

PRISE EN CHARGE TCC DES TROUBLES PANIQUÉ

Dr Christine MIRABEL SARRON
CMME Service du Professeur GUELFY
Université Paris V
100 rue de la Santé
75674 PARIS cedex 14
S.KIELT@ch-sainte-anne.fr

2005

DEFINITION

Crise d'angoisse aiguë intense survenant spontanément, soudaine, rapidement progressive, atteignant son maximum au bout de dix minutes ; résolution des signes en 30 minutes à une heure avec soulagement franc, épuisement, incompréhension et vulnérabilité.

CRITERE D.S.M. IV

ATTAQUES DE PANIQUE avec ou sans AGORAPHOBIE

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 au moins de 10 minutes :

1. Transpiration;
2. Tremblements ou secousses musculaires;
3. Sensation de souffle coupé ou impression d'étouffement;
4. Sensation d'étranglement;
5. Douleur ou gêne thoracique;
6. Nausée ou gêne abdominale;
7. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement;
8. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque;
9. Déréalisation (sentiment 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.

CRITERES DIAGNOSTIQUES

TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE

- Attaques de panique récurrentes et inattendues ;
- Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique;
 - préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (ex: perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »).
 - changement de comportement important en relation avec les attaques.
- Absence d'agoraphobie
- Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : une substance donne lieu à des abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex : hyperthyroïdie).
- Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (ex : survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (ex : lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (ex: lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant l'obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (ex : en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un trouble anxieté de séparation (ex : en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou de ses proches).

CRITERE DIAGNOSTIQUE

TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

A la fois :

- Attaques de panique récurrentes et inattendues
- Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :
 - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (ex: perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, « devenir fou »)
 - changement de comportement important en relation avec les attaques.
- Présence d'agoraphobie;
- Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale généralisée (ex: hyperthyroïdie).
- Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale (ex: survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une phobie spécifique (ex: exposition à une situation phobogène spécifique), un trouble obsessionnel-compulsif (ex: exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (ex: en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un trouble anxieux de séparation (ex : en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou de ses proches).

EPIDEMIOLOGIE 1

- Premier motif de consultation en médecine générale;
- 80 % de la pop. française, seul un petit nombre de trouble panique ; prévalence : AP : 12,2 % , TP : 3,4 %
- Déclencheurs : stress simples, caféine, mouvement hormonal, épisode viral, à l'origine de sensations physiques désagréables;
- Des vulnérabilités biologiques : le système respiratoire, des médiateurs : noradrenaline, sérotonine GABA, CCK,...

EPIDEMIOLOGIE 2

- Un risque prédominant chez la femme : de 2 à 5 fois plus de probabilité de développer un trouble panique.
- Elles représentent 60 % des troubles paniques et 90 % des troubles paniques avec agoraphobie;
- Répartition bimodale chez la femme :soit un début entre 25 et 34 ans;
 - soit un début entre 55 et 64 ans.
- Fréquence augmentée :
 - Sujet divorcé;
 - Niveau de scolarisation faible;
 - Statut socioprofessionnel (sans emploi...)

CONCEPTUALISATION EN TCC

- Modèle de Chambless et Goldstein (1978)
- Modèle de Sheehan (1982);
- Modèle de Beck et Emery (1985);
- Modèle de Barlow (1988);
- Modèle de Clark (1988);
- Modèle de Bornan et Lebovitz (1994).

MODELE DE BARLOW (1988)

➤ Multimodal :

- vulnérabilité biologique,
- évènements de vie,
- interprétation de la réaction de stress comme une menace vitale,
- vulnérabilité psychologique (ou alerte apprise),
- schémas cognitivo-affectifs activés par des évènements de vie et influence du modèle socioculturel personnel.

ETAPES DU MODELE DE BARLOW

- Un évènement de vie négatif engendre une réaction de stress;
- Augmentation du niveau physiologique, réaction d'alarme, attaque de panique interprétée comme une menace vitale;
- apprentissage par les réactions physiologiques intéroceptives désagréables, associées à la réaction d'alarme;
- Nouvelle réaction d'alarme apprise, nouvelle attaque de panique;
- Hypervigilance aux sensations physiques.
- Donc réaction d'alarme adaptative à un stresser.

MODELE DE CLARK

- Interprétation inadéquate des sensations physiologiques;
- Prédiction d'un danger physique imminent :
 - perdre le contrôle,
 - devenir fou,
 - mourir,
 - amplification des symptômes anxieux.

SEQUENCE PROPOSEE PAR CLARK

- Un stimulus externe (être dans un magasin) : Sensations physiques, pensées, images mentales, interprétation du stimulus comme un danger imminent, appréhension avec nombreuses sensations physiques, interprétation des sensations physiques désagréables comme avant-coureur d'une catastrophe imminente, perte de contrôle, mort, appréhension augmentée, avec d'avantage de sensations désagréables, nouvelles interprétations, effet de spirale avec attaque de panique.
- L'attaque de panique confirme la menace perçue précédemment: effet de tension séquellaire qui prédispose à une nouvelle attaque de panique, avec hypervigilance des sensations physiques, interprétation péjorative, comportements de sécurité avec agoraphobie...

MODELE DE L'HYPERVENTILATION AIGUE

- Le CO_2 comme déclencheur des attaques de panique;
- Dérèglement du système d'adaptation métabolique, respiratoire, source d'un déséquilibre acido-basique et hyperventilation.

LE TRAITEMENT

- Traitement pharmacologique: trois molécules ont l'A.M.M.;
- Thérapie comportementale et cognitive;
- Traitement combiné.

UN TRAVAIL TRIDIMENSIONNEL

1. Sur les réactions physiologiques;
2. Comportemental : avec exposition aux situations anxiogènes;
3. Cognitif : un discours thérapeutique psycho-éducatif.

TECHNIQUES TCC HABITUELLEMENT UTILISEES

- Techniques respiratoires régulatrices de contrôle;
- Épreuve de valsalva;
- Techniques de relaxation, réduit l'hyperstimulation sympathique;
- Exposition in vivo;
- Techniques cognitives.

CONCLUSIONS

- Des modèles multidimensionnels.
- Des thérapies personnalisées.
- Une efficacité démontrée.