

Le trouble panique avec ou sans agoraphobie: introduction

Le trouble panique particulièrement celui avec agoraphobie est considéré comme un des problèmes d'anxiété les plus sévères, chroniques et prévalents et c'est également celui pour lequel les clients consultent le plus fréquemment (Myers, Weissman et Tischler, 1984; Weissman et Merikangas, 1986). Il représente 50 % des problèmes d'anxiété traités par les cliniciens et il est souvent associé à des risques élevés de morbidité psychiatrique sous forme de dépression, de suicide, d'abus de drogues ou d'alcool, de dépendance aux tranquillisants, d'anxiété généralisée, de phobies simples ou sociales, d'une détérioration du fonctionnement social, conjugal et vocationnel (Markowitz, Weissman, Ouellette, Lish et Klerman, 1989).

Le trouble panique sans agoraphobie se caractérise surtout par la présence d'attaques de panique récurrentes survenant le plus souvent de façon imprévisible sans qu'il soit possible de les relier à un stresser ou à un traumatisme d'origine situationnelle. Le début des attaques de panique est parfois insidieux, parfois brusque. Le symptôme central consiste en une peur extrême, intense et pénible, d'où le qualificatif de peur panique. Celle-ci s'accompagne de symptômes physiologiques nombreux résultant d'une surstimulation du système nerveux autonome: les principaux sont une douleur ou une gêne thoracique, une sensation d'étouffement ou d'étranglement, des vertiges, des étourdissements ainsi qu'une sensation d'irréalité ou de dépersonnalisation. L'intensité et la multiplicité des symptômes physiologiques sont à la fois la cause et la résultante de la peur panique, et ils contribuent à créer chez l'individu un sentiment de catastrophe imminente qui se manifeste plus particulièrement par une peur de mourir surtout d'une crise cardiaque, de perdre connaissance, de devenir fou ou de commettre un acte incontrôlable pendant une attaque.

Le trouble panique avec agoraphobie se caractérise par la présence d'attaques de panique et de comportements d'évitement. Il commence le plus souvent par des attaques de panique dont l'intensité peut varier et qui surviennent dans un ou plusieurs endroits. Des symptômes brusques et intenses en résultent: étourdissement, tachycardie, sensation d'étouffement, etc. L'individu a l'impression qu'un bouleversement grave se produit dans son organisme, dont il ne peut ni expliquer ni contrôler l'origine; de là sa crainte de mourir, de souffrir d'une crise cardiaque ou de perdre connaissance. Très souvent les gens qui éprouvent des attaques de panique vont développer la crainte de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou de trouver du secours en cas de malaise subit, d'attaque de panique. Cette crainte en-

traîne une restriction des déplacements ou un besoin d'être accompagné en dehors du domicile. Les situations génératrices de ce comportement d'évitement correspondent habituellement au fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. En fait, la plupart du temps, l'individu quitte brusquement les lieux où surviennent les attaques, devenant par la suite anxieux à la simple pensée d'y retourner par crainte de voir se reproduire les mêmes symptômes. Il commence par éviter ces endroits et, plus les conduites d'évitement se multiplient, plus l'individu se trouve handicapé. Il circule de moins en moins, réduit ses activités et confie en partie ses responsabilités à son entourage. A un certain stade du développement du trouble panique avec agoraphobie, plusieurs individus se sentent incapables de poursuivre leur travail et y mettent fin. Dans les cas extrêmes l'individu agoraphobe peut devenir incapable de sortir de chez lui.

Au moins une personne sur 75 souffrirait durant sa vie de cette affection. Une enquête épidémiologique américaine menée auprès de plus de 15,000 adultes indique que 1,7 % à 2,6 % de la population répondrait aux critères diagnostiques du trouble panique avec agoraphobie (voir Marks, 1987). Il semble que les femmes soient plus susceptibles d'éprouver un trouble de panique que les hommes, mais il est difficile de préciser dans quelle proportion. Une importante étude conduite aux États-Unis il y a plusieurs années a révélé que 4,9% des femmes et 1,8% des hommes souffraient d'agoraphobie, de panique ou d'autres phobies. Selon d'autres estimations, le ratio des femmes par rapport aux hommes serait plus près de deux pour un. De récentes données épidémiologiques laissent entrevoir que 1, 3 million de Canadiens souffriraient d'un trouble panique ou de phobies. Il est difficile d'établir des chiffres précis parce que les victimes cachent souvent leur état et bon nombre de professionnels des soins de la santé tendent à l'ignorer. Le coût annuel des consultations médicales aux États-Unis pour ce problème s'élevait en moyenne pour chacun des individus avec un trouble panique à \$2, 444, 70 contrairement à \$403, 00 pour la population en général. Selon Mitchell, (1990) les coûts reliés à l'évaluation et au traitement des troubles de panique demeurent exceptionnellement élevés; aux États-Unis uniquement, ils représentent des dépenses annuelles de l'ordre de 20 milliards de dollars. Le trouble panique se trouve donc à l'origine d'un manque à gagner d'une incapacité sociale importante et d'un abus de médicaments. En fait, Mitchell (1990) constate que, si ces troubles demeurent non traités ils peuvent sérieusement compromettre la vitalité de notre société. En fait, il y a peu de rémission sans traitement et plusieurs personnes souffrent de ce problème depuis 5 à 10 ans au moment de leur première consultation (voir Marks, 1987)

Au cours de la dernière décennie le trouble panique avec ou sans agoraphobie a fait l'objet d'un intérêt croissant dans le milieu clinique et de la recherche. Notre compréhension scientifique de cette problématique et notre capacité à la traiter se sont considérablement développées. Le clinicien peut maintenant avoir recours à plusieurs traitements efficaces afin de réduire les diverses conséquences psychologiques et physiques dont souffre cette population. Ce trouble répond

bien à certaines techniques d'intervention propre à l'approche comportementale ou cognitivo-comportementale ainsi qu'à la pharmacothérapie.

Au niveau de la pharmacothérapie, deux classes d'antidépresseurs, les tricycliques et les inhibiteurs de la monoamine-oxidase (IMAO) aussi bien que certaines benzodiazépines à haute puissance (alprazolam, lorazépam ou clonazépam) sont efficaces pour diminuer ou éliminer les attaques de paniques associées à diverses formes du trouble panique. De plus en plus d'efforts sont déployés en recherche pour trouver d'autres types de médicaments pertinents pour le traitement de cette problématique. Cependant, les agents pharmaceutiques comportent de sérieux limites. Vingt pour cent des agoraphobes refusent d'entreprendre un traitement pharmacologique. Les antidépresseurs présentent de nombreux effets secondaires importants tels l'agitation, l'insomnie, la vision embrouillée, l'irritabilité, la tachycardie et la constipation. Les IMAO sont aussi très toxiques et exigent une diète sans tyramine. Enfin, le délai d'action des antidépresseurs peut varier de 4 à 12 semaines et parfois plus. Pour ces raisons, le taux d'abandon chez les patients traités aux anti-dépresseurs ou aux IMAO se situe aux alentours de 20 à 40%. De leur côté, les benzodiazépines possèdent un délai d'action beaucoup plus rapide que les antidépresseurs, mais ils comportent des effets secondaires qui apparaissent aussi plus rapidement: sédation, ataxie, fatigue, problèmes de prononciation et somnolence. Ces symptômes sont toutefois moins incommodes que ceux des antidépresseurs et entraînent moins d'abandons. Enfin, c'est sûrement la plus grande faiblesse des traitements pharmacologiques, le taux de rechutes pendant la période de sevrage oscille entre 20 et 50% dans le cas de l'imipramine et peut atteindre jusqu'à 90% pour les IMAO. En ce qui a trait aux benzodiazépines, les taux de rechute semblent très élevés de 60 à 90%, il y a des effets de rebond ainsi que des problèmes de dépendance physiologique et psychologique importants.

Au niveau comportemental, la procédure d'exposition in vivo sous de nombreuses modalités constitue la procédure la plus efficace pour traiter ce trouble. De 60 à 70% des agoraphobes s'améliorent à la suite de ce traitement et les résultats obtenus semblent assez constants. Cependant, malgré son taux d'efficacité le traitement par exposition in vivo connaît bien des limites. Il y a une amélioration limitée chez 30 à 40% des sujets qui complètent le traitement, la présence de symptômes résiduels chez la majorité des patients, un nombre élevé de rechutes et un taux d'abandon variant de 12% à 15%. Si l'on tient compte de cette statistique, le pourcentage de sujets ne manifestant aucune amélioration grimpe alors à 50%. De plus, les progrès thérapeutiques cessent avec la fin du traitement, peu de patients manifestent une rémission complète.

Ces constatations concernant les limites de l'exposition ont conduit à l'application de traitements psychologiques différents et complémentaires désignés sous le nom de cognitivo-comportemental (modification des cognitions, exposition aux stimuli interoceptifs, réentraînement à la respiration, relaxation appliquée). Ces stratégies laissent présager qu'à court terme comme à long terme, la combinaison de l'exposition in vivo avec l'une ou l'ensemble de ces stratégies s'avère significativement plus efficace que chacune de celles-ci prise séparément,

pour remédier à l'anxiété phobique, aux comportements d'évitement, aux attaques de panique et aux problèmes secondaires des individus souffrant d'un trouble panique avec ou sans agoraphobie.

En fait, les chercheurs et les cliniciens continuent d'étudier le phénomène sous différents angles et la présente série d'articles sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie veut refléter ces nouveaux développements. Le but principal de ce numéro spécial est de faire le point sur les orientations théoriques et les connaissances contemporaines quant à la nature de ce trouble et sur les recherches actuelles au niveau de la compréhension clinique. Ce numéro permet également de mieux connaître les travaux des chercheurs québécois dans le domaine et offre au clinicien un modèle de pratique dans le cadre comportemental cognitif.

Dans cette perspective, le premier article fait le point sur les modèles étiologiques du trouble panique. Il présente les modèles médicaux ainsi que les modèles psychologiques, leurs caractéristiques distinctives et formule des critiques, des commentaires quand à la pertinence de ces modèles ainsi que des recommandations concernant le développement de nouveaux modèles étiologiques explicatifs du trouble panique. Le deuxième article tente d'évaluer l'impact thérapeutique de l'information fournie à l'individu concernant le trouble panique, ses causes et ses conséquences possibles lors d'un traitement cognitivo-comportemental. Cette étude utilise un protocole à cas unique à niveaux de base multiples pour comparer la thérapie d'information au traitement cognitivo-comportemental chez sept sujets ayant un trouble panique. Le troisième article se veut une réflexion critique sur la fonction sociale sexuée des comportements d'évitement. L'auteur présente quelques hypothèses pour expliquer la plus grande prévalence de l'agoraphobie chez les femmes. Elle examine également les implications de ces hypothèses pour l'intervention thérapeutique et propose des pistes de recherche afin de mieux comprendre les facteurs qui contribuent au développement et au maintien de l'agoraphobie chez la femme. Le quatrième article évalue l'impact de la présence ou de l'absence d'un trouble de la personnalité sur la réponse au traitement de type cognitivo-comportemental de groupe d'individus ayant un trouble panique avec agoraphobie. En plus de fournir une interprétation des résultats de l'étude, la discussion porte sur les limites méthodologiques, sur la pertinence de tenir compte de la présence de troubles de la personnalité dans le traitement de l'agoraphobie, et sur l'orientation des recherches futures. Finalement, la dernière recherche porte sur l'efficacité du traitement en groupe de l'agoraphobie avec différents niveaux d'implication des partenaires (époux-se, membre de la famille, ami-e). Le but de l'étude consiste à mesurer la contribution de trois niveaux différents d'implication du partenaire dans l'application d'une stratégie d'exposition in vivo pour le traitement en groupe de l'agoraphobie.

L'objectif visé par ce numéro spécial est d'informer les lecteurs de «Science et Comportement» des plus récents développements dans le domaine et de constater à quel point les chercheurs québécois sont à la fine pointe de la recherche dans le domaine. Je vous invite donc à lire avec empressement ce numéro spécial.

Je tiens à remercier, pour leur précieuse collaboration, les cliniciens et les chercheurs qui ont bien voulu participer à l'élaboration de ce numéro, ainsi que le comité rédactionnel de la revue «Science et Comportement» pour son appui lors de l'élaboration de ce numéro.

André Marchand Ph. D.

Professeur, UQAM

Editeur responsable du numéro spécial
sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie

Références

- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Mitchell, J.R. (1990). Perspective de recherche: le point de vue industriel. Panique et anxiété: dix ans de progrès. *Une conférence internationale*, Genève, Suisse, Juin 1990.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, C.E., Holzer, C.E., III, Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.F., Jr., Kramer, M., & Stolzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Makowitz, J., Weissman, M., Ouellete, R., Lish, J., & Klerman, G. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 24, 984-992.
- Weissman, N.M. et Merikangas, K.R. (1986). The Epidemiology of anxiety and panic disorders: An update. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 11-17.