

STRESS et ATTAQUES de PANIQUE

« Tous les hommes ont peur. Tous. Celui qui n'a pas peur n'est pas normal... »
Sartre, Le sursis.

Christine Mirabel-Sarron
Psychiatre
Docteur en psychologie clinique et
pathologique

Les visages de la peur

- ✖ La peur anticipée, parfois sans objet : l'anxiété.
- ✖ Attaques de panique (peurs aigues incontrôlables de durée brève)
- ✖ Phobies : peurs spécifiques
- ✖ Peurs post-traumatiques : peurs avec reviviscences du traumatisme
- ✖ Peurs avec rituels d'annulation de l'angoisse : trouble obsessionnel compulsif
- Il convient donc de bien distinguer la peur normale qui appartient au registre de l'émotion, qui constitue une alarme utile face à une situation dangereuse, de la peur pathologique (phobie) qui correspond à une alarme mal réglée, dans son activation comme dans sa régulation.

Des peurs aux phobies

- La peur est l'une des émotions fondamentales, impliquées dans la survie des principales espèces animales. Au sein d'une même espèce, peu de variations culturelles.
 - Présente dès l'enfance
 - L'expression faciale est caractéristique (Eckman, 1973)
 - Les manifestations somatiques sont stéréotypées (tremblements, sueurs froides, sidération) etc...

Définition des émotions

- Le mot « émotion » vient du latin « emovere, emotum » (enlever, secouer) et de « movere» (se mouvoir).
- Selon l'étymologie, les émotions produisent donc des changements, psychiques ou comportementaux, mais renvoient aussi à un état d'« ébranlement »interne.
- Plus d'une centaine de définitions du concept
- C'est un état affectif multidimensionnel qui s'accompagne de manifestations physiologiques, cognitives, expressives et subjectives.

Historique des émotions

- Depuis l'Antiquité, différentes listes des principales émotions ont été dressées.
- Aristote (384-324 av. J.-C.) cite les exemples de la colère, de la pitié et de la peur ainsi que leurs opposés.
- Les auteurs contemporains ont dressé plusieurs listes d'émotions primaires, certaines étant présentes chez tous les auteurs (la colère et la peur); appelées fondamentales en termes de phylogénèse et de survie de l'espèce.

Emotions primaires

- Les émotions de base
 - Tristesse
 - Colère
 - Joie
 - Dégoût
 - Peur
- Chacune est liée à un comportements adaptatifs :
 - Tristesse, réintégration
 - Colère, destruction
 - Joie, reproduction
 - Dégoût, rejet
 - Peur, protection

Les émotions de base sont une disposition universelle innée du cerveau
Elles sont communiquées à partir d'expressions faciales et ont une fonction adaptive.

Elles permettent de communiquer à autrui son état émotionnel interne.

Base neurobiologique des émotions

- L’amygdale est l’élément central parmi les structures impliquées dans la gestion émotionnelle.
- Localisation anatomique : l’amygdale est située en profondeur dans la partie antérieur du lobe temporal.
- Rôles : l’amygdale est un noyau au centre de connexions multiples; c’est le lieu d’intégration de la composante émotionnelle des informations véhiculées par les voies sensitives et sensorielles dont elle permettrait en lien avec la mémoire, d’en dégager la signification et de moduler les réponses biologiques et comportementales.

Aspect physiologique des émotions

- L’amygdale médiale génère une réponse de combat.
- L’amygdale latérale génère une réponse de fuite.
- De manière dose-dépendante à l’intensité de la stimulation, le corps se prépare pour l’action :
 - - Glycogénolyse hépatique ;
 - - Accélération de la fréquence respiratoire ;
 - - Augmentation de la tension artérielle ;
 - - Augmentation du diamètre pupillaire ;
 - - Augmentation de la sudation ;
 - - Augmentation de la sécrétion d’adrénaline et de noradrénaline ;
 - - Accélération cardiaque ;

Première partie

Le stress

- Citation :

« Je restais là figé, impuissant, frissonnant, conscient pour la première fois d'avoir été frappé non par de simples angoisses, mais par une maladie grave... »

William Styron, Face aux ténèbres

Définition du stress

- Hans Selye a défini le stress comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un événement donné. Le changement brutal survenant dans les habitudes d'une personne, jusque-là bien équilibrée, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et même somatique.
- Il démontre comment les hormones corticosurrénales sont mises en circulation lors d'agressions violentes de l'organisme.

Définition du stress (*suite*)

- Le stress entraîne des réponses hormonales, comportementales, viscérales :
- Il implique l'axe hypothalamohypophysosurrénalien et corticotrope :
- le C.R.F., l'A.C.T.H., le Cortisol, etc.

Les 3 composantes du stress

Les composantes du stress

3 composantes :

- Physiologiques (corporelles, respiratoires,...)
- Psychologiques (émotions, pensées, schémas cognitifs)
- Comportementales : les 3 F (Fight-Flight-Freeze) , syndrome réactionnel endocrinien .

Les 3 composantes du stress (*suite*)

- Le stress d'après Hans Selye (1946) ou syndrome général d'adaptation, syndrome réactionnel endocrinien en 3 phases consécutives :
 - 1. La phase d'alarme : mobilisation des ressources
 - 2. La phase de résistance : utilisation des ressources
 - 3. La phase d'épuisement
- Les symptômes sont non spécifiques quelle que soit la nature de l'agression

A quoi sert le stress ?

- Il sert à nous adapter à notre environnement en maintenant notre équilibre (homéostasie).
- C'est une réponse non spécifique, avec des changements biochimiques identiques, destiné à faire face à toute demande accrue imposée au corps humain.

Bien gérer son stress c'est :

- Développer ses modérateurs de stress,
- Gérer son activation physiologique,
- Lutter contre les facteurs de stress
- Développer des comportements de santé (ex : affirmation de soi) et du réseau social.

Les effets nocifs du stress

- L'épuisement est fonction de l'intensité, de la durée, de la fréquence, de la nature du « stresseur ».
- Si l'ampleur de l'événement stressant ne dépasse pas les capacités de réponse normale, l'organisme n'en subira pas les conséquences. À l'inverse, si les ressources de cet organisme sont insuffisantes, s'il ne peut faire front à la quantité de stress qu'il doit gérer, des problèmes de tous ordres sont susceptibles de survenir. L'organisme entre alors dans un cercle vicieux (stade des dommages).

Les effets nocifs du stress (*suite*)

- Hans Selye a montré que le phénomène de stress est un dispositif de vigilance salvatrice et que la sur-vigilance est dommageable lorsque la quantité de demandes dépasse la capacité de réponses du sujet.
- Hans Selye parle de stress négatif (défavorable) et de stress positif (favorable).

Au moins dix raisons de devenir phobique ! (1)

- **Aujourd’hui, une diversité de mécanismes** psychologiques, biologiques, génétiques, affectifs est incriminée dans le développement des phobies.
- **Une protection de l’espèce :**
Des phobies collectives sont toujours apparues aux époques où le groupe se sentait en état d’insécurité et de vulnérabilité. Aujourd’hui, les phénomènes naturels et cosmiques sont mieux connus et l’homme a donc moins recours à la fonction utilitaire de la phobie pour protéger son groupe. Nous observons donc davantage de phobies individuelles.

Au moins dix raisons de devenir phobique ! (2)

- Le champ des pulsions : Parmi les diverses approches psychologiques, ce sont les psychanalystes qui ont été pendant longtemps les seuls à se pencher sur le problème des phobies. Freud intègre les phobies dans la névrose d'angoisse en 1895 avec ses accès aigus (attaque de panique). Il reconnaît, en 1909, la spécificité de la phobie dans « symptôme, inhibition et angoisse ».
- Le stress, l'orage neuro-végétatif : Cette réponse biologique varie d'un individu à l'autre, tout comme le caractère de nouveauté ou d'imprévisibilité de la situation anxiogène.



Au moins dix raisons de devenir phobique ! (3)

- Acquisition par expérience : les traumatismes
- Le conditionnement
- Acquisition par observation des autres

Etc...

Progrès actuels en neurosciences

- Neurobiologie de la conscience
- Interactions cortico-sous-corticales
- Métacognition (intentionnalité, substitution, agentivité)
- Cerveau social (simulation, neurones miroirs, théorie de l'esprit, empathie)

Structures impliquées dans les réactions émotionnelles

Afférences

Cortex sensoriels

Thalamus

Système limbique

- amygdale
- hippocampe
- cortex cingulaire
- cortex PF ventro-médian
- noyau accumbens

Modulations

Neurotransmetteurs

Tronc cérébral

Mésencéphale

Neuropeptides

Glucocorticoïdes

Ganglions de la base

Efférences

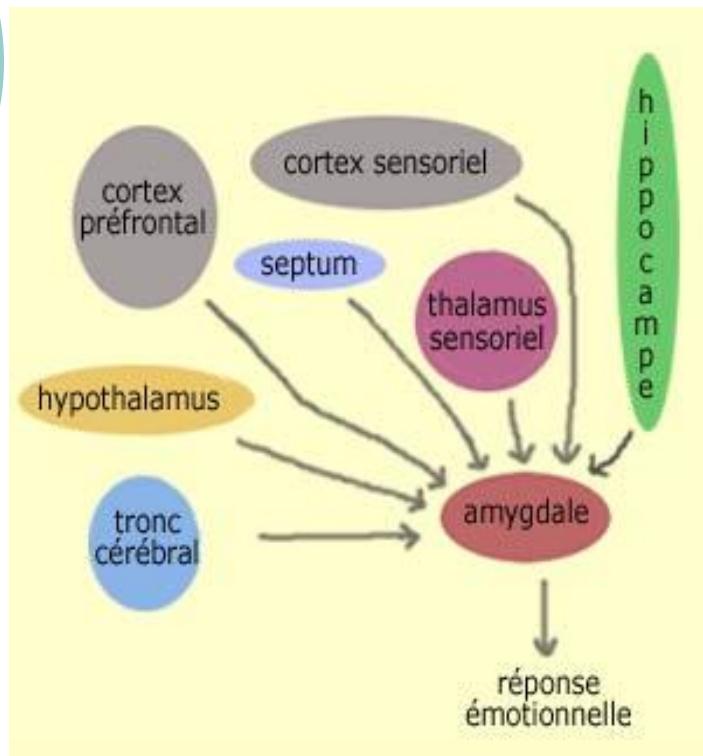
Hypothalamus

Tronc cérébral

Implication de l'amygdale

- Apprentissage associatif (avec hippocampe)
- Renforcement de l'attention (CPF et le tronc cérébral)
- Renforcement positif (avec noyau accumbens)
- Couplage émotion-motricité (ganglions de la base)
- Expression neuro-végétative (tronc cérébral)
- Expression neuro-hormonale (hypothalamus)
- Reconnaissance des émotions
- Conscience des émotions (avec CPF et hippocampe)

Implication de l'amygdale



Structures cibles	Effets physiologiques	Mesures
Hypothalamus latéral	Stimulation de l'activité sympathique psychogalvanique,	Augmentation de la fréquence cardiaque, de la réponse des mouvements des paupières, de la tension artérielle
Noyau paraventriculaire de l'hypothalamus	Sécrétion d'ACTH (vers hypophyse)	Augmentation du taux de cortisol
Noyau moteur dorsal du nerf vague	Stimulation de l'activité parasympathique	Chute de la fréquence cardiaque, accélération du transit, envie d'uriner, ulcères
Noyau parabrachial du pont	Stimulation des centres respiratoires	Hyperventilation, dyspnée
Locus caeruleus, tegmentum ventral	Production de noradrénaline	Eveil comportemental, vigilance, activation EEG
Noyau réticulaire ponto-caudal du bulbe et substance grise périaqueducale	Réflexes renforcés, arrêt des comportements	Réaction d'arrêt et de fixation
Nerfs moteurs trijumeau et facial	Motricité de la bouche et des mâchoires	Expression de crainte

Modèle de Gorman

- Circuit des attaques de panique similaire à celui des peurs conditionnées :
 - amygdale (noyau central)
 - hippocampe, thalamus, hypothalamus, substance grise péliaqueducale, locus coeruleus, noyau parabrachial
 - cortex préfrontal ventro-médian
- Vulnérabilité génétique (hypersensibilité amygdalienne), révélée par traumatismes précoces et événements de vie
- Effets thérapeutique des médicaments par réduction de l'hyper-réactivité amygdalienne, et des psychothérapies par réduction du conditionnement hippocampique (exposition) et de l'anxiété anticipatoire et des biais cognitifs (cortex préfrontal)

Seconde partie

Les attaques de panique

«Nous nous sentons tristes parce que nous pleurons, en colère parce que nous frappons quelqu'un, et effrayés parce que nous tremblons »

William James

Définition

Crise d'angoisse aigue 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 :

- Transpiration;
- Tremblements ou secousses musculaires;
- Sensation 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;
- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque;
- Déréalisation (sentiment 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.

Critères 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
- ...

Critère 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.
 - ...

Epidémiologie 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,...

Epidémiologie 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).

Modèle de BARLOW (1988)

- Modèle 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 modèle 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 stresseur.

Modèle de CLARK

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

Séquence proposée 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 seyllaire qui prédispose à une nouvelle attaque de panique, avec hypervigilance des sensations physiques, interprétation péjorative, comportements de sécurité avec agoraphobie...

Modèle de l'hyperventilation aigue

- Le CO₂ comme déclencheur des attaques de panique;
- Dérèglement du système d'adaptation métabolique, respiratoire, source d'un déséquilibre acido-basique et hyperventilation.

Troisième partie

Comment traiter les attaques de panique ?

« Il croit peser à ceux à qui il parle, il se retire si on le regarde,

il n'ouvre la bouche que pour répondre »

La Bruyère.



L'alliance

- Collaboration interactive et empathique
- Questionnement incitatif
- Hypothèses à vérifier dans la vie quotidienne

Contrat thérapeutique

- Le contrat thérapeutique détermine le but de la thérapie. L'objectif défini sera clairement décrit dans des étapes: une fois le problème identifié, il est question de programme thérapeutique qui mènera à la résolution, pas à pas...
- Dans le contrat thérapeutique, il sera question surtout de décrire la mise en place de conditions dans lesquelles les stratégies thérapeutiques seront appliquées (à raison d'une séance par semaine, en séance individuelle, en thérapie de groupe...)

Un travail tridimensionnel

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

Résultats

- De nombreuses études ont montré l'efficacité des TCC.
- La relaxation seule est moins efficace que les programmes combinés.
- Les programmes avec techniques cognitives sont plus efficaces.
- Peu d'études à long terme.
- Les traitements combinés permettraient de réduire le taux de rechute.

Déroulement de la thérapie de monsieur A., 35 ans

- Mi-août : première attaque de panique au volant de sa voiture;
- Intervalle libre d'une semaine, consultation en cardiologie, examens complémentaires (pas de maladie organique);
- Réapparition des attaques de panique qui deviennent de plus en plus fréquentes;
- Mise en route d'un traitement anxiolytique de fond par benzodiazépines et traitement des épisodes aigus.
- Septembre : consultation d'urgence toutes les semaines, appelle à 5 reprises le SAMU;
- Octobre : première consultation psychiatrique avec constatation des attaques de panique quotidiennes, d'une agoraphobie secondaire, puis généralisation des situations phobogènes par répétition des attaques de panique dans des lieux multiples, ainsi que d'un état dépressif d'apparition récente avec réveils nocturnes au milieu de la nuit, aboulie, sentiments d'incapacité, voire d'indignité.

Conceptualisation du cas de Monsieur A.

Je suis inférieur aux autres (fils unique, très protégé par sa mère, il se décrit comme un enfant très anxieux).

Règles conditionnelles	Comportements	Pensées automatiques	Affects
<p>Je dois avoir la protection de quelqu'un de fort sur lequel je puisse compter.</p> <p>Je dois tout faire parfaitement pour obtenir l'approbation des autres.</p>	<p>Il n'y a que trois amis connus il y a une quinzaine d'années, il va faire avec eux du sport en étant le plus parfait possible. Il est très apprécié professionnellement, des missions lui étant confiées par le directeur. Ses amis d'aujourd'hui sont les amies de sa femme.</p> <p>Évite d'avantage les autres, même ceux qu'il ne redoutait pas comme ses élèves, a le souci permanent de bien faire et refuse tout arrêt maladie malgré son état.</p>	<p>Je suis généralement apprécié des gens. J'ai toujours peur de ne pas savoir devant un examen, quand on me pose une question... Ma femme a du mal à prendre bien les choses, elle perd patience, elle va me quitter. Je ne peux pas m'occuper de mes enfants, je me sens mal. Mes amis m'aident sans me le dire ouvertement.</p>	Dépression et anxiété

Thérapie de monsieur A. (suite)

- Score aux questionnaires d'évaluation :
 - FSS III : 195 ;
 - BDI : 12 ;
 - RATHUS : 87.
- Déroulement thérapeutique :
 - J0 : Octobre : Première consultation d'évaluation ; prescription d'un antidépresseur;
 - J21 : Contrat thérapeutique comprenant l'apprentissage aux techniques respiratoires anti-paniques et des entretiens de thérapie cognitive selon le modèle de Beck;
 - J60 : Le patient est totalement asymptomatique; poursuite de la thérapie cognitive; réduction du traitement antidépresseur;
 - J150 : Fin du contrat thérapeutique. Le traitement antidépresseur est arrêté progressivement ; il est proposé des entretiens de suivi à raison d'un entretien par mois afin de s'assurer de la consolidation des acquis.

Conclusion

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

Ouvrages

- Mirabel-Sarron C., Sarron P-Y., Vera L., *Traiter les phobies avec les TCC*, Ed. Dunod, 2018.
- Mirabel-Sarron C., Vera L., *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, 5^e édition, Ed. Dunod, 2013.
- Mirabel-Sarron C., Chidiac N., *La gestion du temps*, Ed. Odile Jacob, 2012.



Merci de votre attention