



Le trouble panique, ou la peur d'avoir peur

par France Caza

LES PALPITATIONS constituent un symptôme fréquent d'attaque de panique. Elles apparaissent vers l'âge de 15 à 24 ans, tandis que le trouble panique se voit chez les jeunes adultes, avec une prévalence à vie de l'ordre de 1 à 5 %. Vous voudrez vous assurer de l'exactitude du diagnostic afin d'éviter de fréquentes consultations médicales et les pertes de temps de travail pour la patiente.

Il faudra exclure les maladies d'apparition soudaine telles que la crise convulsive, la dysfonction vestibulaire, la crise d'asthme, l'arythmie, l'ischémie coronarienne, l'hyperthyroïdie, l'hyperparathyroïdie et le phéochromocytome en faisant une bonne anamnèse et un examen clinique complet.

À l'interrogatoire, il faudra rechercher la présence d'au moins quatre symptômes associés à une attaque de panique (*tableau I*). La première question doit faire ressortir le caractère de l'attaque : « Est-elle subite, c'est-à-dire d'une durée de moins de 10 minutes ? Est-elle intense au point où vous avez l'impression de mourir, ou qu'une catastrophe se produit ? » Si les critères d'une attaque sont présents, il faudra déterminer à quel trouble anxieux elle correspond. Attaque de panique n'est pas nécessairement synonyme de trouble panique.

La panique réveille-t-elle le patient la nuit ? Est-elle spontanée ? Est-elle récurrente ? Le patient est-il régulièrement préoccupé, depuis au moins un mois, par les attaques ou leurs conséquences ? Dans l'affirmative, il s'agit d'un trouble panique. Le trouble panique se distingue par son caractère

Votre patiente, M^{me} Tremblay, souffre de palpitations depuis quelques mois. Elle a consulté à maintes reprises différents urgentologues, qui évoquent un diagnostic de trouble anxieux. Selon elle, un problème cardiaque grave a probablement été mal diagnostiqué, et elle exige d'obtenir rapidement une consultation en cardiologie.

Tableau I

Critères d'une attaque de panique¹

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 10 minutes.

- 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
- Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
- Frissons ou bouffées de chaleur

spontané ainsi que par la préoccupation importante qui s'y rattache. Il ne s'agit en aucun cas d'un diagnostic d'exclusion. Les tests de laboratoire, quant à eux, servent à exclure d'autres diagnostics.

La question clé permettant de distinguer le trouble panique des autres troubles anxieux, « Que craignez-vous qu'il arrive ? » demeure fondamentale. Le patient souffrant de phobie sociale évitera les foules ou les rassemblements,

La D^{re} France Caza, omnipraticienne, exerce au sein de l'équipe de santé mentale du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

Repère

Tableau II

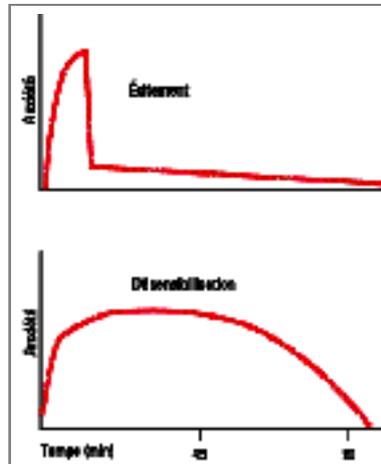
Agoraphobie et peurs fréquentes

Attendre en file
La foule
Les grands espaces
Les transports en commun
La conduite automobile
Les magasins
Les hauteurs
Les ponts
Les tunnels
L'éloignement de chez soi
Être seul à la maison
Les restaurants
Les ascenseurs
Le cinéma
Les réunions

de peur que les gens se moquent de lui, alors que ce lui qui souffre d'un trouble panique aura peur de ne pas recevoir d'aide ou d'avoir de la difficulté à sortir rapidement de la foule en cas d'attaque. On voit que le motif de l'évitement de meure un élément essentiel pour établir le diagnostic. Le type de crainte peut également nous aider dans notre démarche diagnostique. Ainsi, un phobique social s'assoira dans le fond du restaurant, à l'écart des regards, tandis que le « paniqueur » s'installera près de la porte, au cas où...

Après une longue période, vous revoyez M^{me} Tremblay. Son état a beaucoup évolué. Elle évite de conduire sur les voies rapides, s'empresse de faire ses achats dans les magasins à grande sur-

Réponse à l'exposition aux situations anxiogènes



Matériel de formation du DJ. Goulet; adapté avec la permission de l'auteur.

face, sinon elle ressent une sensation de vertige. Elle ne peut plus faire la queue à la banque ni aller au restaurant sans être accompagnée.

La patiente souffre maintenant d'agoraphobie, c'est-à-dire qu'elle évite les endroits où il lui serait difficile d'obtenir de l'aide si elle avait une attaque (tableau II). À l'évaluation fonctionnelle, 26 % des « paniqueurs » rapportent un changement dans leur mode de vie qui les empêche d'accomplir leurs activités normales. De ceux-ci, 36 % avouent qu'il s'agit d'une détérioration marquée.

Quelques mois plus tard, le conjoint de M^{me} Tremblay vous appelle: Il est inquiet, car elle ne sort plus de la maison, elle est triste, pleure souvent et perd du poids.

double le risque de suicide et diminue les chances de réponse au traitement.

Une étude portant sur la comorbidité, 70 % des patients présentant une autre maladie psychiatrique; incluant la phobie sociale, la dépression, le trouble anxieux généralisé, l'obsessionnelle-compulsive, la manie, l'agoraphobie et l'état de stress post-traumatique.

Il a été donné qu'une proportion de 10 % des patients souffrant d'un trouble de santé mentale sont diagnostiqués et traités par leur médecin généraliste, et que la moitié des patients ayant un trouble panique le sont

aussi², vous choisirez tout probablement de traiter votre patiente. Soulignons qu'il est important de poser un diagnostic précoce et de traiter le plus rapidement possible le trouble panique afin d'éviter l'agoraphobie et, dans certains cas, la dépression.

La psychoéducation

Le traitement du trouble panique repose d'abord sur une bonne alliance thérapeutique. Le patient se sent à la fois responsable et honteux de l'échec de ses tentatives antérieures de traitement. Il se démoralise facilement et évite le sujet. En soulignant que la maladie est probablement génétique, on peut diminuer son sentiment de culpabilité. L'alliance thérapeutique prend encore plus d'importance à cause du type de traitement en jeu, car le patient doit affronter ses peurs sur une base quotidienne.

Le patient doit bien comprendre le diagnostic et ce qu'il implique. Le fait d'expliquer le diagnostic constitue déjà la première étape de la thérapie. Le patient sera soulagé de savoir enfin quel est son problème. Il est im-

Il est important de poser un diagnostic précoce et de traiter le plus rapidement possible le trouble panique afin d'éviter l'agoraphobie et, dans certains cas, la dépression.

Repère

portant de lui faire comprendre que la réaction d'anticipation à l'anxiété est l'évitement.

Plus le patient anticipe la peur d'un endroit ou d'un événement, plus il l'évite, ce qui crée un cercle vicieux d'évitement. Pour vaincre cet engrenage étouffant, le patient doit comprendre les principes de la désensibilisation par l'exposition graduelle (figure 1). L'évitement procure un soulagement instantané tout en conservant un profil identique d'anxiété ou en l'accroissant à chaque exposition subséquente. Au cours de la désensibilisation, l'anxiété est aussi intense au début, mais elle tend à s'amoindrir avec le temps. Lors de ses prochaines expositions, l'aire d'anxiété sous la courbe diminuera. Pour appuyer les principes de désensibilisation, il est souhaitable de proposer au patient de se documenter (voir le tableau III et les lectures recommandées).

À l'étape suivante, on passe en revue les habitudes de vie du patient et les médicaments éventuels qu'il prend, et on lui recommande de réduire sa consommation de caféine et d'autres stimulants. Il faudra répéter qu'il est important de réduire la consommation d'alcool. Les habitudes relatives à l'hygiène de vie sont évaluées et cette dernière sera améliorée au besoin, notamment l'hygiène du sommeil chez les jeunes adultes. L'exercice physique restant un élément important pour combattre le stress, il faudra l'évaluer.

Psychothérapie ou pharmacothérapie

Le choix entre la psychothérapie et la pharmacothérapie revient indéniablement au patient. Pour prendre une décision éclairée, celui-ci devra savoir

Tableau III

Services d'aide

Associations

Association des troubles anxieux du Québec (AQ)

Case postale 5372, succ. Saint-Laurent

Montréal (Québec) H4L 4Z9

Téléphone: (514) 251-0083; 1 877 251-0083 (sans frais)

Fondation canadienne pour les agoraphobes inc.

Case postale 132, Chomedey, Laval (Québec) H7W 4K2

Téléphone: (450) 688-4724

Phobie Zéro

Case postale 83, Sainte-Julie (Québec) J3E 1X5

Téléphone: (450) 922-5964

Ordre des psychologues du Québec

1100, av. Beaumont, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone: (514) 738-1881 ou 1 800 363-2644

Adresses Internet

À la phobie

<http://perso.cybercable.fr/christ/AccueilD.htm>

(site d'information et de conseils sur les troubles anxieux)

Anxiety Disorders Association of America

<http://www.adaa.org>

(site destiné au public et aux professionnels)

Ordre des psychologues du Québec

<http://www.ordrepsy.qc.ca>

(site pour trouver un psychologue spécialisé en TCC dans votre région)

Association des troubles anxieux du Québec

<http://www.uqah.quebec.ca/bouchard/ataq.htm>

(site d'information avec une liste des professionnels pouvant offrir de la formation)

que l'efficacité du traitement pharmacologique est sensiblement la même que celle de la psychothérapie cognitive-comportementale (TCC), se lon le National Institute of Mental Health (NIMH) des États-Unis (consensus de 1991); alors que la TCC entraîne aucun risque de dépendance aux médicaments ni aucun effet secondaire. En

revanche, elle n'est pas toujours disponible dans certaines régions. De plus, 10 à 30 % des patients refusent d'effectuer le travail qu'on leur demande.

La pharmacothérapie exige moins d'effort du patient, elle agit plus rapidement et est facilement disponible. Le coût de la psychothérapie par rapport au coût du médicament doit

Il est important de faire comprendre au patient que la réaction d'anticipation à l'anxiété est l'évitement.

Repère

Tableau IV

Traitement pharmacologique

→	ISRS				Tricycliques			Benzodiazépines		IRMA*†‡
	Fluoxétine	Fluoxamine	Paroxétine	Sertraline	Imipramine	Clomipramine	Désipramine	Alprazolam	Clonazépam	Moclobémide‡
Posologie										
Initiale	5-mg/‡	50-mg/‡	10-mg/‡	25-mg/‡	10-mg/‡	25-mg/‡	10-mg/‡	0,5 mg h.s	0,25-0,5 mg b.i.d.¶	75-mg/¶
Standard	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→
Intervalle thérapeutique	20-mg/‡	150-mg/‡	30-mg/‡	50-mg/‡	200-mg/‡	200-mg/‡	150-mg/‡	3-mg-h.s	1-2-mg/‡	450-mg/¶
	5-80-mg/‡	150-300-mg/‡	10-40-mg/‡	50-200-mg/‡	150-300-mg/‡	150-300-mg/‡	100-300-mg/‡	2-10-mg/‡	1-2-mg/‡	300-600-mg/¶
Temps de réponse	4-à-12 semaines				4-à-12 semaines			1-semaine		
À l'arrêt du traitement	Diminuer progressivement la posologie. La fluvoxamine provoque des symptômes de sevrage (vertige, incoordination, céphalée, irritabilité, nausée).				Baisse progressive pour éviter le rebond cholinergique.			Période de sevrage de 2 à 4-mois à prévoir. diminuer la dose de 10% par semaine.		
Avantages	Sécuritaire en cas de surdosage. Effet antidépresseur.				Antidépresseur, générique disponible. dosage sanguin disponible.			Réponse rapide au traitement, profil d'effets secondaires favorable.		Antidépresseur utile en cas d'intolérance aux autres antidépresseurs.
Inconvénients	Effets secondaires: agitation, problèmes gastro-intestinaux, insomnie, entrave les fonctions sexuelles.				Effets secondaires anticholinergiques: hyperstimulation, tachycardie, gain de poids, fatigue, perturbation du sommeil, dysfonction sexuelle.			Dépendance. Effets secondaires: sédation, trouble de coordination, altération des facultés mentales (conduite automobile).		Effets secondaires: insomnie, étourdissements, bouche sèche.

† Inhibiteur-réversible de la monoamine oxydase de type-A ; ‡ Augmenter graduellement de 10 à 50-mg et de 25 à 150-mg ; † Augmenter de 25 mg tous les trois-jours ; § Fractionné en-trois-ou-quatre doses ; ¶ Fractionné en deux doses.

également entrer en ligne de compte. On pourra envisager une combinaison médicament-TCC pour les cas graves d'agoraphobie ou en cas d'échec de l'une ou l'autre approche.¶

Psychothérapie¶

La TCC demeure la psychothérapie la plus étudiée et la plus recommandée. Celle-ci se fait habituellement dans un cadre de 12-séances en moyenne, qui se résument à la psychoéducation, à un suivi continu des symptômes et de leur intensité, à des exercices de contrôle de la respiration, à une restructuration cognitive centrée sur la correction des fausses interprétations de « danger », à l'exposition aux sensa-

tions physiques à l'affrontement graduel des situations d'évitement. L'ensemble des différentes composantes de la thérapie est présenté dans un livre d'autotraitement intitulé *La Peur d'avoir peur*.¶

Le conjoint peut participer à certaines séances si le thérapeute juge qu'il est pertinent de s'allier à un membre de la famille. La TCC peut également se donner en thérapie de groupe, qui s'avère aussi efficace. Il ne faut pas confondre avec les groupes de soutien, qui constituent un complément à la thérapie. Le patient peut constater qu'il n'est pas unique, il peut parler de ses peurs et bénéficier du soutien du groupe. De plus, les mem-

bres de la famille peuvent y obtenir de l'information.¶

Le guide de pratique de l'Association américaine de psychiatrie⁶ propose une autre forme de psychothérapie, la thérapie psychodynamique. Celle-ci est plus ambiguë que la TCC et exige plus de temps. Le thérapeute doit élucider les pensées inconscientes du patient et le s'en faire surgir à la conscience de ce lui-ci dans le but d'obtenir la rémission des symptômes. Cette technique n'a malheureusement pas fait l'objet d'études avec randomisation. Elle peut cependant s'avérer utile pour les patients présentant des conflits intérieurs importants et certains troubles de la personnalité.¶

Pharmacothérapie

Si le patient choisit de prendre un médicament, il faudra être très disponible au début du traitement pour le soutenir; répondre à ses questions et l'encourager à le prendre. Les patients ont souvent peur des effets secondaires et ont tendance à arrêter le traitement sans consulter le ur médecin. Étant donné que les différentes classes de médicaments sont de même efficacité, le choix du médicament se fondera sur un profil d'effets bénéfiques et d'effets secondaires (tableau IV). Les objectifs recherchés sont :

- ➔ l'abolition des attaques « complètes » de panique
- ➔ la disparition des attaques spontanées;
- ➔ un bon contrôle de l'agoraphobie sans aucun évitement. La disparition de l'anxiété n'est pas un objectif en soi.

Le clinicien est en droit de s'attendre à une réponse favorable après quatre à six semaines de traitement. Si on choisit un antidépresseur, il faut se montrer patient, car les effets secondaires peuvent aggraver les symptômes anxieux au début du traitement. Aux patients présentant un trouble grave et handicapant; ou à eux qui ont un besoin urgent de soulagement; on peut envisager de donner une association de benzodiazépine et d'inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine (ISRS); et sevrer progressivement le patient de la benzodiazépine dès que l'effet de l'antidépresseur apparaît. On fera un suivi objectif des symptômes pour évaluer l'efficacité du médicament lors des consultations médicales subséquentes. Ce suivi peut se faire à l'aide d'une échelle d'évaluation de l'anxiété, d'une échelle d'agoraphobie ou d'une grille d'auto-observation dans laquelle le patient inscrit l'inten-

sité de l'anxiété sur une échelle de 0 à 10 en fonction des différentes situations d'évitement⁵. On révisera la posologie à la baisse une fois que le patient aura atteint un objectif de 12 à 18 mois de stabilité. Si les symptômes réapparaissent, il faudra envisager un traitement à plus long terme ou une psychothérapie, si ce n'est déjà fait.

Où orienter le patient?

Vous trouverez au tableau III les adresses des associations, y compris celles des psychologues et des thérapeutes, susceptibles d'assurer une thérapie cognitivo-comportementale. Y figurent en outre les organismes communautaires et les adresses Internet les plus utiles. Comme vous serez appelé à collaborer avec le professionnel à qui vous avez adressé le patient, soit en prescrivant un médicament ou en discutant du diagnostic posé, il est toujours préférable de bien connaître le type d'approche qu'il préconise ainsi que les objectifs visés.

LORSQUE VOUS RENCONTREZ un patient qui présente des symptômes physiques ne pouvant être expliqués par une maladie connue et que le tableau clinique correspond aux critères de l'attaque de panique, vous serez en mesure de poser le diagnostic; d'éviter au patient les inconvénients d'examen d'investigation poussés et inutiles; et de l'informer sur le trouble panique ainsi que sur les différents modes de traitement. Ce dernier sera en mesure de choisir le traitement qui lui convient le mieux tout en augmentant ses chances d'y adhérer.

Date de réception : 17 novembre 1999.
Date d'acceptation : 7 décembre 1999.

Summary

Panic disorder. The patient with panic disorder will consult many physicians before getting a proper diagnosis. It is imperative to understand the differential diagnosis, assuming that panic attacks are not always equivalent to panic disorders. The treatment should be introduced early in the evolution of the disease in order to avoid the complications of agoraphobia and major depression. The choice between psychotherapy and pharmacotherapy will depend on the patient's preferences.

Key words: panic attack, panic disorder, psychotherapy, agoraphobia.

Mots clés: attaque de panique, trouble panique, psychothérapie, agoraphobie.

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e éd. Paris Masson, 1996: 464.
2. Ballenger JC. Panic disorder in the medical setting. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 2): 13-7.
3. Roy-Byrne PP, Stein MB, Russo J, Mierci E, Thomas R, McQuaid J, et al. Panic disorder in the primary care setting: comorbidity, disability, service utilization and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 7): 492-9.
4. Telch MJ, Schmidt NB, LaNoue JT, Jacquin KM, Harrington PJ. Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *J Consult Clin Psychology* 1995; 63 (5): 823-30.

Lectures recommandées

5. Marchand A, Letar te A. *La Peur d'avoir peur*. Montréal: Stanké, 1994 (livre psychoéducatif et thérapeutique pour le patient).
6. Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* mai 1998; 155 (5) Suppl.
7. *Trouble panique: développements récents*. Consensus (fascicule de l'ATAQ), 1996.