

Chapitre 8

PHOBIE SPÉCIFIQUE

Introduction

Bien que plus de 50 études aient été réalisées sur des méthodes comportementales de traitement de la phobie spécifique, la grande majorité présentent des lacunes méthodologiques graves. Par exemple, la plupart de ces études ont été effectuées auprès d'étudiants de niveau postsecondaire qui s'étaient portés volontaires mais qui ne répondaient pas nécessairement à tous les critères de la phobie spécifique. En règle générale, les participants sont des personnes qui déclarent avoir peur d'un objet ou d'une situation précise, mais les auteurs de l'étude n'essaient pas de déterminer si ladite peur provoque une détresse significative chez l'individu ou si elle handicape son fonctionnement. Il est donc probable que la plupart de ces études portent essentiellement sur des sujets qui ne répondent pas à tous les critères diagnostiques de la phobie spécifique.

Jusqu'à maintenant, aucune étude cas-témoin n'a porté sur le traitement de phobies spécifiques par la médication. En fait, presque toutes les études ont porté sur des thérapies d'exposition, à l'exclusion d'autres méthodes (la thérapie cognitive ou la psychothérapie de soutien, par exemple). Du reste, ce n'est que depuis cinq ans que les chercheurs étudient les thérapies comportementales employées pour traiter des sujets souffrant de phobies spécifiques dûment diagnostiquées. Quatre études de cette nature sont résumées ici. En ce qui concerne les auto-traitements (traitements auto-dirigés), les études préliminaires donnent à penser qu'ils seraient ici moins efficaces comparativement aux résultats obtenus dans les études sur le TP et le TPA.

Études sur la phobie des araignées

Öst, Salkovskis et Hellström (1991) ont étudié 34 sujets présentant une phobie des araignées (diagnostic posé à l'issue d'un entretien dirigé, d'après les critères de la phobie spécifique du DSM-III-R), qu'ils ont répartis au hasard en deux groupes. Les participants du premier groupe ont eu droit à une seule séance (d'une durée maximale de trois heures) d'exposition dirigée, avec l'aide d'un thérapeute, tandis que les membres du second groupe devaient s'autotrainer par la méthode de l'exposition, à l'aide d'un manuel, pendant deux semaines. Évaluant la guérison en fonction de critères composites et prudents (fondés sur un changement cliniquement significatif dans les résultats de tests de comportement, l'intensité de la peur et le jugement du clinicien), on a constaté une amélioration clinique chez 71 % des sujets assistés par un thérapeute contre 6 % des sujets qui s'étaient autotraités. À l'issue du traitement, les sujets traités par la méthode de l'exposition avec l'intervention d'un thérapeute présentaient une amélioration supérieure à celle des personnes qui s'étaient traitées seules, d'après différentes mesures (auto-évaluation, mesures du comportement et jugement du clinicien). Les acquis du traitement persistaient au moment du suivi effectué un an plus tard.

Dans une étude de suivi, Hellström et Öst (1995) ont traité 52 sujets ayant une peur phobique des araignées, d'après les critères de la phobie spécifique du DSM-III-R (diagnostic fondé sur un entretien dirigé). Il les ont répartis en cinq groupes qu'on a traités par les méthodes suivantes : 1) séance unique d'exposition (d'une durée maximale de trois heures) avec l'aide d'un thérapeute; 2) consignes précises d'auto-exposition (dans un manuel) à suivre chez soi; 3) consignes précises d'auto-exposition (dans un manuel) à suivre en clinique; 4) consignes générale d'auto-exposition (dans un manuel) à suivre chez soi et 5) consignes générales d'auto-exposition (dans un manuel) à suivre en clinique. Les guides détaillant des consignes précises expliquaient comment surmonter la

phobie des araignées par la méthode de l'exposition, tandis que ceux qui renfermaient des consignes générales expliquaient comment surmonter n'importe quelle phobie par la même méthode. À l'issue du traitement et un an plus tard, les chercheurs ont constaté que le traitement comportant l'intervention d'un thérapeute était toujours plus efficace que l'auto-traitement fondé sur la lecture d'un manuel, sauf pour les sujets qui avaient suivi des consignes précises d'auto-exposition en clinique. Cette dernière méthode était d'ailleurs plus efficace que toutes les autres formules d'auto-traitement, et l'écart entre les résultats des différents groupes a atteint un seuil significatif lors du suivi. Les patients des cinq groupes ont présenté une amélioration clinique significative dans les proportions suivantes : 80 % des sujets traités par l'exposition avec l'aide d'un thérapeute; 63 % des sujets traités au moyen de consignes précises d'auto-exposition en clinique; 10 % des sujets qui s'étaient autotraités chez eux à l'aide de consignes précises; 9 % de ceux qui s'étaient autotraités chez eux à l'aide de consignes générales et 10 % de ceux qui s'étaient autotraités en clinique, en suivant des consignes générales.

Études sur la phobie du sang

Öst, Fellenius et Sterner (1991) ont comparé les effets de cinq séances de thérapie par la méthode 1) de la tension appliquée (on enseigne au patient à contracter ses muscles pour élever sa tension artérielle en présence des stimuli phobogènes), 2) de l'exposition réelle et 3) de la tension seulement (sans exposition aux stimuli phobogènes) sur 30 sujets ayant la phobie du sang (d'après les critères de la phobie spécifique du DSM-III-R). L'évaluation a été faite avant et après le traitement, de même qu'un an plus tard (suivi), à l'aide de différentes mesures (auto-évaluations, tests de comportement et évaluation des réactions physiologiques). On a constaté une amélioration significative chez tous les groupes, et les bienfaits du traitement persistaient au moment du suivi. À l'issue du traitement comme au moment du suivi effectué un an plus tard, la méthode de la tension

appliquée s'est avérée sensiblement plus efficace que l'exposition. La méthode de la tension sans exposition était elle aussi plus efficace que l'exposition, quoique très légèrement. Une amélioration cliniquement significative a été constatée, d'après des critères stricts, à l'issue du traitement, chez 90 % des sujets traités par la méthode de la tension appliquée, 80 % des sujets traités par la méthode de la tension sans exposition et 40 % des sujets traités par l'exposition. Au suivi, les pourcentages étaient respectivement de 100 %, 90 % et 50 %.

Hellström, Fellenius et Öst (1996) ont traité 30 personnes ayant la phobie du sang d'après les critères de la phobie spécifique du DSM-III-R. Ils les ont réparties en trois groupes qui ont été traités par les méthodes suivantes : 1) cinq séances de thérapie par la tension appliquée, 2) une séance (d'une durée maximale de deux heures) de thérapie par la tension appliquée et 3) une séance de thérapie (d'une durée maximale de deux heures) par la tension sans exposition aux stimuli phobogènes. En outre, tous les participants se sont vu offrir la possibilité de participer à un programme d'entretien de six mois, dans lequel ils s'adonnaient à des activités précises d'auto-exposition, consignaient leurs progrès sur des formules de surveillance et recevaient, par écrit ou par téléphone, les commentaires du thérapeute. Les trois méthodes ont entraîné une amélioration qui s'est confirmée au moment du suivi. À l'issue du traitement et au moment du suivi, les sujets des trois groupes ont été jugés guéris dans les proportions suivantes : 50 % et 60 % des personnes qui avaient suivi cinq séances de tension appliquée, 0 % et 70 % de celles qui avaient suivi une seule séance de tension appliquée et 30 % et 60 % des personnes qui avaient suivi une seule séance de tension sans exposition. À l'issue du traitement, les cinq séances de thérapie par la tension appliquée se sont avérées plus efficaces qu'une séance unique, mais au moment du suivi, on n'a pas constaté de différence significative entre les groupes. L'auto-exposition après le traitement a semblé importante, puisque 88 % des sujets qui l'ont pratiquée pendant le programme d'entretien affichaient une amélioration clinique au moment du suivi, contre 36 % des sujets qui n'avaient pas participé à ce programme.

Sommaire général et conclusions

De nombreuses études ont établi l'efficacité de la thérapie comportementale pour atténuer la phobie. Cependant, très peu de chercheurs ont évalué les résultats de thérapies fondées sur l'exposition chez des patients répondant à tous les critères de la phobie spécifique, même s'il s'agit d'un des troubles anxieux les plus fréquents. D'autres études s'imposent sur un éventail plus large de phobies (phobie des hauteurs, des orages ou de l'avion, par exemple) pour qu'on puisse évaluer l'utilité de la thérapie comportementale auprès des personnes qui

en sont atteintes. On ignore, par exemple, si certaines phobies spécifiques nécessitent un traitement plus long que d'autres. Par ailleurs, il se peut que certaines phobies spécifiques qui ont des points communs avec le trouble panique et l'agoraphobie (p. ex., la claustrophobie) puissent se traiter à l'aide de méthodes qui se sont avérées efficaces pour traiter le trouble panique (p. ex., la médication, l'exposition interoceptive ou la thérapie cognitive). On ne sait presque rien de l'efficacité de ces formules pour le traitement de différents types de phobies spécifiques.