## Troubles anxieux

Dr SAARI EHS Mahfoud Boucebci CHERAGA

# L'anxiété est une émotion physiologique, possédant un rôle adaptatif vis-à-vis des stimuli inhabituels ou menaçants de l'environnement et qui peut donc être considérée comme normale.

- Elle peut exister à un moment ou à un autre, à des degrés variables dans tous les états pathologiques qu'ils soient somatiques ou psychiatriques.
- Elle 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 par rapport à cet objet.

### Introduction

- Les termes anxiété et angoisse peuvent recouvrir selon l'usage la même réalité ou des phénomènes différents.
- L'École psychiatrique française utilise le terme d'« anxiété » pour désigner l'état psychique et le terme d'« angoisse » pour les sensations physiques.
- L'anxiété peut s'exprimer dans trois registres :
- 1. le registre psychologique (anxiété, panique, appréhension, inquiétude...),
- 2. le registre somatique (palpitations, tachycardie, dyspnée, vertiges, céphalées)
- 3. le registre comportemental(agitation, sidération, évitements, rituels ...)

## Attaque de panique

- L'attaque de panique (AP) ou crise aiguë d'angoisse est un épisode d'anxiété limité dans le temps.
- le terme d'AP s'est progressivement répandu dans le vocabulaire des psychiatres français depuis les années 1980 comme équivalent de celui de crise d'angoisse
- sa survenue doit faire l'objet d'une recherche étiologique et d'une surveillance évolutive
- la répétition des crises étant susceptible d'entraîner secondairement l'apparition de troubles anxieux chroniques, notamment le trouble panique et les conduites phobiques (agoraphobie), qui en sont souvent la conséquence

- Les AP sont des épisodes aigus d'anxiété
  - à début brutal
  - une intensité maximale
- un sentiment de perte de contrôle et/ou de catastrophe imminente.

 Les principaux symptômes retrouvés sont : palpitations tachycardie, sueurs, tremblements, sensation d' étouffement ou d'essoufflement, difficultés de déglutition, douleurs ou inconfort thoracique, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou de malaise, déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même), peur de perdre le contrôle ou de devenir fou, peur de mourir, paresthésies (sensations d'engourdissement, de fourmillements), montées de chaleur ou de frissons

- La décroissance de la crise est en revanche progressive et variable dans sa durée, mais excède rarement quelques heures, laissant parfois le patient dans un état de fatigue intense.
- Les AP surviennent dans des contextes variés mais souvent de manière inattendue.
  - secondairement, du fait de leur possible répétition et du développement d'une anxiété secondaire plus permanente, ces crises peuvent devenir de moins en moins spontanées et avoir de plus en plus tendance à être liées soit aux situations dont le patient se met à avoir peur, soit à l'appréhension croissante liée au caractère inopiné de leur survenue.

- Le caractère spontané de certaines AP est objectivé par la survenue possible de crises nocturnes qui réveillent le patient par l'intensité de leur symptomatologie somatique, le plus souvent au cours du premier sommeil et en dehors de toute activité onirique.
- Le caractère brutal, inexplicable et imprévisible des AP explique qu'elles soient souvent vécues dans un climat de peur intense. Ces peurs, qualifiées de « cognitions catastrophiques » sont de nature variable. elles sont toujours liées aux conséquences possibles de symptômes survenus en dehors de tout contexte susceptible de les expliquer.

- l'hyperventilation, facilement objectivable, explique certaines manifestations des crises (sensations vertigineuses, dyspnée, paresthésies contractures) par le biais de l'hypocapnie qu'elle provoque, évoquant souvent un diagnostic de spasmophilie ou de tétanie.
- L'examen physique est le plus souvent négatif, mais il peut mettre en évidence une augmentation modérée de la fréquence cardiaque (100-140/min) et de la pression artérielle systolique des sueurs, des manifestations vasomotrices ou un tremblement modéré.
- Dans 50 % des cas, des modifications sensorielles accompagnent également les crises les plus intenses : dépersonnalisation, déréalisation, sensation de perte de repères ou de l'équilibre, intolérance au bruit ou à la lumière, sensation d'accélération ou de ralentissement du cours de la pensée, modification de la perception de l'espace ou du temps...

- Pour le comportement, le sentiment d'urgence amène souvent le patient à arrêter ses activités en cours et éventuellement à fuir la situation dans laquelle il se trouve pour chercher l'isolement, la fraîcheur, l'air ou pour bénéficier de la réassurance d'un tiers, à moins qu'il ne se rende d'urgence à l'hôpital ou chez un médecin.
- Plus rarement, le caractère intolérable de la peur peut amener le patient à abuser d'alcool ou de sédatifs dans le simple but de mettre fin rapidement à la crise.

## Anxieté généralisée

- l'anxiété généralisée se présenter sous une forme plus chronique, latente, actuellement .
- Elle est constituée par un état de tension intérieure pénible, une attitude de doute et un sentiment d'insécurité durable. Elle se présente comme une inquiétude et des soucis excessifs concernant les faits de la vie quotidienne auxquels sont associés des symptômes comportementaux et somatiques

- Au centre des symptômes se retrouve une anxiété floue, envahissante, dominée par un sentiment d'insécurité permanente et/ou l'attente d'une menace imprécise.
- Les thèmes principaux de cette anxiété flottante sont généralement : la famille (79 %) ; l'argent (50 %) ; le travail (43 %) [4].
- Ces inquiétudes prennent la forme d'activités conceptuelles (monologue interne ou pensées verbales) plutôt que celle d'images mentales comme souvent retrouvées dans les autres troubles anxieux.

- Les inquiétudes sont liées à un script mental que le patient s'avère incapable de contrôler.
- Les cognitions sont souvent centrées sur la probabilité exagérément élevée d'être confronté à des événements négatifs.
- L'attention se focalise préférentiellement sur les informations menaçantes. Les patients sont souvent indécis et en proie au doute.
- L'intolérance à l'incertitude est importante, et participe fortement au développement et au maintien de ces inquiétudes excessives

- En ce qui concerne les symptômes somatiques : une tension musculaire importante avec des cervicalgies, des douleurs rachidiennes et des céphalées, mais aussi des symptômes digestifs.
- Les patients peuvent rapporter l'impression d'être survoltés, à bout.
- Il peut donc exister une agitation parfois extrême, les patients sursautant au moindre stimulus environnemental tel que sonnerie du téléphone, claquement de porte, klaxon

- Cette hypervigilance permanente entraîne une fatigabilité importante, avec de l'irritabilité et des signes somatiques comme une tachycardie modérée avec sensation de palpitation.
- Il peut en résulter une hyperactivité permanente avec fatigue secondaire.
- Les difficultés de concentration, les troubles mnésiques portant sur les faits récents.
- Le sommeil est parfois perturbé, avec des difficultés d'endormissement, un sommeil interrompu ou un sommeil agité et non satisfaisant. Cette insomnie nocturne va majorer la fatigabilité diurne

#### **Phobies**

- Les conduites phobiques se caractérisent par l'apparition systématique et immédiate d'une anxiété souvent très intense en présence d'une situation ou d'un objet précis dénué de dangerosité objective.
- Le sujet phobique a conscience du caractère morbide de ses troubles et des mécanismes qu'il peut mettre en place pour faire diminuer cette anxiété que sont les conduites d' évitement ou la réassurance par des objets contraphobiques
- Lors de sa confrontation à la situation phobogène, le sujet phobique a l'impression de n'y pouvoir faire face.
- De plus, il existe une anticipation anxieuse avant cette même confrontation.

## Agoraphobie

- Le terme d'agoraphobie vient du grec agora qui signifie « place du marché, lieu de rassemblement, de réunion ».
- Initialement décrite comme une crainte de traverser certaines rues ou places, elle se définit depuis la fin du XIXe siècle comme une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations dont il serait difficile ou gênant de partir en cas de survenue d'un malaise, d'une attaque de panique ou de symptômes à type d'attaque de panique

- Cette anxiété peut aussi se manifester dans des lieux où trouver du secours est difficile. tels la foule, les files d'attentes, les magasins, les transports en communs, les grands espaces découverts (campagne, montagne...).
- Des manifestations d'agoraphobie typique peuvent aussi survenir secondairement à des problèmes médicaux, notamment chez la personne âgée.
- Mais, plus classiquement, l'agoraphobie va survenir suite à des AP. En effet, leur répétition est susceptible d'entraîner le développement d'une anxiété anticipatoire plus chronique se focalisant sur la crainte permanente de voir survenir de nouvelles crises ou sur la peur d'aborder des situations dans lesquelles la survenue d'une AP pourrait représenter un danger potentiel.

- L'évitement progressif de ces situations peut être source d'un handicap important : limitation de la conduite automobile; peur d'être seul ; évitement de la foule et/ou des endroits clos ; abandon des activités sportives ; crainte des transports encommun....
- L'agoraphobie est un élément pronostique défavorable dans le trouble panique et peut être source d'une invalidité non négligeable dans le domaine des troubles anxieux

#### Phobie sociale

• Hippocrate faisait la description suivante : « en raison de sa timidité, de son caractère suspicieux et timoré, il ne pourra être dévisagé, il aimera vivre dans l'ombre et ne pourra supporter la lumière ou s'asseoir au grand jour ; son chapeau cachant toujours son regard, il ne pourra ni voir, ni être vu malgré ses bonnes intentions. Il n'osera pas aller en compagnie de peur d'être abusé, ridiculisé, dépassé par ses gestes ou ses paroles, de paraître malade, il pense alors que tout le monde l'observe »

- L'anxiété sociale, qui se définit par la survenue de manifestations anxieuses conditionnées par la présence d'autrui.
- De même que pour d'autres types d'anxiété, elle pose la question du rapport entre le normal et le pathologique. En effet, elle recouvre des processus physiologiques comme la timidité ou le trac, mais aussi des entités pathologiques comme la phobie sociale ou la personnalité évitante.
- La timidité, qui peut être définie par « l'association dans des proportions variables de manifestations somatiques d'anxiété, de pensées négatives quant à sa valeur et sa compétence sociale et d'un comportement d'inhibition ou d'évitement » est un concept ancien et non psychiatrique

- La timidité entraîne gêne et inconfort, désir d'être accepté, elle est occasionnelle avec peu d'anticipation, pas d'évitement, et la répétition de l'exposition aux situations entraîne une habituation.
- En revanche, dans la phobie sociale, on retrouve des émotions telles que la panique, la honte, le désir d'être oublié et ceux-ci deviennent obsédants, avec une anticipation majeure des situations redoutées et des évitements fréquents avec une sensibilisation lors des répétitions

- La phobie sociale peut se définir par la 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 personnes familières ou non, des personnes du sexe opposé ou des figures d'autorité, 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.
- Les situations sociales redoutées provoquent de façon quasi systématique une anxiété majeure, pouvant aller jusqu'à l'AP. Ces situations sont alors anticipées de façon intense, évitées ou vécues avec une détresse ou une anxiété majeure

- Les patients phobiques sociaux ont une tendance accrue à considérer toute situation sociale comme étant soumise à une évaluation de la part d'autrui. Cette anxiété d' évaluation est donc une des caractéristiques cognitives essentielles de ce trouble.
- Toute situation sociale devient une épreuve dans laquelle il faut être intéressant, passionnant ou brillant au risque de paraître ridicule. Les patients ont tendance à surévaluer le caractère négatif du jugement d'autrui sans considérer les signaux sociaux de réassurance.
- Il existe aussi une autofocalisation de l'attention. Le sujet maintient son attention sur lui-même et ses sensations anxieuses.

- Les évitements sont nombreux. Ils sont secondaires à l'anxiété anticipatoire qui survient le plus souvent longtemps avant une exposition sociale anxiogène et s'accompagne de ruminations anxieuses concernant les capacités du sujet ou le jugement qu'aura autrui de sa performance sociale.
- Cette anxiété anticipatoire invalidante, à l'origine d'une souffrance significative, a comme conséquence l'évitement des situations sociales afin de supprimer une émotion désagréable.
- Les évitements sont soit situationnels en évitant totalement la situation, soit plus subtils avec un évitement incomplet, des dissimulations (maquillage, lunettes noires), ou des conduites de prévention anxieuse (prise de toxiques)

- Plusieurs situations anxiogènes sont distinguées :
- 1. prise de parole et interactions formelles : cours, prise de parole lors de réunion (70 %);
- prise de parole et interactions informelles : être présenté à des personnes inconnues, prendre des repas avec des non intimes, être invité à une soirée ;
- affirmation de soi : exprimer son désaccord, son mécontentement, refuser, faire une demande, donner son avis, répondre à des reproches (31 %);
- 4. observation par les autres : effectuer une tâche, manger, boire, écrire sous le regard des autres

- On peut donc distinguer :
- les situations de performance (parler en public, manger ou boire en face des autres, entrer dans une pièce alors que tout le monde est assis...)
- des situations d'interactions (téléphoner, parler avec des étrangers, prendre contact avec le sexe opposé ou avec une personne représentant l'autorité, ramener des marchandises dans un magasin, maintenir le contact des yeux avec une personne non familière...).
- Il est rare que les patients ne souffrent que d'une phobie Isolée (10%). On parle de forme généralisée quand les peurs concernent la plupart des situations sociales.

## Phobies simples

- Les phobies spécifiques ou phobies simples consistent en une peur persistante et excessive d'un objet ou d'une situation spécifique.
- Les personnes reconnaissent le caractère excessif de cette peur, en admettant que l'objet phobogène n'a pas de caractère proprement menaçant. Mais l'exposition au stimulus anxiogène, ou sa simple évocation ou anticipation, provoquent une réponse immédiate d'anxiété pouvant être très intense et se rapprocher d'une réelle attaque de panique

- Cette anxiété s'accompagne d'évitements.
- Ces évitements, l'anxiété anticipatoire ou la souffrance dans les situations anxiogènes interfèrent avec les activités normales du patient: professionnelles, sociales ou relationnelles.
- Les patients peuvent mettre en place des conduites contraphobiques pour lutter plus ou moins efficacement contre l'anxiété anticipatoire

- Les classifications actuelles reconnaissent cinq types de phobies spécifiques:
- type animal : peur induite par les animaux ou les insectes qui
- type environnement naturel : orages, hauteurs, eau ;
- type sang-injection-accident : très familial, ce type est souvent caractérisé par une réponse vasovagale intense pouvant entraîner des syncopes.
- type situationnel: transports publics, tunnels, ponts...
- autres types: situations qui pourraient conduire à un étouffement, au fait de vomir ou de contracter une maladie,phobie de l'espace.

## Trouble obsessionnel-compulsif

- Les obsessions sont définies par des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, ressenties comme intrusives, absurdes et inappropriées, entraînant une anxiété ou une détresse importante.
- Ces intrusions dans le champ de la pensée sont incontrôlables, mais le patient fait des efforts importants pour les ignorer, les réprimer ou les neutraliser par d'autres pensées ou actions.
- Le sujet reconnaît que les idées obsédantes proviennent de sa propre activité mentale, critique leur caractère irrationnel (egodystones).

- Les compulsions sont définies comme des comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession de manière inflexible
- ceux-ci sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse, ou à prévenir un événement redouté

- Les obsessions et les compulsions sont à l'origine d'un sentiment de détresse marqué, d'une perte de temps souvent importante et d'interférence avec la vie socioprofessionnelle du sujet.
- Pour porter un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif (TOC), la durée des obsessions et/ou des compulsions doit être de plus de 1 heure et la détresse engendrée par ces symptômes doit être majeure.
- Ces notions de durée et d'intensité de la détresse sont très importantes.
- Ce sont leur durée et leur intensité moindres, ainsi que leur fréquence, qui vont permettre de différencier les obsessions normales des obsessions pathologiques.
- D'autre part, point très important, les sujets sains décrivent qu'ils peuvent les rejeter très facilement

- **les obsessions** les plus fréquentes ont pour thème : la contamination (50 %) ; le doute (42 %) ; la maladie (33 %) ; la symétrie (32 %) ; les impulsions agressives (31 %) ; les impulsions sexuelles (24 %).
- Les compulsions les plus fréquemment rencontrées sont : les vérifications (61 %), les lavages (50 %), le fait de compter (36 %), la confession (34 %), la symétrie (28 %) et les collections (18 %)

Un même patient peut présenter au cours de sa vie des modifications dans les thématiques de ses obsessions et compulsions.

- Pour évaluer au mieux un patient souffrant de TOC, il est nécessaire de prendre en compte le degré de conscience du caractère excessif ou irrationnel des symptômes. Cette dimension permet de différencier les patients appartenant au groupe « sans insight » ne remettent pas ou peu en question leurs croyances et leurs comportements.
- Ces patients ne représentent pas la majorité des patients etauraient une demande de soin plus précoce, une évolution plus sévère, et une résistance aux thérapies cognitives et comportementales.

#### Syndrome de stress post-traumatique

- Dans le syndrome de stress post-traumatique, le patient doit avoir été exposé à un événement traumatique, comme victime, comme acteur ou comme témoin.
- Il peut s'agir de **situations extrêmes**: la guerre, des cataclysmes naturels, ou des accidents source de frayeur intence accompagnés d'un sentiment de mort imminente mais aussi des accidents de la route ou domestiques, ou encore l'annonce d'une maladie grave, une urgence médicale vitale...
- Durant cet événement, le patient ou d'autres personnes auraient pu mourir, être blessés, ou leur vie ou leur intégrité physique et mentale a été menacée.
- Il faut de plus que cette exposition provoque une réaction émotionnelle caractérisée par une peur intense, de l'impuissance et de l'horreur.

## État de stress aigu

- Dans les suites immédiates d'un traumatisme, des symptômes peuvent apparaître, tels un sentiment subjectif d'émoussement, de détachement, un état de déréalisation et/ou de dépersonnalisation, ou une amnésie dissociative. Des flash-back avec des images, des pensées, des rêves ou illusions se rapportant au traumatisme.
- Le patient présente des évitements marqués des stimuli susceptibles d'entraîner une réactualisation de l'événement traumatique.
- L'anxiété et l'hypervigilance vont accompagner ces symptômes et entraîner une souffrance cliniquement significative .
- Cette symptomatologie ne dure pas plus de 1 mois après l' événement traumatique

- Parfois, un ensemble de symptômes peuvent perdurer et l'on parle alors d'état de stress post-traumatique.
- Parmi ces symptômes:
  - le syndrome de répétition. Le patient va revivre, à intervalles plus ou moins réguliers, la scène traumatique. Ces reviviscences peuvent prendre la forme de souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement.
  - Ils peuvent survenir de jour, avec l'impression de revivre l'événement.
  - La nuit, des rêves répétitifs peuvent provoquer un sentiment de détresse majeure.
  - Ces symptômes vont aussi pouvoir survenir lors de l'exposition
- à différents indices rappelant ou ressemblant à l'événement traumatique ou à un aspect de celui-ci.

- D'autres symptômes peuvent être présents, tels des évitements persistants et un émoussement de la réactivité générale.
- Les affects sont diminués, avec des signes d'activation neurovégétative tels qu'un sommeil perturbé avec des difficultés d'endormissement ou des réveils multiples, de l'irritabilité ou de la colère, et des difficultés de concentration.
- Ces symptômes peuvent survenir dans le mois suivant le traumatisme, ou bien leur survenue peut être différée et apparaître plusieurs mois voire années après le traumatisme

## Prise en charge

- Hygiène de vie
- Psychoéducation
- Traitement pharmacologique:
  - Antidépresseurs
  - Anxiolytiques
  - Psychothérapies
    - Thérapie comportementale et cogitive
    - Thérapie analytique
    - Hypnose

#### Conclusion

- L'anxiété, émotion normale que tout un chacun peut ressentir, devient pathologique lorsque son intensité devient trop importante, invalidante, ou lorsqu'elle survient de façon inappropriée à la situation, au contexte.
- Une analyse approfondie de celle-ci, c'est-à-dire La connaissance de la sémiologie est donc indispensable pour ensuite pouvoir poser un diagnostic et ainsi proposer au patient la démarche thérapeutique la plus adaptée à son trouble.

- Enfin, il est important de se souvenir que l'anxiété est un symptôme qui peut être retrouvé dans tous les troubles psychiatriques et au cours de beaucoup de troubles somatiques.
- Soulager celle-ci, en tenir compte, la prendre en charge, est indispensable pour le soin du patient, tant son retentissement en termes de souffrance et sur la qualité de vie est important.