

PREMIÈRE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 - Maturation et Vulnérabilité

Question 41

TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLES DE L'ADAPTATION

Rédaction : J.-P. Boulenger, C. Piquet, E. Corruble, P. Hardy

Objectifs pédagogiques spécifiques

Anxiété normale et pathologique

- Connaître la différence entre anxiété normale et pathologique
- Connaître la définition du mot névrose et la différence entre névrose et psychose
- Connaître les co-morbidités des troubles anxieux
- Connaître la sémiologie d'une crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique
- Connaître le traitement curatif d'une crise aiguë d'angoisse

Trouble panique

- Connaître la définition du trouble panique et les critères diagnostiques
- Connaître les modalités évolutives possibles des attaques de panique
- Connaître les principes du traitement préventif des attaques de panique

Anxiété généralisée

- Connaître la définition de l'anxiété généralisée
- Connaître les principaux symptômes et les principes de traitement

Phobies

- Connaître la définition d'une phobie et les modifications comportementales que peuvent induire les phobies
- Connaître les différents types de phobies
- Savoir différencier phobie et obsession
- Connaître les principaux traits de personnalité associés à la névrose phobique
- Connaître les principes du traitement de la névrose phobique

Névrose ou stress post-traumatique

- Connaître les signes de l'état de stress post-traumatique
- Connaître les principes du traitement de l'état de stress post-traumatique et savoir que le pronostic est d'autant meilleur que le traitement est plus précoce

Névrose obsessionnelle

- Connaître la définition d'une obsession
- Connaître les différents types d'obsessions
- Connaître la définition des compulsions
- Connaître les principaux traits de personnalité associés à la névrose obsessionnelle (ou Trouble Obsessionnel Compulsif)
- Savoir qu'il existe des travaux biologiques concernant le Trouble Obsessionnel Compulsif
- Connaître les principes du traitement chimiothérapeutique et psychothérapeutique de la névrose obsessionnelle

Trouble de l'adaptation

Savoir diagnostiquer un trouble de l'adaptation, avec humeur anxieuse, avec humeur dépressive, ou mixte.

INTRODUCTION

Depuis 1980, les termes de Troubles anxieux et de Troubles de l'adaptation sont utilisés par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM), classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), pour désigner deux grandes catégories de troubles mentaux.

- a) Troubles anxieux : trouble panique (sans agoraphobie et avec agoraphobie), agoraphobie sans antécédent de trouble panique, phobie spécifique, phobie sociale, trouble obsessionnel-compulsif, trouble état de stress post-traumatique, trouble de stress aigu, trouble anxiété généralisée, trouble anxieux dû à une affection médicale générale, trouble anxieux induit par une substance.
- b) Troubles de l'adaptation : troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, trouble de l'adaptation avec anxiété, trouble de l'adaptation avec anxiété et humeur dépressive, trouble de l'adaptation avec perturbation des conduites, trouble de l'adaptation avec perturbation des émotions et des conduites.

Plus récemment, la 10^{ème} version de la Classification Internationale des Maladies, élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a également introduit ces deux types de troubles, mais de façon plus discrète. Ceux-ci sont en effet regroupés parmi d'autres au sein d'une même grande catégorie diagnostique, celle des "Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes" qui comporte les sous-catégories suivantes :

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (CIM-10, 1992)

- Troubles anxieux phobiques : agoraphobie (sans trouble panique ou avec trouble panique), phobies sociales, phobies spécifiques (isolées), etc...
- Autres troubles anxieux : trouble panique, anxiété généralisée, trouble anxieux et dépressif mixte, etc...
- Trouble obsessionnel-compulsif
- Réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation : réaction aiguë à un facteur de stress, état de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation (réaction dépressive brève ; réaction dépressive prolongée, réaction mixte, anxieuse et dépressive ; avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions ; avec prédominance d'une perturbation des conduites ; avec perturbation mixte des émotions et des conduites ; avec prédominance d'autres symptômes spécifiés), etc..
- Troubles dissociatifs (de conversion)
- Troubles somatoformes
- Autres troubles névrotiques

La comparaison des deux classifications montre une utilisation très comparable du terme "Trouble de l'adaptation" et assez divergente du terme "Troubles anxieux". Cette divergence tient à l'histoire des classifications psychiatriques dans le domaine concerné. Jusque vers les années 1970, le classement des troubles mentaux répondait en effet à une conception très dichotomique et s'organisait autour de concepts binaires tels que : psychotique/névrotique, endogène/psychogène, autonome/réactionnel. Par opposition aux troubles psychotiques-endogènes-autonomes, les troubles névrotiques-psychogènes-réactionnels étaient caractérisés par leur moindre sévérité, par la conscience qu'avaient les sujets de leur nature pathologique, par leur compréhensibilité et par l'importance étiopathogénique supposée exclusive des facteurs psychologiques et environnementaux. Ce très vaste ensemble des troubles dits "névrotico-réactionnels" est en fait hérité de la psychopathologie freudienne qui, au début du XX^{ème} siècle, a repris et reconceptualisé un terme plus que centenaire, celui de "névrose". Introduit dès 1769 par William Cullen pour désigner les affections du système nerveux sans lésion décelable, ce terme a en effet été réutilisé par Sigmund Freud (1856-1939) et ses successeurs de l'école psychanalytique pour désigner un ensemble de troubles dont ils distingueront deux grands types :

- Les "névroses actuelles" (névrose d'angoisse et neurasthénie), dont les causes doivent être recherchées dans des "désordres de la vie sexuelle actuelle".
- Les "psychonévroses" dites de "transfert" ou de "défense" dont les symptômes résultent de l'expression symbolique d'un conflit sous-jacent lié à l'histoire infantile du sujet. Les symptômes témoignent ainsi à la fois du stade du développement auquel s'est produite la fixation source du conflit et des mécanismes de défense inconscients mis en jeu pour lutter contre l'angoisse conflictuelle. Ainsi, si dans la névrose d'angoisse, l'anxiété est libre et flottante, elle se déplace sur des objets ou des situations dans la névrose phobique, sur le corps dans la névrose hystérique et sur des contenus psychiques dans la névrose obsessionnelle.

La théorie psychanalytique a longtemps prévalu, jusqu'à ce que, depuis ces trente dernières années, de nouveaux modèles, nullement exclusifs les uns des autres, soient venus enrichir le champ de la psychiatrie et de la psychologie. Parmi les modèles psychologiques nouveaux, on citera notamment l'apport clinique et thérapeutique des théories cognitivo-comportementales, ainsi que les modèles neuro-anatomiques mettant en avant le rôle du système limbique et du tronc cérébral.

Parmi les modèles biologiques, on citera les modèles mettant en jeu le système nerveux autonome ou les neurotransmetteurs (noradrénaline, sérotonine, GABA notamment) et la contribution de plus en plus importante des modèles génétiques. Devant l'impossibilité de choisir certains modèles plutôt que d'autres, il est apparu préférable, compte-tenu de l'état actuel des connaissances, de ne pas en privilégier un plus qu'un autre et de se référer à des modèles descriptifs athéoriques qui pourraient servir de base à des travaux scientifiques de qualité. C'est ainsi que le concept de névrose a été abandonné et remplacé par d'autres concepts comme ceux des troubles anxieux et des troubles de l'adaptation dans les dernières classifications internationales (CIM-10 et DSM-IV).

I. Les pathologies "réactionnelles" : troubles de l'adaptation et états de stress post-traumatique

Si l'évolution de la plupart des troubles mentaux (psychoses, troubles de l'humeur, troubles anxieux et troubles névrotiques) et des troubles des conduites (conduites suicidaires ...) est sensible au contexte événementiel (l'apparition et la pérennisation d'un épisode est souvent liée à la survenue d'un événement stressant de la vie), deux catégories de troubles psychiatriques sont définies par le rôle déclenchant spécifique de certains événements de la vie : il s'agit des troubles de l'adaptation et des états de stress post-traumatique.

I. 1. Troubles de l'adaptation

Ces troubles se situent aux frontières du fonctionnement normal et du fonctionnement pathologique avéré. Ils ont la particularité de survenir en réaction à un facteur de stress identifiable.

Les troubles de l'adaptation sont fréquents : en consultation psychiatrique ambulatoire, ils représentent 5 à 10% des patients. Ils sont parmi les diagnostics psychiatriques les plus fréquents chez des patients hospitalisés pour des problèmes médicaux ou chirurgicaux, le facteur de stress identifiable étant alors souvent la maladie physique.

Les troubles réactionnels ou de l'adaptation sont caractérisés par l'apparition de symptômes cliniquement significatifs dans les registres émotionnels ou comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress venant déborder les capacités d'adaptation du sujet. Le caractère inadapté (pathologique) du trouble se manifeste par une souffrance marquée plus importante que celle qui était attendue compte tenu de la nature du facteur de stress ou bien par une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou scolaire.

Les symptômes peuvent en être variables et intéresser différents registres :

- émotionnel : anxiété, tristesse, retrait affectif, irritabilité, agressivité
- somatique : céphalées, douleurs musculaires, insomnie, fatigue, sensations de tension ou de déséquilibre, troubles fonctionnels digestifs, cardio-vasculaires ou respiratoires
- cognitif : difficultés de concentration et d'attention, troubles de la mémoire à court terme, intrusions de pensée, ruminations mentales, baisse de l'efficacité scolaire ou professionnelle
- comportemental : opposition, fugue, inhibition sociale, isolement, actes délictueux, abus de médicaments ou de toxiques (tabac, alcool, drogues), comportement suicidaire.

Le trouble de l'adaptation est, par définition, transitoire. Il apparaît rapidement (au plus tard trois mois) après un événement stressant clairement identifiable et cesse dans les six mois qui suivent sa disparition. Les Troubles de l'Adaptation comme les autres pathologies réactionnelles (la réaction aiguë de stress, l'état de stress post-traumatique) peuvent survenir à tout âge et touchent les deux sexes avec cependant une prédominance féminine chez l'adulte (2/3 des cas).

Le facteur de stress peut être unique ou multiple ; il peut se reproduire régulièrement ou être continu, toucher une seule personne, une famille entière, ou bien un groupe plus large ou une communauté. Certains facteurs de stress sont associés à des étapes spécifiques du développement et de la vie (entrée à l'école, départ du milieu familial, mariage, maternité et paternité, retraite, veuvage,...). Les facteurs de stress les plus régulièrement retrouvés sont néanmoins communs (difficultés scolaires ou sociales, problèmes familiaux ou sentimentaux, difficultés professionnelles, usage de toxiques, ...). Il est important de noter que certains événements de vie a priori non traumatisants (déménagement, promotion, naissance) peuvent être à l'origine de troubles de l'adaptation chez certains sujets vulnérables.

Malgré le flou sémiologique qui le caractérise, le trouble de l'adaptation demeure l'un des diagnostics les plus souvent portés chez l'adulte (10 %). L'apparition d'un trouble de l'adaptation est souvent favorisée par la coexistence d'un trouble de personnalité qui limite les capacités de réaction aux événements à certaines conduites stéréotypées. Cependant si ces symptômes apparaissent chez un patient présentant un trouble anxieux ou dépressif spécifique préexistant, c'est ce diagnostic et non celui du trouble d'adaptation qui devra être porté. Le trouble de l'adaptation doit aussi être distingué de la pathologie post-traumatique, réactionnelle à des événements majeurs et de ce fait moins dépendante de la variabilité des caractéristiques individuelles.

I.2 Pathologies post-traumatiques

Le terme de traumatisme psychique est utilisé pour désigner une blessure, un phénomène d'effraction et d'envahissement du psychisme par un afflux d'excitations violentes, vécues comme agressives et susceptibles de déborder les capacités de défense, psychologique de l'individu. C'est la nature même et l'intensité exceptionnelle du traumatisme qui donnent aux symptômes leur caractère spécifique, l'ensemble justifiant de la classification des états de stress post-traumatiques au sein des troubles anxieux.

Cette catégorie est essentiellement définie par l'intensité de l'événement traumatisant dont les conséquences sont susceptibles d'affecter un grand nombre de victimes ou de témoins du fait de la menace objective représentée pour leur intégrité physique ou psychologique : agressions, viols, accidents, catastrophes, confrontations subites à la mort...

- **La réaction aiguë de stress** se développe dans les suites immédiates d'un traumatisme ayant eu un impact émotionnel majeur. Son évolution est souvent spontanément résolutive en quelques jours à quelques semaines et centrée sur la répétition involontaire et stéréotypée de l'événement traumatique dans toute son acuité émotionnelle, que ce soit sous forme de cauchemars, d'images récurrentes ou de pensées obsédantes. Ces reviviscences sont soit spontanées, soit provoquées par la confrontation à des stimuli évoquant le traumatisme ou le contexte dans lequel il est survenu, stimuli auxquels le patient tentera souvent de se soustraire par des conduites d'évitement parfois invalidantes. Ces symptômes sont généralement accompagnés d'une anxiété permanente avec exagération de la réaction de sursaut et hypervigilance, parfois source d'insomnie et de tension.

Dans les suites immédiates des traumatismes les plus violents, des symptômes dissociatifs peuvent être observés : hébétude, mutisme, errance, impressions de détachement, de dépersonnalisation, de déréalisation. L'impossibilité de se souvenir de tout ou partie de l'événement en est une conséquence possible. Plus spectaculaires que les symptômes précédemment décrits, les symptômes dissociatifs seraient associés à un risque accru de chronicisation et de développement de l'état de stress post-traumatique.

- **L'état de stress post-traumatique** n'est souvent que la continuation au-delà d'un mois des symptômes observés dans la réaction aiguë de stress. Il peut aussi apparaître avec retard par rapport au traumatisme, le plus souvent dans les jours ou les semaines qui suivent ce dernier mais parfois aussi après plusieurs mois ou années. Le syndrome de répétition reste au centre du tableau avec les émotions intenses qui lui sont associées. L'hypervigilance s'y associe ainsi que l'évitement de certaines situations mais également un certain degré d'émoussement affectif, une tendance à l'isolement et au détachement, une raréfaction des intérêts et des projets ou une modification notable de la vision du monde, éventuellement sous-tendue par des sentiments marqués de culpabilité ou de rejet. Dans environ un tiers des cas, une évolution chronique est à craindre. La probabilité de survenue de ce syndrome et son pronostic dépendent en partie du terrain sur lequel survient le traumatisme et notamment de sa comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques ou avec un trouble de personnalité.

- **D'autres types de troubles** (dépression, trouble panique, phobies,...) sont également susceptibles d'apparaître après un traumatisme violent soit isolément, soit en association avec ces manifestations.

II. Les troubles anxieux

La vulnérabilité anxieuse est non seulement susceptible de se manifester à l'occasion d'événements de vie, traumatiques ou non, mais également de manière apparemment spontanée à divers âges de la vie. Les principaux tableaux cliniques seront décrits ci-dessous par ordre chronologique d'apparition et de façon isolée, sans méconnaître cependant leur fréquente association chez les mêmes individus soit de manière contemporaine, soit de manière successive dans le temps. Plusieurs études longitudinales ont en particulier démontré que les troubles anxieux constatés chez l'enfant ne se retrouvaient pas obligatoirement sous une forme identique chez l'adulte, mais que leur présence augmentait notablement le risque ultérieur de développement d'un trouble anxieux ou dépressif.

II.1. L'anxiété généralisée

L'anxiété généralisée est fréquente (5-10%) mais ne peut être diagnostiquée que si ses symptômes durent depuis plus de six mois. Dans ce cas, le trouble est caractérisé par la survenue involontaire d'inquiétudes relatives à des événements négatifs mais réalistes, portant sur la vie quotidienne et dont le patient surestime la probabilité de survenue. Les ruminations caractéristiques de l'anxiété généralisée sont incontrôlables, portent sur des sujets variables (la famille, le travail, la santé, la maison), s'accompagnent de symptômes d'hypervigilance (tension, insomnie, fatigue, difficultés de concentration, réactions de sursaut) et sont source d'un handicap fonctionnel sans lequel le diagnostic du trouble ne saurait être porté. Le trouble comporte souvent des symptômes fonctionnels chroniques (douleurs musculaires ou rachidiennes, céphalées, insomnie, troubles digestifs ...) qui peuvent être source d'errance diagnostique en médecine générale ou en consultation spécialisée.

L'anxiété généralisée coexiste fréquemment avec les autres troubles anxieux et avec la dépression ; elle peut également précéder l'apparition de ces troubles ou persister à titre de séquelle après leur disparition.

II.2 Les troubles phobiques

II.2.a Les phobies spécifiques

Très fréquentes dans la population générale (10-15%), elles sont limitées à un stimulus déterminé (objet ou situation) comme la proximité de certains animaux, les endroits élevés, les orages, l'obscurité, la foule, les espaces clos, la vue du sang... Face au stimulus phobogène, la réaction anxieuse est immédiate et systématique, pouvant parfois atteindre l'intensité d'une attaque de panique ; cette confrontation peut aussi donner lieu à une anticipation anxieuse ou à un évitement plus ou moins systématique mais le handicap fonctionnel est habituellement minime. Les phobies spécifiques apparaissent le plus souvent dans l'enfance, restent stables au cours de l'existence, mais peuvent parfois s'aggraver à l'âge adulte sous l'influence de facteurs divers : survenue d'attaques de panique, traumatismes, événements de vie, maladie (notamment chez le sujet âgé).

II.2.b. La phobie sociale

L'anxiété sociale pathologique se caractérise par une perturbation du fonctionnement social, permanente ou répétée avec crainte ou évitement excessif des étrangers. Le trouble interfère de façon significative avec les relations sociales ; toute situation sociale nouvelle ou imposée provoque une gêne et un désarroi marqués. Normale et adaptative chez les adolescents confrontés aux modifications de leur tissu socio-relationnel, l'anxiété sociale peut s'aggraver à cette époque de manière progressive jusqu'à constituer le tableau de la phobie sociale, le plus fréquent des troubles anxieux rencontré chez l'adulte (8-10%). Dans ce trouble, l'anxiété relève principalement de la crainte d'être jugé négativement par autrui et se révèle donc essentiellement dans les situations d'interaction sociale notamment face aux inconnus, aux personnes du sexe opposé ou à celles occupant une position d'autorité. Dans ces cas les patients appréhendent ou évitent des situations comme les réunions, le fait d'écrire, de manger ou de téléphoner en public ou les situations nécessitant d'interagir avec un tiers ou de s'affirmer face à un interlocuteur. La peur de s'exprimer en public est toujours présente mais ne saurait constituer à elle seule un élément diagnostique suffisant tant elle est fréquente dans la population générale. Ces phobies sociales sont souvent expliquées par les patients par la peur de rougir, de trembler ou de bafouiller ou tout simplement celle qu'on ne remarque leur embarras ; contrairement au trac ou à la timidité, elles entraînent des conséquences fonctionnelles handicapantes et des complications qui, comme la dépression ou l'alcoolisme, sont souvent révélatrices de troubles évoluant déjà depuis plusieurs années.

Les phobies sociales surviennent plus fréquemment chez des sujets chez lesquels un tempérament qualifié «d'inhibition comportementale à la nouveauté», est associé avec anxiété et repli dans les situations non familières (notamment face à des inconnus) et une réactivité sympathique exagérée lors de ces confrontations.

II.2.c L'agoraphobie

L'agoraphobie est caractérisée par la crainte d'être confronté à certaines situations (espaces découverts, être en dehors du domicile, magasins, foules, endroits publics, transports en commun ...), qui sont de ce fait fréquemment évitées.

Il existe des liens complexes entre agoraphobie et trouble panique, que reflètent les positions différentes des classifications : la CIM-10, qui range l'"agoraphobie" parmi les "troubles phobiques", distingue entre "agoraphobie avec trouble panique" et "agoraphobie sans trouble panique", tandis que le DSM-IV (qui distingue entre "agoraphobie sans antécédents d'attaques de panique" et "trouble panique") met l'accent sur l'importance des attaques de panique en séparant le "trouble panique sans agoraphobie" et le "trouble panique avec agoraphobie".

II.3 Le trouble panique et l'agoraphobie

Le trouble panique débute brutalement chez un adulte jeune (25-35 ans) et résulte de la répétition d'épisodes d'anxiété aigus et spontanés : les attaques de panique. Sa prévalence est d'environ 1- 2% chez l'adulte ; il est plus fréquent chez la femme (2/3).

L'attaque de panique ou crise aiguë d'angoisse, se caractérise par un début brutal, sans facteur déclenchant évident, marqué par la survenue de symptômes physiques intenses : tachycardie, douleurs thoraciques, dyspnée, sensations vertigineuses, paresthésies, sueurs. Ces symptômes s'accompagnent d'un sentiment de perte de contrôle et/ou de catastrophe imminente : peur de mourir, de perdre connaissance, d'étouffer, de devenir fou, de tomber, de vomir, de perdre le contrôle de ses sphincters. Ces cognitions « catastrophiques » amènent souvent le patient à interrompre ses activités et à consulter en urgence, aucune explication médicale immédiate n'étant susceptible de rendre compte de la survenue de ce malaise. Le caractère subit de ces crises est d'ailleurs vérifié par la survenue possible de crises de panique nocturnes, dont les symptômes physiques réveillent le patient dans son premier sommeil, en dehors de toute activité onirique.

La répétition des crises va entraîner chez certains individus l'apparition d'une anxiété inter-critique de plus en plus importante, et constituer ainsi, de façon progressive, le trouble panique proprement dit. Cette anxiété peut alors revêtir soit la forme d'une anticipation permanente, le patient vivant dans la crainte de voir se reproduire ses crises de manière inopinée, soit la forme d'une anxiété phobique, le patient évitant l'ensemble des situations dont il pourrait facilement s'échapper et dans lesquelles il ne pourrait être facilement secouru en cas de nouvelle attaque de panique.

C'est dans ce dernier cas qu'on parlera d'**agoraphobie avec attaque de panique**, terme utilisé pour désigner, non seulement la peur de la place publique et des grands espaces, mais la diversité des situations phobogènes rencontrées chez ces patients : endroits publics, foule, transports en commun, conduite automobile, ponts, tunnels, situations d'immobilité prolongée (coiffeur, encombrements), éloignement d'un pôle de sécurité,...

Le déclenchement du trouble panique est souvent consécutif à des facteurs de stress dont la nature varie en fonction des sujets : surmenage, prise de toxiques, difficultés personnelles ou professionnelles, deuils, problèmes médicaux... Contrairement à la chronicité observée dans la plupart des troubles précédemment décrits, l'évolution du trouble panique peut être résolutive en quelques semaines à quelques mois, même si la vulnérabilité du patient l'expose à des rechutes ultérieures. Dans d'autres cas, une chronicisation est possible malgré la disparition des crises de panique spontanées du fait de l'aggravation de l'agoraphobie.

II.4 Autres troubles anxieux

II.4.a Le Trouble anxieux dû à une affection médicale générale

Ce trouble doit être systématiquement envisagé chez tout sujet qui présente des symptômes anxieux non étiquetés, car les interventions thérapeutiques seront alors à visée étiologique. Les symptômes anxieux retrouvés sont en règle générale des symptômes d'anxiété généralisée, des attaques de panique, voire des symptômes obsessionnels compulsifs ou phobiques. Ces symptômes peuvent se rencontrer dans de nombreuses pathologies médicales, notamment : maladies neurologiques (tumeurs cérébrales, traumatismes cérébraux, crises comitiales, démence débutante, hémorragies sous-arachnoïdiennes, migraines, encéphalites, sclérose en plaques, épilepsie, maladie de Wilson, maladie de Huntington), maladies cardio-respiratoires (troubles du rythme cardiaque, pathologie ischémique, insuffisance respiratoire, embolie pulmonaire), maladies endocriniennes (thyroïde, para-thyroïdes, hypophyse, surrénales, phéochromocytome, diabète), maladies infectieuses, maladies inflammatoires (lupus érythémateux disséminé, polyarthrite rhumatoïde, péri-artérite noueuse, maladie de Horton), maladies métaboliques (carence en vitamine B12, pellagre), cancers, insuffisance rénale notamment. Du fait de sa fréquence et du terrain de survenue similaire à celui des troubles anxieux (femme jeune), l'hyperthyroïdie sera systématiquement évoquée si les symptômes sont évocateurs.

II.4.b Le Trouble anxieux induit par une substance

Il peut survenir dans un contexte d'intoxication ou dans un contexte de sevrage à une substance. Les substances en cause sont en particulier l'alcool, les opiacés, les psychostimulants, et notamment la caféine ainsi que certains médicaments (methylxanthines, bêta-stimulants, corticostéroïdes, substances pro-dopaminergiques).

II.4.c La symptomatologie anxieuse n'entrant pas dans le cadre des troubles anxieux avérés

Les limites sont parfois ténues entre anxiété normale, anxiété pathologique et troubles anxieux avérés. Ainsi, certains patients présentent des symptômes anxieux significatifs, qui sont au-delà de l'anxiété normale, mais qui n'atteignent pas les seuils requis en termes d'intensité ou de durée pour parler de trouble anxieux avéré : on parle alors de pathologie sub-syndromiques (catégorie des troubles anxio-dépressifs mixtes de la CIM 10). Ces symptômes peuvent néanmoins être source de souffrance et de dysfonctionnement, et justifier d'un suivi, voire d'une prise en charge thérapeutique. Enfin, ils peuvent évoluer éventuellement vers des troubles anxieux avérés. Ces tableaux s'intègrent également dans le cadre des troubles de l'adaptation, décrits précédemment.

III. Traitement

III.1 Les traitements d'urgence

Les situations d'urgence liées aux troubles anxieux non associées à d'autres troubles psychiatriques se résument à la prise en charge des attaques de panique et à celle des victimes de traumatismes récents.

III.1.a La crise aiguë d'angoisse ou attaque de panique

L'attaque de panique est une urgence subjective pour celui qui la subit mais n'expose le patient à aucune conséquence pathologique notable, en l'absence d'autre pathologie associée. Par contre elle peut entraîner une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire lorsqu'elle survient sur un terrain prédisposant, notamment dépression ou trouble grave de la personnalité. La conduite à tenir se résume à des gestes simples et de bon sens :

- Isoler le patient des stimulations anxiogènes, notamment l'inquiétude des proches
- Le rassurer et dédramatiser la situation par un examen physique rapide
- Eliminer un appoint organique, notamment toxique
- Refocaliser l'attention du patient sur autre chose que ses symptômes physiques en l'interrogeant sur ses antécédents, les circonstances d'apparition de sa crise...

- Lutter contre les effets de l'hyperventilation et de l'hypocapnie secondaire en lui faisant adopter une respiration physiologique
- Si les mesures précédentes ne suffisent pas, envisager l'administration par voie orale d'un anxiolytique d'absorption rapide comme le diazepam, le recours à une injection intra-musculaire de benzodiazépine (BZD) ayant le double inconvénient d'une absorption incomplète et lente et celui de renforcer les cognitions "catastrophiques" du patient.

III.1.b La prise en charge précoce des victimes de traumatisme

Bien que les techniques dites de « debriefing » aient été récemment contestées sur la base d'études contrôlées de manière scientifique, les interventions précoces auprès des victimes se sont imposées dans la pratique médicale. Leurs principaux objectifs sont :

- repérage et traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress et notamment une symptomatologie dissociative.
- information des victimes et de leurs proches sur les modalités évolutives de leurs symptômes et les possibilités d'aide en cas de persistance de ces derniers
- support psychologique et notamment possibilité d'une écoute de ceux souhaitant verbaliser les émotions, souvent violentes, ressenties au cours de la situation traumatique.

Les benzodiazépines sont à utiliser avec parcimonie à ce stade, certaines études suggérant qu'elles puissent favoriser le risque ultérieur de développement d'un trouble de stress post-traumatique.

III.2 Les traitements de fond

III.2.a Les psychothérapies comportementales et cognitives (TCC)

Les TCC s'intéressent principalement aux mécanismes d'acquisition et d'apprentissage des comportements normaux et pathologiques et aux processus conscients ou inconscients de traitement de l'information.

Limitées dans le temps, ces psychothérapies se caractérisent par leur aspect très interactif et par le nombre des études scientifiques ayant démontré leur efficacité (notamment dans les troubles anxieux).

Leurs indications privilégiées sont le refus scolaire, les troubles phobiques, l'agoraphobie, les troubles obsessionnels et compulsifs, les dépressions d'intensité modérée.

Les TCC peuvent être utilisées en association avec les traitements psychotropes. Contrairement à ces derniers, les TCC ont un effet thérapeutique durable, qui persiste bien au delà du traitement et limite ainsi le risque de rechute.

Les principales techniques utilisées en TCC sont : la relaxation, la désensibilisation (par exposition in vivo ou en imagination), l'affirmation de soi, la restructuration cognitive. Toutes visent à assurer une meilleure autonomie et un contrôle accru du patient sur les divers aspects pathologiques de son anxiété, tout en préservant chez celui-ci les modulations anxieuses normales et leur rôle adaptatif.

Vu le nombre encore limité des spécialistes des TCC en France, signalons l'intérêt potentiel des techniques de relaxation, plus facilement accessibles, sur la symptomatologie somatique de nombreux troubles anxieux, notamment l'anxiété généralisée.

III.2.b Les traitements psychotropes

Ils doivent toujours être associés à une approche psychoéducatrice associant réassurance, explications sur les symptômes et information sur le caractère adaptatif de l'anxiété « normale ». En fonction de leur délai d'action on peut distinguer :

Des psychotropes ayant une activité anxiolytique rapide :

C'est avant tout le cas des **benzodiazépines (BZD)** dont de nombreux dérivés existent sur le marché. Leurs propriétés pharmacologiques sont voisines : anxiolyse, sédation, activité myorelaxante, anticonvulsivante et amnésiante. Elles exposent toutes à un risque de dépendance en cas d'utilisation prolongée, et ne devraient, de ce fait, pas être prescrites de façon continue pour plus de 12 semaines consécutives dans l'anxiété et pour plus de 4 semaines dans l'insomnie. Même dans ces cas, l'arrêt du traitement devrait être progressif afin d'éviter l'apparition d'une anxiété-rebond ou de symptômes de sevrage qui caractériseraient l'instauration d'une dépendance. Les BZD sont indiquées à titre symptomatique dans le traitement des manifestations d'anxiété intenses et/ou invalidantes. Elles peuvent être utilisées transitoirement en association avec les antidépresseurs en attendant le développement de l'activité thérapeutique de ces derniers.

Dans l'anxiété généralisée, elles peuvent être utilisées seules pour une période de temps limitée du fait de l'exacerbation souvent transitoire des symptômes.

Dans le trouble panique, les BZD peuvent être utilisées comme traitement des attaques de panique ou du trouble panique ; cette dernière indication est cependant limitée par le risque de dépendance.

En ce qui concerne les **autres psychotropes d'action rapide** (anti-histaminiques, neuroleptiques sédatifs), leur utilisation n'est pas étayée par des essais cliniques contrôlés et relève donc de contre-indications éventuelles aux BZD, ou de l'inefficacité de ces dernières. Les carbamates ne devraient plus être utilisés (risque de dépendance, cardiotoxicité en cas de surdosage, effet inducteur sur les enzymes hépatiques).

Des psychotropes ayant une activité anxiolytique progressive, c'est-à-dire se développant en 2 à 4 semaines :

Il s'agit avant tout des **antidépresseurs** et notamment des inhibiteurs spécifiques de la recapture de sérotonine (ISRS), dont l'efficacité dans les troubles anxieux est indépendante de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée. Cette efficacité a été démontrée dans l'ensemble des troubles anxieux de l'adulte (à l'exception des troubles de l'adaptation et des phobies spécifiques), même si tous ne possèdent pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour l'ensemble de ces indications. Les ISRS doivent être utilisés aux mêmes posologies que celles connues pour être efficaces dans les états dépressifs majeurs ; seuls les TOC peuvent nécessiter des posologies plus importantes en cas de non réponse aux posologies habituelles. Du fait de la sensibilité accrue des patients souffrant de troubles panique aux effets secondaires des médicaments, le traitement sera initié aux plus faibles doses possibles sur ce terrain. En ce qui concerne les autres types d'antidépresseurs, la venlafaxine possède une indication AMM dans le trouble anxieux généralisé. Les antidépresseurs tricycliques peuvent être utilisés en seconde intention dans le traitement du trouble panique et dans celui du TOC. L'utilisation des IMAO mérite d'être tentée dans les troubles anxieux résistants et notamment dans les phobies sociales. La **bupirone** est un autre psychotrope d'activité progressive dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de l'anxiété généralisée.