

TROUBLES ANXIEUX

ANXIETE: DEFINITION

- L'anxiété est une émotion physiologique
- Qui possède un rôle adaptatif face aux stimuli inhabituels ou menaçants de l'environnement
- Qui s'exprime dans trois registres : psychologique, comportemental et somatique
- Qui devient pathologique lorsqu'elle est trop intense ou inadaptée ; c'est alors une crainte tournée vers le futur mais qui, contrairement à la peur, est sans objet réel ou disproportionnée p/r à cet objet

TROUBLES ANXIEUX : FRÉQUENCE

- PRÉVALENCE SUR LA VIE > 15 %
- PRÉVALENCE DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE > 25 %
- ASSOCIÉS AUX TROUBLES DÉPRESSIFS DANS PLUS DE 50% DES CAS
- AUGMENTATION DU RISQUE CARDIO ET CÉRÉBRO-VASCULAIRE
- COÛT MÉDICO-SOCIAL PLUS ÉLEVÉ QUE CELUI DE LA DÉPRESSION OU DE LA SCHIZOPHRÉNIE

PRINCIPALES THEORIES (1)

- Théories psychanalytiques
 - Freud définit l'anxiété comme un signal de la présence d'un danger dans l'inconscient
 - En réponse à ce signal le Moi mobilise des mécanismes de défense pour empêcher l'émergence dans la conscience de pensées ou de sentiments inacceptables
 - Mécanismes de défenses: refoulement, introjection ou projection, identification ou annulation

PRINCIPALES THEORIES (2)

- Théories comportementales
 - L'anxiété est une réponse émotionnelle apprise, déclenchée face à certains stimuli environnementaux
 - Approche cognitive: existence de schémas de pensée dysfonctionnels
 - Traitement: principe d'une désensibilisation, réalisée grâce à des séances d'exposition progressive aux stimuli anxiogènes, associées à une thérapie cognitive

ANXIETE SYMPTOMES SOMATIQUES (1)

- **CARDIO-VASCULAIRES**
 - Palpitations , tachycardie
 - Douleurs précordiales
 - Augmentation de la pression artérielle
- **RESPIRATOIRES**
 - Dyspnée , étouffement
 - Pesanteur thoracique
 - Bâillements , soupirs
 - Hyperventilation

ANXIETE SYMPTOMES SOMATIQUES (2)

- **NEUROLOGIQUES**
 - Sensations vertigineuses
 - Céphalées , douleurs musculaires
 - Paresthésies , modifications sensorielles
 - Insomnie , sommeil superficiel
 - Difficultés de concentration ou de mémoire
 - Dépersonnalisation , déréalisation
 - Hypervigilance , fatigue
 - Tremblements

ANXIETE SYMPTOMES SOMATIQUES (3)

- **DIGESTIFS**
 - Difficultés de déglutition (*globus hystericus*)
 - Douleurs épigastriques ou abdominales
 - Diarrhée , aérophagie , bouche sèche
- **AUTRES**
 - Polyurie
 - Sueurs
 - Rougeur , pâleur
 - Hyperthermie

ANXIETE SYMPTOMES PSYCHOLOGIQUES

- **PSYCHOLOGIQUES :**
 - Appréhension , anticipation
 - Inquiétude
 - Tension
 - Peur
 - Irritabilité
 - Impatience
 - Angoisse
 - Panique

ANXIETE SYMPTOMES COMPORTEMENTAUX

- **COMPORTEMENTAUX :**
 - Inhibition
 - Agitation
 - Maladresse
 - Fuite , évitement
 - Compulsions (rituels , manies , recherche de réassurance d 'aide ou de sédation , alcoolisation)
 - Agressivité

ANXIETE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- L 'anxiété réactionnelle, les troubles d 'adaptation
- L 'anxiété des affections médicales (thyroïde, troubles du rythme,...)
- L 'anxiété d 'origine toxique (caféine , stimulants , alcool , drogues ,)
- L 'anxiété des troubles psychiatriques
- Les troubles anxieux ou « névrotiques »

LES TROUBLES ANXIEUX DSM IV

- Trouble panique sans agoraphobie
- Trouble panique avec agoraphobie
- Agoraphobie sans atcd de trouble panique
- Phobie spécifique
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel - compulsif
- État de stress post - traumatique
- État de stress aigu
- Anxiété généralisée

→ TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE

TROUBLE PANIQUE: DEFINITION

- Attaques de paniques récurrentes et inattendues
- Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivant:
 - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de paniques (anxiété anticipatoire)
 - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences
 - Changement de comportement important en relation avec les attaques

ATTAQUE DE PANIQUE

- Début brutal (maximum en quelques minutes) parfois nocturne ; limitée dans le temps
- Symptômes somatiques au premier plan , entraînant des consultations d 'urgence : précordialgies , étouffement , malaise
- Cognitions « catastrophiques » , sentiment de perte de contrôle , de danger imminent ,
- Modifications perceptuelles : visuelles , auditives temporelles , sensations de déséquilibre , de déréalisation , de dépersonnalisation

CRISES DE PANIQUE :LES PENSÉES CATASTROPHIQUES

- Peur de mourir , d'avoir un infarctus ou un accident vasculaire cérébral
- Peur de perdre connaissance , d'avoir un malaise , de perdre l'équilibre , de tomber
- Peur de perdre le contrôle , de commettre des actes irrationnels , de se faire remarquer
- Peur de perdre la raison , de devenir fou
- Peur de vomir ou de perdre le contrôle de ses sphincters

AGORAPHOBIE: DEFINITION (1)

- Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique.

AGORAPHOBIE: DEFINITION (2)

- Ex: se trouver seul en dehors de son domicile, être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture
- Les situations sont soit évitées (ex: restriction de voyage) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant

AGORAPHOBIE : SITUATIONS PHOBOGÈNES

- Conduite automobile
- Magasins , centres commerciaux , cinéma
- Avion , transports en commun
- Etre seul ou loin d'un pôle de sécurité
- Etre dans la foule ou faire la queue
- Etre enfermé ou loin d'une sortie
- Ponts , tunnels , escaliers roulants , ascenseurs
- Grands espaces , vide , hauteurs
- Coiffeur , dentiste , médecin , hôpital

AGORAPHOBIE : ÉVITEMENTS « SUBTILS »

- Exercice physique , efforts , relations sexuelles
- Accompagnement par un tiers
- Canne , téléphone portable
- Nourriture , boisson , alcool , médicament
- Scènes stressantes à la TV, confrontations
- Itinéraires spéciaux (Proximité de pôles de sécurité , évitement des encombrements)
- Distraction (Fenêtre de voiture , musique)
- Réassurance compulsive

EPIDEMIOLOGIE

- Attaques de panique isolée: 15% en population générale
- Attaques de panique récurrentes: 4 à 7%
- Trouble panique: 3,5%
- Début très précoce des attaques de panique: 40% des adolescents présenteraient des AP (15-24 ans)
- Trouble panique: début chez les jeunes adultes (29 ans)
- TPA: femmes++ (2,5X plus que chez l'homme)
- TPSA: homme=femme

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Crises de panique provoquées par la confrontation à un stimulus phobogène
- Crises de panique d'origine toxique (café , drogues), médicale ou iatrogène
- Crises de panique liées à l'amplification progressive de ruminations dépressives ou anxieuses (crises auto-déclenchées)
- Phobie sociale

COMORBIDITE

- 69% des patients souffrant de TPA ont au moins un autre diagnostic de l'axe I
- Épisode dépressif majeur: 56% des cas
- Alcool et prise toxique++
- 53% des patients ont un autre trouble anxieux
 - TAG 25%
 - Phobie sociale 15 à 30%
 - Phobies spécifiques 10 à 20%
 - TOC 8 à 10%

MODELE ETIOLOGIQUE

PRÉDISPOSITION (Biologique , psychologique)



DÉCOMPENSATION LIÉE AU STRESS



DÉVELOPPEMENT DES ATTAQUES DE
PANIQUE ET DE L'AGORAPHOBIE



COMPLICATIONS (dépression , alcoolisme)

TRAITEMENT (1)

- Attaque de panique
 - Disponibilité (même téléphonique)
 - Isolement , dédramatisation , verbalisation
 - Réassurance (examen physique)
 - Refocalisation de l'attention (interrogatoire)
 - Mesures de contrôle respiratoire
 - Si nécessaire , anxiolytique par voie orale : benzodiazépine
 - Exceptionnellement par voie intra - musculaire

TRAITEMENT (2)

- Trouble panique avec agoraphobie
 - Traitement AP
 - Règles hygiéno-diététiques
 - Antidépresseurs, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
 - Anafranil ®
 - Prozac ®, Déroxat ®, Zoloft ®, Seropram ®
 - Doses identiques à celles utilisées dans la dépression avec début progressif
 - Délai d'action 2 à 3 sem
 - Traitement 10 mois avec arrêt progressif

TRAITEMENT (3)

- Trouble panique avec agoraphobie
 - Thérapies cognitives et comportementales
 - 10 à 20 séances
 - Techniques d'exposition progressive aux situations anxiogènes (en imagination, in vivo...)
 - Techniques de relaxation ou de contrôle respiratoire

→ PHOBIE SOCIALE

DEFINITION (1)

- Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performances durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante
- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une AP liée à la situation ou bien facilitée par la situation.

DEFINITION (2)

- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur
- Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense
- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la(les) situation(s) redoutée(s) sociale(s) ou de performance perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnels, ou bien ses activités sociales ou ses relations à autrui
- Type généralisée ou spécifique (1 à 2 situations)

SITUATIONS SOCIALES ANXIOGENES (1) (Stein et al, 1994)

- Parler en public (audience importante)
- Parler en public (petit groupe)
- Aborder des gens en position d'autorité
- Parler à des étrangers ou des inconnus
- Participer à des réunions sociales
- Ecrire en face d'autres gens
- Manger en face d'autres gens

SITUATIONS SOCIALES ANXIOGENES (2) (Stein et al, 1994)

- Téléphoner
- Entrer dans une pièce où des gens sont déjà réunis
- Se faire interpeller de façon inattendue
- Être présenté à quelqu'un ou lui adresser la parole
- Rencontrer une personne du sexe opposé ou un supérieur

Phobies sociales : où placer le seuil diagnostique ? (Stein & al , 1994)

- Sujets se considérant comme excessivement ou modérément anxieux dans au moins une situation sociale : 61 %
- Sujets éprouvant de ce fait une détresse ou une interférence modérées avec leur vie quotidienne : 18,7 %
- Détresse ou interférence importantes : 7,1 %
- A l'exclusion des sujets ayant seulement la peur de parler en public : 6,1 %

PHOBIE SOCIALE : ASPECTS COGNITIFS

- Peur de présenter des symptômes d'anxiété (Rougir , trembler , ...)
- Peur de bafouiller , de ne pas savoir quoi dire , d'avoir l'air embarrassé , ridicule ...
- Peur d'une évaluation négative ; crainte de ne pas être aimé , apprécié
- Tendance à interpréter l'attitude des autres comme critique ou hostile
- Autodévalorisation , inadéquation , honte

Timidité ou phobie sociale ?

- | | |
|---|--|
| • Gêne , inconfort | • Panique , honte |
| • Anxiété diminue en cours d'exposition | • Anxiété croissante en cours d'exposition |
| • Désir d'être accepté | • Désir d'être oublié |
| • Occasionnel | • Obsédant |
| • Peu d'anticipation | • Anticipation majeure |
| • Pas d'évitement | • Evitement fréquent |
| • Pas de handicap | • Handicap socio-profess. |
| • Répétition entraîne l'habituation | • Répétition entraîne une sensibilisation |

TRAITEMENT

- Pharmacologique:
 - ISRS (Deroxat ®)
 - IMAO (Moclamine ®)
 - Béta-bloqueurs (Avlocardyl ®)
 - Benzodiazépines (Occasionnellement)
- Psychothérapique:
 - Exposition
 - Affirmation de soi
 - Thérapies de groupe

→ PHOBIES SPECIFIQUES

DEFINITION (1)

- Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique (ex: prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang)
- L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation
- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur

DEFINITION (2)

- La (les) situation(s) phobogène(s) est(sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense
- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la(les) situation(s) redoutée(s) perturbent de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires) ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui

DEFINITION (3)

- Spécifier le type:
 - Type animal: peur induite par les animaux ou les insectes (début dans l'enfance)
 - Type environnement nature: orages, les hauteurs, l'eau (début dans l'enfance)
 - Type sang-injection-accident: très familial et est souvent caractérisé par une réponse vaso-vagale intense
 - Type situationnel: transport public, les tunnels, les ponts, les ascenseurs, les avions, conduire une voiture, endroits clos (pic de début dans l'enfance puis entre 20 et 30 ans)
 - Autres types: situations qui pourraient conduire à étouffement, au fait de vomir ou de contracter une maladie, phobie de l'espace

Peur normale ou phobique ?

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| • Emotion | • Maladie |
| • Contrôlable | • Incontrôlable |
| • Intensité limitée | • Intensité sévère |
| • Cause objective | • Cause subjective |
| • Evitement modéré | • Evitement constant |
| • Handicap léger | • Handicap majeur |
| • Pas d'anticipation | • Anticipation |
| • Diminue en cas de confrontations | • Persiste malgré les confrontations |

EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence 7,9% à 12 mois, 13,3% vie entière
- 3ème trouble psychiatrique après la dépression et la dépendance à l'alcool
- Différence culturelle?
- Femmes++, jeunes, célibataires, statut socio
- Début durant l'adolescence le plus souvent

PHOBIE SOCIALE : PREVALENCE VIE-ENTIERE

- ECA Study (1984) : 1,8 - 3,2 %
- Edmonton Community Survey (1988) : 1,7 %
- Munich Follow-up Study (1992) : 2,5 %
- Zurich Study (1993) : 5,4 %
- National Comorbidity Survey (1994) : 13,3 %
- Etude OMS France (1994) : 14,4 %
- Early (14 - 24 ans) Developmental Stages of Psychopathology (1998) : 3,5 % (7,3 % avec les formes sub-syndromiques)

COMORBIDITE

- 69% ont un autre trouble
 - Phobie simple 59%
 - Agoraphobie 45%
 - Abus d'alcool 19%
 - Dépression majeure 17%
 - Toxicomanie 13%
- Dans 77% des cas la phobie sociale apparaît en premier

PHOBIE SOCIALE : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE , TRAC , TIMIDITÉ
- TROUBLE PANIQUE , AGORAPHOBIE
- DYSMORPHOPHOBIE
- DYSFONCTIONS SEXUELLES
- PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE
- TROUBLES PSYCHOTIQUES
- PATHOLOGIE MÉDICALE

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT (1)

- Age moyen de début 15 ans mais avec un premier pic à 5 ans
- Évolution insidieuse
- Facteur de changement extérieur le plus souvent
- Enfants timides, réservés mais parfois la phobie sociale apparaît indépendamment de la timidité

CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT (2)

- Anxiété survenant dans des situations où l'enfant est confronté à des personnes non familières
- La gêne survient dans les relations avec les autres enfants et pas seulement avec les adultes
- Chez le petit enfant manifestations peu spécifiques
 - Pleurs, réactions de colère
 - Palpitations, tremblements, nausées
- Puis manifestation plus typique
 - Enfant réservé++ en classe, refus scolaire
 - Mutisme sélectif?

Peurs excessives dans la population générale

- Animaux : 22%
- Vide , hauteurs : 20%
- Sang , injections : 14%
- Vol en avion : 13%
- Claustrophobie : 12%
- Orages , tempêtes : 9%
- Eau : 9%
- Rester seule(e) : 7%

LA PHOBIE DU SANG

- Souvent liée à la phobie des maladies, des hôpitaux, des procédures invasives
- Fréquemment familiale
- La stimulation sympathique est suivie d'une réaction vagale avec bradycardie , sueurs , nausées , syncope
- L'exposition peut être envisagée en position allongée
- La relaxation doit être remplacée par des exercices de tension musculaire

EPIDEMIOLOGIE

- Prévalence: 10 à 11,3% vie entière
- Femmes++
- Femmes représentées 75 à 90% des personnes présentant une phobie des animaux
- Chez les hommes peurs la plus fréquentes: la hauteur
- Début dans l'enfance le plus souvent

COMORBIDITE

- 42% des personnes qui ont une seule peur spécifique et 84,1% de celles qui ont entre 6 et 8 peurs présentent au moins un autre trouble anxieux Prévalence: 10 à 11,3% vie entière
- Facteur de risque pour un autre trouble anxieux?

TRAITEMENT (1)

- Traitement pharmacologique:
 - Benzodiazépine si anxiété anticipatoire
 - Antidépresseur si AP

TRAITEMENT (2)

- Thérapie comportementale: exposition
 - Objectifs définis et limités
 - Progression par étapes
 - Exercices fréquents et réguliers (quotidien si possible)
 - Définitions des paramètres (quand? Avec qui? Combien de temps?)Benzodiazépine si anxiété anticipatoire
 - Implique une confrontation à l'anxiété la plus longue possible
 - Auto-évaluation systématique

→ TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

Epidémiologie (2)

- Age de début
 - Vers 20 ans plus précoce chez les hommes
 - Moins de 15% des patients souffrant de TOC auraient développé leurs troubles après 25 ans
 - Le délai séparant le début des troubles de la première consultation médicale est d'environ 7 ans

DEFINITION (1)

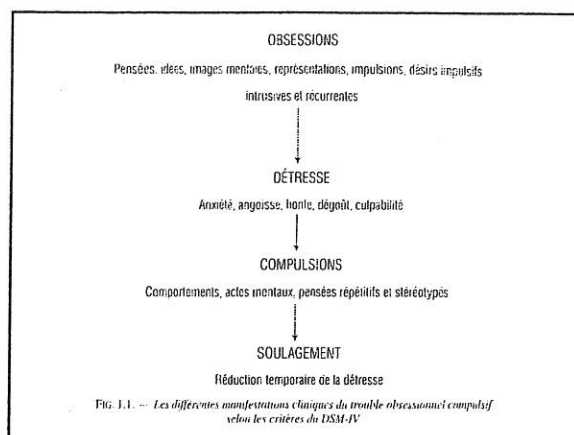
- Existence soit d'obsessions soit de compulsions
 - Obsessions:
 - ☐ Pensées, impulsions ou représentation récurrentes et persistantes, ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante
 - ☐ Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions
 - ☐ Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieure)

DEFINITION (2)

- Compulsions:
 - ☐ Comportements répétitifs (ex: lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (ex: prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible
 - ☐ Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée; cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs

DEFINITION (3)

- Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plusieurs heures par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou ses relations sociales habituelles



Formes cliniques

- Intérêt:
 - Compréhension de la variabilité des réponses au traitement
 - Démarche thérapeutique
 - Variabilité des symptômes

Formes cliniques

- Summerfeldt et al (1999)
 - Obsessions agressives, sexuelles, religieuses, somatiques et compulsions de vérification
 - Obsessions de symétrie et d'exactitude, compulsions de répétition, de comptage et d'ordre
 - Obsessions de contamination et compulsions de lavage et nettoyage
 - Obsessions et compulsions d'accumulation

Formes cliniques

- Calamari et al (1999)
 - Obsessions agressives, sexuelles, religieuses, somatiques et compulsions de vérification
 - Obsessions de symétrie et d'exactitude, compulsions de répétition, de comptage et d'ordre
 - Obsessions de contamination et compulsions de lavage et nettoyage
 - Obsessions et compulsions d'accumulation
 - Crainte superstitieuses et besoin de se souvenir

Formes cliniques

- Rasmussen et Eisen (1998)

Obsessions		Compulsions	
contamination	50%	vérification	61%
doute	42%	lavages	50%
maladie	33%	compter	36%
symétrie	32%	confession	34%
Impulsion agressives	31%	Symétrie	28%
Impulsions sexuelles	24%	collections	18%

Formes cliniques

- Les *ruminateurs*
 - 15 à 20 %
 - Soit des pensées soit des images avec peu ou pas de rituels moteurs
 - Phobies d'impulsion
 - Peur qu'il arrive un accident ou une maladie à leurs proches avec rituels mentaux
 - Pensées obsédantes ≠ rituels mentaux

Formes cliniques

- Les *laveurs*
 - Peur de la contamination, des microbes, de la saleté ou d'être souillé par le contact d'autrui
 - Évitements et rituels de lavage et nettoyage
 - Proche des phobies simples
 - Femmes +++
 - Traitement plus facile

Formes cliniques

- Les *vérificateurs*
 - Peur de faire une erreur, de créer un préjudice, d'être responsable d'une action qui risque de menacer les autres ou eux-mêmes
 - Vérifient +++
 - Anticipation pathologique de l'événement
 - Homme=femme

Formes cliniques

- *Ordres, symétrie, perfection*
 - Lenteur obsessionnelle
 - Rituels de vérification+++
 - Recherche incessante de l'état immaculé et parfait de leurs possessions

Formes cliniques

- Les *collectionneurs ou accumulateurs*
 - Collectionneurs pathologiques
 - Accumulations d'objets ne représentent pas toujours un sujet de plaisir même pour le patient
 - Ne peut jeter de peur d'oublier quelque chose ou de jeter quelque chose d'utile
 - Difficultés relationnelles +++

COMORBIDITE

- Épisode dépressif majeur: 57%
- Phobie simple
- Phobie sociale
- Troubles des conduites alimentaires
- Abus d'alcool
- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Personnalité obsessionnelle compulsive: 30%
- Trouble bipolaire 15,7% dont 13,6% BP II

Modèles Théoriques

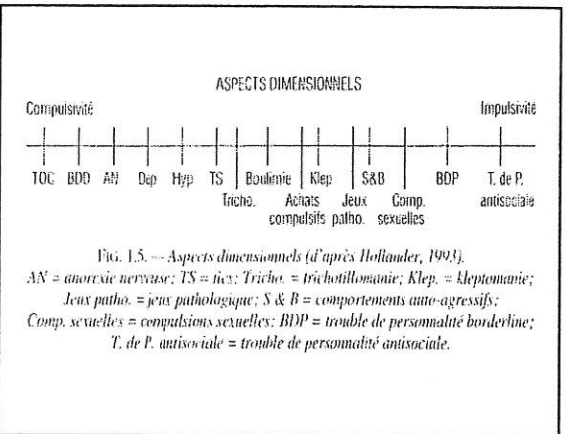
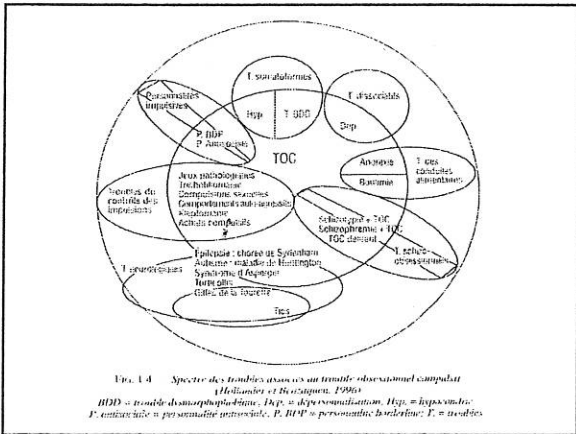
- Modèle comportementaux ou explication au maintien des compulsions
 - Théorie des conditionnements, théories de l'apprentissage
 - Beech (1974): trouble de l'habitation émotionnelle. Activation élevé du système nerveux autonome à l'origine d'une anxiété excessive.
 - Mowrer (1960): théorie de l'évitement
 - Explique le maintien du trouble et la mise en place des rituels mais échoue à expliquer les facteurs de déclenchement

Modèles Théoriques

- Modèle cognitifs
 - Issues des études expérimentales sur le caractère normal des pensées intrusives
 - Théorie des schémas de pensées
 - Carr (1974): surestimation des dangers
 - McFall et Wollersheim (1979): perturbation du traitement de l'information, croyances irrationnelles
 - Salkovskis et Rachman (1998): la pensée obsessionnelle constitue un stimulus interne dont l'interprétation négative conduit à une réponse émotionnelle d'angoisse et d'anxiété, secondairement soulagée par la réalisation des compulsions

Modèles Théoriques

- Modèle intégratif des troubles psychopathologiques: spectre des troubles apparentés au trouble obsessionnel compulsif
 - Approche dimensionnelle de la pathologie mentale dans laquelle la compulsivité et l'impulsivité représenteraient les deux extrêmes d'un continuum phénoménologique de la contrainte versus la désinhibition



Modèles Théoriques

- Modèle de l'impulsivité perçue et de la compulsivité compensatoire
 - Cottraux (1995, 1998): dimension impulsive primaire comprise comme un déficit d'inhibition cognitive et comportementale
 - Comportement compulsif comme comportement impulsif survient en l'absence de toute délibération cognitive

EVOLUTION

- Évolution chronique avec des fluctuations d'intensité
- Formes intermittentes dans moins de 20% des cas
- Formes sévères++=handicap++

TRAITEMENT

- Objectifs réalistes
- Pharmacologie
 - Antidépresseurs sérotoninergiques à doses élevées, délai d'action prolongé (6 sem)
- Psychologique
 - Exposition avec prévention de la réponse ritualisée, arrêt de la pensée
- Psychochirurgie
 - Exceptionnelle

→ TROUBLE ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

DEFINITION (1)

- Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires)
- La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation

DEFINITION (2)

- L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants
 - Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
 - Fatigabilité
 - Difficultés de concentration ou trous de mémoire
 - Irritabilité
 - Tension musculaire
 - Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)

TAG : FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES PHYSIQUES

- > 80 % : Sensation d'être à cran, sous tension ; tension, douleurs ou contractures musculaires
- 60 - 80 % : Difficultés à initier ou à maintenir le sommeil, impatience, irritabilité ; difficultés de concentration, fatigabilité, trous de mémoire ; réactivité exagérée, bouche sèche, nausées, diarrhée ou autres troubles digestifs
- 40 - 60 % : Tremblements, sursauts, fièvre, sueurs, paumes moites ; polyurie

(V. Starcevic & al, 1994)

TAG : CARACTÉRISTIQUES PSYCHOLOGIQUES

- SURESTIMATION DES RISQUES
- INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE
- BESOIN ACCRU D'ÉLÉMENTS DE DÉCISION FACE AUX CHOIX
- TENDANCE À DÉFINIR LES ÉVÉNEMENTS AMBIGUS COMME MENAÇANTS
- FAIBLE CONFIANCE DANS SES CAPACITÉS DE CONTRÔLE ET DE RÉOLUTION DE PROBLÈME

TAG : ÉVOLUTION

- DE NOMBREUX PATIENTS DISENT QU'ILS ONT ÉTÉ ANXIEUX « TOUTE LEUR VIE »
- D'AUTRES DÉCRIVENT UN DÉBUT DU TAG APRÈS UN STRESS ET/OU À L'OCCASION DE LA SURVENUE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF OU D'UN AUTRE TROUBLE ANXIEUX
- DANS TOUS LES CAS L'ÉVOLUTION EST SOUVENT FLUCTUANTE

LES « CRISES DE PANIQUE » DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

- DÉBUTENT PROGRESSIVEMENT
- SECONDAIRE À L'AMPLIFICATION DES RUMINATIONS ANXIEUSES
- S'ACCOMPAGNENT DE SYMPTÔMES PHYSIQUES ET D'HYPERVENTILATION
- PEUVENT ENTRAÎNER L'IMPRESSION DE PERTE DE CONTRÔLE
- ONT RAREMENT DES CONSÉQUENCES COMPORTEMENTALES

PENSÉES PATHOLOGIQUES DES « TAG » ET DES « TOC »

- | | |
|--|-------------------------------|
| • INCONTROLABLES | • INCONTROLABLES |
| • IDÉES, MONOLOGUES INTÉRIEURS | • IMAGES OU IMPULSIONS |
| • RÉALISTES, EGOSYNTONES | • ABSURDES, CHOQUANTES |
| • LIÉES À L'EXPÉRIENCE DU MOMENT | • INTRUSIVES ET INVOLONTAIRES |
| • PAS DE RÉSISTANCE OU DE LUTTE ACTIVE | • TENTATIVE DE NEUTRALISATION |
| • HYPERACTIVITÉ, ÉVITEMENT | • COMPULSIONS ET/OU ÉVITEMENT |

HYPOCHONDRIE ET TAG

- INQUIÉTUDES PORTANT SEULEMENT SUR LA SANTÉ PHYSIQUE
- INTERPRÉTATION ERRONÉE DES SYMPTÔMES SOMATIQUES
- COMPORTEMENTS PATHOLOGIQUES : VÉRIFICATIONS, RÉASSURANCE, VISITES ET EXAMENS MÉDICAUX
- CONVICTION D'ÊTRE DÉJÀ ATTEINT D'UNE MALADIE ET NON PEUR D'EN ÊTRE ATTEINT DANS L'AVENIR

TAG : AUTRES DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES

- LA DYSTHYMIE
- LE TROUBLE ANXIO-DÉPRESSIF MIXTE
- LES TROUBLES DE PERSONNALITÉ
- L'ANXIÉTÉ-TRAIT
- LA DIMENSION < NEVROTIQUE >
- L'EXPRESSION D'UN FACTEUR DE VULNÉRABILITÉ COMMUN AUX TROUBLES ANXIEUX OU DÉPRESSIFS ?

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Prévalence: 4 à 5%
- Femmes++
- Peu de gens consultent
- Chez la personne âgée trouble anxieux le plus fréquent?

COMORBIDITE

- 66% des personnes souffrant de TAG déclarent avoir souffert d'un autre trouble au cours des 30 jours précédents
- Phobie simple
- Phobie sociale
- Trouble dysthymique
- Trouble panique
- Abus de BZD

TRAITEMENT

- Psychologique
 - Relaxation, thérapies cognitives
- Pharmacologiques
 - Benzodiazépine: durée limitée
 - Buspirone (buspar®): effet progressif
 - Antidépresseur (effexor®)
- Suivi préventif
 - Risque de développer ultérieurement une dépression ou un trouble anxieux, fréquence des troubles fonctionnels

➔ ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Les pathologies post-traumatiques et réactionnelles dans le DSM IV

- Réactions spécifiques aux événements majeurs :
 - La réaction aiguë de stress (48h00 à 4 semaines)
 - Le trouble de stress post-traumatique (> 1 mois)
- Réactions ne rentrant pas dans le cadre de pathologies avérées : troubles de l'adaptation
 - Avec humeur dépressive
 - Avec humeur anxieuse
 - Avec humeur anxieuse et dépressive
 - Avec troubles des conduites
 - Avec autres symptômes

Autres conséquences psychiatriques possibles d'un traumatisme psychique

- État dépressif majeur
- Trouble panique
- Trouble phobique
- Anxiété généralisée
- Addictions

La réaction aiguë de stress 1/2

- L'événement traumatique est caractérisé :
 - Par une menace de mort ou d'altération physique dont le sujet est victime ou témoin
 - Par une réaction émotionnelle intense
- L'événement est suivi rapidement de l'apparition de symptômes dissociatifs : confusion, sidération, amnésie totale ou sélective, sentiment d'engourdissement, d'anesthésie, de détachement, déréalisation, dépersonnalisation

La réaction aigue de stress 2/2

- L'événement traumatique est revécu de façon répétitive (réminiscences, pensées, rêves, impressions, impulsions, flash-backs) de façon spontanée ou provoquée par des stimuli spécifiques que la patiente tente d'éviter
- Il existe un état d'alerte anxieux permanent et un retentissement fonctionnel
- La réaction est limitée (48 heures à 4 semaines) et tend à s'atténuer avec le temps

Le STPT: DEFINITION (1)

- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents
 - Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée
 - La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur

DEFINITION (2)

- L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes
 - Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement avec sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées, des perceptions
 - Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
 - Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash back))
 - Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement
 - Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement

DEFINITION (3)

- Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (3 symptômes)
 - Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
 - Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme
 - Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
 - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
 - Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 - Restriction des affects
 - Sentiment d'avenir « bouché »

DEFINITION (4)

- Symptômes d'activation neurovégétative (2 symptômes)
 - Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
 - Irritabilité ou accès de colère
 - Difficultés de concentration
 - Hypervigilance
 - Réaction de sursaut exagérée
- >1 mois
- Spécifier si aigu ou chronique

EPIDEMIOLOGIE

- Auparavant « névrose traumatique », « choc des tranchées », « névrose de guerre »
- Prévalence varie beaucoup selon les études: 1 à 15,2%
- Femmes++ (agression, viol)
- Si exposition répétée à traumatisme, prévalence passe de 5% à 75%

COMORBIDITE

- 80% des patients ayant un PTSD ont un autre trouble psychiatrique
- 48% EDM
- 22% trouble dysthymique
- 16% TAG
- Alcool 52% chez les hommes, 28% chez les femmes
- Abus de substance (35%/27%)

TRAITEMENT

- Il faut traiter sinon chronicisation
- Traitement pharmacologique
 - Antidépresseurs
 - Benzodiazépine
- Traitement psychothérapique
 - Prévention de l'état de stress post traumatique (debriefing)
 - relaxation80% des patients ayant un PTSD ont un autre trouble psychiatrique