

LES TROUBLES ANXIEUX

Pr.Y.SADOUKI

Université FERHAT ABBAS

Introduction

Les troubles anxieux ont souvent été regroupés sous des termes divers :
Troubles névrotiques, névroses, états névrotiques.

Ce sont des manifestations fréquentes et variées ayant en commun la présence d'une **angoisse pathologique** primaire. L'angoisse est souvent exprimée par des manifestations physiques.

Les névroses ont en commun :

- *Les troubles anxieux* paroxystiques ou permanents.
- *Les troubles du caractère* à type d'irritabilité, de nervosité, intolérance aux frustrations.
- *Les troubles du sommeil* : insomnie ou hypersomnie de refuge.
- *Les troubles sexuels* à type d'inhibition sexuelle.
- *Les troubles alimentaires* : anorexie, boulimie, nausée, vomissement.
- *Les troubles moteurs et sensoriels* : les tics, analgésie, paralysie.
- *L'asthénie* : quand elle est présente, elle est surtout matinale.

L'anxiété : entité psychique et somatique

Anxiété psychique

- Sentiment d'insécurité douloureuse devant un danger à venir, mais intérieur, latent, non défini.
- Sentiment mal défini de malaise et d'appréhension sans danger précis.

Anxiété somatique ou physique

- Elle se manifeste par : palpitations, transpiration, nausées, vertiges, impression d'étouffement , gêne thoracique, frissons ou bouffées de chaleur, paresthésies, spasmes, myalgies, épigastralgies,...

Anxiété : du normal au pathologique

Anxiété physiologique

- Réaction normale et saine face à une situation.
- Émotion courante et banale.
- Émotion motrice.

Anxiété pathologique

- Déclenchement spontané ou dans certaines conditions spécifiques.
- Réaction exagérée.
- Répétitive, invalidante.
- La cause déclenchante ne justifie pas la réaction.

Anxiété : du normal au pathologique

Anxiété physiologique	Anxiété pathologique
<ul style="list-style-type: none">✓ Déclenchement en fonction des circonstances✓ Adaptée au contexte✓ Symptômes contrôlables✓ Permet de faire face (motrice)	<ul style="list-style-type: none">✓ Déclenchement exagéré ou spontané✓ Inadaptée au contexte (source de handicap)✓ Symptômes peu contrôlables✓ Empêche de faire face

Principales caractéristiques de l'anxiété physiologique et de l'anxiété pathologique

Anxiété généralisée (TAG ou névrose d'angoisse)

a-Clinique

C'est le trouble anxieux le plus fréquent dans la population générale.

L'anxiété est le symptôme dominant, elle est flottante, permanente et dure pendant des mois. Elle s'accompagne de troubles somatiques de l'angoisse : palpitation, tremblement, sensation de gêne respiratoire, sensation de boule œsophagienne, céphalées, troubles vasomoteurs, des spasmes, des troubles génito-urinaires, des épigastralgies...

Depuis des mois, l'anxieux réent une angoisse qui se nourrit de tous les prétextes : événement familiaux, personnels, professionnels qui sont dramatisés.

Les préoccupations s'aggravent le long de la journée et sont au max en fin de journée entraînant une insomnie et des ruminations anxieuses.

b- Diagnostic différentiel

Se fait avec une anxiété aiguë (attaque de panique), une anxiété secondaire à un danger réel, prolapsus de la valve mitrale, certains troubles endocriniens (hypoglycémie, hyperthyroïdie,...), anxiété accompagnant un syndrome de sevrage.

C-Traitement

Chimiothérapie

- *Les tranquillisants* : on donne les benzodiazépines (exemple : Tranxène ou Lysanxia).
- *Les antidépresseurs tricycliques* : peuvent parfois être efficaces sur les crises d'angoisse.

Psychothérapie

- *Les techniques de relaxation* : le training autogène de Schultz, ou technique de Jacobson.
- *Les psychothérapies comportementales* (TCC).

Attaque de panique

a- Clinique

C'est une crise d'angoisse aiguë ayant tendance à se répéter et survenant le plus souvent sans facteurs déclenchants.

Les symptômes sont variables selon les sujets : sentiment de peur catastrophique accompagné de troubles neurovégétatifs croissants : palpitation, douleurs thoracique, sentiment d'étouffement, d'étrangeté, tremblement, impression de mort imminente, peur de perdre le contrôle de soi (peur de devenir fou).

Cette crise dure quelques minutes et ne dépasse pas 1/2h. L'inquiétude familiale contribue à l'augmentation de l'intensité de la crise. On note souvent des événements précipitants (décès, maladie, échec, conflit,...)

Les crises surviennent souvent à la tombée de la nuit.

b- Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

l'anxiété généralisée.

une anxiété secondaire à une pathologie organique grave.

une anxiété réactionnelle à un danger réel.

une anxiété accompagnant à un état dépressif.

c- Evolution : Peut se faire l'espacement des crises puis leur disparition complète, soit aggravation entraînant un handicap.

Souvent il y a des rémissions partielles.

d- Traitement :

- *Chimiothérapie* : fait appel aux anxiolytiques. Traitement antidépresseur en cas de complication dépressive.

- *Psychothérapies* :

Psychothérapie comportementale et cognitive (TCC).

Psychothérapie de soutien et de dédramatisation.

Les troubles phobiques (nevrose phobique)

La phobie est la peur irrationnelle d'un objet d'une situation ou d'une activité.
Le patient reconnaît le caractère injustifié et irrationnel de ses peurs.

➤ Agoraphobie

Elle correspond à la peur des places publiques et tout espace vide des lieux fermés (claustrophobie). Des transports en commun, du public et des lieux de spectacles.
Le sujet a peur de se séparer d'un lieu sécurisant (objet contraphobique : médicament, bouteille, personne...). Le sujet peut recourir à des conduites d'évitement.

➤ Les phobies sociales

C'est la peur d'être soumis au regard de l'autre, il ya une angoisse qui se déclenche lors de certaines situations sociales :

Parler en public, rougir en public (eurotophobie), rencontrer une personne de sexe opposé...

➤ Les phobies simples :

Ce sont les phobies des animaux (chien, rat, araignée,...), des bruits, du sang,...

a- Le diagnostic différentiel : se fait avec des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), la nosophobie (peur des maladies), la peur réactionnelle à un danger réel.

b- Traitement :

- Chimiothérapie : les antidépresseurs peuvent être bénéfiques (Clomipramine).
Certains utilisent les anxiolytiques et les Bêta bloquants (Propanolol).
- Psychothérapie :
Psychothérapie comportementale : immersion, désensibilisation.

Les troubles convertifs (névrose hystérique)

Le terme d'hystérie vient du mot grec « hysteria », car à cette époque, Hippocrate pensait qu'il y avait un lien entre ce trouble et l'utérus.

→ Clinique : ces troubles sont fréquents, rencontrés généralement chez une femme jeune pouvant entraîner des hospitalisations.

A-Les conversions somatiques

a-Les manifestations paroxystiques

Elles ont tendance à disparaître. Aujourd'hui, on assiste à la classique crise pseudoconvulsive décrite par Charcot.

La crise débute par des douleurs abdominales épigastriques, ovariennes ou visuelles (aura). Ces troubles sont suivis par une pseudo-perte de connaissance avec une chute généralement non brutale sans morsure de la langue ni émissions d'urines, puis apparaît une crise tonicoclonique. On peut assister à des mouvements désordonnés, des cris, des vociférations avec des attitudes érotiques. La résolution annonce le retour au calme avec une respiration bruyante avec ou sans crise de larmes.

La crise complète est rare, on assiste actuellement à des crises mineures (crises de nerf).

b-Les manifestations durables

Elles concernent les organes de relations : la motricité, la sensibilité, l'activité sensorielle et la phonation.

→ Les atteintes motrices :

- *Astasie abasie* : c'est une incapacité de la station debout et de la marche contrastant avec la conservation des mouvements en position couchée, précédée par une angoisse, des vertiges,...
- *Les paralysies et les contractures* : ne respectant pas la systématisation anatomique : monoplégie, hémip légie, quadriplégie, paralysie des muscles du cou (torticolis), des lèvres, des masséters.
- *Les mouvements anormaux* : tics, tremblements,...

→ Les atteintes sensitives : sont moins fréquentes

- *Anesthésies* variable touchant une partie du corps : anesthésie en gant, en botte.
- *Hyperesthésie* : zone ovarienne, buccale, pharyngée.
- *Douleurs* : sont fréquentes à type de céphalées, douleurs cervicales...

→ Les atteintes sensorielles :

- *Troubles visuels* fréquents.
- *Surdité*.

→ Les troubles de la phonation : *bégaiement, mutisme...*

→ Le système neurovégétatif :

Les *spasmes des muscles lisses* et *des sphincters laryngés*
Incontinence, toux nerveuse.

Les troubles psychiques

➤ *Troubles de la mémoire*

Difficulté à évoquer certains souvenirs (amnésie psychogène)

➤ *Inhibition intellectuelle*

Elle accompagne souvent des troubles tels que la fatigue, la douleur pouvant aller jusqu'à une pseudo-démence.

➤ *Troubles de la vigilance ou de la conscience*

Distractivité, attaque de sommeil, état de somnambulisme, des transes.

→ Personnalité hystérique : caractérisée par la mythomanie, la suggestibilité, le théâtralisme, l'érotisation des rapports, la séduction, la recherche de l'affection.

*Remarque : il faut toujours éliminer une pathologie organique avant de conclure à un trouble hystérique.

Traitement :

Proscrire la gifle et l'incitation au mariage.

La chimiothérapie : Parfois, on a recours à la prescription de sédatifs ou d'anxiolytiques.

La psychothérapie :

Psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP, psychothérapies brèves).

Hypnose.

Thérapie cognitivocomportementale (TCC).

VI- Troubles obsessionnels compulsifs **(TOC ou Névrose obsessionnelle)**

Ce sont des troubles fréquents, parasitant la pensée et le comportement, constitués par des obsessions avec une tendance à l'impulsion.

→ Clinique : les TOC apparaissent fréquemment au cours de l'adolescence souvent après des facteurs déclenchants.

A- Les obsessions

L'obsession est l'intrusion anxieuse dans le champ de la conscience d'une idée, d'une image ou d'une représentation que le patient reconnaît comme étant émanant de sa propre activité psychique (mais pathologique). Néanmoins, il ne peut pas la chasser de son esprit malgré ses efforts de lutte. On distingue plusieurs formes :

1. Les obsessions idéatives

Elles sont les plus fréquentes et se caractérisent par un phénomène intellectuel. C'est l'intrusion obsédante d'un mot, d'une idée dont la signification est inacceptable pour le sujet :

On peut avoir un réel concret : personne, objet.

- Un concret symbolique : chiffre, mot, dessin, figure géométrique.
- Un concept abstrait : problème métaphysique, philosophique...

2. Les images obsédantes

Elles sont souvent terrifiantes : cadavres, mutilation,...

3. Les obsessions phobiques

C'est le caractère anxiogène qui les rapproche des phobies.

Elles se distinguent des phobies par l'absence de l'objet phobogène, ce sont des craintes obsédantes de souillure ou de contamination par des microbes, par des saletés ou par des maladies (HIV, cancer,...).

4. Les obsessions impulsives

Ce sont des craintes angoissantes d'être amené de façon irrésistible et contre sa volonté à commettre un acte criminel ou immoral (crainte de tuer quelqu'un, de violer,...)

B-Les compulsions et les rituels

a- Définition

Ce sont des actes que le sujet doit répéter dont il reconnaît le caractère absurde, mais il ne peut s'empêcher de les accomplir sous peine d'angoisse.

Sur le plan clinique, il y a 2 types de rituels :

- *Rituels intimes inconnus de l'entourage* : calculs mentaux (arithmomanie), des formules conjuratoires (formules religieuses).
- *Rituels externes* : rituels de nettoyage et de lavage, de rangement d'objet.

b- Diagnostic différentiel : se fait avec l'automatisme mental, l'idée fixe (sans lute anxieuse et sans angoisse), angoisse phobique.

c- Evolution : On estime que le 1/3 des patients guérit, 1/3 s'améliore et 1/3 évolue vers une déchéance physique avec des complications (dépression, conduites suicidaires,...).

d- Traitement

- Chimiothérapie : fait appel à certains antidépresseurs (Anafranil, Deroxat, Prozac..). On associe dans certains cas des anxiolytiques.
- Psychothérapie : intérêt des psychothérapies comportementales et cognitives (TCC) : technique d'exposition avec prévention de la réponse (EPR).
- Psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

TRAUMATISME PSYCHIQUE

Les différentes périodes traumatisante

L'événement traumatique

La réaction immédiate: dans les 24h après

La réaction post-immédiate: 24h à 1 mois

Le chronique: > 1 mois

1/ L'événement traumatique

Une rencontre avec le réel de la mort:

La menace vise le sujet lui-même: agression, prise d'otage...

La mort d'un alter ego: agression, accident...

La mort dans des circonstances « horribles »: massacre collectif, épidémie...

Qui produit un effroi ≠ angoisse ou peur. Black-out, pas de mot, pas d'émotion.

Une perception non médiatisée, brève et soudaine.

2/ La réaction immédiate adéquate

= Stress adapté.

Sphère cognitive: ↑ vigilance, ↑ vitesse de raisonnement, perception sur un mode actif → décisions adaptées.

Sphère affective: ↑ émotions, relation à autrui adaptée (aide ou agressivité)

Sphère volitionnelle: ↑ envie d'agir.

Sphère comportementale: gestes d'urgences adaptés (aide, alerte, défense, combat, fuite), rapides, harmonieux, efficaces.

2/ Les réactions immédiates inadéquates

Sidération: paralysie de toutes les facultés du sujet:
stupéfait, incapable d'agir, de prendre une décision.

Agitation: excitation psychique, désordre affectif et comportemental:

cri, agitation désordonnée, comportement incohérent.

Fuite panique:

course affolée et éperdue, sans but, s'arrête si épuisé.

Comportement d'automate:

comportement en réponse à un ordre ou par imitation. Expression faciale absente, gestes saccadés, répétitifs, silencieux.

2/ Les réactions immédiates pathologiques

Névrotiques: angoisse, trouble conversif, phobique.

Psychotiques: syndrome délirant, syndrome dissociatif.

Thymiques: réaction maniaque ou mélancolique.

2/ FDR selon Marmar (1997)

Dissociation péri traumatique

- ✓ Désorientation spatiale
- ✓ Impression de temps ralenti
- ✓ Perte du fil des idées
- ✓ Impression d'être spectateur d'un film, que la scène arrive à un autre
- ✓ Impression d'étrangeté de l'environnement, du corps
- ✓ Amnésie partielle
- ✓ Impression d'être en pilote automatique

Détresse péri traumatique

- ✓ Vécu de peur extrême
- ✓ Sensation d'horreur
- ✓ Impression de mort imminente
- ✓ Impression de s'évanouir
- ✓ Relâchement sphinctérien
- ✓ Vécu d'impuissance
- ✓ Peur de perdre le contrôle
- ✓ Tristesse, colère, honte, culpabilité.

3/ La réaction post-immédiate adaptée

- ✓ Sédation des symptômes neurovégétatifs
- ✓ Peuvent ressurgir de manière brève en cas de stimuli rappelant l'événement.
- ✓ Reprise des activités habituelles, pas de ruminations des souvenirs bruts, sommeil normal.
- ✓ Décharge émotionnelle différée sans récurrence.
- ✓ Retour à la normale < 7 jours.

3/ État de stress aigu

Persistance de symptômes dissociatifs: torpeur, impression de brouillard, déréalisation, amnésie partielle, dépersonnalisation.

Manifestations de reviviscence: illusions, pensées intrusives, cauchemars, impression que l'événement va se reproduire.

Évitement des stimuli évocateurs.

Persistance de symptômes anxieux: difficultés de sommeil, irritabilité, hypervigilance, sursauts.

Souffrance ayant un retentissement.

Durée: min = 2j, max = 4 semaines.

3/ La période post immédiate

EST CRUCIALE.

14 à 33% des personnes exposées à un événement potentiellement traumatisant développe un ESA.

57 à 83% des ESA évoluent vers un ESPT.

Surveillance clinique étroite, intervention psychologique à visée préventive ou thérapeutique.

4/ La phase chronique adaptée

Retour à la normale.

Aucun retentissement sur la vie personnelle, familiale, sociale, professionnelle.

Possibilité d'évoquer l'événement sans manifestation invalidante, accès à la verbalisation des émotions, événement mis en représentations.

4/ État de stress post traumatique PTSD

Reviviscence:

hallucinatoire, illusion, souvenir forcé, rumination, vécu comme si l'événement allait se reproduire, agir comme si, cauchemars.

Hyperactivité neurovégétatif:

difficultés de concentration, de sommeil, sursaut, hypervigilance.

Évitement des stimuli évocateurs:

pensées, sentiments, activités, lieux, personnes, amnésie partielle.

Émoussement de la réactivité générale:

perte d'intérêt, sentiment d'avenir bouché, de détachement d'autrui, restriction des affects.

Durée > 1 mois. Chronique si > 3 mois.

4/ Altération de la personnalité

Blocage des fonctions de filtration: état d'alerte, attitude de prospection-évitement, hostilité et méfiance envers le monde.

Blocage de la fonction de présence: retrait social, impression d'avenir bouché et de détachement du monde.

Blocage de la fonction d'affection: incapacité à aimer autrui, régression narcissique, irritabilité, retrait social.

4/ Symptômes non spécifiques

Asthénie: physique, psychique et sexuelle.

Troubles anxieux: trouble panique, trouble anxieux généralisé, symptômes obsessionnels, phobies.

Addictions.

Troubles psychosomatiques

Troubles somatoformes: convertif.

Troubles des conduites, caractériels.

4/ Évolution

Chronique dans la majorité des cas.

Pas ou partiellement traité.

« Attachement du sujet à son trauma ».

D'où la nécessité d'interventions plus précoces.

La prise en charge thérapeutique

Prise en charge rapide et adaptée du sujet qui fait une réaction psychotique

Si la névrose traumatique est installée le traitement consiste à faire revivre au sujet l'événement traumatique accompagné de la charge émotionnelle initiale **TCC**.

Lorsque le trauma est récent il faut demander au sujet de raconter l'événement **DEBREFING** ; lorsqu'il est ancien il faut savoir faire appel à l'**hypnose**.

EMDR