

ARTICLES

L'EMDR et la thérapie cognitive comportementale dans le traitement du trouble panique: une comparaison

Elisa Faretta

Psychologue, psychothérapeute, gestionnaire du Centre P.I.I.E.C., superviseur, EMDR Italie

Cette étude pilote a comparé deux traitements du trouble panique, l'EMDR (désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires) et la thérapie cognitive comportementale (TCC). Le traitement était offert dans le cadre de la pratique libérale de 7 thérapeutes accrédités dont la fidélité au traitement était contrôlée tout au long de l'étude. Cinq outils d'évaluation ont été administrés lors du prétraitement, du post-traitement et du suivi après un an. Les participants des deux groupes ont montré une amélioration significative (n = 19) après 12 séances de traitement. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux thérapies, à part une fréquence plus faible des attaques de panique rapportée par les participants du groupe EMDR. L'étude actuelle a analysé à nouveau les données rapportées précédemment dans Faretta (2012). Des recherches supplémentaires sont suggérées dans ce domaine.

Mots-clés : EMDR ; thérapie cognitive comportementale (TCC) ; trouble panique ; psychothérapie

Le trouble panique (TP ; Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé [DSM-IV-TR] ; American Psychiatric Association [APA], 2000) est basé sur des états anxieux sévères récurrents suivis de préoccupations concernant leur réapparition possible ("anxiété anticipatrice"). Les attaques de panique se produisent généralement après une période de vie hautement stressante, souvent en lien avec la maladie vécue directement ou la maladie ou un décès chez un membre de sa famille, ainsi qu'avec des séparations ou d'autres difficultés relationnelles interpersonnelles (Gordeev, 2008 ; Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish & Klerman, 1989). Le TP peut être accompagné ou non d'agoraphobie (TPA), la peur de se trouver dans des lieux ou des situations dont on peut difficilement s'échapper ou qui sont gênants. La personne agoraphobe évite de nombreuses situations et limite ainsi sa vie sociale et professionnelle.

Le traitement du trouble panique

Traditionnellement, les traitements du TP, avec ou sans agoraphobie, ont consisté en des approches pharmacologiques et de thérapie cognitive comportementale (TCC), les deux étant considérées comme efficaces (Sturpe & Weissman, 2002). Selon les recommandations NICE (*National Institute of Health and Clinical Excellence*) de 2007, le traitement le plus efficace du TP est la TCC, avec une diminution significative des symptômes lors du post-traitement et le maintien du succès lors du suivi après 6 mois (Galassi, Quercioli, Charismas, Niccolai & Barciulli, 2007). De plus, une rémission totale des symptômes a été rapportée dans 75% des cas après 12 séances de traitement, avec une meilleure efficacité de la TCC par rapport au traitement pharmacologique à long terme avec l'anxiolytique Alprazolam (Kahn, van Praag, Wetzler, Asnis & Barr, 1988 ; Ost, Thulin & Ramnerö, 2004).

This article originally appeared as Faretta, E. (2013). EMDR and Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Panic Disorder: A Comparison. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 121–133. Translated by Jenny Ann Rydberg.

Certaines études (Gould, Otto & Pollack, 1995 ; Otto & Whittal, 1995) ont montré que le traitement TCC relativement “court” (12 séances) peut réduire totalement les symptômes dans 75% des cas et que les résultats obtenus sont meilleurs chez les patients ayant recours à la TCC que chez ceux recevant un traitement pharmacologique à long terme. Les résultats obtenus dans une étude de 76 patients présentant un TP, avec ou sans agoraphobie, ont montré qu’une combinaison de techniques cognitives (psychoéducation, restructuration cognitive et résolution de problèmes) et de méthodes comportementales (exposition interoceptive et in vivo) était efficace dans la rémission des symptômes aigus et le maintien du succès 6 mois après le traitement (Galassi et al., 2007). Toutefois, Leeds (2012), dans son analyse des faiblesses et limites de l’approche TCC du TPA, apporte des preuves selon lesquelles certains médicaments pourraient être associés à des résultats plus médiocres lorsque combinés avec la TCC.

La recherche sur le TP est un peu désordonnée. Une méta-analyse récente (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez & Gómez-Conesa, 2010) a montré que les preuves les plus cohérentes dans le traitement du TP soutenaient une combinaison d’exposition, d’entraînement à la relaxation et la rééducation de la respiration. Craske et ses collègues (2002) ont montré que l’exposition in vivo réduisait les attaques de panique. De manière similaire, Clark et ses collègues (1999) ont rapporté que le traitement basé sur le contrôle de la respiration réduisait les attaques de panique, tandis qu’une étude plus récente (Deacon et al., 2012) a montré que l’ajout de la réévaluation cognitive (RC) (*cognitive reappraisal*) et de la respiration diaphragmatique (RD) n’améliorait pas les bénéfices de l’exposition interoceptive (EI), et une analyse de Meuret, Wilhelm, Ritz et Roth (2003) arguait que les études sur la rééducation de la respiration échouaient à fournir une évaluation claire des apports positifs de telles techniques. Le maintien à long terme des effets thérapeutiques de la TCC fait encore l’objet de doutes (Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2000 ; Svanborg, Wistedt & Svanborg, 2008).

La conceptualisation de la panique par l’approche TCC

Selon le modèle TCC, les attaques de panique se développent à partir d’une mauvaise interprétation de symptômes corporels et d’une dramatisation associée (Hofmann et al., 2007 ; Rovetto, 2003). Dans ce modèle, le concept clé pour comprendre le trouble panique correspond à l’attribution de conséquences

terribles à des sensations corporelles, plutôt que les sensations elles-mêmes. Les vertiges et la tachycardie peuvent s’interpréter, par exemple, comme une crise cardiaque imminente ; théoriquement, ces pensées augmentent la perception du malaise physique, confirmant l’impression d’un danger qui se prépare et générant ainsi des interprétations catastrophiques (“je suis en train de mourir”) et une anxiété accrue dans une spirale d’événements. Ce modèle du “cercle vicieux” considère en particulier que l’attaque de panique est le résultat d’une série d’événements qui se succèdent de manière circulaire (Barlow, 1988 ; Clark et al., 1999). Il est important de noter que ce modèle suggère que la modification de ce parti pris cognitif est essentielle à la réduction des symptômes. D’autres facteurs sont également importants dans la prédiction de la diminution des symptômes de panique (e.g., des pensées sur la probabilité d’avoir une attaque de panique à l’avenir ; Cho, Smits, Powers & Telch, 2007).

La TCC des attaques de panique emploie des stratégies destinées à surmonter les symptômes à travers un processus de déconditionnement (relaxation, exposition in vivo) et favorisant une approche plus adaptative et cognitivement adéquate (“restructuration cognitive”). Les interventions TCC incluent typiquement (a) l’apport d’informations sur la nature et la physiologie de l’anxiété et de la panique, (b) des techniques cognitives en vue de modifier la tendance à donner une interprétation catastrophique aux sensations corporelles, (c) l’exposition à des sensations corporelles et (d) des stratégies pour gérer les symptômes physiques. La TCC peut être introduite à toute étape du traitement : depuis la prévention primaire jusqu’aux patients réfractaires aux autres types de traitement.

La recherche EMDR sur le trouble panique

Il semble raisonnable de penser que l’EMDR, en tant que thérapie fondée sur les preuves pour le traitement du trauma (Bisson, Brayne, Ochberg & Everly, 2007), pourrait également avoir des effets sur les attaques de panique (réduisant la fréquence et la peur des attaques futures et des sensations corporelles associées) qui sont souvent perçues comme des expériences traumatiques (Faretta, 2012). Le potentiel thérapeutique de l’EMDR pour traiter le TP a d’abord été évoqué par Goldstein et Feske (1994) qui ont étudié sept patients atteints du TP. L’EMDR standard a été appliqué à des cibles telles que le premier et le pire épisode d’attaque de panique, des événements de vie en lien avec la panique et les attaques de panique anticipées. Les résultats montraient une diminution significative de la

fréquence des attaques de panique, de la peur d'avoir une attaque (anxiété anticipatrice), des sensations corporelles et de l'ampleur de la maladie décrite après seulement cinq séances d'EMDR, en comparaison du groupe contrôle (liste d'attente) (voir aussi Goldstein, de Beurs, Chambless & Wilson, 2000).

Ce premier rapport a été suivi de deux études de comparaison contrôlée. Feske et Goldstein (1997) ont comparé les effets de cinq séances d'EMDR avec une procédure similaire employant l'exposition et le retraitement par la fixation oculaire (ERFO) plutôt que les mouvements oculaires bilatéraux. Lors du post-test, huit participants EMDR avaient atteint un fonctionnement moyen à supérieur en comparaison d'un seul participant ERFO et d'aucun participant de la liste d'attente. Cependant, lors du suivi après trois mois, les deux traitements montraient des effets statistiquement équivalents. Goldstein et ses collègues (2000) ont observé moins de bénéfices pour les patients TP utilisant l'EMDR en comparaison d'une procédure nommée "thérapie d'association et de relaxation". Les résultats limités de ces deux études ont été interrogés au niveau du protocole de recherche et de la fidélité aux principes thérapeutiques de l'EMDR (voir les discussions dans Fernandez & Faretta, 2007 ; Leeds, 2012). Fernandez et Faretta (2007) et Leeds (2012) ont critiqué cette étude, exprimant l'opinion selon laquelle les chercheurs n'ont pas offert de séances suffisantes pour la préparation et le développement de la relation thérapeutique, n'ont pas identifié ou retraité de souvenirs d'expériences infantiles défavorables ou de traumatismes, n'ont pas retraité les indices et déclencheurs présents tels que les sensations physiques désagréables associés aux attaques de panique et n'ont pas préparé les participants aux situations futures.

Ces auteurs ont également suggéré que, pour obtenir des effets stables du traitement, les protocoles de recherche doivent prendre en compte la durée de la thérapie requise par les patients individuels. En résumé, comme Faretta et Fernandez (2003, 2006) le recommandent, des recherches contrôlées et bien conçues sont nécessaires afin d'étudier l'efficacité relative de l'EMDR, de la TCC et des interventions pharmacologiques dans le traitement du TP.

La conceptualisation EMDR de la panique en tant qu'événement traumatique et vulnérabilité au TP

Une attaque de panique pourrait constituer une expérience traumatique en elle-même, puisqu'une personne peut se sentir si terrifiée par cette "peur illimitée et

incontrôlable" qu'elle pense qu'elle va mourir (Faretta, 2001). Essentiel dans l'approche EMDR, le modèle du traitement adaptatif de l'information (TAI) propose que les expériences infantiles encodées de manière inadaptée forment la base de la résilience affaiblie et des perceptions erronées d'expériences stressantes se produisant ultérieurement (Shapiro, 2001). C'est pourquoi le modèle TAI prédit que l'EMDR pourrait être utile en tant que traitement du TP afin de (a) résoudre les expériences défavorables et traumatiques précoces qui fonctionnent en tant que facteurs de déclenchement et de prédisposition qui contribuent à l'émergence de symptômes au cours de périodes de stress ultérieures, (b) résoudre les souvenirs des attaques de panique (la première, la pire, la dernière), (c) résoudre les déclencheurs actuels en lien avec la panique dans le présent, et (d) préparer à des expériences futures.

L'approche EMDR permet au thérapeute à la fois d'agir en faveur de la reconstruction des éléments qui ont pu forgé le commencement des symptômes typiques des attaques de panique et d'intervenir directement à un niveau neurophysiologique pour favoriser le retraitement des éléments stockés en mémoire de manière dysfonctionnelle et exprimés de façon récurrente dans les attaques de panique. Goldstein (1995) a observé que les patients présentant un TP ou un TPA ont souvent déconnecté ou dissocié des expériences formatrices de la composante affective actuelle du réseau mnésique inadapté. Lorsque le réseau est déclenché, les patients peuvent entrer dans un état similaire à une attaque de panique qui dure des heures. Parfois ces expériences formatrices peuvent se trouver parmi les souvenirs de la petite enfance. Par conséquent, dans l'approche EMDR, il importe qu'un protocole spécifique pour le TP soit utilisé afin de favoriser l'identification et l'élaboration des expériences perturbantes en lien avec l'histoire individuelle du patient et des expériences qui sont susceptibles d'avoir contribué au développement du trouble et qui peuvent être résolues dans le contexte thérapeutique.

Tant Faretta et Fernandez (2006) que Leeds (2009, 2012) ont décrit des formes particulières d'expériences infantiles qui peuvent contribuer au TPA. Dans un cas, les événements traumatiques de l'histoire d'un patient présentant un trouble panique comprenaient le fait d'avoir été envoyé vivre avec ses grands-parents, d'avoir été coincé dans un ascenseur le jour de la naissance de son frère, et une tentative de braquage à l'âge de 9 ans (Faretta & Fernandez, 2006). Leeds (2009) suggère que les expériences formatrices inadaptées de la petite enfance – incluant les séparations parentales, une éducation stricte, une éducation superficielle sans compréhension empathique, la maladie parentale, les

négligences, parmi d'autres expériences – pourraient contribuer à l'émergence du TP ou TPA et devraient alors être sélectionnées comme cibles pour le retraitement EMDR. Des facteurs additionnels qui peuvent être associés à des états anxieux et à la panique comprennent des facteurs médicaux ou de style de vie, le manque de sommeil et même la consommation excessive de caféine (Leeds, 2012).

La présente étude

La présente étude était destinée à déterminer l'efficacité relative de l'EMDR en utilisant notre protocole spécifique (décrit ci-dessous) en comparaison de la TCC dans le traitement du TP avec ou sans agoraphobie. Les bénéfices du traitement étaient évalués en termes de (a) l'efficacité temporelle (particulièrement les premières améliorations observées pendant les séances de thérapie) et surtout (b) la stabilité du changement (absence d'attaques de panique et d'autres symptômes après la fin de la thérapie et au cours du temps), mais aussi (c) la stabilité de la qualité (renforcement des compétences acquises afin de prévenir la rechute). L'hypothèse était émise selon laquelle notre protocole EMDR renforcerait les effets thérapeutiques pour le TP sur de multiples dimensions en comparaison d'un protocole TCC standardisé.

Méthode

Participants

L'échantillon initial était composé de 20 participants (12 femmes et 8 hommes) d'âges variés (entre 20 et 50 ans). Dix sujets ont été traités en EMDR et les dix autres en TCC (avec un abandon du traitement parmi les sujets TCC). L'attribution à la condition du traitement n'était pas randomisée. Le choix provenait de la formation des thérapeutes que les patients consultaient spontanément. Puisque cette étude a été initiée en tant que recherche pilote et que la décision de participer au protocole de recherche relevait du thérapeute individuel informé, il était possible de combiner un nombre réduit de patients. Chaque participant était invité à signer un consentement éclairé. À l'exception de la personne qui a abandonné les séances (en raison d'une mutation professionnelle), tous les patients ont terminé le traitement. Les données démographiques des participants ayant terminé le traitement se trouvent dans le Tableau 1. Les participants sélectionnés répondaient aux critères du trouble panique avec ou sans agoraphobie du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition (DSM-IV) ; ils étaient exclus s'ils présentaient une comorbidité avec d'autres troubles psychologiques graves ou des

TABLEAU 1. Données démographiques pour les participants ayant terminé le traitement (n = 19)

Mesure	Nombre	EMDR	TCC	TOTAL
Age	m (σ)	35,3 (8,78)	34,1 (5,99)	34,7 (7,34)
Sexe	Masculin/féminin	4/6	3/6	7/12
Niveau d'études	Ecole primaire		1	1
	Collège	1	3	4
	Lycée	4	3	7
	Université	5	1	6
Etat civil	Célibataire	5		5
	Marié(e)	2	1	3
	Union libre	3	4	7
	Séparé/divorcé		3	3
Profession	Veuf/veuve		1	1
	Chômage	1	2	3
	Etudiants	3	1	4
	Salariés	2	6	8
Agoraphobie	Indépendants	4		
	Avec	2	5	7
	Sans	8	4	12

maladies somatiques graves. En particulier, les critères d'inclusion/exclusion étaient (a) un diagnostic DSM-IV principal de TP avec ou sans agoraphobie ; (b) âge entre 18 et 65 ans ; (c) pas de consommation de produits illicites ou de pharmacodépendance au cours des 6 derniers mois ; (d) absence d'un potentiel suicidaire actif au cours des 6 derniers mois ; (e) absence de toute histoire de psychose, de trouble bipolaire I, de trouble bipolaire II ou de cyclothymie ; (f) pas de demande actuelle, en cours ou accordée, d'allocations d'invalidité pour raisons médicales ; (g) pas de déficience cognitive significative ; (h) absence d'une maladie médicale générale non contrôlée actuelle nécessitant une intervention ; et (i) absence d'un traitement psychothérapeutique simultané de l'anxiété et de la panique.

A la ligne de base, certains participants (deux dans le groupe EMDR et quatre dans le groupe TCC) suivaient un traitement médicamenteux. A l'origine, le plan de l'étude prévoyait une comparaison entre deux groupes sous traitement psychologique et un troisième groupe sous traitement médicamenteux. Par la suite, il a été décidé d'inclure les patients prenant des médicaments dans les groupes de traitement psychologique. Tout au long du traitement prolongé en TCC ou en EMDR, tous les patients étaient suivis par un psychiatre qui réduisait leur prise de médicaments. Dans le groupe EMDR, une personne a cessé de prendre des médicaments après 6 séances et l'autre après 8 séances ; dans le groupe TCC, un patient a cessé les médicaments après 8 séances, deux après 10 séances et un après 13 séances. A la fin de l'étude, tous les participants des deux groupes avaient cessé leur prise de médicaments.

Mesures

Des évaluations ont été administrées par les thérapeutes respectifs sous la supervision du thérapeute responsable de l'analyse statistique. Un ensemble de tests a été sélectionné en vue d'évaluer le processus du TP avec ou sans agoraphobie pour les deux traitements. A cette fin, les outils suivants ont été retenus :

- *Inventaire de l'anxiété état-trait* (State-Trait Anxiety Inventory [STAI-Y1] ; Spielberger, 1989) : un instrument papier-crayon pour l'évaluation de l'anxiété tant de trait que d'état ; la forme Y, sa version la plus populaire, comporte 20 items pour l'évaluation de l'anxiété de trait et 20 items pour l'anxiété d'état. Les items d'anxiété d'état comprennent : "je suis tendu(e) ; je suis inquiet/inquiète" et "je suis calme ; je me sens en sécurité". Les items d'anxiété de trait incluent "je m'inquiète trop pour des choses qui n'ont pas vraiment d'importance" et "je suis

content(e) ; je suis quelqu'un de stable". Tous les items sont cotés sur une échelle en 4 points (e.g., de *presque jamais* à *presque toujours*). Les scores élevés indiquent une anxiété importante. Les coefficients de cohérence interne de l'échelle ont varié entre 0,86 et 0,95 ; les coefficients de fiabilité test-retest ont varié entre 0,65 et 0,75 sur un intervalle de 2 mois (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vaag & Jacobs, 1983). Les coefficients test-retest de cette mesure dans cette étude variaient entre 0,69 et 0,89. Des preuves conséquentes attestent de la validité de construit et concomitante de l'échelle (Spielberger, 1989). Dans cette étude, nous avons décidé de ne mesurer que l'anxiété d'état car nous étions intéressés à repérer le niveau d'anxiété éprouvé par le patient au moment des attaques de paniques, au début de, pendant et après la thérapie.

- *Echelle de symptômes associés à la panique* (Panic-Associated Symptom Scale [PASS] ; Argyle et al., 1991) : un instrument en 9 items administré par le clinicien, conçu pour mesurer la sévérité de certains symptômes du TPA. Cette échelle requiert que le patient reçoive d'abord une psychoéducation sur le TPA puis complète un journal (afin de noter quotidiennement la fréquence des attaques de panique) pendant une semaine. Ensuite cet instrument vérifie le nombre d'attaques de panique, à la fois situationnelles et inattendues ainsi que le pourcentage du temps passé avec une anxiété anticipatrice. Le PASS inclut cinq échelles d'évaluation : les trois premières (attaques situationnelles, inattendues et avec symptômes limités) sont cotées sur une échelle en quatre points, concernant l'intensité et la fréquence des attaques de panique. Les deux autres échelles (anxiété anticipatrice en lien avec la panique et le niveau de détresse) mesurent l'intensité et la durée de ces sentiments. Cette échelle a été évaluée lors du prétraitement, après 12 séances de psychothérapie (environ 12 semaines), lors du post-traitement (24 semaines) et lors du suivi (après 3 mois et un an).
- *Echelle de phobie de Marks-Sheehan* (Marks-Sheehan Phobia Scale [MSPS] ; Sheehan, 1983) : dérivé du Questionnaire de la peur (Fear Questionnaire ; Marks & Matthews, 1979), le MSPS est basé sur la recherche en psychopharmacologie clinique. Il indique les quatre phobies qui sont les plus perturbantes pour le patient, celles pour lesquelles il a besoin d'un traitement ; puis il explore, à travers 13 items, différents aspects des phobies, incluant les symptômes d'agoraphobie (e.g., les grands espaces ouverts), la peur de perdre le contrôle et, enfin, il apporte un score global des symptômes

phobiques. La caractéristique principale de l'échelle est d'investiguer, pour chaque item, le degré à la fois de peur et d'évitement à travers des échelles avec un "point d'ancrage", le premier en 11 points (0-10) et le second en 5 points (0-4). Le score global est exprimé sur une échelle visuelle analogique en 11 points. Il s'agit d'une échelle largement utilisée dans la recherche psychopharmacologique clinique auprès de patients présentant des phobies et le trouble panique ou l'agoraphobie.

- *Echelle SCL-90 révisée* (Symptom Checklist-90-Revised [SCL-90-R]; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) : une évaluation papier-crayon en 90 items portant sur la présence et la sévérité des symptômes de détresse psychologique au cours de la semaine écoulée dans différents domaines. Les participants doivent répondre aux 90 items du SCL-90-R en utilisant une échelle d'évaluation en 5 points. Environ 12–15 minutes sont nécessaires pour répondre à tous les items. Le SCL-90-R est un instrument établi et dispose de plus de 1000 études indépendantes qui soutiennent sa fiabilité et sa validité. Le score de coefficient de cohérence interne variait entre 0,90 pour la dépression et 0,77 pour le psychoticisme. La fiabilité test-retest a été rapportée à 0,80-0,90 avec un intervalle d'une semaine. Les neuf sous-échelles primaires sont bien corrélées avec l'inventaire multiphasique de la personnalité du Minnesota.

Procédures

La recherche a été menée au cours de la période 2008–2012. Le recrutement des participants (thérapeutes et patients) a été réalisé à l'aide de quelques collègues qui étaient prêts à apporter leur expertise à la création d'un premier petit échantillon pour une étude pilote.

Cela a été organisé en accord avec l'expérience et la formation professionnelles antérieures (TCC ou EMDR) des thérapeutes qui étaient engagés à suivre les directives internationales des traitements respectifs. Il y avait quatre étapes :

Etape préliminaire : première évaluation diagnostique selon les critères DSM-IV, consentement éclairé, évaluation de la ligne de base effectuée par le thérapeute traitant.

Etape de traitement : EMDR ou TCC.

Etape d'évaluation : nouvelle administration des outils par le thérapeute traitant lors des semaines 12 et 24, puis lors des suivis après 3 et 12 mois (dans le cabinet du thérapeute si possible, ou par téléphone ou courriel).

Etape de restitution : discussion à propos de tous les résultats d'évaluation avec les participants à la fin du traitement et lors de l'évaluation de suivi.

Traitements

L'attribution au traitement EMDR ou TCC n'était pas randomisée puisque les patients choisissaient leurs thérapeutes respectifs. Les patients sélectionnaient spontanément leur thérapeute par le biais de recherches sur Internet (recherche Google ou sur le site web de l'association EMDR Italie ou sur le site Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva [AIAMC]) à la recherche de professionnels pouvant les aider à résoudre leur problème. Parmi les sept thérapeutes impliqués, trois employaient la TCC et quatre l'EMDR. Tous les thérapeutes étaient disponibles pour leurs patients pendant la semaine entre les séances de thérapie au cas où les patients se tournaient spontanément vers eux pour surmonter leur détresse. Dans le groupe EMDR, seul un patient a demandé le soutien du thérapeute à une occasion ; dans le groupe TCC, seul un patient a demandé le soutien du thérapeute, au total à trois reprises. Chaque thérapeute de chaque condition de traitement possédait plusieurs années d'expérience. Tous les thérapeutes étaient supervisés par un superviseur expérimenté (un superviseur TCC ou EMDR) qui était responsable de contrôler la fidélité du traitement et d'aider les thérapeutes à gérer les questions et les problèmes qui émergeaient au cours de l'évaluation et du traitement des patients. Des réunions de supervision étaient régulièrement convenues pour permettre la discussion des développements observés dans la thérapie.

Traitement EMDR. Les patients demandant un traitement EMDR de la part des thérapeutes participants étaient d'abord évalués afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ceux répondant aux critères signaient le consentement éclairé afin de participer à cette étude. Ensuite ils se voyaient administrer les outils d'évaluation de la ligne de base par le thérapeute traitant. La thérapie EMDR suivait le modèle en 8 phases décrit par Shapiro (1999, 2001 ; Leeds, 2009) avec les ajouts suivants. Au cours de la Phase 2 (psychoéducation), les informations sur la panique étaient incluses ; et au cours de la Phase 3 (retraitement des cibles), les événements passés comprenaient les stressors sous-jacents aux premières attaques de panique s'ils étaient identifiés, la première attaque de panique, la pire attaque de panique, l'attaque de panique la plus récente, les expériences contributives infantiles d'un abandon perçu, d'humiliation, de peur, et de renversements précoces des rôles adulte-enfant. Les stimuli actuels sur lesquels on se centre concernent les indices externes et internes associés aux attaques de panique,

et les scénarios futurs (pour les indices externes et internes) dans lesquels les patients s'entraînent à confronter ces indices à l'avenir. Le protocole complet est disponible auprès de l'auteur.

Des facteurs de prédisposition communs (expériences contributives) chez ces patients comprenaient une histoire de séparation d'avec la famille, une maladie prolongée d'un parent, des maltraitances de la part d'un proche, des agressions, une intervention chirurgicale ou l'abandon. L'apparition du TP semblait s'expliquer par l'apparition de déclencheurs qui réactivaient les expériences traumatiques passées, incluant la séparation, l'endeuilement, la maladie, l'échec et/ou une période de stress prolongé. Des situations où le patient pensait qu'il allait mourir (par exemple, par suffocation) étaient sélectionnées en tant que cibles pour le retraitement. Chaque patient était invité à décrire son autoévaluation négative la plus fréquente (cognition négative) associée aux attaques de panique. Pour chaque cognition négative, des expériences de vie défavorables ou traumatiques antérieures étaient identifiées en tant que cibles à retraiter. Par exemple, pour les cibles en lien avec la maladie ou l'endeuilement, une cognition négative typique était "je vais mourir" ; pour la séparation, les violences et les conflits familiaux, "je n'ai aucun contrôle" ; pour les expériences de menace ou de danger, "je suis à la merci de" ; et pour les proches atteints de problèmes de santé mentale, "je vais devenir fou". Les patients EMDR étaient encouragés à tenir un journal en y notant leurs observations sur soi entre les séances de thérapie, mais mis à part le PASS, il ne leur était pas demandé d'effectuer de tâche particulière en lien avec l'EMDR.

Traitement TCC. Les patients demandant un traitement TCC aux thérapeutes participants étaient d'abord évalués pour déterminer s'ils répondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Ceux qui répondaient à ses critères remplissaient un consentement éclairé pour participer à cette étude. Ensuite le thérapeute traitait leur administrait les outils d'évaluation de la ligne de base. Pour les patients TCC, les directives spécifiques pour le trouble panique (NICE) étaient suivies. Le protocole est constitué des points suivants :

Phase de diagnostic et d'évaluation :

Histoire du client

Analyse de l'histoire du trouble panique du patient ainsi que de toutes les situations craintes et évitées

Analyse fonctionnelle antécédent-comportement-conséquence (ACC)

Préparation d'une hypothèse d'intervention : plan thérapeutique et définition des objectifs et des outils d'évaluation

Phase de psychoéducation :

Psychoéducation sur le TP avec références aux dimensions physiologiques, comportementales, cognitives et liées à l'anxiété anticipatrice
Analyse des composants cognitifs dysfonctionnels en lien avec les situations de panique
Restructuration cognitive

Phase d'entraînement à la relaxation et aux techniques de respiration :

Entraînement à la gestion des symptômes en lien avec la panique
Gestion de l'hyperventilation
Entraînement aux techniques de respiration et de relaxation (méthodes Jacobson ; entraînement autogène)

Phase d'exposition imaginaire :

Utilisation de techniques d'exposition imaginaire pour les situations craintes réelles
Désensibilisation systématique (depuis la situation la moins crainte jusqu'à la plus crainte)
Généralisation à d'autres situations redoutées
Gestion de l'anxiété anticipatrice

Phase de généralisation :

Phase d'évaluation des résultats et renforcement des aptitudes de l'individu à affronter diverses situations

Tâches à effectuer entre les séances :

Les participants étaient invités à réaliser des tâches hebdomadaires en plus de compléter le PASS, en tenant un journal de leurs activités physiques et de leurs pensées, en utilisant la rééducation de la respiration ainsi que les exercices de relaxation. Les tâches étaient attribuées par le thérapeute sur une base individuelle selon l'état du patient et de la progression de la thérapie et des symptômes présents. Le temps consacré aux tâches et leur nature n'était pas documentés.

Résultats

Cette étude a analysé à nouveau les données rapportées précédemment dans Faretta (2012) qui possèdent plusieurs facteurs limitants, incluant un échantillon réduit, non randomisé, une distribution inégale de l'agoraphobie (56% dans le groupe TCC vs 20% dans le groupe EMDR) et une large gamme d'âges (adolescent- adulte). Il est reconnu que l'emploi de plusieurs mesures avec un échantillon aussi réduit augmente le taux d'erreur dans les analyses, entraînant le besoin d'une analyse modérée (Wilson VanVoorhis & Morgan, 2007). Tel que noté dans la section "Discussion" ci-dessous, en regard des résultats limités de deux études comparatives antérieures

du traitement EMDR du TPA (Feske & Goldstein, 1997 ; Goldstein et al., 2000), les résultats de cette étude pilote étaient encore considérés comme suffisamment intéressants pour mériter une analyse supplémentaire. Les résultats de cette étude concernaient principalement la performance de chacun de ces groupes, EMDR et TCC, sur chacun des quatre instruments d'évaluation. Toutes les ANOVA ont été menées à un niveau de signification de 0,05. Les comparaisons entre les groupes dans chaque phase de traitement sont rapportées avec des analyses de mesures répétées. Comme il n'y a pas de sphéricité présumée selon le test de Mauchly, la correction de Greenhouse-Geisser a été utilisée.

Diagnostic

Avant le traitement, tous les participants répondaient aux critères DSM-IV pour le diagnostic de TP. Tous les participants ont également été évalués selon les critères DSM-IV pour le trouble panique à la fin du traitement (mais pas lors du suivi). A la fin du traitement, aucun sujet du groupe EMDR ne répondait aux critères du TP et un seul y répondait dans le groupe TCC. Lors de l'évaluation d'admission, deux patients du groupe EMDR répondaient aux critères de l'agoraphobie tout comme cinq patients du groupe TCC. Après

le traitement, aucun patient du groupe EMDR ni aucun du groupe TCC ne répondait aux critères de l'agoraphobie, bien que certains symptômes agoraphobiques fussent toujours rapportés dans le groupe TCC après le traitement (voir Tableau 1).

Echelle de symptômes associés à la panique (*Panic-Associated Symptom Scale [PASS]*)

Le PASS mesurait la fréquence et l'intensité des attaques de panique au cours de la semaine écoulée (voir Figure 1). Concernant l'intensité des attaques, le groupe EMDR montrait une amélioration entre le prétraitement $m = 1,40$ (0,56) et le post-traitement $m = 0,03$ (0,10), se maintenant lors du suivi après un an $m = 0,00$ (0,00). Le groupe TCC a montré une amélioration au niveau de l'intensité entre le prétraitement $m = 1,26$ (0,81) et le post-traitement $m = 0,48$ (0,58) se maintenant lors du suivi $m = 0,41$ (0,43). Les mesures ANOVA répétées ont montré un effet principal du temps, indiquant que les deux traitements produisaient des changements significatifs au cours du temps ($F[1,43 ; 24,35] = 53,486, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,759$), mais pas d'effet du traitement et pas d'interaction significative temps x traitement, indiquant que les deux traitements produisaient des patterns et une taille d'effet similaires (voir Figure 1).

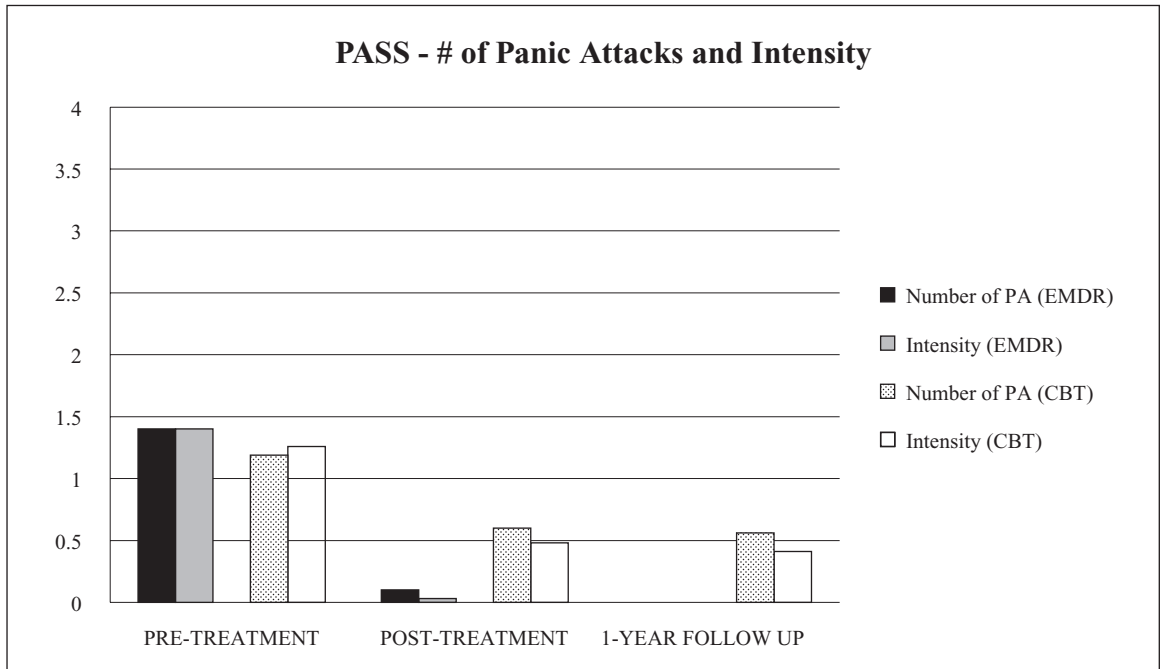


FIGURE 1. Scores moyens des groupes EMDR et TCC sur le PASS.

Note. PASS - # of Panic Attacks and Intensity = PASS - # d'attaques de panique et intensité ; Number of PA (EMDR) = nombre d'AP (EMDR) ; Intensity (EMDR) = intensité (EMDR) ; Number of PA (CBT) = nombre d'AP (TCC) ; Intensity (CBT) = intensité (TCC) ; Pre-treatment = prétraitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

Concernant la fréquence des attaques, le groupe EMDR montrait une diminution du nombre d'attaques de panique entre le prétraitement $m = 1,47$ (0,59) et le post-traitement $m = 0,10$ (0,22), maintenue lors du suivi après un an $m = 0,00$ (0,00) ; de manière similaire, le groupe TCC a montré une diminution du nombre d'attaques entre le prétraitement $m = 1,19$ (0,72) et le post-traitement $m = 0,59$ (0,49) maintenue lors du suivi $m = 0,56$ (0,47). Une ANOVA de mesures répétées a montré une interaction significative temps x traitement pour le PASS (fréquence des attaques de panique), $F(1,217 ; 20,695) = 7,119$, $p = 0,011$, $\eta_p^2 = 0,295$, ce qui indique que le groupe EMDR différait quant à la manière dont la fréquence des attaques de panique se modifiait au cours du temps (T_0 , T_1 , T_2). Une ANOVA à un facteur portant sur les moyennes générales obtenues lors de chaque phase de traitement a montré une non significativité pour la comparaison entre les deux groupes lors du prétraitement ($F[1, 18] = 0,96$, $p = 0,34$), une significativité lors du post-traitement ($F[1, 18] = 9,27$, $p = 0,01$) et une significativité lors du suivi après un an ($F[1, 18] = 22,95$, $p < 0,001$). Les résultats indiquent que les participants du groupe EMDR rapportaient significativement moins d'attaques de panique après le traitement.

STAI-Y1

Sur le STAI-Y1, une diminution des symptômes anxieux est évident dans les deux groupes, entre le prétraitement, EMDR $m = 66,20$ (15,27), TCC $m = 58,78$ (16,99), le post-traitement EMDR $m = 44,20$ (3,85), TCC $m = 49,22$ (10,97) et le suivi, EMDR $m = 42,60$ (11,77), TCC $m = 54,78$ (7,67). L'ANOVA à mesures répétées a montré un effet principal significatif du temps ($F[1,31 ; 22,33] = 11,413$, $p = 0,001$, $\eta_p^2 = 0,402$), mais pas d'effet du traitement et pas d'interaction significative temps x traitement, indiquant que les deux traitements produisaient des patterns et des tailles d'effet similaires (voir Figure 2).

Echelle de phobie de Marks-Sheehan

Les diminutions sur l'échelle de phobie, telles qu'illustrées dans la Figure 3, pour chaque type de phobie évaluée, sont visuellement apparentes dans les deux groupes. L'ANOVA à mesures répétées montrait un effet principal significatif du temps ($F[1,23 ; 20,87] = 30,534$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,642$), mais pas d'effet du traitement et pas d'interaction temps x traitement significative, indiquant que les deux traitements produisaient des patterns et des tailles d'effet similaires.

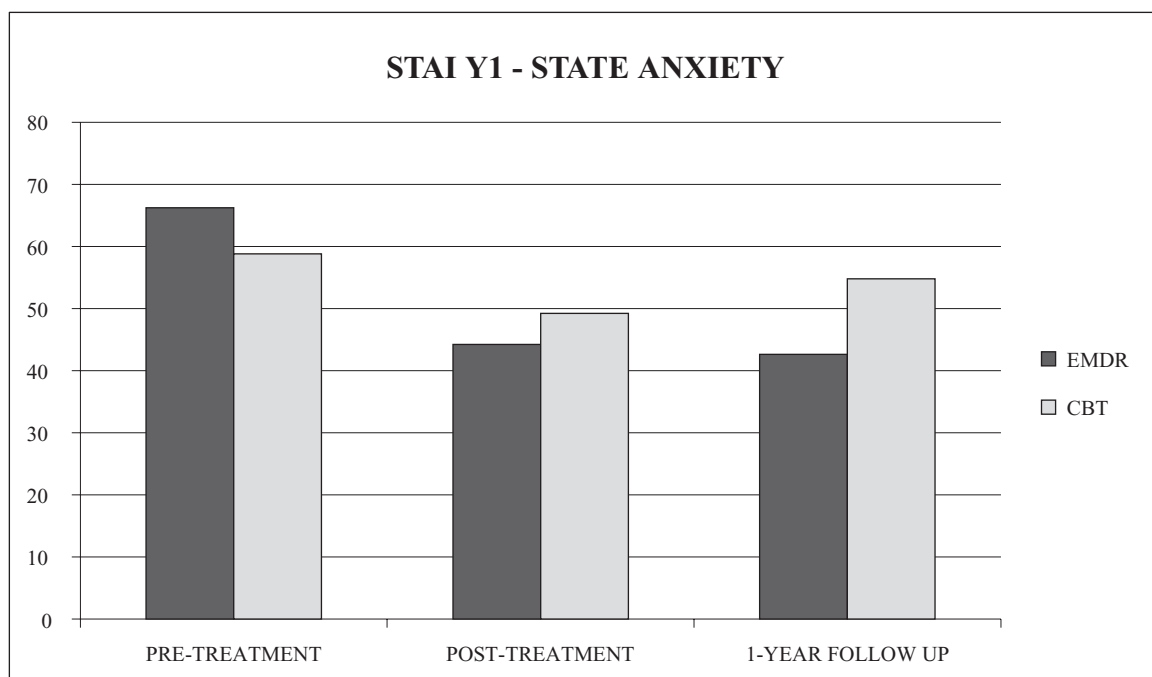


FIGURE 2. Comparaisons entre les moyennes des groupes EMDR et TCC sur le STAI-Y1.

Note. STAI Y1 State Anxiety = anxiété d'état STAI-Y1 ; EMDR = EMDR ; CBT = TCC ; Pre-treatment = pré-traitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

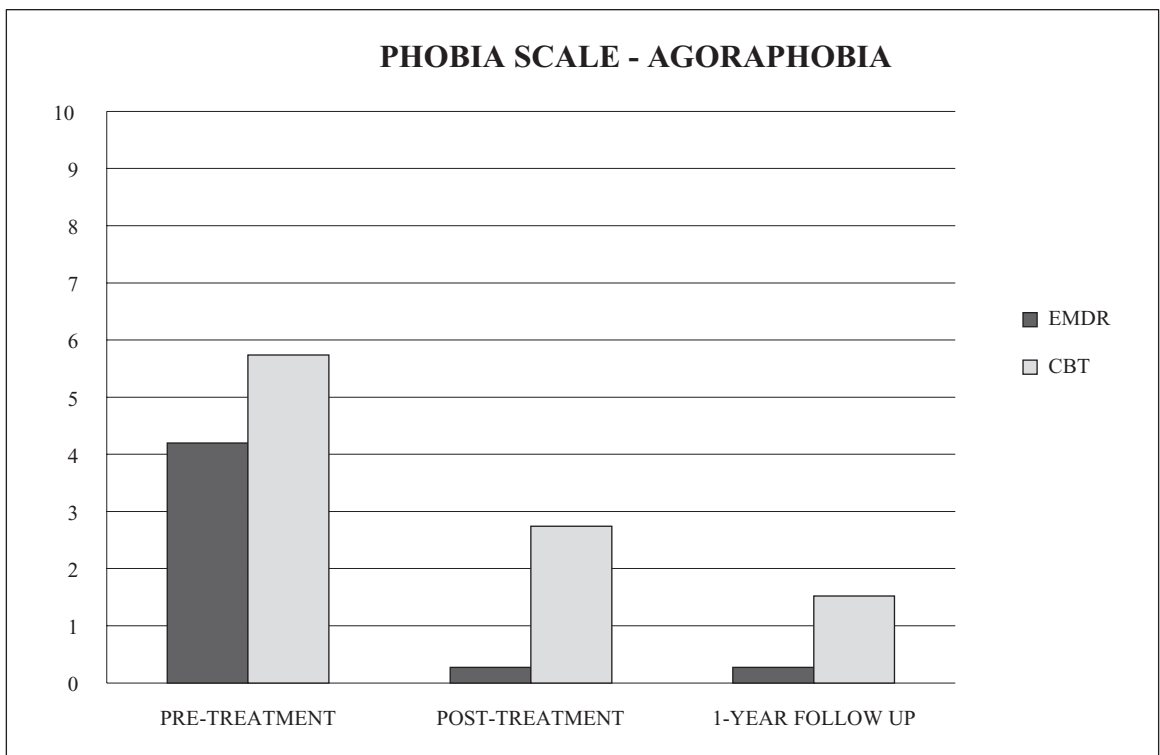


FIGURE 3. Niveaux moyens d'agoraphobie sur l'échelle de phobie dans les deux groupes à travers toutes les évaluations.

Note. Phobia Scale – Agoraphobia = Echelle de phobie – agoraphobie ; EMDR = EMDR ; CBT = TCC ; Pre-treatment = prétraitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

Echelle SCL-90 révisée (SCL-90-R)

Ce pattern de résultats était évident pour le SCL-90-R également, tel qu'illustré par les Figures 4, 5 et 6. Les diminutions sur l'indice global de sévérité (IGS) et sur les sous-échelles pour l'anxiété anticipatrice et l'anxiété phobique sont visuellement apparentes. L'ANOVA à mesures répétées montrait un effet principal significatif du le temps ($F [1,09 ; 18,28] = 43,414, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,719$), mais pas d'effet du traitement ni d'interaction temps x traitement significative, indiquant que les deux traitements produisaient des patterns et des tailles d'effet similaires.

Discussion

Dans cette étude pilote, 12 séances de traitement suffisaient à traiter efficacement le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Les résultats de cette étude suggèrent que le traitement EMDR du trouble panique (tant avec que sans agoraphobie) s'avère tout aussi efficace que la TCC et que l'EMDR pourrait être plus efficace dans la réduction de la fréquence des attaques de panique. Dans cette étude, des résultats similaires étaient apparents pour les quatre instruments d'évaluation décrits ici – reflétant l'anxiété

état-trait, l'anxiété anticipatrice, l'anxiété phobique, le nombre et l'intensité des attaques de panique, ainsi que la détresse générale – montrant une amélioration similaire des symptômes lors du post-traitement et du suivi dans les deux groupes.

L'un des résultats importants de cette étude correspond au fait que les effets étaient maintenus lors du suivi après un an. Ceci est en opposition avec les études contrôlées, de plus grande envergure, de Feske et Goldstein (1997) et de Goldstein et al. (2000), qui toutes deux indiquaient que les effets positifs post-traitement n'étaient pas maintenus lors du suivi.

Faretta et Fernandez (2006) ainsi que Leeds (2012) ont déjà suggéré que le traitement EMDR du TP et du TPA pourrait aider à éliminer les symptômes de panique et d'agoraphobie en un nombre réduit de séances lorsque les plans de traitement généraux mettent en œuvre une fidélité aux protocoles proposés par les auteurs des premiers rapports de cas positifs et décrits par la créatrice de l'EMDR (Shapiro, 2001). Même si les deux études contrôlées, de plus grande envergure, de Feske et Goldstein (1997) et de Goldstein et al. (2000) démontraient une bonne fidélité procédurale, aucune n'a suivi de tels plans de traitements généraux.

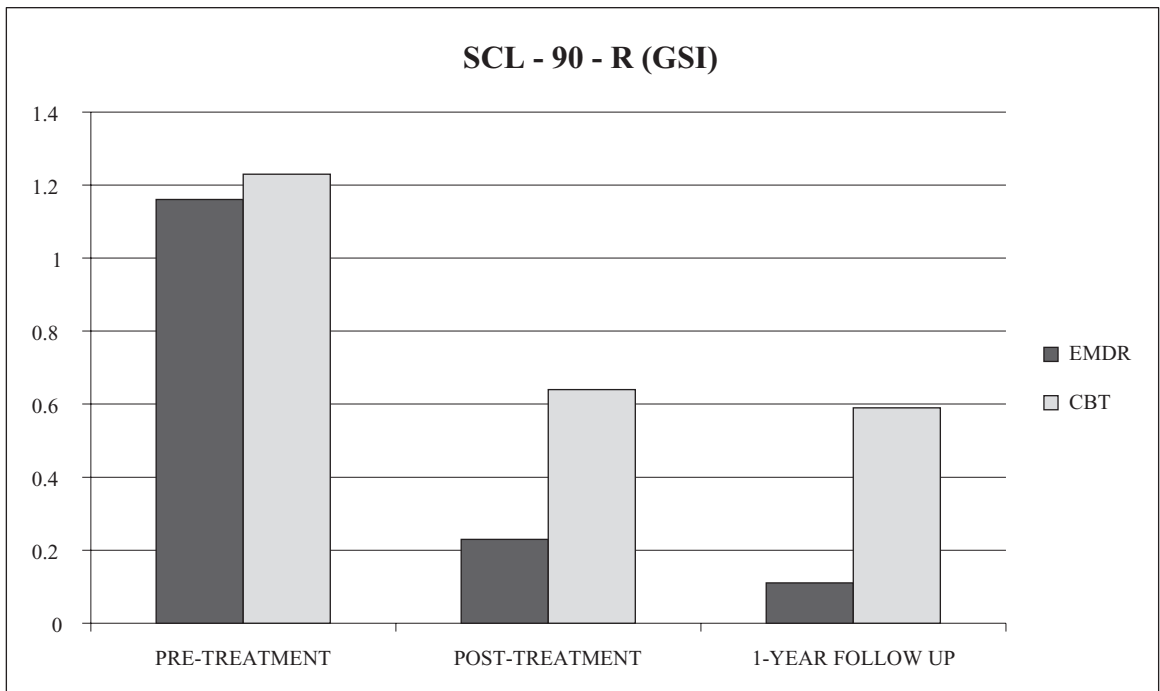


FIGURE 4. Moyenne de l'indice global de sévérité (IGS) du SCL-90-R.
Note. SCL-90-R (GSI) = SCL-90-R (IGS) ; EMDR = EMDR ; CBT = TCC ; Pre-treatment = prétraitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

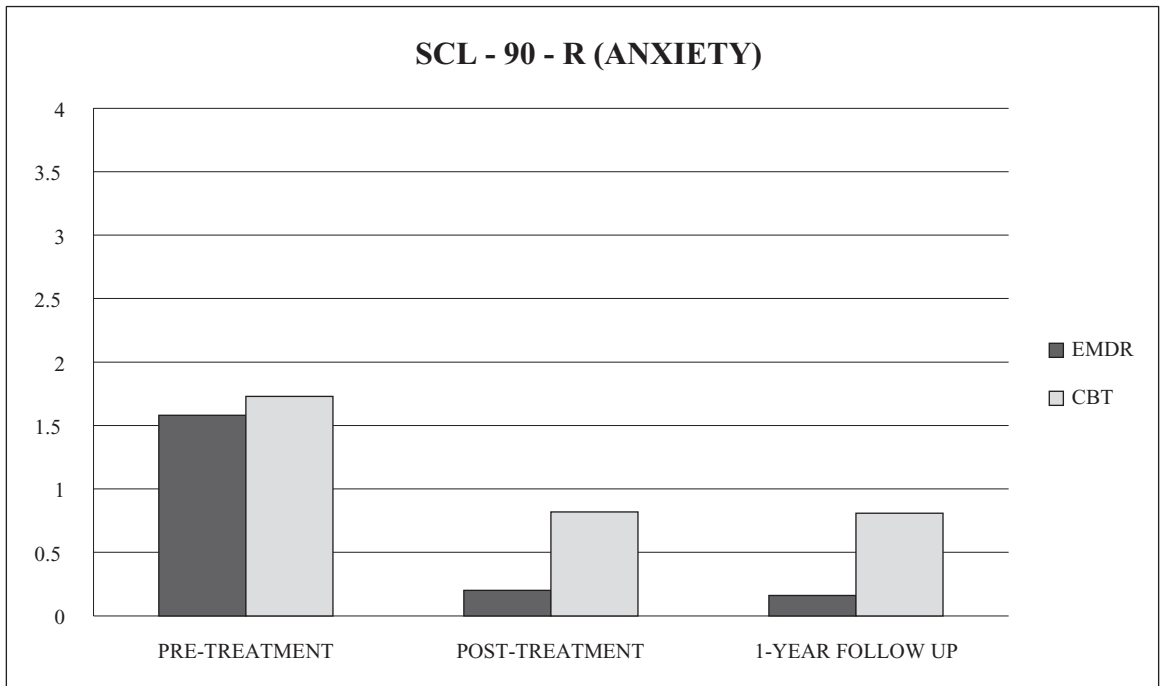


FIGURE 5. Symptômes d'anxiété anticipatrice dans les deux groupes sur le SCL-90-R.
Note. SCL-90-R (Anxiety) = (Anxiété) SCL-90-R ; EMDR = EMDR ; CBT = TCC ; Pre-treatment = prétraitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

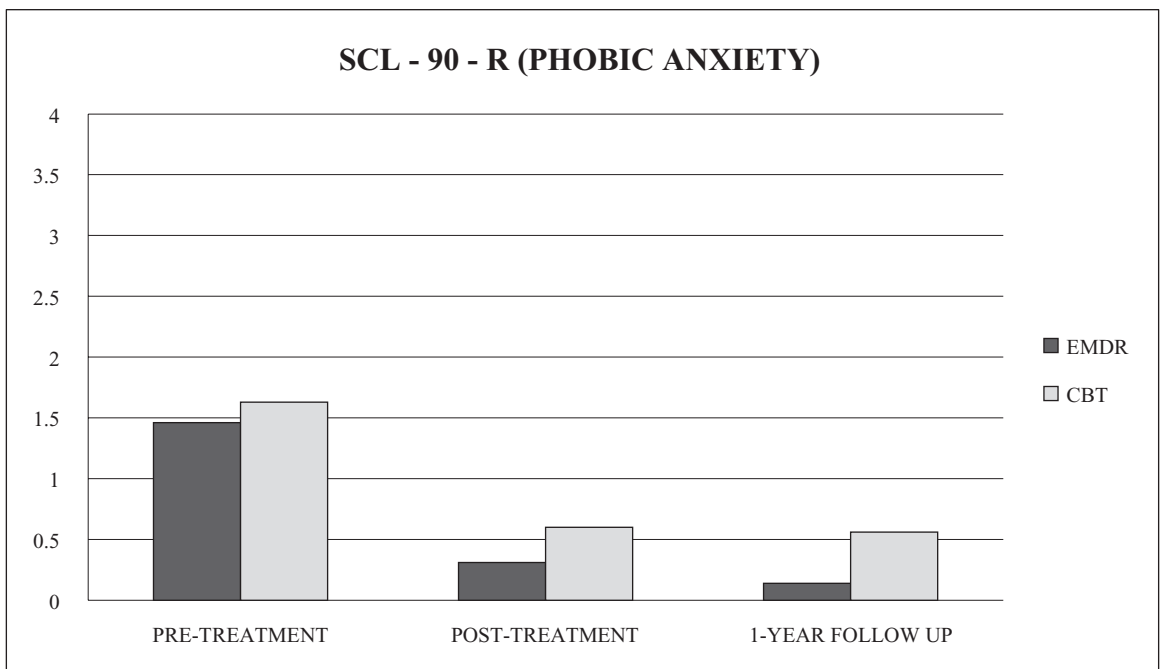


FIGURE 6. Symptômes d’anxiété phobique dans les deux groupes sur le SCL-90-R.
Note. SCL-90-R (Phobic Anxiety) = (Anxiété phobique) SCL-90-R; EMDR = EMDR; CBT = TCC; Pre-treatment = prétraitement ; Post-treatment = post-traitement ; 1-year follow-up = suivi après un an.

Contrairement aux études contrôlées antérieures du traitement EMDR du TPA, cette étude pilote a montré lors du suivi une diminution continue de la fréquence des attaques de panique chez les participants présentant un TP ou un TPA dans la condition EMDR qui était significativement plus importante que celle observée dans le groupe de traitement TCC. Cette amélioration continue dans le groupe EMDR lors du suivi pourrait signaler un parallèle avec les résultats indiquant une différence lors du suivi de Lee, Gavriel, Drummond, Richards et Greenwald (2002) qui ont comparé le traitement EMDR de l’état de stress post-traumatique avec l’entraînement par l’inoculation au stress ; toutefois ces résultats préliminaires doivent être répliqués avec des tailles d’échantillon plus grandes.

Quelles différences peut-on décrire entre les traitements TCC et EMDR ?

Cette étude comportait deux différences principales au niveau de l’application de ces deux thérapies. Les deux traitements ne se concentraient pas sur les mêmes aspects : l’EMDR se focalisait sur les souvenirs d’antécédents historiques et de déclencheurs actuels, tandis que la TCC se concentrait sur la modification des conduites et cognitions de la vie actuelle. Les patients TCC recevaient des consignes de tâches à effectuer chaque semaine (journal du TP, relaxation, exposition) qui devaient être réalisées tout au long

du traitement. Dans le groupe EMDR, les patients apprenaient quelques exercices au cours de la phase de préparation (e.g., exercices de respiration et du “lieu sûr”), mais après les premières séances de re-traitement EMDR, les patients n’étaient pas tenus de réaliser de tâche entre les séances et chaque patient répondait spontanément à ses propres changements d’attitude internes (un processus d’autoguérison) afin de déterminer à quel moment s’exposer à ces situations qui auparavant provoquaient de l’anxiété.

Soutien en faveur de la conceptualisation EMDR du TP

Les expériences de vie négatives survenant tôt dans la vie constituent un facteur de risque possible pour l’émergence d’une psychopathologie future et pour la vulnérabilité au trauma (Liotti & Farina, 2011 ; Siegel, 2001). Les résultats de cette étude pourraient comporter des implications positives pour les patients qui souhaitent résoudre les antécédents et les situations contributives qui créent une vulnérabilité au développement d’un TP ou d’un TP avec agoraphobie (Fernandez & Giovannozzi, 2012).

Forces et limites de cette étude

En comparaison avec d’autres études contrôlées qui ont tenté d’évaluer le traitement EMDR du TP,

(Feske & Goldstein, 1997 ; Goldstein et al., 2000), cette étude comportait certaines améliorations du protocole de traitement EMDR. En particulier, cette étude insistait sur un protocole qui ciblait les souvenirs d'attaques de panique, les déclencheurs actuels de panique, des expériences traumatiques de la petite enfance et les préoccupations futures. Les études antérieures avaient omis le ciblage de déclencheurs actuels et des préoccupations futures – se basant sur le principe selon lequel ceci constituerait une forme d'exposition imaginaire, et omettaient également le ciblage systématique des expériences infantiles contributives (Feske & Goldstein, 1997, p. 1028 ; Goldstein et al., 2000, p. 951). En comparaison des descriptions de cas antérieures (e.g., Faretta & Fernandez, 2003), cette étude apportait une comparaison directe entre groupes de participants, permettant une évaluation statistique et des comparaisons entre traitements. Une autre force de cette étude consistait en le suivi après un an, permettant de déterminer la stabilité des effets au cours d'une période de temps importante (cf. le suivi après 6 mois de Galassi et al., 2007).

Cette recherche pilote comporte plusieurs limites importantes. Tout d'abord, un nombre limité de participants était disponible pour la recherche dans le cadre temporel de cette étude. La puissance statistique des résultats s'en est trouvée limitée. Il y avait une distribution inégale de l'agoraphobie (56% dans le groupe TCC vs 20% dans le groupe EMDR). Une autre limite provient de l'absence d'un évaluateur indépendant, à la fois pour établir les diagnostics et pour administrer les mesures standard pour chaque thérapeute, de telle sorte que ces évaluations ont pu ne pas être menées de manière systématique. Malgré l'effort de standardiser les interventions entre thérapeutes tel que décrit dans la section "Méthode", on ne connaît pas le degré de cohérence dans la manière d'appliquer les traitements en raison des contextes géographiques différents des participants, de leurs thérapeutes et des superviseurs du traitement. En raison du nombre restreint de patients éligibles, cette étude peut au mieux se concevoir comme un rapport pilote. Les données obtenues de ces patients seront ajoutées à celles d'autres patients au cours d'un recrutement continu, permettant ainsi une analyse plus détaillée et une puissance statistique plus importante lors de rapports futurs.

Recommandations pour la recherche future

La recherche future dans ce domaine tirerait bénéfice d'un échantillon de participants plus important, d'une

attribution aléatoire à la condition de traitement, ainsi que d'une région géographique de recrutement plus restreinte afin que le même évaluateur indépendant puisse intervenir auprès des membres des deux groupes. Les résultats de cette étude confirment le besoin de poursuivre cette recherche en élargissant l'échantillon à un nombre plus grand de sujets, avec le même nombre de séances et la même durée de suivi après traitement que dans le présent plan de recherche afin de confirmer les hypothèses que nous avons investiguées.

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: Author.
- Argyle, N., Deltito, J., Allerup, P., Maier, W., Albus, M., Nutzinger, D., . . . Bech, P., (1991). The Panic-Associated Symptom Scale: Measuring the severity of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 20–26.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 283(19), 2573–2574.
- Bisson, J. I., Brayne, M., Ochberg, F. M. & Everly, G. S. (2007). Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1016–1019.
- Chō, Y., Smits, J. A. J., Powers, M. B. & Telch, M. J. (2007). Do changes in panic appraisal predict improvement in clinical status following cognitive behavioral treatment of panic disorder? *Cognitive Therapy and Research*, 31, 695–707.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J. & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583–589.
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W. & Greer, S. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry*, 24, 148–155.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Possis, E. A., Abramowitz, J. S., Mahaffey, B. & Wolitzky-Taylor, K. (2012). Do cognitive reappraisal and diaphragmatic breathing augment interoceptive exposure for anxiety sensitivity? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 257–269. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.26.3.257>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. & Covi, L. (1973). SCL- 90: An outpatient psychiatric rating scale—Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13–27.

- Emmelkamp, P. M., & Wessels, H. (1975). Flooding in imagination vs. flooding in vivo: A comparison with agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 13, 7–15.
- Faretta, E. (2001). Sconfiggere il panico. Riza Scienze, 153.
- Faretta, E. (2012). EMDR e terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del disturbo di panico: Un confronto. *Rivista di Psichiatria*, 47(1), 19S–25S.
- Faretta, E., & Fernandez, I. (2003). L'integrazione dell'EMDR nel trattamento del disturbo da attacchi di panico [Integration of EMDR in the treatment of panic attack disorder]. In F. Rovetto (Ed.), *Panico: Origini, dinamiche, terapie* (pp. 469–487). Milan, Italy: McGraw-Hill.
- Faretta, E., & Fernandez, I. (2006). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6(1), 44–63.
- Fernandez, I., & Faretta, E. (2007). EMDR in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6(1), 44–63.
- Fernandez, I., & Giovannozzi G. (2012). EMDR ed elaborazione adattiva dell'informazione. La psicoterapia come stimolazione dei processi psicologici autoriparativi [EMDR and adaptive information processing. Psychotherapy as a stimulation of the self-reparative psychological processes]. *Rivista di Psichiatria*, 47(2, Suppl. 1), 4S–7S.
- Feske, U., & Goldstein, A. J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1026–1035.
- Galassi, F., Quercioli, S., Charismas, D., Niccolai, V., & Barciulli, E. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, 63(4), 409–416.
- Goldstein, A. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Going beyond the barrier. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 1(3), 83–98.
- Goldstein, A. J., de Beurs, E., Chambless, D. L., & Wilson K. A. (2000). EMDR for panic disorder with agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 947–956.
- Goldstein, A. J., & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 351–362.
- Gordev, S. A. (2008). Clinical-psychological studies of patients with panic attacks with and without agoraphobic disorders. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 38(6), 633–637.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 819–844.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Rosenfield, D., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., . . . Woods, S. W. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 374–379.
- Kahn, R. S., van Praag, H. M., Wetzler, S., Asnis, G. M. & Barr G. (1988). Serotonin and anxiety revisited. *Biological Psychiatry*, 23(2), 189–208.
- Lee, C. W., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1071–1089.
- Leeds, A. M. (2009). *A guide to the standard EMDR protocols for clinicians, supervisors, and consultants*. New York, NY: Springer Publishing.
- Leeds, A. M. (2012). EMDR treatment of panic disorder and agoraphobia: Two model treatment plans. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(3), 110–119.
- Liotti, G. & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Italy: Cortina.
- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D. & Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984–992.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263–267.
- Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., Ritz, T., & Roth, W. T. (2003). Breathing training for treating panic disorder. *Behavior Modification*, 27(5), 731–754. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445503256324>
- Ost, L. G., Thulin, U., & Ramnerö, J. (2004). Cognitive behaviour therapy vs. exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1105–1127.
- Otto, M. W., & Whittal, M. L. (1995). Cognitive-behavior therapy and the longitudinal course of panic disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(4), 803–820.
- Rovetto, F. (2003). *Panico: Origini, dinamiche, terapie*. Milan, Italy: McGraw-Hill.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F. & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37–50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1–2), 35–67.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Sheehan, D. V. (Ed.). (1983). *The anxiety disease*. New York, NY: Scribner.
- Siegel, J. D. (2001). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milan, Italy: Cortina.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Sturpe, D. A., & Weissman, A. M. (2002). Clinical inquiries. What are effective treatments for panic disorder? *The Journal of Family Practice*, 51(9), 743
- Svanborg, C., Wistedt, A. A., & Svanborg, P. (2008). Long-term outcome of patients with dysthymia and panic disorder: A naturalistic 9-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(1), 17–24. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480801960123>
- Wilson VanVoorhis, C. R., & Morgan, B. L. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 3(2), 43–50.

Remerciements. Les thérapeutes suivants ont contribué à l'étude en apportant un traitement (en EMDR ou en thérapie cognitive comportementale) : les docteurs Gabriella Bertino, Gabriella Giovannozzi, Giada Maslovaric, Maria Letizia Naitana et Fabrizio Tabiani. Dr Valentina Zambon a coordonné l'analyse statistique et l'édition. Dr Thomas Borsato (Université de Milan-Bicocca) a contribué à l'analyse statistique. John G. Carlson, PhD (Université d'Arizona) a participé au travail d'édition, a apporté quelques suggestions concernant les statistiques inférentielles et a contribué à la révision d'une ébauche.

Toute correspondance concernant cet article peut être adressée à Elisa Faretta, P.I.I.E.C. Centre, Via Settembrini n. 56-20124, Milano, Italie. Courriel : e.faretta@piiec.com