselin[b], Frédéric Langlois[c], Stéphane Bouchard[d], Joane Labrecque[e], Michel J. Dugas[d], Geneviève Belleville[f]

[a]Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, succ. Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada.

[b]Department of Psychology, Université de Sherbrooke, 2500, boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1, Canada.

[c]Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7, Canada.

[d]Department of Psychoeducation and Psychology, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, C.P. 1250, succursale Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7, Canada.

[e]Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal, Québec, H4J 1C5, Canada.

[f]Department of Psychology, Université Laval, 2325, rue des Bibliothèques, Québec, Québec, G1V 0A6, Canada.

Author Note

This article has been realized as part of Héloïse Cousineau's doctoral dissertation. The undertaking of this research project was made possible due to the Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS) and financial support of the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Conflict of interest: none.

Corresponding author: Geneviève Belleville, Ph.D., Université Laval, Department of Psychology, 2325, rue des Bibliothèques, Québec (Québec), G1V 0A6, Canada; Phone : 418-656-2131 x.4226; Fax : 418-656-3646; Email : genevieve.belleville@psy.ulaval.ca

Résumé

Introduction : L'insomnie est fréquente chez les individus avec un trouble anxieux (TA). Bien qu'il soit commun d'avoir au moins deux TA en concomitance, l'impact de la comorbidité sur le sommeil est inconnu.

Objectif : Examiner la prévalence et la présentation clinique de l'insomnie chez les patients avec deux TA souvent retrouvés en comorbidité : le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG).

Méthode : En utilisant un devis transversal, nous avons évalué le sommeil et l'anxiété chez 113 participants avec un TPA et un TAG.

Résultats : Soixante-huit pour cent avaient un diagnostic d'insomnie. Les corrélations entre l'insomnie et l'anxiété étaient petites et la majorité devenait non significative lorsqu'un contrôle était fait pour les symptômes dépressifs. Chez les individus avec un diagnostic primaire de TAG, il y avait une association unique entre l'insomnie et les inquiétudes ($r = .23, p < .05$).

Conclusions : Le taux de prévalence est élevé entre l'insomnie et l'anxiété. Toutefois, il se pourrait que l'insomnie soit un trouble indépendant de l'anxiété, plutôt qu'un symptôme ou un trouble secondaire.

Mots-clés : insomnie, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, trouble anxieux, comorbidité.

Abstract

Introduction: Insomnia is common among individuals who have an anxiety disorder (AD). Although having at least two concomitant AD is frequent, the impact of comorbidity on sleep is unknown.

Objective: To examine the prevalence and clinical presentation of insomnia in patients with two AD frequently encountered in co-occurrence: panic disorder with agoraphobia (PDA) and generalized anxiety disorder (GAD).

Method: Using a cross-sectional design we assessed sleep and anxiety on 113 participants with PDA and GAD.

Results: Sixty eight percent had an insomnia diagnosis. Correlations between insomnia and anxiety were small, most were no longer significant when controlling for depressive symptoms. In individuals with a primary diagnosis of GAD, there was a unique relationship between insomnia and worries ($r = .23$, $p < .05$).

Conclusions: There is a high comorbidity rate between insomnia and anxiety. However, insomnia may be independent from anxiety rather than a symptom or a secondary disorder.

Keywords: insomnia, panic disorder with agoraphobia, generalized anxiety disorder, anxiety disorders, comorbidity

Insomnia in Concomitant Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

The majority of individuals suffering from anxiety disorders (AD) experience sleep disturbances (SD). SD affect nearly two-thirds (64%) of the individuals with an AD, in comparison to approximately one-third (35% to 36%) in the general population (Ramsawh, Stein, Belik, Jacobi, & Sareen, 2009; Roth et al., 2006). When evaluating people with AD who seek care in primary care centers, the prevalence of SD can reach 74% (Marcks, Weisberg, Edelen, & Keller, 2010). Among the different types of SD, insomnia is a disorder that frequently accompanies AD. Prevalence rates of 21% and 31% have been reported for insomnia, in people with AD or clinical anxiety (Sivertsen, Krokstad, Overland, & Mykletun, 2009; Tjepkema, 2005). On the other hand, according to Taylor, Lichstein, and Durrence (2003), people with insomnia have 1.97 to 6.3 higher chances of developing AD. Insomnia prevalence data should be considered with caution as the measure of the disorder differs between studies.

AD and insomnia share many clinical features. In some AD, such as generalized anxiety disorder (GAD), SD constitutes a diagnostic criteria (i.e., difficulty falling or staying asleep, or restless unsatisfying sleep in Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev., 5th ed.), American Psychiatric Association, 2000, 2013). The scientific literature establishes clearly that SD and AD are associated. However, the nature and direction of this association remain unclear. Harvey, Hairston, Gruber, and Gershon (2009) propose the hypothesis of bidirectional relations, wherein SD and AD mutually act as risk factors, symptoms and maintenance factors (see also Ohayon & Roth, 2003; Roth, 2007; Taylor et al., 2003). According to Harvey et al. (2009), there could be a vicious circle wherein AD would contribute to the exacerbation of SD, and vice versa. Among others, it has been suggested that worry would represent a potential mechanism of action in this bidirectional relation (Harvey et al., 2009). Worry is a central clinical

feature of AD, particularly in GAD. Similarly, the association of high worry-level and SD has been well documented (Blais, Morin, Boisclair, Grenier, & Guay, 2001; Wicklow & Espie, 2000; Yook et al., 2008). It has also been shown that an augmentation in worry-level may be associated with increased SD (Tang & Harvey, 2004). Another example of SD in AD are nocturnal panic attacks (NPA) sometimes experienced by individuals with panic disorder with agoraphobia (PDA) (Morin, Bélanger, & Fortier-Brochu, 2006; Uhde, Cortese, & Vedeniapin, 2009). All of this highlights the need to further explore the relations between AD, SD and insomnia. In this investigation, it is important to consider the contribution of depression, as it is closely related to each of these conditions. Among people with insomnia, prevalence for major depressive disorder (MDD) or clinical depression ranges from 20% to 31% (Breslau, Roth, Rosenthal, & Andreski, 1996; Taylor, Lichstein, Durrence, Reidel, & Bush, 2005), whereas comorbidity rates between MDD and AD in clinical settings varies from 41% to 64% (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Marcks et al., 2010). Furthermore, MDD is found in 41% to 45% of cases of PDA and in 43% to 57% of cases of GAD (Brown, Campbell, et al., 2001; Marcks et al., 2010).

Individuals with an AD commonly have a second concomitant AD (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). In clinical settings, comorbidity between AD represents the majority of cases (Brown, Campbell, et al., 2001; Goisman, Goldenberg, Vasile, & Keller, 1995). PDA and GAD occur frequently in concomitance. In PDA patients, prevalence rates for GAD comorbidity vary from 21% à 22%. Inversely, 15% à 42% of GAD patients have a PDA in co-occurrence (Brown, Campbell, et al., 2001; Goisman et al., 1995).

Both PDA and GAD are associated with SD. Ramsawh et al. (2009) report that people with GAD have about a seven to eight times higher risk of suffering from SD and that PD would be moderately associated with SD (odd ratio of 3.79 for PD). In a sample of people with insomnia and AD (Ohayon, Caulet, & Lemoine, 1998), the

two most frequent diagnoses were PDA (24.2%) and GAD (55.6%). Among adults in the general population who have insomnia symptoms, 6.0% also present a PDA, and 5.6% to 7.8% also have a GAD (Breslau et al., 1996; Roth et al., 2006). Along with insomnia, NPA is part of the clinical picture of PDA. Uhde et al. (2009) describe NPA as a "sudden, fearful arousal from non-rapid eye movement (REM) sleep that typically take place during a transition from late stage 2 to early stage 3 sleep". The symptoms and processes are very similar to those reported in daytime panic attacks. People with NPA may also develop avoidance behaviors, but the feared situations pertain to sleep, fatigue or a state of relaxation (Craske, Lang, Tsao, Mystkowski, & Rowe, 2001; Morin et al., 2006; Uhde et al., 2009). In GAD, the clinical presentation of SD is very similar to that found in primary insomnia (Morin et al., 2006; Uhde et al., 2009). Objective measurements of sleep showed that GAD patients had difficulty initiating and maintaining sleep and experienced reduced sleep duration (Mellman, 2006; Morin et al., 2006; Papadimitriou & Linkowski, 2005). Concerning comorbidity, Ohayon and Roth (2003) found that past psychiatric history is frequent in PDA patients with insomnia (prevalence rates ranging from 18.2% to 76.1%) as well as in GAD patients with insomnia (from 33.3% to 39.1%). However, we did not find any data on SD or insomnia in samples of people presenting at least two AD in co-occurrence.

The primary objective of this descriptive and exploratory study was to examine the prevalence and clinical presentation of insomnia in patients who have two comorbid AD: PDA and GAD. In terms of the clinical picture, we explored the characteristics of subjective sleep complaints. Our secondary objective was to explore the relationships between insomnia and anxiety. Depressive symptoms were also examined, since depression has high comorbidity rates with these two conditions. We investigated the strength of the associations between insomnia severity and: (a) anxiety; (b) worry; (c) and depression symptoms. Finally, we explored the manifestations of NPA.

Methodology

Participants

Participants were recruited in the context of a wider treatment study, which aimed to evaluate the effect of a combined treatment for PDA and GAD versus a conventional treatment for the primary disorder (either PDA or GAD). The main article is not published yet. Recruitment was made through a natural wait list at an anxiety clinic and through advertisement (e.g., in media, health care centers, universities). There was five recruitment sites throughout the province of Quebec (Canada) (i.e., Douglas Mental Health University Institute, and anxiety clinics in psychology departments of: Université du Québec à Montréal (UQÀM), Université du Québec en Outaouais (UQO), Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), and Université de Sherbrooke (UdeS)). The project received ethics approval by review boards in all sites. Each individual was informed of his rights as a participant and signed a consent form before enrolling the study.

Study inclusion criteria were: (a) to be aged between 18 and 65; (b) to have diagnoses of primary PDA and secondary GAD (PDAp) or primary GAD and secondary PDA (GADp) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th ed.) (American Psychiatric Association, 1994); (c) in the case of additional concomitant disorders, symptom-severity had to be lower than for the PDA and GAD diagnoses. Exclusion criteria were : (a) to suffer from a medical illness not adequately controlled; (b) to present a substance-related disorder; (c) to have an history of psychotic episode, a bipolar disorder or a mental disorder due to a general medical condition; (d) to have received CBT in the past six month; (e) to present a cluster A personality disorder (schizoid, schizotypal or paranoid) or a borderline personality disorder. In addition, at the time of recruitment and for the entire study period, the participants agreed (a) to leave the dose or type of their

psychotropic medication unchanged; (b) not to start a psychotropic medication; and (c) not to engage in any other psychotherapy or support intervention.

Measures

Sleep difficulties and insomnia measures. Insomnia diagnosis was established using an adapted version of the Insomnia Interview Schedule (IIS; Morin, 1993). The IIS is a semistructured interview that assesses insomnia according to the diagnostic criteria of DSM-IV (1994) 4th ed. Sleep difficulties are operationalized as follows: sleep onset latency of more than 30 minutes, periods of time awake after sleep onset greater than 30 minutes or sudden awakening in the morning with less than 6 hours of sleep. These difficulties have to occur at least three times a week and cause clinically significant dissatisfaction toward sleep or daytime dysfunction. The IIS covers the last one month period.

The Insomnia Severity Index (ISI) (Morin, 1993) measures the severity of insomnia symptoms and their daily consequences (e.g., psychological suffering, daytime dysfunction). The ISI is a self-reported questionnaire comprised of 7 items rated on a 5 point Likert scale (i.e., 0 = no problem; 4 = very severe problem). The total score is 28 and the interpretation is done according to the following benchmarks: 0 to 7 = absence of insomnia; 8 to 14 = sub-threshold insomnia; 15 to 21 = moderate insomnia; 22 to 28 = severe insomnia. The ISI has shown internal consistency ranging from acceptable (Cronbach $\alpha = .74$) to excellent (Cronbach $\alpha = .91$) in clinical and community samples (Bastien, Vallière, & Morin, 2001; Morin, Belleville, Bélanger, & Ivers, 2011). In addition, evidence of convergent validity with the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) has been documented in Morin et al. (2011) (the correlation coefficient between the total scores was .80).

A daily diary (adapted from Morin, 1993) was used to obtain a repeated measure of SD and NPA. Every morning, the participants answered 11 self-

observation questions for a two-week period. This diary provided subjective estimates of sleep parameters from which we derived the following eight measures: the sleep onset latency (SOL: time period between the moment lights are turned off and the sleep onset), the number of awakenings (NWAK: number of sleep interruptions excluding the final awakening), the wake after sleep onset (WASO: total duration of the awakening within all the sleep interruptions), the terminal wake time (TWAK: period between the final awakening and the time the participants gets up), the total sleep time (TST: total duration of sleep), the total wake time (TWT: total duration of awakening between the moment the lights are turned off and the moment the participants gets up), the sleep efficiency (SE: ratio between TST and total time spent in bed) and the sleep quality (SQ: subjective rating of the sleep quality on a 0 (mediocre) to 8 (excellent) scale). The participants also reported on the number of NPA. The sleep parameters were calculated by two different evaluators and the diaries of 10 participants were subjected to an interrater reliability procedure (percentage of agreement = 98.42%). Disagreements were resolved by discussion with the first author.

Anxiety measures. The anxiety diagnoses (primary, secondary and additional) were established with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994). This semi-structured interview assesses anxiety disorders as defined by the DSM-IV and allows for differential diagnosis with other disorders (i.e., mood, substance-related, somatoform and non-organic psychoses). The ADIS-IV-L provides a functional analysis of the disorders, a severity assessment on a 9-point Likert scale (0 = none; 8 = very severe) and covers current and past episodes. To be established as such, the primary diagnosis had to receive a higher severity score than the secondary condition. If there were any additional diagnosis other than PDA or GAD, in order for the participant to be included, it had to yield a lower severity score than the secondary diagnosis. Brown, Di Nardo, Lehman, and Campbell (2001) found good interrater

reliability for diagnoses (kappa coefficient of .81 and .65 for PDA and GAD respectively) and severity assessment (Pearson $r = .83$ for PDA and $r = .72$ for GAD).

The Anxiety Sensitivity Index (ASI) (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) assesses fear of anxiety symptoms and beliefs relative to physical, cognitive and social anxiety symptoms. We selected this instrument to measure anxiety because it is especially effective for assessing the anxiety of people having panic disorder (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009). Anxiety sensitivity is also strongly associated with all AD (Olatunji & Wolitzky-Taylor, 2009). The index is composed of 16 items, each illustrating a possible negative consequence of anxiety symptoms. The intensity of the fear is rated on a 5-point Likert scale ranging from "very little" (0 point) to "very much" (4 points). The total score is obtained by summing each score (maximum score = 64). Good to excellent internal consistency for this index is reported in Antony, Orsillo, and Roemer (2001) (Cronbach α from .82 to .91). Verreault, Marchand, Labrecque, and Marchand (2007) validated the French-Canadian translation.

We used the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) to measure worry severity. The PSWQ is a 16-item instrument which assesses an individual's propensity to engage in excessive, chronic and uncontrollable worry. It is considered a gold-standard for the assessment of worry, which is the cardinal feature of GAD (Bouvard & Cottraux, 2010). Participants rate each item on a 5-point Likert scale ranging from 1 ("Not at all typical of me) to 5 ("Very typical of me"). Five items are reversed-scored before summing all the scores (maximum total score = 80). Meyer et al. (1990) demonstrated excellent internal consistency of the questionnaire (Cronbach α ranging from .91 to .95) and its ability to discriminate level of severity in GAD patients. The French-Canadian version (Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001) showed satisfactory internal consistency (Cronbach α ranging from .82 to .92) and test-retest reliability ($r = .86$ for a 4 weeks interval).

Depression symptoms measure. The Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) measures the presence and severity of depression symptoms. For each of the 21 items, four statements measure a different level of symptom severity (sentence numbered 0 is the lowest and 3 the highest). The total is the sum of all the scores (maximum total score = 63). The following categories are recommended to interpret the results: from 0 to 13 = normal range; 14 to 19 = mild depression; 20 to 28 = moderate depression; 29 to 63 = severe depression (Beck et al., 1996). The BDI-II is a standardized measure of depression with excellent internal consistency (Cronbach $\alpha = .92$ for outpatients). Also, it successfully discriminated outpatients with mood disorder from those with anxiety and other psychiatric disorders (Beck et al., 1996). The French version (Beck, Steer, & Brown, 1998) has satisfactory psychometric properties and good discriminant validity in a sample of anxious patients (Bouvard & Cottraux, 2010).

Procedure and Research Design

Using a cross-sectional design, we selected baseline data from a wider treatment efficacy study. Participants recruited through advertisements were first screened using a telephone interview. The main purpose of this interview was to screen for the presence of PDA and GAD. Thereafter, participants went to the research laboratory of their recruitment site to undergo the diagnostic interviews (IIS and ADIS-IV-L) and to complete the questionnaires of insomnia, PDA, GAD, and depressive symptoms. Upon signed consent forms, inclusion and exclusion criteria were fully assessed. The subsequent evaluation session took place a week later to assess personality disorders with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997). Participants included in the study were assigned to a treatment condition. We gave them the sleep agenda with the instruction to complete it during the two weeks preceding their first treatment session. Participant excluded were referred to a

relevant resource. Participant recruited at the Douglas Mental Health University Institute were directly referred by a psychiatrist to the study without having to go through the telephone interview process. Thereafter, the same assessment procedures were applied.

To ensure that the procedure was the same in all five sites, a detailed assessment manual was distributed to all evaluators and all measures were administered by the same evaluator for each participant, hence maximizing the reliability of the results. The evaluators were graduate students in psychology and had been trained for administrating the interviews by a certified and experimented evaluator. Moreover, their first interviews were supervised. Depending on the participant's preference, the English or French versions of the instruments were used. The diagnostic interviews for all five recruitment sites were audio recorded. Twenty five percent of randomly selected interviews were reassessed by a second evaluator. For both the diagnoses of PDA and GAD, the rate of agreement was 95.45%, suggesting excellent interrater reliability.

Statistical Analyses

Before the analyses, the item about the changes in sleeping patterns was removed from the BDI-II. Since the objective was to establish a link with insomnia, this item could have led to an overestimation of this association. Missing or non-interpretable items in questionnaires were replaced using cross-multiplications (0.38% of the items have been replaced). Overall, 9 data values were withdrawn because they were outliers (i.e., *z*-score under -3 or above 3). For three of the variables (i.e., NWAK, WASO, TWAK), a square root transformation was applied to correct for the problem of non-normal distribution.

Results

Sample Description

During the recruitment period, 1223 participants completed the screening telephone interview and from this number, 386 were selected for an in-person evaluation. A total of 142 participants were eligible for the study and 19 people declined further participation in the study for several personal reasons (e.g., too far from home, too busy). Data from 113 participants was available at the time of writing this article. The remaining 12 participants were still subjected to the assessment process. The sample was predominantly comprised of women (80.5%) and the mean age was 34.55 years (*SD* = 12.30, range: 18 - 64). The majority (50.5%) of the participants worked full time. A little more than a third (39%) had a household income of "less than 29 000$". Demographic details are presented in Table 1.

Insert table 1 here

Clinical Presentation

Anxiety and depression. The amount of participants with a PDAp (48.7%) was roughly similar to that of participants with a GADp (51.3%). Dependent *t*-tests or Pearson's chi square tests were used to compare participants with PDAp to those with GADp on all sociodemographic and outcome variables. The only statistical differences we found were for PDA, GAD and worry (PSWQ) severity scores (see table 2). The sample as a whole was characterized by high levels of anxiety and worries which were associated to significant functional impairments. In 28.3% of the cases, a third AD was present concurrently, and nine of them had four AD (8%). The

most frequent additional AD was social anxiety disorder (60%), followed by specific phobia (24%), obsessive-compulsive disorder (12%) and posttraumatic stress disorder (4%). Twelve participants (10.6%) received an additional diagnosis of depression (diagnosed with ADIS-IV-L) and the overall level of depression symptoms was moderate (assessed using BDI-II).

Insert table 2 here

Insomnia. Prevalence rate of insomnia, diagnosed by the clinical interview (IIS), was high (67.9%). Overall, insomnia severity was in the sub-threshold range, just below the moderate insomnia category (M = 13.97, SD = 5.72). The daily diary data revealed that on average, participants were awake 80.7 minutes each night during the two-week self-observation (TWT: M = 80.72, SD= 42.36) and slept approximately 7 hours 20 minutes (TST: M = 440.30, SD = 70.84). The clinical picture of insomnia was not characterized by a predominance of any of the three types of sleep-related complaints. A repeated measures ANOVA showed that TWT was equally divided among SOL, WASO and TWAK (F (2, 188) = 2.482, p = .086, η^2= 0.03). The average rate of sleep efficiency was 84.2%. Compared to those without insomnia, people with insomnia spent significantly more time awake each night (M = 91.04, SD = 43.28, t(93) = -3.54, p = .001, one-tailed, η^2= 0.12, 95% confidence interval (CI)]∞, -16.73]), their sleep efficacy was significantly lower (M = 82.20, SD = 8.61, t(93) = 3.46, p = .001, one-tailed, η^2= 0.11, 95% CI [3.21, ∞[) and they accumulated significantly fewer hours of sleep (M = 431.29, SD = 73.74, t(95) = 1.86, p = .033, one-tailed, η^2= 0.04, 95% CI [3.37, ∞[). See table 2 for the results on sleep variables.

Association between Insomnia, Anxiety Sensitivity, Worry and Depression Symptoms

Pearson's bivariate correlations revealed positive relationships between insomnia (ISI) and anxiety sensitivity (ISA, $r = .23$, $p = .008$, one-tailed, 95% CI [0.08, 1]), insomnia and worry (PSWQ, $r = .22$, $p = .011$, one-tailed, 95% CI [0.07, 1]) as well as insomnia and depression symptoms (BDI-II, $r = .45$, $p < .001$, one-tailed, 95% CI [0.32, 1]). Depression symptoms had the highest correlation with insomnia. When controlling for depression symptoms (using partial correlations), there was no statistically significant unique relationship between insomnia and anxiety sensitivity as well as insomnia and worry (ISA, $r = .07$, $p = .23$, 95% CI [-0.09, 1], PSWQ, $r = .14$, $p = .07$, 95% CI [-0.02, 1], all *p*s one-tailed). The correlation matrix is presented in Table 3.

Insert table 3 here

We ran the same analyses separately for the PDAp and GADp groups (see table 4). For the PDAp group, only depression symptoms had a significant relationship with insomnia (BDI-II, $r = .40$, $p = .001$, one-tailed, 95% CI [0.19, 1]). In the GADp group, correlations were higher than those found in the entire sample for anxiety sensitivity ($r = .25$, $p = .03$, one-tailed, 95% CI [0.03, 1]), worry ($r = .30$, $p = .01$, one-tailed, 95% CI [0.09, 1]) and depression symptoms ($r = .51$, $p < .001$, one-tailed, 95% CI [0.33, 1]). When controlling for depression symptoms, the relationship between insomnia and anxiety sensitivity was reduced and not significant ($r = .07$, $p = .30$, one-tailed, 95% CI [-0.15, 1]). However the relationship between insomnia and worry remained significant ($r = .23$, $p = .04$, one-tailed, 95% CI [0.01, 1]), which

suggests a unique relationship of small size between these two variables in the GADp group.

Insert table 4 here

Nocturnal Panic Attack

During the two weeks of self-observation, 35.7% had experienced at least one NPA. More specifically, 13.3% reported the occurrence of one NPA, 6.1% experienced two and the remaining 16.3% reported three or more. Participants who experienced NPA had more severe PDA than those without NPA (t (96) = -2.27, p = .025, two-tailed, η^2= 0.05, 95% CI [-0.95, -0.06]). Those two groups did not differ on sociodemographic characteristics, insomnia prevalence or questionnaires scores (insomnia, anxiety sensitivity, worry, depression symptoms).

Discussion

The results of the present study contribute to the growing evidence showing that there is a high comorbidity rate between insomnia and AD. To our knowledge, this is the first study to examine the prevalence of insomnia in the context of comorbidity between PDA and GAD. In our sample, a little more than two-thirds (67.9%) of individuals with comorbid PDA and GAD also had a diagnosis of insomnia. We obtained a higher prevalence rate than those reported in the epidemiological studies of Sivertsen et al. (2009) and Tjepkema (2005) (i.e., 21% and 31%), although we used stricter criteria to measure insomnia. Several explanations could account for this difference. This may partly be attributable to the fact that we

used a clinical sample, while the studies of Sivertsen et al. (2009) and Tjepkema (2005) were conducted on samples from the general population. It may also be that insomnia was more severe due to the presence of comorbidity between AD in all participants. Concerning the clinical picture of insomnia, we did not find a specific pattern highlighting the predominance of any of the three SD measured (i.e., SOL, WASO and TWAK). Individuals suffering from insomnia had more problems with length of awakenings during the night than with the accumulated hours of sleep. Their sleep was characterized by long periods of awakenings (about 90 minutes per night on average), and was fragmented. Many people experienced NPA during the two-week period of sleep self-observation. These individuals presented greater severity of PDA. It is therefore possible that NPA is a phenomenon belonging to a more severe presentation of PDA.

A second objective of this study was to explore the association between insomnia and anxiety. Our results suggest that depression symptoms were highly correlated with insomnia and anxiety. When looking at the entire sample, depression symptoms accounted for most of the associations between insomnia and anxiety sensitivity as well as worries. For people with PDAp, depression symptoms was the only variable significantly associated with insomnia. For individuals with a GADp, depression symptoms accounted for most of the association between insomnia and anxiety sensitivity, but no longer played a central role in the relationship between insomnia and worry. In those cases, there was a unique relationship between insomnia and worry, in the sense that people who had more frequent and excessive worries had a greater severity of insomnia. We can conceive that people who tend to worry excessively about various topics during the day (e.g., work, daily living activities) are also more likely to worry about their sleep at bedtime, thus placing them in a state of high cognitive arousal, which in turn would interfere with their ability to fall asleep (i.e., the first stage of sleep occurs during a state of low cortical activation). It is also possible that they are not worried about their sleep, but find

themselves in a similar state of high cognitive arousal caused by continual ruminations about other topics of worry.

We note on the one hand, that insomnia has small correlations with anxiety, while having moderate correlation with depression symptoms. On the other hand, although displaying a much smaller rate of MDD (10.6%), we observed a very high rate of insomnia (67.9%) in this sample of individuals with two AD in co-occurrence. These results suggest that insomnia is a disorder highly associated with AD, but fairly independent of them. However, the data do not allow confirming it. This would be in contrast to the often conveyed notion that insomnia is a symptom or a secondary diagnosis of AD (also discussed in Harvey, 2001). It is likely that insomnia symptoms, which could have appeared before or during the course of AD, are exacerbated and maintained by factors specific to insomnia. Several such factors have been described in the insomnia literature. Among them, there is the use of bad habits to manage problems ensuing from lack of sleep, for example napping during the day, excessive caffeine consumption and using awake time in bed for activities incompatible with sleep (e.g., working, playing electronic games). There is also the influence of cognitive variables, such as worrying about the consequences of sleep related problems (e.g., "I will be inefficient at work tomorrow if I do not have a good night of sleep") and unrealistic expectations about sleep (e.g., "I should sleep eight hours every night"). These variables would feed physiological and cognitive arousal which are both likely to become associated by means of classical conditioning with the bedroom environment (Morin, 2006). CBT for AD does not directly target factors that maintain insomnia. Therefore, it is pertinent to ask ourselves what impact CBT for AD has over insomnia.

The main limitation of this study pertains to characteristics of the sample. Although some participants were recruited as part of their ongoing care at an anxiety clinic (i.e., Douglas Mental Health University Institute), most volunteered to take part in the study because they were seeking treatment for their anxiety problems. This

aspect reduces the representativeness of the sample in relation to a clinical population. Common statistical correction methods (e.g., Bonferroni correction) were not performed, since this study is exploratory. These limitations should be taken into consideration when interpreting the results. The main strength of this study lies in the fact that it is the first of its kind to examine insomnia in individuals who have two comorbid AD. Another strength is the use of many diverse measures of sleep (i.e., semistructured diagnostic interview, validated questionnaire, two weeks of daily diary), allowing for a more rigorous evaluation of insomnia.

Conclusions

In conclusion, this study suggests that the majority of individuals with PDA and GAD also suffer from insomnia. On average, participants were awake more than one hour per night (81 minutes). This finding suggests that rather than being the exception, SD were the norm. This study sheds light on the existing relationship between insomnia and anxiety. Insomnia, although being highly comorbid to AD, appears to be an independent disorder, rather than a symptom or a secondary disorder. Thus, this study highlights the importance of assessing insomnia in individuals with AD, especially those who also present depressive symptoms. Furthermore, it is believed that as an independent disorder, insomnia may be more likely to persist following treatment for AD. Future research should address the impact of treatments of AD on insomnia. This issue is of even greater importance considering that insomnia has been identified as a risk factor for relapse after the treatment of a psychiatric disorder (Mellman, 2006; Morin, Bélanger, et al., 2006; Spiegelhalder, Regen, Nanovska, Baglioni, & Riemann, 2013).

References

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Antony, M. M., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York, NY: Kluwer Academic Publishers / Plenum Publishers.

Bastien, C. H., Vallière, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medecine, 2*, 297-307.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *The Beck Depression Inventory: Manual (2nd ed.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1998). *Inventaire de Dépression de Beck, 2e édition*. Paris, France: Les éditions du centre de psychologie appliquée.

Blais, F. C., Morin, C. M., Boisclair, A., Grenier, V., & Guay, B. (2001). L'insomnie. Prévalence et traitement chez les patients consultant en médecine générale. [Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice]. *Can Fam Physician, 47*, 759-767.

Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie.* [Protocols and rating scales in psychiatry and psychology] (5e édition). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry, 39*(6), 411-418.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.

Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(1), 49-58.

Craske, M. G., Lang, A. J., Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., & Rowe, M. K. (2001). Reactivity to interoceptive cues in nocturnal panic. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*(3), 173-190. doi: 10.1016/s0005-7916(01)00033-7

Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry, 36*(4), 303-311. doi: 10.1016/s0010-440x(95)90076-4

Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du Penn State Worry Questionnaire. [Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *L'Encéphale, 27*(5), 475-484.

Harvey, A. G. (2001). Insomnia: symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review, 21*(7). doi: 10.1016/s0272-7358(00)00083-0

Harvey, A. G., Hairston, I. S., Gruber, J., & Gershon, A. (2009). Anxiety and sleep. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 611-621). New York, NY: Oxford University Press.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Source Archives of General Psychiatry, 62*(6), 617-627.

Marcks, B. A., Weisberg, R. B., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2010). The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients. *Psychiatry Research, 178*(3), 487-492.

Mellman, T. A. (2006). Sleep and Anxiety Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(4), 1047-1058.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6

Morin, C. M. (1993). *Insomnia : Psychological assessment and management.* New York, NY: The Guilford Press.

Morin, C. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy of insomnia. *Sleep Medicine Clinics, 1*(3), 375-386. doi: 10.1016/j.jsmc.2006.06.008

Morin, C. M., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. [Sleep, insomnia, and psychopathology]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 47*(4), 245-262.

Morin, C. M., Belleville, G., Belanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*(5), 601-608.

Ohayon, M. M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Comprehensive Psychiatry, 39*(4), 185-197. doi: 10.1016/s0010-440x(98)90059-1

Ohayon, M. M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research, 37*(1), 9-15.

Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin, 135*(6), 974-999. doi: 10.1037/a0017428

Papadimitriou, G. N., & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 17*(4), 229-236.

Ramsawh, H. J., Stein, M. B., Belik, S.-L., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of Psychiatric Research, 43*(10), 926-933.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*(1), 1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9

Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 3*(5 Suppl), S7-10.

Roth, T., Jaeger, S., Jin, R., Kalsekar, A., Stang, P. E., & Kessler, R. C. (2006). Sleep Problems, Comorbid Mental Disorders, and Role Functioning in the National Comorbidity Survey Replication. *Source Biological Psychiatry, 60*(12), 1364-1371.

Sivertsen, B., Krokstad, S., Overland, S., & Mykletun, A. (2009). The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(2), 109-116.

Spiegelhalder, K., Regen, W., Nanovska, S., Baglioni, C., & Riemann, D. (2013). Comorbid sleep disorders in neuropsychiatric disorders across the life cycle. *Current Psychiatry Reports*, 15(6). doi: 10.1007/s11920-013-0364-5

Tang, N. K. Y., & Harvey, A. G. (2004). Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception. *Sleep, 27*(1), 69-78.

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Durrence, H. H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behavioral Sleep Medicine, 1*(4), 227-247. doi: 10.1207/s15402010bsm0104_5

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep, 28*(11), 1457-1464.

Tjepkema, M. (2005). Insomnia. *Health reports, Statistics Canada, 17*(1), 9-25.

Uhde, T. W., Cortese, B. M., & Vedeniapin, A. (2009). Anxiety and sleep problems: emerging concepts and theoretical treatment implications. *Current Psychiatry Reports, 11*(4), 269-276.

Verreault, N., Marchand, A, Labrecque, J., & Marchand, L. (2007). Validation de l'Index de sensibilité à l'anxiété auprès de la population québécoise francophone. [Validation of the Anxiety sensitivity Index in the French-Canadian population]. *Revue Québécoise de Psychologie*, 28(3), 253-268.

Wicklow, A., & Espie, C. A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 38*(7), 679-693.

Yook, K., Lee, S.-H., Ryu, M., Kim, K.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., . . . Kim, M.-J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(6), 501-503.

Table 1

Demographic characteristics for the total sample and separated by primary diagnosis

	Total	PDAp	GADp
n	113	55	58
Female, no. (%)	91 (80.5)	42 (76.4)	49 (84.5)
Mean age (*SD*)	34,55 (12.30)	35.75 (12.87)	33.41 (11.73)
Work status[a], no. (%)			
Full time	52 (50.5)	24 (48.0)	28 (52.8)
Part time	33 (32.0)	17 (34.0)	16 (30.2)
Unemployed	18 (17.5)	9 (18.0)	9 (17.0)
Income[b], no. (%)			
Less than 29 000$	43 (39)	21 (39.6)	22 (38.6)
30 000 to 59 000$	30 (27.3)	14 (26.4)	16 (28.1)
60 000 to 89 000$	19 (17.3)	7 (13.2)	12 (21.0)
90 000$ and over	18 (16.4)	11 (20.8)	7 (12.3)
Scolarity[c], no. (%)			
Elementary	5 (4.5)	3 (5.6)	2 (3.5)
High School	25 (22.3)	13 (24.1)	12 (20.7)
College	36 (32.1)	18 (33.3)	18 (31.0)
University	46 (41.1)	20 (37.0)	26 (44.8)

Note. There was no statistical difference ($p < .05$) between the PDAp and GADp groups on any of these variables. PDAp = primary diagnosis of panic disorder with agoraphobia; GADp = primary diagnosis of generalized anxiety disorder.
[a]n = 103 for total sample, n = 50 for PDAp group, n = 53 for GADp group. [b]n = 110 for total sample, n = 53 for PDAp group, n = 57 for GADp group. [c]n = 112 for total sample, n = 54 for PDAp group, n = 58 for GADp group.

Table 2

Anxiety, depression and insomnia scores for the total sample and separated by primary diagnosis

Measures	Total	Group		Group difference				
		PDAp	GADp	*t*	χ^2	*p*	η^2	95% CI
ADIS-IV PDA, *M* (*SD*)	5.71 (1.08)	6.47 (0.79)	4.98 (0.78)	10.06		< .001	0.48	[1.20, 1.78]
ADIS-IV GAD, *M* (*SD*)	5.73 (0.98)	5.15 (0.80)	6.28 (0.81)	-7.44		< .001	0.33	[-1.43, -0.83]
ASI, *M* (*SD*)	38.78 (9.94)	38.94 (9.99)	38.62 (9.98)	0.17		.86	0	[-3.42, 4.07]
PSWQ, *M* (*SD*)	65.48 (7.88)	63.39 (7.63)	67.43 (7.66)	-2.80		.006	0.07	[-6.91, -1.18]
BDI-II, *M*(*SD*)	21.13 (11.62)	20.45 (12.22)	21.78 (11.09)	-0.60		.55	0	[-5.67, 3.03]
MDD diagnosis, (%)	10.6	9.1	12.1		0.26	.61	0	
3rd AD diagnosis, (%)	28.3	32.7	24.1		1.03	.31	0.01	
4th AD diagnosis[a], (%)	8.0	10.9	5.2			.22		
Insomnia diagnosis[b] (%)	67.9	65.5	70.2		0.27	.59	0	
ISI, *M* (*SD*)	13.97 (5.72)	14.36 (5.71)	13.60 (5.75)	0.71		.48	0	[-1.38, 2.90]
SOL, *M* (*SD*)	28.48 (16.81)	27.92 (16.26)	29.01 (17.47)	-0.32		.75	0	[-7.93, 5.76]
NWAK, *M* (*SD*)	1.96 (1.52)	2.02 (1.68)	1.90 (1.35)	0.30		.76	0	[-0.18, 0.24]
WASO, *M* (*SD*)	28.44 (22.96)	30.61 (26.05)	26.28 (19.42)	0.32		.75	0	[-0.76, 1.05]
TWAK, *M* (*SD*)	24.65 (20.10)	22.97 (20.52)	26.37 (19.73)	-1.07		.29	0,01	[-1.26, 0.38]
TWT, *M* (*SD*)	80.72 (42.36)	81.07 (45.42)	80.36 (39.55)	0.08		.93	0	[-16.54, 17.98]
TST, *M* (*SD*)	440.30 (70.84)	430.21 (74.39)	450.38 (66.33)	-1.42		.16	0,02	[-48.43, 8.10]
SE, *M* (*SD*)	84.21 (8.41)	83.65 (9.27)	84.78 (7.50)	-0.66		.51	0	[-4.55, 2.29]
SQ, *M* (*SD*)	4.81 (1.29)	4.50 (1.37)	5.13 (1.13)	-2.48		.015	0.06	[-1.14, -0.13]
NPA[c], (%)								
0 NPA	64.3	61.3	67.3		0.40	.53	0	
1 NPA	13.3	12.3	14.3		0.09	.77	0	
2 NPA[a]	6.1	6.1	6.1			.66		
≥ 3 NPA	16.3	20.3	12.3		1.20	.27	0.01	

Note. PDAp = primary diagnosis of panic disorder with agoraphobia; GADp = primary diagnosis of generalized anxiety disorder; ADIS-IV = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version; PDA = panic disorder with

agoraphobia; GAD = generalized anxiety disorder; ASI = Anxiety Sensitivity Index; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory II; MDD = major depressive disorder; AD = anxiety disorder; ISI = Insomnia Severity Index; SOL = sleep onset latency; NWAK = number of awakenings; WASO = wake after sleep onset; TWAK = terminal wake time; TWT = total wake time; TST = total sleep time; SE = sleep efficiency; SQ = sleep quality; NPA = nocturnal panic attack.

[a]Fisher's exact test was used to calculate *p* for the difference between group. [b]*n* = 112 for total sample, *n* = 55 for PDAp group, *n* = 57 for GADp group. [c]*n* = 98 for total sample, *n* = 49 for PDAp group, *n* = 49 for GADp group.

Table 3

Bivariate correlation between insomnia, anxiety sensitivity, worry and depression

Measures	ISI	ISA	PSWQ	BDI-II
ISI	-	.23**	.22*	.45**
ISA		-	.26**	.39**
PSWQ			-	.22*
BDI-II				-

Note. When controlling for depression (BDI-II), the only correlation remaining significant is in between ISA and PSWQ ($r = .19$, $p < .05$). ASI = Anxiety Sensitivity Index; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory II

*p < .05. **p < .01.

Table 4

Bivariate correlation between insomnia, anxiety sensitivity, worry and depression separated by primary diagnosis

Measures	ISI	ISA	PSWQ	BDI-II
		PDAp (n = 55)		
ISI	-	.21	.18	.40**
ISA		-	.33**	.41**
PSWQ			-	.22
BDI-II				-
		GADp (n = 58)		
ISI	-	.25*	.30*	.51**
ISA		-	.23*	.38**
PSWQ			-	.22
BDI-II				-

Note. When controlling for depression (BDI-II), most of the remaining correlations are no longer significant, except the ones in between ISA and PSWQ in the PDAp group ($r = .28, p < .05$), and in between ISI and PSWQ in the GADp group ($r = .23, p < .05$). ASI = Anxiety Sensitivity Index; PSWQ = Penn State Worry Questionnaire; BDI-II = Beck Depression Inventory II; PDAp = primary diagnosis of panic disorder with agoraphobia; GADp = primary diagnosis of generalized anxiety disorder.
*p < .05. **p < .01.

CHAPITRE III

LES SYMPTÔMES D'INSOMNIE SUITE AU TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CONCOMITANT

Insomnia Symptoms Following Treatment for Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

Héloïse Cousineau[a], M.Ps., André Marchand[a], Ph.D., Stéphane Bouchard[b], Claude Bélanger[a,c], Patrick Gosselin[d], Frédéric Langlois[e], Joane Labrecque[f], Michel J. Dugas[b], Geneviève Belleville[g]

[a]Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, succ. Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada.

[b]Department of Psychoeducation and Psychology, Université du Québec en Outaouais, 283, boulevard Alexandre-Taché, C.P. 1250, succursale Hull, Gatineau, Québec, J8X 3X7, Canada.

[c]Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, 1033 Pine Avenue West Montreal, Québec, H3A 1A1, Canada.

[d]Department of Psychology, Université de Sherbrooke, 2500, boulevard de l'Université, Sherbrooke, Québec, J1K 2R1, Canada.

[e]Department of Psychology, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boul. des Forges, C.P. 500, Trois-Rivières, Québec, G9A 5H7, Canada.

[f]Clinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, 5400, boul. Gouin Ouest, Montréal, Québec, H4J 1C5, Canada.

[g]Department of Psychology, Université Laval, 2325, rue des Bibliothèques, Québec, Québec, G1V 0A6, Canada.

Corresponding author: Geneviève Belleville, Ph.D., Université Laval, Department of Psychology, 2325, rue des Bibliothèques, Québec (Québec), G1V 0A6, Canada; Phone : 418-656-2131 Ext.4226; Fax : 418-656-3646; Email : genevieve.belleville@psy.ulaval.ca.

Conflicts of Interest and Source of Funding

This article was written as part of Héloïse Cousineau's doctoral dissertation. The undertaking of this research project was made possible thanks to the Fonds de Recherche du Québec - Santé (FRQS) and financial support from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). No conflicts of interest were reported by the authors.

Résumé

Les patients qui ont un trouble panique avec agoraphobie (TPA) ou un trouble d'anxiété généralisée (TAG) souffre fréquemment d'insomnie concomitante. Toutefois, peu de recherches se sont intéressées à l'impact de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour les troubles anxieux (TAs) sur l'insomnie. De plus, la comorbidité entre TAs est fréquente. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie. Dans le cadre d'un devis quasi-expérimental, 86 participants avec un TPA et un TAG ont reçu une TCC conventionnelle pour leur trouble primaire ou une TCC adaptée pour la comorbidité entre ces deux troubles. Dans l'ensemble, les TCCs ont eu un impact significatif sur la réduction des symptômes d'insomnie (η^2 =.58). Toutefois, parmi les gens avec de l'insomnie au prétest (67%), 33% avait encore un diagnostic d'insomnie et la majorité (63%) avait de l'insomnie résiduelle cliniquement significative après le traitement. En conclusion, les TCCs ont eu un effet positif sur la réduction de l'insomnie, mais une proportion significative de participants avait encore des problèmes d'insomnie après le traitement. Les cliniciens devraient inclure l'insomnie dans leur plan de traitement du TPA et du TAG par TCC.

Abstract

Patients with panic disorder with agoraphobia (PDA) or generalized anxiety disorder (GAD) frequently also suffer from insomnia. However, the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) for anxiety disorders (ADs) on insomnia has been understudied. Furthermore, comorbidity between ADs is common. Our main objective was to assess the impact of CBT for PDA or GAD on insomnia. In a quasi-experimental design, 86 participants with PDA and GAD received conventional CBT for their primary disorder or combined CBT for both disorders. Overall, CBTs had a significant impact on reducing insomnia symptoms (η^2 =.58). However, among people with insomnia at pretest (67%), 33% still had an insomnia diagnosis, and the majority (63%) had clinically significant residual insomnia following treatment. In conclusion, the CBTs had a positive effect on the reduction of insomnia, but a significant proportion of participants still had insomnia problems following treatment. Clinicians should address insomnia during CBT for PDA and GAD.

Keywords: insomnia, panic disorder with agoraphobia, generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy, comorbidity

Insomnia Symptoms Following Treatment for Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

Sleep disturbances and insomnia frequently occur in concomitance with panic disorder with agoraphobia (PDA) and generalized anxiety disorder (GAD). Individuals with panic disorder and patients with agoraphobia are respectively four and five times more likely to have sleep disturbances than non-clinical individuals (Ramsawh et al., 2009). In addition, 61% to 68% of individuals with PD have experienced at least one nocturnal panic attack (NPA) during their life (Singareddy & Uhde, 2009; Stein et al., 1993). NPAs are defined as "sudden, fearful arousals from non-rapid eye movement (REM) sleep that typically take place during a transition from late stage 2 to early stage 3 sleep" (Uhde et al., 2009). Relative to healthy controls, individuals with GAD are seven to eight times more likely to experience sleep disturbances (Ramsawh et al., 2009). Sleep disturbances are even part of the diagnostic criteria for GAD (i.e., difficulty falling or staying asleep, or restless, unsatisfying sleep), as established by the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.; *DSM-5;* American Psychiatric Association [APA], 2013). Sleep disturbances generally experienced by individuals with GAD include difficulty falling asleep, difficulty maintaining sleep and reduced duration of sleep (Mellman, 2006; Morin et al., 2006; Papadimitriou & Linkowski, 2005). Sleep disturbances and insomnia typically are not addressed in cognitive-behavioral therapy (CBT) for PDA and GAD. Therefore, it is pertinent to raise the following question: what impact does CBT for PDA and GAD have on concomitant sleep disturbances and insomnia?

Very few studies have evaluated the impact of CBT for anxiety disorders (ADs) on sleep disturbances. Of the 1205 trials reviewed in their meta-analysis, Belleville et al. (2010) found three trials on CBT for panic disorder with or without agoraphobia (PD/A) and five on CBT for GAD, which reported interpretable data on sleep disturbances. The combined effect size was small for studies on PD/A (ES = 0.216), and large for those on GAD (ES = 0.843). However, the results were highly

heterogeneous across studies (e.g., ES from -0.05 to 1.41 for GAD). In addition, one third of these studies measured sleep with only one item from a questionnaire.

Since the Belleville et al. (2010) meta-analysis, one case study evaluated the impact of CBT for PDA on sleep disturbances (L. Marchand et al., 2013). Following a conventional CBT, L. Marchand et al. (2013) observed a significant reduction in the number of NPAs. The impact of CBT on sleep quality was less significant, given the baseline differences between the three participants. Interestingly, the conventional CBT yielded similar results on the reduction of NPAs compared to a CBT adapted to NPAs. We did not find any other study examining the impact of CBT strictly for GAD on sleep disturbances.

One trial reported the impact of CBT for ADs on sleep disturbances in a sample comprising participants with both panic disorder (PD) and GAD (Brenes et al., 2012). The sample also included individuals presenting PD without GAD, GAD without PD and anxiety disorder not otherwise specified. The study focused on late-life anxiety with all participants aged over 60 years. The CBT delivered by telephone was compared with a treatment condition offering written information about ADs. The results showed a significant improvement of insomnia for the CBT group (ES = 0.82). However, the CBT treatment included an optional section on the management of insomnia for participants who had sleep difficulties. Insomnia management is not a usual component of CBT for ADs, and most likely contributed to the sleep improvements observed.

In sum, CBT for PDA and especially for GAD seems to produce positive effects on sleep disturbances. However, given the small number of studies, the heterogeneity of the measurements and the variability of the results, the studies on the impact of CBT for PDA or GAD on sleep disturbances remain inconclusive. Furthermore, they suggest the presence of significant residual sleep difficulties after an effective treatment for AD. These are important issues to consider, because sleep

disturbances have been proposed to be a risk factor for relapse after treatment of psychiatric disorders (Mellman, 2006; Morin et al., 2006; Spiegelhalder et al., 2013).

Comorbidity between PDA and GAD is frequent, with a prevalence ranging from 21% to 42% in clinical settings (Brown et al., 2001; Francis et al., 2007; Goisman et al., 1995). Furthermore, this comorbidity is associated with higher daily impairment, lower quality of life and decreased probability of natural recovery (Bruce et al., 2005; Watson et al., 2011; Welkowitz et al., 2004). Since sleep disturbances and insomnia are common in both PDA and GAD, it is important to examine their evolution in the context of comorbidity between these two ADs. To our knowledge, the impact of CBT on insomnia in individuals with both PDA and GAD has never been directly assessed.

The primary objective of this study was to assess the impact of CBT on insomnia in individuals presenting concomitant PDA and GAD. We hypothesized that there would be a statistically significant reduction of insomnia following CBT, but that clinically significant residual insomnia would remain. Our secondary objective was to examine the contribution of different variables (i.e., anxiety severity, anxiety sensitivity, worry, NPA, depression symptoms) for predicting the changes in insomnia severity and the severity of insomnia at posttest.

Methods

Participant Characteristics

This study used data from a larger research study on the efficacy of a combined treatment for PDA and GAD versus a conventional treatment for the primary disorder (either PDA or GAD). The inclusion criteria were: (a) to be aged between 18 and 65; (b) to have a diagnosis of primary PDA and secondary GAD or primary GAD and secondary PDA according to the Diagnostic and statistical manual

of mental disorders, (4th ed.; *DSM-IV*; APA, 1994); (c) in the case of additional concomitant disorders, symptom-severity had to be lower than for the PDA and GAD diagnoses. Exclusion criteria were: (a) to suffer from a medical illness not adequately controlled; (b) to present a substance-related disorder; (c) to have a history of a psychotic episode, a bipolar disorder or a mental disorder due to a general medical condition; (d) to have participated in CBT in the past six month; (e) to present a cluster A personality disorder (schizoid, schizotypal or paranoid) or a borderline personality disorder. In addition, at the time of recruitment and this for the entire period of the study, the participants agreed (a) to leave the dose or type of their psychotropic medication unchanged; (b) not to start a psychotropic medication; and (c) not to engage in any other psychotherapy or support intervention.

Procedure

Participants were recruited from December 2008 to July 2012. Recruitment was done through advertisement (e.g., in media, health care centers, universities), and a natural waiting list at an anxiety clinic in a Mental Health Hospital in Montreal. There were five recruitment sites throughout the province of Quebec (Canada) (i.e.: Douglas Mental Health University Institute, and anxiety clinics in the psychology departments of: Université du Québec à Montréal (UQÀM), Université du Québec en Outaouais (UQO), Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), Université de Sherbrooke (UdeS)). The research obtained ethics approval by review boards at all sites.

Participants recruited trough advertisements were first screened using a telephone interview to assess certain inclusion and exclusion criteria. Thereafter, the pretest evaluation took place at one of the five recruitment sites. Each participant gave their informed and signed consent before going through the evaluation. At the first evaluation session, we administered diagnostic interviews for Axis I disorders and the questionnaires were completed. The next evaluation session took place a

week later to assess personality disorders with the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; First et al., 1997). Participants included in the study signed a second consent form. They were then given the sleep diaries with the instruction to complete them during the two weeks preceding their first treatment session. Excluded candidates were referred to a relevant resource. At the Douglas Mental Health University Institute, participants were referred directly by the psychiatrist that performed the initial assessment, and consequently they did not have to be screened by telephone. Subsequently, they went through the same assessment procedures. At posttest, the sleep diaries were filled in during the two weeks following the last treatment session. Clinical interviews and questionnaires were administered during a single visit, two weeks after the end of treatment. To standardize the assessment process at all five sites, all evaluators followed the instructions clearly detailed in an assessment manual.

Assignment method

There were two treatment conditions: 1) a conventional CBT for the primary disorder; 2) a combined CBT for PDA and GAD. In the first condition, participants received a conventional CBT for PDA or a conventional CBT for GAD depending on their primary disorder, whereas in the second, they all received the combined CBT, regardless of their primary disorder (see Treatments section for descriptions). Participants were assigned by cohort to treatment conditions rather than individually. Thus, all participants recruited during a fixed four-month period (a cohort) were assigned to the same condition. The first condition was randomly selected at the beginning of the study. Afterwards, treatment conditions alternated every four-month following a sequential order. Each site commenced treatment at a different time. Participants were not aware of the various treatments under study.

Research Design

This study used a quasi-experimental cohort design with two treatments conditions in comparison. This kind of design allows an accurate assessment of changes in symptoms following treatment.

Measures

Assessors and reliability. The evaluators were doctoral-level students in clinical psychology. They were all trained for administrating the interviews by a certified and experimented evaluator. Participants had the choice of being assessed in French or English. We audio recorded the diagnostic interviews at all five sites. To assess interrater reliability, a second evaluator reassessed 25% of randomly selected interviews. The 95.45% rate of agreement for both the diagnoses of PDA and GAD at pretest suggests excellent interrater reliability.

Primary outcome measures. The Insomnia Severity Index (ISI; Morin, 1993) is a self-reported measure of the severity of insomnia symptoms and their daily consequences. Its 7 items are rated on a 5 point Likert scale. The scores are interpreted as follows: 0 to 7 = absence of insomnia; 8 to 14 = sub-threshold insomnia; 15 to 21 = moderate insomnia; 22 to 28 = severe insomnia. The ISI showed internal consistency ranging from acceptable (Cronbach $\alpha = .74$) to excellent (Cronbach $\alpha = .91$) in clinical and community samples. In addition, it is a sensitive instrument for detecting changes following treatment for insomnia (Bastien et al., 2001; Morin et al., 2011). The French-Canadian version also has good psychometric properties (Cronbach $\alpha = .88$) (Blais et al., 1997).

A daily sleep diary (adapted from Morin, 1993) was used for repeated measurement of sleep disturbances and NPAs. This diary consists of 11 items, and is completed every morning for a period of two weeks. It provides subjective estimates

of sleep parameters from which eight measures are derived: sleep onset latency (SOL: from the moment they turned off the lights to the sleep onset), number of awakenings (NWAK: number of sleep interruptions except the final awakening), wake after sleep onset (WASO: sum of time awake for all the sleep interruptions), terminal wake time (TWAK: from the final wake to the moment they got up), total sleep time (TST: total duration of sleep), total wake time (TWT: SOL + WASO + TWAK), sleep efficiency (SE: ratio between TST and total time spent in bed) and sleep quality (SQ: subjective rating of the sleep quality on a 0 (mediocre) to 8 (excellent) scale). The participants also record the number of NPAs. Two evaluators derived the eight measures and interrater reliability was assessed on 10 diaries (percentage of agreement = 98.42%). Disagreements were resolved by discussion with the first author.

Insomnia diagnosis was established using an adapted version of the Insomnia Interview Schedule (IIS; Morin, 1993). The IIS is a semistructured interview that assesses insomnia according to the diagnostic criteria of the *DSM-IV* (1994) 4th ed. The interview covers the previous month. Sleep difficulties are operationalized as follows: sleep onset latency longer than 30 minutes, periods of time awake after sleep onset greater than 30 minutes or sudden awakening in the morning with less than 6 hours of sleep. To reach the diagnostic criteria, these difficulties must occur at least 3 times a week and produce a clinically significant daytime dysfunction or dissatisfaction with sleep.

Secondary outcome measures. The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L; Di Nardo et al., 1994) was used to establish anxiety diagnoses as well as other axis I diagnoses (i.e., mood, substance-related, somatoform or non-organic psychoses). The Clinician's Severity Rating of the ADIS-IV-L provides a severity assessment on a 9-point Likert scale (0 = none; 8 = very severe). We defined as primary diagnosis the disorder that received the highest severity score, as secondary diagnosis the disorder with the second highest severity

score, and so on. The presence of another diagnosis with a more severe score than PDA or GAD entailed exclusion from the study.

We used the following self-reported questionnaires to assess anxiety and depressive symptoms frequently associated with PDA and GAD: the Anxiety Sensitivity Index (ASI; Reiss et al., 1986), the Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990), the Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 1996). They all have good to excellent psychometric properties, both in their original language and their French translation.

Treatments

The following parameters were the same for the conventional and combined CBTs. Therapists were certified psychologists or advanced graduate students in clinical psychology. All therapists had extensive clinical training in CBT. They administered the treatments in both conditions. Each treatment was manualized. Fourteen sessions lasting 50 minutes each were delivered once a week. The sessions were held at the anxiety clinics and were delivered in a one-to-one format. A participant's handbook was provided to all participants to acquaint them with, and facilitate their understanding of the notions covered during the sessions. Homework was given after each session (e.g., readings, exposure exercise).

Conventional CBT for PDA and conventional CBT for GAD. The manual for conventional CBT for PDA was based on the book entitled *La peur d'avoir peur* (A. Marchand & Letarte, 2004). The protocol is similar to the one described in Craske and Barlow (1993). The treatment included the following cognitive-behavioral strategies: psychoeducation on the development and maintenance of PDA, demystification of panic and panic symptoms, strategies to deal with panic, exposure to interoceptive stimuli, exposure to natural situations, graduated and prolonged in vivo exposure to problematic situations, and techniques for relapse prevention. In

order to isolate the effect of the CBT for primary PDA, the therapists were instructed not to discuss GAD symptoms. The conventional CBT for GAD was based on the treatment described in Dugas and Robichaud (2007). It comprised the following cognitive-behavioral strategies: information about anxiety, psychoeducation on intolerance of uncertainty, worries and GAD, awareness training, confrontation of beliefs about worry, problem-orientation training, cognitive exposure to worries and strategies for relapse prevention. Again, the therapist did not address the symptoms and problems related to PDA.

Combined CBT for PDA and GAD. The combined treatment was adapted from Labrecque et al. (2006) and Labrecque et al. (2007). It gathered strategies found in both conventional treatments, but the order of their presentation was redesigned and some modifications were made to facilitate their application. For example, in the PDA model, the concept of anxiety sensitivity was replaced by "intolerance of bodily sensations" to draw an analogy with the concept of "intolerance of uncertainty" found in the GAD model. This change allowed facilitating the understanding of both CBT models. The combined treatment included the following cognitive-behavioral strategies: psychoeducation about anxiety, PDA and GAD, demystification of panic and panic symptoms, awareness training for GAD, confrontation of beliefs about worry, exposure to interoceptive stimuli, exposure to natural situations, problem-orientation training, cognitive exposure to worry, in vivo graduated and prolonged exposure to problematic situations, and relapse prevention.

Treatment fidelity

Treatment sessions of all participants were audio recorded. Twenty five percent (25%) of the participants at each site were selected for the assessment of treatment fidelity. They were randomly selected, but both conditions were equally represented. For each participant, the recordings of four randomly selected treatment sessions were listened to by a second therapist. This therapist completed a form to

assess whether the treatment manual was correctly followed. The result for the assessment of treatment fidelity was 99.49%.

Statistical Analyses

We used cross-multiplications to replace missing or non-interpretable items in questionnaires (0.29% of the items were replaced). Among those who completed posttest, there were 4.07% of missing questionnaires. These latter data were not replaced. Overall, six scores, provided by four participants, were withdrawn because they were outliers. The main outcome analysis was performed on 63 participants because 23 had missing data at pretest or posttest (3 had only ISI data missing, 3 had ISI and daily diary data missing, 17 had only daily diary data missing). To correct the problems of non-normal data distributions, square root, logarithm or inverse transformations were applied to 8 variables (i.e.: pretest and posttest SOL, NWAK, WASO, TWAK, SQ, TWT, SE, and BDI-II).

Our main objective was to assess the impact of CBT for AD on insomnia. Therefore, we combined both treatment conditions in all analyses, except where otherwise specified. Before examining the effects of CBTs on insomnia, we tested their effect on PDA and GAD. We performed two paired-samples *t*-test to compare pretest and posttest mean scores of PDA severity (ADIS-IV-L) and GAD severity (ADIS-IV-L). To test the effect of CBTs on insomnia (main outcome), we conducted a repeated measure multivariate analysis of variance (MANOVA) on all completers, with time as a within-participants factor (pretest and posttest), on the following dependant variables (DV): ISI, NWAK, SE, SQ. To avoid a problem of perfect multicollinearity, variables directly or indirectly used in the calculation of SE (i.e.: SOL, WASO, TWAK, TWT, TST) were excluded from the analysis. We preferred to enter SE in the main outcome, because it is more representative of the entire night. Although our objective was not to compare the effect of the three different CBTs on insomnia, we verified that the Time effect was not different from one treatment

condition to another. We conducted a repeated measure MANOVA with Condition as a between factor (conventional CBT for the primary disorder and combined CBT) and Time as a within-participants factor on the same DV. There was no significant interaction effect (Time * Condition). This further justified the choice of combining conditions for all analyses.

Residual insomnia at posttest was assessed with Pearson's Chi Square tests. The threshold for residual insomnia was determined by an ISI score higher than 8 (8 being the lower benchmark for sub-threshold insomnia). Among participants who had an insomnia diagnosis at pretest, we compared the proportion of participants who met the threshold at posttest against those who did not.

To examine the contribution of anxiety and depression in predicting the changes in severity of insomnia, we conducted a standard regression analysis on change scores. Change scores were calculated by subtracting the pretest scores from the posttest score (e.g., ISI post-test score - ISI pretest score = ISI change score). They were calculated for ISI, primary disorder severity (ADIS-IV-L PDA or GAD score), number of NPAs, ASI, PSWQ and BDI-II. We also explored the contribution of pretest insomnia, anxiety and depression variables in predicting the severity of insomnia at posttest with a standard regression analysis. We removed the item about changes in sleep patterns from the BDI-II before running all of these analyses to avoid an overestimation of the associations with insomnia.

Results

Sample description

Among the 1223 participants screened by telephone, 386 were selected for an in-person interview. After pretest assessment, 144 were eligible for the study and 125

accepted to participate. Thirty-six (36) dropped-out of the study during treatment (most frequent reason: too time consuming). Two participants were excluded during treatment, after several warnings, due to high absenteeism (i.e.: multiple cancellations or repeated absences without notice). Eighty six (86) participants completed treatment and posttest assessment. See Figure 1 for a detailed participant flow chart. At pretest, there was no statistically significant difference between the participants who dropped out and the completers on any of the insomnia variables. We report below the sociodemographic characteristics of participants who completed therapy. The majority were women (81.6%) and the average age was 34.67 (SD = 11.84). Most had completed a university degree (43.7%), 33.3% a college degree and 23.0% had a high school degree or less. Forty-eight percent (48.1%) worked full-time, 30.4% worked part-time, and 21.5% were unemployed. Annual income was below $ 29,000 for 35.7% of the completers, between $ 30,000 and $ 59,000 for 29.8%, and over $ 60, 000 for 34.5% of the participants.

Preliminary analysis

The t-tests demonstrated that symptom severity of PDA and GAD was significantly lower at posttest (PDA ADIS-IV-L; pretest: M =5.75 , SD = 1.09; posttest: M = 2.27, SD = 1.70; $t(84) = 20.25, p < .001, \eta^2 = 0.83$, 95% confidence interval (CI) [3.14, 3.82], GAD ADIS-IV-L; pretest: M = 5.69, SD = 1.01; posttest: M = 2.68, SD = 1.77; $t(84) = 16.53, p < .001, \eta^2 = 0.76$, 95% CI [2.65, 3.37]). Therefore, independently of the condition, treatments successfully reduced PDA and GAD symptoms.

Primary outcome results

Main analysis. The repeated measure MANOVA yielded a statistically significant Time effect on ISI, NWAK, SE and SQ ($\Lambda = 0.42$; F (4, 59) = 20.71, $p <$ .001, η^2 =.58), signifying that insomnia severity was lower at posttest, regardless of

treatment conditions. The four univariate analyses (ANOVA) taken separately showed that the Time effect was significant at $p < .001$ for all four variables (ISI: F (1, 62) = 66.31, p <.001, η^2= 0.52, 95% CI [4.18, 6.90], NWAK: F (1, 62) = 20.49, p <.001, η^2= 0.25, 95% CI [0.05, 0.13], SE: F (1, 62) = 42.65, p <.001, η^2= 0.41, 95% CI [-5.37, -2.85.], SQ: F (1, 62) = 20.60, p <.001, η^2= 0.25, 95% CI [-0.27, -0.10]). We ran a post hoc power analysis with our effect size (η^2 =.58), sample size (n = 63) and average correlation among the dependant variables (r = .47). The alpha level was set at .05. With these parameters the power to detect a within-group effect was 1.00. Pretest and posttest means and standard deviations are reported in Table 1 with a summary of the MANOVA.

Insert table 1 here

Posttest insomnia. At pretest, 66.9% of the total sample had an insomnia diagnosis as assessed by the clinical interview. After treatment, this percentage decreased to 26.8%. Among those who were diagnosed with insomnia at pretest, a third (33.3%) still met the diagnostic criteria for insomnia at posttest. After the treatment, the mean ISI score among participants with insomnia was 14.19 (SD = 5.24), which is just below the moderate severity level. On average, they spent 83.16 (SD = 57.19) minutes awake per night, slept a total of 6H55 (M = 415.43, SD = 92.82), and their SE was 86.25 % (SD = 6.68). Outcomes measures of sleep at posttest are detailed in Table 2. Among participants with an insomnia diagnosis at pretest, a significantly higher proportion of participants met the threshold of residual insomnia at posttest (62.5%, $\chi^2(1) = 5.75$, p = .016, η^2= .07). The odds ratio shows

that people with insomnia at pretest were 3.33 times more likely to have residual insomnia at posttest.

Insert table 2 here

Secondary outcome results

Predictors for change in insomnia severity. No sociodemographic variable correlated with the outcome variable, the change in ISI severity (ISI change score). To find the variables that were significantly correlated to the outcome, we analyzed a correlation matrix including the following change score variables: ISI (M = -5.19, SD = 5.59), primary disorder severity (ADIS-IV-L; M = -3.62, SD = 1.63), number of NPAs (M = -1.20, SD = 3.12), ASI (M = -17.82, SD = 10.70), PSWQ (M = -18.05, SD = 9.49), and BDI-II (M = -12.55, SD = 10.81). Only three change score variables (primary disorder severity, ASI and BDI-II) correlated with the outcome. Those variables were integrated in a regression analysis. In the first model, only ASI change score was not a significant predictor of the outcome. We entered primary disorder severity and BDI-II change scores in a second regression analysis. This final model explained 23% of the ISI change score variance ($F(2, 75) = 11.01$, $p < .001$) with both BDI-II and primary disorder severity as significant predictors. BDI-II change score accounted for 13.25% of the variance and primary disorder severity change score for 5.43%. See Table 3 for the summary of this regression model.

Insert table 3 here

Predictors for posttest insomnia severity. There were no demographic variable that correlated with the ISI posttest score (outcome). Among the variables analyzed in the correlation matrix (ISI posttest score (M = 8.89, SD = 6.03) and pretest : ISI (M = 13.83, SD = 5.86), primary disorder (M = 6.39, SD = 0.83), number of NPAs (M = 1.94, SD = 5.35), ASI (M =38.89 , SD = 9.83), PSWQ (M = 65.45, SD = 7.76), BDI-II (M = 21.19, SD = 11.70)), only pretest ISI, PSWQ and BDI-II were significantly correlated to the outcome. A first regression analysis was performed with those three variables. Neither pretest PSWQ nor pretest BDI-II was found to be predictor of posttest ISI. In a second analysis with pretest ISI and BDI-II (BDI-II was chosen over PSWQ because its relationship with insomnia was stronger), only the ISI pretest score contributed significantly to predicting the ISI posttest score. The final model including only the ISI pretest score explained 31.58% of the ISI posttest variance (F (1, 78) = 36.05, $p < .001$).

Discussion

CBTs for PDA or GAD have led to a statistically significant reduction of insomnia (for further information about the impact of CBTs on PDA and GAD, see Marchand et al., in preparation). The results showed decreases in insomnia severity and number of awakenings, as well as improvements in sleep efficiency and sleep quality. Thus, for many participants the reduction of anxiety symptoms was accompanied by a reduction of their insomnia. We obtained a large effect size for the effect of CBTs on insomnia, which is more comparable to the average effect size of studies offering CBT for GAD (in Belleville et al., 2010). However, there is a considerable difference between our results and the small average effect size of studies offering CBT for PD/A (Belleville et al., 2010). This can be explained in part by the significant methodological differences between this study and those reported in Belleville et al. (2010). For example, Bouvard et al. (1997) measured sleep with a

questionnaire item and did not describe the procedures of treatment administration (i.e., number and duration of session, group or individual), and Cervena et al. (2005) included polysomnographic measures and provided a group therapy.

As mentioned in our primary hypothesis, some participants presented residual insomnia. Indeed, when looking at the entire sample, a quarter of participants (26.8%) still had an insomnia diagnosis after CBT, as assessed by the clinical interview. Subjective complaints about sleep were still noteworthy, as average insomnia severity was situated at the lower boundary of sub-threshold insomnia. On the other hand, the self-observation measure showed a satisfactory SE, since the average was around 90%. When we look at participants who had an insomnia diagnosis before starting CBT, residual insomnia symptoms were more common. A third of these participants (33.3%) still had an insomnia diagnosis after CBT, and the majority (62.5%) presented clinically significant residual insomnia.

These results suggest that, for some individuals, insomnia seems to be not just a symptom, a secondary manifestation or a secondary disorder of PDA and GAD, because following effective treatment of these ADs, we observed persistent clinically significant insomnia problems. We propose that there could be two types of factors which contribute to the development and maintenance of insomnia in individuals with ADs. The first type of factors would be those related to the ADs. There is evidence showing that certain cognitive (e.g., worry) and physiological (e.g., physiological arousal) manifestations of anxiety contribute to insomnia (see Harvey et al., 2009). We suggest that in some individuals with ADs and insomnia, insomnia may be caused mainly by anxiety manifestations such as worry and physiological arousal. The second type of factors would be those specific to insomnia. Insomnia is often maintained by different factors that those who caused the firsts sleep disturbances (APA, 2013; Morin & Espie, 2003). Dysfunctional cognitions about sleep and poor sleep habits are two major insomnia maintenance factors. Dysfunctional cognitions about sleep include misconceptions about the causes of insomnia, ruminations about

the consequences of sleep loss, unrealistic expectations about sleep and faulty beliefs about sleep promoting practice (Morin & Espie, 2003). Poor sleep habits are the strategies adopted to manage an initial sleep difficulty, like spending too much time in bed waiting to fall asleep, engaging in activities incompatible with sleep while in bed or taking naps during the day. By means of classical conditioning, the bedroom environment becomes associated with emotions and physiological state incompatible with drowsiness and sleep (Morin & Espie, 2003). These two types of factors possibly acted with a greater or lesser predominance in each participant. This would explain why some participants still had significant insomnia problems following treatment. CBTs for PDA and GAD probably had a considerable effect on the reduction of insomnia associated with anxiety, but a limited effect on insomnia maintained mainly by factors specific to insomnia. This suggests that some patients may benefit from interventions specifically targeting insomnia maintenance factors in addition to CBT for their AD, in order to prevent the persistence of insomnia after treatment. Several trials have demonstrated the efficacy of CBT-I for primary insomnia, and some studies suggest that CBT-I is also effective for treating insomnia in patients with a comorbid psychiatric disorder (see Okajima et al., 2011 and Sanchez-Ortuno & Edinger, 2012).

Anxiety and depression symptoms at pretest were not significant predictors of insomnia severity following treatment. However, changes in severity during CBT for the primary AD and for depression symptoms were found to be predictors of changes in insomnia severity (i.e., explained 23% of changes of the latter). Depression was the factor with the greatest weight. Therefore, looking at the evolution of depressive symptoms is recommended as well, in order to maximize the chances of identifying patients most at risk of presenting problems of residual insomnia after CBT.

The absence of a control group prevents us from isolating the effect of CBT for AD on insomnia. We cannot completely rule out the possibility that other factors (i.e., maturation) could have contributed to the observed changes after treatment.

However, longitudinal data indicate that for the majority of patients, insomnia is persistent over a three years period (Morin et al., 2009). This leads us to believe that the effect of maturation had a minimal impact on the changes observed following CBT. This study should nevertheless be replicated in a control group design. Secondly, the sample may not be entirely representative of a clinical population presenting AD and insomnia, because participants were recruited on a voluntary basis. In addition, the presence of insomnia was not a selection criterion, because we used secondary data from a large research project. These considerations may limit the generalizability of the results. The major contribution of this study is to be the first to collect data on insomnia following CBT for two comorbid ADs. These data are important because comorbidity affects the majority of patients in clinical settings. In addition, we used several methods for sleep assessment, such as clinician assessment with a diagnostic interview, standardized self-reported measure, and daily self-reported measure. In the literature on the impact of CBT on insomnia, there are very few studies that have performed such a thorough assessment of sleep.

Conclusion

These results suggest that insomnia is very common among individuals who present comorbid PDA and GAD, since two-thirds of participant had an insomnia diagnosis at pretest. This emphasizes the importance of including a comprehensive evaluation of insomnia when treating patients with comorbid ADs. CBTs for PDA or GAD significantly reduced insomnia and yielded a large effect size. This implies that CBT for ADs improves insomnia in individuals with two comorbid ADs. However, among individuals with insomnia at pretest, residual insomnia problems were common following CBT: the third still had an insomnia diagnosis and the majority presented clinically significant residual symptom. Therefore, it would be recommended to incorporate interventions specifically targeting insomnia, to prevent its persistence following treatment. Future research should examine the different approaches to

treating concomitant anxiety and insomnia to determine the one that produces the best results (e.g., treat both problems sequentially, annex some CBT-I strategies to CBT for AD, combine both CBT in a treatment package linking common process between anxiety and insomnia).

References

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Bastien, C. H., Vallière, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medecine, 2*, 297-307.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Marchand, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 24*(4).

Blais, F. C., Gendron, L., Mimeault, V., & Morin, C. M. (1997). Évaluation de l'insomnie: validation de trois questionnaires. [Evaluation of insomnia: validity of 3 questionnaires]. *L'Encéphale, 23*(6).

Bouvard, M., Mollard, E., Guerin, J., & Cottraux, J. (1997). Study and course of the psychological profile in 77 patients experiencing panic disorder with agoraphobia after cognitive behaviour therapy with or without buspirone. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(1), 27-32. doi: 10.1159/000127215

Brenes, G. A., Miller, M. E., Williamson, J. D., McCall, W. V., Knudson, M., & Stanley, M. A. (2012). A randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety disorders. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 20*(8).

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., . . . Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry, 162*(6). doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179

Cervena, K., Matousek, M., Prasko, J., Brunovsky, M., & Paskova, B. (2005). Sleep disturbances in patients treated for panic disorder. *Sleep medicine, 6*(2). doi: 10.1016/j.sleep.2004.08.008

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed., pp. 1-47). New York: NY: Guilford.

Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press.

Francis, J. L., Weisberg, R. B., Dyck, I. R., Culpepper, L., Smith, K., Orlando Edelen, M., & Keller, M. B. (2007). Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 9*(3).

Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive psychiatry, 36*(4), 303-311. doi: 10.1016/s0010-440x(95)90076-4

Harvey, A. G., Hairston, I. S., Gruber, J., & Gershon, A. (2009). Anxiety and sleep. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 611-621). New York, NY, US: Oxford University Press.

Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand, A., & Letarte, A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder With Agoraphobia. *Behavior Modification, 30*(4), 383-410. doi: 10.1177/0145445504265277

Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., & Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 31*(5), 616-637. doi: 10.1177/0145445507301132

Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur: Guide de traitement pour le trouble panique avec agoraphobie, 3e édition* [The fear of fear: Treatment guide for panic disorder with agoraphobia]. Montreal, Canada: Stanké.

Marchand, L., Marchand, A., Landry, P., Letarte, A., & Labrecque, J. (2013). Efficacy of two cognitive-behavioral treatment modalities for panic disorder with nocturnal panic attacks. *Behavior Modification, 37*(5). doi: 10.1177/0145445513492792

Marchand, A., Langlois, F., Bouchard, S., Bélanger, C., Gosselin, P., Dugas, M. J., Primiano, S., Labrecque, J. (in preparation). The Effect of a Combined versus a Conventional Cognitive-Behavioral Treatment for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder with Agoraphobia.

Mellman, T. A. (2006). Sleep and Anxiety Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 29*(4), 1047-1058.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6

Morin, C. M. (1993). *Insomnia : Psychological assessment and management.* New York, NY: The Guilford Press.

Morin, C. M., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. [Sleep, insomnia, and psychopathology]. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 47*(4), 245-262.

Morin, C. M., Belanger, L., LeBlanc, M., Ivers, H., Savard, J., Espie, C. A., . . . Gregoire, J.-P. (2009). The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Archives of internal medicine, 169*(5). doi: 10.1001/archinternmed.2008.610

Morin, C. M., Belleville, G., Belanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep, 34*(5), 601-608.

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms, 9*(1), 24-34. doi: 10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x

Papadimitriou, G. N., & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 17*(4), 229-236.

Ramsawh, H. J., Stein, M. B., Belik, S.-L., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of psychiatric research, 43*(10), 926-933.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*(1), 1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9

Sanchez-Ortuno, M. M., & Edinger, J. D. (2012). Cognitive-behavioral therapy for the management of insomnia comorbid with mental disorders. *Current psychiatry reports, 14*(5). doi: 10.1007/s11920-012-0312-9

Singareddy, R., & Uhde, T. W. (2009). Nocturnal sleep panic and depression: relationship to subjective sleep in panic disorder. *Journal of affective disorders, 112*(1-3). doi: 10.1016/j.jad.2008.04.026

Spiegelhalder, K., Regen, W., Nanovska, S., Baglioni, C., & Riemann, D. (2013). Comorbid sleep disorders in neuropsychiatric disorders across the life cycle. *Current psychiatry reports, 15*(6). doi: 10.1007/s11920-013-0364-5

Stein, M. B., Chartier, M., & Walker, J. R. (1993). Sleep in nondepressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance. *Sleep, 16*(8).

Uhde, T. W., Cortese, B. M., & Vedeniapin, A. (2009). Anxiety and sleep problems: emerging concepts and theoretical treatment implications. *Current psychiatry reports, 11*(4), 269-276.

Watson, H. J., Swan, A., & Nathan, P. R. (2011). Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Comprehensive psychiatry, 52*(3). doi: 10.1016/j.comppsych.2010.07.006

Welkowitz, J., Welkowitz, L. A., Struening, E., Hellman, F., & Guardino, M. (2004). Panic and Comorbid Anxiety Symptoms in a National Anxiety Screening Sample: Implications for Clinical Interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(1), 69-75.

Table 1

Summary of the MANOVA with univariates analysis, means and standard deviations for each variable

Measures	Pretest		Posttest		Time effect			
	M	*SD*	*M*	*SD*	F^a	*p*	η^2	95% CI
					20.71	<.001	.58	
ISI	13.60	6.07	8.06	5.66	66.31	<.001	.52	[4.18, 6.90]
NWAK	1.96	1.34	1.42	1.17	20.49	<.001	.25	[0.05, 0.13]
SE	85.01	7.41	90.31	5.99	42.65	<.001	.41	[-5.37, -2.85.]
SQ	5.00	1.22	5.68	1.25	20.60	<.001	.25	[-0.27, -0.10]

Note. n= 63. Intercorrelations for dependant variables: ISI and NWAK = .41**; ISI and SE = -.59**; ISI and SQ = -.58**; NWAK and SE = -.48**; NWAK and SQ = -.46**; SE and SQ = .47**. CI = Confidence interval; ISI = Insomnia severity index; NWAK = number of awakenings; SE = sleep efficiency; SQ = sleep quality.
[a]Multivariate F ratio was produced with Wilk's lambda statistic, multivariate df = 4, 59. Univariates df = 1, 62.

Table 2

Means and standard deviations of insomnia measures for participants with and without an insomnia diagnosis at posttest

Measures	Participants with insomnia		Participants without insomnia		Group difference			
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	η^2	95% IC
ISI	14.19	5.24	7.21	5.17	-5.26	<.001	.27	[-9.62, -4,33]
SOL	28.11	17.56	16.42	12.84	-2.67	.01	.10	[-0.44, -0.06]
NWAK	2.30	1.46	1.12	0.88	-3.53	.001	.16	[-0.29, -0.08]
WASO	33.00	30.81	11.41	13.08	-3.80	<.001	.18	[-3.40, -1.06]
TWAK	22.51	17.28	18.26	16.20	-1.18	.24	.02	[-1.72, 0.44]
TWT	83.16	57.19	49.44	46.81	-2.80	.007	.11	[-0.42, -0.07]
TST	415.43	92.82	484.05	55.36	3.67	<.001	.17	[68.61, 18.69]
SE	86.25	6.68	91.68	5.14	3.33	.001	.15	[1.73, 6.91]
SQ	4.63	1.78	5.87	1.22	3.13	.003	.13	[0.11, 0.51]
	n	%	*n*	%				
NPA						.71[a]		
0 NPA	14	82.4	43	86.0				
≥ 1NPA	3	17.6	7	14.0				

Note. ISI = Insomnia severity index; SOL = sleep onset latency; NWAK = number of awakenings; WASO = wake after sleep onset; TWAK = terminal wake time; TWT = total wake time; TST = total sleep time; SE = sleep efficiency; SQ = sleep quality; NPA = nocturnal panic attack.

[a]*p* value obtained with Fisher's exact test.

Table 3

Summary of regression analysis for variables predicting ISI change score

Variable	*B*	*SE B*	β	*t*	*p*
Primary disorder CS	0.82	0.36	.24	2.29	.025
BDI-II CS	0.20	0.06	.37	3.58	.001

Note. $R^2 = .23$ ($N = 78$, $p < .001$). Intercorrelations for variables: ISI CS and Primary disorder CS = .31**; ISI CS and BDI-II CS = .41**; Primary disorder CS and BDI-II CS = .18; ISI CS = insomnia severity index change score; Primary disorder CS = ADIS-IV-L primary disorder severity change score; BDI-II CS = Beck Depression Inventory II change score.

Figure legend

Figure 1. Flow of participants throughout each stage of the study. PDA = panic disorder with agoraphobia; GAD = generalized anxiety disorder; Conventional CBT = conventional cognitive-behavioral therapy for PDA or GAD; Combined CBT = combined cognitive-behavioral therapy for PDA and GAD.

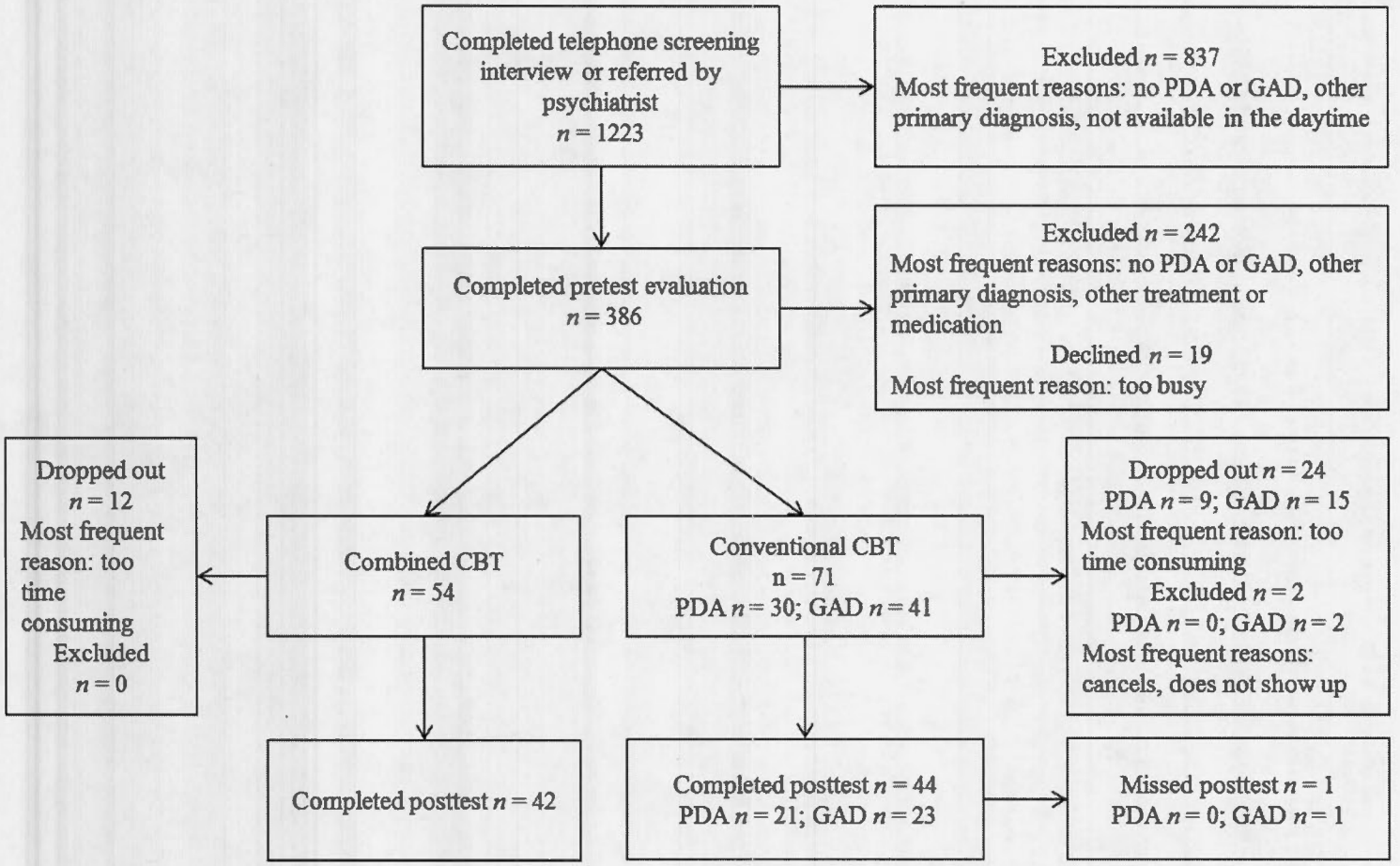

Completed telephone screening interview or referred by psychiatrist
n = 1223
Excluded n = 837
Most frequent reasons: no PDA or GAD, other primary diagnosis, not available in the daytime
Completed pretest evaluation
n = 386
Excluded n = 242
Most frequent reasons: no PDA or GAD, other primary diagnosis, other treatment or medication
Declined n = 19
Most frequent reason: too busy
Dropped out
n = 12
Most frequent reason: too time consuming
Excluded
n = 0
Combined CBT
n = 54
Conventional CBT
n = 71
PDA n = 30; GAD n = 41
Dropped out n = 24
PDA n = 9; GAD n = 15
Most frequent reason: too time consuming
Excluded n = 2
PDA n = 0; GAD n = 2
Most frequent reasons: cancels, does not show up
Completed posttest n = 42
Completed posttest n = 44
PDA n = 21; GAD n = 23
Missed posttest n = 1
PDA n = 0; GAD n = 1

Figure 1

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Le présent chapitre propose une discussion générale des constats et des résultats présentés dans les chapitres II et III. Il est segmenté en sept sections. La première section comprend une synthèse des résultats des deux articles empiriques de cette thèse. La deuxième section présente des concepts du modèle théorique de l'insomnie de Morin (Morin, 1993; Morin & Espie, 2003) qui contribuent à l'explication de résultats centraux de la présente étude. La troisième section discute des implications cliniques des résultats, notamment dans le contexte de l'évaluation et du traitement de l'insomnie chez les patients avec un TPA et un TAG. La quatrième section présente les limites ainsi que les forces méthodologiques de l'étude afin de permettre une interprétation juste des résultats et de leurs implications. La cinquième section offre des pistes pour les recherches futures qui se dégagent des résultats et conclusions de la présente étude. La sixième section expose les mesures envisagées pour assurer une vaste diffusion des résultats et implications de l'étude à travers les milieux cliniques et scientifiques. Finalement, la septième section constitue une conclusion générale.

4.1 Synthèse des résultats des deux articles de la thèse

4.1.1 La prévalence de l'insomnie

Les résultats du premier article suggèrent que les perturbations du sommeil et l'insomnie sont des problèmes fréquents chez les patients qui ont un TPA et un TAG concomitant. En effet, plus du tiers des participants (67,9%) présentait un diagnostic

d'insomnie à l'évaluation prétraitement. Ces résultats sont comparables avec les taux de prévalence obtenus pour les symptômes d'insomnie ou les perturbations du sommeil chez les patients avec un trouble anxieux en milieu clinique ainsi que chez les patients avec un TAG, qui se situent respectivement à 74% et entre 60% et 70% (Marcks et al., 2010; Papadimitriou & Linkowski, 2005). Toutefois, nos résultats sont établis à partir d'un diagnostic d'insomnie et non de symptômes d'insomnie, ce qui constitue un critère plus strict. Ceci peut porter à penser que les problèmes d'insomnie étaient plus sévères dans notre échantillon d'individus présentant un TPA et un TAG concomitant comparativement aux perturbations du sommeil des patients avec un seul trouble anxieux.

4.1.2 La présentation clinique des perturbations du sommeil et de l'insomnie

La sévérité de l'insomnie pour la totalité de l'échantillon, c'est-à-dire les participants avec et sans diagnostic d'insomnie, était en moyenne située dans la zone de l'insomnie sous-clinique, mais tout juste au-dessous de la limite de l'insomnie modérée ($M = 13.97$, $ÉT = 5.72$). Dans l'ensemble, les participants avec un TPA et un TAG présentaient donc des problèmes d'insomnie avant le traitement. Les résultats n'ont pas permis de mettre en évidence un type de plainte d'insomnie, entre les difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou les éveils prématurés, qui serait plus souvent rapporté par les individus qui présentent un TPA et un TAG. Toutefois, le sommeil des participants était caractérisé par de longues périodes d'éveil au lit (environ 81 minutes par nuit), ceci même s'ils réussissaient en moyenne à totaliser une quantité de sommeil acceptable (environ 7 heures 20 minutes). D'autre part, plus du tiers des participants (35,7%) ont fait l'expérience d'au moins une attaque de panique nocturne pendant la période d'auto-observation précédant le traitement. Parmi ceux-ci, une large proportion (45,7%) a souffert de trois attaques de panique nocturne ou plus au cours des deux semaines d'auto-observation. Ces

résultats suggèrent que les attaques de panique nocturnes sont un phénomène fréquent chez les individus avec une comorbidité entre le TPA et le TAG. Cette fréquence parait semblable à celle des individus souffrant d'un TP. En effet, nos chiffres se comparent à ceux d'Overbeek et ses collaborateurs (2005) qui ont répertorié les attaques de panique nocturne chez les patients avec un TP sur une période de trois mois. Les chercheurs rapportent que 44% des participants ont fait l'expérience d'au moins une attaque de panique nocturne, dont 58% en ont fait l'expérience de trois ou plus. Finalement, dans notre étude les participants qui ont eu au moins une attaque de panique nocturne avaient une sévérité plus élevée de TPA comparativement à ceux qui n'en ont pas eu. Ces résultats incitent à poser l'hypothèse que les attaques de panique nocturnes seraient une manifestation se rattachant à une présentation plus sévère du TPA.

4.1.3 Les relations entre l'insomnie et l'anxiété

L'un des objectifs exploratoires de la présente thèse consistait à explorer les relations entre l'insomnie et l'anxiété. Les résultats ont révélé de légères associations entre l'insomnie et les variables d'anxiété, soit la sensibilité à l'anxiété et les inquiétudes. En comparaison, les associations entre l'insomnie et les symptômes dépressifs étaient plus élevées (c.-à-d. associations modérées). De plus, pour l'ensemble de l'échantillon, les associations entre l'insomnie et l'anxiété n'étaient plus significatives lorsqu'un contrôle pour les symptômes dépressifs a été appliqué. Nous avons toutefois observé une relation unique (c.-à-d. qui est restée significative suite au contrôle des symptômes dépressifs) entre l'insomnie et les inquiétudes chez les participants avec TAG primaire et un TPA secondaire.

Il n'est pas étonnant d'observer des relations significatives entre l'insomnie et les symptômes dépressifs, puisque le lien entre insomnie et dépression est bien établi

dans la littérature scientifique (Breslau et al., 1996; Roth et al., 2006; Taylor et al., 2005). Toutefois, certains symptômes évalués par notre mesure de la dépression sont également observés dans notre mesure de la sévérité de l'insomnie (ex. : fatigue, concentration). Ce chevauchement de symptômes entre les deux instruments a possiblement gonflé les associations entre l'insomnie et la dépression menant potentiellement à une surévaluation du lien entre ces variables. D'autre part, en marge de l'association modérée entre l'insomnie et les symptômes dépressifs, nous avons observé une disparité entre une fréquence élevée du diagnostic d'insomnie (67,9%) et une fréquence beaucoup plus faible du diagnostic de dépression (10,6%). Ceci dans un échantillon dont l'ensemble des individus (100%) présentait un TPA et un TAG. Ces résultats suggèrent que la dépression est un facteur important à considérer dans les relations entre l'insomnie et l'anxiété, mais qu'elle n'explique pas l'ensemble du phénomène. D'autre part, les associations faibles entre l'insomnie et l'anxiété paraissent contradictoires, lorsque l'on considère la diversité des liens qui unissent ces deux problématiques (voir chapitre I, section 1.2). Pour expliquer ces résultats, nous avançons l'hypothèse suivante : quoique l'insomnie et les troubles anxieux se présentent fréquemment en cooccurrence, ces problématiques pourraient évoluer de façon indépendante. Dans ce cas, l'insomnie ne serait pas uniquement un symptôme de l'anxiété, ni un trouble secondaire, mais plutôt un trouble indépendant maintenu par des facteurs qui lui sont spécifiques. Ainsi, bien que les deux phénomènes se présentent en concomitance, la sévérité de l'un ne dépendrait pas exclusivement de la sévérité de l'autre.

4.1.4 L'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie

Les résultats du deuxième article confirment l'hypothèse principale de cette thèse. L'article II révèle que les TCC pour le TPA ou le TAG, en plus d'être efficaces pour le traitement de ces troubles anxieux, ont un impact positif sur la diminution des

symptômes d'insomnie. En effet, les TCC (c.-à-d. TCC conventionnelle pour le TPA primaire ou pour le TAG primaire et TCC combinée) ont entrainé une diminution de la sévérité de l'insomnie et du nombre d'éveils, une augmentation de l'efficacité du sommeil et une amélioration de la qualité du sommeil. Pour l'ensemble de ces mesures, les résultats se sont avérés statistiquement significatifs et nous avons obtenu une taille d'effet élevée (η^2 =.58). L'ampleur de cet effet diffère considérablement de la petite taille d'effet rapportée dans la méta-analyse de Belleville et ses collaborateurs (2010) pour l'impact de la TCC pour le TP/A sur les perturbations du sommeil. Il existe plusieurs différences méthodologiques entre les études répertoriées dans la méta-analyse et la nôtre. Elles peuvent avoir contribué individuellement ou conjointement à créer cet écart entre les résultats. À titre d'exemple, les TCC offertes par Belleville et ses collaborateurs (en préparation) et Cervena et ses collaborateurs (2005), comportaient respectivement 7 séances individuelles et 18 séances de groupe, ce qui diffère des 14 séances individuelles offertes dans la présente étude. Bouvard et ses collaborateurs (1997) n'ont pas mentionné le nombre de sessions, ni le type de modalité d'intervention dans leur article. Il est concevable qu'une thérapie plus brève ou de groupe entraine des gains globaux plus modestes. De plus, l'omission de la description des caractéristiques du traitement constitue une faiblesse pour un article scientifique et dissimule possiblement des failles sur le plan méthodologique. D'autre part, bien que les mesures utilisées par Belleville et ses collaborateurs (en préparation) étaient semblables aux nôtres (c.-à-d. questionnaire standardisé, journal quotidien et entrevue diagnostique), celles de Bouvard et ses collaborateurs (1997) et Cervena et ses collaborateurs (2005) étaient différentes (c.-à-d. un seul item de questionnaire; mesures polysomnographiques et journal quotidien). L'utilisation d'un item de questionnaire comporte un risque de diminuer la sensibilité de la mesure. Le recours à la polysomnographie est susceptible de réduire la capacité à détecter les perturbations du sommeil chez les individus avec de l'insomnie. Ceci, car la polysomnographie est réalisée durant une nuit et que le sommeil des individus avec de l'insomnie varie généralement d'une nuit à l'autre (Morin & Espie, 2003). Nos

résultats sont comparables avec ceux obtenus par les études de la TCC pour le TAG, dont la moyenne des tailles d'effet est élevée (Belleville et al., 2010). D'autre part, notre taille d'effet est similaire à celles obtenues dans les essais cliniques concernant la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I). Les méta-analyses sur l'efficacité de la TCC-I ont rapporté des tailles d'effets de modérées à élevées à propos de la diminution de la sévérité de l'insomnie et du nombre d'éveils, de l'augmentation de l'efficacité du sommeil et de l'amélioration de la qualité du sommeil (Irwin, Cole, & Nicassio, 2006; Okajima, Komada, & Inoue, 2011; Smith et al., 2002).

4.1.5 Symptômes résiduels d'insomnie

Comme prévu par l'hypothèse principale, bien que la TCC pour le TPA ou le TAG entraine un effet statistiquement significatif sur la diminution des symptômes d'insomnie, l'article II démontre la persistance de problèmes d'insomnie chez certains participants. Un peu plus du quart (26,8%) des participants ont un diagnostic d'insomnie suite au traitement. Parmi ceux qui avaient de l'insomnie à l'évaluation prétraitement, c'est le tiers (33,3%) qui continue de souffrir d'un trouble d'insomnie après le traitement. De plus, la majorité d'entre eux (62,5%), ont des symptômes résiduels d'insomnie. Ces chiffres suggèrent que les problèmes d'insomnie sont plus importants chez les individus qui ont reçu un traitement efficace pour leurs troubles anxieux que dans la population générale. En effet, dans la population générale la prévalence des individus insatisfaits de leur sommeil se situe entre 19,8% et 25,3% (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006), le ou les symptômes d'insomnie sont accompagnés d'une altération du quotidien dans 10% à 15% des cas (APA, 2013) et la prévalence de l'insomnie varie entre 6% et 13,4% (Morin et al., 2011; Morin, LeBlanc, et al., 2006). Qui plus est, les symptômes résiduels d'insomnie paraissent plus importants dans notre étude en comparaison à des recherches portant

sur la TCC-I qui ont examiné la rémission des symptômes à l'aide de l'ISI. Harvey et ses collaborateurs (2014) ainsi que Savard, Ivers, Savard, et Morin (2014) ont utilisé la valeur seuil de huit à l'ISI pour définir la rémission de l'insomnie (c.-à-d. un score plus petit que huit à l'ISI correspondait à la rémission de l'insomnie). Ils ont obtenu des taux variant entre 57,29% et 71,3%. Dans notre étude, 37,5% des participants avec un diagnostic d'insomnie avant le traitement ont un score plus petit ou égal à huit. Bien que l'ampleur de l'effet des TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie soit similaire d'un point de vue statistique à celles retrouvées dans les études offrant la TCC-I (voir paragraphe 4.1.4), les TCC pour le TPA ou le TAG paraissent engendrer sur l'insomnie un rendement inférieur à la TCC-I d'un point de vue plus clinique. En somme, un certain nombre de participants ont des problèmes d'insomnie qui persistent suite au traitement efficace de leur trouble anxieux. Ces résultats appuient l'hypothèse avancée dans l'article I, proposant que l'insomnie et l'anxiété, malgré qu'elles partagent des mécanismes communs et se présentent souvent ensemble, peuvent évoluer de façon indépendante. La persistance des problèmes d'insomnie suite au traitement pour l'anxiété chez certains participants nous a amenés à postuler que l'insomnie est possiblement maintenue par deux types de facteurs, qui agissent avec une plus ou moins grande influence chez les individus : les facteurs liés à l'anxiété (ex. : l'activation cognitive, l'activation physiologique) et les facteurs spécifiques à l'insomnie (ex. : les cognitions dysfonctionnelles, les mauvaises habitudes de sommeil). Les facteurs spécifiques à l'insomnie sont bien connus par les chercheurs et cliniciens spécialistes du sommeil (voir section 4.2 pour une description de ces facteurs). Leur influence expliquerait la persistance des problèmes d'insomnie chez plusieurs participants suite au traitement efficace des troubles anxieux en comorbidité.

4.1.6 Prédicteurs des changements observés sur l'insomnie au cours du traitement et de la sévérité de l'insomnie après le traitement

Le deuxième article nous a permis d'identifier deux prédicteurs des changements observés sur la sévérité de l'insomnie au cours du traitement. Parmi les différentes variables considérées (c.-à-d. les changements de sévérité du trouble primaire, les changements du nombre d'attaques de paniques nocturnes, les changements de la sensibilité à l'anxiété, les changements des inquiétudes et les changements des symptômes dépressifs), les seuls prédicteurs significatifs ont été les changements de sévérité du trouble primaire et les changements des symptômes dépressifs. La variable possédant le plus de poids dans la prédiction des changements de sévérité de l'insomnie s'est avérée être les changements des symptômes dépressifs. D'autre part, aucune variable mesurée au prétraitement, parmi l'anxiété, les attaques de panique nocturnes et les symptômes de dépression, ne s'est avérée être un prédicteur significatif de la sévérité de l'insomnie après le traitement. Seule la sévérité de l'insomnie avant le traitement a prédit significativement la sévérité de l'insomnie après le traitement. En conclusion, lors du traitement de troubles anxieux, il pourrait être pertinent d'évaluer l'évolution des symptômes dépressifs et d'insomnie en plus de l'évolution des symptômes anxieux, pour mieux cibler les patients à risque de présenter des problèmes d'insomnie suite au traitement.

4.2 Considérations théoriques

4.2.1 Les facteurs de maintien spécifiques de l'insomnie

Morin (Morin, 1993; Morin & Espie, 2003) a élaboré un modèle théorique qui explique le maintien de l'insomnie après la résorption de la cause initiale des perturbations du sommeil. Ce modèle est l'un des plus influents dans le domaine de

l'insomnie et constitue une base théorique à la TCC-I. Il s'applique parfaitement au cas des patients avec un trouble anxieux dont les difficultés de sommeil persistent suite au traitement de l'anxiété.

Morin identifie quatre types de facteurs entrant en jeu dans l'établissement d'un cercle vicieux qui perpétue l'insomnie : l'activation, les cognitions dysfonctionnelles, les mauvaises habitudes de sommeil et les conséquences de l'insomnie. Le terme activation fait référence à l'activation émotionnelle, cognitive et physiologique. L'influence de l'activation sur l'insomnie a été présentée au chapitre I (voir section 1.2.1), lors de la présentation des facteurs d'interaction entre l'insomnie et l'anxiété. Ce sujet ne sera donc pas développé dans la présente section qui s'intéresse particulièrement aux facteurs de maintien spécifiques de l'insomnie.

Les cognitions dysfonctionnelles regroupent les ruminations à propos des conséquences du manque de sommeil (ex. : « je vais être inefficace au travail si je ne dors pas assez »), les attentes irréalistes envers le sommeil (ex. : « je dois dormir huit heures par nuit pour accumuler assez d'énergie pour le jour suivant »), les conceptions erronées à propos des causes de l'insomnie (ex. : « il est normal de faire de l'insomnie en vieillissant ») et les croyances erronées envers les comportements favorisant le sommeil (ex. : « dormir tard le matin réduit les conséquences négatives du manque de sommeil »). Les cognitions dysfonctionnelles placent les individus dans un état de suractivation émotionnelle (ex. : génèrent de l'anxiété, de la colère, un sentiment d'impuissance) et physiologique (ex. : augmentation de l'activation corticale) qui est incompatible avec l'endormissement. De cette façon, elles aggravent et perpétuent les perturbations du sommeil. De plus, elles encouragent le recours aux mauvaises habitudes de sommeil.

Les mauvaises habitudes de sommeil sont des stratégies inadaptées employées pour tenter de gérer les difficultés de sommeil. Morin mentionne quatre mauvaises habitudes : passer trop de temps au lit en espérant s'endormir (ce qui peut causer de

l'anxiété ou de la colère), s'adonner au lit à des activités qui sont incompatibles avec le sommeil (ex. : travailler), faire des siestes durant la journée pour combattre la fatigue et adopter un horaire irrégulier de sommeil. Par un processus de conditionnement classique, l'environnement de la chambre à coucher s'associe avec des états émotionnels négatifs (ex. : l'anxiété ou la colère) ou d'activation physiologique (ex. : activité corticale stimulée par le travail au lit) qui sont incompatibles avec l'endormissement. De plus, toujours par conditionnement classique, les siestes dans un environnement extérieur à la chambre à coucher (ex. : dans le salon) peuvent créer une association entre le sommeil et ce second environnement qui entrera en compétition avec l'association sommeil et chambre à coucher. Ainsi, la chambre à coucher perd progressivement son statut de stimulus discriminant pour le sommeil. D'autre part, un horaire irrégulier de sommeil risque de perturber le rythme circadien et de diminuer les chances de dormir pendant la nuit.

Les conséquences de l'insomnie, comme la fatigue, la perturbation de l'humeur et les difficultés de fonctionnement quotidien, entretiennent les facteurs cognitifs, comportementaux et physiologiques de l'insomnie. À titre d'exemple, la fatigue encourage le recours aux siestes et les difficultés de fonctionnement quotidien augmentent l'anxiété de performance par rapport au sommeil ainsi que l'activation physiologique au moment du coucher (Morin & Espie, 2003).

Le modèle théorique de Morin offre des explications cohérentes pour comprendre la persistance des perturbations du sommeil après un traitement de l'anxiété chez les patients avec un trouble anxieux. Certains facteurs sont partagés avec les modèles théoriques de l'anxiété. L'activation émotionnelle (ex. : la peur), l'activation cognitive (ex. : les pensées intrusives ou les inquiétudes) et l'activation physiologique (ex. : la suractivation du système nerveux sympathique) sont des facteurs communs à l'anxiété et l'insomnie. Leur rôle dans l'interaction entre ces deux problématiques a été détaillé au chapitre I (section 1.2.1). Il est probable que l'impact sur l'insomnie de ces facteurs communs diminue suite au traitement pour les troubles anxieux. Car ces

facteurs sont ciblés par les TCC pour le TPA ou le TAG. Le modèle de Morin identifie également des facteurs qui sont spécifiques à l'insomnie, comme les cognitions dysfonctionnelles par rapport au sommeil, les mauvaises habitudes de sommeil et les conséquences de l'insomnie. Nous avançons l'hypothèse que dans certains cas, ces facteurs spécifiques à l'insomnie persistent après le traitement des troubles anxieux et jouent un rôle dans le maintien de l'insomnie.

4.3 Considérations cliniques

4.3.1 L'évaluation des symptômes d'insomnie lors du traitement de la comorbidité entre le TPA et le TAG

Les résultats obtenus dans cette étude fournissent des données significatives pour les cliniciens intervenant auprès d'une clientèle souffrant de troubles anxieux, particulièrement le TPA et le TAG. La prévalence élevée du diagnostic d'insomnie chez les individus qui présentent un TPA et un TAG en comorbidité souligne l'importance d'une évaluation exhaustive des perturbations du sommeil lors de la prise en charge de ces patients. Les résultats supposant que les symptômes d'insomnie et les symptômes d'anxiété évoluent de façon indépendante pour plusieurs individus, il serait pertinent d'évaluer dès le début du traitement s'il y a présence de facteurs spécifiques de maintien de l'insomnie. En effet, ceux-ci pourraient entrainer la persistance des perturbations du sommeil après le traitement. Il est indiqué de suivre de près l'évolution des symptômes d'insomnie tout au long du traitement des troubles anxieux, même lorsque les manifestations anxieuses sont résorbées. En effet, les résultats de la présente étude montrent que pour certains individus, les problèmes d'insomnie demeurent significatifs et satisfont même les critères diagnostiques du trouble d'insomnie après le traitement efficace du trouble anxieux. De plus, les cliniciens devraient porter une attention particulière à

l'évolution des problèmes d'insomnie lorsque les patients présentent également des symptômes dépressifs. Ceci est d'autant plus vrai si la symptomatologie dépressive s'améliore petitement au cours du traitement de l'anxiété. En somme, les cliniciens travaillant auprès d'une clientèle souffrant de troubles anxieux bénéficieraient d'une connaissance approfondie de l'insomnie, incluant sa symptomatologie et ses facteurs de maintien.

4.3.2 Le traitement des facteurs spécifiques de l'insomnie

Les résultats présentés au chapitre II indiquent que les patients avec une comorbidité entre le TPA et le TAG, passent trop de temps éveillés dans leur lit (c.-à-d. environ 81 minutes par nuit), même s'ils finissent par accumuler un nombre d'heures acceptable de sommeil (environ 7 heures 20 minutes). Ce temps d'éveil est également distribué entre des difficultés d'endormissement, des difficultés de maintien du sommeil et des éveils prématurés. Une quantité trop élevée de temps passé dans le lit en espérant dormir est un facteur de maintien de l'insomnie selon le modèle théorique de Morin. Cette présentation clinique des perturbations du sommeil suggère que les patients avec une comorbidité entre le TPA et TAG seraient de bons candidats pour la TCC-I.

Les facteurs spécifiques de l'insomnie, soit les facteurs cognitifs et comportementaux de maintien de l'insomnie, sont les principales cibles de la TCC-I. En effet, la TCC-I regroupe diverses stratégies pour briser l'influence de ces facteurs. D'abord, la restriction du temps au lit favorise une plus grande continuité du sommeil (c.-à-d. une diminution du nombre d'éveils), en visant une concordance entre le temps passé au lit et le temps de sommeil (ex. : une personne qui dort habituellement 5h30 sur 8 heures passées au lit devra planifier son horaire nocturne pour rester uniquement 5h30 au lit). Le contrôle du stimulus vise à renforcer l'association entre la chambre à coucher et le sommeil, par exemple en restreignant les activités qui y sont réalisées (c.-à-d.

uniquement pour dormir et les activités sexuelles) ou en quittant immédiatement le lit devant l'incapacité de trouver le sommeil. La thérapie cognitive pour l'insomnie a pour objectif de remplacer les cognitions dysfonctionnelles par des pensées plus adaptées. Différentes techniques sont utilisées pour atteindre ce but, comme le questionnement socratique, la mise à l'épreuve des hypothèses et le réexamen des pensées catastrophiques. L'hygiène du sommeil est un enseignement à propos des habitudes qui favorisent le sommeil (ex. : diminution de la consommation de caféine, faire de l'activité physique en évitant de s'entrainer le soir). L'hygiène du sommeil inclut également de l'information à propos du sommeil normal et des changements attendus selon l'âge. Finalement, l'entrainement à la relaxation ne vise pas directement les facteurs spécifiques de maintien de l'insomnie, son objectif étant de réduire l'activation physiologique et cognitive (Belanger, Savard, & Morin, 2006; Morin, 2006; Morin & Espie, 2003).

L'efficacité de la TCC-I est bien établie et certaines données suggèrent qu'elle est également efficace pour le traitement de l'insomnie en comorbidité avec un autre trouble psychiatrique (Dautovich, McNamara, Williams, Cross, & McCrae, 2010; Morin, Bootzin, et al., 2006; Morin, Culbert, & Schwartz, 1994; Morin et al., 1999; Okajima et al., 2011; Sanchez-Ortuno & Edinger, 2012; Smith et al., 2002). La TCC-I peut aisément complémenter la TCC pour les troubles anxieux, car elle est fondée sur des bases théoriques similaires, celles de la TCC. Les deux TCC utilisant une terminologie semblable (ex. : cognitions, comportements, émotions, environnement), la compréhension et l'intégration des concepts de ces deux traitements seraient facilitées pour les patients souffrant à la fois d'insomnie et de troubles anxieux. Il serait donc tout à fait envisageable de combiner ces deux TCC. Une telle combinaison a d'ailleurs été rapportée dans des études de cas menées auprès d'individus souffrant concurremment d'un état de stress post-traumatique et d'insomnie (Baddeley & Gros, 2013; DeViva, Zayfert, Pigeon, & Mellman, 2005). Les résultats positifs observés sur les deux troubles appuient l'hypothèse selon

laquelle la TCC et la TCC-I se complémentent bien pour traiter les patients avec un trouble anxieux et de l'insomnie concomitante.

4.3.3 Difficultés potentielles dans le cadre de l'application de la TCC-I chez les patients avec un TPA ou un TAG

L'introduction de nouvelles techniques d'intervention chez des patients avec un trouble psychiatrique requiert une évaluation rigoureuse de leur impact sur la condition de santé mentale. Dans cette optique, il est prudent d'envisager la possibilité que certaines techniques de la TCC-I, dans leurs versions originales, puissent entrainer des difficultés chez les patients avec un TPA ou un TAG, en raison de certaines caractéristiques singulières de ces troubles anxieux. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné l'impact de la TCC-I chez les patients avec un TPA ou un TAG. Toutefois, Smith, Huang et Manber (2005) ainsi que Uhde et ses collaborateurs (2009) ont élaboré des hypothèses théoriques intéressantes sur les aspects de la TCC-I qui pourraient nécessiter l'usage de vigilance lors de leur emploie auprès d'une clientèle avec un TP/A ou un TAG.

Au lendemain d'une nuit de privation de sommeil, les patients avec un TP font l'expérience de niveaux plus élevés d'anxiété et d'un plus grand nombre d'attaques de panique diurnes (Roy-Byrne, Uhde, & Post, 1986; Uhde et al., 2009). À la lumière de ces données, Smith et ses collaborateurs (2005) ont postulé que la restriction du temps au lit, qui entraine une légère privation de sommeil, serait susceptible d'augmenter l'anxiété et le nombre d'attaques de panique diurnes des patients avec un TP. À leur avis, l'augmentation de ces symptômes pourrait également engendrer une appréhension à l'égard de la privation de sommeil et accroître l'anxiété de performance par rapport au sommeil. Par conséquent, la restriction du temps au lit devrait possiblement être implantée avec précaution chez les patients avec un TP/A,

en assurant un suivi serré des symptômes de panique et d'anxiété. D'autre part, les patients qui font l'expérience d'attaques de panique nocturnes sont à risque de développer une appréhension relative au sommeil ainsi qu'aux états de somnolence et de relaxation (Smith et al., 2005; Uhde et al., 2009). Ce phénomène se produit par un mécanisme de conditionnement classique. Cette appréhension est possiblement en mesure de créer un obstacle à la mise en place des techniques de relaxation de la TCC-I. Lorsque cette appréhension est présente, les cliniciens pourraient considérer l'état de relaxation dans le cadre théorique de la symptomatologie du TPA et le traiter de la même façon que les autres situations appréhendées, avant d'introduire les techniques de relaxation pour traiter l'insomnie. Uhde et ses collaborateurs (2009) mentionnent également que certains patients qui font des attaques de paniques nocturnes ont une très mauvaise hygiène du sommeil. Ils emploient plusieurs stratégies pour se reposer sans tomber dans un sommeil profond, par crainte de faire une autre attaque nocturne. À titre d'exemple, ils peuvent inonder leur chambre de lumière, laisser la télévision allumée avec un volume très élevé ou programmer la température de la chambre à un niveau inconfortable. Toutes ces précautions sont mises en œuvres pour éviter les situations qui pourraient déclencher une attaque de panique nocturne. Lors du traitement de l'insomnie, la fonction de ces comportements doit être prise en compte avant de tenter une modification de l'hygiène du sommeil afin de favoriser l'efficacité de cette technique. Selon Uhde et ses collaborateurs (2009), les cliniciens devront possiblement envisager en premier une diminution de la fréquence des attaques de panique nocturne et par la suite une intervention sur l'hygiène du sommeil.

La diminution des inquiétudes est une cible commune à la TCC pour le TAG et à la TCC-I. Toutefois, le traitement des inquiétudes n'est pas nécessairement réalisé de la même façon dans les deux TCC. Par exemple, le traitement du TAG offert dans la présente étude aborde les inquiétudes en fonction du concept d'intolérance à l'incertitude et les divise en deux catégories : les inquiétudes concernant des

problèmes actuels et celles concernant des problèmes imaginés (Dugas & Robichaud , 2007). Parmi les stratégies employées se retrouvent l'entrainement à la résolution de problèmes, la correction des attitudes inefficaces face aux problèmes et l'exposition cognitives aux inquiétudes. D'un autre côté, la TCC-I regroupe plutôt des stratégies de questionnement socratique, de mise à l'épreuve des hypothèses et de réexamen des pensées catastrophiques. Certaines méthodes se complémentent aisément, alors que d'autres pourraient possiblement créer de l'interférence. À titre d'exemple, l'exposition cognitive vise l'augmentation de la tolérance à l'incertitude et la diminution de l'évitement des images mentales menaçantes, alors que le questionnement socratique cible plutôt le remplacement des dysfonctions cognitives par des cognitions plus adaptées. Si les cliniciens choisissent d'associer des techniques de la TCC-I à des techniques de la TCC pour le TAG, il serait prudent de s'assurer qu'elles ne créent pas de la confusion chez les patients à l'égard de la gestion de leurs inquiétudes. Il est probable qu'une uniformisation des techniques soit plus facile à intégrer pour les patients. D'autre part, en se basant sur leur expérience clinique avec les patients qui souffrent à la fois d'un TAG et d'insomnie, Smith et ses collaborateurs (2005) soulignent certaines difficultés pouvant découler de la mise en place de la technique de restriction du temps au lit. Certains de ces patients vivent une anxiété intense devant l'idée de réduire le temps passé au lit et se retrouvent dans un état d'activation encore plus élevé au moment de se coucher. L'activation entre en conflit avec l'un des mécanismes d'action de la restriction du temps au lit qui consiste en une pression à dormir entrainée par la légère privation de sommeil. Les cliniciens doivent donc être vigilants à cette possibilité lors de l'application de la restriction du temps au lit chez les patients avec un TAG. Si la mise en place de cette technique entraine des difficultés, elle pourrait être réintroduite plus tard dans le traitement, lorsqu'une certaine diminution de l'anxiété a été atteinte.

Ces considérations cliniques constituent des hypothèses et ne sont pas supportées par des données empiriques. Elles fournissent de pistes de réflexion pour les cliniciens

qui travaillent auprès des patients souffrant d'insomnie en concomitance avec un TPA ou un TAG. Elles soulignent également l'importance de bien évaluer l'impact de la problématique anxieuse du patient sur le trouble d'insomnie avant d'appliquer les techniques de la TCC-I. Il importera probablement aux cliniciens de choisir judicieusement l'ordre des cibles d'intervention en fonction de la sévérité des symptômes d'insomnie et des symptômes anxieux, afin de favoriser une plus grande efficacité du traitement des deux problématiques.

4.4 Considérations méthodologiques

4.4.1 Limites de l'étude

Les résultats de cette étude doivent être considérés à la lumière de certaines limites. D'abord, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'isoler complètement l'effet de l'intervention expérimentale sur les changements observés aux mesures d'insomnie. Il est probable que d'autres facteurs, comme l'effet de maturation, aient entrainé des changements chez les participants. Toutefois, la recherche démontre que pour la majorité des patients, les problèmes d'insomnie sont assez stables sur une période de trois ans (Morin et al., 2009), ce qui diminue les chances que les changements observés soient attribuables à l'effet de maturation. Aussi, l'étude n'a pas utilisé une assignation aléatoire traditionnelle qui est la méthode la plus éprouvée pour contrôler l'effet de l'histoire sur les résultats (ex. : événements qui se produisent à l'extérieur de l'expérimentation comme un événement médiatique ou météorologique). Toutefois, l'utilisation d'une assignation par cohorte est une bonne méthode pour minimiser l'influence de cette menace potentielle à la validité interne. En effet, l'assignation des participants à l'une des deux conditions expérimentales étant modifiée tous les quatre mois sur une période de trois ans et demi, les chances sont réduites pour qu'un événement affecte l'ensemble des participants d'une condition de

traitement. De plus, cette menace potentielle à la validité interne aurait un faible impact sur les résultats de la présente étude, car nous avons combiné les deux conditions de traitement dans la majorité des analyses. D'autre part, cette étude ayant été réalisée à partir de données secondaires d'un vaste projet de recherche, la présence d'insomnie n'était pas un critère de sélection. Cet aspect a potentiellement diminué l'ampleur de l'impact des TCC sur l'insomnie à cause d'un effet de plancher. À titre d'exemple, les TCC ont probablement eu un effet limité sur le sommeil des participants qui étaient des bons dormeurs avant le traitement. Toutefois, la taille d'effet obtenue dans notre étude est élevée et elle est comparable à celle d'autres études dans le domaine (c.-à-d. effet des TCC pour le TAG sur les perturbations du sommeil). Ceci nous permet de présumer que l'impact de cette limite sur nos résultats est restreint. De plus, nous avons conduit des analyses spécifiques auprès des participants qui présentaient de l'insomnie avant le traitement afin d'obtenir un portrait plus complet de l'effet des TCC pour le TPA et le TAG sur l'insomnie concomitante. Finalement, l'utilisation d'un échantillon de convenance limite la généralisation des résultats. Bien que certains participants aient été recrutés à partir d'une liste d'attente naturelle d'une clinique d'anxiété, la majorité des participants étaient des individus à la recherche d'un traitement pour leurs problèmes d'anxiété, recrutés par le biais de publicités. Il est possible que ces individus possèdent des caractéristiques particulières (ex. : sur le plan de la motivation) qui les différencient de la population générale ou d'un échantillon clinique.

4.4.2 Forces de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la première à examiner l'impact de la TCC pour le TPA ou le TAG sur l'insomnie, dans un échantillon d'individus avec une comorbidité impliquant ces deux troubles anxieux. De plus, un très petit nombre d'études parmi les études cliniques sur l'efficacité de la TCC pour les troubles

anxieux s'est intéressé à l'effet du traitement sur l'insomnie. En considérant ces deux aspects, notre étude apporte une contribution nouvelle aux écrits scientifiques dans le domaine de l'insomnie et de l'anxiété. Une seconde force de la présente étude est le recours à des méthodes d'évaluation diversifiées et complémentaires pour mesurer l'insomnie (c.-à-d. entrevue diagnostique, questionnaire standardisé, auto-observation quotidienne). Une telle diversification est rare comparativement aux études qui se sont auparavant intéressées à l'impact de la TCC pour l'anxiété sur l'insomnie. De plus, les instruments utilisés possèdent d'excellentes qualités psychométriques, ce qui favorise la fiabilité et la validité des mesures et accroît la validité interne. La rigueur méthodologique est une autre force de l'étude. En effet, plusieurs moyens ont été mis en œuvre pour assurer l'uniformité des procédures. À titre d'exemple, la procédure d'évaluation était entièrement décrite dans un manuel, les thérapeutes ont administré le traitement en se basant sur un protocole détaillé et un manuel de traitement était fourni aux participants pour améliorer la compréhension des stratégies abordées en thérapie. Les évaluateurs ont tous été formés par une psychologue certifiée et ont bénéficié de supervisions pour leurs premières entrevues. L'ensemble des thérapeutes possédait une spécialisation clinique en TCC pour les troubles anxieux. De plus, des mesures ont été prises pour s'assurer du respect des procédures d'évaluation et des protocoles de traitement. La fidélité inter-juge pour l'établissement des diagnostics de TPA et de TAG et pour le calcul des indices de l'agenda du sommeil était excellente, avec des pourcentages d'accord respectifs de 95,45% et 98,42%. De la même façon, les thérapeutes ont rigoureusement respecté les protocoles de traitement, puisque nous avons obtenu un excellent indice d'adhérence au protocole (99.49%) sur un échantillon aléatoire des séances de 25% des participants. L'ensemble de ces mesures favorise grandement la validité interne des résultats.

4.5 Pistes pour les recherches futures

4.5.1 Réplication des résultats

Cette étude contribue au champ de recherche de l'impact de la TCC pour les troubles anxieux sur les perturbations du sommeil concomitantes. Comme mentionné à la section 1.6, la quantité de données dans ce domaine est restreinte et les résultats hétérogènes. En plus de la présente contribution, ce champ de recherche nécessite davantage de données afin d'établir des conclusions claires. Des recherches pourraient être réalisées auprès de diverses populations (ex. : patients avec de l'anxiété sociale, patients avec ou sans comorbidité entre troubles anxieux), afin d'examiner si l'efficacité de la TCC sur l'insomnie diffère en fonction des populations cibles. D'autre part, une réplication des résultats dans le cadre d'un devis quasi-expérimental comportant un groupe contrôle permettrait d'isoler complètement l'effet de la TCC pour les troubles anxieux sur l'insomnie. De plus, l'évolution de l'insomnie et des perturbations du sommeil après la fin du traitement pourrait être examinée dans un devis incluant des suivis à divers moment dans le temps (ex. : 3 mois, 6 mois, 1 an).

Dans la présente recherche, nous avons choisi d'utiliser des mesures plus spécifiques aux troubles anxieux à l'étude pour examiner diverses associations entre l'insomnie et l'anxiété. Nous avons utilisé l'Index de Sensibilité à l'Anxiété (*Anxiety Sensitivity Index*; Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986) et le Questionnaire des Inquiétudes de Penn State (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) pour évaluer les associations entre l'insomnie et l'anxiété avant le traitement, pour examiner les facteurs de prédiction des changements observés sur l'insomnie au cours du traitement et pour explorer les facteurs de prédiction de la sévérité de l'insomnie après le traitement. L'Index de Sensibilité à l'Anxiété est un instrument utile pour évaluer l'anxiété de l'ensemble des troubles anxieux, mais

mesure des concepts particulièrement représentatifs de l'anxiété des patients avec un TPA. De son côté, le Questionnaire des Inquiétudes de Penn State mesure les inquiétudes pour l'ensemble des troubles anxieux, mais constitue une mesure standard de l'évaluation des inquiétudes chez les patients avec un TAG. D'autres recherches pourraient choisir des mesures plus générales de l'anxiété, comme l'Inventaire d'Anxiété de Beck (*Beck Anxiety Inventory*; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) ou l'Inventaire d'Anxiété État- Trait (*State- Trait Anxiety Inventory*; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), afin d'observer si ces instruments mènent à des résultats similaires.

4.5.2 Les facteurs spécifiques de l'insomnie chez les patients présentant un TPA ou un TAG

Dans la discussion de l'article II, nous avons émis l'hypothèse de la présence de deux types de facteurs qui entretenaient l'insomnie chez les patients avec un TPA et un TAG en comorbidité. Nous avons proposé d'un côté la présence de facteurs liés à l'anxiété et de l'autre la présence de facteurs spécifiques à l'insomnie. Cette hypothèse semble cohérente, sur le plan théorique, avec les résultats selon lesquels les problèmes d'insomnie bénéficient du traitement pour les troubles anxieux chez certains patients, alors que chez d'autres, ces problèmes persistent après le traitement. Les recherches futures devraient examiner la présence de facteurs spécifiques de maintien de l'insomnie chez les patients avec un TPA, avec un TAG, avec une comorbidité entre le TPA et le TAG ou de façon plus générale chez les patients avec un trouble anxieux. Des études transversales fourniraient des données sur les relations entre l'insomnie et les facteurs de maintien spécifiques à l'insomnie chez les patients qui ont un TPA ou un TAG. Il serait également pertinent de considérer les facteurs spécifiques à l'insomnie dans le cadre d'études longitudinales. À ce jour, les données

d'une étude rétrospective suggèrent que dans la plupart des cas, le trouble anxieux se développe avant l'insomnie (Ohayon & Roth, 2003). Cette présentation est cohérente avec la théorie de Morin selon laquelle les perturbations du sommeil sont déclenchées par une situation stressante, comme une maladie ou un trouble de santé mentale, et maintenues par d'autres facteurs. Il serait donc pertinent d'observer dans le cadre d'une étude longitudinale, si la mise en place des facteurs de maintien spécifiques à l'insomnie se fait graduellement après l'apparition des perturbations du sommeil engendrées par le trouble anxieux. D'autre part, les recherches futures pourraient examiner les facteurs spécifiques à l'insomnie dans le cadre d'études de traitement pour les troubles anxieux. En effet, il serait intéressant d'évaluer l'évolution des facteurs liés à l'anxiété parallèlement à celle des facteurs spécifiques de l'insomnie tout au long du traitement des troubles anxieux. De telles études permettraient de départager les rôles joués par les deux types de facteurs au sein des changements observés sur l'insomnie. Les chercheurs pourraient observer s'il y a un effet différentiel du traitement pour les troubles anxieux sur l'insomnie selon le type de facteur qui est le plus influent dans le maintien de l'insomnie. Ainsi, l'hypothèse selon laquelle les patients dont l'insomnie bénéficie le moins du traitement pour les troubles anxieux sont ceux dont l'insomnie est maintenue majoritairement par les facteurs spécifiques de l'insomnie pourrait être vérifiée.

4.5.3 Le traitement de l'insomnie chez les patients avec un TPA ou un TAG

Les résultats présentés au chapitre III soulignent l'importance de cibler l'insomnie dans les plans de traitement du TPA et du TAG. Les recherches futures devraient explorer les divers aspects liés à l'implantation d'un traitement pour l'insomnie chez les patients avec un TPA ou un TAG. Dans la section 4.3.3, nous avons présenté plusieurs hypothèses théoriques à propos des difficultés qui pourraient émerger lors de l'application de la TCC-I chez les patients qui ont un TPA ou un TAG. Il serait

intéressant d'examiner ces hypothèses dans le cadre d'études de traitement. Des devis de recherche combinant des méthodes quantitatives et qualitatives permettraient de tester l'efficacité de la TCC-I pour la diminution de l'insomnie dans cette population, d'évaluer l'innocuité des techniques de la TCC-I au sein de cette population et de récolter des données sur la perception (ex. : appréhensions, difficultés rencontrées) des participants à l'égard des techniques de la TCC-I. De telles recherches permettraient d'émettre des recommandations claires et, au besoin, des mises en garde, à propos de l'application des techniques de la TCC-I chez les patients avec un TPA ou un TAG. Les recherches futures devraient par la suite concentrer leurs efforts sur le développement d'une approche efficace pour traiter les patients qui ont un TPA ou un TAG ainsi que de l'insomnie. En effet, plusieurs méthodes sont envisageables pour combiner la TCC pour le TPA ou le TAG et la TCC-I. À titre d'exemple, il est possible de : 1) adjoindre des techniques de la TCC-I au plan de traitement de la TCC pour les troubles anxieux; 2) traiter séquentiellement les troubles anxieux et l'insomnie en administrant tour à tour la TCC pour les troubles anxieux et la TCC-I; 3) développer un traitement pour la comorbidité entre les troubles anxieux et l'insomnie en combinant la TCC pour les troubles anxieux et la TCC-I. Les chercheurs devraient donc évaluer quelle approche est la plus efficace pour le traitement des problèmes d'insomnie chez les patients qui ont un TPA ou un TAG. Dans le cadre de cette investigation, il serait intéressant d'examiner si certains facteurs interviennent pour moduler l'efficacité de ces approches. À titre d'exemple, les facteurs suivants pourraient être considérés : la sévérité de l'insomnie, la sévérité des troubles anxieux, l'importance des facteurs liés à l'anxiété et des facteurs spécifiques à l'insomnie dans le maintien des perturbations du sommeil. Des études évaluant le rapport entre le coût et l'efficacité des différentes approches permettraient de contribuer à une décision éclairée sur la méthode à préconiser pour combiner la TCC pour les troubles anxieux et la TCC-I. Ces efforts de recherche sont importants pour assurer une bonne gestion des patients avec un TPA ou un TAG qui présentent également des problèmes d'insomnie.

4.6 Transfert des connaissances

La première méthode envisagée pour assurer une large transmission des résultats de la présente étude est la publication des deux articles présentés dans les chapitres II et III dans des revues scientifiques d'envergure internationale. La publication dans des revues scientifiques permettra de communiquer les résultats aux chercheurs et cliniciens du domaine de la santé mentale ainsi que ceux appartenant à des domaines connexes. Les deux articles ont déjà été soumis pour publication, l'un auprès d'une revue européenne, l'autre auprès d'une revue américaine. En deuxième lieu, nous projetons de diffuser les résultats de cette étude aux chercheurs et cliniciens à l'aide de présentations par affiche et de communications orales dans des congrès scientifiques et cliniques se rapportant à la psychologie, la psychiatrie, l'insomnie ou l'anxiété. Les présentations lors de congrès offrent l'avantage de pouvoir discuter directement avec les chercheurs et cliniciens, afin de répondre à leurs interrogations ou d'échanger des idées et opinions. Afin de favoriser la transmission des résultats aux professionnels œuvrant auprès d'une clientèle souffrant de troubles anxieux, des présentations pourraient être organisées dans des hôpitaux, instituts de santé mentale, cliniques universitaires, cliniques privées et Centre de Santé et de Services Sociaux (CSSS). Il est essentiel de diffuser ces résultats dans les milieux cliniques, afin de sensibiliser les professionnels à l'importance de considérer les problèmes d'insomnie chez les patients présentant des troubles anxieux.

4.7 Conclusion générale

En conclusion, les résultats de la présente thèse ont révélé un taux de prévalence élevée de l'insomnie chez les patients qui ont un TPA et un TAG en comorbidité. Avant de recevoir un traitement pour leur trouble anxieux, plus du deux tiers des participants présentait un diagnostic d'insomnie. Ces résultats soulignent donc

l'importance d'évaluer l'insomnie lors de la prise en charge en milieu clinique des patients qui souffrent à la fois d'un TPA et d'un TAG. L'exploration des liens entre l'insomnie et l'anxiété a révélé de faibles associations entre ces deux variables. Ces résultats incitent à postuler que malgré un taux de comorbidité élevé avec les troubles anxieux, l'insomnie tend à évoluer de façon indépendante à l'anxiété, plutôt que d'en constituer un symptôme ou un trouble secondaire. L'association entre l'insomnie et les symptômes de dépression s'est avérée plus élevée, même si le diagnostic de dépression était beaucoup moins prévalent que celui d'insomnie dans cet échantillon de patients avec un TPA et un TAG. Les symptômes dépressifs sont donc pertinents à examiner lors de l'évaluation de l'insomnie dans cette clientèle. Les résultats de cette thèse indiquent également que la TCC pour le TPA ou le TAG a un impact significatif sur la diminution des symptômes d'insomnie. Toutefois, une quantité considérable de participants reste aux prises avec un diagnostic d'insomnie ou des symptômes résiduels d'insomnie après la TCC pour les troubles anxieux. Ces données sont d'une haute importance, car l'insomnie résiduelle après un traitement pour un trouble de santé mentale est un facteur de risque pour la rechute du trouble traité. Il est donc fortement recommandé aux cliniciens de considérer l'insomnie lors du traitement du TPA ou du TAG et de s'assurer de sa rémission à la fin de la thérapie. Les changements sur le plan de la sévérité des troubles anxieux et de la sévérité des symptômes dépressifs sont des prédicteurs qui pourront aiguiller les cliniciens pour cibler les patients à risque de présenter une faible amélioration de l'insomnie au cours du traitement. Les recherches futures devront explorer les facteurs responsables du maintien de l'insomnie après un traitement efficace des troubles anxieux. Pour alimenter ces recherches, des hypothèses ont été avancées dans le présent ouvrage. Les facteurs de maintien spécifiques à l'insomnie, les cognitions dysfonctionnelles et les mauvaises habitudes de sommeil sont des pistes pertinentes pour l'investigation de cette question.

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Sleep Medicine. (2001). *International classification of sleep disorders, revised; Diagnostic and coding manual*. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Baddeley, J. L., & Gros, D. F. (2013). Cognitive behavioral therapy for insomnia as a preparatory treatment for exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *American journal of psychotherapy, 67*(2).

Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of anxiety disorders, 23*(8). doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.011

Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002). *Neurosciences: À la découverte du cerveau* (A. Nieoullon, Trans.). Reuil-Malmaison: France: Éditions Pradel.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6). doi: 10.1037/0022-006x.56.6.893

Bélanger, L., Morin, C. M., Langlois, F., & Ladouceur, R. (2004). Insomnia and generalized anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy for gad on insomnia symptoms. *Journal of anxiety disorders, 18*(4), 561-571.

Belanger, L., Savard, J., & Morin, C. M. (2006). Clinical management of insomnia using cognitive therapy. *Behavioral sleep medicine, 4*(3). doi: 10.1207/s15402010bsm0403_4

Belleville, G., Cousineau, H., Levrier, K., St-Pierre-Delorme, M.-E., & Marchand, A. (2010). The impact of cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on concomitant sleep disturbances: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders, 24*(4).

Belleville, G., Marchand, A., Lessard, M.-J., Pelland, M.-È., & Poirier-Bisson, J. (en préparation). Sleep disturbances in patients with chest pain and panic disorder recruited in an emergency department.

Blais, F. C., Morin, C. M., Boisclair, A., Grenier, V., & Guay, B. (2001). Insomnia. Prevalence and treatment of patients in general practice. [L'insomnie. Prevalence et traitement chez les patients consultant en medecine generale.]. *Canadian family physician Medecin de famille canadien, 47*.

Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (1992). Caffeine use as a model of acute and chronic insomnia. *Sleep, 15*(6).

Bonnet, M. H., & Arand, D. L. (2010). Hyperarousal and insomnia: state of the science. *Sleep medicine reviews, 14*(1). doi: 10.1016/j.smrv.2009.05.002

Bouvard, M., Mollard, E., Guerin, J., & Cottraux, J. (1997). Study and course of the psychological profile in 77 patients experiencing panic disorder with agoraphobia after cognitive behaviour therapy with or without buspirone. *Psychotherapy and Psychosomatics, 66*(1), 27-32. doi: 10.1159/000127215

Brenes, G. A., Miller, M. E., Williamson, J. D., McCall, W. V., Knudson, M., & Stanley, M. A. (2012). A randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety disorders. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 20*(8).

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry, 39*(6), 411-418.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(6). doi: 10.1037//0022-006x.60.6.835

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the *DSM-IV* anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., . . . Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *The American journal of psychiatry, 162*(6). doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179

Cervena, K., Matousek, M., Prasko, J., Brunovsky, M., & Paskova, B. (2005). Sleep disturbances in patients treated for panic disorder. *Sleep medicine, 6*(2). doi: 10.1016/j.sleep.2004.08.008

Craske, M. G., Lang, A. J., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., Bystritsky, A., & Yan-Go, F. (2002). Does nocturnal panic represent a more severe form of panic disorder? *The Journal of nervous and mental disease, 190*(9), 611-618. doi: 10.1097/00005053-200209000-00006

Craske, M. G., Lang, A. J., Tsao, J. C., Mystkowski, J. L., & Rowe, M. K. (2001). Reactivity to interoceptive cues in nocturnal panic. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 32*(3), 173-190. doi: 10.1016/s0005-7916(01)00033-7

Dautovich, N. D., McNamara, J., Williams, J. M., Cross, N. J., & McCrae, C. S. (2010). Tackling sleeplessness: Psychological treatment options for insomnia. *Nature and science of sleep, 2*.

Davis, L. (2008). *The effect of treatment for principal anxiety disorders on comorbid Axis I disorders* (Thèse de doctorat). Extrait de ProQuest Dissertations and Theses. (3314011)

DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: case studies. *Journal of traumatic stress, 18*(2). doi: 10.1002/jts.20015

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice.* New York: Routledge.

Durham, R. C., Allan, T., & Hackett, C. A. (1997). On predicting improvement and relapse in generalized anxiety disorder following psychotherapy. *The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society, 36 (Pt 1).*

Edinger, J. D., Wyatt, J. K., Stepanski, E. J., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Carney, C. E., . . . Krystal, A. D. (2011). Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses. Results of a multitrait-multimethod analysis. *Archives of general psychiatry, 68*(10). doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.64

Espie, C. A., Kyle, S. D., Hames, P., Cyhlarova, E., & Benzeval, M. (2012). The daytime impact of DSM-5 insomnia disorder: comparative analysis of insomnia subtypes from the Great British Sleep Survey. *The Journal of clinical psychiatry, 73*(12). doi: 10.4088/JCP.12m07954

Francis, J. L., Weisberg, R. B., Dyck, I. R., Culpepper, L., Smith, K., Orlando Edelen, M., & Keller, M. B. (2007). Characteristics and course of panic disorder and panic disorder with agoraphobia in primary care patients. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 9*(3).

Gaines, J. J. (2002). *Worry and associated symptoms in younger versus middle-aged adults with DSM-IV generalized anxiety disorder at pre- and post-treatment* (thèse de doctorat). Extrait de ProQuest Information & Learning. (5962)

Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive psychiatry, 36*(4), 303-311. doi: 10.1016/s0010-440x(95)90076-4

Goldenberg, I. M., White, K., Yonkers, K., Reich, J., Warshaw, M. G., Goisman, R. M., & Keller, M. B. (1996). The infrequency of "pure culture" diagnoses among the anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry, 57*(11). doi: 10.4088/JCP.v57n1105

Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(5). doi: 10.1037/0022-006x.74.5.908

Harvey, A. G., Belanger, L., Talbot, L., Eidelman, P., Beaulieu-Bonneau, S., Fortier-Brochu, E., . . . Morin, C. M. (2014). Comparative efficacy of behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive behavior therapy for chronic insomnia: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 82*(4). doi: 10.1037/a0036606

Harvey, A. G., Hairston, I. S., Gruber, J., & Gershon, A. (2009). Anxiety and sleep. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and*

related disorders (pp. 611-621). New York, NY, US: Oxford University Press.

Harvey, A. G., & Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy, 40*(3). doi: 10.1016/s0005-7967(01)00012-2

Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health psychology, 25*(1). doi: 10.1037/0278-6133.25.1.3

Jansson, M., & Linton, S. J. (2006). The development of insomnia within the first year: a focus on worry. *British journal of health psychology, 11*(Pt 3). doi: 10.1348/135910705x57412

Karatsoreos, I. N., & McEwen, B. S. (2011). Psychobiological allostasis: resistance, resilience and vulnerability. *Trends in cognitive sciences, 15*(12). doi: 10.1016/j.tics.2011.10.005

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Source Archives of General Psychiatry, Vol 62*(6), 617-627.

Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand, A., & Letarte, A. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder With Agoraphobia. *Behavior Modification, 30*(4), 383-410. doi: 10.1177/0145445504265277

Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., & Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification, 31*(5), 616-637. doi: 10.1177/0145445507301132

Lee, M., Choh, A. C., Demerath, E. W., Knutson, K. L., Duren, D. L., Sherwood, R. J., . . . Czerwinski, S. A. (2009). Sleep disturbance in relation to health-related quality of life in adults: the Fels Longitudinal Study. *The journal of nutrition, health & aging, 13*(6).

Leger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Levy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep, 25*(6).

Leger, D., Massuel, M.-A., Metlaine, A., & Group, S. S. (2006). Professional correlates of insomnia. *Sleep, 29*(2).

Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Taylor, D. J., Bush, A. J., & Riedel, B. W. (2003). Quantitative criteria for insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 41*(4), 427-445. doi: 10.1016/s0005-7967(02)00023-2

Lijun, C., Ke-Qing, L., Xiuli, S., Ze, C., Qinpu, J., Yanchao, H., . . . Hua, L. (2012). A survey of sleep quality in patients with 13 types of mental disorders. *The primary care companion to CNS disorders, 14*(6). doi: 10.4088/PCC.11m01173

Marchand, L., Marchand, A., Landry, P., Letarte, A., & Labrecque, J. (2013). Efficacy of two cognitive-behavioral treatment modalities for panic disorder with nocturnal panic attacks. *Behavior Modification, 37*(5). doi: 10.1177/0145445513492792

Marcks, B. A., Weisberg, R. B., Edelen, M. O., & Keller, M. B. (2010). The relationship between sleep disturbance and the course of anxiety disorders in primary care patients. *Psychiatry research, 178*(3), 487-492.

Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder. *The American journal of psychiatry, 150*(4).

McEvoy, P. M., Grove, R., & Slade, T. (2011). Epidemiology of anxiety disorders in the Australian general population: findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 45*(11). doi: 10.3109/00048674.2011.624083

McGowan, S. K., & Behar, E. (2013). A preliminary investigation of stimulus control training for worry: Effects on anxiety and insomnia. *Behavior Modification, 37*(1), 90-112. doi: 10.1177/0145445512455661

Mellman, T. A. (2006). Sleep and anxiety disorders. *The Psychiatric clinics of North America, 29*(4). doi: 10.1016/j.psc.2006.08.005

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6

Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management.* New York, NY, US: Guilford Press.

Morin, C. M. (2006). Cognitive-behavioral therapy of insomnia. *Sleep Medicine Clinics, 1*(3), 375-386. doi: 10.1016/j.jsmc.2006.06.008

Morin, C. M., Bélanger, L., & Fortier-Brochu, É. (2006). Sommeil, insomnie et psychopathologie. *Psychologie canadienne, 47*(4), 245-262.

Morin, C. M., Belanger, L., LeBlanc, M., Ivers, H., Savard, J., Espie, C. A., . . . Gregoire, J.-P. (2009). The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. *Archives of internal medicine, 169*(5). doi: 10.1001/archinternmed.2008.610

Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: update of the recent evidence (1998-2004). *Sleep, 29*(11).

Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *The American journal of psychiatry, 151*(8).

Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment.* New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep, 22*(8).

Morin, C. M., LeBlanc, M., Belanger, L., Ivers, H., Merette, C., & Savard, J. (2011). Prevalence of insomnia and its treatment in Canada. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 56*(9).

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Merette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep medicine, 7*(2). doi: 10.1016/j.sleep.2005.08.008

Murphy, J. (2009). *Comparison of relaxation techniques for group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder* (Thèse de doctorat non publiée). Alliant International University, San Diego: CA.

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews, 6*(2). doi: 10.1053/smrv.2002.0186

Ohayon, M. M., Caulet, M., & Lemoine, P. (1998). Comorbidity of mental and insomnia disorders in the general population. *Comprehensive psychiatry, 39*(4), 185-197. doi: 10.1016/s0010-440x(98)90059-1

Ohayon, M. M., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population? *Journal of psychosomatic research, 51*(6). doi: 10.1016/s0022-3999(01)00285-9

Ohayon, M. M., & Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of psychiatric research, 37*(1), 9-15. doi: 10.1016/s0022-3956(02)00052-3

Okajima, I., Komada, Y., & Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms, 9*(1), 24-34. doi: 10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x

Overbeek, T., van Diest, R., Schruers, K., Kruizinga, F., & Griez, E. (2005). Sleep complaints in panic disorder patients. *The Journal of nervous and mental disease, 193*(7). doi: 10.1097/01.nmd.0000168233.43673.0e

Papadimitriou, G. N., & Linkowski, P. (2005). Sleep disturbance in anxiety disorders. *International Review of Psychiatry, 17*(4), 229-236.

Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., Wallace, L. A., Feistner, A. T. C., & Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalised anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders, 4*(4), 267-292. doi: 10.1016/0887-6185(90)90026-6

Provencher, M. D., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée: prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Canadian journal of psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie, 51*(2).

Ramsawh, H. J., Stein, M. B., Belik, S.-L., Jacobi, F., & Sareen, J. (2009). Relationship of anxiety disorders, sleep quality, and functional impairment in a community sample. *Journal of psychiatric research, 43*(10), 926-933.

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy, 24*(1), 1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9

Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine, 3*(5 Suppl).

Roth, T., Jaeger, S., Jin, R., Kalsekar, A., Stang, P. E., & Kessler, R. C. (2006). Sleep Problems, Comorbid Mental Disorders, and Role Functioning in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry, 60*(12), 1364-1371.

Roy-Byrne, P. P., Uhde, T. W., & Post, R. M. (1986). Effects of one night's sleep deprivation on mood and behavior in panic disorder. Patients with panic disorder compared with depressed patients and normal controls. *Archives of general psychiatry, 43*(9).

Sanchez-Ortuno, M. M., & Edinger, J. D. (2012). Cognitive-behavioral therapy for the management of insomnia comorbid with mental disorders. *Current psychiatry reports, 14*(5). doi: 10.1007/s11920-012-0312-9

Savard, J., Ivers, H., Savard, M.-H., & Morin, C. M. (2014). Is a video-based cognitive behavioral therapy for insomnia as efficacious as a professionally administered treatment in breast cancer? Results of a randomized controlled trial. *Sleep, 37*(8). doi: 10.5665/sleep.3918

Simon, G. E., & VonKorff, M. (1997). Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care. *The American journal of psychiatry, 154*(10).

Singareddy, R., & Uhde, T. W. (2009). Nocturnal sleep panic and depression: relationship to subjective sleep in panic disorder. *Journal of affective disorders, 112*(1-3). doi: 10.1016/j.jad.2008.04.026

Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical psychology review, 25*(5). doi: 10.1016/j.cpr.2005.04.004

Smith, M. T., Perlis, M. L., Park, A., Smith, M. S., Pennington, J., Giles, D. E., & Buysse, D. J. (2002). Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. *The American journal of psychiatry, 159*(1). doi: 10.1176/appi.ajp.159.1.5

Spiegelhalder, K., Regen, W., Nanovska, S., Baglioni, C., & Riemann, D. (2013). Comorbid sleep disorders in neuropsychiatric disorders across the life cycle. *Current psychiatry reports, 15*(6). doi: 10.1007/s11920-013-0364-5

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, L., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Stein, M. B., Chartier, M., & Walker, J. R. (1993). Sleep in nondepressed patients with panic disorder: I. Systematic assessment of subjective sleep quality and sleep disturbance. *Sleep, 16*(8).

Swinson, R. P., Cox, B. J., Kerr, S. A., Kuch, K., & et al. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, 37*(3), 188-191.

Tang, N. K. Y., & Harvey, A. G. (2004). Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception. *Sleep, 27*(1).

Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep, 28*(11), 1457-1464.

Tjepkema, M. (2005). Insomnia. *Health reports / Statistics Canada, 17*(1), 9-25.

Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of anxiety disorders, 12*(4). doi: 10.1016/s0887-6185(98)00020-6

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy, 33*(4), 493-509. doi: 10.1016/S0005-7894(02)80013-2

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy, 43*(7). doi: 10.1016/j.brat.2004.11.013

Uhde, T. W., Cortese, B. M., & Vedeniapin, A. (2009). Anxiety and sleep problems: emerging concepts and theoretical treatment implications. *Current psychiatry reports, 11*(4), 269-276.

Wade, A. G. (2010). The societal costs of insomnia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 7*(1).

Watson, H. J., Swan, A., & Nathan, P. R. (2011). Psychiatric diagnosis and quality of life: the additional burden of psychiatric comorbidity. *Comprehensive psychiatry, 52*(3). doi: 10.1016/j.comppsych.2010.07.006

Welkowitz, J., Welkowitz, L. A., Struening, E., Hellman, F., & Guardino, M. (2004). Panic and Comorbid Anxiety Symptoms in a National Anxiety Screening Sample: Implications for Clinical Interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(1), 69-75.

Wicklow, A., & Espie, C. A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy, 38*(7). doi: 10.1016/s0005-7967(99)00136-9

Yoo, S.-S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep-a prefrontal amygdala disconnect. *Current biology : CB, 17*(20). doi: 10.1016/j.cub.2007.08.007

Yook, K., Lee, S.-H., Ryu, M., Kim, K.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., . . . Kim, M.-J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(6). doi: 10.1097/NMD.0b013e31817762ac

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'INSOMNIE, D'UNE ATTAQUE DE PANIQUE, DE L'AGORAPHOBIE, DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Critères diagnostiques d'une F51.0 [307.42] Insomnie primaire

A. La plainte essentielle est une difficulté d'endormissement ou de maintien du sommeil, ou un sommeil non réparateur, ceci pendant au moins un mois.

B. La perturbation du sommeil (ou la fatigue diurne associée) est à l'origine d'une souffrance marquée ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. La perturbation du sommeil ne survient pas exclusivement au cours d'une Narcolepsie, d'un Trouble du sommeil lié à la respiration, d'un Trouble du sommeil lié au rythme circadien ou d'une Parasomnie.

D. La perturbation ne survient pas exclusivement au cours d'un autre trouble mental (p. ex., un Trouble dépressif majeur, une Anxiété généralisée, un Delirium).

E. La perturbation n'est pas liée aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Critères d'une Attaque de panique

N.-B. : Une Attaque de panique ne peut pas être codée en tant que telle. Coder le diagnostic spécifique dans lequel survient l'Attaque de panique (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie [p. 506]).

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes :

(1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
(2) transpiration
(3) tremblements ou secousses musculaires
(4) sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
(5) sensation d'étranglement
(6) douleur ou gêne thoracique
(7) nausée ou gêne abdominale
(8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
(9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
(10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
(11) peur de mourir
(12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
(13) frissons ou bouffées de chaleur

Critères de l'Agoraphobie

N.-B. : L'Agoraphobie ne peut pas être codée en tant que telle. Attribuer le code en rapport avec le trouble spécifique dans lequel survient l'Agoraphobie (p. ex., F40.01 [300.21] Trouble panique avec agoraphobie (p. 506) ou F40.00 [300.22] Agoraphobie sans antécédents de Trouble panique).

A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

(suite)

☐ Critères de l'Agoraphobie *(suite)*

N.-B. : Envisager le diagnostic de Phobie spécifique si l'évitement est limité à une ou seulement quelques situations spécifiques, ou celui de Phobie sociale si l'évitement est limité aux situations sociales.

B. Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie

A. A la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues (voir p. 496)
(2) au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (p. ex., perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)

(suite)

☐ **Critères diagnostiques du F40.01 [300.21] Trouble panique avec Agoraphobie** *(suite)*

(c) changement de comportement important en relation avec les attaques

B. Présence d'Agoraphobie (voir p. 497).

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex., survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex., lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxiété de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

Critères diagnostiques de F41.1 [300.02] L'Anxiété généralisée (Trouble)

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). **N.-B.** : Un seul item est requis chez l'enfant.

(1) agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
(2) fatigabilité
(3) difficultés de concentration ou trous de mémoire
(4) irritabilité
(5) tension musculaire
(6) perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress posttraumatique.

(suite)

☐ Critères diagnostiques de F41.1 [300.2] L'Anxiété généralisée (Trouble) *(suite)*

E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

APPENDICE B

CERTIFICATS D'ÉTHIQUE DES SITES DE RECRUTEMENT ET DE TRAITEMENT DE L'ÉTUDE

UQÀM
Université du Québec à Montréal

CIEREH
Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains

No. 580930

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le projet de recherche suivant :

Responsable(s) du projet: André Marchand
Unité(s) : Département de psychologie
Co-chercheur(s): Claude Bélanger (UQAM); Patrick Gosselin (Université de Sherbrooke); Frédéric Langlois (UQTR); Jaime Labrecque (Hopital du Sacré-Coeur); Michel Dugas (Université Concordia).
Titre du projet. «*The effect of a combined versus a conventional cognitive-behavior treatment for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia*».
Stagiaire postdoctoral :
Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse dans le cadre du présent projet ou programme : Sandra Primiano, Héloise Cousineau et Vedrana Ikic (doctorat en psychologie) ; Frederike Bax d'Aulnoit (Université de Sherbrooke).
Ce protocole de recherche est jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (1999) et l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains (2010).
Le présent certificat est valide jusqu'au 5 mai 2013.
Rapport de statut du projet (renouvellement du certificat ou fin de projet) attendu pour le : 5 avril 2013
http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/suivi-des-projets.html

Membres du Comité

Membres	Fonction/Discipline	Département ou organisme externe
Marc Bélanger	Ph.D. (sciences neurologiques)	Kinanthropologie
René Binette	Représentant du public	Économiste du tiers monde
Louise Cossette	Ph.D. (psychologie)	Psychologie
Andrée De Serres	Ph.D. (administration)	Stratégie, responsabilité sociale et environnementale
Christa Japel	Ph.D. (psychologie)	Éducation et pédagogie
Maria Nengeh Mensah	Ph.D. (Communications)	École de travail social
Christian Saint-Germain	Ph.D. (théologie)	Philosophie

Date de la réunion : *
Date d'émission initiale du certificat : 5 mai 2009
Date(s) de renouvellement du certificat :

R-1 : 05 11 2011	R-2 : 05 05 2012	R-3 :	R-4 :	R-5 :

Remarque :

Marc Bélanger, Ph.D., Président

Université du Québec en Outaouais
Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca

Gatineau, le 9 septembre 2011 **Notre référence : 948**

Stéphane Bouchard
Professeur
Département de psychologie et de psychoéducation

Objet : **Renouvellement du certificat d'éthique pour le projet :**
L'effet d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel cognitivo-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de panique avec agoraphobie

Monsieur Bouchard,

Le secrétariat du comité d'éthique de la recherche (CÉR) a bien reçu votre rapport de suivi continu du projet cité en rubrique et vous en remercie. Le Comité constate le bon déroulement du projet et vous autorise à poursuivre vos activités de recherche par le renouvellement de votre certificat d'éthique pour une période d'un an, soit jusqu'au 10 octobre 2012.

Comme vous le savez sans doute, le suivi continu vise essentiellement à informer le CÉR des travaux et à favoriser une démarche continue de réflexion chez les chercheurs. Vous n'avez donc pas à attendre de correspondance additionnelle de la part du CÉR en ce qui a trait au suivi de ce dossier de recherche pour la présente année. Par contre, le Comité doit être informé et devra réévaluer ce projet advenant toute modification ou l'obtention de toute nouvelle information qui surviendrait pendant la période de validité de votre certificat et qui comporterait des changements, par exemple, dans le choix des sujets, dans la manière d'obtenir leur consentement ou dans les risques encourus. Pour maintenir la validité de votre certificat d'éthique, vous devrez nous faire parvenir votre rapport de suivi continu avant le 10 octobre 2012.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

pour André Durivage, secrétaire du CER
André Durivage
Professeur
Département des sciences administratives

Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale du trouble d'anxiété généralisée administrée par vidéoconférence

Chercheurs : Frédéric Langlois
Département de psychologie

Organismes : Le Groupe de Recherche sur l'Anxiété de la Panique (GRAP)

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 25 août 2011 Date de fin : 23 septembre 2012

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.

Hélène-Marie Thérien — **Présidente du comité**

Amélie Germain — **Secrétaire du comité**

Date d'émission : 25 août 2011

N° du certificat : CER-09-150-06.04

DECSR

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

Le 1er septembre 2011

Monsieur Patrick Gosselin
Professeur
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines

Objet: Suivi annuel de votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche
N/Réf. : 2008-61/ Gosselin

Monsieur,

En référence à votre projet de recherche intitulé « Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel pour le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisé (TAG) », ayant reçu l'approbation éthique le 25 septembre 2008 (renouvellement le 1er octobre 2010), le comité juge que votre projet respecte les règles éthiques de la recherche et vous remet le renouvellement de votre certificat.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité d'informer le comité de toutes modifications qui pourraient être apportées à votre projet.

Le comité vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche et vous prie d'accepter ses salutations distinguées.

Olivier Lavarière
Président par intérim du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

p.j. Certificat éthique (renouvellement)

c.c. Lynda Bellalite, doyenne, Faculté des lettres et sciences humaines
Pierre-Richard Gaudreault, directeur général, Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création

OL/cc

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel pour le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisé (TAG)

Projet subventionné ☒ Projet non subventionné ☐ Projet de maîtrise ou de doctorat ☐

Organisme subventionnaire : IRSC

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :

Nom de la directrice ou du directeur :

Nom du ou de la responsable : Patrick Gosselin

DÉCISION : Favorable ☒ Unanime ☒ Majoritaire ☐
Défavorable ☐ Unanime ☐ Majoritaire ☐

DÉCISION DIFFÉRÉE : ☐

SUIVI ÉTHIQUE :

8 mois ☐ 1 an ☒

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet ☐

COMMENTAIRES :

Olivier Laverdière
Président par intérim du Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

Date : 1er septembre 2011

Centre de recherche
Fernand-Seguin
de l'Hôpital
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

Le 5 décembre 2011

Docteur André Marchand
Centre de recherche Fernand-Seguin
Centre d'études sur le trauma

PAR COURRIEL

Objet : Projet MP-HLHL-08-13 – Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble panique avec agoraphobie (TPA).

Docteur Marchand,

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, en comité restreint, a pris acte du courriel de Madame Annie Taillon du 29 novembre 2011 accompagné du « Formulaire de demande de renouvellement annuel de l'approbation du CÉR » dûment complété.

Il me fait donc plaisir de vous confirmer que le CÉR renouvelle le certificat d'éthique de votre projet pour une période d'un an, soit jusqu'au 28 novembre 2012.

Espérant le tout conforme à vos attentes, je vous prie d'agréer, Docteur Marchand, mes salutations distinguées.

Me Odette Beaudoin, présidente
Comité d'éthique de la recherche
/kl

7331, rue Hochelaga
Montréal (Québec)
H1N 3V2

Téléphone : 514 251-4015

www.hlhl.qc.ca

Université de Montréal

APPENDICE C

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION ET POUR LES CONDITIONS DE TRAITEMENT CONVENTIONNEL ET ADAPTÉ

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble de panique avec agoraphobie (TPA) concomitant.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :
André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard, Ph. D. psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université
du Québec en Outaouais

Michel Dugas, Ph. D. psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., Psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque, Ph. D. psychologue
238
Clinique des troubles anxieux
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : (514) 354-1261 poste

Frédéric Langlois, Ph. D. psychologue
3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Téléphone : (819) 376-5011 poste

Coordonnatrice :

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en Santé au Canada (IRSC).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les inconvénients. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Le but de l'évaluation

Le but de cette rencontre consiste à évaluer de façon préliminaire la nature et la sévérité de vos symptômes anxieux. L'évaluation psychologique comporte une entrevue diagnostique et l'administration de quelques questionnaires. L'objectif de cette évaluation vise à déterminer si vous répondez aux critères de sélection pour participer à une étude de traitement de vos problèmes d'anxiété. Cette évaluation se fera en deux étapes.

Nature, durée et objectifs de la participation au projet de recherche

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous profiterez d'abord d'une première rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'Université du Québec à Montréal. Nous vous poserons alors des questions sur vos difficultés, les facteurs de maintien de vos problèmes, l'anxiété, les inquiétudes excessives, les attaques de panique et sur d'autres symptômes que vous pourriez ressentir. L'entrevue d'évaluation durera environ 60 minutes (entrecoupées d'une pause si nécessaire) et elle est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous pouvez participer à cette étude et de mieux connaître les variables responsables de vos difficultés. À la suite de cette évaluation, l'assistant(e) de recherche vous avisera, dans la mesure du possible, si vous pouvez participer à l'étude de traitement. Une deuxième rencontre de 30 à 60 minutes est nécessaire pour terminer l'évaluation de votre condition. Si vous acceptez de participer à la recherche, vous aurez à signer un autre formulaire de consentement concernant le traitement. Par la suite, l'assistant(e) de recherche vous indiquera la démarche à suivre pour que nous puissions commencer l'observation de l'évolution de vos symptômes ainsi que le traitement. Le traitement psychologique se résume à l'application de stratégies d'intervention psychologiques spécifiques pour vos difficultés, et ce, pendant quatorze séances. Après le traitement et aux suivis de 3, 6 et 12 mois, vous aurez de nouvelles périodes d'évaluation de votre condition par entrevue et à l'aide de questionnaires. À titre indicatif, nous avons besoin de recruter un minimum de 32 sujets à l'Université du Québec à Montréal, de même que dans 4 autres sites spécialisés dans le traitement des troubles anxieux, pour un total de 160 sujets.

Lors des deux périodes d'évaluation, nous vous demanderons de compléter différents questionnaires. Ces questionnaires prendront environ 50 minutes à compléter. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de confirmer cette évaluation. Cet enregistrement sera conservé durant 6 mois. Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrons vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes.

Pour être en mesure de bien compléter le projet de recherche, nous vous demandons également l'autorisation d'accéder éventuellement à votre dossier de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (p. ex., l'obtention de certaines données nominales comme votre numéro d'assurance maladie, etc.) qui sera sollicité plus tard dans le processus de la recherche. Cette autorisation nous permettra de recueillir des informations pertinentes concernant les services de soins de la santé reçus durant l'année précédant le traitement, pendant le traitement et un an après le traitement, dont la fréquence et les coûts reliés aux services reçus (p ex., le nombre de visites médicales, le nombre et le type de médicaments prescrits, etc.). Dès que nous aurons l'autorisation et l'accès à ces données de la RAMQ, les informations nominales seront immédiatement détruites. Nous soumettrons également au comité d'éthique, pour approbation, le type de données que nous désirons obtenir. Vous êtes libre

d'accepter ou non de donner votre approbation. Si vous refusez de donner votre approbation, cela n'affecte en rien votre participation à la recherche.

J'autorise l'accès à mon dossier de la RAMQ ____

Je refuse l'accès à mon dossier de la RAMQ _____.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, en participant à cette étude, vous bénéficierez d'une évaluation détaillée de votre état. Évidemment, si vous répondez aux critères de sélection pour l'étude de traitement, vous recevrez une psychothérapie gratuite pour le traitement de vos problèmes d'anxiété. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la recherche.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, il est possible que certaines questions provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue et ces questionnaires ont déjà été utilisés à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises ou inconvénients sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec le personnel de recherche.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez gratuitement d'un traitement psychologique efficient..

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires et l'entrevue semi-structurée seront codés

et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Les questionnaires et entrevues seront conservés pour une période de 7 ans avant d'être détruits.

Liberté de participation et de retrait au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes tout à fait libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un de ses assistants. Par contre, les données recueillies durant les deux rencontres d'évaluation initiales seront conservées pour des fins de comparaison.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant l'anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise (oui___) ou (non____) le responsable de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

Nom du chercheur ou de son représentant (lettres moulées)	Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____, le _____

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____ _____

Nom du participant Signature du participant

_____ _____

Nom du représentant (si applicable) Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant: _____
Date: _____

Signature: _____

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble panique avec agoraphobie (TPA) relié à un trouble d'anxiété généralisée de moindre intensité.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université
du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 354-1261 poste 238
Clinique des troubles anxieux
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois Ph. D., psychologue Téléphone : (819) 376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en Santé au Canada (IRSC).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les inconvénients. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

L'objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble panique avec agoraphobie (TPA), votre difficulté principale, dans le contexte où vous présentez aussi un ou d'autres troubles anxieux de moindre intensité, dont le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Ce type de traitement de choix intègre diverses stratégies d'intervention comme :

(1) Transmettre de l'information pertinente au participant(e) à propos du TPA, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TPA, expliquer la physiologie des réactions de peurs, d'anxiété et de panique;

(2) Enseigner au (à la) participant(e) des stratégies de gestion des composantes physiques et cognitives qu'ils ressentent (stress, anxiété);
(3) Apprendre à modifier les interprétations catastrophiques de danger, les pensées irrationnelles qui favorisent le maintien des symptômes;
(4) Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant le(la) participant(e) à identifier les facteurs de risque afin de faire face aux moments plus difficiles pouvant survenir dans le futur.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie primaire et un trouble d'anxiété généralisée de moindre intensité. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclu(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12 mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal que vous retirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez d'un traitement basé sur des données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une comorbidité TPA/TAG, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique du trouble panique avec agoraphobie et de son impact sur la symptomatologie du trouble d'anxiété généralisée d'intensité moindre offert par le personnel qualifié de la recherche, et ce, afin d'améliorer les services offerts aux participants.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises inoffensifs. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis(e). Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(es) affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) que le thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, l'entrevue semi-structurée et les enregistrements des séances de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 7 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Retrait de la participation au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e)de ses assistant(e)s. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié ; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout

temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

Nom du chercheur ou de son représentant (lettres moulées)	Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____, le _____

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____	_____
Nom du participant	Signature du participant
_____	_____
Nom du représentant (si applicable)	Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant: _____
Date: _____

Signature: _____

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) primaire relié à un trouble de panique avec agoraphobie d'intensité moindre

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
Département de psychologie Université
du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph. D., psychologue Téléphone : (514)- 354-1261 poste 238
Clinique des troubles anxieux
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois Ph. D., psychologue Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en Santé au Canada (IRSC).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les inconvénients. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

L'objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble de l'anxiété généralisée (TAG), votre difficulté principale, dans le contexte où vous présentez aussi un ou d'autres troubles anxieux de moindre intensité, dont le trouble panique avec agoraphobie (TPA). Ce type de traitement de choix intègre diverses stratégies d'intervention comme :

(1) Transmettre de l'information pertinente au (à la) participant(e) à propos du TAG, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TAG;

(2) Aider le (la) participant(e) à remettre en question certaines croyances quant à l'utilité de s'inquiéter;
(3) Enseigner au (à la) participant(e) à identifier des types d'inquiétudes et à appliquer les stratégies de gestion correspondantes (résolution de problèmes, exposition en imagination) afin de diminuer l'anxiété et les inquiétudes excessives;
(4) Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant le(la) participant(e) à identifier les facteurs de risque afin de faire face aux moments plus difficiles pouvant survenir dans le futur.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive - comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée primaire et un trouble panique avec agoraphobie de moindre intensité. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclus(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12 mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal que vous retirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez d'un traitement basé sur les données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une comorbidité TAG/TPA, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique du trouble d'anxiété généralisée et de son impact sur la symptomatologie du trouble panique avec agoraphobie d'intensité moindre offert par le personnel qualifié de la recherche, et ce, afin d'améliorer les services offerts aux participants.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises inoffensifs. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis(e). Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(es) affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) que le thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, l'entrevue semi-structurée et les enregistrements des séances de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 7 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Retrait de la participation au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié ; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout

temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

Nom du chercheur ou de son représentant (lettres moulées)	Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____, le _____

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____	_____
Nom du participant	Signature du participant
_____	_____
Nom du représentant (si applicable)	Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant: _____
Date: _____

Signature: _____

UQÀM

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné pour le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) concomitant.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheur principal :

André Marchand Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
Section approche cognitive et comportementale
Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université
du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph.D., psychologue Téléphone : (514)- 354-1261 poste 238
Clinique des troubles anxieux
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois Ph.D., psychologue Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en santé au Canada (IRSC).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les inconvénients. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

L'objectif de la recherche

L'objectif principal de la présente étude consiste à vérifier la pertinence et l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale adaptée au traitement de deux troubles co-occurrents, soit le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble panique avec agoraphobie (TPA). Ce type de traitement intègre diverses stratégies d'intervention comme :

(1) Transmettre de l'information pertinente au (à la) participant(e) concernant le TAG et le TPA, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TAG et du TPA, expliquer la physiologie des réactions de peurs, d'anxiété et de panique;

(2) Enseigner au (à la) participant(e) des stratégies de gestions des composantes physiques et cognitives qu'il (elle) ressent (stress, anxiété et inquiétudes);
(3) Apprendre à modifier les interprétations catastrophiques de danger, les pensées irrationnelles qui favorisent le maintien des symptômes;
(4) Aider l'individu à s'exposer en imagination (p. ex., aux inquiétudes) et in vivo (p. ex., aux sensations physiologiques, aux situations redoutées et évitées quotidiennement) afin de s'habituer graduellement à ces images, à ces sensations et aux situations anxiogènes et diminuer l'anxiété ressentie;
(5) Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant le(la) participant(e) à identifier les facteurs de risque afin de faire face aux moments plus difficiles pouvant survenir dans le futur.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie et un trouble d'anxiété généralisée. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclus(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12 mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient

prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal et personnel que vous retirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez d'un traitement basé sur les données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant un TAG et un TPA simultanément, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique adapté, combiné et novateur offert par le personnel qualifié de la recherche et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises sans danger pour vous. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété, d'attaques de panique ou d'inquiétudes comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) que le thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, l'entrevue semi-structurée et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 7 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Retrait de la participation au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié ; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout

temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

Nom du chercheur ou de son représentant (lettres moulées)	Signature du chercheur ou de son représentant

Fait à _____, le _____

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

_____	_____
Nom du participant	Signature du participant
_____	_____
Nom du représentant (si applicable)	Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

Nom du participant: _____
Date: _____

Signature: _____

APPENDICE D

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Âge: _____

2. Sexe: (1) F (2) M

3. Habitez-vous avec quelqu'un?

(0) Non ( ) Oui ⇨ (1) Conjoint(e)

(2) Conjoint(e) et famille (enfants et parents)

(3) Famille (enfants, parents)

(4) Colocataire(s)

(5) Chambre ou Pension

(6) Autre

4. Avez-vous des enfants?

(0) Non (1) Oui

5. Revenu annuel (ménage): (1) moins de 29 999$ (2) 30 000 à 59 999$

(3) 60 000 à 89 999$ (4) 90 000$ et plus

Nombre de personnes dans le ménage :_____

Nombre de personne à charge :_____

6. Scolarité complétée: (1) Primaire (2) Secondaire

(3) Collégial (ou équivalent) (4) Universitaire

7. Statut de travail: (1) Temps plein (35 hre ou +) nombre d'heures / semaine: ____

(2) Temps partiel (- de 35 hre)

(3) Retraite

(4) Chômage

(5) Aide sociale

(6) Invalidité

(7) Sans emploi / travaille dans la maison

(8) Arrêt temporaire ⇨ Statut antérieur: _____

(9) Autre

APPENDICE E

MESURES DE L'INSOMNIE

EDI 1.0-LG 2008-10-08

ENTREVUE DIAGNOSTIQUE DE L'INSOMNIE

ID participant: _____ Évaluateur : _____

Date : _____

1. NATURE DU PROBLÈME DE SOMMEIL / D'ÉVEIL:

Au cours du dernier mois...

1. Avez-vous des difficultés à vous endormir? _____fois par semaine Durée : _____
2. Avez-vous des difficultés à rester endormi durant la nuit? _____fois par semaine Durée : _____
3. Vous réveillez-vous trop tôt le matin? _____fois par semaine Durée : _____
4. Avez-vous des difficultés à rester éveillé durant le jour? OUI NON
5. À quelle heure vous couchez-vous habituellement les soirs de semaine? _____Heures
6. Habituellement, à quelle heure est votre dernier réveil le matin? _____Heures
7. À quelle heure vous levez-vous habituellement les jours de semaine? _____Heures
8. Combien de fois par semaine faites-vous des siestes durant la journée (incluant les siestes non intentionnelles)? _____Fois
9. Vous est-il arrivé de vous endormir à des endroits ou des moments inappropriés? OUI NON
10. Au cours du dernier mois, combien de temps avez-vous pris pour vous endormir, après vous être couché et avoir éteint les lumières? _____Heures _____Minutes
11. Au cours du dernier mois, combien de fois par nuit vous êtes-vous réveillé? _____Fois
12. Combien de temps avez-vous passé éveillé après vous être endormi pour la première fois? (Temps total éveillé pour tous les réveils) _____Heures _____Minutes
13. En moyenne, combien d'heures par nuit dormiez-vous? _____Heures _____Minutes

14. Qu'est-ce qui vous réveille la nuit? (Douleur, bruit, enfant, réveil spontané, autres)

_____

_____

15. Jusqu'à quel point êtes-vous préoccupé par vos difficultés de sommeil actuelles?

_____

_____

16. Quel impact a l'insomnie sur votre vie? (e.g. humeur, éveil, performance)

_____

_____

17. Comment composez-vous avec ces séquelles dans la journée?

_____

_____

18. APRÈS LE TRAITEMENT SEULEMENT : Comment qualifieriez-vous le changement qui s'est opéré sur votre sommeil (si tel est le cas) depuis le début du traitement?

_____

_____

19. Au cours du dernier mois, avez-vous utilisé une médication pour dormir? OUI NON

a. Quel médicament avez-vous pris et quelle dose? _____

_____ mg

b. Combien de nuits par semaine en preniez-vous? _____

20. Au cours du dernier mois, avez-vous consommé de l'alcool pour vous aider à dormir? OUI NON

a. Quel alcool avez-vous pris et en quelle quantité? _____ onces

b. Combien de nuits par semaine en preniez-vous? _____

21. Au cours de votre vie, avez-vous déjà vécu une attaque de panique nocturne? OUI NON

a. À combien de reprises dans le dernier mois? _____

b. À combien de reprises dans la dernière année? _____

À COMPLÉTER PAR L'ÉVALUATEUR

Est-ce que le patient rencontre les critères d'insomnie?

- Latence de sommeil > **30 minutes** OUI NON
- Durée totale des éveils nocturnes (avant le dernier éveil) > **30 minutes** OUI NON
- Réveil matinal prématuré (réveil spontané avec moins de 6 heures de sommeil) OUI NON
- Fréquence de **3 nuits** ou plus par semaine OUI NON
- L'insomnie ou ses séquelles (fatigue) causent une détresse (score ≥ **2 sur 4** aux items préoccupation ou insatisfaction de l'ISI) ou une perturbation importante du fonctionnement diurne (score ≥ **2 sur 4** à l'ISI) OUI NON

DIAGNOSTIC :

☐ **INSOMNIE** ☐ **INSOMNIE - RÉMISSION PARTIELLE** ☐ **INSOMNIE - RÉMISSION COMPLÈTE**

Index de sévérité de l'insomnie

S'il-vous-plaît, utilisez l'échelle ci-dessous pour répondre aux questions suivantes. Encerclez le chiffre correspondant à chacune des questions.

0	1	2	3	4
Aucun	**Léger**	**Moyen**	**Très**	**Extrêmement**

1. S'il vous plaît, estimez la **sévérité** actuelle de vos difficultés de sommeil.

a) Difficultés à s'endormir:

0 1 2 3 4

b) Réveils nocturnes fréquents et/ou prolongés:

0 1 2 3 4

c) Problèmes de réveils trop tôt le matin:

0 1 2 3 4

2. Jusqu'à quel point êtes-vous **satisfait** de votre sommeil actuel?

Très insatisfait		Modérément satisfait		Très satisfait
0	**1**	**2**	**3**	**4**

3. Jusqu'à quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil **interfèrent** avec votre fonctionnement quotidien (p.ex., fatigue, concentration, mémoire, humeur, etc.)?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

4. À quel point considérez-vous que vos difficultés de sommeil sont **apparentes** pour les autres en termes de détérioration de la qualité de votre vie?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

5. Jusqu'à quel point êtes-vous **inquiet(ète)**/préoccupé(e) à propos de vos difficultés de sommeil?

Aucun	Léger	Moyen	Très	Extrêmement
0	1	2	3	4

6. Depuis combien de temps souffrez-vous de difficultés de sommeil? _____mois _____années

NOM:_____ Semaine du:_____ au _____

	Date :	____ /	____ /	____ /	____ /	____ /	____ /	____ /
Concernant votre sommeil...								
1.	Hier, j'ai pris _____ mg de médicament pour dormir.							
2.	Je me suis couché(e) à ____ hres. J'ai éteint les lumières à ____ hres.							
3.	Après avoir éteint les lumières, je me suis endormi(e) en ____ min.							
4.	Mon sommeil a été interrompu _____ fois. (Spécifiez le nombre de fois.)							
5.	Mon sommeil a été interrompu _____ min. (Spécifiez la durée en minute de chaque période d'éveil.)							
6.	Cette nuit, je me suis levé _____ fois. (Indiquez le nombre de fois où vous avez quitté le lit.)							
7.	Ce matin, je me suis réveillé(e) à _____ hres (Notez l'heure du dernier réveil.)							
8.	Ce matin, je me suis levé(e) à _____ hres (Spécifiez l'heure.)							
9.	Sur une échelle de 0 à 8, la qualité de mon sommeil de la nuit dernière a été _____. (0 = médiocre, 8 = excellente)							
Concernant vos attaques de panique...								
10.	a) Dans la journée d'hier, j'ai eu ___ attaque(s) de panique. (Notez le nombre d'attaques de panique survenues à l'éveil.)							
	b) Sur une échelle de 0 à 8 (voir échelle ci-bas), quelle était l'intensité de mon attaque de panique (si plus d'une, évaluez l'intensité de la plus sévère)?							
11.	a) Au cours de la nuit, j'ai eu ___ attaque(s) de panique. (Notez le nombre d'attaques de panique survenues pendant la nuit.)							
	b) Sur une échelle de 0 à 8 (voir échelle ci-bas), quelle était l'intensité de mon attaque de panique nocturne (si plus d'une, évaluez l'intensité de la plus sévère)?							

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sévérité de l'attaque de panique :	Aucunement dérangeante		Légèrement dérangeante		Passablement dérangeante		Très dérangeante		Extrêmement dérangeante

APPENDICE F

MESURES DE L'ANXIÉTÉ

Nom: _____ **Date:**_____

No. Dossier:_____ **Évaluateur:**_____

ADIS-IV Résumé

Trouble panique

1) Présence de poussées d'anxiété soudaine très intense - impression qu'un désastre va se produire? Présent? Passé? Attaque la plus récente?

2) Quelles situations? Inattendues et spontanées?

3) Combien de temps avant que l'anxiété devienne intense (moins de 10 min.)?

4) Combien de temps dure l'anxiété à son niveau le plus élevé?

5) Symptômes ressentis: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8

Symptômes	Sévérité
a) souffle court ou sensation d'étouffement b) étranglement c) palpitations d) douleur thoracique e) transpiration abondante f) étourdissement / vertige/ perte d'équilibre g) nausée / maux de ventre h) dépersonnalisation / irréalité i) engourdissement / picotements j) bouffées de chaleur / frissons k) tremblements / tension musculaire l) peur de mourir m) peur de devenir fou / perdre le contrôle n) autres:	

- Ressentis à chaque attaque de panique ou non? Présence d'attaques à symptômes limités? Spécifier symptômes des attaques limitées (moins de 4 symptômes) et leur sévérité.

6) Nombre d'attaques au cours du dernier mois / des 6 derniers mois?

7) Anticipation à propos d'autres paniques au cours du dernier mois / dans le passé? Sévérité de l'anticipation 0-8?

8) Événements anticipés à la suite d'une attaque de panique (e.g., crise cardiaque, étouffement)?

9) Changements dans le comportement résultant des crises (évitement, sensibilité intéroceptive, comportements sécurisants, distraction, changement style de vie)? Coter détresse et interférence de 0 à 8.

10) Histoire de la première attaque de panique: quand, où, comment, avec qui, stresseurs, substance psychoactive, comment a-t-elle réagi?

11) Début du problème à un niveau sévère?

12) Déclencheurs actuels des attaques de panique?

10) Stratégies utilisées pour faire face aux attaques de panique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Agoraphobie:

1) Présence d'évitement de certaines situations par crainte de paniquer / de ressentir des malaises? Présent? Passé? Occasion la plus récente? Anticipation de ces situations?
- Symptômes redoutés?

2) Situations problématiques: encercler situations pertinentes et coter appréhension et évitement de 0 à 8 (coter seulement situations relatives à l'agoraphobie)

Situations	Appréhension	Évitement	Commentaires
a) conduire ou aller en automobile			
b) épicerie			
c) centre d'achat			
d) foule			
e) transports en commun			
f) avion			
g) médecin / dentiste			
h) coiffeur			
i) attendre en ligne			
j) marcher à l'extérieur			
k) ponts			
l) être à la maison seul			
m) s'éloigner de chez soi			
n) cinéma / théâtre			
o) restaurants			
p) église			
q) espaces clos et petits			
r) espaces vastes			
s) travail			
t) autres:			

3) Comportements sécurisants: besoin d'être accompagné? transporter objets? rituels? heures de la journée? près des sorties?

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, vie sociale, activités routinières)? Coter détresse et interférence de l'évitement de 0 à 8.

5) Date d'apparition de l'évitement agoraphobique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie sociale:

1) Dans les situations sociales où vous pouvez être observé ou évalué par les autres, vous sentez-vous anxieux(se)? Présent? Passé? Incident le plus récent?
- Êtes -vous préoccupé par le fait de pouvoir faire ou dire des chose embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé négativement?

2) Situations problématiques: encercler situations pertinentes reliées à l'anxiété sociale et coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situations	Crainte	Évitement	Commentaires
a) rencontres sociales b) réunions / cours c) parler formellement devant un groupe d) parler à des inconnus e) manger en public f) utiliser les toilettes publiques g) écrire en public h) R-V avec personne du sexe opposé i) parler à une personne en position d'autorité j) vous affirmer k) initier une conversation l) maintenir une conversation m) autres:			

3) Que craignez-vous dans ces situations?

4) Êtes-vous anxieux presque à chaque fois que vous y faites face?

5) Anxiété apparaît avant d'entrer? au moment d'entrer dans la situation? avec délai? inattendue?

6) Crainte d'y faire une attaque de panique? Présence d'attaques de panique actuelles ou antérieures? (Voir liste de symptômes de panique à la première page et relever symptômes pertinents et leur sévérité de 0 à 8.)

7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, routine, vie sociale)? Influence sur la vie professionnelle ou académique? Coter degré d'interférence de 0 à 8.

8) Début du problème à un niveau sévère?

9) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble d'anxiété généralisée

1) Présence d'inquiétude excessive au cours des derniers mois à propos de plusieurs événements ou aspects de la vie quotidienne? Passé? Occasion la plus récente

2) Qu'est-ce qui vous inquiète?

3) Sujets d'inquiétude: encercler situations pertinentes et coter à quel point l'inquiétude est excessive (fréquence, inquiétude sans fondement, détresse ressentie) et difficile à contrôler (incapable d'arrêter, aspect intrusif) de 0 à 8.

Sujets d'inquiétude	Excessif	Diff. contrôle	Commentaires
a) affaires mineures b) travail / études c) famille d) finances e) social / interpersonnel f) santé (soi) g) santé (proches) h) communauté / affaires mondiales i) autres:			

4) Fréquence de l'inquiétude au cours des 6 derniers mois (presque à tous les jours / % de la journée)?

5) Conséquences négatives redoutées?

6) Symptômes d'anxiété: présence au cours des 6 derniers mois, fréquence, coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes ressentis	Sévérité	La plupart du temps (O / N)
a) agitation / se sentir sur les nerfs b) facilement fatigué c) difficulté à se concentrer d) irritabilité e) tension musculaire f) insomnie / sommeil difficile		

7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

8) Début du problème à un niveau sévère?

9) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

10) Facteurs qui déclenchent l'inquiétude?

- Fréquence d'inquiétude spontanée (0 à 8)?

11) Comportements sécurisants: vérifications, mesures de prévention, chercher à être rassuré, distraction? Fréquence des comportements les plus fréquents de 0 à 8.

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble obsessif-compulsif

1) Êtes-vous dérangé par des pensées/images/impulsions qui vous reviennent constamment à l'esprit, qui semblent insensées mais que vous ne pouvez pas empêcher (eg. penser de blesser quelqu'un)? Présent? Passé?

- Présence de comportements ou de pensées répétitives afin de soulager l'anxiété? Présent? Passé?

2) Cotation des obsessions et compulsions

Obsessions: encercler obsessions pertinentes et coter persistance / détresse et résistance de 0 à 8.

Types d'obsession	Persistance / Détresse	Résistance	Commentaires
a) doute b) contamination c) impulsions insensées d) impulsions agressives e) sexuel f) religieux / satanique g) blesser autrui h) images horribles i) pensées/images insensées (e.g., chiffres, lettres) j) autres:			

Compulsions: Encercler comportements pertinents et coter fréquence de 0 à 8.

Types de compulsion	Fréquence	Commentaires
a) compter b) vérifier c) laver d) accumuler e) répéter (physiquement, mentalement) f) séquence / ordre stéréotypé(e) g) autres:		

3) Pourcentage de la journée occupé par chaque obsession / par l'ensemble des obsessions (au moins 1 heure / jour)?

4) Pourcentage de croyance en chaque obsession au moment où elle occupe l'esprit? lorsqu'elle n'occupe pas l'esprit?

5) Facteurs déclenchants? Obsessions imposées de l'extérieur?

6) Signification accordée aux obsessions?

7) Pourcentage de la journée occupée par chaque compulsion / par l'ensemble des compulsions (au moins 1 heure/jour)?

8) Conscience de l'absurdité des compulsions / de leur caractère excessif? Présent? Passé?

9) Résistance aux compulsions: fréquence de la résistance? degré d'anxiété provoqué? conséquences redoutées?

10) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter détresse et interférence des obsessions et compulsions de 0 à 8.

11) Début du problème à un niveau sévère?

12) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie spécifique

1) Présence de crainte ou d'évitement face à une des situations suivantes? Présent? Passé? Coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situation anxiogène	Crainte	Évitement	Commentaires
a) animaux b) environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau) c) sang/injections/blessures-soi d) sang/inject./blessures-autrui e) avion f) espaces clos g) autres (interv. chirurg., dentiste, étouffement, vomiss., maladies):			

2) Conséquences redoutées dans chaque situation phobogène?

3) Anxiété ressentie à chaque exposition?

4) Anxiété au moment de l'exposition, retardée, anticipée?

5) Crainte de subir une attaque de panique? Présence d'attaques spontanées (voir trouble panique)? Situations où de telles crises se sont produites?

6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

7) Début du problème à un niveau sévère?

8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de stress post-traumatique / Trouble de stress aigu

1) Présence d'un événement traumatisant dans le présent ou dans le passé? Événement arrivé à soi? A été témoin d'un tel événement? Préciser événement et date.
2) Réaction émotive au cours de l'événement (peur intense, impuissance, horreur)?

3) Présence de souvenirs / pensées intrusives / rêves / sentiment de détresse en se rappelant l'événement? Présent? Passé?

4) Combien de temps après l'événement les symptômes sont-ils apparus?

5) Cotation des symptômes de stress post-traumatique: encercler symptômes pertinents et coter fréquence et détresse / sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Fréquence	Détresse/Sévérité	Commentaires
a) souvenirs envahissants b) rêves c) impression de revivre l'événement d) détresse lorsqu'exposé à des stimuli associés à l'événement e) réaction physique lorsqu'exposé à des stimuli f) évite d'y penser ou d'en parler g) évite activités / situations associées h) trous de mémoire i) perte d'intérêt j) détachement émotionnel k) restriction des émotions l) désespoir face à l'avenir m) insomnie n) irritabilité / colère o) concentration difficile p) hypervigilance q) réaction de sursaut exagéré r) agitation s) dépersonnalisation / irréalité t) autres:			

6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

7) Souvenir de la date précise de l'événement? Début et fin lorsque stresseur chronique?

8) Début du problème à un niveau sévère?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble dépressif majeur

1) Présence d'humeur dépressive, de tristesse, de perte d'intérêt pour les activités habituelles? Présent? Passé?

2) Fréquence de l'humeur dépressive et/ou de la perte d'intérêt au cours des 2 dernières semaines (presque tous les jours)?

3) Cotation des symptômes dépressifs: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) perte ou gain de poids imp. b) insomnie ou hypersomnie c) agitation ou ralentissement d) fatigue ou perte d'énergie e) sentiment d'être un vaurien f) culpabilité g) concentration difficile h) difficulté à prendre décisions i) penser à la mort ou au suicide j) autres:		

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

5) Début du problème à un niveau sévère?

6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble dysthymique

1) Présence d'humeur dépressive ou de tristesse au cours des 2 dernières années? Présent? Passé?

2) Pourcentage du temps où l'humeur est dépressive presque toute la journée?

3) Persistance: présence de périodes de 2 mois ou plus où l'humeur était normale? Quand?

4) Cotation des symptômes dépressifs: encercler les symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Persistance O / N
a) perte d'appétit ou hyperphagie b) insomnie ou hypersomnie c) baisse d'énergie ou fatigue d) faible estime de soi / sentiment d'échec e) difficulté concentration ou prise de décision f) désespoir / pessimisme g) autres:		

5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

6) Début du problème à un niveau sévère?

7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Manie / Cyclothymie

1) Présence d'épisodes d'humeur excessivement exaltée ou irritable? Période la plus récente? Durée

2) Cotation des symptômes de manie: encercler symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes de manie	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) irritabilité b) humeur exaltée ou expansive c) estime de soi exagérée / idées de grandeur d) réduction du besoin de dormir e) fuite des idées / idées défilent rapidement f) distraction g) augmentation des activités h) activités agréables mais dommageables (e.g., achats, promiscuité sexuelle) i) volubilité j) idées délirantes / hallucinations k) autres:		

3) Durée du dernier épisode maniaque? Persistance au delà d'une semaine? Dates début et fin?

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

5) Début du problème à un niveau sévère?

6) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

7) Proximité d'un épisode dépressif (avant / après)?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Hypochondrie

1) Présence de crainte ou conviction d'avoir une maladie grave? Préciser maladies redoutées? Présent? Passé? Épisode le plus récent?

2) Présence de symptômes réels associés à la maladie? Lesquels? Fréquence?

3) Consultations médicales? Fréquence? Résultats des examens?

4) Capacité de se rassurer si les examens sont négatifs? Durée du sentiment de rassurance? Réapparition de la crainte?

5) Pourcentage actuel de conviction d'avoir la maladie? Existence de preuves qui permettraient de rassurer la personne?

6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

7) Début du problème à un niveau sévère? Présence au cours des 6 derniers mois?

8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de somatisation

1) Présence de nombreux problèmes de santé différents au cours de la vie? Consultations médicales répétées? Interférence sur la vie quotidienne? Difficulté à déterminer l'origine de ces problèmes de santé?

2) Cotation des symptômes physiques: encercler symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8, spécifier si apparition avant 30 ans et si le symptôme est non organique ou excessif.

Symptômes physiques	Sévérité	Avant 30 ans O / N	Non organique - excessif O / N
a) Douleurs (au moins 4)			
maux de tête			
douleurs abdominales			
maux de dos			
douleurs articulaires			
douleurs aux extrémités			
douleurs thoraciques			
douleurs rectales			
douleurs durant relations sexuelles			
douleurs durant menstruations			
douleurs urinaires			
b) Gastro-intestinaux (au moins 2)			
nausées			
diarrhée			
ballonnements			
vomissements			
intolérances à des aliments			
c) Pseudoneurologiques (au moins 1)			
cécité			
vision double			
surdité			
perte de sensations tactiles			
hallucinations			
aphonie			
trouble de coordination / équilibre			
paralysie ou faiblesse musculaire			
difficulté à avaler			
difficultés respiratoires			
rétention urinaire			
crises ou convulsions			
amnésie			
perte de conscience			
d) Symptômes sexuels (au moins 1)			
indifférence sexuelle			
troubles érectiles ou de l'éjaculation			
cycles menstruels irréguliers			
saignement menstruel excessif			
vomissements durant grossesse			

3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

4) Début du problème à un niveau sévère?

5) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble mixte anxiété-dépression

N.B. Ne pas faire passer aux personnes recevant actuellement ou ayant déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur.

1) Ces temps-ci, la personne se sent-elle abattue ou déprimée, ou bien anxieuse ou tendue? Passé? Indiquer épisode le plus récent.

2) Pourcentage du temps occupé par ces sentiments au cours du dernier mois (majorité des jours)?

3) Cotation des symptômes: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Sévérité 0 à 8
a) difficultés de concentration ou impression d'avoir la tête vide	
b) insomnie ou sommeil interrompu, agité ou peu reposant	
c) fatigue ou faible niveau d'énergie	
d) irritabilité	
e) inquiétude à propos de sujets quotidiens	
f) tendance à pleurer facilement	
g) hypervigilance	
h) tendance à craindre le pire	
i) désespoir face à l'avenir	
j) faible estime de soi - sentiment d'être un vaurien	

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Voter interférence et détresse de 0 à 8.

5) Début du problème à un niveau sévère?

6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus d'alcool / Dépendance à l'alcool

1) Consommation d'alcool habituelle?: préciser types et quantités. Passé? Épisode le plus récent?

2) Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études) b) problèmes légaux c) disputes avec la famille ou amis à propos de l'alcool d) consommation d'alcool dans des conditions dangereuses e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive f) besoin de boire davantage pour obtenir effet recherché g) diminution des effets de la même quantité d'alcool h) symptômes de sevrage i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage j) consommation excédant ce que la personne aimerait k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation l) accorder beaucoup de temps à l'alcool m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? coter interférence et détresse de 0 à 8.

4) Début du problème à un niveau sévère?

5) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus de substances psychoactives / Dépendance à des substances psychoactives

1) Consommation de caféine habituelle?: préciser type et quantités. Problèmes médicaux associés?

2) Consommation de substances illicites? Présent? Passé? Préciser type et quantités.

3) Consommation excessive de médicaments d'ordonnance ou en vente libre? Préciser type et quantités.

4) Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études) b) problèmes légaux c) disputes avec la famille ou amis à propos de la consommation d) consommation dans des conditions dangereuses e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive f) besoin de consommer davantage pour obtenir effet recherché g) diminution des effets de la même quantité de la substance h) symptômes de sevrage i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage j) consommation excédant ce que la personne aimerait k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation l) accorder beaucoup de temps à consommer ou à se procurer la substance m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

6) Début du problème à un niveau sévère?

7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Psychose non organique / Symptômes de conversion

1) Présence d'un déficit dans le fonctionnement physique (paralysie, convulsions, douleurs intenses)? Présent? Passé? Préciser nature.

2) Présence d'expériences étranges et inhabituelles:
   a) entendre ou voir des choses que les autres ne perçoivent pas
   b) entendre des voix ou des conversations alors qu'il n'y a personne
   c) avoir des visions que les autres n'ont pas
   d) avoir la sensation que quelque chose d'étrange se passe autour de soi
   e) penser que les gens font des choses pour vous mettre à l'épreuve, vous blesser
   f) devoir être sur vos gardes face aux autres

Antécédents familiaux de troubles psychologiques

Présence de maladie mentale dans la famille: préciser trouble, lien de parenté, date du problème et traitement reçu

Antécédents médicaux et de traitement

1) Antécédents d'hospitalisation pour anxiété, dépression, abus de substance ou autre problème émotionnel?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu

2) Antécédents de traitement à l'externe ou d'évaluation pour des problèmes émotionnels ou personnels?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu

3) Prise actuelle/antérieure de médicaments contre l'anxiété, la dépression ou autre problème émotionnel?: préciser type et quantités, problèmes reliés à la consommation de ces médicaments, au sevrage, etc.

4) Taille: Poids:

5) Médecin traitant et clinique habituelle:

6) Traitements actuels pour une condition physique particulière:

7) Date du dernier examen médical:

8) Résultats du dernier examen médical:

9) Hospitalisations antérieures pour problèmes physiques:

10) Présence des maladies suivantes:

Conditions physiques	Oui / Non	Date	Commentaires
a) diabète b) problèmes cardiaques c) hypertension/ hypotension d) épilepsie e) cancer f) maladie de la thyroïde g) autre problème hormonal h) asthme i) autre problème respiratoire j) migraines / céphalées k) accident cérébrovasculaire l) troubles gastro-intestinaux m) maladies du sang n) VIH/SIDA o) allergies:			

11) Présence des conditions physiques précédentes dans la famille?

12) Fumez-vous?

13) Examens médicaux au cours des 5 dernières années?

Quel est le problème principal pour lequel vous désirez de l'aide?

Y'a-t-il un sujet que nous n'avons pas abordé ou dont nous n'avons pas suffisamment parlé?

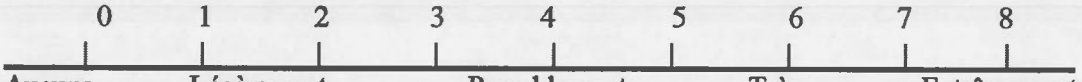
État mental:

Comportement pendant l'entrevue:

Notes:

Résumé narratif: description par le clinicien des symptômes qui ont motivé la consultation, les antécédents, les facteurs de maintien, l'impression diagnostique, etc.

Cotation de la sévérité et diagnostics selon le DSM-IV:



Axe I: Principal: Sévérité:
Secondaires: Sévérité:

Axe II:

Axe III:

Axe IV: Aigu: Persistant:

Facteurs de stress:

Axe V: Actuel: Dernière année:

Niveau de certitude diagnostique (0 - 100):

Si moins de 70, commenter:

Index de Sensibilité à l'anxiété

Code : ___/___/___/___/___/___/___/___/ Date : ____/____/____
jour mois année

Veuillez encercler un des cinq items qui correspond le mieux à votre degré d'accord à chacune des phrases suivantes. Si une des phrases décrit une situation que vous n'avez pas vécue, répondez à la phrase en imaginant comment vous auriez réagi à cette situation si vous l'aviez vécu.

1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(se).
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

2. Quand je ne peux me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou(folle).
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

7. Cela m'embarrasse quand mon estomac «crie».
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

8. Cela me fait peur quand j'ai la nausée (mal de cœur).
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une «crise de cœur» (infarctus).
   Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

10. Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e).
    Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.
    Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.
    Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

13. Quand je me sens trembler, les gens le remarquent.
    Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

14. Des sensations corporelles inhabituelles me font peur.

Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

15. Quand je me sens nerveux(se), je m'inquiète d'avoir une maladie mentale.

Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(se).

Très peu Un peu Quelquefois Beaucoup Enormément

QIPS

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

____ 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.

____ 2. Mes inquiétudes me submergent.

____ 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.

____ 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.

____ 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.

____ 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.

____ 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.

____ 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.

____ 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.

____ 10. Je ne m'inquiète jamais.

____ 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.

____ 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.

____ 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.

____ 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.

____ 15. Je m'inquiète tout le temps.

____ 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnnaire. Behaviour Research and Therapy, 28, 487-495.
© Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Hélène Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur.
Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J. Letarte, H., Rhéaume, J. Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne, 33*, 240.

APPENDICE G

MESURE DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

BDI-II

Consigne : Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, **choisissez l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours **des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le group n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le group n° 18 (modifications de l'appétit).

1. Tristesse

0 Je ne me sens pas triste.
1 Je me sens très souvent triste.
2 Je suis tout le temps triste.
3 Je suis si triste ou si malheureux(se), que ce n'est pas supportable.

2. Pessimisme

0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. Échecs dans le passé

0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. Perte de plaisir

0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. Sentiments de culpabilité

0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
2 Je me sens coupable la plupart du temps.
3 Je me sens tout le temps coupable.

6. Sentiment d'être puni(e)

0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)
1 Je sens que je pourrais être puni(e).
2 Je m'attends à être puni(e).
3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. Sentiments négatifs envers soi-même

0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
1 J'ai perdu confiance en moi.
2 Je suis déçu(e) par moi-même.
3 Je ne m'aime pas du tout.

8. Attitude critique envers soi

0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
2 Je me reproche tous mes défauts.
3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. Pensées ou désirs de suicide

0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
2 J'aimerais me suicider.
3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. Pleurs

0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
1 Je pleure plus qu'avant.
2 Je pleure pour la moindre petite chose.
3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11. Agitation

0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. Perte d'intérêt

0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. Indécision

0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
2 J'i beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. Dévalorisation

0 Je pense être quelqu'un de valable.
1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
2 Je me sens moins valable que les autres.
3 Je sens que je ne vaux absolument rien.

15. Perte d'énergie

0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. Modifications dans les habitudes de sommeil

0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
1a Je dors un peu plus que d'habitude.
1b Je dors un peu moins que d'habitude.
2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17. Irritabilité

0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.

18. Modifications de l'appétit

0 Mon appétit n'a pas changé.
1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.

19. Difficulté à se concentrer

0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.

3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20. Fatigue

0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21. Perte d'intérêt pour le sexe

0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

APPENDICE H

MESURE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

SCID – II

QUESTIONNAIRE

(Utilisé conjointement avec l'entrevue SCID-II, version DSM-IV)

Évaluateur : _____

Date d'aujourd'hui : ____ ____ ____ PQ1
Jour Mois An

Étude: _____ PQ2

INSTRUCTIONS

Ces questions portent sur le genre de personne que vous êtes généralement, c'est-à-dire, sur votre façon habituelle de vous sentir et de vous comporter au cours des dernières années. Encerclez «Oui» ou «Non» si la question s'applique entièrement ou presqu'entièrement à vous. Sautez les questions que vous ne comprenez pas.

1.	Avez-vous déjà évité des emplois ou autres activités impliquant un grand nombre de contacts avec les gens ?	NON	OUI	PQ4
2.	Évitez-vous de vous impliquer avec les gens à moins d'être certain(e) qu'ils vont vous aimer ?	NON	OUI	PQ5
3.	Avez-vous de la difficulté à vous «ouvrir» aux autres même s'il s'agit de personnes qui sont près de vous ?	NON	OUI	PQ6
4.	Êtes-vous souvent préoccupé(e) par le fait d'être critiqué(e) ou rejeté(e) lors de rencontres sociales ?	NON	OUI	PQ7
5.	Avez-vous tendance à demeurer silencieux(se) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ?	NON	OUI	PQ8
6.	Avez-vous l'impression de ne pas être une personne aussi bonne, intelligente ou attirante que la plupart des gens ?	NON	OUI	PQ9
7.	Avez-vous peur d'essayer de nouvelles choses ?	NON	OUI	PQ10
8.	Avez-vous besoin de nombreux conseils de la part des autres avant de prendre des décisions quotidiennes, comme par exemple, quels vêtements porter ou quels plats commander au restaurant ?	NON	OUI	PQ11
9.	Remettez-vous aux autres la responsabilité de gérer la plupart des domaines importants de votre vie tels que les finances, l'éducation des enfants ou arrangements de vie ?	NON	OUI	PQ12
10.	Avez-vous de la difficulté à être en désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort ?	NON	OUI	PQ13
11.	Avez-vous de la difficulté à entamer un travail ou une tâche lorsqu'il n'y a personne pour vous aider ?	NON	OUI	PQ14

12. Vous êtes-vous porté(e) volontaire à faire des choses peu agréables plus souvent qu'à votre tour ?	NON	OUI	PQ15
13. Avez-vous l'habitude de vous sentir inconfortable lorsque vous êtes seul(e) ?	NON	OUI	PQ16
14. Lorsqu'une relation intime se termine, sentez-vous rapidement le besoin de trouver quelqu'un d'autre pour prendre soin de vous ?	NON	OUI	PQ17
15. Est-ce que l'idée de vous retrouver seul(e) ou d'être laissé(e) à vous-même vous inquiète ?	NON	OUI	PQ18
16. Accordez-vous beaucoup d'importance aux détails, à l'ordre, à l'organisation ou aimez-vous faire des listes et des horaires ?	NON	OUI	PQ19
17. Avez-vous de la difficulté à finir vos travaux parce que vous passez trop de temps à faire en sorte que tout soit parfait ?	NON	OUI	PQ20
18. Êtes-vous tellement dévoué(e) à votre travail ou études qu'il ne vous reste plus de temps pour les autres et pour le plaisir ?	NON	OUI	PQ21
19. Avez-vous des standards moraux très élevés ou des principes bien arrêtés sur ce qui est bien et ce qui est mal ?	NON	OUI	PQ22
20. Avez-vous de la difficulté à jeter des choses parce qu'elles pourraient vous être utiles un jour ?	NON	OUI	PQ23
21. Avez-vous de la difficulté à accepter l'aide des autres à moins qu'ils ne se conforment à votre façon de faire les choses ?	NON	OUI	PQ24
22. Avez-vous de la difficulté à dépenser votre argent pour vous ou pour les autres même si vous n'êtes pas dans le besoin ?	NON	OUI	PQ25
23. Vous arrive-t-il souvent d'être tellement certain(e) d'avoir raison que l'opinion des autres vous importe peu ?	NON	OUI	PQ26
24. Est-ce que certaines personnes vous ont déjà fait la remarque à l'effet que vous étiez entêté(e) ou rigide ?	NON	OUI	PQ27
25. Lorsqu'on vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire, avez-vous tendance à dire «oui» et, par la suite, attendre à la dernière minute ou bien faire un travail peu soigné ?	NON	OUI	PQ28
26. Vous arrive-t-il souvent «d'oublier» les choses que vous n'avez pas envie de faire ?	NON	OUI	PQ29

27. Avez-vous fréquemment le sentiment que les gens ne vous comprennent pas ou ne vous apprécient pas à votre juste valeur ?	NON	OUI	PQ30
28. Vous arrive-t-il souvent d'être maussade et d'argumenter avec les autres ?	NON	OUI	PQ31
29. Avez-vous constaté à plusieurs reprises que vos patrons, professeurs, médecins et autres personnes qui sont censées savoir ce qu'elles font, ne le savent pas vraiment ?	NON	OUI	PQ32
30. Vous arrive-t-il souvent de trouver injuste que les autres réussissent mieux que vous ?	NON	OUI	PQ33
31. Vous arrive-t-il souvent de vous plaindre d'avoir eu plus que votre part de malchances dans la vie ?	NON	OUI	PQ34
32. Vous arrive-t-il souvent de refuser sèchement de faire ce que l'on vous demande et, par la suite, de vous sentir mal et d'allez vous excuser ?	NON	OUI	PQ35
33. Êtes-vous généralement d'humeur peu joyeuse ou du genre à ne pas prendre beaucoup de plaisir à la vie ?	NON	OUI	PQ36
34. Vous arrive-t-il souvent de vous percevoir comme une personne fondamentalement inapte et de ne pas vous sentir bien dans votre peau ?	NON	OUI	PQ37
35. Vous arrive-t-il fréquemment de vous abaisser vous-même ?	NON	OUI	PQ38
36. Pensez-vous souvent aux mauvaises choses qui sont arrivées dans le passé et qui pourraient arriver dans le futur ?	NON	OUI	PQ39
37. Avez-vous tendance à juger les autres sévèrement et à leur trouver facilement des défauts ?	NON	OUI	PQ40
38. Croyez-vous que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais ?	NON	OUI	PQ41
39. Vous attendez-vous la plupart du temps à ce que les choses tournent mal ?	NON	OUI	PQ42
40. Avez-vous tendance à vous sentir coupable pour des choses que vous avez ou n'avez pas faites ?	NON	OUI	PQ43
41. Devez-vous faire attention pour que les gens ne profitent pas de vous ou ne vous fassent pas de mal ?	NON	OUI	PQ44
42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vos amis et collègues de travail sont dignes de votre confiance ?	NON	OUI	PQ45

43. Trouvez-vous que «moins les gens en savent sur vous mieux c'est» de sorte qu'ils ne peuvent pas utiliser ce qu'ils savent contre vous ?	NON	OUI	PQ46
44. Vous arrive-t-il souvent de détecter des menaces cachées ou du mépris dans les choses que les gens disent ou font ?	NON	OUI	PQ47
45. Êtes-vous du genre rancunier(ère) et vous faut-il beaucoup de temps pour pardonner à ceux qui vous ont offensé ou manqué d'égards ?	NON	OUI	PQ48
46. Y a-t-il plusieurs personnes à qui vous n'avez pas encore pardonné quelque chose qu'ils vous ont dit ou fait il y a longtemps ?	NON	OUI	PQ49
47. Êtes-vous porté(e) à vous mettre facilement en colère et à contre-attaquer lorsqu'on vous critique ou vous insulte ?	NON	OUI	PQ50
48. Avez-vous soupçonné à plusieurs reprises votre conjoint(e) ou partenaire de vous être infidèle ?	NON	OUI	PQ51
49. Lorsque vous voyez des gens discuter entre eux, avez-vous souvent l'impression qu'ils parlent de vous ?	NON	OUI	PQ52
50. Avez-vous le sentiment que certaines choses qui semblent anodines pour la plupart des gens ont une signification vraiment particulière pour vous ?	NON	OUI	PQ53
51. Avez-vous souvent l'impression que l'on vous fixe du regard ou que l'on vous surveille lorsque vous êtes entouré de gens ?	NON	OUI	PQ54
52. Avez-vous déjà eu le sentiment de pouvoir faire arriver des choses juste en y pensant ou en le souhaitant ?	NON	OUI	PQ55
53. Avez-vous déjà eu des expériences de nature surnaturelle ?	NON	OUI	PQ56
54. Avez-vous un «sixième sens» qui vous permet de savoir ou de prédire des choses que les autres ignorent ?	NON	OUI	PQ57
55. Vous arrive t-il souvent de confondre des objets ou des ombres pour des personnes ou animaux, et des bruits pour des voix ?	NON	OUI	PQ58
56. Avez-vous déjà eu la sensation qu'une personne ou une force vous entourait sans que vous puissiez la voir ?	NON	OUI	PQ59
57. Vous est-il arrivé(e) souvent de voir l'Aura ou le champ énergétique des gens ?	NON	OUI	PQ60

58. En dehors de votre famille immédiate, y a-t-il peu de gens avec qui vous entretenez des rapports étroits ?	NON	OUI	PQ61
59. Vous arrive t-il souvent de vous sentir nerveux(e) lorsque vous êtes avec d'autres personnes ?	NON	OUI	PQ62
60. Est-ce que de façon générale, il vous est égal d'avoir ou non quelqu'un avec qui entretenir des liens étroits ?	NON	OUI	PQ63
61. Préférez-vous la plupart du temps faire des choses seul(e) plutôt qu'avec les autres ?	NON	OUI	PQ64
62. Pourriez-vous ne jamais être sexuellement intime avec quelqu'un et être heureux(se) quand même ?	NON	OUI	PQ65
63. Y a-t-il très peu de choses dans lesquelles vous prenez plaisir ?	NON	OUI	PQ66
64. Êtes-vous généralement indifférent(e) à ce que les autres pensent de vous ?	NON	OUI	PQ67
65. Avez-vous constaté que rien ne vous rendait très triste ou très joyeux(se) ?	NON	OUI	PQ68
66. Aimez-vous être le centre de l'attention ?	NON	OUI	PQ69
67. Êtes-vous du genre à «flirter» beaucoup ?	NON	OUI	PQ70
68. Vous arrive t-il souvent de faire des «avances» aux gens ?	NON	OUI	PQ71
69. Avez-vous tendance à utiliser votre façon de vous vêtir ou votre apparence pour vous faire remarquer ?	NON	OUI	PQ72
70. Avez-vous tendance à vous exprimer de façon colorée et dramatique ?	NON	OUI	PQ73
71. Changez-vous facilement d'idées ou d'opinions en fonction des gens avec qui vous êtes ou de ce que vous venez tout juste de lire ou voir à la télé ?	NON	OUI	PQ74
72. Avez-vous beaucoup d'amis avec qui vous entretenez des liens très étroits ?	NON	OUI	PQ75
73. Avez-vous l'impression que les gens sont souvent incapables d'apprécier la nature spéciale de vos talents et de vos accomplissements ?	NON	OUI	PQ76

74. Est-ce que certaines personnes vous ont déjà fait la remarque à l'effet que vous aviez une trop haute opinion de vous-même ?	NON	OUI	PQ77
75. Pensez-vous beaucoup à la gloire, au pouvoir et à la reconnaissance que vous aurez un jour ?	NON	OUI	PQ78
76. Pensez-vous beaucoup au «Grand Amour» romantique que vous vivrez un jour ?	NON	OUI	PQ79
77. Insistez-vous la plupart du temps pour que vos problèmes soient traités par un expert ?	NON	OUI	PQ80
78. Est-il important pour vous de fréquenter des gens importants ou influents ?	NON	OUI	PQ81
79. Est-il important que les gens portent attention à vous ou qu'ils vous admirent d'une façon quelconque ?	NON	OUI	PQ82
80. Pensez-vous qu'il n'est pas nécessaire de suivre certaines règles ou conventions sociales si elles interfèrent avec ce que vous tentez d'accomplir ?	NON	OUI	PQ83
81. Avez-vous le sentiment de mériter un traitement de faveur ?	NON	OUI	PQ84
82. Vous est-il souvent nécessaire de «piler sur les pieds» des autres pour obtenir ce que vous voulez ?	NON	OUI	PQ85
83. Êtes-vous souvent dans l'obligation de faire passer vos besoins avant ceux des autres ?	NON	OUI	PQ86
84. Vous attendez-vous à ce que les gens fassent ce que vous leur demandez sans avoir à leur fournir d'explications ?	NON	OUI	PQ87
85. Avez-vous en général, peu d'intérêt pour les problèmes ou les sentiments des autres ?	NON	OUI	PQ88
86. Est-ce que certaines personnes se sont déjà plaint que vous ne les écoutiez pas ou ne vous préoccupiez pas de leurs problèmes ?	NON	OUI	PQ89
87. Vous arrive-t-il souvent d'envier les autres ?	NON	OUI	PQ90
88. Avez-vous fréquemment le sentiment que les autres vous envient ?	NON	OUI	PQ91
89. Trouvez-vous qu'il y a très peu de gens qui mérite que vous leur consacriez de votre temps ou attention ?	NON	OUI	PQ92

90. Vous est-il arrivé(e) souvent de faire des efforts démesurés et de poser des gestes excessifs pour empêcher qu'une personne à laquelle vous teniez beaucoup vous quitte ?	NON	OUI	PQ93
91. Est-ce que vos relations interpersonnelles significatives ont beaucoup de «hauts et de bas» ?	NON	OUI	PQ94
92. Vous est-il arrivé(e) de changer subitement votre façon de vous définir en tant qu'individu et vos objectifs de vie ?	NON	OUI	PQ95
93. Est-ce que votre sentiment d'identité personnelle change souvent de façon dramatique ?	NON	OUI	PQ96
94. Est-ce que votre façon d'être diffère tellement selon les personnes avec qui vous êtes et selon les circonstances que parfois vous ne savez plus vraiment qui vous êtes ?	NON	OUI	PQ97
95. Avez-vous souvent changé d'idées par rapport à vos buts à long terme, plans de carrière ou croyances religieuses ?	NON	OUI	PQ98
96. Vous arrive t-il fréquemment de faire des choses de façon très impulsive ?	NON	OUI	PQ99
97. Avez-vous déjà tenté ou menacé de vous blesser ou de vous enlever la vie ?	NON	OUI	PQ100
98. Vous êtes-vous déjà infligé(e) de façon intentionnelle, des coupures, des brûlures ou des égratignures sévères ?	NON	OUI	PQ101
99. Avez-vous beaucoup de sauts d'humeur ?	NON	OUI	PQ102
100. Vous sentez-vous souvent «vide» à l'intérieur ?	NON	OUI	PQ103
101. Avez-vous souvent des accès de colère incontrôlables ?	NON	OUI	PQ104
102. Vous arrive t-il de frapper ou de lancer des objets lorsque vous êtes en colère ?	NON	OUI	PQ105
103. Vous arrive t-il de vous mettre en colère pour des banalités ?	NON	OUI	PQ106
104. Lors de périodes de stress intenses, vous est-il déjà arrivé(e) de devenir méfiant(e) envers les autres ou de vous sentir particulièrement confus(e) et désorienté(e) ?	NON	OUI	PQ107

105. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous souvent malmené, menacé ou intimidé d'autres enfants ?	NON	OUI	PQ108
106. Avant l'âge de 15 ans, vous est-il arrivé(e) de commencer des bagarres ?	NON	OUI	PQ109
107. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déjà blessé ou menacé quelqu'un avec un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un fusil ?	NON	OUI	PQ110
108. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément maltraité ou infligé de la souffrance physique à quelqu'un ?	NON	OUI	PQ111
109. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous maltraité ou blessé des animaux de façon intentionnelle ?	NON	OUI	PQ112
110. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous volé, dévalisé ou pris par la force des choses en menaçant quelqu'un ?	NON	OUI	PQ113
111. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles, à se dévêtir ou à vous faire des attouchements sexuels ?	NON	OUI	PQ114
112. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous allumé intentionnellement un incendie ?	NON	OUI	PQ115
113. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément endommagé des choses qui ne vous appartenaient pas ?	NON	OUI	PQ116
114. Avant l'âge de 15 ans, vous êtes-vous déjà introduit(e) par infraction dans une maison, un immeuble ou une voiture ?	NON	OUI	PQ117
115. Avant l'âge de 15 ans, mentiez-vous beaucoup ?	NON	OUI	PQ118
116. Avant l'âge de 15 ans, vous est-il arrivé(e) de voler à l'étalage, de falsifier une signature ou de prendre des choses qui ne vous appartenaient pas ?	NON	OUI	PQ119
117. Avant l'âge de 15 ans, vous êtes-vous déjà sauvé(e) de la maison parentale et passé(e) la nuit à l'extérieur ?	NON	OUI	PQ120
118. Avant l'âge de **13 ans**, vous arrivait-il souvent de rentrer à la maison à des heures tardives, bien après l'heure convenue par vos parents ?	NON	OUI	PQ121
119. Avant l'âge de **13 ans**, vous arrivait-il souvent de faire l'école buissonnière ?	NON	OUI	PQ122

ENTRETIEN CLINIQUE STRUCTURE
POUR LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE DE L'AXE II DU DSM-IV

Michael B. First M.D
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W
Janet B.W Williams, D.S.W
Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry, New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.
Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Traduction française par :
Muriel Cottraux MA, et Jean Cottraux MD, Ph. D.
Unité de Traitement de L'Anxiété
Hopital Neurologique,
Centre Hospitalo Universitaire de Lyon

Etude : _____ Etude n :_____ 1

Sujet : _____ Identité n° : _____ 2

Evaluateur : _____ Evaluateur n° : _____ 3

Date de l'entretien : _____ _____ _____ 4
mois jour année

Sources d'informations
(Vérifier que tout s'applique) : - Patient 5
- Famille/ amis/ camarades 6
- Corps médical/ dossier / Lettre d'envoi 7
- SCID - II- PQ 8

Rempli et vérifié par : _____ Date_____

SCID II RESUME : FEUILLE DE RESULTATS

Ensemble des qualités et état complet des informations :
1= faible, 2= passable, 3= bien, 4= excellent 9

Durée de l'entretien (en minutes) :_____ 10

Trouble de la Personnalité Nombre d'items codés 3 (les nombres dans les cases indiquent le seuil requis pour le diagnostic)

01	**Evitante** (p.3-4)	1	2	3	**4**	**5**	6	7			**11**
02	**Dépendante** (p.5-7)	1	2	3	4	**5**	6	7	8		**12**
03	**Obsessive Compulsive**(p.8-10)	1	2	3	**4**	5	6	7	8		**13**
04	**Négativiste** (p.11-12)	1	2	3	**4**	**5**	6	7	8		**14**
05	**Dépressive** (p.13-14)	1	2	3	4	**5**	6	7			**15**
06	**Paranoïaque** (p.15-16)	1	2	3	**4**	**5**	6				**16**
07	**Schizotypique** (p.17-20)	1	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**17**
08	**Schizoïde** (p.21-22)	1	2	3	**4**	**5**	6	7			**18**
09	**Histrionique** (p.23-24)	1	2	3	4	**5**	6	7	8		**19**
10	**Narcissique** (p. 25-28)	1	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**20**
11	**Borderline** (p. 29-32)	1	2	3	4	**5**	6	7	8	9	**21**
12	**Antisociale** (p. 33-40)	1	2	**3**	4	5	6	7			**22**
13	**Non spécifiée** (NOS) (p.41)	1									**23**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL AXE II (c'est à dire, le Trouble de la Personnalité qui est, ou qui devrait être le principal centre d'intérêt clinique). **24**

Tapez le numéro du code inscrit à gauche du diagnostic ci-dessus : - -
Remarque : tapez 99 s'il n'y a pas de trouble Axe II.

SCID - II **Panorama**

PANORAMA DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE

Je vais maintenant vous poser des questions concernant le type de personne que vous êtes, c'est-à-dire, comment vous vous sentez ou comportez en général.

SI UN TROUBLE AXE I CIRCONSCRIT OU EPISODIQUE A ETE PRESENT : je sais qu'il y a eu des moments où vous avez été (SYMPTOME d'Axe I). Je ne parle pas de ces moments. Et vous devez essayer de penser à comment vous êtes habituellement lorsque vous n'êtes pas (Axe I SXS). Avez-vous des questions à ce sujet ?

Comment vous décririez-vous en tant que personne (avant l'axe I SXS) ?

SI NE PEUT PAS REPONDRE, AVANCEZ.

Comment pensez-vous que les autres vous décriraient en tant que personne (SYMPTOME d'Axe I) ?

Qui ont été les personnes importantes dans votre vie ? (SI NE CITE QUE LA FAMILLE : Qu'en est-il de vos amis ?)

Comment vous êtes-vous entendu(e) avec eux ?

Pensez-vous que votre façon habituelle de réagir par rapport aux choses ou de vous comporter avec les gens vous a causé des problèmes avec quelqu'un ? (A la maison ? A l'école ? Au travail ?) (De quelle façon ?)

Quel genre de chose avez-vous fait que les autres aient pu trouver dérangeante ?

Comment employez-vous votre temps libre ?

Si vous pouviez changer votre personnalité d'une manière ou d'une autre, de quelle façon voudriez-vous être différent ?

=>SI LE QUESTIONNAIRE A ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant revenir sur les questions auxquelles vous avez répondu "oui" dans le questionnaire.

=> SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant vous poser quelques questions plus précises ?

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE				
	Un modèle diffus d'inhibition sociale, le sentiment de ne pas être à la hauteur avec une hypersensibilité à l'appréciation négative . commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants:				
1. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) évité des emplois ou des tâches qui impliqueraient d'être en contact avec beaucoup de personnes. Donnez-moi des exemples. Quelle était la raison pour laquelle vous évitiez ces emplois ou ces tâches ? (Avez-vous déjà refusé une promotion parce que cela aurait impliqué d'avoir à traiter avec plus de personnes, ce qui vous aurait mis mal à l'aise ?)	(1) évite les activités prenantes qui impliquent d'avoir des contacts interpersonnels importants, par peur d'être critiqué(e), désapprouvé(e) ou recyclé(e). 3 = au moins deux exemples	?	1	2	25
		3			
2. Vous avez dit que vous évitez (Evitez-vous) de faire connaissance avec d'autres personnes à moins que vous soyez certain(e) qu'elles vous apprécieront. Si vous ne saviez pas si quelqu'un vous apprécie, vous arriverait-il de faire le premier pas ?	(2) ne veut pas faire connaissance avec les gens à moins d'être certain(e) d'être apprécié(e). 3 = ne prend presque jamais l'initiative en s'impliquant dans une relation sociale.	?	1	2	26
		3			
3. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile d'être « ouvert(e) » même avec des personnes dont vous êtes proche. Comment cela se fait-il ?(Avez-vous peur qu'on se moque de vous ou que l'on vous mette mal à l'aise ?)	(3) limité(e) dans les relations avec des proches par peur d'être ridicule ou qu'on lui manque de respect. 3 = vrai pour presque toutes les relations avec les autres.	?	1	2	27
		3			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE

4.Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent angoissé(e) d'être critiqué(e) ou de ne pas être accepté(e) dans des situations sociales. Donnez-moi des exemples. Passez-vous beaucoup de temps à vous inquiéter à ce sujet ?	(4) préoccupé(e) d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales. 3 = passe beaucoup de temps à s'inquiéter	? 3	1	2	28
5. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) généralement silencieux(se) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes. Comment cela se fait-il ? (Est-ce parce que vous vous sentez insuffisant(e) ou pas assez bon(ne) ?)	(5) inhibé(e) dans des situations interpersonnelles nouvelles à cause de sentiments d'insuffisance. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne beaucoup d'exemples.	? 3	1	2	29
6. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur d'essayer des choses nouvelles. Parlez-moi de cela.	(6) convaincu(e) qu'une personne puisse être socialement inapte, avoir une personnalité sans intérêt, ou inférieure aux autres. 3 = reconnaît sa conviction	? 3	1	2	30
7. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur d'essayer des choses nouvelles. Est-ce parce que vous avez peur d'être mis dans l'embarras ? Donnez moi des exemples.	(7) hésite rarement à prendre des risques personnels ou à s'impliquer dans de nouvelles activités parce qu'elle peuvent s'avérer gênantes. 3 = plusieurs exemples d'activités évitées par peur d'être mis mal à l'aise	? 3	1	2	31
	AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		32

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE				
	Un besoin diffus et excessif, que l'on prenne soin de lui (d'elle) conduisant à un comportement de soumission et d'attachement et de peur de la séparation, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :				
8. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré(e) par les autres avant de pouvoir prendre une décision concernant la vie quotidienne telle, quoi porter, ou quoi commander au restaurant. Pouvez-vous me donner des exemples de types de décisions pour lesquelles vous cherchez à avoir un conseil ou cherchez à être rassuré(e) ? (Cela arrive-t-il presque tous les jours ?)	(1) Est incapable de prendre des décisions quotidiennes sans avoir été rassuré(e) et avoir reçu un nombre considérable de conseils d'autres personnes. 3 = plusieurs exemples	? 3	1	2	33
9. Vous avez dit que vous dépendez (Dépendez-vous) d'autres personnes pour prendre en main des domaines importants de votre vie tels que les finances, le soin des enfants, l'organisation sociale et récréative. Donnez-moi des exemples qui illustrent davantage que de demander, simplement, des conseils aux autres. (Cela s'est-il passé avec la PLUPART des domaines importants de votre vie ?)	(2) a besoin des autres pour assumer les responsabilités de la plupart des domaines importants de sa vie . 3 = plusieurs exemples	? 3	1	2	34

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

10. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de ne pas être d'accord avec des personnes même lorsque vous pensez qu'elles ont tord. Donnez-moi des exemples où vous avez pensé cela. Qu'avez-vous peur qu'il se passe, si jamais vous n'êtes pas d'accord ?	(3) a des difficultés à exprimer son désaccord avec les autres parce qu'il (elle) a peur de ne pas être soutenu(e) approuvé(e) (remarque : n'inclue pas la peur du châtiment). 3 = reconnaît ce trait de caractère ou donne plusieurs exemples.	? 3	1	2	35
11. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de commencer une tâche ou d'y travailler lorsqu'il n'y a personne pour vous aider. Donnez-moi des exemples. Pourquoi cela ? (Est-ce parce que vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir le faire correctement ?)	(4) a des difficultés à lancer des projets ou à faire des choses seul(e) (à cause d'un manque de confiance en ses propres opinions ou ses capacités plutôt que d'un manque de motivation ou d'énergie). 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	36
12. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) souvent spontanément porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables. Donnez-moi des exemples de ce genre de chose. Pourquoi cela ?	(5) va très loin pour obtenir de l'énergie et le soutien des autres ; va jusqu'à se porter volontaire pour faire des choses désagréables. (Remarque : n'inclue pas l'attitude qui consiste à tenter de réaliser d'autres projets que celui d'être apprécié(e), tels que l'avancement au travail) 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	37
13. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) généralement mal dans votre peau lorsque vous êtes seul(e). Pourquoi cela ? (Est-ce parce que vous avez besoin que quelqu'un s'occupe de vous ?)	(6) se sent mal à l'aise ou impuissant(e) lorsqu'il (elle) est seul(e), à cause d'une peur excessive d'être incapable de prendre soin de lui (d'elle). 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	38

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

14. vous avez dit que lorsqu'une relation avec quelqu'un de proche prend fin, vous avez (avez-vous) rapidement besoin de trouver quelqu'un d'autre sur qui vous pouvez compter. Parlez-moi de cela. (Avez-vous réagi de cette façon la plupart du temps lorsque des relations avec des proches prenaient fin ?)	(7) recherche d'urgence une autre relation avec quelqu'un, comme moyen de prise en charge et de soutien, lorsqu'une relation proche prend fin. 3 = arrive lorsque la plupart des relations prennent fin.	? 3	1	2	39
15. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) très inquiet(e) qu'on vous abandonne et qu'on vous laisse prendre soin de vous. Y a-t-il souvent des moments où vous ne cessez de vous inquiéter à ce sujet ?	(8) Inquiétude irréaliste de peur d'être abandonné(e) et d'avoir à prendre soin de lui (d'elle). 3 = inquiétude irréaliste persistante	? 3	1	2	40
	AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		41

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE				
	Un modèle diffus de préoccupation vis à vis de l'ordre, et du contrôle de l'esprit et des relations interpersonnelles, de la perfection au dépend de la souplesse et de l'ouverture aux autres, et de l'efficacité, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivant:				
16. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) le genre de personne à vous arrêter sur des détails, le rangement, et l'organisation, ou qui aime faire des listes et des programmes. Donnez-moi des exemples. Etes-vous parfois tellement pris dans ce que vous faites (EXEMPLES) que vous perdez de vue ce que vous essayer de réaliser. (Est-ce que cela arrive souvent ?)	(1) Souci du détail, des règles, des listes, de l'ordre, de l'organisation, ou des programmes à tel point qu'il (elle) perd de vue les éléments les plus importants de l'action. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	? 3	1	2	42
17. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) des difficultés à terminer un travail tant vous passez de temps à faire en sorte que les choses soient parfaites. Donnez-moi des exemples. (Cela arrive-t-il souvent ?)	(2) perfectionnement qui s'interpose dans l'accomplissement d'une tâche (par exemple : incapacité à accomplir un projet parce que le modèle qu'il (elle) s'est fixé(e) est trop parfait pour être atteint). 3 = plusieurs exemples de tâches inachevées ou reportées plus tard de façon importante à cause de cet esprit perfectionniste.	? 3	1	2	43

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

18. Vous avez dit que vous considérez ou d'autres personnes considèrent (Considérez-vous ou d'autres personnes considèrent-elles) que vous consacrez tellement de temps à votre travail (ou à l'école) qu'il ne vous reste plus de temps libre pour d'autres personnes ou juste pour prendre du plaisir. Parlez-moi de cela. (Combien de temps avez vous gardé pour faire d'autres choses ? Etes-vous comme cela d'habitude ?)	(3) un temps excessif consacré au travail et à la productivité à l'exclusion des activités de loisirs ou aux amis (pas justifié par des nécessités économiques). (Remarque : ni justifié par des exigences de travail temporaire)	?	1	2 3	44
19. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) de très hautes idées sur ce qui est bien et ce qui est mal. Donnez-moi des exemples de vos très hautes idées. (Suivez-vous le règlement au pied de la lettre, peu importe de quoi il s'agit ?)	(4) hyperconsciencieux(se), scrupuleux(se), et inflexible en ce qui concerne des problèmes de moralité, d'éthique, ou de valeurs morales (qui ne correspondent pas à une identité culturelle ou religieuse). 3 = plusieurs exemples où il (elle) adhère ou fait adhérer les autres à des valeurs morales strictes.	?	1	2 3	45
20. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) du mal à jeter les choses parce qu 'elles pourraient servir un jour. Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapables de jeter. (Quel est le niveau d'encombrement chez vous, dû au fait que vous ne jetez pas les choses ?)	(5) incapacité à se faire défaire d'objets usés ou inutiles même lorsqu'ils n'ont pas de valeur sentimentale. 3 = il en résulte qu'il vit dans le désordre.	?	1	2 3	46

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

21. Vous avez dit qu'il est (est-il) difficile pur vous de laisser les autres vous aider, à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le désirez ?

Parlez-moi de cela.

(Ceci arrive-t-il souvent ?) (Est-ce que vous ne finissez pas souvent par faire les choses vous-même pour être sûr(e) qu'elles soient faites correctement ?)

22. Vous avez dit qu'il vous est (Vous est-il) difficile de faire des dépenses pour vous et pour les autres même lorsque vous avez les moyens.

Pourquoi ? (Est-ce parce que vous êtes inquiet(e) d'en manquer plus tard quand vous en aurez vraiment besoin ?)

Parlez-moi des choses pour lesquelles vous n'avez pas dépensé d'argent parce que vous deviez économiser pour plus tard.

23. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance.

Parlez-moi de cela.

24. Vous avez dit que des personnes vous ont (des personnes vous ont-elles) déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide.

Parlez-moi de cela.

(6) peu enclin à déléguer des tâches ou à travailler avec les autres à moins de les astreindre à faire les choses à sa façon. ? 1 2 3 | 47

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

(7) se comporte de façon pingre pour lui et les autres ; l'argent perçu est comme quelque chose a accumuler en prévisions de catastrophes à venir. | 48

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

(8) rigide et têtu(e) | 49

3 = reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes le lui en ont parlé

AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODES « 3 » | 50

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID- II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE				
	Un modèle diffus d'attitudes négativistes et une résistance passive à l'exécution de tâches demandées par d'autres personnes commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :				
25. Vous avez dit que lorsque quelqu'un vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas, vous dîtes (Dîtes-vous) « oui », mais ensuite travaillez lentement ou faites du mauvais travail. Donnez-moi des exemples à ce sujet.	(1) résiste passivement à l'accomplissement de la routine sociale et à la réalisation de tâches prenant du temps. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 3	1	2	51
26. Vous avez dit que (Souvent si) vous n'avez pas envie de faire quelque chose, vous « oubliez » simplement de la faire. Donnez des exemples à ce sujet.					
27. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que les autres ne vous comprennent pas, ou n'apprécient pas ce que vous faites à sa juste valeur. Dites m'en plus à ce sujet. (Vous plaignez-vous de cela auprès des autres ?)	(2) se plaint d'être mal compris(e) et que les autres le (la) mésestiment. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	52
28. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent de mauvaise humeur et susceptible d'entrer dans des querelles ? Dites-moi quand cela arrive.	(3) est renfrogné(e) et disposé(e) à argumenter 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	53

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID- II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE

29. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) constaté que la plupart de vos patrons, professeurs, surveillants, médecins, et autres qui sont censés savoir ce qu'ils font ne le savent absolument pas. Parlez-moi de cela.	(4) critique de manière déraisonnable et méprise l'autorité. 3 = plusieurs exemples	? 3	1	2	54
30. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) souvent que ce n'est pas juste que les autres aient plus que vous. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(5) porte de l'envie et de la rancoeur envers ceux qui sont en apparence plus chanceux. 3 = exemples de jalousie et de rancoeur	? 3	1	2	55
31. Vous avez dit que vous vous plaignez (Vous plaignez-vous) souvent d'avoir eu plus que votre part d'expériences malheureuses ? Consiodérez votre vie rétrospectivement ; est-ce que vous avez l'impression qu'il vous arrive toujours des malheurs ?	(6) profère des plaintes excessives et constantes sur sa malchance personnelle. 3 = Donnez les mauvaises choses qui arrivent toujours (pas limité aux mauvais moments particuliers dans la vie de la personne).	? 3	1	2	56
32. Vous avez dit que vous refusez (Refusez-vous) avec colère de faire ce que les autres souhaitent et qu'ensuite vous vous sentez mal et vous vous excusez ? Dîtes m'en plus à ce sujet.	(7) oscille entre l'audace de braver les autres et les remords. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	? 3	1	2	57
	AU MOINS 6 ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		58

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE		
REMARQUE : Les critères du DSM IV excluent un diagnostic de personnalité dépressive si le comportement a lieu seulement pendant des épisodes de dépression majeur ou qu'il est en mieux rendu compte par un trouble disthymique. Se reporter au guide d'utilisation pour une discussion des options afin d'opérationnaliser ce critère.	A. Un modèle diffus de perceptions dépressives commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :		
33. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) habituellement triste ou que la vie est sans plaisir ? Parlez-moi de cela.	(1) l'humeur habituelle est dominée par l'abattement, la morosité, le découragement, le désenchantement, la tristesse, le malheur. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	59
34. Vous avez dit que vous croyez (Croyez-vous) que vous n'êtes fondamentalement pas à la hauteur ; et vous avez (Avez-vous) souvent une mauvaise opinion de vous même. Parlez-moi de cela.	(2) sa propre conception est fondée sur la conviction de ne pas être à la hauteur, d'être inutile, d'avoir une basse image de lui (d'elle). 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	60
35. Vous avez dit que vous vous accablez (Vous accablez-vous) souvent. Parlez-moi de cela. (Vous reprochez-vous souvent les choses qui n'ont pas fonctionnées ?)	(3) se critique, se fait des reproches, et se rabaisse. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	61
36. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) un(e) inquiet(e). Parlez-moi de cela.	(4) rumine et à tendance à s'inquiéter 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	62

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

37. Vous avez dit que vous jugez (Jugez-vous) souvent les autres sévèrement et leur trouvez (Trouvez-vous) facilement des défauts. Donnez-moi des exemples du genre de choses envers lesquelles vous êtes critique.	(5) est négativiste, critique, juge les autres. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	63
38. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais. Parlez-moi de cela.		? 3	1	2	64
39. Vous avez dit que vous (Attendez-vous) vous attendez presque toujours au pire. Parlez-moi de cela.	(6)est pessimiste 3 = reconnaît ce trait de caractère.	? 3	1	2	65
40. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez coupable de choses que vous avez ou n'avez pas faites. Quel genre de choses ?	(7) est enclin à se sentir coupable ou à avoir des tas de remords. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	1		3	66
	AU MOINS CINQ ITEMS CODES « 3 »				

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE	CRITERES DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE				
La conduite ne doit pas être considérée comme caractéristique de la personnalité paranoïaque si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, ou un autre trouble psychotique ou est dû à des effets physiologiques d'un état médical général.	Une méfiance et une suspicion diffuses envers les autres, telle que les motifs s'y rapportant sont perçus comme malveillants, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :				
41. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de garder les yeux ouverts pour empêcher les gens de vous utiliser ou de vous faire du mal. Parlez-moi de cela.	(1) soupçonne sans fondement que les autres l'exploitent, lui font du tord, ou le (la) trompent. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	?	1	2 3	67
42. Vous avez dit que vous passez (Passez-vous) beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez avoir confiance en vos amis ou les personnes avec lesquelles vous travaillez. Décrivez des situations dans lesquelles vous avez eu ce sentiment. (Vous sentez vous souvent comme cela ?)	(2) est préoccupé(e) par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité d'amis ou de collègues. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	?	1	2 3	68
43. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous parce qu'ils pourraient utiliser cela contre vous. Quand cela se passe-t-il ? Parlez-moi de cela ?	(3) est peu disposé(e) à se confier aux autres parce qu'il (elle) a une peur indue que l'information soit utilisée avec malveillance contre lui (elle). 3 = reconnaît que la fait d'être peu disposé(e) à se confier soit dû à la méfiance (non pas au pur refus)	?	1	2 3	69
44. Vous avez dit que vous détectez (Détectez-vous) souvent des menaces ou des insultes cachées dans les choses que les gens disent ou font ? Donnez-moi des exemples.	(4) lit le sens caché rabaissant ou menaçant dans des observations ou des événements anodins. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	?	1	2 3	70

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

45. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont offensées ou traitées sans égards. Parlez-moi de cela.	(5) porte une rancune persistante, c'est à dire, qu'il (elle) est inflexible si on l'offense, on lui fait du tort, ou qu'on lui manque d'égards. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 3	1	2	71
46. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pardonner parce qu'elles vous ont dit ou fait quelque chose il y a longtemps. Parlez-moi de cela.					
47. Vous avez dit que vous (fâchez-vous) vous fâchez ou que vous (Mettez-vous) vous mettez souvent en colère lorsque quelqu'un vous critique ou vous offense sur certains points. Donnez-moi des exemples.	(6) ressent des attaques sur sa personnalité ou sa réputation qui pour les autres ne semblent pas en être, est rapide à se mettre en colère et à contre attaquer. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	72
48. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent soupçonné votre époux(se) ou partenaire d'avoir été infidèle. Parlez-moi de cela. (Quelles sont les preuves que vous avez ? Qu'avez vous fait à ce sujet ? Aviez-vous raison ?)	(7) soupçons récurrents, non motivés, concernant la fidélité de son époux(se) ou de son (sa) partenaire sexuel(le). 3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.	? 3	1	2	73
	AU MOINS QUATRE (A) ITEMS SONT CODES « 3 »	1		3	74

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE				
La conduite ne doit être considérée comme une caractéristique de la personnalité schizotypique si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, ou un autre trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement.	Un modèle de déficience sociale et interpersonnelle marquée par un malaise aigu et une capacité réduite pour les relations proches avec les autres ainsi que des déformations cognitives ou de perception et des excentricités dans le comportement, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :				
49. Vous avez-dit que lorsque vous êtes dehors en public et que vous voyez des personnes parler, vous avez (Avez-vous) souvent la sensation que l'on parle de vous. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(1) Idée de référence (excluant délires de référence) 3 = plusieurs exemples	?	1	2	75 3
50. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que les choses qui n'ont pas de signification particulière (spéciale) pour la plupart des gens sont réellement destinées à vous transmettre un message ? Dîtes m'en plus à ce sujet.					
51. Vous avez dit que quand vous êtes en compagnie de personnes, vous avez (Avez-vous) le sentiment que l'on vous surveille et que l'on vous regarde fixement ? Dîtes m'en plus à ce sujet.					

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

52. Vous avez dit que vous avez déjà (Avez-vous déjà) eu la sensation que vous pouviez faire arriver les choses simplement en faisant un voeu ou en pensant à elles.

Parlez-moi de cela.

(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

53. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu des expériences personnelles avec le surnaturel.

Parlez-moi de cela.

(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

54. Vous avez dit que vous croyez (Croyez-vous) avoir un « sixième sens » qui vous permette de savoir et de prédire les choses que les autres ne peuvent savoir.

Parlez-moi de cela.

(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)

(2) des croyances bizarres ou des pensées surnaturelles qui influent sur le comportement et ne correspondent pas à des modèles ethniques (par exemple, la superstition, croire en la voyance, la télépathie, ou au « 6ème sens », croire en ce que disent les enfants ou des adolescents, avoir des idées ou des préoccupations bizarres.

3 = plusieurs exemples de phénomènes semblables qui influent sur le comportement et qui ne correspondent pas à des modèles ethniques.

? 1 2 3 | 76

55. Vous avez dit qu'il vous semble souvent (Vous semble-t-il souvent) que les ombres ou les objets sont en réalité des gens ou des animaux ou que des bruits sont des voix humaines ?

Donnez-moi des exemples.

(Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

(3) expériences de perceptions inhabituelles, y compris des illusions d'optique de corps physiques.

3 = plusieurs exemples d'expériences de perception inhabituelles non justifiées par la drogue ou un état médical général.

? 1 2 3 | 77

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

56. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu la sensation qu'une personne ou une force était autour de vous, même si vous ne pouviez voir personne. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)					
57. Vous avez dit que vous voyez (Voyez-vous) souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)					
OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN	(4) des pensées et des paroles bizarre (par exemple floues, circonstancielles,métaphoriques, sophistiquées, stéréotypées)	? 3	1	2	78
CODE « 3 » SI N'IMPORTE QUEL CRITÈRE PARANOIAQUE (1), (2), (3), (4), OU (7) SONT CODÉS « 3 »	(5) Idées suspicieuses ou paranoïaques	? 3		1	79
OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN	(6) Emotion inapropriée ou retenue	? 3	1	2	80
OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN	(7) Un comportement ou une apparence bizarre, excentrique ou singulière	? 3	1	2	81
58. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) très peu de personnes dont vous êtes vraiment proche en dehors de votre famille directe. Combien d'amis proches avez-vous ?	(8) manque d'ami(e)s proches ou de confident(e)s autres que les relations du premier degré 3 = pas d'amis proches (autres que les relations au premier degré)	? 3	1	2	82

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

59. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez souvent nerveux(se) lorsque vous êtes avec d'autres personnes. Qu'est ce qui vous rend nerveux(se) ? (Etes-vous anxieux(se) même après avoir été avec eux pendant un moment ?)	Une anxiété sociale excessive qui ne diminue pas avec la fréquentation et tend à s'associer à des peurs paranoïaques plutôt qu'à des jugements négatifs sur soi 3 = reconnaît une excessive anxiété liée à la suspicion vis à vis des intentions des autres.	? 3	1	2	83
	AU MOINS CINQ (A) ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		84

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE	CRITERES DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE				
	Un modèle diffus de détachement des relations sociales et un éventail restreint de façon d'exprimer l'émotion dans les situations interpersonnelles, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes, comme dans au moins quatre (ou plus) des cas suivants :				
60. Vous avez dit que ne pas avoir de relations proches n'est pas importants pour vous. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Qu'en est-il à propos de votre famille ?)	(1) ne désire pas ni n'apprécie de proches relations avec les autres, y compris de faire partie d'une famille. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	85
61. Vous avez dit que vous préféreriez (Préféreriez-vous) presque toujours faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes. (Cela est-il vrai au travail et pendant vos temps libres ?)	(2) choisit presque toujours des activités solitaires 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	86
62. Vous avez dit que vous pourriez (Pourriez-vous) être satisfait(e) sans avoir de relation sexuelle avec quelqu'un. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Avez-vous toujours eu peu d'intérêt à avoir des rapports sexuels avec quelqu'un ?)	(3) a peu ou pas d'intérêt pour avoir des relations sexuelles avec une autre personne.	? 3	1	2	87

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE

63. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) vraiment très peu de choses qui vous fassent énormément plaisir. Parlez-moi de cela. (Qu'en est-il des choses physiques telles que manger un bon repas ou avoir des rapports sexuels ?)	(4) prend du plaisir dans peu ou pas d'activité. Remarque : l'absence de plaisir, s'applique particulièrement aux expériences sensorielles, physiques et interpersonnelles. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 3	1	2	88
DEJA CODE DANS LE CAS (4) POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE	(5) manque d'ami(e)s proches ou de confident(e)s autres que des personnes avec lesquelles il (elle) entretient des relations de premier niveau.	? 3	1	2	89
64. Vous avez dit que (Est-ce que) ce que pensent les autres de vous n'a pas d'importance. Comment vous sentez-vous lorsque les gens vous complimentent ou vous critiquent ?	(6) semble indifférent aux compliments ou aux critiques des autres. 3 = revendique son indifférence aux compliments ou aux critiques	? 3	1	2	90
65. Vous avez dit qu'il vous semble (vous semble-t-il) que rien ne vous rend très heureux(se) ou très triste. Dîtes m'en plus à ce sujet.(prendre également en compte le comportement au cours de l'entretien)	(7) montre de la froideur, du détachement, ou une mince affectivité dans ses émotions. 3 = n'arrive pas uniquement au cours d'un Trouble de l'Humeur.	? 3	1	2	91
	AU MOINS QUATRE ITEMS « A » SONT CODES « 3 »	1	3		92

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE				
	Un modèle diffus d'émotion excessive et recherche d'attirer l'attention, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :				
66. Vous avez dit que vous aimez (Aimez-vous) être le centre d'attention. Comment vous sentez vous lorsque vous ne l'êtes pas ?	(1) est gêné(e) dans des situations dans lesquelles il ou elle n'est pas le centre d'attention. 3 = se sent mal à l'aise quand n'est pas le centre d'attention.	? 3	1	2	93
67. Vous avez dit que vous draguez (Draguez-vous) beaucoup. Est-ce que quelqu'un vous a reproché cela ? (TENIR COMPTE EGALEMENT DU COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN)	(2) l'interaction avec les autres est souvent caractérisé par un comportement sexuel, de séduction ou de provocation inapproprié. 3 = reconnaît les reproches, décrit un comportement inapproprié, ou perçu comme étant un comportement de séduction inapproprié.	? 3	1	2	94
68.Vous avez dit que vous vous trouvez (Trouvez-vous) aguichant avec les autres ? Parlez-moi de cela. (TENIR COMPTE EGALEMENT DU COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN)					
OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN	(3) manifeste des émotions rapidement changeantes et superficielles.	? 3	1	2	95

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE

69. Vous avez dit que vous essayez (Essayez-vous) d'attirer l'attention sur vous par la façon dont vous vous habillez ou par votre apparence. Comment faites-vous cela ?	(4) utilise les apparences physiques conséquemment pour attirer l'attention vers lui (elle). 3 = reconnaît être très innervé(e) si n'a pas l'air attirant(e), ou consacre un temps excessif à son apparence (non justifié par un rite).	? 3	1	2	96
OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN	(5) a une façon de parler qui est extrêmement impressionniste et manque de détails.	? 3	1	2	97
70. Vous avez dit que vous vous faites (Vous faites-vous) souvent un devoir d'être théâtral(e) ou original(e). Parlez-moi de cela. (Aimez-vous montrer vos émotions, par exemple, en serrant les gens dans vos bras même si vous ne les connaissez pas très bien ou en pleurant facilement.)	(6) manifeste des émotions dramatiques, théâtrales et exagérées envers lui (elle). 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 3	1	2	98
71. Vous avez dit que vous changez (Changez-vous) souvent d'idées en fonction des personnes avec qui vous êtes ou de ce que vous venez juste de lire ou de voir à la T. V. ? Dîtes m'en plus à ce sujet.	(7) est influençable, c'est à dire, facilement influencé(e) par les autres ou les circonstances. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 3	1	2	99
72. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) beaucoup d'amis avec qui vous êtes très proche ? Combien ? Qui sont-ils ?	(8) considère que les relations avec les autres doivent être plus intimes que ce qu'elles sont effectivement. 3 = Affirme qu'il possède plus de relations proches qu'on ne le croit	? 3	1	2	100
	AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		101

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE				
	Un modèle diffus qui consiste à se considérer comme quelqu'un de grandiose (dans ses fantasmes ou dans le comportement), besoin d'être admiré(e) et manque d'empathie, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :				
73. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) beaucoup de personnes qui omettent d'apprécier vos talents particuliers ou ce que vous avez fait ? Donnez-moi des exemples de cela.	(1) donne un sens grandiose à son importance (par exemple : grossit réalisations et talents, attend d'être reconnu(e) comme supérieur(e) sans qu'il s'agisse de réalisations commensurables.) 3 = Au moins un exemple de grandiosité.	?	1	2 3	102
74. Vous avez dit que les gens vous ont (Vous ont-ils) dit que vous aviez une trop haute opinion de vous même. Donnez-moi des exemples de ceci.					
75. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) beaucoup au pouvoir, à la renommée ou à la reconnaissance qui sera la votre un jour. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Combien de temps passez-vous à penser à ces choses ?)	(2) est préoccupé(e) par des fantasmes de succès, de pouvoir, de gloire, beauté ou d'amour idéal, sans limite. 3 = la plupart du temps passe sa journée à rêver ou à poursuivre des buts non réalistes.	?	1	2 3	103
76. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) beaucoup à la parfaite histoire d'amour que vous vivrez un jour. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Tout les combien pensez-vous à cela ?)					

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

77. Vous avez dit que lorsque vous avez un problème (Insistez-vous) vous insistez presque toujours pour voir la personne la plus haut placée. Donnez-moi des exemples. (Pourquoi devez-vous voir la personne la plus haut placée ?) 78. Vous avez dit qu e vous considérez (Considérez-vous) qu'il est important de consacrer du temps aux gens particulièrement influents. Pourquoi cela ?	(3) croit que lui ou elle est « spécial(e) » et unique et ne peut être compris(e) par, ou devrait se joindre à, des personnes (ou établissements) de niveau élevé. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	10 4
79. Vous avez dit qu'il est (Est-il) très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent, d'une façon ou d'une autre. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(4) a un besoin excessif d'être admiré(e). 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 1 2 3	10 5
80. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) qu'il n'est pas indispensable de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin. Donnez-moi des exemples. (Avez-vous le sentiment que votre situation est particulière de sorte que vous nécessitez un traitement de faveur ?) 81. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que vous êtes le type de personne qui mérite un traitement spécial ? Dîtes m'en plus à ce sujet. Pourquoi devriez-vous être mieux traité(e) que les autres ?	(5) a un sens des prérogatives, c'est à dire, a des attentes déraisonnables de traitements de faveur ou de complaisance automatique vis à vis de ses désirs. 3 = plusieurs exemples.	? 1 2 3	10 6
82. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) nécessaire de marcher sur quelques pieds pour obtenir ce que vous voulez. Donnez-moi des exemples de cela (Cela arrive-t-il souvent ?)	(6) tire partie des relations interpersonnelles, c'est à dire, profite des autres pour arriver à ses propres fins. 3 = plusieurs exemples dans lesquels une autre personne est exploitée.	? 1 2 3	10 7

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

83. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de placer vos désirs au-dessus de ceux des autres. Donnez-moi des exemples où cela arrive.			
84. Vous avez dit que vous attendez (Attendez-vous) des autres de faire ce que vous voulez sans poser de question, parce que c'est vous. (Cela arrive-t-il souvent ?)			
85. Vous avez dit que vous n'êtes pas (N'êtes-vous pas) réellement intéressé(e) par les problèmes ou les sentiments des autres. Parlez-moi de cela.	(7) manque d'empathie : ne veut pas reconnaître ou identifier les sentiments ou les besoins des autres. 3 = reconnaît ce trait de caractère OU donne plusieurs exemples.	? 1 2 3	10 8
86. Vous avez dit que les autres se plaignent (Les autres se plaignent-ils) que vous ne les écoutez pas ou que vous ne vous préoccupez pas de leur sentiments. Parlez-moi de cela.			
87. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent envieux des autres. Parlez-moi de cela. (Combien de fois vous sentez-vous comme cela ?)	(8) est souvent envieux(se) des autres ou croit que les autres lui portent de l'envie. 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 1 2 3	10 9
88. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) le sentiment que souvent les autres vous envient ? Qu'est ce qu'ils vous envient ?			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

89. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il y a très peu de gens qui méritent votre estime et votre attention. Parlez-moi de cela	(9) manifeste des comportements ou des attitudes arrogantes, hautaines (PRENDRE EGALEMENT EN COMPTE LE COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN). 3 = reconnaît ce trait de caractère ou ce qui est observé au cours de l'entretien.	? 1 2 3	11 0
	AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »	1 3	11 1

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE		
	Un modèle diffus d'instabilité dans des relations interpersonnelles, la perception de soi, l'affectivité, l'impulsivité prononcée, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :		
90. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) souvent mis(e) hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter. Qu'aviez-vous fait ? L'aviez-vous menacé(e) ou supplié(e) ?	(1) des efforts prodigieux pour éviter des abandons réels ou imaginaires (N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5)) 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	11 2
91. Vous avez dit que (Est-ce que) vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas. Parlez-moi d'eux. (Y a-t-il eu des moments où vous pensiez qu'ils étaient tout ce que vous vouliez et puis d'autres où vous pensiez qu'ils étaient affreux ? Combien de relations étaient comme ça ?)	(2) un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par le balancement entre des extrêmes : l'idéalisation et la désinvolture. 3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations courtes dans lesquelles le modèle de balancement arrive au moins deux fois.	? 1 2 3	11 3

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

92. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) brusquement changé votre image de vous même et vos objectifs de vie. Donnez-moi des exemples de ceci. 93. Vous avez dit que (Est-ce que) l'image de vous même change souvent radicalement. Dîtes m'en plus à ce sujet. 94. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) différent en fonction des gens ou des situations à tel point que vous ne savez plus qui vous êtes réellement. 95. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses, etc... Dîtes m'en plus à ce sujet.	(3) Trouble de l'identité : perception de soi, ou sens de soi résolument et constamment instable. Remarque : n'inclue pas les incertitudes naturelles de l'adolescence. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	11 4
96. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent fait des choses impulsivement. Quel genre de choses ? (Et... ... acheter des choses que vous ne pouvez vraiment pas vous permettre? ... avoir des rapports sexuels avec des personnes que vous connaissiez à peine, ou avoir « des rapports non protégés » ... trop boire ou prendre de la drogue? ... conduire de façon imprudente ? ... manger de façon incontrôlée ? si OUI A L'UNE DES PHRASES CI DESSUS : Parlez-moi de cela. Tout les combien cela arrive-t-il ? Quel genre de problème cela a t-il causé ?	(4) impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement l'auto-préjudice (par exemple : les dépenses, le sexe, l'abus de substances, l'imprudence au volant, la boulimie) (N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5)) 3 = plusieurs exemples montrent un modèle de comportement impulsif (qui ne se limite pas aux exemples cités ci-dessus).	? 1 2 3	11 5

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

97. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou menacé de le faire.	(5) un comportement suicidaire récurrent, des actions, des menaces, ou des comportements d'automutilation. 3 = deux ou plusieurs cas (quand pas dans un Passage Dépressif Important).	? 1 2 3	11 6
98. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e), ou écorché(e). Dîtes m'en plus à ce sujet.			
99. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) beaucoup de soudains changements d'humeur. Dîtes m'en plus à ce sujet. (Combien de temps durent vos « mauvaises » humeurs ? Tout les combien ces sautes d'humeur arrivent-elles ? Avec quelle rapidité vos humeurs changent-elles ?)	(6) une instabilité affective due à une humeur susceptible prononcée (par exemple : période intense de dysphorie, d'irritabilité, ou d'anxiété durant généralement quelques heures et seulement rarement plus de quelques jours. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	11 7
100. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) souvent vide de l'intérieur. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(7) sentiments chroniques de vide. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	11 8
101.Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent des crises de colère ou vous vous mettez (Vous mettez-vous) tellement en colère que vous perdez le contrôle de vous-même. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(8) une colère incongrue, intense ou des difficultés à contrôler la colère (par exemple : emportements d'humeur, colère constante, bagarres répétées.) 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple OU plusieurs exemples.	? 1 2 3	11 9

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

102. Vous avez dit que vous frappez (Frappez-vous) les gens ou vous jetez (jetez-vous) des choses lorsque vous vous mettez en colère. Dîtes m'en plus à ce sujet (Cela arrive-t-il souvent ?)		
103.Vous avez dit que (Est-ce que) même de petites choses vous mettent très en colère. Quand cela arrive-t-il ? (Cela arrive-t-il souvent ?)		
104. Vous avez dit que vous devenez (Devenez-vous) soupçonneux(se) vis à vis des autres ou que vous vous sentez(vous sentez-vous) particulièrement sous influence ? Parlez-moi de cela.	(9) stress passagé lié à la création d'idées paranoïaques ou de sévères symptômes dissociés. 3 = plusieurs exemples qui n'arrivent pas uniquement pendant un Trouble Psychotique ou un Trouble de l'Humeur avec des Caractéristiques Psychotiques.	12 0
	AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »	12 1

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE		
	A. L'individu a au moins 18 ans.	? 1 2 3	122
	B. Il n'y a pas de preuve d'un Trouble de Conduite avec des crises avant l'âge de 15 ans.		
105.Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) brutalisé ou menacé d'autres enfants. Parlez-moi de cela.	(1) bravade, menace ou intimide souvent les autres.	? 1 2 3	123
106. Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déclenché des bagarres. Combien de fois ?	(2) déclenche souvent des bagarres.	? 1 2 3	124
107. Vous avez dit que vous avez (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déjà blessé ou menacé quelqu'un avec une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un pistolet. Parlez-moi de cela.	(3) a utilisé une arme qui peut provoquer des souffrances sérieuses aux autres (par exemple : une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau, un pistolet).	? 1 2 3	125
108. Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans(Avant l'âge de 15 ans avez-vous) délibérément torturé quelqu'un ou causé de la douleur physique ou de la souffrance. Qu'avez-vous fait ?	(4) a été cruel(le) avec les autres physiquement.	? 1 2 3	126

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

109. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans vous avez blessé un animal intentionnellement. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous blessé un animal intentionnellement ?) Qu'avez-vous fait ?	(5) a été cruel(le) avec les animaux physiquement.	? 1 2 3	127
110. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez volé, agressé ou forcé quelqu'un à faire quelque chose en le menaçant. Parlez-moi de cela.	(6) a volé en présence de victimes (par exemple : agression, vol de sac à main, extorsion, vol à main armée).	? 1 2 3	128
111. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez obligé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement. Parlez-moi de cela.	(7) a forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels.	? 1 2 3	129
112. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déjà déclenché des incendies. Parlez-moi de cela.	(8) a délibérément déclenché des incendies avec l'intention de provoquer des dégâts importants.	? 1 2 3	130
113. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez délibérément abîmé (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément abîmé) des choses qui n'étaient pas à vous. Qu'avez-vous fait ?	(9) a délibérément détruit la propriété des autres (autre que par le feu).	? 1 2 3	131
114. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez cambriolé une maison, d'autres bâtiments, ou une voiture (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous cambriolé une maison, d'autres bâtiments, ou une voiture ?) Parlez-moi de cela.	(10) a délibérément détruit les biens ou la voiture de quelqu'un d'autre.	? 1 2 3	132

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

115. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez beaucoup menti ou escroqué les autres. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous beaucoup menti ou escroqué les autres ?) Sur quoi auriez-vous menti ?	(11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour ne pas s'acquitter de ses engagements (c'est à dire escroque les autres).	? 1 2 3	13 3
116. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez parfois volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déjà volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature ?) Parlez-moi de cela.	(12) a volé des objets de valeur sans importance, sans faire face à la victime (par exemple : vol sans casser et pénétrer, contrefaçon).	? 1 2 3	13 4
117. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous vous êtes enfui(e) de la maison pendant la nuit. (Avant l'âge de 15 ans vous êtes-vous enfui(e) de la maison ?) Cela s'est-il passé plus d'une fois ? (Avec qui habitiez-vous à l'époque ?)	(13) s'est enfui(e) de chez lui pendant la nuit au moins deux fois pendant qu'il vivait chez ses parents ou chez ses parents de substitution (ou une fois n'est pas rentré(e) pendant une longue période).	? 1 2 3	13 5
118. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans, vous restiez (Avant l'âge de 13 ans, restiez-vous) souvent dehors très tard, longtemps après l'heure à laquelle vous étiez censé(e) rentrer. Combien de fois ?	(14) reste souvent pendant la nuit en dépit de l'interdiction parentale, commencé avant l'âge de 13 ans.	? 1 2 3	13 6

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

119. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans vous avez fait l'école buissonnière. (Avant l'âge de 13 ans avez-vous fait l'école buissonnière ?) Combien de fois ?	(15) a souvent été absent de l'école sans permission.	? 1 2 3	13 7
	AU MOINS DEUX ITEMS SONT CODES « 3 »	1 3	13 8

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	CRITERES DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE		
Depuis l'âge de 15 ans...	C. Il y a un modèle diffus d'irrespect à l'égard de la violation des droits des autres, commençant à l'âge de 15 ans, comme le montre trois (ou plus) des cas suivants :		
Avez-vous fait des choses (qui sont contre la loi - même si vous n'avez pas été pris(e) - telles que voler, vendre de la drogue, tremper dans des affaires financières, ou la prostitution ? SI NON = Avez-vous déjà été arrêté(e) pour quelque chose ?	(1) n'arrive pas à se conformer à des normes sociales, à respecter des comportements légaux comme le montrent des exécutions de loi répétées qui sont des motifs d'arrestations. 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	13 9
Mentez-vous facilement si vous en avez besoin, pour obtenir ce que vous voulez ? (Avez-vous déjà utilisé un nom d'emprunt ou vous faire passer pour quelqu'un d'autre ?) (Avez-vous souvent « escroqué » les autres pour obtenir ce que vous voulez ?)	(2) nature trompeuse comme le montrent des mensonges, l'utilisation de nom d'emprunt ou d'escroquerie à son profit ou plaisir personnel. 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	14 0
Avez-vous déjà fait des choses sous l'impulsion du moment sans penser à comment cela influera sur vous ou les autres ? (Comment cela se fait-il ?) Y a-t-il eu une période où vous ne viviez pas dans un endroit fixe ? (Pendant combien de temps ?)	(3) impulsivité ou difficultés de planifier 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	14 1

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

(Depuis l'âge de 15 ans) avez vous été dans des bagarres ? (Combien de fois ?) Avez-vous déjà frappé ou projeté des choses sur votre (EPOUSE/PARTENAIRE) ? (Combien de fois ?) Avez-vous déjà frappé un enfant, le votre ou celui de quelqu'un d'autre, tellement fort qu'il ou elle a eu des contusions ou à dû rester au lit ou voir un médecin ?	(4) irritabilité et agressivité, comme le montrent les bagarres ou les agressions répétées. 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	14 2
Avez-vous déjà conduit une voiture quand vous étiez ivre ou shooté(e) ? Combien de contravention pour excès de vitesse avez-vous eu ? (Utilisez-vous toujours une protection lorsque vous avez des rapports sexuels avec quelqu'un que vous ne connaissez pas ?)	(5) irrespect insouciant vis à vis de sa propre personne, sécurité ou celle des autres. 3 = plusieurs exemples	? 1 2 3	14 3

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

Combien de temps dans les cinq dernières années n'avez-vous pas travaillé ? SI PLUS DE SIX MOIS : POURQUOI ? Quand vous avez travaillé, avez-vous manqué beaucoup de jours de travail? SI OUI : POURQUOI ? Avez-vous déjà quitté un travail sans en avoir un autre où aller ? SI OUI : Combien de fois cela est-il arrivé ? Avez-vous déjà dû de l'argent à des personnes et ne pas leur avoir remboursé ? (Combien de fois ?) Et en ce qui concerne ne pas payer la charge des enfants, ou ne pas donner d'argent aux enfants qui dépendent de vous ?	(6) irresponsabilité constante, comme le montrent les échecs répétés à assumer un comportement de travail régulier ou honorer ses engagements financiers.	? 1 2 3	14 4
SI A RECONNU DES ACTIONS ANTISOCIALES COMME UN ADULTE : que ressentez-vous à propos de (LISTE DES ACTIONS ANTISOCIALES) ? TROUBLE DE LA PERSONNALITE* NOS REMARQUE : SI EST CARACTERISE PAR UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE PLUS SPECIFIQUE MAIS SI TOUS LES CRITERES NE SONT PAS COMPLETEMENT REMPLIS POUR AUCUN TROUBLE DE LA PERSONNALITE, CONSIDEREZ LE DIAGNOSTIC DU **TROUBLE DE LA PERSONNALITE NOS** CI-DESSUS	(7) manque de remords comme l'indique le fait d'être différent, ou de rationaliser d'avoir fait du mal, maltraité ou volé d'autres personnes. 3 = manque de remords en ce qui concerne plusieurs actions antisociales	? 1 2 3	14 5

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

AU MOINS TROIS ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3	14 6
CRITERES A, B ET C SONT CODES « 3 »	1	3	14 7

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE PERSONNALITE NON SPECIFIE

TROUBLE DE PERSONNALITE NON SPECIFIE	Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité fonctionnant qui ne remplissent pas les critères pour un Trouble de la Personnalité spécifique. Un exemple est la présence de caractéristiques de plus d'un Trouble spécifique de la Personnalité qui ne remplit pas le critère complètement pour aucun des Troubles de la Personnalité (« personnalité mélangées ») mais qui réunis provoquent une gêne ou un affaiblissement clinique important dans un ou plusieurs domaines de fonctionnement (par exemple : social ou d'occupation). Cette catégorie peut également être utilisée quand le clinicien juge qu'un Trouble de la Personnalité spécifique qui n'est pas inclus dans le DSM-IV est approprié (par exemple, un trouble de la personnalité insuffisante).	1	3	148

? = information insuffisante
1 = absent ou faux
2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

APPENDICE I

PROTOCOLES DE TRAITEMENT

Traitement individuel pour
le trouble panique avec agoraphobie primaire

Protocole du thérapeute

Élaboré par André Marchand
Andrée Letarte

Révisé
par Joane Labrecque
Juin 2009

Table des matières

Rencontre 1 3

Rencontre 2..... 4

Rencontre 3.....11

Rencontre 4.....24

Rencontre 5.....24

Rencontre 6.....28

Rencontre 7.....30

Rencontre 8.....31

Rencontre 9 33

Rencontre 10.....33

Rencontre 11..... 33

Rencontre 12.....33

Rencontre 13.....34

Rencontre 14.....34

Annexes (figures, grilles d'exercices)..... 36

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 1

ACCUEIL

INTRODUCTION AU TRAITEMENT

- Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation en soi
- Le rassurer sur son anxiété lors de cette première rencontre
- Présentation brève des objectifs généraux du traitement
- Si nécessaire, récupérer les questionnaires et vérifier s'ils sont bien complétés
- Attentes et objectifs du client face au traitement

CONTENU DE LA RENCONTRE

- Présenter les informations contenues dans les pages 1 à 10 :
  - Qu'est-ce que la TCC
  - Les composantes de l'anxiété
  - L'anxiété normale vs anormale
    - Fonction adaptative de l'anxiété :
      - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger
      - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé
  - Définition du TPA et manifestations
  - Présentation du modèle TPA I : Intolérance aux sensations physiques

REMISE DU MANUEL DE TRAITEMENT POUR LE PARTICIPANT

- Lire les pages 1 à 22 pour la prochaine rencontre.
- Noter les questions.

- Vérifier le carnet et insister sur l'importance de bien le remplir et de le rapporter à chaque rencontre.

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 2

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

Présenter les informations contenues dans les pages 11 à 22 :

LE DÉVELOPPEMENT DU TPA

- ❖ Il n'y a pas une seule cause du TPA; il y en a plusieurs et elles varient d'une personne à l'autre
- ❖ Interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien

1-FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Caractéristiques d'un individu qui le rend plus susceptible de développer le problème
- Ces facteurs ne causent pas directement le problème : certains individus présentent ces caractéristiques et ne développent pas un TPA alors que d'autres développent un TPA mais sans la présence de ces facteurs

A) Vulnérabilité biologique

- Des chercheurs s'entendent pour dire qu'il existe des facteurs biologiques dans le développement d'un TPA
- Un de ces facteurs serait la **tendance** qu'ont certains individus **à être «nerveux» i.e. à être toujours prêts à faire face au danger**
- Ces individus auraient donc tendance à être très réactifs biologiquement aux changements environnementaux
- Sur le plan neurobiologique, ils réagiraient plus fortement au stress généré par les événements de la vie courante
- Un deuxième facteur est relié à **la réponse d'alarme qui serait plus sensible chez certains individus.** Elle serait donc déclenchée par des niveaux de stress beaucoup moins élevés que chez la plupart des individus.

La vulnérabilité biologique peut donc se traduire par une réactivité élevée du système nerveux autonome et du système nerveux central.

B) Vulnérabilité psychologique

- C'est la **tendance qu'ont certains individus à percevoir l'anxiété comme un phénomène nocif ou nuisible.**
- Ces individus font preuve d'une plus grande intolérance aux sensations physiques.
- **Ils déploient une attention disproportionnée aux sensations physiques** ainsi qu'à leurs variations: ces individus sont constamment à l'affût des moindres sensations physiques et leurs changements.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- **Perception erronée des sensations physiques normales et de leurs variations comme des signaux indiquant une menace ou un danger.**

- Les croyances, les perceptions, les comportements acquis par un individu de la naissance à l'âge adulte jouent un rôle très important dans la façon dont il aborde l'anxiété.
- Si les membres de la famille **réagissent aux situations stressantes de façon inadaptée**, l'enfant peut adopter ces mêmes façons d'agir puisqu'un enfant apprend beaucoup en observant et en imitant les adultes qui l'entourent.
- La perception erronée des sensations physiques normales et de leurs variations comme des signaux indiquant une menace ou un danger chez les individus développant un TPA peut être due :
    - À une exposition dès l'enfance à des adultes qui évaluent les symptômes physiques normaux comme dangereux, ce qui a pu encourager chez-eux des comportements de victime ou de malade.
    - À l'observation de souffrances aigues chez un proche lors de l'enfance.
    - À une maladie ou une blessure subie pendant l'enfance, causant une grande souffrance pendant une longue durée.
- Les sensations physiques et l'anxiété sont ainsi perçues comme des phénomènes inquiétants et dangereux.
- Les attitudes parentales détermineront en partie :
    - Comment l'enfant percevra sa capacité de contrôle sur :
        -ses idées
        -ses émotions
        -son environnement
    - Sa vulnérabilité psychologique
- Les attitudes parentales exercent une influence importante sur : **la tendance à avoir recours à l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété** (facteur de risque prédisposant à l'agoraphobie).
- Un **comportement parental rigide, explosif, inconsistant ou négligent** favorisera chez l'enfant le développement d'un sentiment d'impuissance
- Des **parents chaleureux,** qui ont des **attitudes et des règles éducatives constantes**, qui appliquent des conséquences bien adaptées aux comportements de leur enfant, sans être trop intrusifs, surprotecteurs ou trop contrôlants, permettent à celui-ci de développer la perception de pouvoir influencer son environnement.
    - Ils permettent à leur enfant **d'explorer son environnement et d'acquérir de nouvelles habiletés** lui permettant d'affronter de nouvelles situations plutôt que de les éviter.
    - Renforçant ainsi son **autonomie et sa perception de contrôle** sur son environnement.

Ex. : Une maman évite toutes les situations qui peuvent susciter chez elle de l'anxiété: elle a cessé de travailler et demande à son mari de faire face à sa place à toutes les situations qui peuvent la rendre anxieuse. Celle-ci empêche son enfant de prendre toute initiative et celui-ci doit se fier constamment à sa maman. Il ne peut rien faire sans demander sa permission ou son aide: il ne peut jouer ou traverser la rue s'il y a le moindre risque de se blesser. Sa mère l'accompagne à l'école et transporte ses livres. L'enfant n'apprenant pas à se débrouiller seul ni à développer son autonomie, il ne saura pas faire face aux situations stressantes et aura tendance à les éviter. Il arrive avec peine à gérer

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

l'anxiété générée par les situations courantes de la vie. Cet enfant apprend ainsi à éviter les situations stressantes et anxiogènes, ce qui le rend vulnérable et prédisposé à développer de l'agoraphobie.

2- FACTEURS PRÉCIPITANTS

Les facteurs précipitants sont des facteurs suscitant les premières attaques de panique. Il s'agit:

A) des stresseurs physiques

- **Incluent les malaises: crise d'hypoglycémie, syndrome de Ménière,**
  - accouchement
  - agression, accident
  - effets secondaires d'un médicament ou de la prise de drogues ex: cannabis ou cocaïne

B) des stresseurs psychosociaux

- Événement qui rend la personne vulnérable et favorise l'apparition de la première attaque de panique. Ex: divorce, mort/maladie d'un proche, perte d'emploi, déménagement
- Ce stresseur a plus de chances de déclencher une crise de panique quand un individu est constamment anxieux et un peu dépressif

C) des stresseurs chroniques

- L'individu vit un stress majeur qui dure depuis longtemps et qui affecte son fonctionnement
- Stress chronique : problèmes conjugaux, conflits de travail, maladie

3-FACTEURS DE MAINTIEN

Suite à un même événement, un individu peut vivre une attaque de panique isolée alors qu'un autre développera un TPA. Certains facteurs peuvent différencier ces individus :

A) Conditionnement et évitement intéroceptif

- Suite à la première attaque de panique, il peut se créer **un pairage très puissant entre la peur et les sensations internes reliées à l'anxiété.**
- Ce pairage (conditionnement) fera en sorte que les sensations physiques ressemblant à celles vécues lors de la première attaque de panique, induites que ce soit par l'anxiété, l'activité physique ou d'autres émotions, déclencheront une fausse réponse d'alarme ou encore l'appréhension de son déclenchement

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Ces sensations physiques ont été associées à tort à une perception interne de danger
- Ce conditionnement entraînera chez **l'individu l'évitement de ses sensations physiques, i.e. l'évitement intéroceptif**

B) Interprétation catastrophique des sensations physiques et l'anxiété d'appréhension

- Les premières attaques de panique surviennent dans des circonstances où il y a absence de danger extérieur, ce qui entraîne les individus à chercher une explication interne à l'activation intense de leur système nerveux. D'où la peur de faire une crise cardiaque, d'étouffer, de perdre connaissance ou de devenir fou.
- Ces individus font donc une **interprétation catastrophique de leurs sensations**
- **Cette catastrophisation augmente la peur d'avoir peur**
- **Cette peur d'avoir peur suscite l'appréhension de ressentir à nouveau leurs sensations car ces individus perçoivent leurs sensations, comme l'annonce d'une catastrophe imminente**
- Ils font alors de **l'anxiété d'appréhension**

Ces individus sont portés à se centrer entièrement et intensément sur leurs sensations et sur la recherche interne de leur cause. Ils se retrouvent alors en état d'alerte, ce qui va provoquer une certaine activation des sensations et contribuer à leur maintien. L'appréhension d'une catastrophe éminente entraîne l'augmentation de l'anxiété, ce qui contribue au maintien du problème.

C) Les comportements d'évitement, d'échappement et les garanties sécurisantes

1) Comportements d'évitement et d'échappement

Échappement: fuite d'une situation susceptible de provoquer une crise de panique
Évitement: consiste dans le fait d'éviter une situation, de ne pas y aller du tout.

- L'appréhension chez une personne agoraphobe suscite en elle tellement de peur qu'elle sera amenée à s'échapper ou à éviter une situation redoutée, plutôt que d'y faire face.
- Le comportement d'évitement et d'échappement entraîne chez l'agoraphobe un soulagement immédiat dû à la baisse d'anxiété provoquée par la fuite ou l'évitement de la situation anxiogène.
- Ce soulagement instantané entraîne l'individu à choisir l'évitement comme moyen pour réduire son anxiété, ce qui provoquera:
  - l'entretien des idées de catastrophisation
  - une perte d'autonomie et de confiance en soi
  - l'entraînement d'une agoraphobie sévère qui s'ajoute au trouble panique
- L'évitement peut concerner des situations ou des endroits comme l'épicerie, le métro, les grands centres commerciaux, le fait d'être seul chez-soi ou encore s'éloigner de la maison

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- faire de l'activité physique ou encore consommer des produits qui peuvent provoquer des sensations physiques comme le café

2) les garanties sécurisantes

- évitement plus subtil
- consiste dans l'évitement des sensations physiques en utilisant des médicaments pour soulager le moindre symptôme d'anxiété.
- Les garanties sécurisantes peuvent consister encore dans le fait de transporter toujours avec soi: une bouteille d'eau, des médicaments, un téléphone cellulaire, des moyens de distraction comme un livre ou de la musique ou encore se faire accompagner par quelqu'un lors de ses déplacements.
- Ce sont des moyens qui empêchent la personne de vraiment faire face au problème.
- Ce type d'évitement entretient l'idée que si la personne n'apporte pas ces objets, elle risque de se trouver en danger

D) Renforçateurs additionnels

1) les stresseurs chroniques

- La présence de facteurs stressants fragilise et rend vulnérable l'individu, surtout si ces facteurs sont à l'origine des attaques de panique. Ceux-ci le rendent plus vulnérable aux attaques, il se sent moins apte à affronter ces stresseurs.

2) un soutien social inadéquat

- Puisque l'agoraphobe évite d'affronter certaines situations, il demandera souvent de se faire accompagner ou de faire les choses à sa place.
- Sans comprendre ni savoir comment répondre adéquatement aux demandes de la personne agoraphobe, ses proches, avec les meilleures des intentions, peuvent commencer à faire les choses à sa place. Comme par exemple aller à l'épicerie.
- Ils peuvent aussi accepter d'accompagner la personne dans tous ses déplacements,
- Ces personnes sécurisantes deviennent alors des compagnons phobiques i.e. des compagnons sécurisants. Il peut s'agir: d'un mari, d'un parent, d'un ami, d'un enfant, ...
- L'entourage peut aussi répondre aux comportements d'évitement de l'agoraphobe de façon agressive ou en blâmant celui-ci, ce qui contribue à augmenter sa détresse
- Ces comportements de la part de l'entourage contribuent très souvent à l'aggravation et au maintien des comportements d'évitement.

3) les bénéfices secondaires

- Avantages que l'agoraphobe retire de son dysfonctionnement : plus d'attention et d'aide de la part de ses proches, moins de responsabilités.
- Ces faux avantages peuvent être agréables pour quelqu'un qui présente des traits de passivité et de dépendance.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Cette diminution d'autonomie peut favoriser un nouvel équilibre chez certains couples en accroissant les responsabilités de l'autre partenaire, qui se sentira valorisé.
- La personne ayant beaucoup de renforçateurs secondaires à son problème est moins encline à demander un traitement ou à persister pendant le traitement.
- D'autres agoraphobes ne bénéficient d'aucun bénéfice secondaire ce qui contribue à augmenter leur anxiété, entretenant ainsi leur problème de départ et leur causant une détresse importante.

RÉACTION EN CHAÎNE

- Ces mécanismes forment des cercles vicieux qu'il faut briser pour vaincre le TPA.
- Nous devons intervenir à plusieurs endroits.
- Présenter le modèle TPA II en le reliant à ce qui a été présenté ci-haut.
- Les stratégies de traitement reposent sur cette conceptualisation du problème; chaque stratégie vise à modifier une composante du TPA

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIR

- Lire les pages 23-40 pour la prochaine rencontre
- Noter les questions

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 3

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

PRÉSENTER LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES PAGES 23-40 :
DÉMYSTIFICATION DE LA PANIQUE

UN PHÉNOMÈNE NORMAL

- Tout le monde a déjà vécu un certain degré d'anxiété.
- Des sensations comme l'étourdissement, une vision brouillée, des engourdissements ou des picotements, des muscles tendus et presque paralysés, et un sentiment d'avoir le souffle court pouvant aller jusqu'à l'étouffement peuvent aussi faire partie de l'anxiété.
- Quand ces sensations surviennent et que les gens ne comprennent pas pourquoi, l'anxiété peut augmenter à un niveau de panique puisque les gens imaginent qu'ils doivent avoir une maladie grave.
- L'anxiété immédiate et de courte durée est appelée réponse de fuite ou de lutte.
- C'est une réponse qui est vécue par tous les animaux y compris les être humains à un moment donné de leur existence.
- L'animal qui fait face à un danger a 3 choix : fuir, figer, se battre
    - Le plus facile est de fuir pour éviter d'être blessé ou tué
    - S'il ne peut pas se sauver, face à un prédateur par exemple, il peut figer pour ne pas attirer l'attention. Dans ces moments, il semble paralysé par la peur.
    - S'il lui est impossible de fuir ou de figer car il a été aperçu, il peut lutter contre l'ennemi.
- Ces trois choix s'offrent également à l'être humain.

LES SYSTÈMES NERVEUX

Les différentes parties de l'organisme liées aux sensations et à la pensée sont coordonnées et commandées par les centres nerveux et les nerfs.

Sur le **plan anatomique**, le système nerveux est composé

a) Système nerveux central
b) Système nerveux périphérique

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Système nerveux central

Formé par :

- cerveau
- cervelet
- tronc cérébral
- moelle épinière (à l'intérieur de la colonne vertébrale)

Système nerveux périphérique

Formé par l'ensemble des nerfs rattachés au système nerveux central

Sur le **plan du fonctionnement,** le système nerveux se divise en

- Système nerveux somatique
- Système nerveux autonome (SNA)

Système nerveux somatique :

- correspond au système nerveux moteur et sensitif
- responsable de la perception sensorielle et des mouvements volontaires

Système nerveux autonome (SNA) :

Régule les fonctions automatiques de l'organisme

- circulation sanguine
- pression artérielle
- respiration
- digestion
- température du corps
- sécrétion/excrétion

Englobe :

- Système nerveux sympathique (SNS)
- Système nerveux parasympathique (SNP)

Ces deux systèmes sont en constante interaction pour réguler les fonctions qui dépendent du SNA

Les centres responsables de la régulation du SNA sont situés dans le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière.

Le système nerveux parasympathique

- Est associé à un ralentissement général des organes et à une stimulation du système digestif
- Il est modulé par l'acétylcholine
- L'acétylcholine, c'est un neurotransmetteur, i.e. une substance qui assure la transmission des messages par les nerfs

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Le système nerveux sympathique

- Sert à mettre l'organisme en alerte et à le préparer pour l'activité physique et intellectuelle
- Il est activé par le danger, mais aussi par une panoplie d'autres raisons qui nécessitent que l'activité de certaines fonctions physiques soit intensifiée
- Il est associé à deux neurotransmetteurs :
    a) l'adrénaline
    b) la noradrénaline
- Ces deux neurotransmetteurs:
    1) **accélèrent l'activité cardiaque et respiratoire**
    2) **dilatent les bronches et les pupilles**
    3) **augmentent la tension artérielle et la sécrétion de sueur**
    4) **diminuent l'activité digestive.**

Par ex. : Lorsque que quelqu'un est assis à lire un bon livre, c'est surtout le système nerveux parasympathique qui est actif. Il garde ainsi le corps dans un état de repos relatif et stimule la digestion pendant ce temps-là. Si l'alarme de feu est déclenchée, en quelques secondes le SNP se met en marche et peut modifier la physiologie de la personne pour la mobiliser à l'action et assurer sa survie. Lorsque la personne s'aperçoit que c'est la fumée d'une rôtie brûlée dans le grille-pain qui a causé le déclenchement de l'alarme et qu'il n'y pas de danger, le SNP rétablira l'équilibre antérieur de l'organisme.

Il est important de retenir que :

- l'activation de la réponse d'urgence vise à assurer notre survie. L'activation des sensations ressenties lors d'une attaque de panique n'est pas dangereuse et l'attaque diminuera plus rapidement si on ne la combat pas.
    - L'activation du SNS déclenche une série de modifications physiologiques et entraîne aussi une **intensification de toutes les réactions affectives.**

Ex: Dans une situation amusante, elle favorise le rire, dans une situation sexuelle, elle renforce les sensations érotiques, dans une situation stressante, elle augmente l'anxiété, favorise la colère ou la panique.

- **La réaction d'alarme en présence d'un danger réel.** Pour bien comprendre l'utilité des modifications physiologiques que le SNS produit, imaginons la situation suivante :

Ex. Vous vous promenez dans votre quartier avec la personne qui vous est la plus chère au monde. Vous continuez à vous promener, alors que cette personne s'arrête pour regarder un édifice en démolition. Vous avez franchi 100 mètres, lorsqu'un bruit intense vous fait retourner : un mur s'est écroulé et la personne que vous chérissez se trouve en-dessous d'une poutre. Elle crie et gémit. À ce moment-là, vous êtes envahi(e) par des émotions douloureuses et intenses et votre seul but, est de parcourir les 100 mètres le plus rapidement possible et d'utiliser le maximum de votre force pour dégager la poutre qui comprime la cage thoracique de votre être cher.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Quels sont les mécanismes que votre organisme devra mobiliser pour vous permettre d'atteindre ces deux objectifs?

Lorsque vous vous promeniez le SNP et SNS travaillaient ensemble pour réguler votre corps de façon adéquate ce qui vous permettait de profiter confortablement d'une activité physique d'intensité légère. Mais lorsque vous vous êtes aperçu(e) de l'accident, votre système nerveux sympathique a pris les devants pour vous permettre d'atteindre vos objectifs : courir le plus vite possible, penser vite et utiliser le maximum de force pour dégager votre copain(ine). Pour faire face à l'urgence votre cerveau a libéré l'adrénaline et la noradrénaline qui agissent à titre de messagers pour aider votre organisme à se mobiliser et agir en fonction de la situation.

Votre système nerveux sympathique était donc à l'œuvre et pour vous permettre d'agir, il a modifié votre fonctionnement de la façon suivante :

- augmentation de la tension artérielle, augmentation du rythme et de la force des battements cardiaques pour augmenter l'apport d'oxygène aux endroits les plus importants comme :
    - gros muscles des cuisses et des bras pour vous permettre de courir vite et de soulever la poutre.
- les vaisseaux sanguins qui irriguent ces muscles se dilatent et le sang arrive de façon massive. Les vaisseaux sanguins de la peau, des doigts et des orteils se contractent : engourdissement des extrémités, moiteurs des mains. Ces régions ont moins besoin d'oxygène à ce moment-là et cela évite la perte de sang en cas de blessure. D'ailleurs, la coagulation sanguine augmente aussi dans le même but.
- l'apport sanguin diminue à l'estomac et aux intestins:
    - la digestion ralentit, la salivation diminue: bouche sèche,
    - sensations de nausée, gaz, constipation, diarrhée
- la force de contraction musculaire s'accentue, parfois au point d'avoir des tremblements musculaires
    - les muscles respiratoires se contractent pour une plus grande expansion des poumons
    - peut provoquer une fausse impression d'oppression respiratoire
- Il faut augmenter l'apport d'oxygène aux muscles puisqu'il constitue leur carburant. Par conséquent la fréquence et la profondeur de la respiration s'accentuent grâce à la contraction thoracique et diaphragmatique.
- L'activation intense fait grimper la température du corps: le corps transpire dans le but de se refroidir et de prévenir une élévation anormale de la température.
- Les pupilles se dilatent pour augmenter la vision périphérique
- La capacité d'attention est accrue et centrée entièrement sur la menace. L'activation mentale et la capacité de concentration ont augmenté de sorte à provoquer un effet énergisant. Le comportement et les émotions sont en harmonie avec les changements physiologiques de sorte que la colère et la peur visent à combattre le danger.
- Tous ces changements physiologiques, cognitifs et émotionnels vous permettent de courir les 100 mètres et de centrer vos forces pour soulever la poutre et dégager votre être cher. Cette réussite est due à l'activation du système nerveux sympathique. Une fois la situation d'urgence dépassée, le tout redevient normal grâce au système parasympathique qui reprend le contrôle. Toute cette activation ne vous a pas effrayé car vous lui avez trouvé un sens.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Lorsqu'une réponse d'alarme est déclenchée dans un contexte où il n'y a pas de danger réel, elle ne représente aucun danger, malgré son inutilité.

La fausse alarme et l'hyperventilation

Respiration:

- Lors de l'**inspiration,** les poumons s'emplissent d'oxygène (O_2). Le sang en passant par les poumons, capte l'O_2 et le distribue aux cellules de l'organisme
- L'O_2 est utilisé comme carburant par les cellules qui produisent du CO_2 qui est relâché dans le sang qui le transporte jusqu'aux poumons.
- Ce CO_2 est rejeté par les poumons qui le rejettent lors de l'**expiration**

Hyperventilation:

- augmentation de l'apport d'O_2 au repos causant un déséquilibre entre la quantité d'O_2 et de CO_2
- provoque des sensations physiques désagréables:
  - sensation de tête vide
  - étourdissements
  - sensation d'irréalité et de dépersonnalisation
- Vous pouvez le vérifier en provoquant de l'hyperventilation pour quelques instants tout en restant assis.
  - Lorsqu'il y a une fausse alerte, le corps se prépare à la fuite, augmente la quantité d'O_2, mais reste immobile, ce qui provoquera un déséquilibre entre la quantité nettement plus élevée de O_2 par rapport à celle de CO_2.
- **Le simple fait de ralentir l'intensité de la respiration fera disparaître les symptômes provoqués par l'hyperventilation**

Les capacités de l'organisme

- Le corps a été conçu pour être actif et sollicité et non pour rester constamment au repos.
- Il possède des capacités beaucoup plus grandes que ce qu'on exige de lui, même lors d'une activité physique intense.
- Vous pouvez constater dans le tableau suivant que la seule différence entre la réaction physiologique lors d'une réaction d'alarme réelle, d'une fausse alarme et celle d'un effort physique intense, consiste dans le déséquilibre d'O_2 et le CO_2 dans la condition de fausse alarme.
- Ce déséquilibre est inoffensif, mais provoque des sensations désagréables qui disparaissent avec la normalisation de la respiration.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Tableau 1: Réactions de l'organisme dans certaines conditions

	Au repos	Réaction d'alarme véritable	Fausse alarme	Effort intense
Coeur	Éjecte 4 à 5 litres de sang par minute	Multiplie le débit par 2 ou 3	Multiplie le débit cardiaque par 2 ou 3	Multiplie le débit cardiaque de 4 à 7 fois
	Fréquence moyenne de 72 battements par minute	Augmente	Augmente	Fréquence de 240 battements moins l'âge par minute
Tension artérielle	Normale	Augmentée	Augmentée	Augmentée
Respiration	10 à 14 respirations par minute au repos 5 à 7 respirations pendant le sommeil	Accélérée et plus intense	Accélérée et plus intense	Accélérée et plus intense
	Confort respiratoire	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires
Oxygénation du sang	Équilibre	Équilibre	Rapport O_2/CO_2 perturbé: étourdissement, sentiment d'irréalité	Équilibre
Vaisseaux sanguins	État normal	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs
Muscles		Augmentation de la force de contraction	Augmentation de la force de contraction	Augmentation de la force de contraction
Système digestif	Irrigué normalement	Inhibe la digestion	Inhibe la digestion	Inhibe la digestion
Température corporelle	37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Alarme apprise

- Les premières attaques de panique surviennent de façon inattendue. Les attaques subséquentes sont généralement déclenchées par plusieurs mécanismes impliquant des perceptions et des associations ou conditionnement entre des sensations, des situations et la réponse d'alarme.
- Dans le mécanisme déclenchant les attaques de panique, ce que la personne pense aura une grande influence sur ce qu'elle va ressentir
- Une attaque de panique peut être déclenchée par le fait de penser et d'appréhender une attaque de panique, ce qui correspond à une activité cérébrale du SNC
- L'individu qui interprète les sensations physiques d'une attaque de panique comme des signes d'un danger immédiat ou d'un trouble grave, augmentera les sensations physiques qu'il redoute en stimulant le SNS qui vise à le protéger en cas de danger réel.
- La réaction cognitive (les pensées) amplifie ainsi la réaction physiologique et les sensations redoutées, déclenchant souvent une attaque de panique.

La peur d'un infarctus

- Les gens associent souvent un rythme cardiaque élevé et la force des battements cardiaques à un infarctus.
- L'augmentation du rythme cardiaque et du débit sanguin sont totalement inoffensifs pour le cœur.
- Le cœur est très solide, étant constitué de fibres très denses et fortes.
    - Il peut endurer un battement cardiaque jusqu'à 200 pulsations par minute sans s'endommager, ni à court terme, ni à long terme.
- L'attaque de panique diffère totalement d'une crise cardiaque:
    - Dans une attaque de panique:
        - le cœur bat rapidement et est très oxygéné.
        - la douleur n'augmente pas en bougeant ou en se déplaçant vers un lieu associé à un sentiment de sécurité
        - les symptômes diminuent lorsque l'individu sort de la situation
    - Dans un infarctus:
        - le cœur manque d'oxygène
        - le symptôme consiste en une douleur intense et continue au centre de la poitrine, comme si un camion comprimait la poitrine.
        - le changement des battements cardiaques apparaît très secondaire à la douleur
        - les symptômes (douleur, pression) augmentent avec le mouvement.

La peur d'étouffer

- Les gens ont souvent peur d'étouffer lors d'une attaque de panique alors que l'effet inverse se produit:
    - en réponse à l'alarme: les muscles thoraciques, diaphragmatiques et du cou se contractent pour permettre une plus grande oxygénation
    - cette contraction peut être douloureuse et donner une fausse impression de gêne respiratoire

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- De plus, la respiration est une fonction réflexe: si vous manquez d'O_2, elle vous force à respirer
    - Essayez de retenir votre respiration pendant plus d'une minute et vous constaterez que vous ne pourrez pas la retenir bien longtemps.
    - Les gens prennent souvent trop d'oxygène, mais n'en manquent pas à cause de l'anxiété
    - **Ralentir le rythme et l'intensité respiratoire rétablira l'équilibre entre O_2 et CO_2 et fera disparaître la sensation d'étouffement**

La peur de s'évanouir

- Les étourdissements présents dans l'attaque de panique sont souvent associés à l'évanouissement, alors qu'ils sont dus à l'hyperventilation
- L'étourdissement par l'hyperventilation est très normal et ne mène généralement pas à l'évanouissement.
    - Ceci serait la pire conséquence de l'attaque de panique.
    - Ceux qui s'évanouissent suite à la panique se connaissent, et ont souvent un problème physique pouvant expliquer cette tendance : hypoglycémie, hypotension (chute de tension), malnutrition, vertige de Meunière etc.
    - Ces étourdissements ne posent aucun problème et disparaissent avec le temps

Les jambes molles

- Durant la réponse d'urgence, l'adrénaline sécrétée dilate les vaisseaux sanguins des jambes. Le sang s'accumule pour pouvoir mieux performer. Ce phénomène donne l'impression d'avoir les jambes lourdes ou molles et laisse penser qu'il est impossible de marcher.
- Rien n'est plus faux: c'est précisément pour pouvoir mieux courir que les jambes deviennent ainsi.
- Rassurez-vous! Cette sensation de mollesse ne constitue qu'une impression: vos jambes peuvent vous mener où vous voulez et vous soutenir aussi longtemps que vous le désirez
- Acceptez les sensations et faites confiance à vos jambes, elles ne vous laisseront pas tomber.

La peur de devenir fou

- L'hyperventilation peut causer chez certaines personnes des sensations de désorientation et d'irréalité.
- Ces sensations peuvent provoquer chez certains individus l'impression d'être en train de devenir fou, car ils se sentent étranges, bizarres.
- Ces sensations disparaissent une fois que l'équilibre entre l'O_2 et le CO_2 est rétabli
- La peur de devenir fou est fréquente lors des attaques de panique, mais personne n'est jamais devenu fou suite à une attaque de panique
- La folie est généralement associée à la schizophrénie, une maladie mentale grave qui apparaît jeune, se développe lentement et n'apparaît pas de façon soudaine.
- Personne ne peut développer cette maladie mentale à la suite d'une attaque de panique.
- Une attaque de panique ne provoque pas d'hallucinations visuelles ni auditives, par conséquent une personne ne peut pas devenir folle peu importe les symptômes d'irréalité et de bizarrerie

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

La peur de perdre le contrôle

- Les gens ont souvent peur de perdre le contrôle à cause des sensations intenses ressenties pendant une attaque de panique
    - peur de se mettre à hurler, à courir dans tous les sens
- Leur attention est tellement centrée sur la volonté de fuir la situation que la seule perte de contrôle consistera donc à partir plutôt qu'à rester sur place
    - **Donc, la perte de contrôle redoutée pendant une attaque de panique n'est qu'un mythe**
- Les sensations de peur, physiques et émotionnelles vécues pendant une attaque de panique, aussi désagréables qu'elles puissent être, **ne constituent aucun danger**
- Il faut arrêter d'exagérer les réactions de peur puisqu'il n'existe aucun danger.
- Le trouble panique consiste dans l'apparition de réactions de survie dans des contextes inappropriés, où il y a absence de danger réel.
- La véritable conséquence d'une attaque de panique **est le désagrément, la souffrance émotionnelle.**
- Il faut cesser de redouter les dangers fictifs pour apprendre à désamorcer l'alarme apprise qui constitue l'attaque de panique
- Car **moins vous aurez peur de la panique, moins vous aurez des attaques de panique**

Modifier le discours intérieur

- Les interprétations irréalistes des sensations entretiennent la peur et contribuent à alimenter les réactions de panique.
- Il est donc important de changer son discours intérieur à partir des informations fournies précédemment.

Par exemple: vous observez à chaque jour un homme qui vous suit. Il est grand, costaud, en veston et cravate et porte une arme. À chaque fois que vous le voyez, vous avez peur car vous pensez que c'est quelqu'un qui veut vous tuer. Vous êtes terrifié et vous décidez d'en parler à vos proches. Vous apprenez alors que c'est un garde du corps engagé par votre famille pour assurer votre sécurité, même si vous ne courez aucun danger. Vous trouvez alors cette mesure de protection exagérée et demandez à votre famille de résilier le contrat. Vos proches avisent alors le garde du corps de cesser son travail, mais vu que ce dernier a été payé d'avance, il insiste pour vous protéger pendant un mois encore. Vous serez peut-être agacé par sa présence la prochaine fois que vous allez le voir. Toutefois il ne vous fera plus peur, car vous savez maintenant qu'il ne représente aucune menace.

- Il faut que la même chose se produise avec l'attaque de panique:

Le cerveau doit modifier le message qu'il envoie au système nerveux autonome pour que le système nerveux parasympathique diminue les réactions de l'organisme en prenant le relais du système nerveux sympathique.

<u>À NE PAS CONFONDRE</u>

- Beaucoup de ces réactions surviennent durant différentes excitations du corps, pas seulement lors d'anxiété et de panique: pendant l'excitation sexuelle, l'exercice physique et des moments de bonheur intense (comme en gagnant à la loterie).

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Elles sont également provoquées par la peur d'un danger réel (comme un intrus dans la maison).
- Lorsqu'il y a vraiment un danger, l'attention est dirigée vers le danger et l'action à prendre et non vers les sensations physiques provoquées.
- Si ces sensations surviennent en l'absence d'un danger, i.e. une attaque de panique, on cherche un danger pour expliquer ces sensations intenses. On porte attention aux sensations et on conclut que le danger doit être à l'intérieur de soi : peur de mourir, de s'évanouir, d'être fou, de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de s'étouffer, etc.
- Lorsque quelques-unes de ces sensations surviennent de nouveau, soit causées par l'anxiété, soit par un exercice physique, une relation sexuelle, l'ingestion d'aliments ou des symptômes reliés à une maladie (ex : allergies), elles sont interprétées comme étant précurseurs d'une autre attaque de panique à laquelle on attribue des conséquences dramatiques, et on sent le besoin de fuir ou de les éviter, ainsi que les situations auxquelles elles sont associées.
- En conclusion, aucun des symptômes de la panique et de l'anxiété ne sont dangereux. Ce sont des réactions physiologiques très normales. Le fait d'avoir ces réactions à des moments inappropriés n'est pas inquiétant en soi. Ces attaques de panique deviennent **problématiques à cause de l'interprétation qu'on en fait**. Si ces sensations sont interprétées correctement comme découlant de l'anxiété, de la fatigue extrême ou d'un exercice physique, elles passent souvent inaperçues et l'intensité des symptômes n'augmente pas. Lorsqu'on a peur de ces sensations et qu'on les anticipe, elles prennent des proportions catastrophiques, mais n'en sont pas plus inoffensives.

FAIRE FACE À LA PANIQUE

- Suite à l'auto-observation de vos attaques de panique, vous avez probablement remarqué que vous en avez moins souvent que vous ne le pensiez.
- Le travail que vous ferez sur vos pensées et vos comportements aidera encore à en réduire la fréquence.
- Les informations données durant les rencontres précédentes devraient déjà aider puisqu'elles vous donnent une meilleure compréhension du problème, par exemple, en sachant que les symptômes de l'attaque de panique ne sont pas dangereux et ne signifient rien de catastrophique.
- Lorsqu'une attaque de panique survient, ou si vous en anticipez une, il faut savoir comment réagir pour ne pas amplifier les symptômes (ce qui engendrerait que de l'inconfort).

❖ Il y a 3 stratégies principales pour faire face à la panique :

1) ACCEPTER LES SENSATIONS

- La lutte contre les sensations ne fait que les maintenir ou les amplifier.
- En vous contractant, vous devenez plus tendu et anxieux et augmentez les symptômes que vous redoutez.
- En cherchant à les contrôler, vous entretenez votre conviction qu'elles sont dangereuses.
- Puisqu'elles ne sont pas dangereuses, vous les **acceptez**.
- Laissez passer la réaction d'alarme dans votre corps tout entier en observant vos sensations, sans les refuser
- Plus vous vous laissez aller, moins la panique sera forte et plus elle passera vite

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

2) SE PARLER DE FAÇON RÉALISTE

- Vous savez maintenant que les sensations vécues pendant une attaque de panique sont tout à fait inoffensives
- Rappelez-vous que vous ne courez aucun danger
- Ne vous faites pas plus peur en pensant à des catastrophes qui n'arriveront jamais.
- Adoptez les **pensées réalistes et constructives** apprises

3) RESTER SUR PLACE

- La panique est la conséquence de l'activation du SNS
  Vous n'allez pas aggraver la peur : l'adrénaline sera métabolisée et réabsorbée par votre organisme entre 3 et 5 minutes.
- N'oubliez pas que les attaques de panique ont une durée limitée
- **Restez alors sur place jusqu'à ce que l'anxiété diminue à un niveau que vous jugez confortable.**
- Plus vous affrontez vos peurs, plus vous constaterez qu'elles n'étaient pas fondées et qu'aucun des malheurs appréhendés n'est survenu.
- À force de constater que la réalité est beaucoup moins terrible que vos scénarios, vous retrouvez votre confiance en vous et votre sentiment de sécurité personnelle.

  - ❖ Si vous mettez ces trois règles en application pendant une attaque de panique, vous constaterez qu'elle sera beaucoup moins intense et beaucoup moins pénible à supporter
  - ❖ Plus vous les appliquerez, plus la fréquence et l'intensité des attaques de panique diminueront rapidement.

LA PENSÉE POSITIVE

Remplacer les pensées irréalistes par des pensées plus réalistes et constructives diffère de la pensée positive.
La pensée positive comporte une certaine négation de la réalité, alors que le but ici, c'est de devenir de plus en plus réaliste

- o Ex : Un mois après avoir perdu son mari, une femme est toujours désespérée et dit que sa vie est finie.

La pensée positive : la convaincre qu'il ne faut pas avoir de la peine parce que son mari est bien là où il est maintenant. Elle doit se dire que la vie est belle et ne pas être triste.

- Cette façon de penser est aussi irréaliste que dire que sa vie est finie : la perte d'un être cher constitue un événement triste et il est normal d'avoir de la peine.

- Une pensée réaliste : C'est une épreuve difficile, mais la vie n'est pas finie pour autant. Le deuil constitue une étape normale et éprouvante, mais ce n'est qu'une étape, la peine s'atténuera avec le temps et la vie reprendra son cours.
  - Nier ses émotions peut provoquer l'apparition d'autres problèmes émotionnels.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

Il est important de reconnaître l'émotion (ici, la tristesse), sans dédramatiser la situation de façon irréaliste.

- Il faut donc vivre une vie émotionnelle réaliste
- Le sentiment de peur devant une menace nous aide à sortir de la situation; alors que le sentiment de peur devant une situation non dangereuse nous prive de trop de plaisirs

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIR

- Lire les pages 41-49 pour la prochaine rencontre (ne pas lire la section 'Exposition aux activités naturelles').
- Préciser au participant d'attendre avant de faire les exercices d'exposition aux sensations physiques chez lui car ceux-ci seront fait lors de la prochaine rencontre de thérapie.
- Noter les questions

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRES 4 et 5

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

PRÉSENTER LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES PAGES 41-49. (Il est possible que tous les exercices ne puissent être « cotés » en une seule rencontre : il est possible de les terminer à la rencontre 5. Faire au moins les 8 premiers.)

<u>À LA RENCONTRE 5</u> : RÉVISER LES AUTO-OBSERVATIONS SUR LES EXERCICES DONNÉS EN DEVOIR À LA RENCONTRE 4 AFIN DE S'ASSURER QU'IL Y AIT HABITUATION.

S'EXPOSER AUX SENSATIONS PHYSIQUES DE LA PANIQUE

- Après avoir vécu quelques attaques de panique, certaines sensations physiques deviennent associées à la panique et peuvent elles-mêmes déclencher une panique
- Ces sensations sont interprétées de façon catastrophique et suscitent la peur, car elles sont associées à un danger et à la peur de paniquer
- Une des stratégies que nous vous proposons vise à provoquer volontairement les sensations physiques propres à la panique
- La personne s'expose aux sensations qui lui font peur dans un milieu où elle se sent en sécurité, afin de les apprivoiser
- En constatant chaque fois qu'aucune des conséquences redoutées ne se produit et que la panique, si elle survient, se dissipe en quelques minutes, la personne cesse d'avoir peur de ces sensations.
- Cette stratégie permet de dissocier les sensations des événements catastrophiques redoutées et de les associer avec des explications réalistes et moins effrayantes (voir démystification de la panique)
- Ainsi, la personne agoraphobe se défait de sa peur des sensations de la panique; i.e. sa peur d'avoir peur
- Lorsque ces sensations ne suscitent presque plus de peur, ce sera plus facile de les affronter dans une situation difficile

- Comme nous avons discuté précédemment, et vous l'avez peut-être constaté par vous-même, moins une personne appréhende la panique, moins celle-ci survient fréquemment
- Les sensations les plus terrifiantes varient d'une personne à l'autre
- Les exercices que je vais vous présenter simulent certaines sensations ressenties durant la panique
- Il s'agit d'identifier les exercices qui provoquent chez vous les sensations les plus intenses et épeurantes et qui ressemblent le plus à vos attaques de panique. Vous pratiquerez alors ces exercices à la maison à tous les jours
- Plus ils seront pratiqués souvent, plus vous augmenterez votre seuil de tolérance aux sensations physiques, et plus ce sera facile de les affronter dans les situations difficiles.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

EXERCICE : IDENTIFIER LES EXERCICES PERTINENTS

1. Identifier les sensations ressenties durant chacun des exercices
2. Évaluer l'intensité des sensations ressenties sur une échelle de 1 à 8
3. Évaluer l'intensité de votre peur des sensations
4. Évaluer le degré de similitude avec les sensations que vous ressentez durant une panique
5. Après chaque exercice, inscrivez vos observations dans la Grille d'identification des exercices pertinents
6. Placez un astérisque pour identifier les exercices cotés 3 ou plus
7. Placez ceux-ci en ordre croissant de difficulté

- **Voici les exercices :**

Exercice	Durée	Instructions
1. Secouer la tête	30 secondes	Penchez légèrement la tête et secouez-la de gauche à droite en gardant les yeux ouverts. Au bout de 30 secondes, relevez la tête et gardez-la bien droite pour quelques secondes.
2. Redressement de la tête	1 minute	Assis sur une chaise, penchez la tête entre vos jambes, plus bas que le niveau du cœur. Après 60 secondes, redressez-vous d'un coup.
3. Courir sur place	1 minute	Courez sur place en levant les genoux à hauteur des hanches si possible ou montez et descendez une marche rapidement.
4. Contracter tout le corps	1 minute	Assis sur la chaise, contractez tous les gros muscles de votre corps en soulevant un peu les cuisses de la chaise.
5. Retenir sa respiration	30 secondes	Prenez une grande respiration et couvrez votre nez et votre bouche avec votre main. Arrêtez avant si vous ne pouvez tenir 30 secondes.
6. Tourner sur place	1 minute	Assis sur une chaise à roulettes, tournez sur place en gardant les yeux ouverts et sans fixer de point. Si vous n'avez pas de chaise, tournez sur place en station debout près d'un mur sur lequel vous vous appuyerez lorsque vous serez trop étourdi.
7. Hyperventilation	1 minute	Inspirez et expirez profondément par la bouche, suffisamment fort pour que l'on entende votre souffle.
8. Respirer à travers une paille	2 minutes	Pincez vos narines et respirez à travers une paille.
9. Fixer un point sur le mur	2 minutes	Fixez un point sur le mur sans dévier du regard pendant les 2 minutes.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

10. Avaler rapidement	4 fois	Avalez le plus vite possible 4 fois de suite (il est normal que ce soit difficile d'avaler sans boire ni manger.)
11. Imaginer votre pire sensation	2 minutes	Fermez vos yeux, pensez à une attaque de panique et imaginez votre pire sensation pendant 2 minutes.
12. Fixer votre image ou votre main	2 minutes	Fixez votre visage dans le miroir ou la paume de votre main à une distance de 15 à 20 centimètres de votre visage sans dévier du regard.
13. Pression sur le bras	1 minute	Relevez l'avant-bras gauche et avec la main droite, pressez sur votre bras gauche de façon à restreindre la circulation.

- Vous pouvez ajouter d'autres exercices que vous jugez pertinents et qui provoquent des sensations désagréables qui ressemblent davantage à vos attaques de panique (ex : exercer une pression sur votre gorge)
- Il est essentiel que vous soyez capable non seulement de ressentir les sensations problématiques pour vous, mais également de les provoquer volontairement
- Il est important aussi que les sensations soient provoquées avec intensité.
- Ne vous ménagez pas, autrement, les exercices seront inutiles.
- N'oubliez pas que les sensations provoquées ne sont pas dangereuses mais seulement désagréables.

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIRS

- Répétez les exercices pertinents

POUR LA RENCONTRE 4 :

- Donner au moins 2 exercices à faire pendant la semaine même s'ils ne sont pas tous cotés et noter les observations à l'aide de la grille.
- Pas de lecture.
- Remettre une grille d'observation.
- Reprenez votre Grille et choisissez les 2 exercices classés au 1er et 2e rang

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Répétez chacun d'eux au moins 3 fois de suite.
  - Pour pratiquer ces exercices, vous devez avoir une montre avec trotteuse ou un chronomètre pour compter le temps

- Lorsque les 2 premiers exercices ne produisent presque plus d'anxiété ou de peur (2 ou moins), répétez-les pendant encore une semaine tout en commençant 2 nouveaux exercices s'il y a lieu.

- Dès le moment où vous commencerez à ressentir les sensations redoutées, il est essentiel de continuer l'exercice pendant au moins 30 secondes de plus.

- Après chaque exercice, vous devez évaluer l'intensité de votre anxiété ou de votre peur des sensations à l'aide de l'échelle de 1 à 8.
  - Vous remarquerez sûrement une diminution de la cote après chaque répétition

- En faisant ces exercices, soyez particulièrement conscient des pensées qui provoquent l'anxiété.
  - Ces pensées automatiques sont généralement irrationnelles. Vous pouvez tolérer les sensations en toute sécurité.

- Si aucun des exercices suggérés ne produit de la peur malgré la similitude des sensations avec celles que vous vivez durant une panique, il y a 2 raisons possibles :

- Vous vous sentez en sécurité dans le cadre particulier dans lequel vous faites l'exercice. Essayez de vous imaginer de façon aussi réelle que possible dans une situation redoutée
  - Si vous êtes accompagné, le fait de pouvoir être aidé peut vous donner un sentiment de sécurité qui atténue l'intensité des symptômes. Ce raisonnement est basé sur la croyance erronée que vous êtes en danger quand vous êtes seul. Il serait alors important de les faire seul.

Après un certain temps, vous constaterez que dans votre vie quotidienne, vous aurez moins peur de ces sensations lorsqu'elles se présentent, soit à cause de l'anxiété, soit provoquées par un exercice quelconque. Ainsi, les sensations ne s'intensifieront pas et vous vous sentirez plus en contrôle

POUR LA RENCONTRE 5 :

- Poursuivre les exercices d'exposition aux sensations physiques et les auto-observations
- Lire les pages 49-51 (commencer la lecture à la section 'Exposition aux activités naturelles')

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 6

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DE LA SEMAINE PRÉCÉDENTE

L'EXPOSITION AUX ACTIVITÉS NATURELLES (pages 49-51)

- Il est possible que vous ayez développé un comportement d'évitement vis-à-vis certaines activités quotidiennes parce qu'elles déclenchent ou ont déjà déclenché des sensations qui vous terrifient, et ce, même si vous n'êtes pas conscient que vous les évitez.
- Le rationnel de la procédure d'exposition sous-tend qu'il faut appliquer la même approche que précédemment aux activités naturelles qui induisent des sensations similaires à celles que vous ressentez durant un épisode de panique.
- Compléter la liste de la page 50 ayant trait à ce type d'activité naturelle. Reprenez la liste (page 50) et classez à la page 51 chaque activité en ordre en commençant par celle qui vous fait le moins peur jusqu'à celle qui vous fait le plus peur.
- Reprenez maintenant la même procédure d'exposition avec chacune de ces activités.
  Vous la pratiquez jusqu'à ce qu'elle ne vous fasse plus peur. Puis, vous pratiquez la suivante jusqu'à la fin de la liste. L'ordre varie aussi parfois en fonction des opportunités de pratiquer une activité ou l'autre. Saisissez toutes les occasions possibles, ce sont vos progrès qui n'en seront que plus rapides.
- Il y a certaines différences dans la façon de s'exposer aux activités naturelles par rapport aux exercices intéroceptifs précédents. Pour des raisons pratiques, on doit parfois laisser un délai plus grand avant de répéter un exercice comme dans le cas de l'absorption de café. D'autre part, comme dans le cas du café, les effets durent souvent plus longtemps que lors des exercices plus spécifiques. Cela ne signifie pas qu'ils sont plus dangereux.
- Comme les activités naturelles entraînent des effets plus longs qu'on ne peut pas faire cesser par contrôle direct, elles permettront un apprentissage supplémentaire quant au laisser-aller, à la **tolérance** des sensations physiques, sans tentative de contrôle.
- Attendez-vous à ressentir les sensations et à utiliser les règles à suivre pour accepter ces sensations comme lors de l'exercice précédent. Relisez souvent la procédure d'exposition pour être sûr de bien l'appliquer.

ET SI VOUS PANIQUEZ ...

- Il se peut que vous viviez encore quelques paniques pendant le traitement et même qu'une attaque de panique se déclenche à la suite de l'exposition à un des exercices précédents. Le trouble panique ne peut pas disparaître tout d'un coup. Si vous avez encore des paniques, cela ne signifie pas que le traitement est inefficace, cela signifie que vous avez encore une réponse d'alarme apprise et que vous craignez encore vos symptômes bien désagréables mais inoffensifs. Seules la persistance et la pratique continue et régulière vous permettront de vraiment désapprendre la réponse d'alarme et remplacer vos anciennes peurs par une conviction viscérale que les sensations de panique ne constituent aucun danger et ne provoquent aucune catastrophe. Nous vous incitons à relire les pages 38 et 39 (les stratégies proposées pour faire face à la panique) afin de pouvoir mieux l'affronter et ne pas vous

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

laisser décourager par ce type d'événement désagréable mais sans conséquence pour la réussite de votre traitement.

- Il y a des éléments clés dont vous devriez vous souvenir et qui pourraient vous aider à maintenir une vision plus objective plutôt que d'être pris dans un cycle émotionnel de peur. Ce qui suit est une description des problèmes parfois rapportés dans des moments où l'anxiété ou la panique sont très élevées :

    1. Je me sens tellement affolé que je ne peux penser clairement ou logiquement.
    2. Lors de ces moments où je me sens affolé, il m'est difficile de croire aux verbalisations adéquates, et ma croyance dans les vieilles affirmations négatives refait surface (ex. « Je vais réellement mourir. »)
    3. Je ne peux tout simplement pas contrôler ma tension physique ou ma façon de respirer.

- Réfléchissez à savoir si un de ces trois processus (ou tout autre processus) se manifeste dans les moments de panique et entrave une réaction fonctionnelle de votre part. Pour chacun de ces cas, il est important de se souvenir des points suivants :

    1. Vous pouvez toujours intervenir sur vos pensées lors d'une attaque de panique, il s'agit seulement de vous y entraîner. N'oubliez pas, à cause de la réaction d'alarme, vos facultés cognitives sont à leur maximum.

    2. Souvenez-vous que votre **impression** que le danger est réel est déclenchée par un ensemble de croyances erronées. Lors des paniques antérieures vos craintes ne se sont jamais réalisées : vous n'avez pas fait de crise cardiaque et vous n'êtes pas mort, cela n'arrivera pas plus aujourd'hui.

    3. N'oubliez pas, il faut laisser aller les sensations physiques et les accepter plutôt que de lutter contre elles.

DEVOIR

- Relire les pages 49 à 51 pour la prochaine rencontre
- Noter les questions
- Poursuivre les exercices.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 7

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

RETOUR SUR LES STRATÉGIES VUES JUSQU'À MAINTENANT ET LES PROGRÈS RÉALISÉS

LIRE LES PAGES 52-57 POUR LA SEMAINE PROCHAINE

POURSUIVRE LES EXERCICES

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 8

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

AFFRONTER PLUTÔT QU'ÉVITER (PAGES 52-57)

- **Importance des comportements d'évitement qui maintiennent la phobie et perpétuent la peur.**
- Chaque fois que vous évitez de faire face à une situation, vous vous sentez profondément soulagé, en croyant que vous êtes épargné d'une catastrophe.
- Ceci augmente la probabilité de recommencer à éviter.
- L'échappement produit une diminution de l'anxiété mais maintien la peur.
- Ainsi, vous n'avez jamais la chance de constater que si vous restiez ou si vous affrontiez la situation, il n'arriverait aucun des malheurs que vous craignez.
- Bien sûr, vous auriez des malaises et vous seriez anxieux.
- Pour vaincre la peur, il faut cesser d'éviter et commencer à vous exposer aux situations que vous craignez.
- Nous avons démystifié les conséquences irréalistes que vous accordiez à la panique, il n'y a donc aucune raison logique de ne pas affronter ces situations maintenant.
- Vous sentez peut-être le désir d'abandonner à ce point, terrifié à l'idée d'affronter les situations que vous craignez depuis des années.
- N'ayez pas peur. Quand vous les affronterez, vous désirerez y faire face.
- La méthode que nous proposons est simple et ne nécessite que de la persévérance et un peu de courage.
- Le fait de vous exposer aux situations d'une manière bien précise fera disparaître graduellement votre anxiété (*Montrer le graphique des effets produits sur le niveau d'anxiété par différents comportements. Le graphique est à l'annexe).*

<u>L'EXPOSITION GRADUÉE ET PROLONGÉE</u>

- Il faut ajuster le réglage de votre système d'alarme/système nerveux trop sensible afin qu'il cesse de considérer des signaux inoffensifs (situations, sensations physiques) comme une menace.
- Le meilleur moyen est l'exposition graduée et prolongée aux situations faussement interprétées comme menaçantes.
- Il faut commencer par affronter une situation qui suscite une réaction légère.
- Vous pourrez ainsi apprendre à supporter l'anxiété sans paniquer, car elle crée des sensations de faible intensité.
    - Vous devrez alors rester dans la situation jusqu'à ce que l'anxiété ait disparu ou ait diminué assez pour que vous n'ayez plus peur de vos sensations.
    - Vous répéterez alors la même situation jusqu'à ce que l'alarme ne se déclenche plus.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- Puis, vous passerez à une situation plus difficile.

- L'exposition graduée et prolongée permet un processus d'habituation et d'extinction de la réponse d'anxiété.
- Ainsi, vous réhabituerez votre système nerveux à ces situations pour qu'il arrête de les interpréter comme une menace.
- Si vous restez dans la situation sans vous nourrir de pensées catastrophiques, votre anxiété diminuera dans cette situation.

EXERCICE PENDANT LA RENCONTRE:

- Préparez une liste de situations que vous aimeriez pouvoir affronter à nouveau.
  - Classez ces situations par ordre de difficulté, de la plus facile à la plus difficile
  - Décomposer les plus difficiles en petites étapes intermédiaires
  - Ciblez une situation qui sera l'objet d'un exercice d'exposition à la prochaine rencontre
  - IDÉALEMENT, choisissez l'exercice le plus difficile pour le participant et décomposez-le en étapes intermédiaires à faire pendant les trois rencontres (objectif : que le participant se soit exposé à sa pire situation avant la fin du traitement, si cela est possible et réaliste).

FIXER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS DANS UNE SEMAINE :

****** prévoir une séance de 90 minutes afin de faire l'exposition.**

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRES 9, 10 ET 11

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

EXERCICE D'EXPOSITION IN VIVO (la durée des rencontres peut aller jusqu'à 90 minutes)

Fixer le rendez-vous dans une semaine.

*****À LA RENCONTRE 11 :**

PRÉVOIR CE QUI SERA FAIT DANS LA RENCONTRE 12 (CONSOLIDATION DES ACQUIS) et l'annoncer au participant.

RENCONTRE 12

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

OBJECTIF DE CETTE RENCONTRE : CONSOLIDATION DES ACQUIS

- Ceci NE DOIT PAS INCLURE :
  - De nouvelles stratégies (affirmation, relaxation, etc.)
  - De nouvelles informations (sur l'anxiété, le TAG, etc.)

- Ceci peut inclure :
  - un résumé des stratégies et informations vues précédemment
  - un exercice d'exposition (intéroceptive ou in vivo)

FIXER LE RENDEZ-VOUS LA SEMAINE PROCHAINE
LIRE LA PAGE 58.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

RENCONTRES 13 et 14

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

PRÉVENTION DE LA RECHUTE (page 58)

LES PÉRIODES DIFFICILES

- Vous sortirez de votre traitement grandi par l'autonomie retrouvée et une meilleure confiance personnelle
- Les plus grandes réussites comportent des obstacles auxquels vous allez devoir faire face.
- Vous aurez parfois tendance à vous décourager.
    - Ne cédez pas à ces moments difficiles.
    - Prenez un répit et mesurez vos progrès.
    - Revoyez les exercices accomplis.
    - C'est possible que vous vouliez aller trop vite.
    - Laissez-vous la chance de progresser à votre rythme.
    - Peut-être est-ce le manque de soutien de votre entourage qui vous affecte. Prenez le temps de leur expliquer.

- Apprenez à vous féliciter.
- Vos sentiments varient d'un jour à l'autre, comme pour tout le monde.
- Ne laissez pas une mauvaise journée compromettre votre traitement
- Ce découragement peut suivre une attaque de panique sévère, un moment de dépression, ou une période où vous êtes confronté à de nombreux stresseurs.
- Ayez une attitude positive envers vous-même et de la persévérance.
- Servez-vous de l'humour pour dédramatiser vos difficultés.

MAINTENIR VOS ACQUIS

- Vous maîtrisez mieux vos attaques de panique et ne les considérez plus comme un phénomène dangereux.
- Plusieurs personnes agoraphobes préfèrent arrêter le traitement dès qu'elles se sentent mieux.
- Il peut rester certaines situations qui n'ont pas été maîtrisées.
    - Ce n'est pas un problème tant que ces situations ne sont pas évitées fréquemment (ex : avion).
    - Considérez la signification de cet évitement et ses conséquences à long terme sur le maintien de votre progrès.
- Les facteurs prédisposants et précipitants dont nous avons parlé en début de traitement sont importants à reconsidérer pour prévenir les rechutes.

A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

- De telles situations ou traits de personnalité peuvent servir à maintenir le problème ou à le faire réapparaître.

- Rappelez-vous les stratégies principales pour composer avec les attaques de panique que nous avons vues en cours de traitement :
  - Démystification des symptômes
  - Exposition aux sensations physiques de la panique
  - Exposition aux activités naturelles
  - Exposition aux situations problématiques

RENCONTRE 13 :

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine.
- Préparer un bilan de fin de thérapie.

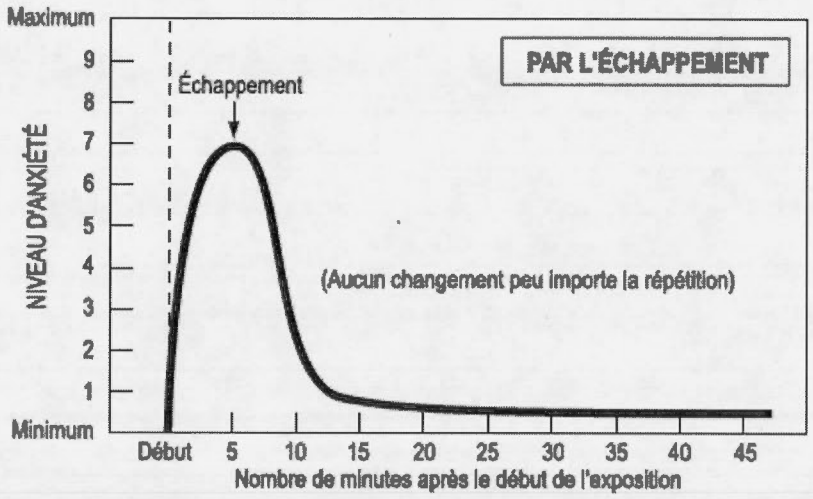
RENCONTRE 14 :

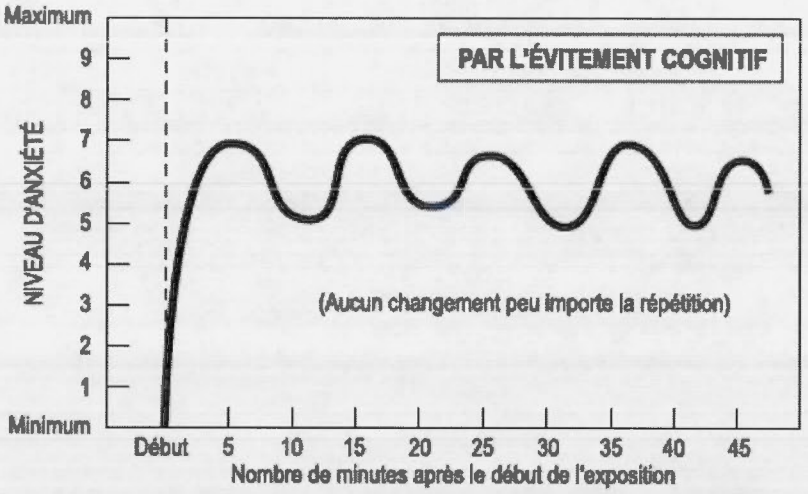
- Apporter le carnet lors de l'évaluation post-traitement.
- Rappel de ne pas modifier la médication ou débuter une thérapie pendant les 3 prochains mois (à moins d'un problème d'ordre éthique : à discuter avec les chercheurs en cas de doute).
- Cibler 3 objectifs à atteindre durant les 3 prochains mois (le participant les mentionnera aussi à l'assistant de recherche lors de l'évaluation post-traitement et en vérifiera l'atteinte lors du suivi de 3 mois).

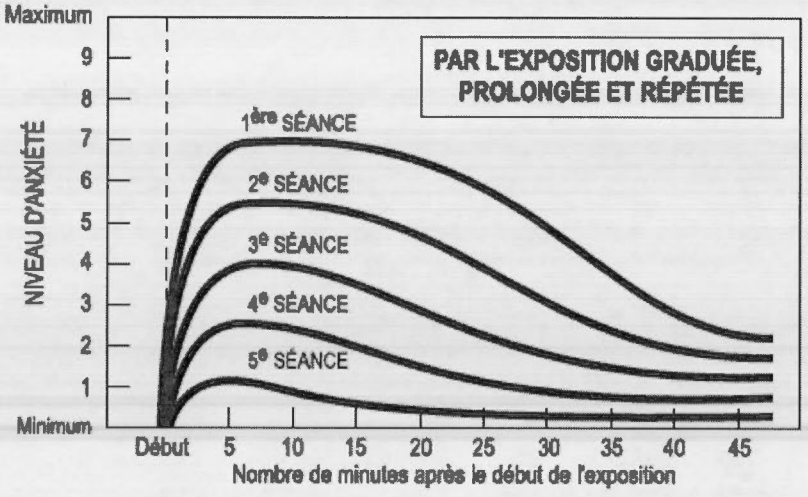
A. Marchand et A. Letarte (2004). Révisé par J. Labrecque (2009). Il est strictement interdit d'utiliser ce protocole sans en demander l'autorisation.

ANNEXE

EFFETS PRODUITS SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ PAR DIFFÉRENTS COMPORTEMENTS

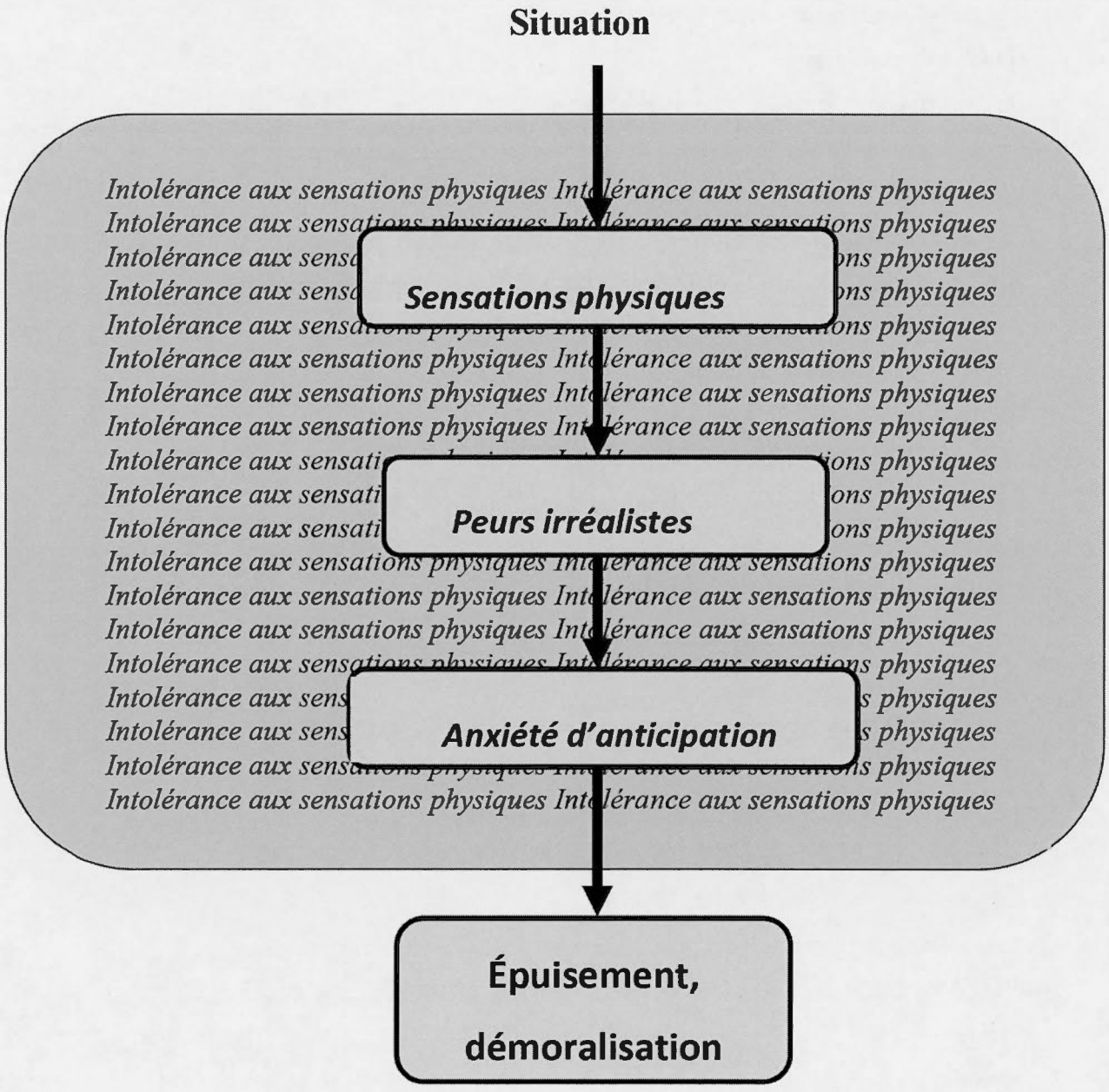






© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.

Modèle du trouble panique avec agoraphobie I



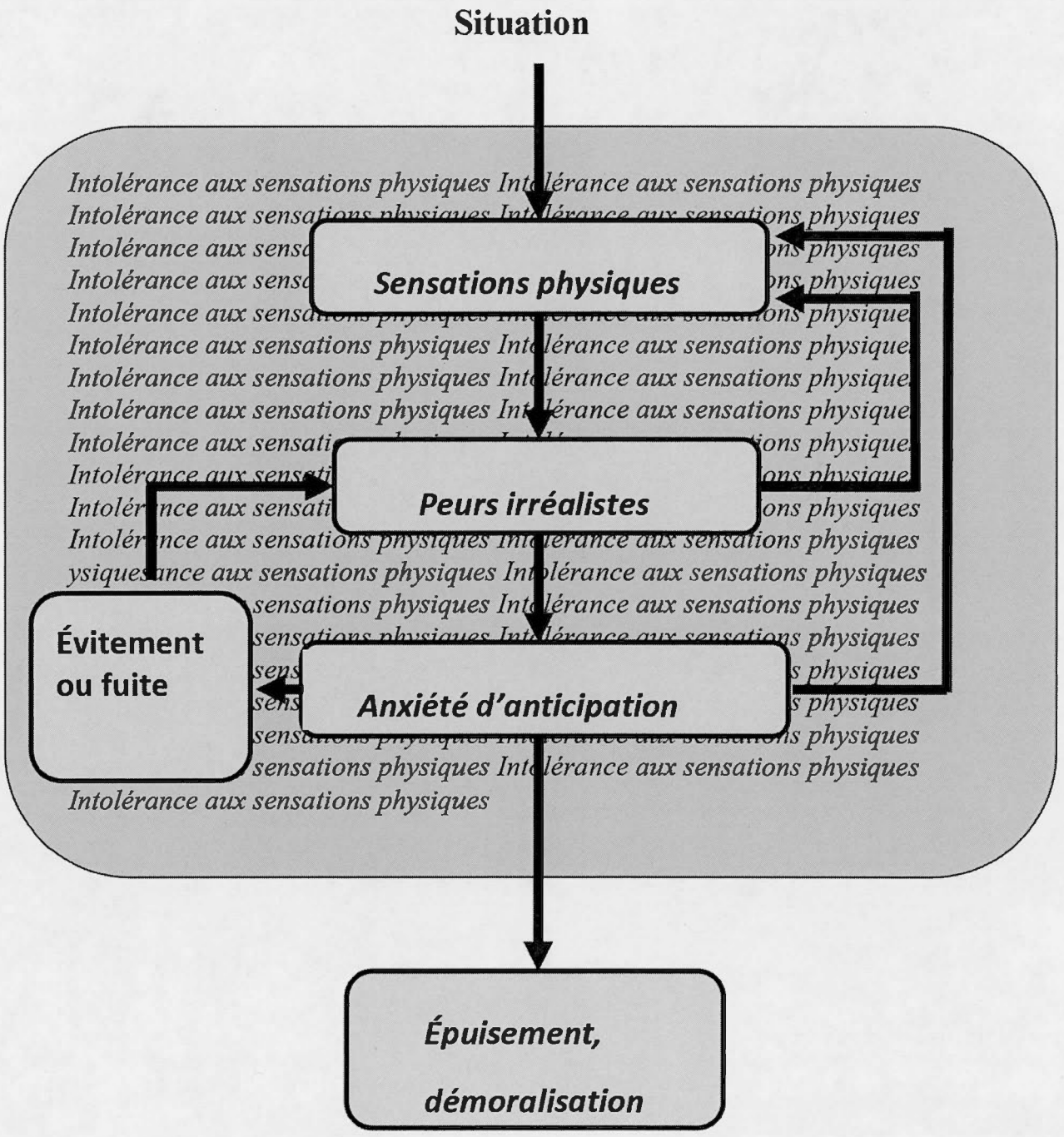
© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.

Liste de garanties sécurisantes

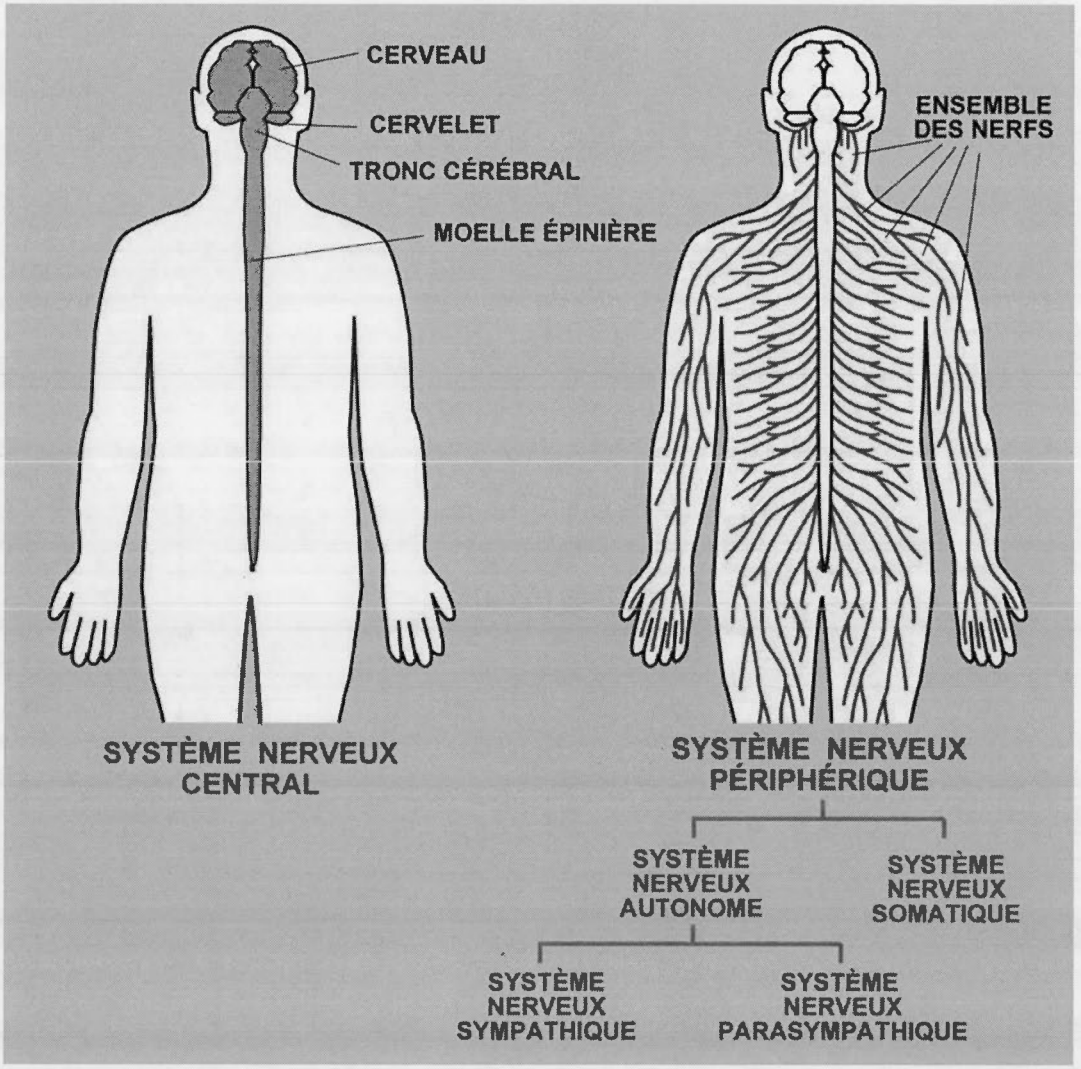
- Une personne, un compagnon sécurisant
- Des médicaments ou une bouteille vide de médicaments
- Un sac de papier brun
- De l'eau en bouteille ou une boisson gazeuse
- Les principaux numéros de téléphone des cliniques ou hôpitaux près de chez vous
- Un téléphone cellulaire pour appeler quelqu'un en cas de malaise
- La possession d'un porte-bonheur
- Avoir en tête des solutions ou plans pour éviter, s'échapper, s'éloigner rapidement d'une situation
- Conduire dans la voie la plus lente
- Conduire avec la radio allumée
- S'asseoir ou demeurer près des sorties d'urgence
- Bien connaître en tout temps l'emplacement des toilettes
- Se distraire
- S'agripper après le volant tellement fermement que vos mains en deviennent blanches
- Faire des activités durant les journées ensoleillées plutôt que lors des journées pluvieuses
- Faire des activités les journées que vous vous sentez bien dans votre peau et ne pas les faire, les journées ou vous sentez moins bien (c'est votre état physique qui dicte ce que vous allez pouvoir accomplir ou non certaines journées)
- Avoir une zone de sécurité subjective dans laquelle vous sentez que rien ne peut arriver
- Tout objet ou comportement qui peut, selon votre perception, avoir la propriété d'empêcher de ressentir des sensations désagréables ou bien d'avoir une attaque de panique
- Se raidir
- Prendre une respiration profonde
- S'appuyer sur le panier d'épicerie ou bien à l'aide d'une canne

© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.

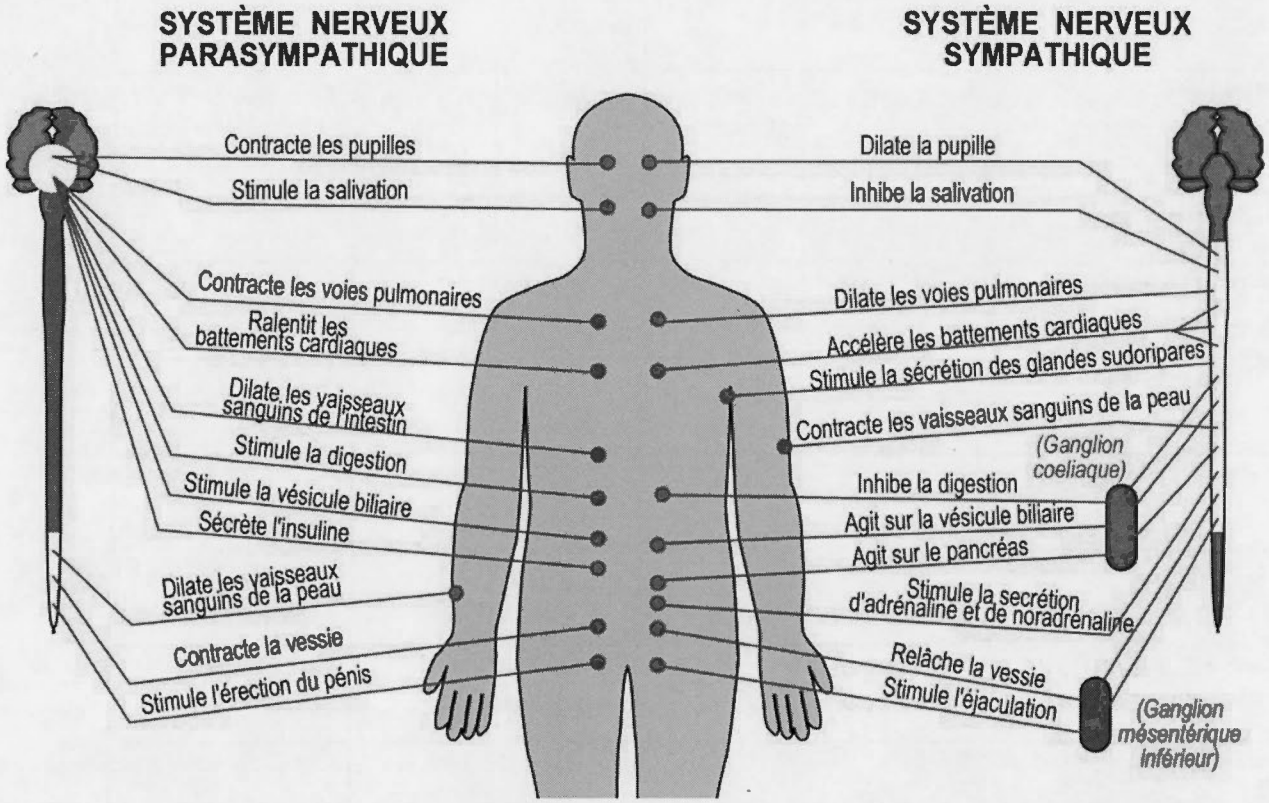
Modèle du trouble panique avec agoraphobie II



© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.



Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.



Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

Identification des exercices intéroceptifs pertinents

Exercice	Sensations	Intensité des sensations 1 à 8	Peur/anxiété /inconfort 1 à 8	Similitude 1 à 8	Exercices retenus (mettre une étoile, puis numéroter en ordre croissant de peur)
1. Secouer la tête					
2. Redresser de la tête					
3. Courir sur place ou monter-descendre une marche					
4. Contracter tout le corps					
5. Retenir sa respiration					
6. Tourner sur place					
7. Hyperventiler					
8. Respirer à travers une paille					
9. Fixer un point sur le mur					
10. Avaler rapidement 4 fois de suite					
11. Imaginer votre pire sensation					
12. Fixer votre image ou votre main					
13. Exercer une pression sur le bras					

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

Tableau 7 : Pratique quotidienne des exercices intéroceptifs

Jour	Exercices	Nombre d'essais	Peur/Inconfort pour chaque répétition (0 à 8)	Commentaires

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation naturelle	Peur (échelle 0-8)

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation	Peur (%)

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES

K: _____

Date	Décrire la situation	Étiez-vous 1 = seul-e 2 = accompagné-e	Avez-vous 1 = fait face à* 2 = évité 3 = quitté la situation?	Combien de temps êtes-vous demeuré-e dans la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	A quoi pensiez-vous a) avant b) pendant c) après la situation?
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____

Si vous avez fait face à la situation avec l'aide d'un objet sécurisant, veuillez indiquer de quel objet il s'agit.

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels concernant le TPA et méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

_____

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

_____

Mon 2ème objectif :

_____

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

_____

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

Mon 3ème objectif :

_____

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

_____

Le contenu de ces fascicules concernant le traitement du trouble panique et de l'agoraphobie est tiré du livre " La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie" 3ième édition, écrite par André Marchand et Andrée Letarte (2004) ainsi que d'un protocole de recherche rédigé par J.Labrecque, A. Marchand, M. J . Dugas et A. Letarte (1999). Par le fait même tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction d'un extrait quelconque de ces fascicules par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est strictement interdite sans l'autorisation écrite des auteurs.

Traitement individuel pour
le trouble d'anxiété généralisée primaire

Protocole du thérapeute

Inspiré du manuel du thérapeute de
Michel J. Dugas, Eliane Léger, Mark H. Freeston, & Robert Ladouceur

Révisé par
Joane Labrecque
Frédéric Langlois
Mélissa Martin

Mars 2009

Table des matières

Rencontre	Traitement TAG
Rencontre 1	➢ Présentation de la TCC ➢ Qu'est-ce que l'anxiété ➢ L'inquiétude et anxiété, modèle de base
Rencontre 2	➢ Les composantes de l'anxiété ➢ Distinction entre les deux types d'inquiétudes
Rencontres 3 et 4*	➢ L'intolérance à l'incertitude ➢ **Nombre de rencontres suggéré : 2**
Rencontre 5	➢ Les croyances erronées attribuées aux inquiétudes
Rencontres 6 et 7*	➢ La résolution de problèmes ➢ **Nombre de rencontres suggéré : 2**
Rencontres 8, 9 et 10*	➢ L'exposition cognitive ➢ **Nombre de rencontres suggéré : 3**
Rencontre 11	➢ Résumé des principales composantes ➢ Les inquiétudes difficiles à classer
Rencontre 12	➢ Consolidation des acquis
Rencontre 13	➢ Prévention de la rechute
Rencontres 14	➢ Bilan

* Pour ces rencontres, nous suggérons à l'avance un nombre de rencontre, mais le thérapeute peut en décider autrement selon son jugement clinique.

Nous suggérons aux thérapeutes de respecter l'ordre des rencontres tel que décrit ci-dessus.

RENCONTRE 1

ACCUEIL

INTRODUCTION AU TRAITEMENT

- Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation en soi.
- Le rassurer sur son anxiété lors de cette première rencontre
- Présentation brève des objectifs généraux du traitement
- Expliquer qu'une thérapie cognitivo-comportementale implique une participation importante du client (ex : les devoirs entre les séances) et que nous visons l'autonomie de la personne face à son anxiété. Notre rôle en tant que thérapeute est de lui donner des outils et de lui apprendre à s'en servir.
- Attentes et objectifs du client face au traitement

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

CONTENU DE LA RENCONTRE

- Présenter les informations contenues dans le manuel du participant (rencontre 1) :
  - Qu'est-ce que la TCC
  - L'anxiété normale vs anormale
    - Fonction adaptative de l'anxiété :
      - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger
      - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé
    - Qu'est-ce qui fait que l'on développe ce problème ?
      - Facteur prédisposant
      - Facteur précipitant
    - Qu'est-ce qui rend ce problème chronique ?
      - Facteur d'entretien

  - Présentation du modèle I du TAG : Anxiété et inquiétude, explication des variables de la ligne centrale du modèle.

DEVOIRS

Remise au participant du manuel de traitement version participant

1. Expliquer l'exercice de la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes. Souligner l'importance de bien reconnaître l'inquiétude avant de changer les comportements associés à l'inquiétude.

2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui. *Rappeler aux participants de toujours noter leurs questions par rapport aux lectures s'ils en ont.*

3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 2

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR ET RÉVISION SUR LE CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

Retour sur le modèle I du TAG. Le thérapeute illustre le modèle en demandant au participant de l'aider à décrire ce que signifient les éléments suivants : situation, question « Si...? », inquiétudes, anxiété, démoralisation et épuisement. S'il reste des questions concernant ce premier modèle, le participant est invité à les poser à ce moment.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Les composantes de l'anxiété :

- Les sensations physiques
- Les cognitions
- Les comportements
- L'environnement

  - ◊ Expliquer chacune des composantes ainsi que l'interaction existant entre chacune de ces composantes et comment elles peuvent s'influencer mutuellement. Donner des exemples. Discuter avec le participant.
  - ◊ Expliquer la composante « environnement » et les impacts possibles de la thérapie sur ce point (ex : changement au sein du couple, etc.).

Quelles sont les composantes de l'anxiété ciblées par la thérapie?

- ◊ Expliquer que la thérapie vise à modifier les cognitions et les comportements afin que les émotions (anxiété) se modifient elles aussi (réduction de l'anxiété).

La définition de l'inquiétude

- Présenter les ingrédients importants des inquiétudes pour être en mesure de bien les reconnaître.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Après avoir donné une définition de ce qu'est une inquiétude, le thérapeute peut faire un retour sur les devoirs.

Note. Le thérapeute peut aussi faire le retour sur les devoirs avant d'avoir expliqué ce qu'est une inquiétude.

Le participant est invité à nommer quelques exemples d'inquiétudes qu'il a notés durant la semaine. À partir de cette "banque" d'inquiétudes, le thérapeute demande au participant quelles sont les caractéristiques qu'il remarque suite à ce qui a été présenté sur la définition des inquiétudes. Après que le participant ait eu le temps d'émettre plusieurs observations, le thérapeute reprend ces idées en les regroupant si besoin, et en mettant l'emphase sur les aspects suivants: certaines inquiétudes sont déclenchées par des situations "externes" observables (par exemple: la température) mais d'autres le sont par des situations "internes" (par exemple: une pensée concernant un souvenir, un symptôme physique ou une information déjà apprise). Des inquiétudes peuvent même par elles-mêmes en déclencher d'autres, on observe alors un enchaînement des inquiétudes qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Ces inquiétudes contiennent toujours des questions « Si...? ». Les inquiétudes portent sur une grande diversité de sujets, mais pour chaque personne, il y a aussi certains thèmes qui reviennent plus fréquemment. Les inquiétudes sont très rarement vécues sans aucun malaise, en effet il y a toujours présence d'anxiété, même si ses manifestations et sa quantité ne sont pas toujours identiques.

Les types d'inquiétudes

- **Type 1**
- **Type 2**
- **Que faire avec les inquiétudes difficiles à classer ?**

Certaines inquiétudes sont plus difficiles à classer que d'autres, parfois on a l'impression de manquer d'informations pour affirmer avec certitude s'il s'agit du type 1 ou 2, mais c'est normal ! Et en plus, ce n'est pas très grave ! L'important est de catégoriser l'inquiétude selon ce qui la caractérise le mieux. C'est une bonne occasion de souligner aux participants que cela fait partie de la thérapie que d'avancer même lorsqu'on est incertain. Quand l'inquiétude est sur une zone grise, s'ils le désirent, ils peuvent tenter de trouver la part (ou le pourcentage) qui appartient au type 1 et la part (ou le pourcentage) qui appartient au type 2.

DEVOIRS

1. Le devoir consiste à poursuivre la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes mais cette fois-ci, il faut indiquer le type de chacune (donc, classer les inquiétudes).

2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.

3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRES 3 ET 4

L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Nombre de rencontres suggéré : 2

La première rencontre des deux rencontres suggérées comportera davantage d'éléments de psychoéducation sur l'intolérance à l'incertitude. La rencontre suivante misera plus sur la consolidation et le travail concret d'application à partir des devoirs et de l'expérience du participant.

Rencontre 3

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

Retour sur la définition de l'inquiétude qui mettait l'emphase sur les 3 éléments suivants : *"l'inquiétude est un ensemble de pensées et de doutes qui s'enchaînent, au sujet d'événements négatifs futurs, et qui est accompagné d'anxiété".*

RETOUR SUR LES DEVOIRS et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc.

À partir des devoirs de la semaine précédente, on révise les 2 types d'inquiétudes qui guideront le choix des stratégies thérapeutiques. Il s'agit des types suivants : inquiétudes concernant un problème réel (type 1) ou éventuel (type 2).

Retour sur l'exercice de prise de conscience des inquiétudes et de classification des inquiétudes. Le participant est invité à comparer ses observations de cette semaine et celles de la semaine précédente. Ayant noté des inquiétudes 3 fois par jour durant 14 jours, le participant devrait commencer à pouvoir remarquer des particularités : Y a-t-il des inquiétudes qui reviennent (selon l'heure, le jour, les activités faites par exemple)? Y a-t-il un type qui revient plus que l'autre?

Et maintenant, que faire avec chaque type d'inquiétude?

En sollicitant les idées du participant, le thérapeute élabore une liste de toutes les choses qui ont été essayées face aux inquiétudes même si ça n'a que peu ou pas fonctionné. Suite à toutes ces idées, on peut conclure que le participant a fourni déjà beaucoup d'efforts, cependant il ne semble pas avoir obtenu assez de résultats (sinon il ne serait pas ici!). L'absence de résultats satisfaisants peut être due soit au fait d'utiliser des stratégies inefficaces, soit au fait d'utiliser des stratégies efficaces, mais pas aux "bons" moments, ou soit au fait d'utiliser des stratégies efficaces tout en ayant des difficultés à bien les appliquer.

CONTENU DES RENCONTRES 3 ET 4 POUR L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Pour le contenu à présenter, s'assurer de bien présenter le contenu du manuel du participant.

Le thérapeute peut présenter en une seule rencontre toute la matière sur l'intolérance à l'incertitude ou il peut décider de diviser la matière en 2 rencontres. Peu importe ce qu'il décidera de faire, 2 rencontres sont prévues pour l'intolérance à l'incertitude.
En résumé, voici les points abordés (*consultez le manuel du participant pour plus d'informations*):

- La différence entre une personne tolérante et une personne intolérante.
- Présentation du modèle TAG II qui inclut l'intolérance à l'incertitude.
- Le rôle de l'intolérance dans le développement et le maintien des inquiétudes :
  Cette intolérance l'amène a réagir plus fortement aux questions « Si… » parce qu'il ne tolère pas la moindre probabilité, même infime, d'événement négatif. Ce faisant, il est porté à imaginer diverses conséquences possibles et à s'inquiéter davantage que les personnes tolérantes à l'incertitude.
- L'incertitude comme faisant indéniablement partie de la vie
- Les « pour et contre » des deux possibilités
  - Chercher des certitudes
  - Tolérer l'incertitude

  Amener le participant à voir que ce que l'on désire augmenter dans la thérapie n'est pas le niveau de certitude face aux événements, mais bien la tolérance à l'incertitude puisque l'incertitude est une chose normale dans la vie.
- Comment faire pour changer cette mauvaise habitude ?
  - Les consignes à ne pas oublier quand on change un comportement
    - L'anxiété est normale
    - Pratique et exposition hiérarchisée
    - La motivation passe par l'action

<u>DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE</u> (rencontre 3) :

1. À partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant indique celles qui sont présentes dans sa vie (peu importe la fréquence) et ajoute quelques exemples personnels qui ne sont pas déjà sur la liste (voir feuille d'exercice).

2. Toujours à partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant doit cibler un comportement de réassurance qu'il devra cesser ou prendre une action qu'il ne prendrait pas habituellement (selon ce qui est le plus pertinent pour le participant). Le client peut hiérarchiser ses comportements (du plus facile au plus difficile à cesser) et choisir quel comportement il va cibler à

partir de cette semaine. Le participant commence avec quelque chose de légèrement difficile, mais réalisable. L'important est de cibler un comportement qui s'avère le « juste » niveau de défi pour le participant et de stimuler sa confiance.

Note. Il est important que le thérapeute cible les comportements qui diminuent le degré d'incertitude.
Si le thérapeute trouve que cet exercice est de trop pour le client, il peut décider d'attendre à la deuxième rencontre pour lui donner l'exercice.

3. Le participant doit lire les pages associées à l'intolérance à l'incertitude.

4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 4

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

Retour sur le modèle II du TAG qui a été présenté lors de la première rencontre. L'importance du fond d'intolérance à l'incertitude et l'aspect incontournable de l'incertitude. La différence entre comprendre et changer, l'importance de passer par l'action pour changer cette attitude. Passer à l'action n'est pas facile, mais la connaissance des 3 points suivants peut aider grandement:

1) Le malaise vécu lorsqu'on fait un comportement pour la première fois n'est pas un signe que le comportement est mal choisi ou qu'on ne devrait pas le refaire, au contraire.
2) Pour "passer à l'action" de façon réaliste, il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on se propose selon une hiérarchie croissante.
3) Malgré ce qu'on pourrait croire, la plus grande motivation ne précède pas l'action, mais la suit.

RETOUR SUR LES DEVOIRS et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc.

Premièrement, le participant est invité à nommer ses exemples personnels d'intolérance à l'incertitude, à donner des exemples et à élaborer sur ceux-ci.

Deuxièmement, le participant rapporte l'action qu'il a faite durant la semaine. Le thérapeute le questionne quant au niveau de l'inconfort ressenti et des pensées que cela a fait surgir. Le thérapeute amène le participant à reconnaître les points suivants:

- *Faire une action qu'on évitait* (ou sinon *éviter de faire quelque chose visant à se faire rassurer*, donc visant à augmenter la certitude) auparavant est souvent moins difficile qu'on se l'imaginait.
- Le résultat de l'action en tant que telle peut être plus ou moins important, dépendamment des actions. Parfois, on retire de réels avantages d'avoir foncé au lieu d'éviter par intolérance à l'incertitude. Pour d'autres actions d'importance plus mineure, le résultat n'a pas un grand impact, mais ce qui est toujours présent et important c'est le résultat à un autre niveau, celui d'avoir fait une étape dans un processus de changement.
- Depuis qu'une première action a été faite, est-ce que la motivation à continuer ce processus est différente de la motivation d'avant? Dans quel sens va cette différence?

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute peut voir le contenu de la rencontre précédente (rencontre 3) pour vérifier s'il y a du contenu qui n'a pas été abordé avec le client

ACTIVITÉS D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

Lors de la deuxième rencontre (rencontre 4) :

A l'aide de la liste de manifestations de l'intolérance remplie par le participant, vous pouvez :

- Demander au participant de trouver des exemples de comportement ou de cognition qui feraient preuve de tolérance à l'incertitude.

S'inspirer d'une personne faisant preuve de tolérance à l'incertitude peut être utile pour aider à stimuler la génération d'idées, de comportements et de pensées faisant preuve de tolérance.

- Il faut trouver un bon modèle de comparaison vicariante : attention à ce qu'ils ne choisissent pas une personne désorganisée, frondeuse ou totalement insouciante.
- Que ferait cette personne ou qu'est-ce qu'elle se dirait dans diverses situations de tolérance ou que ne ferait-elle pas (ex : elle ne ferait pas de comportements de réassurance)?

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 4):

1. Comme la semaine dernière, à partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant doit cibler un autre comportement de réassurance qu'il devra également cesser.

2. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 5

CROYANCES FACE AUX INQUIETUDES

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA RENCONTRE

Les croyances face aux inquiétudes (voir le manuel du participant pour plus d'informations) :

a) Les croyances concernant la **résolution de problèmes**

b) Les croyances concernant la **motivation**

c) Les croyances concernant les **conséquences émotionnelles**

d) Les croyances concernant le **pouvoir des pensées**

e) Les croyances concernant l'idée de la **personnalité**

f) Les croyances concernant **l'influence sur les autres**

Vérifier les croyances que le participant entretient face à ses inquiétudes.

Il est important de dire au participant qu'il peut avoir des croyances qui lui sont propres. Chaque personne peut avoir développé ses propres idées sur l'importance de s'inquiéter ou l'utilité de s'inquiéter.

S'assurer que le participant comprenne bien l'importance de modifier ces croyances.

Le thérapeute doit rester à l'affût tout au long de la thérapie des croyances qui pourraient se présenter et les relever au participant et pas seulement dans cette rencontre ciblant les croyances.

Les croyances peuvent être un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et sont un facteur de maintien des inquiétudes. Pour arriver à diminuer les inquiétudes, il est utile de remettre en question le bien-fondé des croyances, donc les "preuves" qui permettent d'affirmer que telle croyance est vraie ou ne l'est pas. N'oubliez pas, tant que l'on croit que l'inquiétude nous aide, même si on y croit qu'à 10%, cela laisse la place à l'inquiétude.

Présentation du modèle III du TAG (on ajoute le rôle des cognitions ou croyances, la résolution de problèmes et l'évitement lié aux inquiétudes sur les problèmes éventuels).

Note. Pour l'instant, le thérapeute peut uniquement montrer ce qui à trait aux croyances (cognitions).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

Partir des croyances présentées, le thérapeute tente de remettre en question une première croyance avec le participant (prendre une des croyances les plus fortement ancrées). Le thérapeute présente les questions suivantes, une à la fois, en laissant le temps au participant de réfléchir et de répondre par écrit sur la feuille 'Remise en question d'une croyance' prévue à cet effet (voir le manuel du participant).

Note. S'il a le temps, le thérapeute peut cibler une deuxième croyance et la remettre en question pendant la rencontre.

En examinant quelques exemples des arguments et contre-arguments, ainsi que des avantages et désavantages trouvés par le participant, le thérapeute fait remarquer que les croyances sont largement non-fondées, et qu'elles entraînent beaucoup de désavantages et seulement des faux avantages! Ces croyances sont donc un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et de s'exposer à l'incertitude. En effet, certaines croyances sont entretenues depuis très longtemps, à raison ou à tort, sans qu'on prenne le temps de vérifier leur bien fondé et à quel point elles sont utiles dans notre vie.

Note. Il est souvent très difficile de défaire complètement une croyance chez un client qui l'entretient depuis longtemps. ***Le but est de semer un doute quant à l'utilité des inquiétudes, même si la croyance n'est pas complètement ébranlée.***

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.

2. Le participant doit prendre la liste (voir dans son manuel) des types de croyances face aux inquiétudes et inscrire sur la feuille d'exercice des exemples personnels pour les différents types de croyances identifiés.

3. Le participant doit aussi choisir une croyance et la remettre en question en tentant de trouver des preuves qu'elle est vraie *et* des preuves qu'elle n'est pas vraie (voir feuille d'exercice intitulée 'Remise en question d'une croyance' dans le manuel du participant).
   Note. Cet exercice aura déjà été effectué pendant la rencontre avec le client, alors celui-ci peut choisir de refaire l'exercice avec un autre type de croyance.

4. Le participant doit lire les pages associées aux fausses croyances.

5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Devoir facultatif. Si après avoir fait l'exercice de remise en question des croyances, le participant croit encore très fortement au pouvoir des pensées (plus précisément ceux qui utilisent la pensée magique), et que cette croyance est fortement ancrée en lui, alors le thérapeute peut donner l'exercice suivant :

Croyances concernant le pouvoir des pensées

La pensée magique :

Si le participant croit que le fait de s'inquiéter ou penser, visualiser certains thèmes augmentent les chances de les provoquer, il est souvent utile de proposer des tests comportementaux pour critiquer la croyance. C'est d'autant plus important car s'ils ne remettent pas cette croyance en question, ils ne voudront pas appliquer les outils d'exposition cognitive. Par exemple, le participant peut faire une visualisation de la situation suivante : ils visualisent leur conjoint ou conjointe, ou parent en train de se frapper le gros orteil sur la table. Ils doivent visualiser ce scénario tous les soirs. Si leurs pensées ont un si grand pouvoir, l'événement devrait de produire. L'idée de se visualiser gagnant du prochain tirage de 6/49 peut être proposé. Le simple fait de proposer les exercices peut parfois aider à dissuader le participant de sa croyance. Pour d'autres, faire le test de visualisation pendant une semaine pourrait être nécessaire.

RENCONTRES 6 et 7

LE TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES DE TYPE 1

L'ORIENTATION NÉGATIVE FACE AUX PROBLÈMES ET LA RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

Nombre de rencontres suggéré : 2

La première rencontre comportera davantage d'éléments de psychoéducation sur l'orientation au problème et sur la résolution de problèmes. La rencontre suivante misera plus sur la consolidation et sur le travail concret d'application à partir des devoirs et de l'expérience du participant.

Rencontre 6

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU

Le thérapeute doit s'assurer de présenter, au cours des 2 rencontres, tout le contenu inclus dans le manuel du participant et de respecter ce qui est écrit.
Note. Le thérapeute est libre de choisir comment diviser le contenu à présenter pendant les 2 rencontres.

Expliquer l'attitude inefficace face aux problèmes (i.e. orientation face aux problèmes) (ne pas reconnaître qu'on a un problème, trouver qu'il est anormal d'avoir un problème et considérer un problème comme une menace plutôt qu'un défi) ainsi que le lien avec les inquiétudes sur des problèmes réels.

Comment changer son attitude face aux problèmes pour être plus efficace? *(voir le manuel du participant)*

Expliquer le processus de résolution de problèmes.

- ◊ Expliquer au participant qu'il a les mêmes habiletés que les autres personnes : la différence concerne l'orientation face aux problèmes.
- ◊ Expliquer les cinq étapes de la résolution de problèmes en s'aidant d'un exemple.

1) orientation/attitude face au problème

2) définition et formulation du problème

3) générer des solutions

4) choix et application d'une solution
5) évaluation du résultat suite à l'application de la solution

Enfin, il faut faire prendre conscience au participant le lien de ce nouveau concept avec l'intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude peut aussi mener à une orientation inefficace face à un problème existant, c'est-à-dire que la personne ayant de la difficulté à tolérer et à composer avec les aspects incertains n'ira pas de l'avant pour régler son problème mais sera plutôt figée. On demande alors au participant quel lien il voit entre l'orientation inefficace aux problèmes et l'incertitude.

Présentation du modèle III du TAG (présenter les éléments liés aux inquiétudes sur les problèmes éventuels : *résolution de problèmes* et *évitement*).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

On ne peut pas éviter les problèmes, cela fait partie de la vie, comme on ne peut pas éviter l'incertitude. La reconnaissance, l'acceptation et une vision plus nuancée des problèmes sont donc très importantes pour diminuer les inquiétudes.

Discuter de l'attitude que le participant a face aux problèmes et faire des exercices où il a à trouver le défi dans une situation donnée.

Faire élaborer le participant sur sa façon de réagir aux problèmes réels. Entamer avec le participant la réflexion sur la liste personnalisée des problèmes actuels.

Le thérapeute doit entreprendre avec le participant la résolution d'un problème en passant à travers toutes les étapes.

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 6) :

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.

3. Le participant doit dresser une liste personnalisée des problèmes qui sont présents ou qui reviennent parfois ou souvent dans sa vie (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

   Note. Si le client a de la difficulté à rédiger sa liste, il peut être plus facile pour lui d'essayer de réfléchir à chaque soir aux problèmes auxquels il a fait face pendant la journée et à les écrire sur sa liste avant de se coucher. S'il n'a pas de difficulté à ce niveau, alors on peut lui demander de remplir sa liste à un seul moment. Dans sa liste, le client peut noter des problèmes antérieurs qui ont tendance à revenir même s'ils ne sont pas présents actuellement.

4. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus complet de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

   Attention! Ne vous attaquez pas à de "trop gros" problèmes dès maintenant, commencez plutôt avec un problème de plus petite taille! Rappelez-vous, allez-y graduellement.

   Note. Il est conseillé de faire de la résolution de problèmes pour des problèmes qui sont présents actuellement et pour lesquels on peut agir. Pendant le cours de la thérapie, le participant devrait arriver à résoudre au moins un de ses problèmes plus difficiles.

5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.

6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 7

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS liés à la résolution de problèmes

Liste des problèmes : Quelles conclusions tirent-ils de leur liste de problèmes? On souligne la normalité et la grande probabilité de certains problèmes, et le fait que ce n'est pas vrai juste pour soi ! Tout le monde fait face à cette probabilité. Quand on se retrouve dans une situation quelconque, c'est normal d'avoir tels types de problèmes.

Résolution d'un problème : Quels sont les résultats de la résolution de problèmes? Est-ce que le fait de percevoir le problème de façon plus nuancée (plus en défi) l'a aidé à passer aux autres étapes ? Habituellement, cette perception augmente la motivation initiale pour essayer de résoudre le problème. Quel est l'impact de la résolution de problèmes sur les inquiétudes ?

Conclusion sur les tâches : Il est très important de reconnaître les problèmes rapidement, les voir comme étant normaux et trouver le défi à relever dans chacun d'eux. Mais, un autre but est tout aussi important : il faut favoriser le passage à l'action! Ainsi, développer une orientation efficace aux problèmes sert à faciliter et à accélérer le processus de la résolution de problèmes.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute peut voir le contenu de la rencontre précédente (rencontre 6) pour vérifier s'il y a du contenu qui n'a pas été abordé avec le client

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 7):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.

3. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus complet de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

   Note. Cet exercice devra être poursuivi tout au long de la thérapie. Le client doit continuer d'appliquer ce principe dans sa vie de tous les jours.

4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRES 8, 9 et 10

LE TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES DE TYPE 2

L'EXPOSITION COGNITIVE

Nombre de rencontres suggéré : 3

Il se peut que le thérapeute ait à revenir sur les croyances de pensées magiques lors de l'exposition cognitive si le client y adhère fortement. Dans ces cas, l'exposition fait peur car le participant croit que l'exposition provoquera la venue de l'événement. Si c'est le cas, il faut revenir en arrière et faire la critique de cette fausse croyance. Voir la section des croyances face aux inquiétudes.

Rencontre 8

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA PREMIÈRE RENCONTRE (rencontre 8)

Rappel des stratégies fréquentes d'évitement cognitif :

(1) essayer de ne pas y penser en essayant de faire le vide dans sa tête
(2) essayer de penser à quelque chose de plus plaisant
(3) faire une activité physique pour se distraire
(4) éviter des endroits ou des situations qui font penser à l'inquiétude

Le thérapeute doit absolument parler de l'effet court terme de l'évitement cognitif

Pour introduire le concept de l'évitement, le thérapeute fait d'abord un parallèle avec la peur d'un objet plus concret, un chien par exemple. Il décrit un exemple de phobie des chiens avec plusieurs manifestations de peur. Comment le participant aiderait l'individu à se défaire de cette peur excessive des chiens ?

Suite aux réponses du participant, on aborde la notion d'anxiété en faisant le lien avec la peur. On présente comment l'anxiété varie selon que l'on évite, qu'on neutralise ou qu'on s'expose. Ici, le thérapeute montre au client le graphique avec la courbe d'exposition et la courbe d'évitement de l'anxiété (montrer la figure des courbes d'habituation en annexe du protocole).

Il peut donner les explications suivantes :

Lorsqu'on évite ou neutralise, on s'empêche d'apprendre que l'anxiété finira par diminuer toute seule, sans qu'on ait à intervenir. Par contre, si on tolère le malaise que l'exposition fait vivre au début, on apprend que l'anxiété diminue éventuellement toute seule. Il est donc possible de se défaire de la phobie des chiens en s'exposant aux chiens et il en est de même pour les inquiétudes de type 2. En effet, pour diminuer la peur des éventualités, il faut s'y exposer. Le participant est invité à réagir à l'idée de s'exposer à ses inquiétudes de type 2.

Rassurer le participant du fait qu'il avait une réaction normale mais inefficace devant les inquiétudes dérangeantes.

Un résumé qui explique pourquoi l'évitement cognitif est néfaste
L'évitement ou la neutralisation des pensées déplaisantes n'est pas en soit quelque chose d'anormal. L'humain a toujours tendance à choisir la solution qui diminue son malaise le plus rapidement possible. C'est un réflexe de protection qui lui sert quotidiennement. Cependant, il faut maintenant savoir que la meilleure stratégie pour diminuer une inquiétude consiste à faire l'inverse de l'évitement, c'est-à-dire, y faire face et s'exposer. Le principe d'exposition est très simple, plutôt que d'essayer de ne pas penser à l'éventualité appréhendée, il s'agit d'y penser à répétition en respectant quelques règles de base. Cette technique se nomme l'exposition cognitive. En fait, l'évitement et la réassurance ne permettent pas de diminuer efficacement l'anxiété et les inquiétudes puisque cela empêche la personne de s'habituer à son anxiété et à ce qui l'inquiète. En utilisant l'exposition, la personne arrive à s'habituer à l'anxiété provoquée par son inquiétude, ce qui entraîne automatiquement une diminution de la fréquence d'apparition de cette même inquiétude.

Même si cette méthode peut paraître contradictoire (penser plus à son inquiétude pour y penser moins) et ambiguë, elle est très simple et se révèle comme étant la plus efficace dans le traitement de l'anxiété.

En chassant constamment vos pensées dérangeantes, vous empêchez votre corps et votre esprit de s'habituer à l'anxiété qu'elles provoquent. En y pensant suffisamment longtemps (exposition), l'anxiété atteint plutôt un niveau maximum auquel la personne finit par s'habituer. À force de répéter l'exposition, l'inquiétude finit par disparaître d'elle-même.

Faire le lien entre les inquiétudes sur les problèmes éventuels et l'évitement (présenter les composantes d'évitement et de neutralisation dans le tableau « **Modèle TAG III** »).

Le but n'est pas d'être heureux devant les possibilités de la vie qui sont négatives et qui nous inquiètent habituellement. Le but est d'apprendre à confronter par la visualisation ces éventualités négatives de la vie. En apprenant à les visualiser, vous pourrez aussi graduellement diminuer l'anxiété que ce genre d'inquiétudes peut provoquer.

Les buts de l'exposition sont multiples :

1. Aller jusqu'au bout de la peur et la visualiser pour la première fois.
2. Mettre une structure à cette tempête d'idées.
3. Visualiser une histoire qui a un début et une fin.
4. Prendre conscience que les pensées sont déplaisantes mais pas dangereuses.
5. S'habituer à l'anxiété qui en découle et l'observer diminuer.

Comment fait-on un scénario d'exposition cognitive ?

- Présenter les étapes de la procédure de base comme c'est présenté dans le manuel du participant.

Pourquoi choisir la pire inquiétude?

- Vous pouvez répondre ceci : Vous devez déterminer le scénario d'inquiétude qui nuit le plus à votre qualité de vie. Vous devriez donc choisir l'inquiétude qui interfère le plus avec vos activités actuellement. Notre expérience nous dit qu'il est souhaitable de commencer avec la pire.
- *Note. Il est fortement conseillé de commencer avec la pire inquiétude à moins de problèmes éthiques.*

Consigne que l'on peut donner pour l'écriture et l'amélioration du texte :

Une fois vos idées de base écrites, vous devez écrire un texte suivi qui assemble le tout. Imaginez que vous êtes un scénariste de film et que vous devez présenter un résumé au producteur. Vous devez faire en sorte que le texte l'aide à bien visualiser l'ambiance, le contexte. Vous pouvez écrire le texte en ajoutant des petits détails qui stimulent bien l'imagination. Vous pouvez par exemple citer des paroles, nommer des couleurs, décrire des sensations, des odeurs, des bruits, etc. Le thérapeute va vous aider à identifier le mieux possible les éléments qui améliorent votre scénario. Vous devrez aussi voir avec lui à ce que le texte ne soit pas trop court ou trop long. Un texte trop court peut faire en sorte qu'il manquerait des éléments qui contribuent à la peur. Un texte trop long peut faire en sorte que les éléments importants soient obscurcis par des détails moins importants.

Il est important de s'assurer que le participant intègre bien le rationnel de l'exposition cognitive avant de lui donner des informations sur les aspects plus pratique de l'exposition cognitive.

Présenter les caractéristiques d'un bon scénario :

- Présenter les caractéristiques d'un bon scénario d'exposition comme c'est présenté dans le manuel du participant.

Le déroulement d'une séance d'exposition

- Expliquer au participant la procédure d'exposition qui sera faite la semaine suivante : exposition au scénario ayant été enregistré sur cassette du problème qui le dérange le plus.

- Pour les participants ayant plus de difficulté à s'immerger dans le scénario s'il est entendu, on peut favoriser la lecture en boucle du scénario ou la copie en boucle, selon ce qui lui permet d'être le mieux en contact avec ses émotions.

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 8):

Note. Lors de l'exposition cognitive, le thérapeute doit évaluer la motivation ou les réticences du participant à s'engager dans l'exposition cognitive pour déterminer les devoirs qui seront proposés.

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant aura comme tâche de travailler son scénario et d'en finir la rédaction dans le but de l'enregistrer à la prochaine rencontre (voir feuille Scénario pour l'exposition dans le manuel du participant).

5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.

6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Pour la prochaine rencontre, le thérapeute devra prévoir une séance d'exposition de 90 minutes dans le bureau avec le participant *avant de lui demander de s'exposer 45 minutes par soir pendant une semaine (6 jours/semaine).*

Le client doit comprendre que le premier exercice d'exposition doit être fait avec le thérapeute.

Rencontre 9

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA DEUXIÈME RENCONTRE (rencontre 9)
Prévoir 90 minutes

Relire le scénario avec le client et le modifier s'il y a lieu

- ➢ Aider le participant à améliorer son texte
- ➢ Correction du scénario pour s'assurer qu'il n'implique pas de neutralisation ou d'évitement.

Enregistrement du scénario

- ➢ Le participant lit son texte à voix haute afin de l'enregistrer sur une cassette sans fin.

Faire une première séance d'exposition avec le thérapeute :

- ◊ Présenter cette séance comme une pratique et non comme un examen.
- ◊ Demander au participant de remarquer les fluctuations de son anxiété avant, pendant et à la fin de l'exposition.
- ◊ Revenir sur les stratégies de neutralisation : avertir le participant qu'il se peut qu'il découvre des stratégies de neutralisation pendant l'exposition et qu'il est important qu'il neutralise le moins possible.
- ◊ La première pratique durera 10 minutes. Prendre ensuite quelques minutes afin de vérifier le bon déroulement de l'exposition.
- ◊ *Si le participant a plus de facilité à entrer dans le scénario lorsqu'il en fait la lecture ou s'il recopie son texte, utiliser ces moyens plutôt que la cassette.*
- ◊ La seconde pratique durera 45 minutes : le thérapeute indiquera quand l'exposition sera terminée.
- ◊ Indications à donner au participant:

  « Fermez vos yeux et écoutez la cassette (ou lisez ou recopier) en vous plaçant le plus possible dans la situation décrite sur la cassette (ou dans votre scénario), sans neutraliser. Laissez monter l'anxiété. Observez l'anxiété augmenter puis atteindre un plateau avant de diminuer lentement. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez à l'image et replacez-vous dans la situation. »
- ◊ Suite à l'exposition, le participant rempli la fiche d'écoute (anxiété avant, pendant et à la fin ainsi que les stratégies de neutralisation s'il y a lieu).

Problèmes lors de l'exposition et solutions

- ➢ Présenter les problèmes fréquemment observés pendant l'exposition sur les différents niveaux :
  - o Problème technique, de scénario, de neutralisation pendant l'écoute ou de cible.

Note. Voir le manuel du participant à la rencontre 9 pour plus d'informations.

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 9) :

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant va commencer à son domicile **l'exposition cognitive au scénario**, une fois par jour, pendant un minimum de 6 jours sur 7. Pour retirer un maximum de bienfaits de vos séances d'exposition, n'oubliez pas de suivre les consignes suivantes:

   - Choisir un moment par jour où vous n'êtes pas pressé et isolez-vous dans un endroit calme où vous ne serez pas dérangé(e).
   - La durée de l'écoute (lecture ou copie) doit se situer entre 30 et 60 minutes, jusqu'à ce que la courbe d'habituation soit observée, c'est-à-dire que l'anxiété soit redescendue au moins aussi bas qu'elle était avant de commencer.
   - Si ça ne fonctionne pas (par exemple si l'anxiété ne monte pas), faire quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes.
   - **AVANT et APRÈS chaque séance d'écoute**, n'oubliez pas de remplir une fiche d'observation.

5. Le participant devra faire la lecture des pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.

6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 10

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Retour sur le devoir d'exposition au scénario :

- ◊ Vérifier s'il y a eu des problèmes et demander au participant s'il a une explication.
- ◊ Types de problèmes :
  - Problème technique : refaire l'enregistrement, choisir un endroit moins bruyant.

- Problème avec le scénario : ajouter des éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever des éléments neutralisants, s'assurer que la lecture est faite assez lentement et avec expression, etc.
- Problème de neutralisation pendant l'écoute : identifier les éléments et normaliser le fait d'y recourir. Vérifier les croyances face à une « trop » haute anxiété.
- Problème de cible : revoir la pertinence de l'inquiétude, refaire un choix.

◊ Demander quels sont les résultats perçus suite à l'exposition : perception de l'exposition et de l'anxiété, fréquence et intensité de l'inquiétude cible

CONTENU DE LA TROISIÈME RENCONTRE (rencontre 10)

Le client peut élaborer un autre scénario si celui-ci ne provoque plus d'anxiété.

DEVOIRS POUR LA TROISIEME RENCONTRE (rencontre 10):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Continuer l'exposition 6 jours sur 7 et les auto-observations.

5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

L'exposition pour un scénario pourra se faire sur une période allant de 1 rencontre à 3 rencontres selon les besoins. Un nouveau scénario peut aussi être créé si le premier ne provoque plus d'anxiété pendant l'exposition.

RENCONTRE 11

RESUME SUITE A LA PRESENTATION DE TOUTES LES COMPOSANTES PRINCIPALES

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA RENCONTRE

Afin d'aider le participant à devenir "son propre thérapeute", il doit maîtriser sa connaissance des différentes composantes du traitement, des liens entre celles-ci et de comment les appliquer dans son quotidien. Cette rencontre se veut un résumé et veut refaire des liens entre les composantes.

Pour cette section, s'assurer que tout le contenu du manuel du participant est bien abordé.

1. **La prise de conscience**
   - -On doit être en mesure de reconnaître nos inquiétudes excessives pour les diminuer.
   - -Il est important de distinguer l'inquiétude des autres phénomènes cognitifs (ex : s'inquiéter vs planifier) ou émotifs (ex : anxiété, colère).
   - -Une fois que l'on a reconnu qu'il s'agit d'inquiétudes, on identifie de quel type d'inquiétude il s'agit.

2. Si **l'inquiétude concerne un problème réel**, c'est-à-dire qu'elle concerne un problème actuel, on peut utiliser les 2 composantes suivantes pour diminuer l'inquiétude:
   - Réévaluer vos croyances face à cette inquiétude
   - Corriger l'attitude inefficace face aux problèmes
   - Passer plus rapidement à la résolution de problèmes.

3. Si **l'inquiétude concerne un problème éventuel**,
   - Réévaluer nos croyances face à cette inquiétude
   - S'exposer en imagination aux éventualités qui font peur

Les deux types d'inquiétude ne se coupent pas au couteau.

On remarque que certaines inquiétudes sont assez difficiles à classer. Le but de la catégorisation est de choisir la stratégie qui risque d'être la plus efficace pour l'inquiétude en question. Cependant, il n'y a pas beaucoup de risque à "mal" catégoriser une inquiétude. Il n'y a donc pas de situation où l'une ou l'autre de ces stratégies sont contre-productives ou nuisibles. L'important est de poursuivre l'analyse de l'inquiétude tant qu'elle demeure excessive.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant doit poursuivre l'exposition cognitive au scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.

5. Le participant doit se fixer des objectifs personnels pour les prochaines semaines (voir feuille prévue à cet effet dans le manuel du participant). Il doit indiquer quelles inquiétudes (personnelles) restent à travailler et les mettre en ordre d'importance. Il doit aussi indiquer comment intervenir sur la première inquiétude (la plus importante) de cette liste.

6. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.

7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 12

CONSOLIDATION DES ACQUIS

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Retour sur les devoirs d'exposition cognitive

Retour sur les devoirs des objectifs personnels. Le thérapeute révise avec le participant la liste des objectifs personnels qu'il s'est fixé d'ici la fin de la thérapie. Les objectifs pourraient toucher les points suivants :

- Créer un nouveau scénario pour une inquiétude de type 2 qui interfère encore avec le fonctionnement, si pertinent.
- Entreprendre la résolution d'un problème qui provoque encore de l'inquiétude.
- Se prouver que l'inquiétude excessive n'est pas utile.
- Transformer un comportement qui fait preuve d'intolérance à l'incertitude.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute s'assure que tout le contenu abordé dans le manuel du participant a été bien présenté.

Aucun nouveau contenu n'est présenté.

Cette rencontre NE DOIT PAS INCLURE :

De nouvelles stratégies (affirmation, relaxation, etc.)

De nouvelles informations (sur l'anxiété, le TPA, etc.)

Cette rencontre PEUT INCLURE :

Un résumé des stratégies et informations vues précédemment

Le thérapeute peut aussi réviser les stratégies que se propose d'utiliser le participant pour atteindre ses objectifs.

Intégration → retour sur les aspects problématiques

Le thérapeute est un guide mais le but de ces rencontres est la gestion autonome des objectifs par le participant lui-même.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.

5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif personnel de sa liste.

6. Le participant doit lire sur la prévention de la rechute

7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 13

PRÉVENTION DE LA RECHUTE

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Le thérapeute révise avec le participant les stratégies qui ont été utilisées pour atteindre un de ses objectifs personnels.

CONTENU DE LA RENCONTRE (se référer au manuel du participant pour plus d'informations sur la prévention de la rechute).

Il faut rappeler que si les objectifs ne sont pas pleinement atteints et que l'individu a encore à la fin de la thérapie une ou des inquiétudes considérées excessives, il faut continuer à appliquer les stratégies appropriées.

Le fait de s'inquiéter du maintien des gains est une inquiétude au même titre que toutes les autres inquiétudes. On peut donc se servir des composantes-clés du modèle pour vérifier ce qui maintien cette inquiétude et la diminuer.

- C'est normal de s'en inquiéter un peu.
- Il faut agir si l'inquiétude est excessive.

Si c'est excessif, il faut porter attention aux points suivants pour son « inquiétude de la rechute » :

- Les croyances
- L'orientation face au problème
- L'évitement cognitif et la neutralisation
- L'intolérance à l'incertitude

Dernières applications en lien avec la prévention de la rechute

Les thérapeutes vérifient la présence d'inquiétudes concernant le maintien des gains chez le participant. Si ces inquiétudes sont en effet présentes, on précise si elles sont excessives, à quelle(s) composante(s) du modèle elles peuvent être attribuables et comment les diminuer.

Cet exemple suivant est ensuite présenté au participant :

- Deux individus s'inquiètent beaucoup pendant 3 jours.
    - L'un d'eux observe au milieu de la semaine qu'une accumulation de travail l'a rendu stressé et inquiet. Il se dit qu'il va essayer de terminer ce travail dans les plus brefs délais, dans la mesure du possible, et se reposera en fin de semaine. Il pourra toujours prendre 2 heures dimanche matin pour continuer le travail s'il n'a pas fini vendredi. À la fin de la semaine, il a terminé son travail et est satisfait et détendu.
    - L'autre individu est aussi stressé et inquiet à cause d'une accumulation de travail. Il fait tout ce qu'il peut pour terminer mais anticipe beaucoup de ne pas avoir fini vendredi. À 5 heures vendredi, l'individu a finalement terminé son travail et se dit "quelle semaine de fou! Me voilà reparti dans mes vieilles habitudes, je ne suis jamais capable de passer à travers un surplus au travail sans m'inquiéter toute la semaine! Ça m'a pris toute mon énergie, qu'est-ce que ça va être au prochain surplus, je ne serai pas capable!".

Faire la différence entre une chute et une rechute!

- Avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un "problème", mais ce "problème" n'est pas dramatique.
- La réaction que les participants auront à la présence de ce problème a de fortes chances d'influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie.

Stress et inquiétude :

- Le participant est invité à identifier les facteurs qui font en sorte qu'il serait plus susceptible d'avoir des inquiétudes.
- Les "périodes difficiles" sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique.

Devenir votre propre "thérapeute".

- Devenir votre propre thérapeute signifie entre autres de corriger lorsque nécessaire vos croyances erronées à propos du fait de s'inquiéter. Cela implique aussi d'appliquer des stratégies comme la résolution de problèmes ou l'exposition cognitive dès que vous avez une inquiétude que vous considérez excessive.
- Pour consolider les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le manuel du participant **une fois par mois**.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.

5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif personnel de sa liste.

6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Le thérapeute doit préparer un bilan de fin de thérapie.

RENCONTRE 14

BILAN

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Le thérapeute révise avec le participant les stratégies qui ont été utilisées pour atteindre un de ses objectifs personnels.

CONTENU DE LA RENCONTRE

- **Suivi et fin du traitement :**
  - ◊ Retour sur la dernière semaine (difficultés rencontrées par le participant, questions, etc.).

- **Faire le bilan des progrès réalisés par le participant et félicitations.**

- Rappel de ne pas modifier la médication ou débuter une thérapie pendant les 3 prochains mois (à moins d'un problème d'ordre éthique : à discuter avec les chercheurs en cas de doute).

- Le participant doit fixer avec le thérapeute **3 objectifs à pratiquer au cours des 3 prochains mois** (le participant les mentionnera aussi à l'assistant de recherche lors de l'évaluation post-traitement et en vérifiera l'atteinte lors du suivi de 3 mois).

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).

2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).

3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).

4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.

5. Le participant devra mettre en application des stratégies pour atteindre les 3 objectifs personnels qu'il s'est fixé au cours des 3 prochains mois.

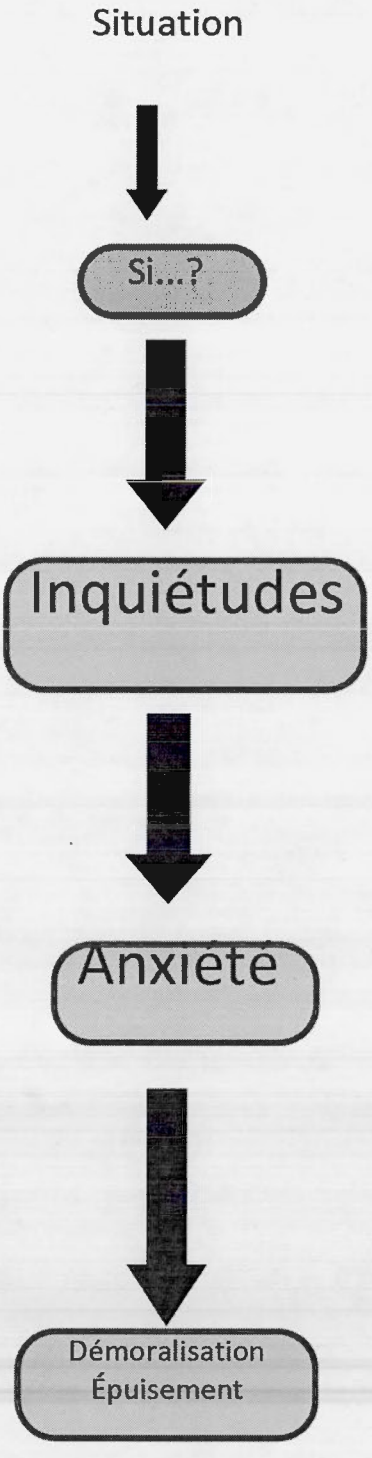
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

7. Le participant doit remplir les questionnaires qui seront à remettre lors de la rencontre d'évaluation post-test.

Prendre le rendez-vous pour la rencontre d'évaluation post-test.

ANNEXE

Modèle du trouble d'anxiété généralisée I



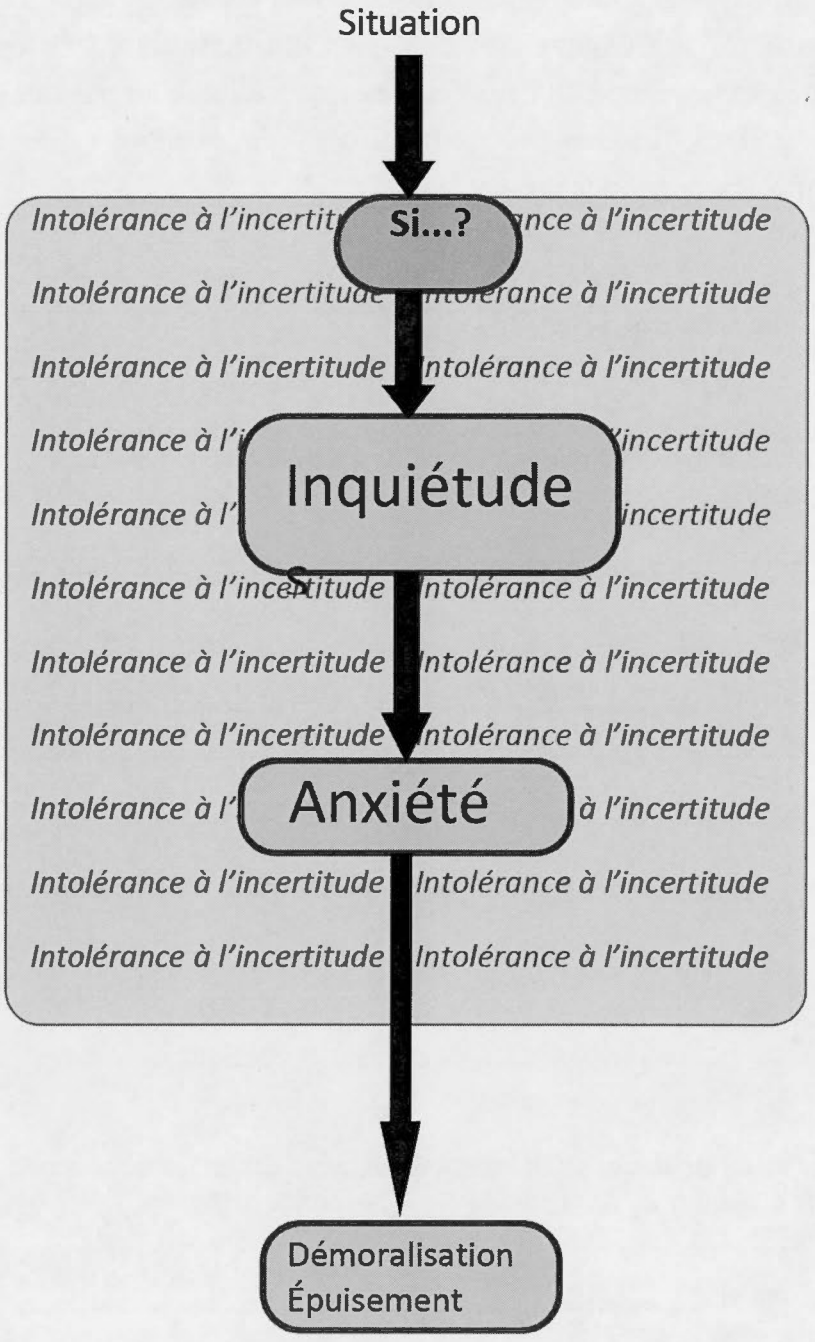
Date et heure		Situation	Inquiétude	Anxiété (0 à 8)
Date	Heure			
7 sept 03	10h00	Josée est en retard	Peur d'un accident grave	5

© Unité de Thérapies Cognitives et Comportementales, Hôtel-Dieu de Lévis.

Date et heure	Situation	Inquiétude	Type d'inquiétude Prob. Actuel (1) Prob. Eventuel (2)	Anxiété (0 à 8)
Date Heure				
7 sept 03 10h00	Josée est en retard	Peur d'un accident grave	2	5

© Unité de Thérapies Cognitives et Comportementales, Hôtel-Dieu de Lévis.

Modèle du trouble d'anxiété généralisée II



© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

Manifestations d'Intolérance à l'Incertitude

Voici une série de manifestations d'intolérance à l'incertitude vécues et rapportées par des gens qui ont déjà consulté notre équipe. Ces exemples illustrent comment les gens se comportent face à toutes sortes d'incertitudes. Veuillez d'abord indiquer par **oui** ou **non** si vous vous reconnaissez dans chacune de ces manifestations et ajouter vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

OUI/NON

_____ 1) Éviter de faire certaines choses

Par exemple:

_____ -Éviter de s'investir dans une relation amicale ou amoureuse parce que le "résultat" est incertain

_____ -Éviter de s'investir, de s'impliquer dans une thérapie parce que le résultat est incertain.

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 2) Trouver des obstacles artificiels pour ne pas faire certaines choses, trouver des défaites.

Par exemple:

_____ -Trouver des défaites pour ne pas faire de démarches pour quitter le foyer familial.

_____ -Ne pas faire un exercice qui serait bon pour soi en se disant d'avance qu'on ne sera pas capable d'endurer les désagréments que l'exercice causera.

Exemple personnel: _____

_____

_____

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

_____ 3) Procrastiner (remettre à plus tard ce qu'on pourrait faire maintenant)

Par exemple:

_____ -Remettre à plus tard un téléphone à faire parce qu'on n'est pas certain de la réaction qu'aura la personne à qui on veut parler, ou qu'on n'est pas certain d'être capable d'exprimer tout ce qu'on veut dire.

_____ -Remettre à plus tard la prise d'une décision parce qu'on n'est pas certain que ce soit la bonne décision.

_____ -Finir par ne rien faire parce qu'on n'est pas certain d'avoir bien choisi (p.ex.: choix de film ou de restaurant).

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 4) Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire à d'autres personnes.

Par exemple:

_____ -Faire toutes les tâches à la maison parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 5) S'engager partiellement ("à moitié") dans une relation, un travail, un projet

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 6) S'éparpiller, poursuivre plusieurs démarches en paralèlle (en même temps)

Exemple personnel: _____

_____

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

_____ 7) Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant

Par exemple:

_____ -Lire beaucoup de documentation

_____ -Demander les mêmes informations à plusieurs personnes

_____ -Surplanifier une activité, un voyage, un travail...

_____ -Lire l'horoscope

_____ -Magasiner très longtemps avant de choisir un cadeau pour un proche

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 8) Remettre en questions des décisions déjà prises, parce qu'on n'est plus certain que ce soit la meilleure décision

Quel genre de décisions? _____

_____

_____

_____ 9) Rechercher de la réassurance (poser des questions aux autres pour qu'ils nous rassurent)

Auprès de qui? _____

_____

_____

Dans quel genre de situations?_____

_____

_____

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur. 1997

_____ 10) Se rassurer soi-même par un optimisme personnel exagéré, ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 11) Revérifier à plusieurs reprises des actions faites souvent parce qu'on n'est pas certain de les avoir faites.

Quel genre de choses?_____

_____

_____

_____ 12) Surprotéger les autres, faire des choses à leur place

Comme qui?_____

_____

_____

Pour quel genre de choses?_____

_____

_____

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

Exercice ciblant la nouveauté et l'incertitude

Rappelons-nous qu'il est impossible d'être certain de tout et de tout contrôler les aspects de notre vie. Il vaut mieux apprendre à tolérer la nouveauté, les imprévus et l'incertitude. Le comportement ou l'action est le moyen privilégié pour modifier une attitude et sa façon de penser. C'est la même chose si on est intolérant à l'incertitude. Au début, le principe est d'agir comme si on était tolérant. Mais pour faire ce travail, n'oubliez pas de tenir compte des points suivants :

(1) C'est normal de sentir un malaise lors des premières pratiques d'un nouveau comportement.

(2) Les sensations d'anxiété sont déplaisantes, mais ne sont pas dangereuses.

(3) Il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on choisi, on commence avec quelque chose de petit, mais réalisable.

(4) C'est à force de pratiquer que la motivation à changer augmente.

Lorsqu'on tolère mal l'incertitude, on a tendance à faire deux choses : (1) éviter les situations incertaines ou (2) chercher le plus de réassurance possible pour diminuer le doute. Le but de ce devoir est de faire le contraire, s'exposer à l'incertitude ou s'empêcher de se réassurer.

Comportement ciblé: _____

_____

_____

_____

Moyens: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Résultats: _____

_____

_____

_____

_____

Observations: _____

_____

_____

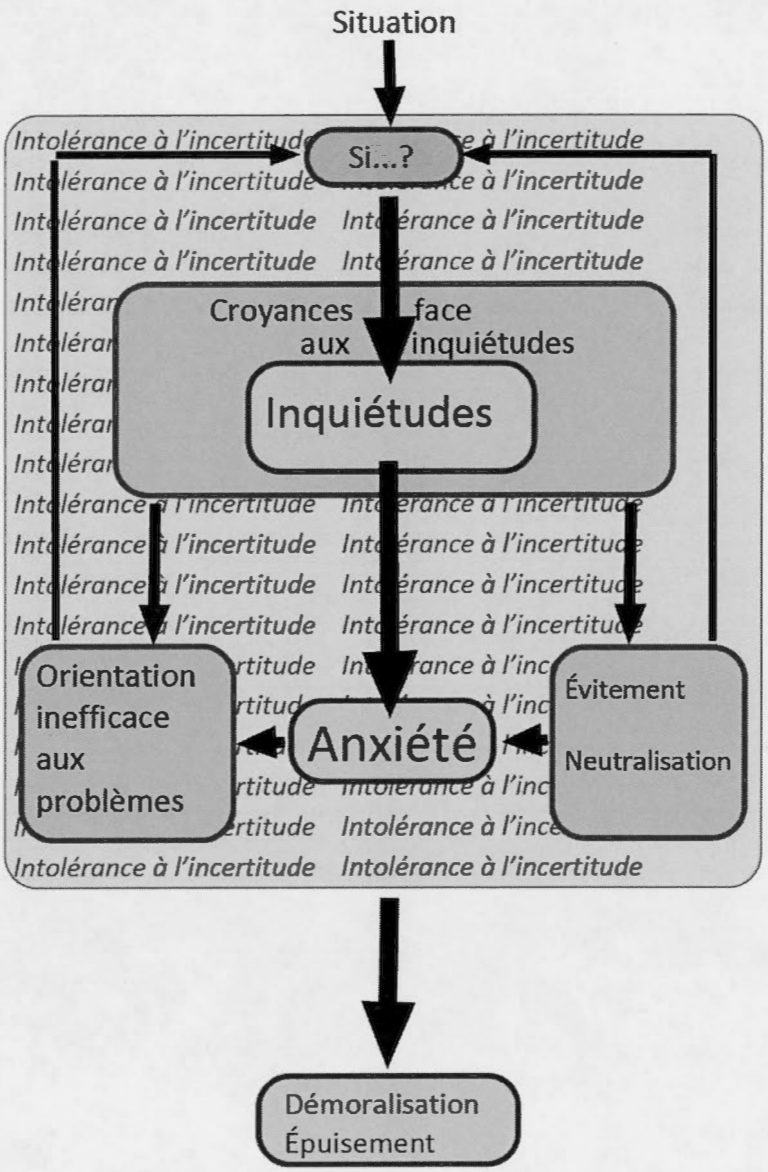
_____

_____

_____

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

Modèle du trouble d'anxiété généralisée III



© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

EXEMPLES PERSONNELS POUR LES CROYANCES

Pour les différentes croyances que vous entretenez, vous devez maintenant inscrire des exemples personnels associés à celles-ci.

Inscrivez le type de croyance et un exemple personnel :

Croyance	Exemple personnel

© Tous droits réservés, Université Laval, Mark H. Freeston, Michel J. Dugas, & Robert Ladouceur, 1997

Remise en question d'une croyance

Cet exercice vise à remettre en question une croyance que vous avez concernant vos inquiétudes. Identifiez d'abord une croyance et répondez ensuite aux questions suivantes.

Description de la croyance:

_____

_____

_____

_____

_____

1- Qu'est ce qui vous fait dire que cette croyance est vraie? Quelles preuves ou arguments avez-vous pour prouver que vous avez raison de penser cela?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

2- Si vous aviez à démontrer que cette croyance n'est pas vraie, quels seraient vos arguments?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3- En ce moment, jusqu'à quel point croyez-vous que cette croyance est vraie? (Indiquez à quel pourcentage vous y croyez)._____

Identifiez maintenant une inquiétude ou une peur que vous avez eue dans la dernière semaine, et répondez ensuite aux questions 4, 5 et 6.

Description de l'inquiétude ou de la peur:

4- Est-ce que le fait de vous inquiéter de ceci vous a apporté des avantages ?
Si oui, lesquels ?

5- Est-ce que le fait de vous en inquiéter vous a apporté des inconvénients ?
Si oui, lesquels ?

6- En comparant les avantages et les inconvénients, quelles sont mes observations?

Liste des situations problématiques actuelles

Très souvent, les gens ne s'arrêtent pas pour identifier leurs problèmes ou encore y réfléchissent quelques secondes pour ensuite essayer de penser à autre chose. Par conséquent, **les problèmes demeurent présents à leur esprit mais de façon imprécise et floue (ce qui augmente les inquiétudes)**. Cette liste vous permettra d'identifier les problèmes ou les dilemmes pouvant se présenter à chaque jour dans diverses sphères de votre vie (ex : les relations avec les proches/amis/étrangers, le travail, les études, les engagements, les loisirs, les tâches quotidiennes). Il est important de prendre en note chaque problème qui se présente et ce, **peu importe la grosseur de celui-ci** (les petits problèmes non résolus entraînent souvent autant d'inquiétudes que les gros problèmes !). Servez-vous de vos inquiétudes et de vos émotions pour en prendre conscience.

Résolution d'un problème

En général, il est très profitable de prendre le temps d'écrire et faire le point quand un problème important nous inquiète. L'écriture est le meilleur moyen pour mettre de l'ordre dans ses idées. De plus, l'application de la technique de résolution de problèmes donne un certain sentiment de contrôle. Rappelez-vous que cet exercice sera plus efficace si vous réussissez à transformer rapidement la perception de menace que vous entretenez devant le problème.

1- Orientation face au problème:

Menace perçue:

Transformez votre perception de menace en défi:

2- Définition du problème:

3- Solutions possibles :

4- Solution choisie:

5- Mise en application de la solution et évaluation du résultat:

6- Observations, remarques:

Scénario pour l'exposition

Essayer de ne pas penser à quelque chose n'est pas une solution efficace quand on est dérangé par des inquiétudes ou des obsessions. Au contraire, cela peut même augmenter la fréquence de la pensée qui nous dérange. Le fait de chasser ou de neutraliser une pensée dérangeante nous aide habituellement à diminuer l'anxiété qu'elle provoque à court terme seulement. Cependant, la pensée dérangeante et l'anxiété reviennent très vite. Lorsqu'on évite ou qu'on neutralise, on s'empêche d'apprendre que l'anxiété finit toujours par diminuer toute seule. Si on tolère assez longtemps le malaise que l'inquiétude entraîne, on constate qu'effectivement, l'anxiété diminue graduellement. Le fait de tolérer un malaise et de le laisser disparaître graduellement s'appelle l'exposition. Pour gérer efficacement une inquiétude ou une obsession, il faut s'y exposer en imagination (*ou exposition cognitive*). Les buts de l'exposition sont multiples :

1. Aller jusqu'au bout de la peur et la visualiser pour la première fois.
2. Mettre une structure à cette tempête d'idées pour pouvoir critiquer l'idée ensuite.
3. Visualiser une histoire qui a un début et une fin.
4. Prendre conscience que les pensées sont déplaisantes, mais non dangereuses.

Le scénario doit présenter les caractéristiques suivantes:

- il doit être composé au présent.
- il doit être "épeurant", mais tout de même crédible.
- il ne doit pas contenir d'éléments de neutralisation (p.ex., des expressions comme : *peut-être, ce n'est pas si pire*, etc.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

S'il manque de lignes, continuez au verso

Fiche d'observation pour le scénario

Initiales..... Date.....

Pensée .....

À compléter avant l'exposition

1) Heure __ :__

2) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

À compléter après l'exposition

1) Heure __ :__

2) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

3) Quel était le niveau maximal de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

4) Avez-vous neutralisé votre pensée pendant l'exposition?

Oui ..... Non .....

Si oui, comment?

.....

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie. Cela pourrait cibler un problème qui n'a pas encore été résolu, une inquiétude de type II qui mériterait une séance d'exposition cognitive ou une fausse croyance concernant l'inquiétude qui persiste toujours. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

Mon 2eme objectif :

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

Mon 3eme objectif :

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

Mon 4eme objectif :

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

Traitement combiné pour le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée

Protocole de traitement pour le thérapeute

Élaboré en mai 1999 par :
Joane Labrecque,
André Marchand,
Michel J. Dugas et
Andrée Letarte

Révisé par Pascale Tremblay,
mai 2003

Protocole pour le traitement combiné du TAG-TPA

RENCONTRE 1 :

- **Accueil :**
  - ◊ Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation et exercice en soi.
  - ◊ Le rassurer sur son anxiété lors de cette première entrevue.
  - ◊ Présentation brève des objectifs généraux du traitement. (On peut expliquer que deux traitements bien connus ont été adaptés afin de tenir compte de la présence simultanée de TAG et du TPA.)
  - ◊ Expliquer ce qu'implique une thérapie cognitivo-comportementale (voir manuel) : participation importante du client (ex : les devoirs entre les séances) et que nous visons l'autonomie de la personne face à son anxiété. Notre rôle en tant que thérapeute est de lui donner des outils et de lui apprendre à s'en servir.

- **Parler de l'anxiété normale vs anormale :**
  - ◊ Fonction adaptative de l'anxiété :
    - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger.
    - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé.

- **Définitions de panique et d'inquiétude.**

- **Informations générales sur l'anxiété :**
  - ◊ Expliquer en quoi le participant présente à la fois un TAG et un TPA : l'intolérance est un point commun de ces deux formes d'anxiété. Expliquer que le premier est davantage lié à l'intolérance à l'incertitude et que le second est en lien avec l'intolérance aux sensations physiques. Afin d'expliquer ces deux formes d'intolérance, présenter le schéma II du TAG et le schéma I du TPA (voir annexe).
  - ◊ Donner des exemples de difficultés reliées au TAG et au TPA (i.e. ne pas pouvoir prendre le métro, s'inquiéter excessivement pour santé, etc.)
  - ◊ Donner de l'information sur la prévalence de ces problèmes et la cooccurrence.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- **Vérifier les carnets d'auto-observation et insister sur l'importance de bien les remplir.**

- **Devoir :**
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation
  - ◊ Lecture sur l'anxiété (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 1 et 2.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 2 :

- **Retour sur la semaine dernière (incluant les lectures) et révision des carnets.**

- **Rôle des sensations physiques, cognitions et comportements :**
  - ◊ Expliquer l'interaction existant entre chacune de ces composantes et comment elles peuvent s'influencer mutuellement. Donner des exemples. Discuter avec le participant.
  - ◊ Expliquer que la thérapie vise à modifier les cognitions et les comportements afin que les émotions (anxiété) se modifient elles aussi ce qui aura pour effet d'augmenter la tolérance aux sensations physiques et à l'incertitude.
  - ◊ Expliquer la composante « environnement » et les impacts possibles de la thérapie sur ce point (ex : changement au sein du couple, etc.).

- **Bref retour sur le but de la thérapie qui est de modifier les pensées et les comportements:**
  - ◊ Expliquer au participant que les personnes souffrant de TPA et/ou de TAG entretiennent des croyances particulières qui maintiennent leurs problèmes, leurs troubles anxieux.
  - ◊ Faire la distinction entre pensée réaliste et pensée positive.

- **Démystifier la panique :**
  - ◊ Retour sur le fait que la panique est un phénomène normal et qu'il a une fonction (lutte ou fuite).
  - ◊ Expliquer les systèmes nerveux (voir l'annexe).
  - ◊ Expliquer le rôle de l'adrénaline et de la noradrénaline.
  - ◊ Expliquer le rôle de l'hyperventilation dans la panique.
  - ◊ Expliquer les différentes craintes liées aux attaques de panique (peur de faire une crise cardiaque, de s'étouffer, de s'évanouir, de perdre l'équilibre, de devenir fou, etc.).
  - ◊ Demander à la personne ce qui l'amène à avoir ces différentes peurs.
  - ◊ Faire ressortir l'aspect irréaliste de ces peurs ou les mythes associés.
  - ◊ Expliquer les causes de ses malaises (donner des informations exactes et simples) afin de l'aider à identifier des auto-instructions.

- **Faire face à la panique :**
  - ◊ Donner les instructions : accepter les sensations, développer une vision réaliste, rester sur place et attendre que la peur disparaisse.
  - ◊ Mémoriser ces instructions.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- **Devoir :**
  - Lectures sur les croyances, l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 3).
  - Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
  - Exercice de rédaction des pensées réalistes (auto-instructions).

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 3 :

- **Retour sur les lectures. Vérifier les carnets.**

- **Retour sur l'exercice de rédaction des pensées réalistes.**

- **Les inquiétudes :**
  - ◊ Revenir sur la définition des inquiétudes.
  - ◊ Vérifier les croyances que le participant entretient face à ses inquiétudes.
  - ◊ S'assurer que le participant comprenne bien l'importance de modifier ces croyances.
  - ◊ Remise en question de croyances avec le participant (voir la grille à l'annexe).

- **Présenter au client qu'il existe deux types d'inquiétudes** : sur des problèmes réels (R) ou éventuels (E). Demander tout d'abord de noter les inquiétudes 3 fois par jour et informer qu'il lui sera demandé plus tard de les classer selon les deux types.
- **L'intolérance à l'incertitude:**
  - ◊ Réexpliquer l'intolérance à l'incertitude et son rôle dans le développement et le maintien des inquiétudes : cette intolérance l'amène a réagir plus fortement aux questions « Si... » parce qu'il ne tolère pas la moindre probabilité, même infime, d'événement négatif. Ce faisant, il est porté à imaginer diverses conséquences possibles et à s'inquiéter davantage que les personnes tolérantes à l'incertitude.
  - ◊ Amener le participant à voir que ce que l'on désire augmenter dans la thérapie n'est pas le niveau de certitude face aux événements, mais bien la tolérance à l'incertitude puisque l'incertitude est une chose normale dans la vie.
  - ◊ Aborder les manifestations de l'intolérance à l'incertitude (voir l'annexe). L'aider à compléter la liste pendant la séance si le temps le permet, sinon le faire à domicile.
- **Devoir :**
  - ◊ Lectures sur l'exposition aux stimuli intéroceptifs (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 4).
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
  - ◊ Noter ses inquiétudes 3 fois par jour (voir la grille à l'annexe).
  - ◊ Compléter ou terminer la liste des manifestations d'intolérance à l'incertitude et choisir un comportement à faire ou à cesser (voir l'annexe).

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 4 :

- **Retour sur les devoirs. Vérifier les carnets d'auto-observation.**

- Vérifier le devoir sur les inquiétudes. Ré-expliquer la différence entre les deux types d'inquiétudes (R et E). Demander au participant de classer ses inquiétudes selon les deux types à partir de cette semaine (voir l'annexe).

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Présentation du modèle complet du TPA (voir figure 5 de l'annexe).**

- **Présentation de la technique d'exposition aux stimuli intéroceptifs :**
  - Présenter le rationnel de cette procédure et faire un lien avec l'intolérance aux sensations physiques et l'intolérance à l'incertitude.
  - Description de la grille de cotation des exercices : comment la coter et comment choisir les exercices pertinents (voir l'annexe). *Note.* les exercices pertinents sont ceux ayant produit des symptômes évalués à un degré de 3 et plus sur l'échelle de **similitude**. Le thérapeute doit s'assurer également que les exercices retenus provoquent un certain degré de **peur** sur l'échelle de peur.
  - Démonstration des exercices par le thérapeute.
  - Le participant exécute les exercices pendant la séance et remplit la grille selon les sensations ressenties.
  - Choisir des exercices qui seront pratiqués à la maison par le participant selon une hiérarchie croissante.
  - Problèmes potentiels :
    - le client a trop peur pour faire les exercices… Expliquer quoi faire.
    - aucun des exercices ne correspond aux sensations que le client craint… Expliquer quoi faire.
    - le client s'hyperventile et cela cause ou accentue les sensations physiques. Le thérapeute peut souligner au participant ses observations sur la façon que le client fait ses exercices. Si le client hyperventile, le thérapeute peut lui suggérer de ralentir sa respiration.
- **Devoir :**
  - Lectures sur la résolution de problèmes (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 5).

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- ◊ Pratiquer les exercices d'exposition aux sensations physiques: cibler 2 exercices et les pratiquer 3 fois par jour (voir le manuel du participant pour les instructions pour cibler les exercices à effectuer).
- ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
- ◊ Noter les inquiétudes 3 fois par jour et les classer selon les deux types.
- ◊ Choisir un autre comportement de réassurance à cesser pour s'exposer à l'incertitude

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 5 :

- **Vérifier les carnets d'auto-observation.**

- **Retour sur le devoir d'identification et de classement des inquiétudes.**

- **Retour sur les exercices d'exposition aux sensations physiques et les lectures.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Présentation du modèle complet du TAG (voir figure 6 de l'annexe).**
  Note. Le modèle complet ajoute le rôle des croyances, la résolution de problèmes et l'évitement lié aux inquiétudes sur les problèmes éventuels.

- **Expliquer les croyances liées à une mauvaise orientation au problème** (ne pas reconnaître qu'on a un problème, trouver qu'il est anormal d'avoir un problème et considérer un problème comme une menace plutôt qu'un défi) ainsi que le lien avec les inquiétudes sur des problèmes réels.
  - ◊ Discuter de cela avec le participant et faire des exercices où il doit trouver le défi dans une situation donnée.

- **Expliquer le processus de résolution de problèmes.**
  - ◊ Expliquer au participant qu'il a les mêmes habiletés que les autres personnes : la différence concerne l'attitude (l'orientation) face aux problèmes.
  - ◊ Expliquer les cinq étapes de la résolution de problèmes en s'aidant d'un exemple concret.

- **Devoir**
  - ◊ Lectures : demander au participant de relire ce qui a été couvert depuis le début (lire les pages du manuel correspondant aux rencontres 1 jusqu'à 5).
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
  - ◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques (si nécessaire)
  - ◊ Demander au participant de faire un exercice de « menace vs défi » par jour et de choisir un de ces exercices pour faire une résolution de problèmes (voir l'annexe).
  - ◊ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 6 :

- **Retour sur les devoirs et vérification des carnets d'auto-observation.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Intégration :**
  - ◊ Retour sur ce qui a été vu jusqu'à maintenant en s'aidant du tableau-résumé (voir l'annexe) :
    - Démystification des symptômes et stratégies de base pour faire face à la panique
    - Exposition aux sensations physiques
    - Menace vs défi
    - Résolution de problèmes
  - ◊ S'assurer que le participant comprenne bien les concepts abordés jusqu'ici.

- **Devoir :**
  - ◊ Lectures sur l'exposition cognitive (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 7).
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
  - ◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques (si nécessaire).
  - ◊ Continuer de pratiquer les « menace vs défi ».
  - ◊ Continuer la résolution de problèmes.
  - ◊ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 7 :

- **Retour sur les devoirs et vérification des carnets d'auto-observation.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Retour sur l'importance de l'exposition**
  - ◊ Présenter les courbes d'exposition (voir l'annexe).
  - ◊ Donner l'exemple d'une phobie spécifique (ex : chiens) pour illustrer le processus d'évitement, de neutralisation et d'exposition.
  - ◊ Insister sur le fait qu'il est essentiel de s'exposer afin d'apprendre que l'anxiété finit par diminuer d'elle-même. Faire le lien avec l'exposition aux sensations physiques.

- **Expliquer ce que sont les inquiétudes sur les problèmes éventuels et comment les faire diminuer**
  - ◊ Faire le lien entre les inquiétudes sur les problèmes éventuels et l'exposition (présenter sa position dans le tableau « Modèle complet du TAG III ».
  - ◊ Expliquer au participant la procédure d'exposition qui sera faite la semaine suivante, i.e. s'exposer au scénario, enregistré/ lu/recopié, du problème qui le dérange le plus.
  - ◊ Expliquer que le scénario ne doit pas comporter d'éléments rassurants ou minimisants parce que cela jouerait un rôle de neutralisation.
  - ◊ Vérifier les croyances du participant face aux conséquences de l'anxiété afin de les corriger si nécessaire.
  - ◊ Présenter cette stratégie et sa position dans le tableau-résumé (voir l'annexe).

- **Préparer le scénario d'exposition (TAG)**
  - ◊ Aider le participant à préparer le scénario d'exposition (voir l'annexe):
    - le scénario doit avoir une durée de 1-2 minutes lorsque lu lentement et avec expression (la lecture avec « émotion est importante », le contraire pourrait être un élément de neutralisation).
    - il ne doit pas contenir d'élément de neutralisation (ex : peut-être, pas si pire…)
    - il doit être composé au présent
    - il doit être « épeurant » mais tout de même crédible

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- il doit comporter des éléments des différents sens (odeurs, couleurs…)

◊ Le scénario sera enregistré la semaine prochaine (la modalité spécifique, i.e. lu ou recopié à répétition ou écouté est laissé à la discrétion du thérapeute selon ce qui permet le plus au participant « d'entrer » dans le scénario).

♦ **Devoir :**

◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.

◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques.

◊ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.

◊ Continuer d'appliquer le processus de résolution de problèmes et de trouver des défis plutôt que des menaces.

◊ Essayer de trouver un lecteur CD ou MP3 et l'apporter pour la semaine suivante. Note. Si le client possède un lecteur de cassette, le thérapeute peut apporter une enregistreuse audio et une cassette pour faire l'enregistrement sur cassette.

◊ Lectures sur l'exposition cognitive (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 8).

Prévoir 90 minutes pour la prochaine séance

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 8 (DURÉE 90 MINUTES) :

- **Retour sur les devoirs des semaines précédentes** (si nécessaire) **et vérification des carnets d'auto-observation.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Retour sur les lectures de la semaine dernière sur l'exposition cognitive.**

- **Enregistrement du scénario.**
  - ◊ Le participant lit son texte à voix haute afin de l'enregistrer sur une cassette sans fin ou un CD (ou privilégier une autre modalité si davantage pertinent pour le client).

- **Faire une première séance d'exposition avec le thérapeute :**
  - ◊ Présenter cette séance comme une pratique et non comme un examen.
  - ◊ Demander au participant de remarquer les fluctuations de son anxiété avant, pendant et après l'exposition, comme on le faisait pour l'exposition aux sensations physiques.
  - ◊ Revenir sur les stratégies de neutralisation : avertir le participant qu'il se peut qu'il découvre des stratégies de neutralisation pendant l'exposition et qu'il est important qu'il neutralise le moins possible.
  - ◊ La première pratique durera 10 minutes. Prendre ensuite quelques minutes afin de vérifier le bon déroulement de l'exposition.
  - ◊ *Si le participant a plus de facilité à entrer dans le scénario lorsqu'il en fait la lecture ou la copie, utiliser ce moyen plutôt que l'écoute.*
  - ◊ La seconde pratique durera 45 minutes : le thérapeute indiquera quand l'exposition sera terminée.
  - ◊ Indications à donner au participant:

    « Fermez vos yeux et écoutez la cassette (lisez, recopiez) en vous plaçant le plus possible dans la situation décrite sur la cassette (dans votre scénario), sans neutraliser. Laissez monter l'anxiété. Observez l'anxiété augmenter puis atteindre un plateau avant de diminuer lentement. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez à l'image et replacez-vous dans la situation. »
  - ◊ Suite à l'exposition, le participant rempli la fiche d'écoute (anxiété avant, pendant et après ainsi que les stratégies de neutralisation s'il y a lieu) (voir l'annexe).

- **Devoirs :**
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
  - ◊ Continuer de pratiquer l'exposition aux sensations physiques, à l'incertitude, la résolution de problèmes et l'identification de défis.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- ◊ Pratiquer le scénario à la maison : le faire une fois par jour au minimum 6 jours sur 7. Choisir un moment à l'avance où le participant sait qu'il ne sera pas dérangé. La durée de l'exposition devrait être de 30 à 60 minutes, i.e. jusqu'à ce que l'anxiété soit redescendue au moins aussi bas qu'avant de commencer l'écoute. Si l'anxiété ne monte pas, faire quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes. À la fin de chaque exposition, remplir une fiche d'écoute.
- ◊ Lecture sur l'évitement situationnel (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 9).

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 9 :

- **Retour sur les devoirs** (si nécessaire) **et vérifier les carnets d'auto-observation.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Retour sur le devoir d'exposition au scénario :**
  - ◊ Vérifier s'il y a eu des problèmes et demander au participant s'il a une explication.
  - ◊ Types de problèmes :
    - Problème technique : refaire l'enregistrement, choisir un endroit moins bruyant.
    - Problème avec le scénario : ajouter des éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever des éléments neutralisants, s'assurer que la lecture est faite assez lentement et avec expression, etc.
    - Problème de neutralisation pendant l'écoute : identifier les éléments et normaliser le fait d'y recourir. Vérifier les croyances face à une « trop » grande anxiété.
    - Problème de cible : revoir la pertinence de l'inquiétude, cibler une autre inquiétude.
  - ◊ Demander quels sont les résultats perçus suite à l'exposition : perception de l'exposition et de l'anxiété, fréquence et intensité de l'inquiétude cible, liens avec l'exposition comportementale.

- **Présenter l'exposition comportementale aux situations pour le TPA :**
  - ◊ Présenter le « Modèle TPA II » en refaisant les liens entre anxiété, l'évitement et l'exposition (voir l'annexe).
  - ◊ Demander au participant comment il procéderait dans le cas de l'évitement situationnel et quand il devrait appliquer cette technique, i.e. quand il y a présence d'évitement (se référer au tableau-résumé présenté à l'annexe).
  - ◊ Expliquer l'exposition *in vivo* graduelle et prolongée et lien avec les courbes d'exposition (voir l'annexe).
  - ◊ Préparer en rencontre les 2 listes d'exposition aux situations naturelles et problématiques (voir l'annexe).
  - ◊ Souligner l'importance d'utiliser les techniques apprises jusqu'à maintenant : les stratégies de base pour faire face à la panique et les auto-instructions.
  - ◊ Choisir l'exercice d'exposition à une situation problématique qui sera fait lors de la prochaine rencontre.
  - ◊ Expliquer l'exposition aux situations naturelles et choisir un exercice selon la hiérarchie.
- **Devoirs :**
  - ◊ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

- ◊ Commencer l'exposition situationnelle (donner les feuilles d'observation présentées à l'annexe).
- ◊ Faire un exercice d'exposition à une situation naturelle.
- ◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

Prévoir 90 minutes pour les 2 prochaines séances

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRES 10 ET 11 (DURÉE DE 90 MINUTES CHAQUE SÉANCE) :

- **Retour sur les devoirs généraux et vérification des carnets d'auto-observation.**

- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.

- **Retour sur le devoir d'exposition fait au cours de la dernière semaine**
  - ◊ Si le participant a fui ou a évité une situation, ou s'il a eu une attaque de panique, tenter de trouver une explication et de corriger la situation pour les exercices suivants (ex : exercice trop difficile, tente de brûler des étapes, croyances irrationnelles, ne reste pas suffisamment longtemps dans la situation, etc.).
  - ◊ Revenir sur les techniques apprises antérieurement (démystification des symptômes, principes de base).
  - ◊ Confirmer l'exercice qui sera fait pendant la séance (avec ou sans le thérapeute): l'exercice doit être assez difficile tout en respectant la hiérarchie d'exposition.

- **Exercice d'exposition à une situation problématique seul ou accompagné du thérapeute (60 minutes).**

- **Retour sur l'exercice d'exposition** (une fois de retour à la clinique).
  - ◊ Le participant témoigne de son expérience. S'il y a eu des difficultés, faire des suggestions afin de faciliter les prochains exercices.

- **Devoirs :**
  - ◊ Remplir les carnets d'auto-observation.
  - ◊ Faire les exercices d'exposition situationnelle.
  - ◊ Faire un autre exercice d'exposition à une situation naturelle.
  - ◊ Continuer l'exposition cognitive au scénario.
  - ◊ Préparer un second scénario (si besoin est).
  - ◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 12 (DURÉE 60 MINUTES)

- **Faire un second scénario** (si besoin est)
- **Vérifier les carnets d'auto-observation.**
- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- **Idem aux rencontres 10 et 11.**
- **Devoirs :**
  - ◊ Lectures sur la prévention de la rechute et sur la fin de la thérapie (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 13).
  - ◊ Continuer l'exposition situationnelle (si nécessaire).
  - ◊ Faire un autre exercice d'exposition à une situation naturelle (si nécessaire).
  - ◊ Faire exposition au scénario (si nécessaire).
  - ◊ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

RENCONTRE 13 :

- **Retour sur les devoirs et vérifier les carnets d'auto-observation.**
- **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- **Intégration → retour sur les aspects problématiques.**
- **Retour sur le tableau-résumé et comment identifier les stratégies à utiliser.**
- **Présentation de la prévention de la rechute.**

Note. Le thérapeute doit préparer un bilan des progrès du participant pour la prochaine rencontre. Le thérapeute doit demander à l'évaluateur de lui donner les questionnaires qu'il devra remettre au participant lors de la prochaine rencontre.

© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

RENCONTRE 14 :

- **Vérifier les carnets d'auto-observation.**

- **Suivi et fin du traitement :**
  - ◊ Retour sur la thérapie (difficultés rencontrées par le participant, questions, etc.).

- **Bilan des progrès réalisés par le participant et félicitations.**

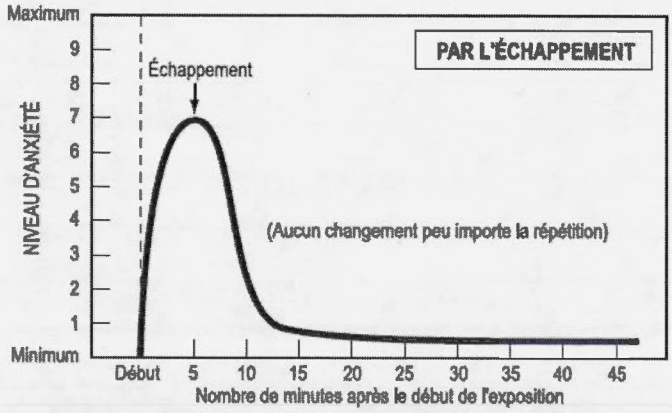
- **Fixer trois objectifs avec le client qu'il pratiquera au cours des trois prochains mois (voir la feuille des objectifs à l'annexe)**

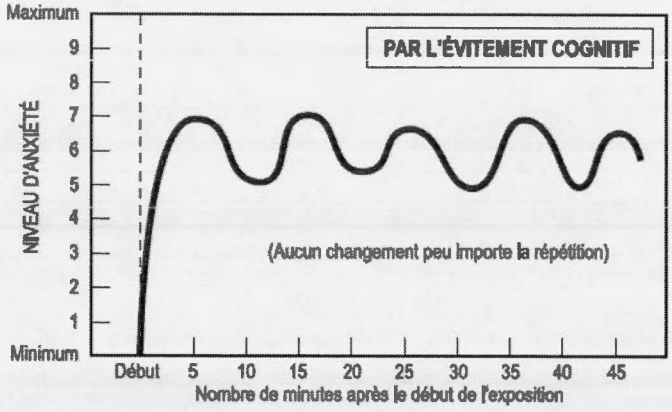
- **Remise des questionnaires que le participant devra compléter et remettre à l'évaluateur lors de l'évaluation post-traitement (évaluation qui aura lieu 2 semaines suite à la fin de la thérapie).**

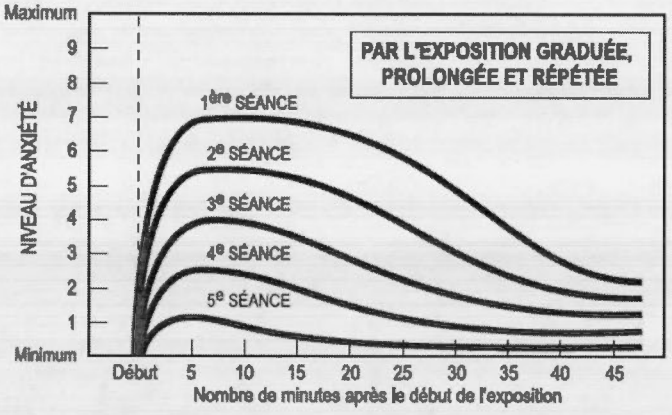
© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

ANNEXE

EFFETS PRODUITS SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ PAR DIFFÉRENTS COMPORTEMENTS



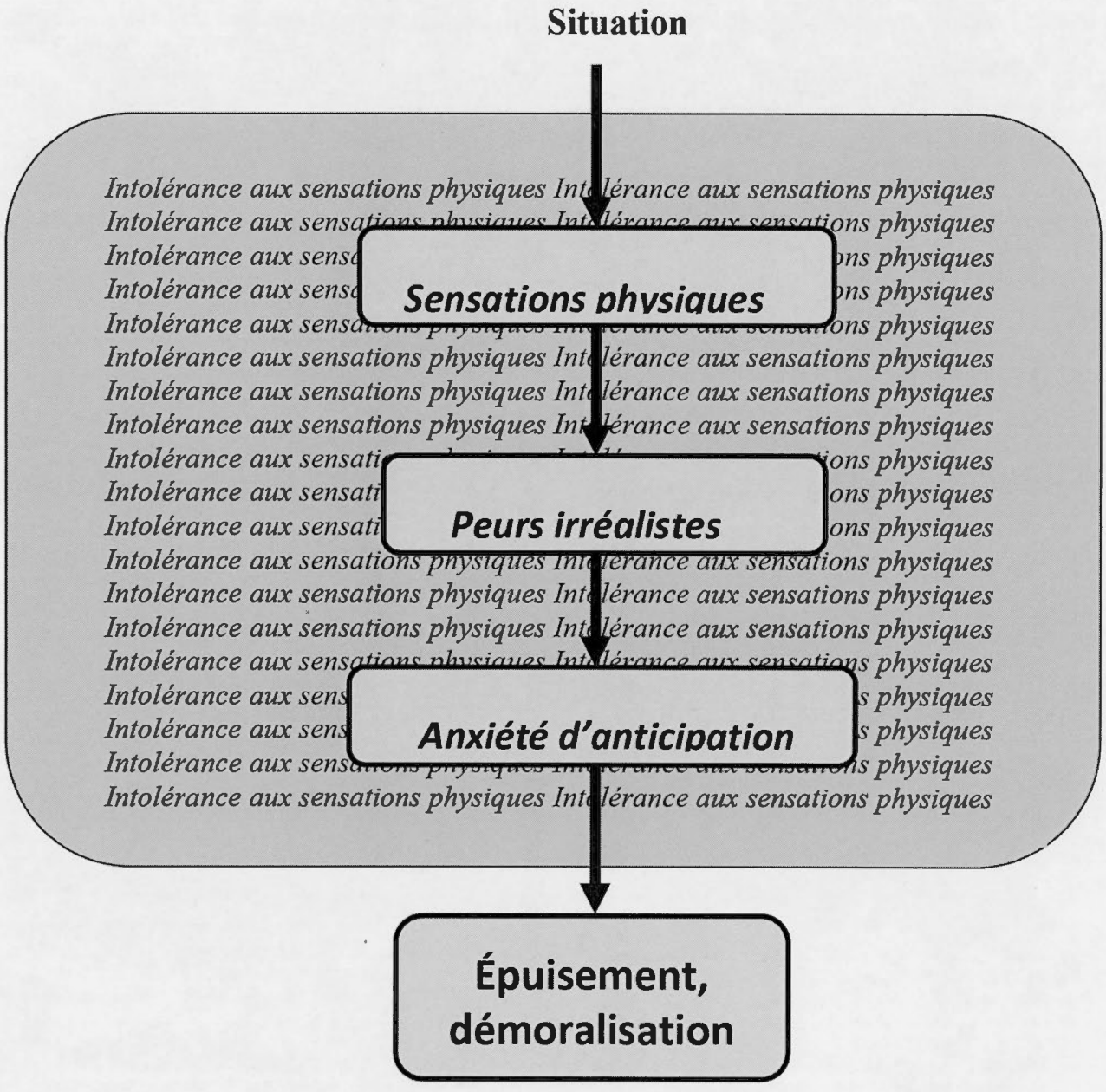




© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

Figure 1

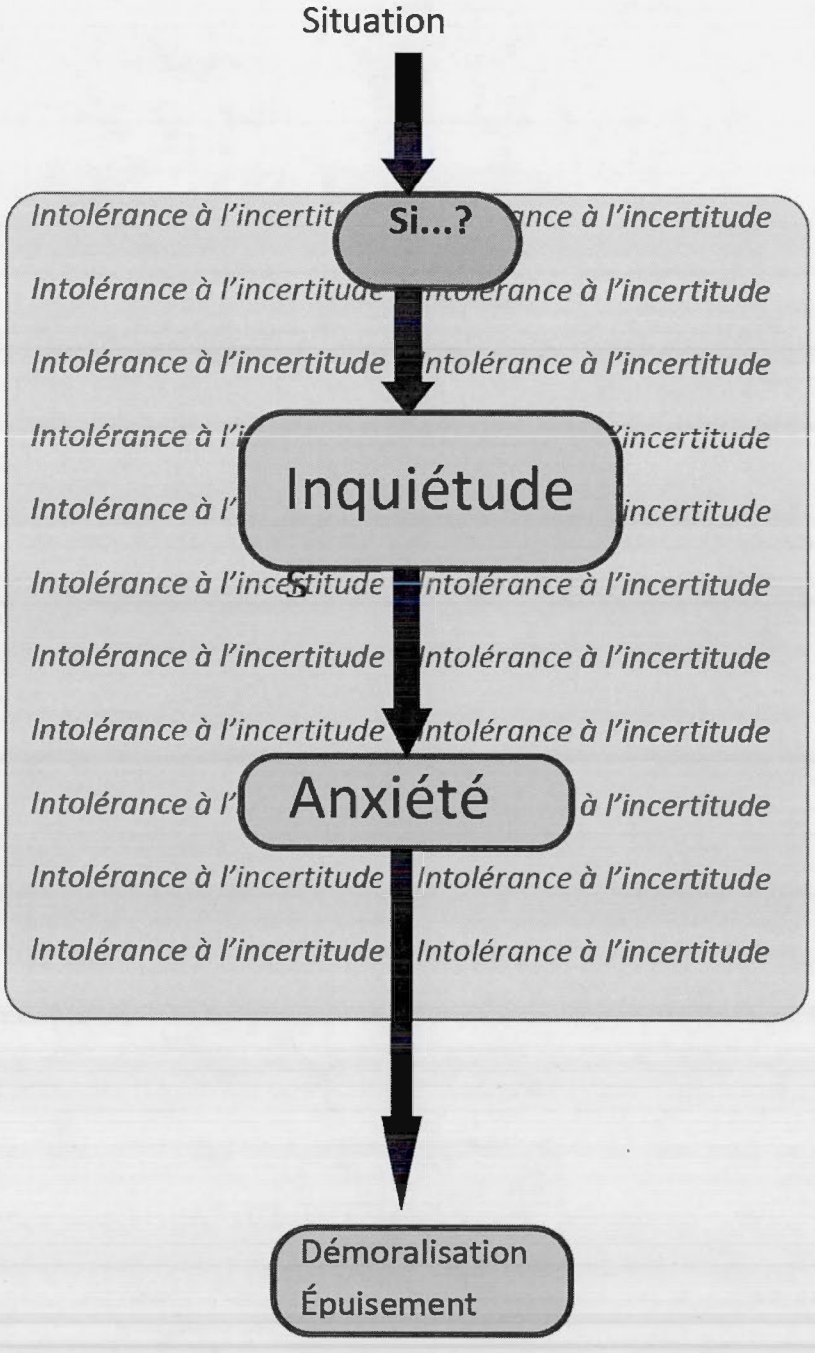
Modèle du trouble panique avec agoraphobie I



© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.

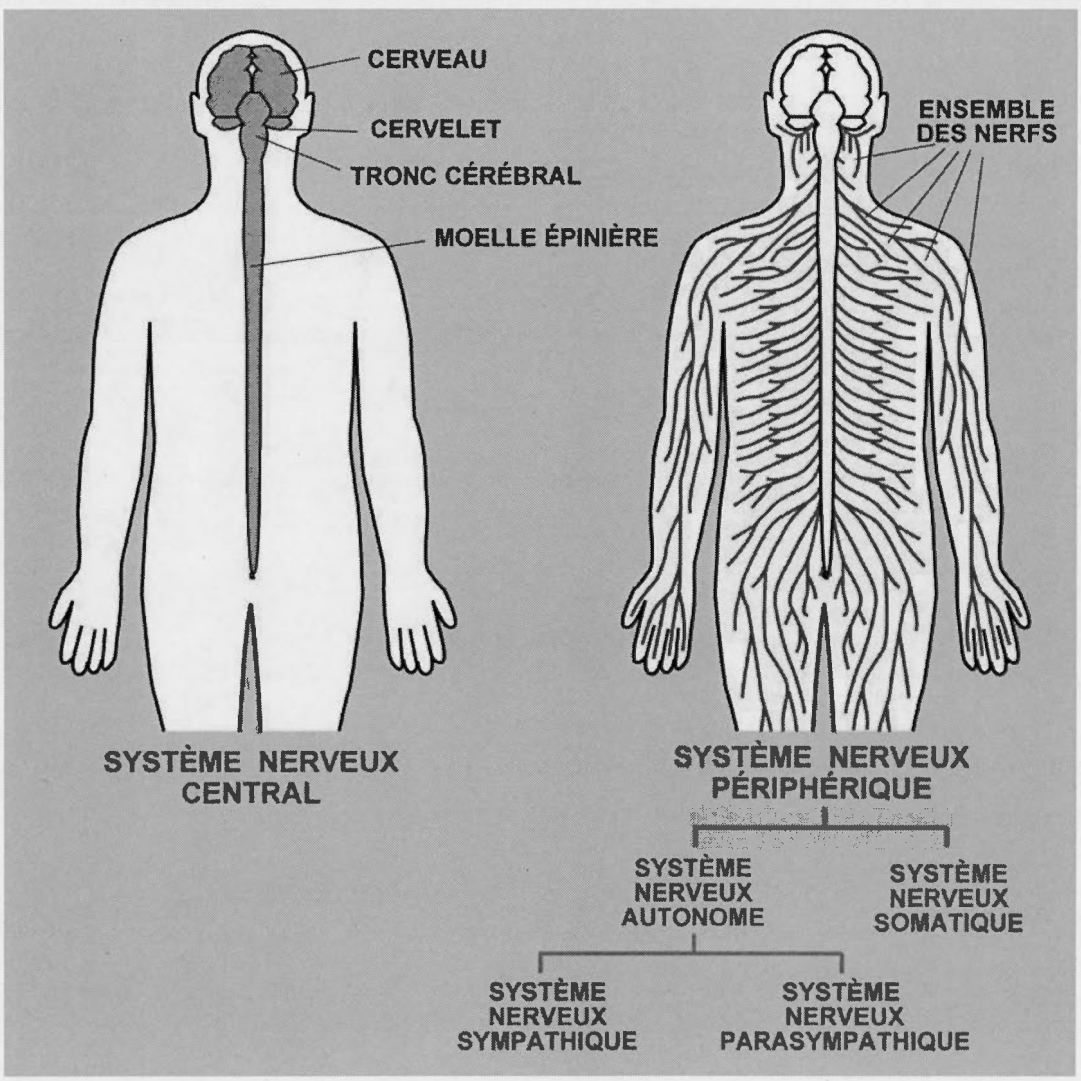
Figure 2

Modèle du trouble d'anxiété généralisée II



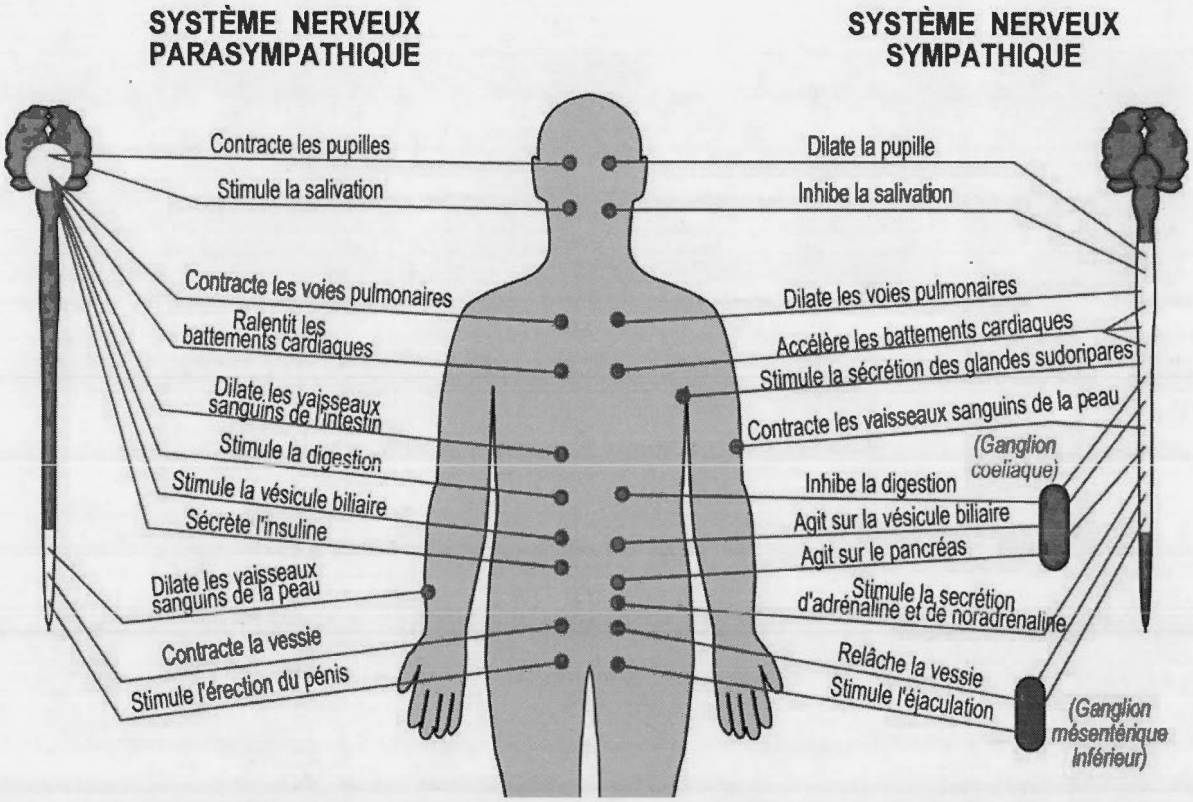
© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

Figure 3



© Tous droits réservés. A. Marchand et A. Letarte. La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, 3ème édition (2004), Stanké.

Figure 4



© Tous droits réservés. A. Marchand et A. Letarte. La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, 3ème édition (2004), Stanké.

EXEMPLES PERSONNELS POUR LES CROYANCES

Pour les différentes croyances que vous entretenez, vous devez maintenant inscrire des exemples personnels associés à celles-ci.

Inscrivez le type de croyance et un exemple personnel :

Croyance	Exemple personnel

Remise en question d'une croyance

Cet exercice vise à remettre en question une croyance que vous avez concernant vos inquiétudes. Identifiez d'abord une croyance et répondez ensuite aux questions suivantes.

Description de la croyance:

1- Qu'est ce qui vous fait dire que cette croyance est vraie? Quelles preuves ou arguments avez-vous pour prouver que vous avez raison de penser cela?

2- Si vous aviez à démontrer que cette croyance n'est pas vraie, quels seraient vos arguments?

3- En ce moment, jusqu'à quel point croyez-vous que cette croyance est vraie? (Indiquez à quel pourcentage vous y croyez)._____

Identifiez maintenant une inquiétude ou une peur que vous avez eue dans la dernière semaine, et répondez ensuite aux questions 4, 5 et 6.
Description de l'inquiétude ou de la peur:

_____

_____

_____

_____

4- Est-ce que le fait de vous inquiéter de ceci vous a apporté des avantages ?
Si oui, lesquels ?

_____

_____

_____

_____

_____

5- Est-ce que le fait de vous en inquiéter vous a apporté des inconvénients ?
Si oui, lesquels ?

_____

_____

_____

_____

_____

6- En comparant les avantages et les inconvénients, quelles sont mes observations?

Date et heure	Situation	Inquiétude	Anxiété (0 à 8)
7 septembre 10h00	Josée est en retard	Peur d'un accident grave	5

Manifestations d'Intolérance à l'Incertitude

Voici une série de manifestations d'intolérance à l'incertitude vécues et rapportées par des gens qui ont déjà consulté notre équipe. Ces exemples illustrent comment les gens se comportent face à toutes sortes d'incertitudes. Veuillez d'abord indiquer par **oui** ou **non** si vous vous reconnaissez dans chacune de ces manifestations et ajouter vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

OUI/NON

_____ 1) Éviter de faire certaines choses

Par exemple:

_____ -Éviter de s'investir dans une relation amicale ou amoureuse parce que le "résultat" est incertain

_____ -Éviter de s'investir, de s'impliquer dans une thérapie parce que le résultat est incertain.

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 2) Trouver des obstacles artificiels pour ne pas faire certaines choses, trouver des défaites.

Par exemple:

_____ -Trouver des défaites pour ne pas faire de démarches pour quitter le foyer familial.

_____ -Ne pas faire un exercice qui serait bon pour soi en se disant d'avance qu'on ne sera pas capable d'endurer les désagréments que l'exercice causera.

Exemple personnel: _____

_____

_____

© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

_____ 3) Procrastiner (remettre à plus tard ce qu'on pourrait faire maintenant)

Par exemple:

_____ -Remettre à plus tard un téléphone à faire parce qu'on n'est pas certain de la réaction qu'aura la personne à qui on veut parler, ou qu'on n'est pas certain d'être capable d'exprimer tout ce qu'on veut dire.

_____ -Remettre à plus tard la prise d'une décision parce qu'on n'est pas certain que ce soit la bonne décision.

_____ -Finir par ne rien faire parce qu'on n'est pas certain d'avoir bien choisi (p.ex.: choix de film ou de restaurant).

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 4) Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire à d'autres personnes.

Par exemple:

_____ -Faire toutes les tâches à la maison parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 5) S'engager partiellement ("à moitié") dans une relation, un travail, un projet

Exemple personnel: _____

_____

_____

© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

_____ 6) S'éparpiller, poursuivre plusieurs démarches en paralèlle (en même temps)

Exemple personnel: _____

_____

_____ 7) Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant

Par exemple:

_____ -Lire beaucoup de documentation

_____ -Demander les mêmes informations à plusieurs personnes

_____ -Surplanifier une activité, un voyage, un travail...

_____ -Lire l'horoscope

_____ -Magasiner très longtemps avant de choisir un cadeau pour un proche

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 8) Remettre en questions des décisions déjà prises, parce qu'on n'est plus certain que ce soit la meilleure décision

Quel genre de décisions? _____

_____

_____

_____ 9) Rechercher de la réassurance (poser des questions aux autres pour qu'ils nous rassurent)

Auprès de qui? _____

_____

_____

Dans quel genre de situations?_____

_____

© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

_____ 10) Se rassurer soi-même par un optimisme personnel exagéré, ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement

Exemple personnel: _____

_____

_____

_____ 11) Revérifier à plusieurs reprises des actions faites souvent parce qu'on n'est pas certain de les avoir faites.

Quel genre de choses?_____

_____

_____

_____ 12) Surprotéger les autres, faire des choses à leur place

Comme qui?_____

_____

_____

Pour quel genre de choses?_____

_____

© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

Exercice ciblant la nouveauté et l'incertitude

Rappelons-nous qu'il est impossible d'être certain de tout et de tout contrôler les aspects de notre vie. Il vaut mieux apprendre à tolérer la nouveauté, les imprévus et l'incertitude. Le comportement ou l'action est le moyen privilégié pour modifier une attitude et sa façon de penser. C'est la même chose si on est intolérant à l'incertitude. Au début, le principe est d'agir comme si on était tolérant. Mais pour faire ce travail, n'oubliez pas de tenir compte des points suivants :

(5) C'est normal de sentir un malaise lors des premières pratiques d'un nouveau comportement.

(6) Les sensations d'anxiété sont déplaisantes, mais ne sont pas dangereuses.

(7) Il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on choisi, on commence avec quelque chose de petit, mais réalisable.

(8) C'est à force de pratiquer que la motivation à changer augmente.

Lorsqu'on tolère mal l'incertitude, on a tendance à faire deux choses : (1) éviter les situations incertaines ou (2) chercher le plus de réassurance possible pour diminuer le doute. Le but de ce devoir est de faire le contraire, s'exposer à l'incertitude ou s'empêcher de se réassurer.

Comportement ciblé: _____

_____

_____

_____

Moyens: _____

_____

_____

_____

_____

Résultats: _____

_____

_____

_____

_____

Observations: _____

_____

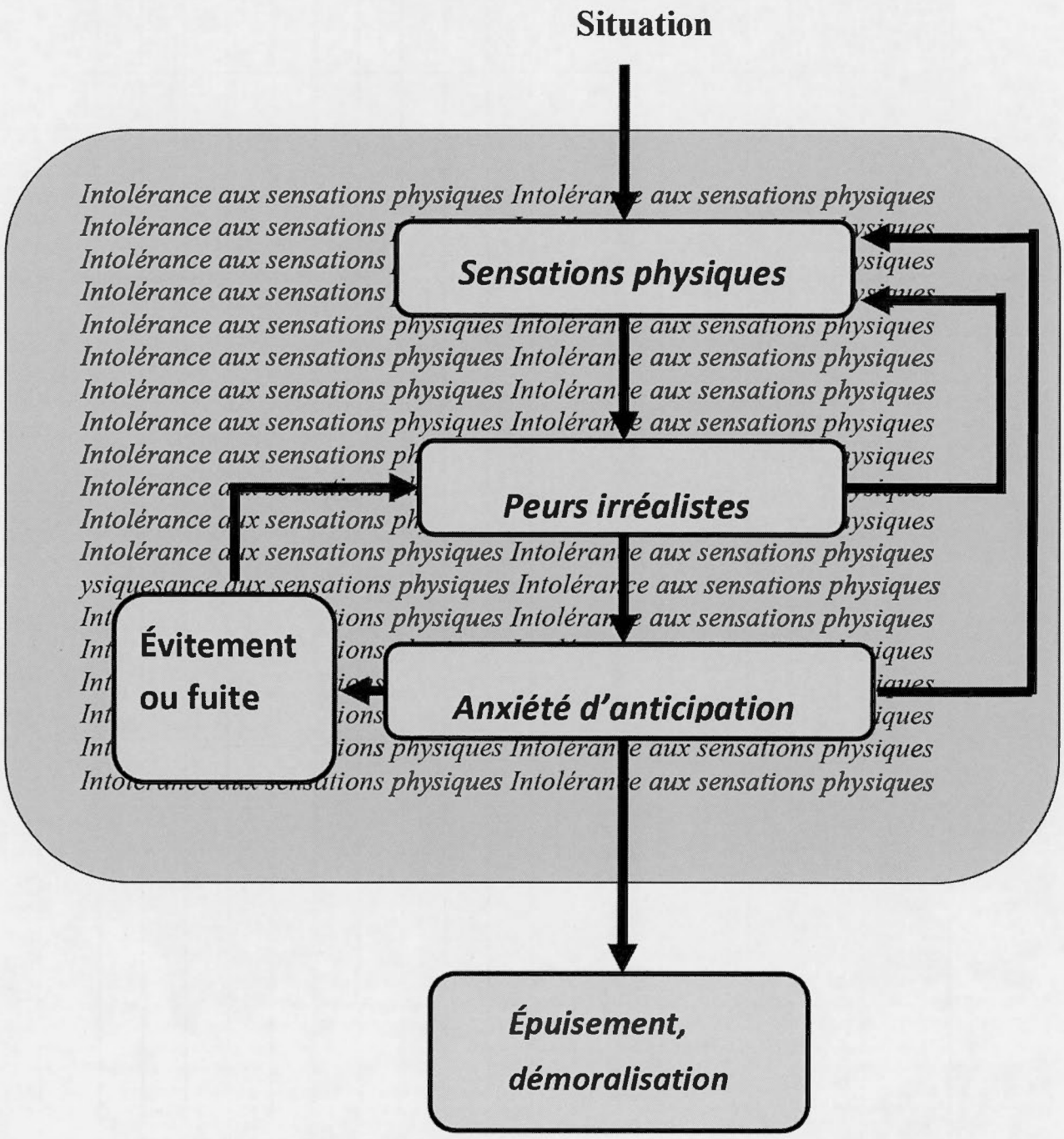
_____

_____

_____

Figure 5

Modèle du trouble panique avec agoraphobie II



© Tous droits réservés. J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999.

Date et heure		Situation	Inquiétude	Anxiété (0 à 8)
Date	Heure			
7 sept 03	10h00	Josée est en retard	Peur d'un accident grave	5

Grille d'identification des exercices pertinents

Exercice	*Sensations*	**Intensité des sensations** 1 à 8	**Peur / anxiété / inconfort** 1 à 8	**Similitude** 1 à 8	**Exercices retenus** (mettre une étoile, puis numéroter en ordre croissant)
1. Secouer la tête					
2. Redresser de la tête					
3. Courir sur place ou monter-descendre une marche					
4. Contracter tout le corps					
5. Retenir sa respiration					
6. Tourner sur place					
7. Hyperventiler					
8. Respirer à travers une paille					
9. Fixer un point sur le mur					
10. Avaler rapidement 4 fois de suite					
11. Imaginer votre pire sensation					
12. Fixer votre image ou votre main					
13. Exercer une pression sur le bras					

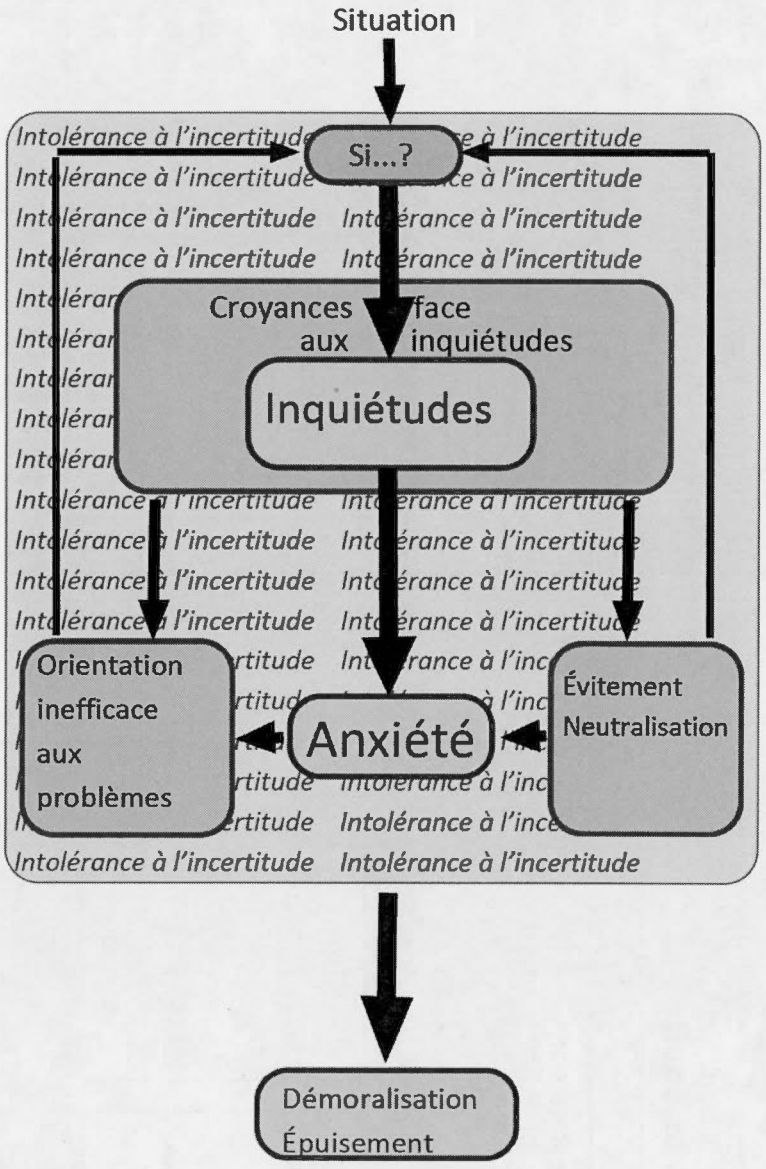
© Tous droits réservés. A. Marchand et A. Letarte. La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, 3ème édition (2004), Stanké.

Grille d'observation des réactions lors des exercices d'exposition aux sensations physiques de la panique

Jour	Exercices	Nombre d'essais	Peur/Inconfort pour chaque répétition (0 à 8)	Commentaires

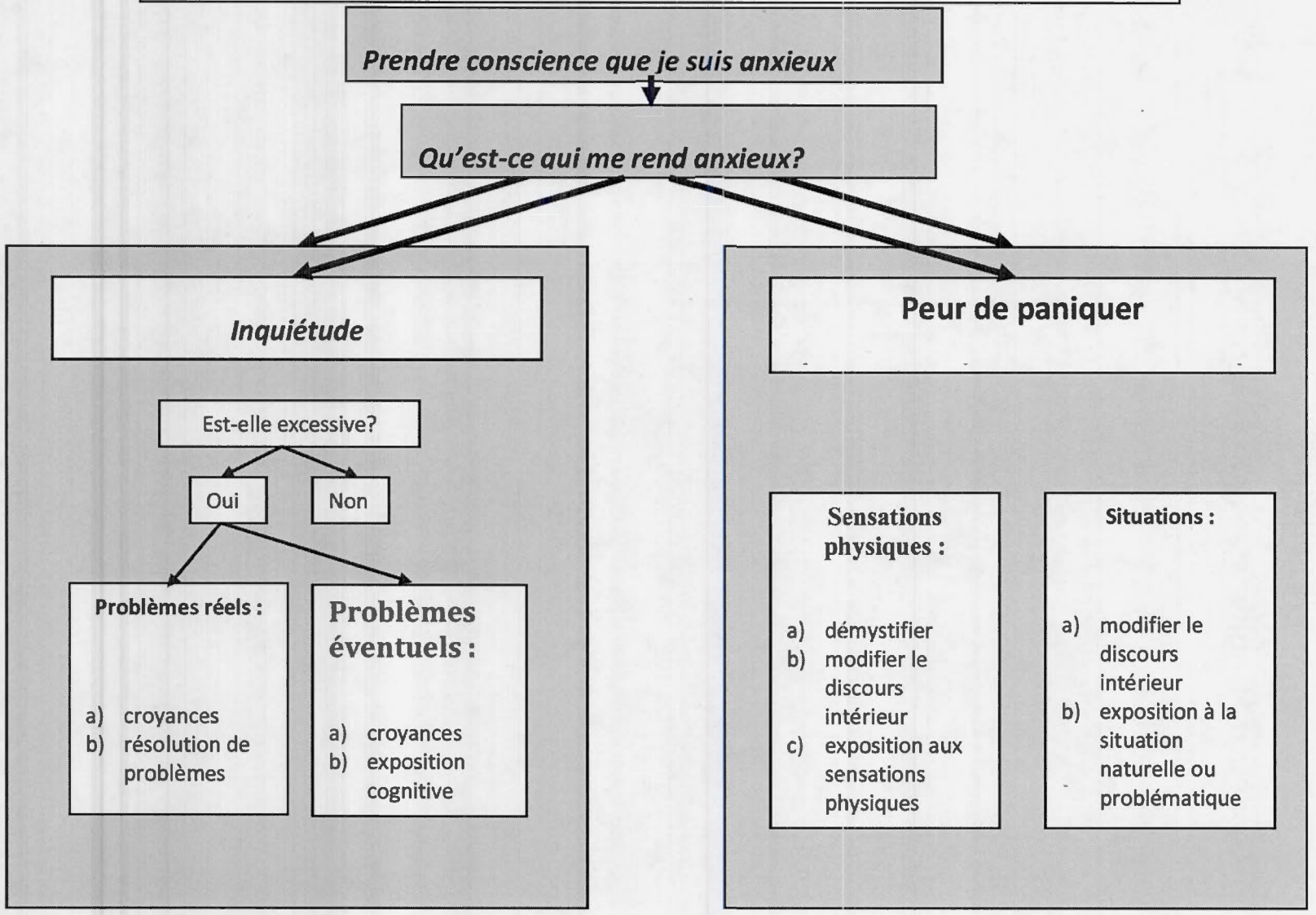
Figure 6

Modèle du trouble d'anxiété généralisée III



© Tous droits réservés. M. H. Freeston, M. J. Dugas et R. Ladouceur. Université Laval, 1997.

Tableau-résumé des stratégies pour augmenter la tolérance



© J. Labrecque, A. Marchand, M. J. Dugas et A. Letarte. Université du Québec à Montréal, 1999. Révisé par P. Tremblay, 2003, et par J. Labrecque, 2008. Il est interdit d'utiliser ou de reproduire ce manuel sans en demander l'autorisation.

Liste des situations problématiques actuelles

Très souvent, les gens ne s'arrêtent pas pour identifier leurs problèmes ou encore y réfléchissent quelques secondes pour ensuite essayer de penser à autre chose. Par conséquent, **les problèmes demeurent présents à leur esprit mais de façon imprécise et floue (ce qui augmente les inquiétudes)**. Cette liste vous permettra d'identifier les problèmes ou les dilemmes pouvant se présenter à chaque jour dans diverses sphères de votre vie (ex : les relations avec les proches/amis/étrangers, le travail, les études, les engagements, les loisirs, les tâches quotidiennes). Il est important de prendre en note chaque problème qui se présente et ce, **peu importe la grosseur de celui-ci** (les petits problèmes non résolus entraînent souvent autant d'inquiétudes que les gros problèmes !). Servez-vous de vos inquiétudes et de vos émotions pour en prendre conscience.

Résolution d'un problème

En général, il est très profitable de prendre le temps d'écrire et faire le point quand un problème important nous inquiète. L'écriture est le meilleur moyen pour mettre de l'ordre dans ses idées. De plus, l'application de la technique de résolution de problèmes donne un certain sentiment de contrôle. Rappelez-vous que cet exercice sera plus efficace si vous réussissez à transformer rapidement la perception de menace que vous entretenez devant le problème.

1- Orientation face au problème:

Menace perçue:

Transformez votre perception de menace en défi:

2- Définition du problème:

3- Solutions possibles :

4- Solution choisie:

5- Mise en application de la solution et évaluation du résultat:

6- Observations, remarques:

Scénario pour l'exposition

Essayer de ne pas penser à quelque chose n'est pas une solution efficace quand on est dérangé par des inquiétudes ou des obsessions. Au contraire, cela peut même augmenter la fréquence de la pensée qui nous dérange. Le fait de chasser ou de neutraliser une pensée dérangeante nous aide habituellement à diminuer l'anxiété qu'elle provoque à court terme seulement. Cependant, la pensée dérangeante et l'anxiété reviennent très vite. Lorsqu'on évite ou qu'on neutralise, on s'empêche d'apprendre que l'anxiété finit toujours par diminuer toute seule. Si on tolère assez longtemps le malaise que l'inquiétude entraîne, on constate qu'effectivement, l'anxiété diminue graduellement. Le fait de tolérer un malaise et de le laisser disparaître graduellement s'appelle l'exposition. Pour gérer efficacement une inquiétude ou une obsession, il faut s'y exposer en imagination (*ou exposition cognitive*). Les buts de l'exposition sont multiples :

5. Aller jusqu'au bout de la peur et la visualiser pour la première fois.
6. Mettre une structure à cette tempête d'idées pour pouvoir critiquer l'idée ensuite.
7. Visualiser une histoire qui a un début et une fin.
8. Prendre conscience que les pensées sont déplaisantes, mais non dangereuses.

Le scénario doit présenter les caractéristiques suivantes:

- il doit être composé au présent.

- il doit être "épeurant", mais tout de même crédible.

- il ne doit pas contenir d'éléments de neutralisation (p.ex., des expressions comme : *peut-être*, *ce n'est pas si pire*, etc.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

S'il manque de lignes, continuez au verso

Fiche d'observation pour le scénario

Initiales..... Date.....

Pensée .....

À compléter avant l'exposition

3) Heure __ :__

4) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

À compléter après l'exposition

5) Heure __ :__

6) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

7) Quel était le niveau maximal de malaise associé à votre pensée?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucun		léger		modéré		important		extrême

8) Avez-vous neutralisé votre pensée pendant l'exposition?

Oui ..... Non .....

Si oui, comment?

.....

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation naturelle	**Peur (échelle 0-8)**

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation	Peur (%)

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES

N: _____

Date	Décrire la situation	Étiez-vous 1 = seul-e 2 = accompagné-e	Avez-vous 1 = fait face à* 2 = évité 3 = quitté la situation?	Combien de temps êtes-vous demeuré-e dans la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	À quoi pensiez-vous a) avant b) pendant c) après la situation?
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) ____ b) ____ c) ____	a) _____ b) _____ c) _____

Si vous avez fait face à la situation avec l'aide d'un objet sécurisant, veuillez indiquer de quel objet il s'agit.

Liste de garanties sécurisantes

- Une personne, un compagnon sécurisant
- Des médicaments ou une bouteille vide de médicaments
- Un sac de papier brun
- De l'eau en bouteille ou une boisson gazeuse
- Les principaux numéros de téléphone des cliniques ou hôpitaux près de chez vous
- Un téléphone cellulaire pour appeler quelqu'un en cas de malaise
- La possession d'un porte-bonheur
- Avoir en tête des solutions ou plans pour éviter, s'échapper, s'éloigner rapidement d'une situation
- Conduire dans la voie la plus lente
- Conduire avec la radio allumée
- S'asseoir ou demeurer près des sorties d'urgence
- Bien connaître en tout temps l'emplacement des toilettes
- Se distraire
- S'agripper après le volant tellement fermement que vos mains en deviennent blanches
- Faire des activités durant les journées ensoleillées plutôt que lors des journées pluvieuses
- Faire des activités les journées que vous vous sentez bien dans votre peau et ne pas les faire, les journées ou vous sentez moins bien (c'est votre état physique qui dicte ce que vous allez pouvoir accomplir ou non certaines journées)
- Avoir une zone de sécurité subjective dans laquelle vous sentez que rien ne peut arriver
- Tout objet ou comportement qui peut, selon votre perception, avoir la propriété d'empêcher de ressentir des sensations désagréables ou bien d'avoir une attaque de panique
- Se raidir
- Prendre une respiration profonde
- S'appuyer sur le panier d'épicerie ou bien à l'aide d'une canne

© Tous droits réservés. A. Marchand et A. Letarte. La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, 3ème édition (2004), Stanké.

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie concernant le TPA ou le TAG. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

_____

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

_____

_____

Mon 2ème objectif :

_____

_____

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

_____

_____

_____

_____

_____

Mon 3ème objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

APPENDICE J

ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DE REVUES SCIENTIFIQUES

-----Message d'origine-----
De : ees.erap.0.27885b.e2dbe5c8@eesmail.elsevier.com
[mailto:ees.erap.0.27885b.e2dbe5c8@eesmail.elsevier.com] De la part de European Review of Applied Psychology
Envoyé : 26 février 2014 12:57
À : Geneviève Belleville
Cc : marchand.andre@uqam.ca; belanger.claude@uqam.ca; patrick.gosselin@usherbrooke.ca; frederic.langlois@uqtr.ca; stephane.bouchard@uqo.ca; joane.labrecque@gmail.com; michel.dugas@uqo.ca; cousineau.heloise@gmail.com
Objet : ERAP - Submission Confirmation

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM
European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée Insomnia in Concomitant Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder Dr. Geneviève Belleville

Cher(e) Dr. Geneviève Belleville,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :
"Insomnia in Concomitant Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse http://ees.elsevier.com/erap/.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction
European Review of Applied Psychology / Revue Européenne de Psychologie Appliquée

De : JNMD
Envoyé : vendredi, 7 février 2014 15:40
À : Geneviève Belleville

Objet : JNMD Submission Confirmation for Insomnia Symptoms Following Treatment for Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder

Feb 07, 2014

Dear Dr Belleville,

Your submission entitled "Insomnia Symptoms Following Treatment for Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder" has been received by the journal editorial office.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

http://jnmd.edmgr.com/

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Best wishes,

Kathy McKnight
Managing Editor
Journal of Nervous and Mental Disease
6501 North Charles St.
POB 6815
Baltimore, MD 21285-6815 USA
journalnmd@hotmail.com