

ATTAQUE DE PANIQUE

©http://fr.wikipedia.org/wiki/Crise_de_panique

La crise de panique (également appelée attaque de panique ou crise d'angoisse aiguë) est un diagnostic devenu à la mode dans les années 1980 aux USA avec les classifications DSM. On trouve l'histoire de ce diagnostic chez Pierre Janet et F. Raymond en 1903 [1] qui se réfèrent à une définition datant de 1871 et qui émane de C. Westphal, neurologue à Berlin, dans un article publié dans Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten : « L'agoraphobie : une manifestation névropathique » [2]. Sigmund Freud parlait lui de névrose d'angoisse dont l'une des manifestations était l'attaque d'angoisse : Le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation qui en est la conséquence. [3]

Aujourd'hui on la décrit comme une période de peur et d'inconfort intenses, survenant typiquement de façon brutale et durant quelques minutes à plusieurs heures. Les symptômes vont des frissons aux palpitations cardiaques en passant par des sueurs, nausées, souffle court, hyperventilation, des sensations de picotement (paresthésie) et l'impression d'étouffer (plus de détails ci-après sur les symptômes). Une crise de panique est un cercle vicieux, en ceci que les symptômes mentaux et les symptômes physiques s'aggravent mutuellement.

Un patient ayant connu une attaque de panique peut être sujet à des rechutes. On diagnostique chez les patients souffrant d'attaques de panique régulières un « trouble panique ».

Introduction

La plupart des patients sujets aux crises de panique rapportent une peur de mourir, peur de « devenir fou », ou de perdre le contrôle de leurs émotions ou de leur comportement. Ces impressions très pénibles entraînent en général un besoin urgent de fuir l'endroit où l'attaque a commencé (réaction de « combattre ou fuir ») et également fuir le regard des autres en cherchant un endroit isolé où s'enfermer seul jusqu'à ce que le sentiment de malaise disparaisse partiellement ou totalement.

Dans la mesure où il ressent souvent des douleurs à la poitrine ou des difficultés respiratoires, le patient a l'impression que sa vie est en danger, ce qui provoque un recours fréquent aux services d'urgence (SAMU).

L'attaque de panique se distingue des autres formes d'anxiété par son caractère intense et brusque et sa nature épisodique. Les sujets souffrent souvent de troubles de l'anxiété autres, comme l'agoraphobie ou d'autres troubles psychologiques touchant à l'anxiété – les attaques de panique ne sont pas symptôme de maladie mentale. Environ 10% de la population générale connaît l'expérience d'une attaque de panique isolée par année, et une personne sur 60 environ est sujette à des troubles paniques pendant sa vie.

Les personnes phobiques peuvent faire l'expérience d'attaques de panique en réaction à une exposition à l'objet de leur phobie. Ces crises sont en général courtes et se résolvent lorsque l'exposition cesse.

L'anxiété chronique peut entraîner des situations où une crise succède immédiatement à une autre, suscitant un épuisement nerveux en quelques jours.

Symptômes

Il s'agit d'une période bien délimitée dans le temps, avec crainte ou malaise intense, dans laquelle au minimum 4 des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes :

- * Palpitations ou accélération du rythme cardiaque.
- * Transpiration.
- * Tremblements ou secousses musculaires.
- * Dyspnée, sensations de souffle coupé, d'étouffement, et d'étranglement.
- * Douleur ou gêne thoracique.
- * Convulsion au niveau du cou ou vomissement,
- * Nausée, gêne abdominale (maux de ventre).
- * Respiration inadaptée, abdomen contracté, gonflé, impression de manquer d'air.
- * Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
- * Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
- * Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou.
- * Perdre le contact avec le son, le bruit (surdité temporaire).
- * Ne plus être capable de communiquer.
- * Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
- * Frissons ou bouffées de chaleur.
- * Peur de mourir, peur d'avoir une maladie.
- * Trouble de la mémoire et de la concentration.
- * Mal de tête.

Autres appellations :

- * attaque de panique ;
- * crise d'angoisse ;
- * épisode de mort imminente

Ce qui caractérise une attaque de panique est sa brutalité ; cela intervient sur une période de temps bien délimitée, de quelques minutes à quelques heures.

Une attaque de panique peut être spontanée, « pour rien », voire réveiller brutalement quelqu'un qui dormait, ou bien être déclenchée par la confrontation avec l'objet d'une phobie, ou encore être la conséquence de la prise de certaines drogues, ou de certains médicaments.

Le trouble panique correspond à la répétition de ces attaques de panique ou à la crainte persistante de leur survenue, de sorte que, souvent, la personne entre dans un cercle de peur qui va donc croissant.

Lors d'une crise violente, le malaise effectue une sinusoïde. C'est-à-dire que la personne se sentira extrêmement mal pendant quelques secondes ou minutes, puis ira un peu mieux les minutes d'après, puis le malaise revient brutalement, etc... et ce, donc, sur un temps grandement variable.

Le patient peut associer les crises paniques à un ou des lieux précis où elles sont survenues la première fois, ou alors à un ou des moments de la journée, et ainsi, par suggestion, se les déclencher inconsciemment à un moment de la journée ou dans un lieu, ce qui peut pousser le patient à rester enfermé chez lui, ou au contraire à ne plus vouloir y retourner.

Traitement

Une étape fondamentale du traitement consiste à bien comprendre le cercle vicieux et la dimension psychologique impliqués dans les crises de panique.

Les psychothérapies, associées à un certain nombre de méthodes de relaxation, comme l'acupuncture, la méditation, etc, donnent de très bons résultats. Il appartient bien sûr au patient, aidé ou non, d'adopter celles qui lui correspondent le mieux.

Par ailleurs, des techniques comme l'E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), initialement prévues pour le traitement de crises post-traumatiques, ou des techniques d'hypnose douce (hypnose ericksonienne), permettent de reconfronter les personnes souffrant d'attaques de panique avec leurs souvenirs de crise, et surtout d'apurer ces-dernières de leur charge émotionnelle hyperintense, facteur majeur d'évitement et par là même de multiplication des attaques.

La médication peut être indiquée en cas de crises répétées. Des benzodiazépines comme le diazépam, le lorazépam, l'alprazolam ou le clonazépam sont généralement prescrits à cet effet. Le simple fait que le patient ait cette médication en sa possession peut s'avérer anxiolytique et ainsi prévenir le développement d'une crise. Cependant, ces médicaments peuvent entraîner des dépendances, et ne sont pas toujours efficaces notamment lors des crises qui apparaissent de façon brutale. Un beta bloquant non sélectif, propranolol (Avlocardyl), permet de bloquer les décharges d'adrénaline et d'arrêter certains symptômes gênants, comme les palpitations, les tremblements, et peuvent être pris ponctuellement, avec une bonne tolérance et pas de dépendance. Le propranolol fonctionne par exemple très bien dans la prévention du trac des artistes.

Certains médecins préfèrent la prescription d'antidépresseurs de type ISRS (beaucoup mieux tolérés que les antidépresseurs dits tricycliques), qui après une certaine période sont efficaces dans la prévention des attaques de panique. La prise d'antidépresseur ou d'anxiolytique peut rebuter certains patients, mais cela s'avère parfois nécessaire.

Il est par ailleurs fréquent que les patients, se sentant mieux après une courte période de traitement, décident de stopper tout traitement, cela s'avère être une erreur. En effet, l'arrêt brutal de traitement de type antidépresseur et anxiolytique sans sevrage plus ou moins long (quelques semaines à quelques mois) peut faire ressurgir les symptômes voire les aggraver.

Avec l'aide d'un traitement, pas seulement médicamenteux mais également psychothérapeutique, les patients souffrant de trouble panique parviennent généralement à retrouver leur équilibre, des rechutes étant cependant possibles.

Causes

Il semble y avoir une certaine composante héréditaire dans le trouble panique. Toutefois, des personnes n'ayant pas d'historique familial de ce trouble peuvent le développer.

Des événements angoissants, ou le contact avec un élément lié à une phobie peuvent contribuer au déclenchement d'une crise de panique. Celle-ci peut également survenir suite à un épisode dépressif, des pensées trop répétées, un sentiment d'insécurité intense, des événements qui deviennent trop lourds à porter.

La crise de panique peut accompagner aussi une particularité physiologique du fonctionnement du cœur, le prolapsus mitral.

Sources

- J. Garrabé, « Anatomie d'un diagnostic à la mode : les panics attacks » in L'Évolution psychiatrique, 52, 1, 1987
- Pierre Janet, Les obsessions et la psychasthénie : Tome 1, Analyse des symptômes, Éditions L'Harmattan, 2005
- Sigmund Freud : Névrose, psychose et perversion, Presses Universitaires de France, 1999

Notes et références

- ↑ Janet, Raymond: Les obsessions et la psychasthénie, Ed.: F. Alcan
- ↑ traduit dans Synapse, 11, 1985
- ↑ In Freud Névrose psychose et perversion

Bibliographie réduite

* Christophe André, Faire face au trouble panique : almanach, Éd. scientifiques L & C, Paris, 2008

* André Marchand et Andrée Letarte, La peur d'avoir peur : guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie, Stanké, Montréal, 2001

* Dominique Servant, Attaques de panique et agoraphobie : diagnostic et prise en charge, Masson, Paris, 2001

©http://fr.wikipedia.org/wiki/Crise_de_panique