

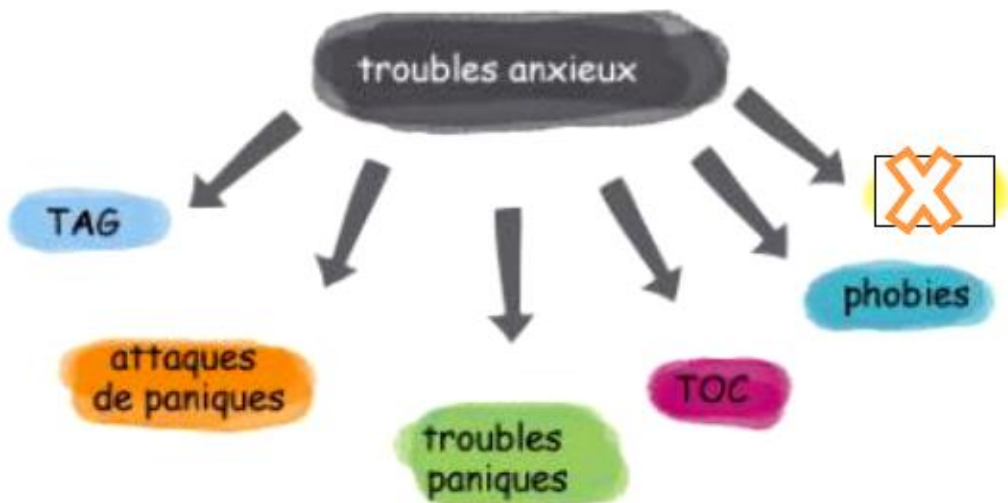
# TROUBLES ANXIEUX

## ET TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

### A- TROUBLES ANXIEUX :

L'anxiété est une émotion normale et indispensable à la vie

- ✦ **Anxiété** : peur sans objet
- ✦ **Angoisse** : composante somatique
- ✦ **Peur** : phénomène psychologique accompagnant la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé
- ✦ **Inquiétude** : anxiété légitime
- ✦ **Appréhension** : notion anticipatoire
- ✦ **Stress** : homéostasie avec l'environnement



### I. Trouble panique :

#### 1. Définition :

Entité clinique individualisée par le DSM III, après éclatement de la névrose d'angoisse en 2 troubles séparés :

- Le Trouble Panique (TP)
- Le Trouble Anxiété Généralisée

**Attaque de Panique (AP) :** Est un épisode d'anxiété limité dans le temps. Les Attaques de paniques sont des épisodes aigus d'anxiété, à début brutal, dont les symptômes vont atteindre, en quelques minutes, une intensité maximale caractérisée par un sentiment de perte de contrôle et/ou de catastrophe imminente.

#### 2. Diagnostic :

##### ▶ Critères diagnostiques de l'Attaque de Panique selon le DSM-5 :

Période bien limitée de crainte ou de malaise intense, dans laquelle au minimum 4 des 13 symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 min :

1. Palpitations, tachycardie
2. Sueurs,
3. Tremblements,
4. Sensation d'étouffement ou d'essoufflement,
5. Difficultés de déglutition,
6. Douleurs ou inconfort thoracique,

7. Nausées ou gêne abdominale,
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou de malaise,
9. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment de détachement de soi-même),
10. Peur de perdre le contrôle ou de devenir fou,
11. Peur de mourir,
12. Paresthésies (sensations d'engourdissement, de fourmillements),
13. Sensations de chaleur ou de frissons.

▶ **Critères diagnostiques du Trouble panique (TP), selon le DSM-5 :**

**A.** AP récurrentes et inattendue (critères d'une AP)

**B.** Au moins une des AP a été suivie par une période d'un mois (ou plus) de l'un des deux Symptômes suivants :

1. Crainte persistante ou inquiétude d'autres AP ou de leurs conséquences,
2. Changement de comportement significatif et inadapté en relation avec les attaques.

**C.** La perturbation ni pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'autre affections médicale (p.ex. hyperthyroïdie, affection cardio-pulmonaire).

**D.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (situations sociales redoutées comme l'A. Sociale, PS, TOC, en réponse à un à rappel d'évènements traumatiques comme dans un PTSD, ou en réponse à la séparation des figures d'attachement, comme dans l'anxiété de séparation).

**3. Diagnostic différentiel :**

- ♦ Urgence médicale : hyperthyroïdie, hypoglycémie, troubles du rythme, IDM
- ♦ Facteurs toxiques : caféine, abus de substances, sevrage
- ♦ Iatrogènes : corticostéroïdes, psychotropes, stimulants

**4. Complications :**

- ✓ Dépression,
- ✓ Addiction,
- ✓ Comportements hypocondriaques

**5. Traitement :**

▶ **Traitement (AP) :**

Situation d'urgence ;

- Recherche une cause organique et éliminer une cause iatrogène (Toxiques, alcool);
- Repérer le diagnostic psychopathologique sous-jacent (troubles anxieux ou psychose ? Dépression ou non ?) ;
- Isolement au calme et mise à distance d'un entourage souvent affolé ;
- Action sur l'entourage : explication et réassurance ;
- Rassurer le patient sur l'absence de danger de mort, permet une verbalisation de l'angoisse avec attitude calme et empathique du médecin ;
- Pas d'hospitalisation du patient sauf en cas : risque de raptus anxieux avec passage à l'acte suicidaire, urgence médicale ou chirurgicale ;
- Chimiothérapie : La voie orale assure la meilleure absorption et la voie injectable est discutable pouvant dramatiser de façon excessive l'épisode, n'offrant que l'avantage de l'effet placebo.
- Benzodiazépine en première intention : Alprazolam, Tranxène, Lorazépam en per os ;
- Neuroleptiques sédatifs en cas de crise sévère.

► **Traitement (TP) :**

En l'absence de contre-indication, pour une durée de 6 à 12 mois :

- ATD/ **ISRS** : Escitalopram cp ou gouttes/ 10mg à 20mg  
Paroxetine cp / 10mg, 20mg à 40 mg,
- ATD/ **Tricycliques**: Clomipramine cp 25mg, 75mg.
- BZD, en début de traitement sur une durée limitée (8 à 10 S) ;
- TCC, thérapie cognitive, relaxation, technique respiratoire, technique d'exposition in-vivo ;  
Psychothérapie d'inspiration psychanalytique.

## **II. Le Trouble Anxiété Généralisée (TAG) :**

### **1. Définition :**

Le T.A.G est caractérisé par des symptômes anxieux permanents durant au moins un an avec anticipation anxieuse et dramatisation de l'existence. L'anxiété y est dite flottante. L'évolution de cette anxiété est fluctuante et chronique.

### **2. Données épidémiologique :**

- Ce trouble est fréquent, la prévalence étant de 2 à 4% de la population générale.
- L'âge de survenue varie entre 22 à 44 ans, alors que pour le DSM IV, près de la moitié des patients qui consultent pour ce trouble, font état d'un début durant l'enfance ou l'adolescence.
- Il est plus fréquent chez la femme que l'homme (10 femmes sur 2 hommes).

### **3. Critères diagnostiques du Trouble Anxiété Généralisée selon le DSM-5 :**

**A.** Anxiété et soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (travail ou les performances scolaires);

**B.** La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation ;

**C.** L'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus des 6 symptômes suivants (N.B: un seul item est requis chez l'enfant) :

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout,
2. fatigabilité,
3. difficultés de concentration ou trous de mémoire,
4. irritabilité,
5. tension musculaire,
6. perturbation du sommeil.

**D.** L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**E.** La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale

**F.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental :

- d'avoir une attaque de panique (comme dans le T.P),
- d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale),
- d'être contaminé (comme dans le TOC),
- d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble anxiété de séparation),
- de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale),
- d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans l'hypochondrie),
- l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress post traumatique.

#### **4. Diagnostic différentiel :**

- Anxiété secondaire à une situation de danger réel,
- EDM au cours duquel peut survenir un épisode anxieux en faveur duquel on retrouve une thématique dépressive, des antécédents personnels ou familiaux de trouble de l'humeur,
- Des affections médicales générales

#### **5. Evolution :**

- Le début du TAG est plus précoce et moins aigu que celui du trouble panique.
- L'évolution est marquée par une grande progressivité et une tendance nette à la chronicité s'aggravant souvent durant les périodes de stress.
- Bien souvent, le traitement est décevant malgré le traitement anxiolytique adapté, l'évolution reste chronique, le trouble ne disparaissent que rarement totalement.

#### **6. Complications :**

- Episodes dépressifs,
- Alcoolisme,
- Abus d'anxiolytiques.

#### **7. Traitement :**

- **Traitement pharmacologique :** BZD, ATD, antihistaminiques, BB (Avlocardyl),
- **Traitement psychologique :** TCC, entraînement à la relaxation, entraînement à la résolution des problèmes

### **III. Les phobies :**

#### **1. Introduction :**

Sont toutes caractérisées par une peur intense, et perçue comme excessive par le patient, d'objet ou de situations non réellement dangereux. Toute confrontation (réelle ou imaginaire) avec l'objet ou la situation en cause provoque une anxiété qui peut être majeure, allant jusqu'à l'Attaque de Panique, mais l'angoisse est absente dès que le sujet se sent « à l'abri ».

3 Formes:

- ① **Phobie spécifique :** Toucher le sang, les soins dentaires, les actes médicaux, les animaux, les hauteurs, les espaces clos, les avions, l'orage ; les couteaux...
- ② **Agoraphobie :** Phobie au départ du domicile, dans la rue, les lieux publics, les transports communs...
- ③ **Phobie sociale :** Peur de parler en public, d'écrire, de rougir (éreutophobie) répondre à une question, de manger, de suer...

#### **2. Type de description : La Phobie sociale (Trouble Anxiété Sociale) :**

- Est une peur persistante et intense de se trouver dans une situation sociale où la personne s'expose à l'observation d'autrui.
- Du point de vue épidémiologique, environ 4% des adultes souffrent de phobie sociale au cours d'une année donnée.
- La phobie sociale est 2 fois plus fréquente chez les femmes que les hommes.
- Classiquement, le trouble débute au cours de l'enfance ou au début de l'adolescence, et il ne se développe que rarement après 25 ans.
- Un quart (25%) des patients phobiques souffrent de phobies sociales.
- Dans 38 à 50% des cas, ce sont des célibataires.

- Des facteurs d'aisance sociale ainsi qu'un bon niveau culturel sont retrouvés de façon plus importante que pour les autres troubles phobiques.
- Les situations phobogènes sont :
  - ✓ La peur de parler en public ;
  - ✓ La peur de rougir en public ou éreutophobie ;
  - ✓ La peur d'écrire en public ;
  - ✓ La peur de manger ou de boire en public ;
  - ✓ La peur d'utiliser les toilettes publiques ;
  - ✓ Les phobies sexuelles.

### **3. Les critères diagnostiques des phobies sociales selon le DSM-5 :**

**A :** Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p.ex. avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex. en train de manger ou boire) et des situations de performance (p. ex. faire un discours).

**B :** La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p. ex. embarrassante ou humiliante, conduisant à un rejet par les autres ou à les offenser).

**C :** Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété.

**D :** Les situations sociales sont évitées ou subies avec peur ou une anxiété intense.

**E :** La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel.

**F :** La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus.

**G :** La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**H :** La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une affection médicale générale. .

**I :** La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un TP, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un TSA.

**J :** Si une affection médicale est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou excessifs.

**Spécifier si : Seulement de performance :** si la peur est limitée aux situations de performances ou de parler en public.

### **4. Comorbidités :**

- ♦ 72% des personnes souffrant de P.S sont aussi victimes d'une dépression,
- ♦ 28% présentent des symptômes de troubles du comportement,
- ♦ 11% ont des TOC,
- ♦ 11% déclarent abuser ou être dépendants de l'alcool,
- ♦ 6% présentent une P.S généralisée,
- ♦ 45% de ces personnes sont aussi atteints d'agoraphobie,
- ♦ Environ 15% des P.S présentant des dépressions ont déjà tenté de se suicider.

L'évolution se fait vers la chronicité sur un mode continu et sans rémissions complètes, bien que moins sévère à l'âge adulte.

## 5. Prise en charge :

- ♦ **Pharmacothérapie :** Le traitement médicamenteux des troubles phobiques repose en premier lieu sur les antidépresseurs.

Paroxétine	Deroxat®	20–50 mg/j
Sertraline	Zoloft®, Gladem®	50–200 mg/j
Escitalopram	Cipralext®	10–20 mg/j
Moclobémide	Aurorix®	300–600 mg/j
Venlafaxine	Efexor®	75–225 mg/j

- ♦ **Psychothérapie :** la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

## B- LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC) :

### I. Introduction :

- ♦ Les troubles obsessionnels compulsifs étaient anciennement appelés névrose obsessionnelle, mais le terme de névrose n'est plus utilisé comme entité psychopathologique, ni par l'OMS ni par l'Association américaine de psychiatrie (APA) qui édite le DSM.
- ♦ D'après les critères du DSM-V et de la CIM-10, le TOC est considéré comme une entité psychopathologique qui remplace la névrose obsessionnelle.
- ♦ Dans le DSM-5, le TOC ne fait plus partie des troubles anxieux et classé dans le chapitre « Impulsivité, compulsivité et dépendance ».
- ♦ Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus invalidantes. Il associe de façon variable 2 types de symptômes spécifiques : des **obsessions** et des **compulsions**.
- ♦ La prévalence des TOC sur la vie entière est estimée à environ 2%. C'est globalement une maladie du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ un tiers dès l'enfance. Le sex-ratio est de 1.

### II. Etude clinique :

#### 1. L'obsession :

C'est une idée, un sentiment, une image qui s'impose de manière répétitive, persistante, envahissante et incoercible au sujet :

- Le sujet reconnaît le caractère morbide de ce phénomène ;
- Le sujet reconnaît que ce phénomène émane de sa propre activité psychique, bien qu'il soit en désaccord avec sa pensée consciente du fait de son caractère absurde, immoral, contraire à ses convictions ou à sa logique ;
- Le sujet lutte en vain pour chasser l'obsession, et cette lutte s'accompagne d'angoisse (lutte anxieuse).

On décrit :

#### a. Les obsessions – phobies :

- Le sujet est assailli par la pensée ou l'image d'un objet ou d'une situation redoutée. La représentation mentale, seule, suffit à provoquer l'angoisse, ce qui la différencie de la phobie simple où l'angoisse ne se manifeste qu'en présence de l'objet ou au moment de la situation.
- Les formes les plus habituelles sont la peur de la contamination par des microbes, de la saleté, la peur d'être victime d'une maladie (nosophobie) et la peur d'être confronté à une situation particulière (obsession éreutophobique, obsession agoraphobique ou claustrophobique).

### **b. Les obsessions idéatives :**

Le sujet est assailli par des idées ruminatives le plus souvent abstraites : interrogations à caractère métaphysique, éthique, religieux, la mort, l'existence de Dieu, le sens de la vie, mais aussi des mots, des chiffres, des scrupules, des doutes à propos d'actes passés, présents ou futurs (ex : "la folie du doute"). Ce sont quasiment toujours des scrupules et doutes autour du thème de la perfection (perfection du monde et/ou de soi).

### **c. Les obsessions impulsives ou phobies d'impulsion :**

- Le malade est assailli par la crainte obsédante d'accomplir contre sa volonté un acte absurde, criminel, sacrilège, immoral ou ridicule (ex : peur de tuer un ou son enfant, de blesser quelqu'un avec un couteau, une agrafe, une épingle, peur de se déféner, de réaliser un acte pervers, de dire un mot sacrilège dans un lieu saint).
- Le passage à l'acte redouté est exceptionnel.

## **2. Les compulsions :**

Les compulsions (ou conduites compulsives, rites rituels, rites conjurations) sont des actes, comportements répétitifs, étroitement liés aux obsessions et que le sujet a progressivement mis en place pour lutter contre elles.

Les Compulsions les plus fréquentes sont représentées par :

- ✓ Le lavage des mains ou le cérémonial de purification,
- ✓ La répétition de chiffres ou de mots : onomatomanie, arithmomane,
- ✓ La vérification et le besoin de toucher.

## **III. Critères du trouble obsessionnel compulsif selon le DSM 5 :**

**A.** La présence d'obsession ou/et de compulsion (il existe de rares formes purement obsessionnelles ou purement compulsives)

**B.** Les symptômes font perdre au moins une heure par jour au patient ou entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération au niveau social, occupationnel ou dans un autre domaine important du fonctionnement.

**C.** Les symptômes obsessionnels et compulsifs ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale.

**D.** Les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par les symptômes d'une autre pathologie psychiatrique.

## **IV. Diagnostics différentiels :**

### **► Pathologies médicales non psychiatriques :**

Certaines pathologies neurologiques impliquant les noyaux gris centraux peuvent provoquer des symptômes obsessionnels et compulsifs. Il s'agit entre autre du syndrome Gilles de la Tourette, de la chorée de Huntington.

### **► Pathologies psychiatriques :**

Le principal diagnostic différentiel est celui de schizophrénie : la distinction entre idées délirantes et obsessions se fait habituellement sur le caractère egosyntonique (absence de lutte intérieure) et la conviction inébranlable de l'idée délirante.

Les autres diagnostics à éliminer sont :

- Les troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, phobie spécifique notamment)
- L'hypochondrie
- Les mouvements anormaux : tics (mouvements ou vocalisations répétitives involontaires qui ne sont pas dirigés vers un but. Ils ne sont pas précédés d'obsessions)

- Trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive : elle n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique un mode de fonctionnement de pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle. Les traits de personnalité s'installent au début de la vie adulte. Au contraire des TOC, la personnalité obsessionnelle évolue selon un mode égosyntonique.

► **Troubles du contrôle des impulsions :**

Ce sont de nombreux syndromes ou pathologies, proches du TOC, mais qui se distinguent par l'absence d'anxiété. Le comportement a pour but de satisfaire un désir incontrôlable, et moins de soulager un état anxieux généré par une obsession. Par exemple : la Trichotillomanie (s'arracher poils et cheveux), l'onychophagie (se ronger les ongles), l'oniomanie (achats incontrôlés et excessifs), le jeu pathologique (addiction aux paris et jeux d'argent), la kleptomanie (impulsion à dérober), la syllogomanie (impulsion à collecter des objets)...

**V. Comorbidités :**

- Près de la moitié des patients ayant un TOC souffrent d'un autre trouble psychiatrique
- Le trouble le plus fréquemment associé est la dépression, qui survient le plus souvent après le TOC et qui paraît être consécutif à la détresse au cours du TOC.
- Par rapport à la population générale, les sujets atteints de TOC présentent plus souvent d'autres troubles anxieux. Le TOC peut coexister avec des phobies sans composante obsessionnelle, ou encore avec le trouble panique.
- Une dépendance à l'alcool est retrouvée dans un cinquième des cas
- De 11 à 16 % des sujets ayant un TOC peuvent présenter, au moins une fois dans leur vie, des troubles du contrôle des impulsions (voir section diagnostic différentiel), principalement le grattage compulsif et l'onychophagie ; la Trichotillomanie ; les achats compulsifs
- Par ailleurs, jusqu'à 60 % des personnes ayant le syndrome de Gilles de la Tourette auraient également des TOC, principalement des rituels de comptage et de symétrie.
- On retrouve entre 7,8 et 26 % de TOC chez les patients atteints de schizophrénie. Il peut être difficile de distinguer un TOC évolué sévère, où le sujet a moins conscience du caractère absurde de ses troubles, et un trouble schizophrénique avec manifestations obsessionnelles.

**VI. Prise en charge psychiatrique :**

✕ **Traitement biologique :**

- **Les antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** ont une efficacité démontrée dans les TOC. Cette efficacité nécessite des posologies élevées. Pour éviter une rechute, il est conseillé de maintenir le traitement à la dose maximale pendant au moins 1 à 2 ans, puis de diminuer la dose progressivement afin d'atteindre la dose minimale efficace.
- **Les anxiolytiques** sont un palliatif pour diminuer l'anxiété. Ils ne réduisent ni les obsessions, ni les rituels. Leur utilisation doit rester ponctuelle.

✕ **Psychothérapie :** Les **thérapies cognitives et comportementales (TCC)** ont fait la preuve de leur efficacité dans les TOC (environ 50% de patients répondeurs).