

LES TROUBLES ANXIEUX

MME BABOURAM Elisa

Psychologue/Psychothérapeute

COURS SHS UPSSITECH 2022-2023

PLAN DU COURS

- **EVOLUTION DES TROUBLES ANXIEUX EN PSYCHIATRIE**
- **LES PHOBIES SPECIFIQUES**
- **LES PHOBIES SOCIALES**
- **TROUBLE D'ANXIETE GENERALISE**
- **TROUBLE PANIQUE ET AGORAPHOBIE**

EVOLUTION DES TROUBLES ANXIEUX EN PSYCHIATRIE

- LES TROUBLES ANXIEUX DANS LE DSM4 (1994 et 2000):
- TROUBLE OBSESSIONNELS COMPULSIFS ET EN RAPPORT : TOC, Peur d'une dysmorphie corporelle, thésaurisation pathologique, trichotillomanie, dermatillomanie, TOCS induits et autres.
- TROUBLES ANXIEUX ET PHOBQUES: Phobies spécifiques, anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée.

EVOLUTION DES TROUBLES ANXIEUX EN PSYCHIATRIE

- TROUBLES POST TRAUMATIQUES ET LIES AU STRESS: Etat de stress aigu (le temps de la gestion de l'événement), ESPT, troubles de l'adaptation.
- **DSM** I et II (1952 et 1968)
- **DSM-III** (1980)
- **DSM-III-R** (1987)
- **DSM-IV** et **DSM-IV-TR** (1994 et 2000)
- **DSM-5** (2013)

EVOLUTION DES TROUBLES ANXIEUX EN PSYCHIATRIE

- DEPUIS DSM5 (2013), TROUBLES ANXIEUX =
- Phobies spécifiques,
- anxiété sociale,
- Trouble panique et agoraphobie,
- Anxiété généralisée.
- (Troubles anxieux et phobiques dans DSM4)

LES PHOBIES

- Peur persistante, intense, excessive d'un objet ou d'une situation non réellement dangereuse.
- Toute confrontation avec l'objet provoque une angoisse intense.
- Conduites d'évitements (partiel ou total) fréquentes, et conduites « contra-phobiques » (moyens de réduire la peur)
- Conséquences négatives (souffrance, retentissement)
- Conscience douloureuse du caractère excessif de la peur (peur disproportionnée, objet pas si menaçant)

3 CATEGORIES DE PHOBIES EN FONCTION DE L'OBJET DE LA PEUR :

- Qu'est ce que le sujet redoute ? Quels objets phobogènes ? Quels sont les scénarios de la peur ? Qu'est ce qui est anticipé comme danger ?
- ➔ Phobie spécifique :

Situations, animaux, objets vécus comme dangereux et angoissant en eux-mêmes, sans scénario particulier créant la menace. Peur brute, survenue immédiate lors de la confrontation.

3 CATEGORIES DE PHOBIES EN FONCTION DE L'OBJET DE LA PEUR :

➔ Phobie sociale (= anxiété sociale) :

- Porte sur le regard de l'autre : Interaction ou prestation devant d'autres personnes avec crainte d'un jugement négatif, voire d'une humiliation.
- ➔ Agoraphobie :
- Situations d'enfermement, d'éloignement, de perte de repères , où la personne redoute un incident, un malaise, une crise d'angoisse, situation vécues comme sans issue facile ou sans aide en cas d'incident .

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- Grande quantité de phobies spécifiques (termes origines latines ou grecques) :
- **Cynophobie** : peur des chiens
- **Iatrophobie** : peur des médecins
- **Musophobie** : peur des rongeurs
- **Ailurophobie** : peur des chats
- **Coulrophobie** : peur des clowns
- **Chiroptrophobie** : peur des chauve-souris
- **Acrophobie** : peur de la hauteur (vertige)
- **Arachnophobie** : peur des araignées

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- Enjeu diagnostic : Faire la différence entre une peur simple et une phobie réellement pathologique.
- Seront évaluées 4 dimensions ;
- Niveau d'appréhension
- Niveau de panique
- Niveau d'évitement
- Niveau de gêne (retentissement)

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- Positionnement de l'individu/ phobie : « C'est plus fort que moi »
- Conscience du caractère irrationnel, exagérée de la crainte (pas d'idée délirante)
- Mais doutes et confusion parfois sur le danger réel
- Rôle des facteurs culturels, des croyances collectives, des expériences passées de la vie imaginaire et inconsciente

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- Raisonnement émotionnel
- Raisonnement émotionnel = raisonnement inversé
- « Si j'ai peur c'est que ça doit être dangereux. » au lieu de « J'ai peur car c'est dangereux. »
- Le niveau de peur n'est pas lié à l'évaluation rationnelle du degré de dangerosité.

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- Les caractéristiques des phobies spécifiques :
- ➔ Début dans l'enfance ou l'adolescence, mais prise de conscience parfois tardive.
- ➔ Souvenirs de type traumatique dans 15/20% des cas.
- ➔ Pas de profil psychopathologique à risque
- ➔ Pas de comorbidité psychiatrique particulière

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- ➔ Formes frontières avec TOC (nosophobie : peur d'attraper une maladie, émétophobie : peur de vomir = caractère obsessionnel/préoccupation)
- ➔ Demande de soins motivée par retentissement fonctionnel et contexte de vie (confrontations non évitables, conséquences professionnelles ou médicales)

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- **REGROUPEMENT DES PHOBIES SPECIFIQUES EN CATEGORIES :**
- Phobies des animaux : araignées, reptiles, rongeurs, oiseaux, chats, chiens.
- Conditions naturelles : hauteur, vide, obscurité, lieux clos, tonnerre, vent.
- Sang : Blessures, prises de sang, piqûres, hôpitaux, dentiste.
- Autres : vol en avion, conduite automobiles, clowns, personnages masqués, eau.

LES PHOBIES SPECIFIQUES

- **DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DES PHOBIES SPECIFIQUES :**
- A ELIMINER :
- AGORAPHOBIE : Anticipation d'une défaillance et de ses conséquences par rapport à un lieu.
- TOC : peur liée à un mauvais contrôle de soi, la personne se sent responsable du danger qu'elle perçoit.
- TSPT : Peur et évitement des situations associées à un souvenir traumatique, symptômes post traumatiques (hypervigilance, reviviscences...)

PREVALENCE VIE ENTIERE/ ETUDE FRANCAISE EN 2005

- TOUS TROUBLES ANXIEUX : 15,6% d'hommes, et 28,7% de femmes.
- Phobies spécifiques : 16% de femmes et 6,8% d'hommes.
- Phobie sociale : 6,6% de femmes et 2,6% d'hommes
- Trouble d'anxiété généralisée : 7% de femmes et 4,8% d'hommes

ORIGINES DES PHOBIES SPECIFIQUES

- 20% des cas : souvenirs traumatiques.
- 20% par la « transmission » de la phobie d'un proche (phénomène d'imitation) ou des informations sur des dangers potentiels.
- 60% aucun souvenir traumatique ou cause environnemental, ni aucune explication retrouvée

ORIGINES DES PHOBIES SPECIFIQUES

- =HYPOTHESE DES RESIDUS DE PEURS ANCESTRALES, ARCHAÏQUES LIEES A DES DANGERS NATURELS AUXQUELS L'HOMME A DU FAIRE FACE, S'ADAPTER.
- => Animaux = prédateurs, conditions naturelles comme dangers, peur du sang comme peur des blessures.
- => Les individus ayant survécu au danger par la peur auraient eu plus de descendance, comme un dérivé et un héritage de l'évolution.

LE CERVEAU PHOBIQUE

- Chez les personnes phobiques= suractivation de l'amygdale (hyperréactivité du système de la peur)
- = Héritage biologique
- DE LA PEUR A LA PHOBIE : Comment se développe la phobie ?
- Emotivité générale
- Tendance à l'emballlement (panique)=> Vulnérabilités biologiques
- Fragilités conscientes et inconscientes => Interprétations des situations/ environnement
- Auto-conditionnement par l'évitement « plus on évite, plus on a peur »

TRAITEMENT DES PHOBIES SPECIFIQUES

- Thérapies comportementales et cognitives
- Aucun traitement médicamenteux (ou anxiolytiques de façon ponctuel lors de la confrontation)

LES 7 COMMANDEMENTS ANTI PHOBQUES

- Eviter la honte et la culpabilité
- Analyser le « comment » plutôt que le « pourquoi »
- Faire la part du vrai, du faux et de l'incertain (quelle menace réelle ? quelle surestimation ?)
- Essayer de contrôler ce qui peut l'être (certaines pensées, comportements, respiration, relaxation...)
- Accepter de ne pas tout contrôler à tout moment
- Être bienveillant avec soi-même, accepter les aides.
- Aller au-devant de la peur (exposition progressive aux situations redoutées).

POURQUOI S'EXPOSER A LA SITUATION ANXIOGENE ?

- Parce qu'éviter aggrave la peur
- Parce que le seul risque est d'avoir peur
- Parce que le cerveau désapprend la peur par l'expérience
- Réduction du réflexe de peur conditionnée
- L'exposition (confrontation) pour être efficace doit être : PROGRESSIVE/
PROLONGEE/ FREQUENTE

PROGRESSIVITE DE LA CONFRONTATION

- Choix d'une première situation à affronter (ex. photo d'araignée, rester sur le quai du métro, s'asseoir au volant à l'arrêt)
- Désensibilisation progressive, le temps d'inconfort ressenti diminue avec le temps d'exposition à partir des 10 à 30 premières minutes d'exposition.
- TCC :
- Analyse fonctionnelle avec :
 - ➔ Historique, comportements, émotions, croyances, conditionnement
 - ➔ Exposition graduée :
 - In vivo surtout
 - En imagination éventuellement d'abord

PROGRESSIVITE DE LA CONFRONTATION

- Avec relaxation ou contrôle respiratoire éventuellement,
- -En réalité virtuelle parfois
- Restructuration cognitive
- Travail sur les croyances quand dysfonctionnelles (rares)
- Travailler sur la généralisation de la désensibilisation et le maintien à long terme

En général 12 à 15 séances.

LES PHOBIES SOCIALES (OU ANXIETE SOCIALE)

- Peur ou anxiété intense d'une ou plusieurs situations sociales, sentiment d'être exposé à l'observation attentive d'autrui (excessive par rapport à la menace réelle)
- Avec crainte d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété, qui sera jugée négativement
- Symptômes d'émotivité : peur derougir, trembler, bafouiller, paraître inintéressant, bête, bizarre, étrange
- PHOBIE SOCIALE PATHOLOGIQUE SSI RETENTISSEMENT IMPORTANT DANS LA VIE QUOTIDIENNE

TYPES DE SITUATIONS REDOUTEES

=

4 grandes familles (anxiété sociale)

- Situations de performance : parole en public, prestation sur scène, examen oral...
- Intimité (avec quelques personnes) : conversation qui amène à se révéler, rencontre, enjeu de séduction, révélation de soi...
- Affirmation de soi : défendre ses droits ou assumer une position (enjeu de conflit, de rapport de force)
- Observation simple : objet d'attention sans tâche complexe (écrire, marcher, manger, boire, etc...)

FORMES D'ANXIETE SOCIALE

- -Généralisée => plusieurs types de situations sociales
- - Circonscrire=> Un seul type de situation (généralement, situation de performance)

PHOBIES SOCIALE → SPECTRE DE L'ANXIETE SOCIALE

- Faible intensité : trac
- Intensité moyenne : Timidité
- Intensité forte : phobie sociale spécifique et généralisée

CARACTERISTIQUES ANXIETE SOCIALE

- ANXIETE LE PLUS SOUVENT QUOTIDIENNE avec intensité variable
- MANIFESTATIONS PEU VISIBLES (auto contrôle, dissimulation, évitement...)
- ORGANISATION DES ACTIVITES en fonction des situations sociales redoutées

CARACTERISTIQUES ANXIETE SOCIALE

- EVOLUTION SELON GRAVITE ET EVITEMENTS :
- Amélioration progressive, partielle ou complète
- Maintien ou aggravation
- Complications : dépression et addiction

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DE L'ANXIETE SOCIALE

- AGORAPHOBIE : pas de craintes des personnes mais des lieux fermés ou ouvert/risque d'être enfermé dans la foule (sentiment d'oppression)
- Dymorphophobie : Crainte d'avoir une anomalie physique en partie indépendante du regard des autres.
- DEPRESSION : Repli social, difficulté à aller vers les autres.
- PARANOÏA : Méfiance, mise à distance de l'autre, interprétation des intentions d'autrui
- TROUBLES AUTISTIQUES : Désintérêt relations sociales, troubles de la communication et de compréhension.

ECHELLES ET QUESTIONNAIRES

- Echelle d'anxiété sociale de LIEBOWITZ (LSAS)
- Echelle d'anxiété sociale de DAVIDSON (SPIN)
- Questionnaire d'éreutrophobie de la Salpêtrière

EXEMPLE LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE (LSAS) (1/2)

- 24 items : EVALUATION DE SITUATIONS SOCIALES
- AUTO OU HETERO EVALUATION DU NIVEAU DE PEUR DU SUJET
- DE 0 à 3 : 0= aucune, 1= légère, 2=Moyenne, 3= Sévère.
- - 1) Téléphoner en public
 - 2) Participer au sein d'un petit groupe
 - 3) Manger dans un lieu public
 - 4) Boire en compagnie dans un lieu public

EXEMPLE LIEBOWITZ SOCIAL ANXIETY SCALE (LSAS) (2/2)

- 5) Parler à des gens qui détiennent une autorité
- 6) Jouer, donner une représentation ou une conférence devant un public.
- 7) Aller à une soirée.
- 8) Travailler en étant observé.
- 9) Ecrire en étant observé.
- 10) Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien.
- 11) Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien.
- 12) Rencontrer des inconnus.

PREVALENCE VIE ENTIERE ANXIETE SOCIALE EN FRANCE :

- 6,6% des femmes et 2,6% des hommes
- Un des troubles anxieux les + développées (avec phobies spécifiques, puis TAG)
- 2 fois plus élevé chez les femmes
- Début : moyenne à 13 ans (75% entre 8 et 15 ans)
- Chronicité : 60% des cas, durée moyenne 15 ans
- Retentissement : handicap professionnel et personnel (isolement)
- Comorbidité : Dépression (50%), trouble panique (30%), addictions (15%)

ETHIOPATHOGENIE : ORIGINES DU TROUBLE DE PHOBIE SOCIALE

- FACTEURS ADAPTATIFS ET EVOLUTIONNISTE (Pour préservation) mais excessif
- Peur du rejet par le groupe
- Peur de l'agressivité d'autrui
- TEMPERAMENT
- Inhibition comportementale face au non familier
- Hypersensibilité émotionnelle

ETHIOPATHOGENIE : ORIGINES DU TROUBLE DE PHOBIE SOCIALE

- FACTEURS EDUCATIFS
 - -Déficit d'apprentissage social
 - - Maltraitance et mésestime de soi
- => Sensibilité et évitement du regard (hypothèse biologique , ex. chez animaux)
- => CORRELATS CEREBRAUX : hyperréactivité cerveau émotionnel (amygdale, insula, cortex cingulaire antérieur)

EREUTOPHOBIE (Forme particulière de phobie sociale)

- Proche de la dysmorphophobie (notion d'anomalie physique) : focalisation de l'attention sur le risque de rougissement
- Parfois isolée, sans anxiété sociale ni introversion
- Début à l'adolescence, suite moqueries
- Sentiment de honte intense avec crainte de perdre toute crédibilité et d'être déconsidéré du fait d'une émotivité excessive

EREUTOPHOBIE (Forme particulière de phobie sociale)

- Nombreuses conduites de dissimulation et d'évitement (maquillage, cheveux, lumière, etc...)
- Evolution favorable en général mais parfois chronicisation pendant des années avec handicap social et complications importantes (dépression)
- Mauvaise conscience de la dimension psychologique, focalisation sur les aspects physiques avec demande de solutions médicales médicamenteuses, voire chirurgicales (demande suppression rougeurs du visage)

TRAITEMENTS ANXIETE SOCIALE

- Médicamenteux et/ou psychothérapie comportementale (affirmation de soi et exposition)

THERAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES

- Psycho éducation : Informations sur le trouble
- Exposition : Situations (identification et hiérarchisation pour exposition progressive)/ Identification en amont des symptômes et émotions (anxiété, honte), conséquences redoutées (moqueriesn désintérêt, agressivité...)
- Restructuration cognitive (schémas) : mésestime , hyperconscience de soi, dévalorisation
- Affirmation de soi. (faire face au situations de conflits, défendre ses droits, exprimer son opinion...)

EXPOSITION AUX CONSÉQUENCES REDOUTÉES

- Baisse de performance : incapacité à répondre, difficultés d'expression
- Signes visibles d'émotivité : tremblements, rougissements, sueurs...
- Jugement négatif de l'auditoire : Signes de désintérêt ou de moqueries (RV C2CARE) , critiques.

EXEMPLES DE SEANCES :

- Thèmes imposés ou improvisation
- Thèmes généraux ou personnels
- Silences (regards)
- Critiques
- Provocation de symptômes physiques

TACHES PRESCRITES ENTRE LES SEANCES

- Indispensables pour installer la sensibilisation et maintenir les acquis
- Ex : Questions en classe ou en amphi
- Accepter des sorties ou des réunions
- Inscription à des associations, activités

TRAITEMENT DE L'EREUTOPHOBIE

- Thérapie de groupe ou individuel
- Contrôle attentionnel (défocalisation de soi)
- Exposition au regard de l'autre
- Restructuration cognitive (appréhension de la situation)
- Relaxation
- Affirmation de soi (pas toujours nécessaire)

TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

- Si échec TCC.

LE TROUBLE ANXIEUX GENERALISE (TAG)

- Issu dans les années 60 du concept de « Névrose d'angoisse » (psychanalyse)
- Avec Trouble panique ET Trouble anxiété généralisée validé par DSM 3 , 1980
- TROUBLE ANXIEUX CHRONIQUE marqué par des inquiétudes permanentes pour différents risques de la vie quotidienne ou d'autres événements graves pouvant arriver (avec probabilité extrêmement faible)

LE TROUBLE ANXIEUX GENERALISE (TAG)

- DIFFICULTES A CONTROLER LES PREOCCUPATIONS et signes de TENSION PHYSIQUE et PSYCHIQUE ASSOCIES
- -Hypervigilance, sursauts, irritabilité, nervosité
- - Signes neuro végétatifs (bouffées de chaleur, tremblements, palpitations)
- - Difficultés de concentration
- - Difficultés d'endormissement
- => Présence des troubles pendant au moins 6 mois avec des retentissements dans la vie quotidienne, la moitié du temps environ.

LE TROUBLE ANXIEUX GENERALISE (TAG)

- => DEBUT PROGRESSIF ENTRE 30 et 50 ANS, avec antécédents de tempéraments anxieux.
- => Thématiques des préoccupations : santé, accidents, travail, argent (pour soi ou les proches)

SYMPTOMES LES PLUS FREQUENTS DU TAG :

- -Troubles du sommeil au 1^{er} plan
- - Plaintes somatiques (digestives, cardio vasculaires, dermato, céphalées, douleurs...)
- - Stress professionnel
- - Retentissement relationnel (conflits, anxiété transmise..)
- -Complications (dépression, addictions)

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DU TAG

- Trouble de l'adaptation (centré sur un seul sujet)
- Dépression anxieuse (tristesse, idées suicidaires)
- TOC (notion de responsabilité/événements)
- Trouble panique (AP spontanées, pas d'anticipation)

EVALUATION PSYCHOMETRIQUES

TAG

- => Questionnaires (auto évaluation) : HAD (anxiété et dépression), Beck Anxiété, Tendance à l'inquiétude (Penn State)
- Echelles d'hétéro évaluation : Tyrer , Hamilton anxiété
- Evaluation de traits anxieux de personnalité : TCI Cloninger= Echelle de Tempérament et de caractère

Prévalence vie entière en France TAG(2005)

- 7% chez les femmes et 4,8% chez les hommes.

ETHIOPATHOGENIE TAG

- => MODELE PSYCHODYNAMIQUE (névrose d'angoisse)
- -Conflits psychiques inconscients
- -Angoisse profonde du Moi provoquant le refoulement
- => TEMPERAMENT PREDISPOSANT (facteurs cognitifs, stress)
- -Hypersensibilité émotionnelle, anxiété de séparation, intolérance à l'incertitude, événements stressants échappant au contrôle (facteur aggravant)

ETHIOPATHOGENIE TAG

- => FACTEURS PHYSIOLOGIQUES :
- - Hyperactivité système nerveux autonome, perte de flexibilité, d'adaptabilité du SN autonome
- - Perturbation cérébrales entre fonction corticales préfrontales et amygdales
- -Dysfonctionnements de certains systèmes de neurotransmetteurs

TRAITEMENT DU TAG

- INFORMATIONS SUR LE TROUBLE
- THERAPIE DE SOUTIEN
- HYGIENE DE VIE (sommeil, alimentation, consommation d'excitants)
- RELAXATION (réduction tension générale des symptômes neurovégétatifs)
- GESTION DU STRESS (emploi du temps, périodes de repos, organisation...)
- ACTIVITES PHYSIQUES (régulation hormonale)
- ACTIVITES SOCIALES

TRAITEMENT DU TAG

- THERAPIES COGNITIVES : Discussion des schémas d'incertitude, discussion de l'utilité des inquiétudes, exposition mentale aux scénarios catastrophes.
- MEDITATION EN PLEINE CONSCIENCE MBSR (mindfulness based stress reduction)
- PHARMACOTHERAPIE (antidépresseurs, benzodiazépines, hydroxyzine ...)

TROUBLE PANIQUE ET AGORAPHOBIE

- Issu du démembrement de la névrose d'angoisse dans les années 60 par Donald Klein. TROUBLE PANIQUE / TROUBLE D'ANXIETE GENERALISE
- TROUBLE PANIQUE=
- -Trouble anxieux chronique marqué par la répétition d'attaques de paniques et associée à une anxiété anticipatoires de ces crises d'angoisse.

TROUBLE PANIQUE ET AGORAPHOBIE

- CRITERES DSM-5 TROUBLE PANIQUE :
- Attaques de panique récurrentes et inattendues.
- Suivies pendant au moins un mois :
- D'une crainte d'avoir une autre attaque panique
- Ou de préoccupations quant aux implications possibles ou aux conséquences de ces attaques de panique
- Ou d'un changement significatif de comportement en relation avec ces attaques .

ATTAQUE DE PANIQUE (CRISE DE PANIQUE OU CRISE D'ANGOISSE)

- DSM5 : une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :
- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
- Transpiration.
- Tremblements ou secousses.
- Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
- Sensation d'étranglement.
- Douleur ou gêne thoraciques.

ATTAQUE DE PANIQUE (CRISE DE PANIQUE OU CRISE D'ANGOISSE)

Nausées ou gêne abdominale.

- Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
- Frissons ou sensations de chaleur.
- Paresthésie (engourdissement ou picotement).
- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».

ATTAQUE DE PANIQUE (CRISE DE PANIQUE OU CRISE D'ANGOISSE)

- Peur de mourir.
- Cette montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.
- Des crises de panique peuvent entraîner un trouble panique

FACTEURS DECLENCHANTS DES ATTAQUES DE PANIQUE

- AP déclenchée suite à un stress aigu.
- AP déclenchée par un stress aigu dans le contexte d'un trouble pré-existant :
- Trouble phobique (confrontation)
- TOC, TSPT, troubles de l'adaptation.
- Syndrome dépressif
- AP favorisée par un toxique ou un événement organique
- AP sans aucun facteur facilitant : spontanée, inopinée, imprévisible

LES DIFFERENTES FORMES D'ATTAQUES DE PANIQUE

- NOCTURNES (interrompant le sommeil)
- FACILITEES PAR L'EXERCICE PHYSIQUE, LA PRISE DE TOXIQUES OU D'EXCITANTS
- TRES SEVERES : forte déréalisation, dépersonnalisation (perte de contrôle réelle mais transitoire = risque de confusion avec états psychotiques)
- TROMPEUSES : pseudo épileptiforme, pseudo asthmatiforme, pseudo-hypoglycémie.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

ATTAQUES DE PANIQUE

- Psychiatrique : Agitation caractérielle (troubles de la personnalité), contexte relationnel, frustration, colère.
- Organique : pathologies cardio respiratoires, migraines, épilepsie, pathologies oreille interne, intoxications, sevrages, alcool...

DE L'ATTAQUE DE PANIQUE A L'AGORAPHOBIE

- 1ere attaque de panique inopinée, effet traumatisant
- Répétition des attaques de panique
- Anxiété anticipatoire
- Identification et évitement progressif des lieux et situations à risque :
 - -Circonstances oppressantes (chaleur, foule, lieux clos,...)
 - - Danger en cas de malaise (éloignement, isolement)

DE L'ATTAQUE DE PANIQUE A L'AGORAPHOBIE

- AGORAPHOBIE : Peur intense et durable des situations dont on ne peut pas sortir facilement, ou dans lesquelles il est difficile d'obtenir de l'aide, en cas de problème ou de malaise.
- **AGORAPHOBIE DSM5 :**
 - Peur ou anxiété marquée pour au moins 2 des 5 situations suivantes :
 - Utiliser les transports en commun
 - Etre dans des endroits ouverts (parkings, marchés, ponts...)
 - Etre dans des endroits clos (magasins, théâtres, cinémas)
 - Etre dans une file d'attente ou dans une foule
 - Etre seul à l'extérieur du domicile

DE L'ATTAQUE DE PANIQUE A L'AGORAPHOBIE

- Crainte ou évitement des situations car difficultés ressenties de pouvoir s'échapper ou de trouver du secours en cas d'AP ou d'autres symptômes incapacitants (ex : peur de tomber)
- Peur ou anxiété presque systématique
- Evitement ou peur intense ou accompagnement (mode comportemental adopté)
- Peur disproportionnée par rapport au danger ou à la culture
- Durée > 6 mois

CONDUITES CONTRA-PHOBIQUES

(Réduction de la peur)

- Accompagnement +++
- Téléphone portable
- Bouteille d'eau, sucre, sac en papier
- Alcool
- Médicaments (anxiolytiques)

EPIDEMIOLOGIE DU TROUBLE PANIQUE

(Rapport entre le trouble et divers facteurs)

- Début entre 20-30 ans
- Prévalence 3F /1H
- Durée moyenne de 10-15 ans
- Comorbidité : dépression, risque suicidaire, alcoolisme, surmortalité cardio vasculaire à long terme
- Retentissement : qualité de vie altérée, risque suicidaire accru, consommation de soins.

ETHIOPATHOGENIE (Causes) DU TROUBLE PANIQUE

- Mécanismes impliqués : hyperventilation, conditionnement, bénéfices secondaires.
- **Hypothèses étiologiques :**
- Dérèglement de capteurs respiratoires
- Anomalies systèmes de transmission neurotransmetteurs
- Schémas cognitifs de danger
- Angoisse de séparation, sentiment de détresse accru

TRAITEMENT TROUBLE PANIQUE

- Information, psycho éducation
- Thérapies comportementales et cognitives (Relaxation, contrôle respiratoire, Suppression des évitements , exploration et modification des croyances et scénarios catastrophe= pas de menace réelle, exposition in vivo/ sur site tunnels, métro, foule,escalators...)
- Pharmacothérapie

MERCI POUR VOTRE ATTENTION!

- Email: elisa.babouram@gmail.com