



Troubles anxieux, somatoformes et de l'adaptation

Introduction : anxiété normale et pathologique	
Stress	Déséquilibre entre les ressources d'un individu et les demandes de l'environnement La détresse émotionnelle est propre à chacun et influencée par : - Expériences antérieures avec stressors similaires - Les efforts conscients de gestion (ex : fuite) - Les efforts inconscients de gestion (ex : déni) Les caractéristiques du stressor ne déterminent donc pas l'intensité du stress perçu par l'individu Plusieurs réactions au stress : comportementales, cognitives, émotionnelles Stratégies de coping pour faire face à cet événement stressant (pas passif)
Peur	Mécanisme mis en place face à une situation d'anxiété Système nerveux autonome ⇒ SN Parasympathique : FR ↓, FC ↓, Contraction musculaire ↓, vasodilatation périphérique ⇒ SN Orthosympathique : FR ↑, FC ↑, TA ↑, vasoconstriction périphérique Les émotions peuvent se dérégler, s'activer pour des menaces « apprises » suite à conditionnements Activation disproportionnée du système orthosympathique Rôle de l'amygdale (cerveau) Peur : menace physique ou sociale pour le soi ou pour un rôle/but valorisé par le sujet. Peur d'être rejeté par le groupe est fondamentale (espèce sociale ne pouvant vivre isolée) ANXIETE = PEUR Tendances à l'action : fuite, contre-attaque, pétrification ou freezing, inhibition/soumission
Normale ou pathologique ?	Anxiété normale : Légitime, adaptée, secondaire à une situation stressante/danger présent, indispensable à la vie et associé à des comportements spécifiques : fuite, évitement Anxiété pathologique : - Inappropriée car trop forte ou trop fréquente (tolérance subjective et individuelle) - Entraînant une gêne psychologique et fonctionnelle (sociale, professionnelle, familiale) - Anticipation d'un danger futur - Sans stimulus identifiable donc incontrôlable fuite/ évitement impossibles - Composante physique (maladies CV) - Symptômes : dans tous les troubles psychiatriques (approche dimensionnelle) - Maladie : les « troubles anxieux » (approche catégorielle)
Sémiologie de l'anxiété et épidémiologie	
Symptômes anxieux	Émotions anxieuses : Peur : réaction qui accompagne la perception d'un danger précis Anxiété : sentiment plus ou moins pénible d'attente ou d'appréhension douloureuse d'un danger, qu'il soit précis et identifié ou vague et incertain Cognitions anxieuses : Pensées particulières accompagnant souvent les émotions anxieuses (inquiétudes, doutes) Pathologiques si trop fréquentes ou s'imposent au sujet de manière excessives et envahissantes Pensée magique « <i>si j'ai des mauvaises pensées, il va arriver un malheur à mes parents</i> » Comportements anxieux : Évitement partiel ou complet des situations anxiogènes Inhibition : paralysie, incapacité à penser et à réagir en réponse à la peur et à l'angoisse Les conduites pathologiques peuvent prendre la forme de : - Compulsions : actes répétés, souvent ritualisés et stéréotypés, pour calmer l'anxiété - Conduites contraphobiques : stratégies afin d'affronter les situations anxiogènes - Autres : prise impulsive ou compulsive d'alcool ou de drogues... Conséquences : renforcement des pensées anxieuses, handicap fonctionnel et social, conduites de dépendance
Signes d'accompagnement	Peu spécifiques Perturbations physiologiques : troubles du sommeil, troubles de l'appétit





	Symptômes physiques divers : douleurs, tensions, palpitations, dyspnée, sueurs, tremblements, vertiges, bouffées et chaleur, pollakiurie Troubles relationnels : irritabilité, impatience, impulsivité et dépendance affective	
Troubles anxieux	Caractéristique commune = la peur Aigus : attaque de panique Chroniques : - Trouble panique - Trouble anxieux généralisé - Trouble phobique - Trouble obsessionnel compulsif Réactionnels : - État de stress post-traumatique - Trouble de l'adaptation 12-15% population générale 2 femmes / 1 homme Enfance / début de l'âge adulte	
Trouble anxieux généralisé		
Introduction	= « Maladie des inquiétudes » Symptomatologie anxieuse chronique : - État d'alerte et d'inquiétude quasi permanent, associé à des signes psychiques et physiques de tension anxieuse - Pas de peur focalisée sur un objet / situation précise, mais tendance à se faire du souci « pour tout ou pour rien » - Inquiétudes excessives du fait de leur fréquence et de leur intensité par rapport à la réalité des risques Évoluant depuis plus de 6 mois	
Épidémiologie	5 % de la population 3% des hommes et 6% des femmes 35 - 45 ans	
Sémiologie	Anxiété et soucis	Inquiétudes et ruminations diverses concernant l'avenir Attente avec appréhension Excessifs Non justifiés Non contrôlables
	Symptômes fonctionnels chroniques	Troubles de l'endormissement Troubles de la concentration Myalgies Céphalées Troubles digestifs Hyperactivité végétative (palpitations, sueurs, vertiges...) Asthénie Irritabilité, agitation intérieure Hypervigilance
Comorbidités psychiatriques	Autres troubles anxieux Troubles de la personnalité « anxieuse » Abus et dépendance à une substance Épisode dépressif caractérisé et suicide	
Prise en charge	Psycho-éducation	Arrêt des excitants Équilibre alimentaire Hygiène de sommeil Activité physique régulière Techniques de relaxation Infos sur les risques liés à l'usage de médicaments anxiolytiques
	Psychothérapie	Thérapies cognitives et comportementales : gestion des émotions et apprentissage de techniques de relaxation
	Tt pharmacologique	Tt de fond : antidépresseurs - En cas d'inefficacité des mesures précédentes





		- Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - Délai d'action : 3 – 4 semaines - Durée du tt : 6 – 12 mois Tt ponctuel : psychotropes à activité anxiolytique rapide - Benzodiazépines (max 12 semaines) - Hydroxyzine (anti-histaminique H1)
Trouble panique		
Introduction	Répétition des attaques de panique Peur de la survenue d'attaques de panique	
Épidémiologie	1 – 3 % de la population générale Prédominance féminine Début entre 20 – 30 ans	
Sémiologie	Attaque de panique : ⇒ État transitoire qui ne peut jamais se répéter Crise d'angoisse aiguë à début brutal, paroxysme en moins de 10 minutes Sentiment de panique lié à la sensation de perte de contrôle Symptômes psychiques : symptômes anxieux, dépersonnalisation, déréalisation Signes physiques : palpitations, bouffées de chaleur, tachypnée, impression vertiges, céphalées Signes comportementaux : agitation, sidération... Peut-être déclenché par : stress brutal, confrontation à une situation phobogène, facteur toxique, période de fatigue ou de perturbations émotionnelle Anxiété anticipatoire : ⇒ Anticipation permanent de la survenue d'une attaque de panique Peur de mourir, peur de devenir fou Complications : isolement social, changement habitudes de vie, conditionnement interne Agoraphobie : ⇒ Crainte de l'ensemble des situations dans lesquelles le patient ne pourrait pas être secouru en cas d'attaque de panique Espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos...	
Comorbidités psychiatriques	Autres troubles anxieux Troubles de la personnalité « anxieux » Abus et dépendance à une substance Épisode dépressif caractérisé et suicide	
Prise en charge	Attaque de panique : Non médicamenteuse : défocaliser l'attention du patient des impressions de menace, l'inciter à se détendre, et modifier son rythme respiratoire. Celui-ci soit être le plus lent possible, bouche fermée et en s'aidant d'une respiration abdominale plutôt que thoracique. L'hyperventilation favorise en effet l'hypocapnie Médicamenteuse : en cas d'échec de ces mesures, anxiolytique type BZD	
	Psychoéducation	Arrêt des excitants Hygiène de vie : Équilibre alimentaire + Hygiène de sommeil Activité physique régulière Techniques de relaxation Infos sur les risques liés à l'usage de médicaments anxiolytiques
	Psychothérapie	Thérapies cognitives et comportementales : exposition, désensibilisation physiques des attaques de panique et aux situations redoutées en cas d'agoraphobie, méthodes de relaxation
	Tt pharmacologique	Tt de fond : antidépresseurs - En cas d'inefficacité des mesures précédentes - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - Délai d'action : 3 – 4 semaines - Durée du ttt : 6 – 12 mois Tt ponctuel : psychotropes à activité anxiolytique rapide - Benzodiazépines (max 12 semaines) - Hydroxyzine (anti-histaminique H1)





Phobie spécifique		
Introduction	Peur très intense, incontrôlable déclenchée par la confrontation à un objet ou à une situation redoutée mais non objectivement dangereuse Conduites d'évitement Durée d'évolution d'au moins 6 mois Thèmes variés	
Épidémiologie	Une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes 10 – 12 % de phobies spécifiques 5 % des phobies sociales	
Sémiologie	Phobies spécifiques	Peur déclenchée par une situation phobogène Spécifique car un seul objet Peut aller jusqu'à une attaque de panique Caractère persistant, intense et irraisonné de la peur En présence d'un objet ou déclenchée par simple évocation mentale Disparaît en l'absence de l'objet ou en dehors de la situation Réactions : sidération, conduite d'évitement, attitudes de réassurance
	Phobies typiques	Zoophobies : les + fréquentes Phobies d'éléments naturels Phobies du sang , des injections, des interventions chirurgicales Phobies situationnelles : tunnels, ponts, claustrophobie, agoraphobie
	Phobies atypiques	Nosophobie : peur de contracter une maladie Phobies d'impulsion : peur de réaliser impulsivement et sans le vouloir, en présence d'un objet pouvant être utilisé de façon agressive, un acte immoral, dangereux, auto ou hétéro-agressif. L'acte redouté n'est jamais commis s'il n'est pas désiré
	Phobie scolaire	Phobies de situation Attaque de panique lorsque l'enfant se rend à l'école ou est déjà à l'école Globale ou partielle Réactions de fuite, détresse, agressivité
	Phobie sociale	Crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui Peur de parler ou de se produire en public Éreutophobie : peur de rougir Peur de manger ou de boire en public Formes cliniques : limitées à 1 ou 2 situations sociales Généralisée Confrontante : froideur relationnelle, agressivité, ironie
Comorbidités psychiatriques	Pas de complication Sauf en cas de retentissement très sévère sur la vie du sujet	
Prise en charge	Psychothérapie	Thérapies cognitives et comportementales : exposition in vivo graduée ou désensibilisation systématique, restructuration cognitive, affirmation de soi
	Tt pharmacologiques	Aucun tt médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques Phobies sociales sévères : tt de fond : antidépresseurs - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - Diminue les anticipations anxieuses et activations émotionnelles
Trouble obsessionnel compulsif		
Introduction	Obsessions Compulsions Les symptômes font perdre au moins 1h par jour, altération du fonctionnement	
Épidémiologie	2 % de la population générale Début avant l'âge de 25 ans chez 65% des patients Évolution chronique ++	
Sémiologie	⇒ Obsessions : Irruption de pensées, récurrentes et persistantes Ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet Source d'anxiété ou d'inconfort >> tentatives de répression Reconnaissance du caractère pathologique chez 70% des patients	





	⇒ Compulsions : Comportements répétitifs, actes mentaux, accomplis en réponse à une obsession, destinées à neutraliser le sentiment de détresse ⇒ Rituels : Actes répétitifs et stéréotypés, obéissant à des règles idiosyncrasiques, caractère conjuratoire ⇒ Évitement 4 grandes thématiques Contamination « les laveurs » Pensées interdites « les vérificateurs » Symétrie Accumulation	
Comorbidités psychiatriques	Très fréquentes ++ Autres troubles anxieux, les tics (25%) Autres troubles compulsifs : trichotillomanies, excoriations, dysmorphophobie Troubles de la personnalité « anxieux » : dépendante, évitante, obsessionnelle Abus et dépendance à une substance Épisode dépressif caractérisé et suicide	
Prise en charge	Psychoéducation	Réassurance ++
	Tt pharmacologique	Tt de fond : antidépresseurs - Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine - Posologies élevées - Délai d'action : 6 -12 semaines - Durée du tt : 1 – 2 ans Tt ponctuel : psychotropes à activité anxiolytique rapide - Benzodiazépines (max 12 semaines) - Hydroxyzine (anti-histaminique H1) Inefficaces sur les obsessions et les compulsions
	Psychothérapie	Thérapies cognitives et comportementales : 50% des patients répondeurs, exposition in vivo et en imagination aux conditions qui déclenchent les obsessions, pour contrôler les compulsions, apprivoiser l'anxiété
Troubles de l'adaptation		
Introduction	Syndromes de réponse au stress Symptômes réactionnels Incapacité à s'adapter Pas de critères suffisants pour établir un diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ou d'un autre trouble anxieux	
Épidémiologie	1% de la population générale Un des motifs de consultation les plus fréquent en médecine générale, en psychiatrie ambulatoire et en psychiatrie de liaison Facteur de risque : trouble de la personnalité	
Sémiologie	Évènements stressants Facteur de stress identifiable Changement imposant au sujet de s'adapter Dans les 3 mois suivant l'évènement Spontanément résolutif à 6 mois de la survenue de l'évènement Altération du fonctionnement psycho-social	
	Symptômes anxieux	Psychiques : tension, difficultés de concentration et d'attention, ruminations, irritabilité Physiques : céphalées, oppression thoracique, troubles fonctionnels digestifs
	Symptômes dépressifs	Tristesse de l'humeur, culpabilité, perte d'appétit, trouble du sommeil, idées suicidaires
	Symptômes comportementaux	Isolement, absentéisme, abus de traitements
Comorbidités psychiatriques	Trouble de personnalité (15% des TA) Troubles liés à l'usage de substances psychoactives (7% des TA) Tentatives de suicide (2 – 4% des TA)	





Prise en charge	Psychothérapie	Thérapies brèves : Thérapies centrées sur la recherche de solution - Thérapies interpersonnelles : verbalisation, comprendre la signification du facteur de stress Thérapies cognitivo-comportementales
	Tt pharmacologique	Anxiolytique : BZD < 12 semaines, hydroxyzine Hypnotiques
État de stress post-traumatique		
Introduction	Exposition directe et personnelle à un traumatisme au cours duquel le patient ou une autre personne est morte ou a risqué de mourir ou d'être gravement blessé Réaction de frayeur, sentiment d'horreur et d'impuissance	
Épidémiologie	1% de la population générale Prévalence majorée dans les zones géographiques instables ou en guerre 1 Femme / 1 homme (agressions sexuelles ++) Facteurs de risque : - Sexe féminin - ATCD psychiatriques - Comorbidité : troubles anxieux, épisode dépressif caractérisé - Faible niveau socio-économique	
Sémiologie	Symptômes qui perdurent > 1 mois après la survenue du traumatisme Syndrome de répétition : - Réviviscences involontaires, vivaces, angoissantes - Sentiment de détresse intense - Images ou expériences sensorielles - Intrusives et répétitives - Cauchemars Conduites d'évitement Hyper-activation neuro-végétative : - Hypervigilance à la menace - Sursauts exagérés - Irritabilité, excès de colère - Difficultés de concentration - Troubles du sommeil Parfois, indifférence émotionnelle État de stress aigu : Symptomatologie similaire, dans les suites immédiates du traumatisme, perdure 2 jours à 4 semaines après la survenue du traumatisme Attention au syndrome de dissociation ++	
Comorbidités psychiatriques	Abus et dépendance à une substance Épisode dépressif caractérisé et suicide Autres troubles anxieux	
Prise en charge	Prévention	Systématique , cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) « Débriefing » ou interventions uniques en urgence - Repérer les états de stress aigu, dissociation - Information des victimes et de leurs proches - Soutien psychologique
	Psychothérapie	Thérapies cognitives et comportementales : à débiter précocement après le traumatisme, gestion de l'anxiété, lutte contre l'évitement Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) : stimulation des processus de tt de l'information, pour contextualiser les souvenirs
	Ttt pharmacologique	Phase aiguë : CI des BZD, hypnotiques pour quelques jours ESPT constitué : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, en cas d'échec de la psychothérapie
Troubles somatoformes		
Introduction	Symptômes et signes cliniques Facteur psychologique retrouvé	





	Répercussions fonctionnelles Absence de diagnostic différentiel (bilan complémentaire nécessaire)	
Épidémiologie	5 – 10% de la population générale Début à la fin de l’adolescence ou chez le jeune adulte Tout âge : trouble de conversion, trouble douloureux 2 femmes / 1 homme Facteurs de risque : - Facteur de stress / évènement de vie négatif - Trouble de la personnalité (capacités d’adaptation au stress réduites) - ATCD familiaux de trouble somatoformes	
Sémiologie	Symptômes et signes cliniques d’allure non psychiatrique : - Gastro-intestinal - Cardiovasculaire - Génito-urinaire et sexuel - Cutanée - Neurologique : ne respectent pas l’organisation anatomique du SN, 30%: associé à pathologie neurologique - Symptômes douloureux : aigu / chronique Influençables par la suggestion Pas d’anomalie lésionnelle mais modifications physiologiques fonctionnelles Syndrome de Briquet: association de multiples plaintes fonctionnelles polymorphes et durable	
	Troubles somatisations	Forme complète : ≥ 3 domaines corporels Début avant l’âge de 30 ans, évolution depuis plusieurs années Trouble somatisation formes incomplètes Forme incomplète : Troubles somatoformes non spécifiés : durée < 6mois Troubles somatoformes indifférenciés : durée > 6mois Un seul domaine corporel • Colopathie fonctionnelle, syndrome du côlon irritable • Spasmophilie, syndrome d’hyperventilation, tétanie normocalcémique, précordialgie non angineuse • Céphalées de tension • Fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique • Syndrome algodysfonctionnel de l’appareil manducateur (SADAM)
	Troubles de conversion	Symptômes ou signes d’allure neurologique 3 types: • Moteur (dystonie, tremblements, aphonie, RAU, diplopie) • Sensitif / Sensoriel (diminution sensibilité, cécité, surdité, hallucinations) • Malaise/ convulsion (mouvements anormaux, CNEP)
	Troubles douloureux	Association possible à une pathologie médicale source de douleur mais les symptômes douloureux sont insuffisamment expliqués par la pathologie non psychiatrique associée Forme aiguë < 6 mois Forme chronique > 6 mois
Diagnostics différentiels	Troubles factices / syndrome de Münchhausen : Production intentionnelle de signes ou symptômes physiques ou psychologiques, pour jouer le rôle de malade. Exceptionnel. Troubles psychosomatiques : Pathologies non psychiatriques avec lésion identifiable pour lesquelles les facteurs psychologiques jouent un rôle prépondérant comme facteur déclenchant ou facteur de maintien - Asthme - Eczéma - Céphalées - Colopathies - Ulcère gastroduodénal Pathologie médicale non psychiatrique	





Comorbidités psychiatriques	Pathologies psychiatriques - épisode dépressif caractérisé - troubles anxieux - troubles de l'adaptation - troubles de la personnalité Pathologies non psychiatriques
Psychopathologie	Conversion hystérique : Conversion (thermodynamique) : transformation d'une énergie en une autre hystérie (hystera, « utérus ») Conversion d'une énergie psychique reliée à un traumatisme sexuel (réel ou symbolique) en une énergie somatique Approche neuropsychiatrique : Facteur stress ⇒ Modifications fonctionnelles (≠ structurales) des régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle (cortex cingulaire) et la représentation de soi (cortex préfrontal ventro- médian) ⇒ Modulation du fonctionnement des régions cérébrales impliquées dans les symptômes et signes cliniques
Pronostic et évolution	Mortalité : suicide en cas d'EDC associé OU iatrogénie (investigations/interventions médicales/chirurgicales) Morbidité / Altération du pronostic fonctionnel : - Syndrome clinique sévère - Comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique - Diagnostic tardif - Durée d'évolution longue - Méconnaissance des facteurs de stress impliqués
Prise en charge	Hospitalisation : Non nécessaire la plupart du temps, possible si comorbidité psychiatrique avec signe de gravité, dans un service non psychiatrique / bilan complémentaire Initier la prise en charge psychiatrique : Éviter de multiplier les investigations Reconnaître la légitimité de la démarche du patient (avoir consulté un médecin non-psychiatre en première intention) Reconnaître que les symptômes sont véritables Nommer le trouble, pathologie commune et reconnue Évoquer les facteurs déclenchants et de maintenance Discuter du traitement : - inefficacité des traitements psychotropes en l'absence de comorbidité psychiatrique - psychothérapie Poursuivre la prise en charge psychiatrique : Prise en charge collaborative avec le médecin non-psychiatre adresseur Psychologie de la santé : identifier le stress, le soutien social, le contrôle, les stratégies d'ajustement au stress Prise en charge psychiatrique : gestion émotionnelle objectifs thérapeutiques modestes (non centrés sur la guérison) traitement de la comorbidité Traitement spécifique : - Relaxation - Méditation - Thérapie cognitivo-comportementale - Thérapies familiales - Rtms : troubles de conversion de type moteur - Irsna : fibromyalgie - Isrs : dysmorphophobie Stratégies de réhabilitation : Prise en charge centrée sur le handicap

