

Cours De Résidanat

Sujet: 69

Troubles anxieux

Diagnostic et Traitement

Objectifs :

1. Distinguer l'anxiété normale de l'anxiété pathologique sur des arguments anamnestiques et cliniques.
2. Etablir le diagnostic positif d'un trouble panique et d'un trouble anxiété généralisée, à partir des données de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique.
3. Etablir le diagnostic positif d'une agoraphobie, d'une phobie spécifique et d'une phobie sociale, à partir des données de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique.
4. Etablir le diagnostic positif d'un trouble anxiété de séparation ~~de l'enfant~~, à partir des données anamnestiques et cliniques.
5. Différencier les troubles anxieux du trouble obsessionnel compulsif et de l'état de stress post-traumatique, à partir des données anamnestiques et cliniques.
6. Etablir les diagnostics différentiels des troubles anxieux.
7. Planifier la conduite du traitement symptomatique et du traitement de fond des différents troubles anxieux.
8. Décrire les propriétés pharmacodynamiques des anxiolytiques.
9. Décrire les règles de prescription des anxiolytiques.
10. Citer les méthodes psychothérapeutiques qui s'appliquent à la prise en charge des différents troubles anxieux.

Objectif 1 : Distinguer l'anxiété normale de l'anxiété pathologique sur des arguments anamnestiques et cliniques.

1- Introduction

Les troubles anxieux, constituent l'un des problèmes de santé mentale les plus courants, touchant jusqu'à 20 % de la population générale. Les troubles anxieux débutent le plus souvent à l'adolescence ou chez l'adulte jeune avec une prédominance féminine. La triade clinique de l'anxiété regroupe des symptômes psychiques, somatiques et comportementaux.

Les troubles anxieux entraînent des problèmes de fonctionnement sur les plans social, familial, scolaire et professionnel. Les troubles anxieux augmentent le risque d'autres troubles psychiatriques, notamment la dépression, l'abus de substances et d'alcool et l'incidence du suicide.

Le trépied thérapeutique repose sur les antidépresseurs, la psychothérapie et les mesures psychosociales.

2- Définitions

Les troubles anxieux constituent un ensemble hétérogène de pathologies dont l'anxiété occupe une place centrale. L'anxiété est un état émotionnel anticipant un événement menaçant et caractérisé par des sentiments pénibles de peur, d'alerte, d'hypervigilance, d'appréhension et de crainte d'un danger imminent, associés à des manifestations neurovégétatives.

L'anxiété est dite normale quand elle est une réponse adaptée à une situation réellement menaçante, donc contrôlable et tolérable.

L'anxiété pathologique est en revanche une réponse inadaptée à cause de son intensité, de sa durée, de sa fréquence, de la souffrance et le dysfonctionnement qu'elle entraîne.

	Anxiété normale	Anxiété pathologique
Objet de l'anxiété	Situation réellement menaçante	Pas ou peu dangereux (caractère disproportionné)
Intensité	Faible, tolérable	Démesurée, intolérable
Évolution	Brève Limitée à la situation	Durable fréquente
Conséquences	Fonction adaptative (stratégies cognitives et comportementales mobilisées pour gérer une situation de stress)	•Capacités d'adaptations dépassées •Altération du fonctionnement •Souffrance significative

Le principal critère pour différencier l'anxiété normale de l'anxiété pathologique reste le retentissement de celle-ci sur les capacités d'adaptation du sujet.

3- Classification

Dans la nosographie actuelle (DSM 5) on trouve 6 troubles anxieux :

- Trouble panique,
- Trouble anxiété généralisée,
- Agoraphobie,
- Phobie spécifique,
- Trouble anxiété sociale (Phobie sociale),
- Trouble anxiété de séparation.

Objectif 2: Etablir le diagnostic positif d'un trouble panique et d'un trouble anxiété généralisée, à partir des données de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique.

1- Trouble panique

1-1- Définition

Le trouble panique est caractérisé par la survenue récurrente d'attaque de panique (aux moins 2) ou crises d'angoisses répétitives, durant les 4 dernières semaines.

1-2- Attaque de panique

L'attaque de panique est caractérisée par la survenue de symptômes anxieux de façon inopinée, ~~sans facteur déclenchant, pouvant même survenir la nuit réveillant le patient de son sommeil.~~ Les symptômes atteignent leur acmé en moins de 10 minutes, durent en moyenne 20 à 30 minutes et diminuent progressivement jusqu'à disparaître laissant une profonde asthénie.

L'attaque de panique est une urgence médicale.

La triade symptomatique comporte des symptômes somatiques (ou physiques), des symptômes psychiques et des symptômes comportementaux.

L'attaque de panique regroupe au moins 4 signes de la triade suscitée.

~~—Sémiologie psychique: il s'agit soit d'une sensation de mort imminente, soit du sentiment de devenir fou. Les patients décrivent alors une impression d'irréalité de l'ambiance et de dépersonnalisation leur faisant parfois craindre de commettre des actes incontrôlés. L'ensemble de ces phénomènes créent une angoisse intense, un état de panique.~~

Symptômes psychiques: Le patient est en proie à une peur intense et vague, dans l'attente d'une catastrophe imminente. Habituellement, on observe une ébauche d'élaboration mentale à type d'une peur de mourir, de devenir fou ou de perdre le

contrôle de soi. . Parfois, il peut exister un vécu de dépersonnalisation ou de déréalisation.

- **Sémiologie physique** : **Symptômes somatiques** : elle domine souvent le tableau, amenant le patient à multiplier les consultations (~~il peut consulter d'autres spécialistes en dehors des cardiologues comme par exemple les pneumologues~~).

Les principales manifestations somatiques de l'anxiété aiguë sont les suivantes :

*cardiaques : palpitations et tachycardie, gêne ou même douleur rétrosternale,

*respiratoires : sensation d'étouffement, de dyspnée, d'oppression thoracique, de boule dans la gorge,

*neurologiques : vertiges, paresthésies, céphalées,

*neurovégétatives : hypersudation, bouffées de chaleur, frissons, tremblements,

*plus rarement on peut observer des symptômes digestifs (nausées, douleurs abdominales, diarrhées), des symptômes urinaires (pollakiurie, mictions impérieuses).

- **Sémiologie comportementale** : **Symptômes comportementaux** : Au cours d'une attaque de panique, le comportement est variable. On peut observer une instabilité psychomotrice voir même un état d'agitation. On peut au contraire observer un état d'inhibition pouvant aller jusqu'à la sidération. Dans certains cas, des fuites paniques peuvent se voir. Le patient peut demander de l'aide. Le passage à l'acte auto-agressif reste exceptionnel. ~~Ces troubles du comportement représentent du fait de leur dangerosité éventuelle, la principale complication des crises d'angoisse aiguës. Le risque majeur est le raptus anxieux (qui est une impulsion soudaine, violente et irrésistible qui peut mener à un passage à l'acte auto-agressif).~~

1-3- Diagnostic positif d'un trouble panique

Le TP se caractérise par la survenue récurrente d'AP (au moins deux), de manière inopinée, sans facteur déclenchant. Celles-ci peuvent survenir au cours du sommeil réveillant le patient. La fréquence et l'intensité des AP varient considérablement. Elles peuvent être intenses ou pauci-symptomatiques, survenir tous les jours ou tous les quelques mois.

La récurrence des AP est responsable d'une crainte de voir survenir d'autres attaques : anxiété anticipatoire et/ou des préoccupations concernant les conséquences de ces attaques ou encore des modifications du comportement de la personne (consultations répétées, évitement d'exercices ou de situations non familières pouvant s'associer à la survenue d'une AP...)

Les critères du DSM 5 d'un trouble panique :

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues (au moins 2 crises).
- B. Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un « ou plus » des symptômes suivants :
 - (a) Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique « peur d'avoir peur ».
 - (b) Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.
 - (c) Changement de comportement important en relation avec les attaques (en lien avec l'évitement du déclenchement d'une attaque de panique).
- C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.

1-4-Complications

Le trouble panique se complique fréquemment de dépression, d'agoraphobie et d'abus de substances.

2- Trouble anxiété généralisée

2-1- Définition

Le trouble anxiété généralisée, est défini comme une anxiété ~~de fond~~ et des soucis excessifs, incontrôlables, chroniques (au moins 6 mois), et d'évolution continue, ~~relatifs à des situations réalistes banales~~, à l'origine d'un état de souffrance qui altère le fonctionnement du patient dans sa vie courante, associés à des symptômes physiques traduisant la tension motrice et l'hypervigilance.

Sa prévalence sur la vie est de l'ordre de 5% avec une prédominance féminine (2 F/1H).

2-2- Etude clinique

a- Symptomatologie psychique

- ~~Inquiétudes et soucis excessifs, concernant plusieurs domaines de la vie. Ces soucis sont incontrôlables et associés à une anticipation catastrophique des événements ou imagination de scénarios catastrophes.~~
- ~~Difficultés de concentration, trous de mémoire.~~
- ~~Sentiment d'être survolté ou à bout.~~

Inquiétudes et soucis excessifs (non justifiés) qui imprègnent l'ensemble du psychisme et qui entraîne des craintes exagérées concernant les événements de la vie quotidienne comme le travail, la vie familiale, les performances professionnelles ou scolaires,

l'avenir...) avec une anticipation catastrophique. Cette anxiété est continue et chronique (dure depuis au moins 6 mois). Elle est toujours présente et s'exacerbe quand le sujet est confronté à des événements stressants (examen, parent malade, charge importante au travail...) amenant souvent le patient à consulter les somaticiens (fatigue avec plaintes somatiques multiples). La consultation chez les psychiatres est souvent motivée par les complications dépressives qui peuvent émailler l'évolution du TAG.

b- Symptomatologie somatique

- Tension motrice : fatigabilité, céphalées, arthralgies et tremblements....
- Hyperactivité neurovégétative : transpiration, palpitation, bouffées de chaleurs...
- Autres plaintes somatiques : épigastralgies, spasmes musculaires, dyspnée....

c- Symptomatologie comportementale

- ✓ Etat d'hypervigilance.
- ✓ Irritabilité, nervosité.
- ✓ Insomnie.
- ✓ Agitation.

2-3- Diagnostic positif

Critères diagnostiques du DSM 5 d'un trouble anxiété généralisée :

A. Anxiété et soucis excessifs « attente avec appréhension » survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant au moins deux thèmes différents « famille, travail, santé ou autres domaines ».

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois « ou plus » des six symptômes suivants :

- 1) Agitation ou sensation d'être survolé ou à bout.
- 2) Fatigabilité.
- 3) Difficultés de concentration ou trous de la mémoire.
- 4) Irritabilité.
- 5) Tension musculaire.
- 6) Perturbation du sommeil

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'une autre pathologie mentale.

Les complications sont fréquentes : surconsommation médicamenteuse, addictions à l'alcool, et/ou aux benzodiazépines (automédication de l'anxiété), décompensations dépressives,

développement d'un autre trouble anxieux, dysfonctionnement familial, social et professionnel, maladies psychosomatiques : HTA, ulcère gastroduodéal.

Objectif 3 : Etablir le diagnostic positif d'une agoraphobie, d'une phobie spécifique et d'une phobie sociale, à partir des données de l'anamnèse et de l'examen psychiatrique.

1-Agoraphobie

1-1- Définition

L'agoraphobie est un trouble anxieux type phobique caractérisé par la peur des espaces ~~ou~~ où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquelles il pourrait être difficile d'obtenir du secours en cas de problème **survenue de symptômes de type panique**. Cette peur est **pourrait être** à l'origine du déclenchement d'attaques de panique lorsque le sujet se trouve confronté à la situation redoutée.

1-2- Etude clinique

La caractéristique essentielle de l'agoraphobie est une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles aucun secours ne pourrait être trouvé en cas de survenue d'une attaque de panique ou des symptômes de type panique (p. ex., peur d'avoir une attaque subite de vertige ou une crise de diarrhée soudaine).

Les situations redoutées correspondent au fait de se retrouver seul en dehors de son domicile, être dans une foule ou dans une file d'attente ou être sur un pont, dans un bus, dans un train ou dans une voiture

~~L'anxiété conduit typiquement à un évitement envahissant de nombreuses situations pouvant inclure le fait d'être seul hors de son domicile ou d'être seul chez soi; d'être dans une foule; de voyager en voiture, de prendre les transports en commun, de faire ses courses dans les grandes surfaces, Certains sujets sont capables de s'exposer eux-mêmes aux situations redoutées mais ils subissent ces expériences avec une crainte considérable.~~

Ces situations sont évitées ou subies avec une anxiété marquée pouvant atteindre l'intensité d'une attaque de panique.

~~L'évitement de situations peut altérer les capacités des sujets à voyager, à travailler ou à assumer leurs responsabilités domestiques (p. ex., faire des courses dans une épicerie, amener les enfants chez le médecin) avec la peur de quitter une " zone de sécurité ". Les conduites contraphobiques (de réassurance) sont fréquentes. Exemple: ~~consistera~~ à être accompagné~~

d'une personne de confiance susceptible de protéger la personne en cas de confrontation avec l'objet phobogène.

1-3- Diagnostic positif

Critères diagnostiques du DSM 5 d'une agoraphobie :

A. 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.

Peur ou anxiété marquée concernant 2 (ou plus) des 5 situations suivantes :

1. Utiliser les transports publics (ex., automobiles, autobus, trains, navires, avions).
2. Être dans des espaces ouverts (ex., parcs de stationnement, marchés, ponts).
3. Être dans des endroits fermés (ex., magasins, théâtres, cinémas).
4. Faire la file ou être dans une foule.
5. Être à l'extérieur de la maison seul(e).

B. Les situations sont soit évitées, 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.

C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

2- Phobies spécifiques

~~La caractéristique essentielle de la phobie spécifique est une peur marquée et persistante d'objets ou de situations objectivement visibles et circonscrits.~~

~~L'exposition au stimulus phobogène provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate. Cette réponse peut prendre la forme d'une attaque de panique situationnellement liée ou facilitée par les situations.~~

L'anxiété survient de manière spécifique et circonscrite en présence ou en anticipation d'un objet ou d'une situation particulière (par exemple, les araignées, les hauteurs, les avions).

Cette confrontation avec le stimulus phobogène peut déclencher une réaction de peur immédiate et intense qui, dans certains cas, peut atteindre l'intensité d'une attaque de panique.

Le plus souvent, le stimulus phobogène est évité bien que parfois le sujet ait à l'endurer avec une grande souffrance.

2-1- Etude clinique

Les formes cliniques des phobies spécifiques :

Type animal « zoophobie » : ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par les animaux ou les insectes:(araignées, souris...).

Type environnement naturel: ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par des éléments de l'environnement naturel tels **que** les orages, les hauteurs « acrophobie » ou l'eau.

Type sang — injection — accident: ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par le fait de voir du sang ou un accident ou d'avoir une injection ou toute autre procédure médicale invasive.

Type situationnel: ce sous-type doit être spécifié si la peur est induite par une situation spécifique tels les espaces clos « claustrophobie », les tunnels, les ponts, les voyages aériens...

2-3- Diagnostic positif

Critères diagnostiques du DSM 5 d'une phobie spécifique :

- A. 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.
- B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique.
- C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.
- D. La situation phobogène est évitée ou vécue avec une anxiété ou détresse intense.
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la situation redoutée perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins de 06 mois.
- G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

3- Trouble anxiété sociale (phobie sociale)

3-1- Définition

Les phobies sociales correspondent à une peur persistante et intense et à l'évitement de certaines situations sociales dans lesquelles le sujet pourrait être observé par autrui ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante. L'exposition à la situation sociale ~~ou de~~ ~~performance~~ provoque presque invariablement une réponse anxieuse immédiate.

3-2- Etude clinique

- Les situations sociales sources d'anxiété : situations de performance, d'observation, d'affirmation ou d'interaction.
- ~~Troubles cognitifs~~ : **Symptômes psychiques** : sentiments de crainte et de honte.
- ~~Troubles de comportement~~ : **Symptômes comportementaux** : évitements, conduites contraphobiques (de réassurance).

Il y a deux formes cliniques : limitée (à une situation sociale) et généralisée.

3-3- Diagnostic positif

Critères diagnostiques du DSM 5 d'une phobie sociale :

- A.** Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui.
- B.** L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique.
- C.** Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonnée de la peur.
- D.** Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.
- E.** L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la situation redoutée sociale ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles, ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.
- F.** Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 06 mois.
- G.** La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Spécifier si « Seulement de performance ».

N.B. La phobie sociale est à différencier de : la timidité, du trac et de la personnalité évitante.

Objectif 4 : Etablir le diagnostic positif d'un trouble anxiété de séparation de l'enfant, à partir des données anamnestiques et cliniques.

1- Définition

L'anxiété de séparation fait partie du développement normal de l'enfant survient habituellement de façon physiologique entre 6 et 30 mois. Elle se manifeste par une détresse rapidement résolutive lors d'une séparation des figures d'attachement.

Elle ne devient pathologique et ne sera considérée comme un trouble que lorsqu'elle est excessive et empêche l'autonomisation de l'enfant du sujet et qu'elle se chronicise (c'est-à-dire qu'elle ne tend pas à s'amender spontanément avec la croissance de l'enfant du sujet).

Le trouble anxiété de séparation est le trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant prépubère, il touche en moyenne 4% en population générale.

2-Etude clinique

Le trouble anxiété de séparation correspond à une anxiété excessive et inappropriée au regard du stade de développement de l'enfant et survenant sur une période d'au moins 4 semaines et 6 mois ou plus chez l'adulte.

Le symptôme essentiel est une angoisse excessive lorsque l'enfant le sujet se sépare des personnes auxquelles il est attaché et/ou lorsqu'il est éloigné des siens. Cette anxiété excessive se manifeste par :

- des pleurs et des crises de colère, une résistance active à la séparation ou à l'anticipation de la séparation. Ces manifestations se majorent pour atteindre leurs paroxysmes au moment de la séparation.
- des plaintes somatiques répétées (céphalées, nausées, douleurs abdominales...) lors des séparations ou lors de l'anticipation de survenue d'une séparation
- des ruminations avec perception d'un danger (accident de voiture, kidnapping...) ou d'une menace mal définie. L'enfant le sujet a peur qu'un malheur le touche lui ou sa figure d'attachement et ne rende la séparation définitive.

3- Diagnostic positif

Critères diagnostiques du DSM 5 d'une anxiété de séparation :

A. Peur ou anxiété excessive et inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent au moins 3 des manifestations suivantes :

1. Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations.
2. Soucis excessifs et persistants concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver, tel qu'une maladie, un accident, une catastrophe ou la mort.
3. Soucis excessifs et persistants qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant le sujet de ses principales figures d'attachement.
4. Réticence persistante ou refus de sortir, loin de la maison, pour d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation.
5. Appréhension ou réticence excessive et persistante à rester seul ou sans l'une des figures principales d'attachement à la maison, ou bien dans d'autres environnements
6. Réticence persistante ou refus d'aller dormir en dehors de la maison ou d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement à la maison, ou bien dans d'autres environnements.
7. Cauchemars répétés à thèmes de séparation.
8. Plaintes somatiques répétées (ex. céphalées, douleurs abdominales, nausées, vomissement) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement ou en anticipation de telles situations.

~~B. La durée du trouble est d'au moins quatre semaines.~~

B. La peur, l'anxiété ou l'évitement persistent pendant au moins 4 semaines chez les enfants et les adolescents et typiquement pendant 6 mois ou plus chez les adultes.

~~C. Le trouble débute avant l'âge de 18 ans.~~

Ⓓ C. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, ou dans d'autres domaines importants.

Ⓔ D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel que le refus de quitter la maison du fait d'une résistance excessive au changement dans le trouble du spectre de l'autisme, les idées délirantes ou les hallucinations concernant la séparation dans les troubles psychotiques, le refus de sortir sans une personne de confiance dans

l'agoraphobie, les soucis à propos de problèmes de santé ou autres malheurs pouvant arriver à des personnes proches dans l'anxiété généralisée ou les préoccupations d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie.

Objectif 5 : Différencier les troubles anxieux du trouble obsessionnel compulsif et de l'état de stress post-traumatique, à partir des données anamnestiques et cliniques.

1- Trouble obsessionnel compulsif

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est défini, selon le DSM-5, ~~par la coexistence d'obsessions et de compulsions~~ la présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux, (dans plus de 90 % des cas). Les formes pures, obsessionnelles ou compulsives, sont très rares.

~~Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante.~~

1-1 Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations mentales persistantes ou répétées, vécues comme intrusives et inappropriées même si elles émanent de sa propre activité mentale. A l'origine d'un sentiment de honte et de culpabilité, elles sont associées à une lutte anxieuse.

~~Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex., se laver les mains, ranger dans un certain ordre, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction.~~

Il existe 3 types d'obsessions :

~~— Les obsessions idéatives ou « folie du doute » concernent les doutes et les scrupules, la crainte d'un oubli ou d'une erreur. Les thèmes les plus fréquents : métaphysique (vie, mort, le pourquoi, le comment), religieux (existence ou non d'un dieu), moral (rumination d'image généralement obscène). Il y a une interrogation sur la responsabilité qu'il a pu avoir ou qu'il pourrait avoir dans certains actes passés présents ou futurs et pouvant être préjudiciables pour autrui (crainte d'être à l'origine d'un accident, de mettre le feu par mégarde, de ne pas avoir fermé la porte à clé, de commettre une erreur dans un compte). Si ce sont des images mentales, elles sont souvent horribles (rapports sexuels contre nature...)~~

- Les obsessions idéatives peuvent se présenter sous la forme d'interrogations : le doute concerne des actes de la vie quotidienne (ai-je fermé la porte ?), des problèmes métaphysiques ou religieux (« dieu existe-t-il ?)ou de responsabilité, (crainte d'être à l'origine d'un accident). Elles peuvent aussi se présenter sous forme de représentations mentales souvent d'ordre sexuel ou immoral (pornographique, incestueuse)
- Les obsessions phobiques concernent l'évocation forcée et répétée de certains objets ou situations dont la seule pensée engendre l'angoisse (en l'absence réelle de cet objet ou situation). Les thèmes renvoient aux notions de : propreté, saleté, contamination, contracter une maladie, être victime d'une affection organique ou de devenir fou...Elles entraînent souvent des conduites d'évitement (évitement du contact caractérisant « le délire du toucher », évitement des sujets malades...).
- ~~Les obsessions impulsives, appelées aussi phobies d'impulsion, consistent à craindre de faire un acte agressif (pousser quelqu'un par la fenêtre, tuer son enfant avec un couteau), ou un acte indécent (dire des grossièretés aux femmes dans la rue).~~
- Les obsessions impulsives ou « phobies d'impulsion » : peur de commettre, contre sa propre volonté, un acte absurde, incongru, ridicule ou immoral

La lutte anxieuse est intense, la culpabilité est très grande ; mais l'acte redouté n'est jamais commis, tout au plus est-il ébauché. Le contraste est parfois frappant entre la volonté consciente du sujet et l'acte« extrême » redouté.

1-2 Les compulsions sont des comportements répétitifs (p. ex., se laver les mains, ranger dans un certain ordre, vérifier) ou des actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction.

Les compulsions, on les appelle souvent des rituels. Ces rituels peuvent être de :

- vérification (vérifier que la lumière est éteinte, que le gaz est fermé, que la serrure est bouclée à double tour)
- rangement (l'arrangement d'objets de façon excessivement ordonnée comme les livres d'une bibliothèque par taille strictement décroissante)
- ramassage (emballages usagés, vieux cotons...);
- lavage (ménage de la maison, douches répétées, lavage de mains), bien au-delà de l'hygiène nécessaire.

- actes mentaux : l'arithmomanie (ou le fait de compter sans cesse, ou d'additionner entre elles des dates), les formules conjuratoires (faire une prière avant de passer sous une porte, dire une phrase magique avant de monter dans sa voiture).

2- ~~Etat de stress post-traumatique (ou~~ Trouble stress post traumatique selon le DSM 5)

~~L'état de stress post-traumatique est défini comme un trouble (après un temps de latence) dont le sujet a été exposé à un événement traumatique (dans lequel le sujet a vécu, a été témoin, a été confronté), à un ou des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés, 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.~~

~~La triade clinique de l'état de stress post-traumatique est : le syndrome de répétition (reviviscence du traumatisme), les conduites d'évitement (de tout stimuli évoquant le traumatisme) et l'hyperactivité neurovégétative (irritabilité, difficulté de concentration, réaction de sursaut).~~

~~Les autres signes de l'état de stress post-traumatique sont : l'hypervigilance, les troubles du sommeil, les troubles cognitifs, les troubles psychosomatiques et les autres manifestations anxieuses.~~

Le TSPT se développe après qu'une personne a été exposée à un événement traumatisant. Cet événement peut impliquer d'avoir vécu, été témoin ou confronté à une situation où sa vie ou son intégrité physique (ou d'autrui) a été menacée avec une réaction initiale de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

LE TSPT se manifeste par une triade clinique :

- Le syndrome de répétition : la personne revit l'événement traumatisant à travers des souvenirs intrusifs, des cauchemars ou des flash-backs.
- Le syndrome d'évitement : la personne évite activement les situations, les lieux ou les personnes qui lui rappellent l'événement.
- Le syndrome d'hyperactivation neurovégétative : la personne présente une irritabilité accrue, des difficultés de concentration et des réactions de sursaut exagérées.

Objectif 6 : Etablir les diagnostics différentiels des troubles anxieux.

1- ~~Affections médicales générales~~ Anxiété due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale:

Des affections médicales générales variées peuvent causer des symptômes anxieux notamment :

- Les affections endocriniennes (p. ex., hyperthyroïdie, phéochromocytome, hypoglycémie),
- Les affections cardio-vasculaires (p. ex., Θ AP, oedème aigu du poumon, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire, arythmie),
- Les affections respiratoires (p. ex., asthme, broncho-pneumopathie chronique obstructive, pneumonie),
- Les affections métaboliques (p. ex., anémie, déficit en vitamine B12, porphyrie),
- Les affections neurologiques (p. ex., Epilepsie, migraines, SEP, tumeurs, dysfonction vestibulaire, encéphalite).

2- ~~Prise de substance~~ Anxiété due aux effets physiologiques directs d'une substance/un médicament :

Une **intoxication** par une substance appartenant aux classes de substances suivantes: alcool ; amphétamines et substances amphétaminiques; caféine; cannabis; cocaïne; hallucinogènes; solvants volatils; phencyclidine et substances similaires, autres substances ou substances inconnues.

Le **sevrage** à une substance appartenant aux classes de substances suivantes : alcool ; cocaïne; sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques ; ~~autres substances ou substances inconnues.~~

Les médicaments qui ont été rapportés comme pouvant provoquer des symptômes anxieux comprennent les anesthésiques et les antalgiques, les sympathomimétiques ou autres bronchodilatateurs, les anticholinergiques, l'insuline, les préparations thyroïdiennes, les contraceptifs oraux, les anti-histaminergiques, les médicaments antiparkinsoniens, les corticostéroïdes, les médicaments antihypertenseurs et cardiovasculaires, les anticonvulsivants, le carbonate de lithium, les médicaments antipsychotiques et les antidépresseurs. Les métaux lourds et les toxiques (p. ex., substances volatiles comme l'essence et la peinture, les insecticides organophosphorés, les gaz nerveux, l'oxyde de carbone, le dioxyde de carbone) peuvent également causer des symptômes anxieux.

3- Affections psychiatriques: **Anxiété qui s'inscrit dans le cadre d'une autre pathologie psychiatrique**

- Les troubles dépressifs: **L'anxiété peut être un symptôme inclus dans le syndrome dépressif. Elle peut se manifester à l'acmé des ruminations dépressives**
- Les troubles de l'adaptation: **Trouble de l'adaptation avec anxiété** L'anxiété apparaît dans les 3 mois suivants un événement de vie vécu comme stressant, et disparaît dans les 6 mois après l'arrêt de ce dernier contrairement au TAG, où l'anxiété survient même en dehors de tout événement de vie stressant.
- ~~L'hystérie,~~
- ~~L'hypochondrie:~~ **Trouble à symptomatologie somatique/ trouble crainte excessive liée à la maladie (hypochondrie):** L'anxiété est en rapport avec l'état de santé ou la crainte d'avoir ou de développer une maladie contrairement au TAG où elle concerne plusieurs domaines de la vie dont la santé.
- ~~Trouble de la personnalité type limite surtout (Borderline).~~

4- Diagnostic différentiel du trouble anxiété séparation :

Chez l'enfant pré et postpubère, le TAS doit être distingué des autres troubles anxieux qui sont :

1. La phobie scolaire ou refus scolaire anxieux où la phobie est spécifique à l'école l'enfant manifestant le refus et les symptômes d'anxiété neurovégétative (céphalées, douleurs abdominales..) uniquement en ce qui concerne le fait d'aller à l'école.
2. Le trouble anxiété généralisée où l'anxiété est diffuse et touche tous les événements de la vie quotidienne et dont la sémiologie est comparable à celle de l'adulte.
3. Le trouble panique avec ou sans agoraphobie dont la sémiologie est comparable à celle de l'adulte.
4. Le trouble anxiété de séparation doit être aussi distingué des manifestations d'angoisse retrouvées dans les psychoses et le troubles du spectre autistique.

Objectif 7 : Planifier la conduite du traitement symptomatique et du traitement de fond des différents troubles anxieux.

1- Les objectifs de la prise en charge

~~* Rémission des symptômes anxieux.~~

~~* Améliorer la qualité de vie du patient.~~

~~* Prévenir les rechutes.~~

* Réduction de l'intensité et la fréquence des symptômes anxieux

* Amélioration de la qualité de vie du patient.

* Prévention des rechutes

* Prise en charge des comorbidités et des complications

2- Les moyens thérapeutiques

-L'hospitalisation : indiquée en cas de complications (dépression, crise suicidaire et conduites addictives).

-Traitement médicamenteux

Le traitement symptomatique (Psycholeptiques ou Anxiolytiques ou Tranquillisants):

Ce type de traitement vise à soulager rapidement les symptômes aigus de l'anxiété, notamment lors des attaques de panique ou de périodes d'exacerbation de l'anxiété. Il apporte un soulagement à court terme mais ne traite pas le trouble anxieux.

Les benzodiazépines.

Les carbamates (Méprobamate : Equanil®).

Les bêta-bloquants (Propanolol : Avlocardyl®).

Les antihistaminiques (Hydroxézine : Atarax®).

Le traitement de fond

Les antidépresseurs tricycliques (Clomipramine : Anafranil®).

Les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) : Paroxétine/Floxétine/Sertraline/Escitalopram.

Les IRSSNA (Inhibiteurs de la Recapture Sélectifs de la Sérotonine et la Noradrénaline) : Venlafaxine.

IMAO (Les Inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase) : Toloxatone : Humoryl®.

Autres antidépresseurs : Tianeptine (Stablon®).

A noter que la Paroxétine, L'Escitalopram et la Venlafaxine possèdent l'AMM pour le traitement de tous les troubles anxieux.

-Psychothérapies:

* Les thérapies cognitives et comportementales: Elles sont efficaces dans tous ces troubles anxieux. Plusieurs techniques peuvent être utilisées : les techniques de contrôle respiratoire, la

relaxation, l'exposition aux différentes situations redoutées et la restructuration cognitive.

*La psychothérapie d'inspiration analytique

*La thérapie familiale

*La thérapie d'acceptation et d'engagement

*La Mindfulness

-Mesures associées

❖ Règles hygiéno-diététiques.

❖ Psychoéducation.

❖ Informatio: rattacher les symptômes à leur cause, Information sur les risques liés à l'usage des anxiolytiques

❖ Hygiène de vie (éviction des excitants, bon équilibre alimentaire), hygiène du sommeil, activité physique régulière

3- Les indications du traitement Stratégies thérapeutiques

a-Trouble panique

~~Traitement des attaques de panique (traitement symptomatique) :~~ Prise en charge d'une attaque de panique

~~Techniques de relaxation: patient allongé ou assis confortablement effectue une relaxation musculaire progressive des pieds jusqu'à la tête.~~

~~Contrôle respiratoire : modification du rythme respiratoire : plus lent et plus profond avec respiration abdominale. Exercice respiratoire : inspiration par le nez pendant 3 à 5 secondes, puis expiration par la bouche, puis repos pendant 3 à 5 secondes (inspiration-pause-expiration).~~

- Les techniques de contrôle respiratoire: permettent le contrôle de l'hyperventilation et la concentration de l'attention du patient sur des éléments autres que les symptômes somatiques.

Exercice respiratoire : inspiration par le nez pendant 3 à 5 secondes, puis expiration par la bouche, puis repos pendant 3 à 5 secondes (inspiration-pause-expiration).

~~Contrôle cognitif : défocalisation de l'attention des menaces externes et des sensations internes anxiogènes. Contrecarrer les pensées intrusives de mort, de perte de contrôle, d'IDM.~~

~~Psychoéducation : l'information a une valeur thérapeutique en soi.~~

-Prescription médicamenteuse :

*Éviter une prescription systématique, car le patient ne doit pas conserver en mémoire une issue uniquement « médicalisée » de sa crise,

*Cela permet un meilleur contrôle du sujet de son anxiété, d'éviter la dépendance aux structures de soins et d'épargner les risques d'automédication.

*Indiquée si la crise se prolonge malgré les mesures décrites ci-dessus, si les symptômes sont très intenses ou s'il s'agit d'une crise dans le cadre d'une affection somatique ou d'une urgence psychiatrique (mélancolie anxieuse).

Choix de la molécule : Les BZD +++ : Action sédatrice, anxiolytique et myorelaxante.

½ vie intermédiaire : Lorazépam (Temesta). Voie d'administration : orale et sub-linguale préférables à la voie IM. La prescription doit rester strictement ponctuelle. Elle peut être relayée par une prescription courte (< 1 semaine) si persistance de symptômes anxieux, avec arrêt progressif.

Traitement du trouble panique (Traitement de fond) (préventif) :

~~Le traitement médicamenteux curatif de fond du trouble panique repose sur l'utilisation d'antidépresseurs ayant pour cible l'axe sérotoninergique. Parmi ceux-ci les ISRS et les IRSNA qui sont plus tolérés et sont le traitement de première intention. Les antidépresseurs tricycliques comme la Clomipramine (Anafranil®) sont des traitements de 2^{ème} intention vue leurs effets secondaires. Les IMAO (inhibiteurs de monoamine oxydase) sont rarement utilisés vue leurs effets secondaires. Il est recommandé de débiter à moitié dose des antidépresseurs et augmenter après une semaine. Les anxiolytiques peuvent être prescrit en début du traitement et arrêté ensuite progressivement. Les psychothérapies type TCC avec la relaxation associée aux méthodes de désensibilisation et d'exposition sont efficaces.~~

La prise en charge comporte les mesures suivantes :

*Information, réassurance, règles d'hygiène de vie

*Pharmacothérapie:

Le traitement de fond se base sur les antidépresseurs dont l'efficacité est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée. Les I.S.R.S constituent le premier choix. La venlafaxine, les ATC et les IMAO peuvent être envisagés en seconde intention.

Les AD diminuent l'intensité et la fréquence des AP (jusqu'à leur suppression) et agissent sur l'anxiété anticipatoire.

Le délai d'action est de 3 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. On privilégie des doses faibles à l'introduction à cause du risque d'aggravation initiale des AP.

La durée du traitement est habituellement de 8 à 12 mois.

-Les BDZ peuvent être associées en début de traitement aux antidépresseurs (pour une durée de 8 à 12 semaines y compris la dépression). Elles permettent de contrôler temporairement l'anxiété en attendant l'action spécifique des antidépresseurs. Elles pourraient aussi réduire l'anxiété anticipatoire.

-L'hydroxyzine peut constituer une alternative aux BDZ.

-Les β -bloquants sont peu utiles.

*Psychothérapie type TCC: avec apprentissage des techniques de relaxation associée aux méthodes de désensibilisation et d'exposition aux sensations intéroceptives. L'approche cognitive peut être envisagée dans le but de corriger les interprétations erronées des sensations corporelles perçues comme menaçantes par le patient.

b-Trouble anxiété généralisée

Mesures générales : Informer le patient sur sa maladie. Les mesures hygiéno-diététiques comportant l'arrêt de l'alcool et du tabac, la diminution de la consommation de café, la pratique régulière de l'exercice physique. Le plan de traitement est personnalisé : comporte une psychothérapie structurée et un traitement médicamenteux.

Psychothérapies : Les thérapies cognitivo-comportementales +++ : Elles visent à clarifier les circonstances de survenue des troubles, identifier les pensées irrationnelles afin de les évaluer et de les modifier par la réorganisation des attitudes inadaptées. Elles associent la relaxation musculaire appliquée, des expositions répétées à des situations évitées et une restructuration cognitive des interprétations catastrophiques sur les soucis surévalués.

Traitements médicamenteux :

Les benzodiazépines : Recommandés quelle que soit leur $\frac{1}{2}$ vie. L'effet anxiolytique rapide sur les signes somatiques d'anxiété.

Les anxiolytiques ne sont pas systématiques, mais ils peuvent être prescrits en cas d'exacerbation anxieuse aigue.

La Buspirone (Buspar: 15 à 30 mg/j). Non commercialisée en Tunisie. Elle a un effet anxiolytique surtout pour les signes psychiques d'anxiété. Le délai d'action peut atteindre 3 semaines. L'arrêt n'entraîne pas de syndrome de sevrage ou de dépendance.

Antidépresseurs : Venlafaxine : efficace dans le contrôle des signes psychiques d'anxiété, Paroxétine.

Médicaments efficaces dans le TAG et n'ayant pas l'AMM dans cette indication:
L'Hydroxyzine (antihistaminique H1 : Atarax), l'imipramine, ...

La combinaison du traitement médicamenteux aux TCC ou psychothérapie analytique constitue une alternative très intéressante. La durée du traitement du TAG est de 6 mois au moins. Quelles que soient les modalités thérapeutiques, une réévaluation est faite 1 à 2 semaines après la 1ère consultation puis toutes les 6 semaines.

La prise en charge comporte les mesures suivantes :

*Information, réassurance, règles d'hygiène de vie

*Pharmacothérapie

Le traitement principal repose sur l'utilisation des antidépresseurs dont l'efficacité est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée. Le premier choix doit porter sur les IRSNA (venlafaxine) ou les ISRS (ex. paroxétine). Les tricycliques sont le traitement de 2ème intention.

Le délai d'action est de 3 à 4 semaines. La posologie est la même que pour l'épisode dépressif caractérisé. La durée est de 6 à 12 mois.

Les BDZ peuvent être prescrits de manière ponctuelle lors des périodes d'exacerbation anxieuses ou lorsque le niveau d'anxiété reste élevé malgré la prescription d'un AD.

*Psychothérapie

Les TCC associent la relaxation, des expositions répétées à des situations évitées et une restructuration cognitive visant à modifier les interprétations catastrophiques des soucis

c-Agoraphobie

Le traitement de prédilection demeure les TCC qui permettent de réduire les conduites d'évitement. Aucun traitement médicamenteux n'a l'AMM pour le traitement de l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique. Dans le cas d'un trouble panique compliqué d'agoraphobie, le traitement pharmacologique de l'agoraphobie se confond avec celui du trouble panique. Il repose sur la prescription d'antidépresseurs

Les anxiolytiques comme les benzodiazépines n'ont comme dans les phobies spécifiques, aucune action spécifique sur l'agoraphobie. Leur effet immédiat soulage rapidement l'angoisse mais leur prescription expose à un risque de surconsommation et de dépendance. Ils sont donc à prescrire avec prudence.

d-Phobies spécifiques

Les phobies spécifiques ne réclament la plupart du temps pas de traitement et actuellement, aucune molécule ne possède l'AMM dans cette indication. Les TCC restent l'alternative de choix.

e-Phobie sociale

Il s'agit de l'unique trouble phobique dans lequel le traitement antidépresseur est indiqué. Dans les formes d'intensité sévère, le traitement médicamenteux doit être instauré d'emblée. La sertraline, la paroxétine, l'escitalopram et la venlafaxine ont une AMM dans le traitement de la phobie sociale. Le propranolol est efficace sur les symptômes somatiques de l'anxiété (il est utilisé 60 à 90 mn avant l'exposition). La TCC (centrée sur l'affirmation de soi, l'exposition graduée et la restructuration cognitive) associée aux antidépresseurs garantit une meilleure efficacité et évite les rechutes.

f-Trouble anxiété de séparation

L'autonomisation de l'enfant et le maintien de l'insertion préscolaire ou scolaire sont indispensables. Il faut instaurer une triangulation de la relation de l'enfant avec sa figure d'attachement en introduisant une tierce personne progressivement. L'approche proposée est inspirée des Thérapies Cognitives et Comportementales avec des techniques d'exposition graduée (c'est-à-dire progressive) à la séparation.

4- Suivi

Délai d'action des AD dans les troubles anxieux est de 2 à 3 semaines.

La durée de traitement des troubles anxieux est en général de 6 à 12 mois.

Le schéma posologique varie en fonction de la pathologie et selon la sévérité du tableau clinique.

Objectif 8 : Décrire les propriétés pharmacodynamiques des anxiolytiques.

1-Les benzodiazépines

Effets thérapeutiques : anxiolytiques, sédatifs (hypnotiques), anticonvulsivants (antiépileptiques) et myorelaxant.

Mécanisme d'action : Agoniste des récepteurs GABA.

Propriétés pharmacocinétique :

*Absorption orale et IV rapides en 30 minutes, mais en IM lente.

*Résorption complète du fait de leur liposolubilité.

*Liaison élevée aux protéines plasmatiques.

*Métabolisme hépatique sauf pour l'Oxazépam (Seresta®).

*Élimination rénale.

* $T_{1/2}$ courte exemple pour Alprazolam (Xanax®), $T_{1/2}$ intermédiaire exemple pour Lorazépam (Témesta®) et $T_{1/2}$ longue exemple pour Diazépam (Valium®).

Les 2 effets secondaires indésirables les plus fréquents : Dépendance et troubles de la mémoire.

Le syndrome de sevrage aux benzodiazépines : anxiété, agitation, confusion, convulsion et insomnie.

Les effets paradoxaux des benzodiazépines : effet contraire à l'effet recherché telle que : troubles du comportement, recrudescence anxieuse et troubles du sommeil.

2-Les carbamates (Méprobamate : Equanil®) : Ils ont une efficacité anxiolytique indéniable.

3-Les bêta-bloquants (Propanolol : Avlocardyl®) : Ils sont utilisés quand l'anxiété est d'intensité moyenne et que la composante somatique en est primordiale. En pratique, c'est dans l'anxiété de performance (trac) que ces conditions d'utilisation sont les mieux réunies.

4-Les antihistaminiques (Hydroxizine : Atarax®) : Ils ont une efficacité anxiolytique modérée.

5-Autres : Agoniste 5HT_{1A} (Buspirone) et Etifoxine (Strésam®).

Objectif 9 : Décrire les règles prescription des anxiolytiques.

-La prescription des anxiolytiques ne doit être envisagée qu'après échec des approches non médicamenteuses.

-Cette prescription doit être la plus courte possible et ne doit pas dépasser les durées préconisées dans le cadre de l'AMM (1 mois au maximum pour le traitement des insomnies et 3 mois au maximum pour le traitement de l'anxiété).

-Il n'y a pas lieu d'associer deux anxiolytiques.

-Cette prescription doit être régulièrement réévaluée quant à son efficacité et ses effets indésirables et il n'y a pas lieu de la reconduire systématiquement.

-Le patient doit être informé des risques liés à cette consommation et accompagné dans l'arrêt ~~de sa consommation dont on sait qu'il~~ **qui** peut être difficile quand la dépendance est installée.

- L'arrêt d'un anxiolytique quel qu'il soit doit toujours être progressif, en prévenant le patient du risque de réapparition transitoire des symptômes initiaux. Si le traitement a été récemment installé, son arrêt va s'effectuer en réduisant de 25 % la posologie toutes les semaines pendant un mois. Si le patient a développé une dépendance au produit, son arrêt va se faire beaucoup plus progressivement en réduisant la dose par 1/2 ou 1/4 tous les 15 jours.

Objectif 10 : Citer les méthodes psychothérapeutiques qui s'appliquent à la prise en charge des différents troubles anxieux

- ✓ TCC (Thérapie Cognitive et Comportementale).
- ✓ Psychanalyse.
- ✓ Thérapie d'inspiration analytique.
- ✓ Hypnose.
- ✓ Thérapie à médiation corporelle essentiellement la relaxation.
- ✓ Psychothérapie de soutien.
- ✓ Psychothérapie familiale systémique.

CONCLUSION

Bien que les troubles anxieux soient des pathologies fréquentes, ils sont encore sous-diagnostiqués. Ces troubles sont associés à une altération marquée du fonctionnement et à une souffrance psychologique du patient. Les antidépresseurs associés aux traitements psychologiques en l'occurrence la TCC constitue la base du traitement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Antoine PELISSOLO. Troubles anxieux et névrotiques. EMC de Psychiatrie, 2012 S1634-6939(12)48040-1.
- 2-Julien-Daniel GUELFY et Frédéric ROUILLON. Livre Manuel de psychiatrie. Edition Masson, 2012.