



Item64-1-Diagnostiquer : un trouble dépressif, un trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de

Objectifs CNCI		
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades de ces différents troubles.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Guide Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves - Guide affection de longue durée / HAS / 2007 - Polycopié national	- TP: ≥ 4 attaques en 4S + anxiété - TAG: anxiété $\geq 6M$ / hypervigilance - Phobie: anxiété anticipatoire / conduites d'évitement / conduites de réassurance - TOC: obsession / compulsion / lutte - ESA: apparition et durée < 1M - ESPT: apparition et durée > 1M - Répétition /hypervigilance /évitement - Troubles de l'adaptation: transitoires - Troubles conversifs: 7 arguments - C°: dépression / addiction / autre TA - MHD: exercice physique / excitants - Traitement de fond: IRS pendant ≥ 1 an - Psychothérapie: TCC ++ / soutien	- Rechercher cause organique - BZD en traitement court : 12S MAX (haut risque d'addiction)

Remarque

- Dans la classification DSM-IV, le terme « troubles anxieux » comprend: trouble panique / TAG / agoraphobie / phobie sociale / phobie simple / TOC / ESPT
- Dans le DSM V:
 - La catégorie "troubles anxieux" comprend: anxiété de séparation, mutisme sélectif, phobies spécifiques, phobie sociale, trouble panique, agoraphobie, Trouble Anxieux Généralisé, trouble anxieux induit par substances/ médicaments, trouble anxieux induit par une autre pathologie
 - L'Etat de Stress Aigu, l'Etat de Stress Post-Traumatique et le Trouble Obsessionnel Compulsif ont été retirés de cette catégorie. Ils sont maintenant dans 2 nouvelles catégories à part: "Troubles associés à un traumatisme ou un stress" et "troubles obsessionnels compulsifs et troubles apparentés".

Trouble panique

Epidémiologie

- 1-3% de la population générale / F > H: x3 / sujets jeunes ++

Diagnostic positif (3)

- Répétition d'attaques de panique: **≥ 4 attaques en 4 semaines** (CIM-10)
 - Rappel: AP = [anamnèse / psychique / somatique / comportemental] (cf [Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.347](#))
- Anxiété anticipatoire
 - Crainte permanente de la survenue d'une nouvelle attaque de panique
- Absence de facteur causal +++
 - ex: des attaques déclenchées par une phobie n'est pas un trouble panique
 - mais une phobie compliquée d'attaques de panique

Complications

- Agoraphobie +++
 - !! remarque: l'agoraphobie peut être secondaire au trouble panique
 - ou bien le trouble panique peut être secondaire à l'agoraphobie
- Dépression: **dépression** secondaire à un trouble panique dans 50% des cas
- Addiction: **alcool** et BZD ++ : cf auto-médication anxiolytique
- Suicide: secondaire à la dépression ou à un ictus suicidaire
- Autres: TAG, phobie, retentissement socio-professionnel, etc.

Traitement

- Rechercher une étiologie organique / toxique / psychiatrique (**A savoir !**)
- Prise en charge: ambulatoire / au long cours
- Traitement de l'attaque: réassurance + relaxation +/- BZD rapide (cf [Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique.347](#))
- Mesures hygiéno-diététiques +++ : activité physique / éviter excitants (tabac, café..)
- Traitement de fond: antidépresseur: **IRS** pendant **≥ 1an** (paroxétine: Déroxat®)
- Traitement symptomatique: anxiolytique (BZD) pour une durée limitée (**12 semaines max: A savoir !**)
- Psychothérapie: thérapie cognitivo-comportementale (**TCC**) / soutien
- Surveillance: suivi prolongé: récurrence / complications

Trouble anxieux généralisé

Généralités

- TAG = anxiété de fond à type d'attente anxieuse incontrôlable
- Epidémiologie: 5% de la population (!) / F > H: x2 / adulte jeune

Diagnostic

- Anxiété de fond flottante par anticipation péjorative depuis **≥ 6 mois**
- Absence de difficultés objectives pouvant expliquer cette anxiété +++
- Signes physiques d'anxiété: sueurs / palpitations / troubles digestifs, etc
- Signes d'hypervigilance: irritabilité / nervosité / difficulté d'endormissement, etc.

Complications

- Evolution chronique paroxystique: phase d'exacerbation +/- rémission
- Dépression: secondaire dans > 50% des cas +/- conduites suicidaires
- Addiction: alcoolisme / BZD / hypnotique (cf auto-médication)
- Autres troubles anxieux: agoraphobie / trouble panique, etc.

Traitement

- Rechercher une étiologie organique / toxique / psychiatrique (**A savoir !**)
- Prise en charge ambulatoire / au long cours
- Mesures hygiéno-diététiques +++ : exercice physique / arrêt excitants (tabac / café)
- Traitement de fond: antidépresseurs: **IRS** (paroxétine) PO pendant **≥ 1an**
- Traitement symptomatique: anxiolytique: **éviter BZD +++** / préférer anti-H1 (Atarax®)
- Psychothérapie: cognitivo-comportementale (**TCC**) / techniques de relaxation
- Surveillance: clinique et suivi au long cours

Troubles phobiques

Généralités

- Définition
 - Phobie = peur déclenchée par la présence ou l'évocation d'un objet ou situation
- Triade commune à toutes les phobies +++
 - Anxiété anticipatoire
 - Conduites d'évitement
 - Conduites de réassurance (objets ou personnes contraphobiques)

- Critères DSM-IV
 - !! Le patient est conscient du caractère absurde de sa peur
 - Retentissement social et/ou professionnel
 - Durée > **6 mois**
- Critères DSM-V
 - Le critère "conscience du caractère absurde et excessif de la peur" a été retiré
 - Retentissement social et/ou professionnel
 - Durée > **6 mois**

Formes cliniques

- Agoraphobie
 - **Définition:** peur des endroits d'où on ne pourrait s'échapper en cas d'attaque de panique
 - **Epidémiologie:** 6% de la population / attaques de paniques associées (95% des cas)
 - **Diagnostic**
 - Anxiété anticipatoire / conduites d'évitement (pas de métro, pas de magasin..)
 - Stratégies de réassurance / objet contraphobique (ex: tiers, médicament, etc)
 - Endroits phobogènes nombreux: foule, tunnel, avion, ascenseur...
 - Remarque: peut ne **pas** être associé à des attaques de panique !
- Phobie sociale
 - **Définition:** peur des contacts sociaux conduisant à leur évitement
 - **Epidémiologie:** 5% de la population générale / F > H: x2 / débute vers 15ans
 - **Diagnostic**
 - Peur d'être ridicule / de s'humilier / de rougir (érotrophobie) / de parler en public
 - avec **anxiété anticipatoire / conduite d'évitement et retentissement social +++**
 - **!! NPC avec timidité:** Q. de vie peu altérée / ↓ de l'anxiété à la répétition / pas d'évitement / le patient peut parler de ses troubles
- Phobie simple (ou spécifique)
 - **Définition:** phobie limitée à un objet précis (ex: phobie des araignées)
 - **Epidémio:** 10% de la population / F > H / débute dans l'enfance
 - **Diagnostic**
 - Peur intense / anxiété anticipatoire / stratégie d'évitement...
 - **!! Retentissement socio-professionnel = critère diagnostique DSM-V**

Complications

- **Trouble panique:** primitif ou secondaires dans l'agoraphobie
- **Addictions:** à l'alcool / aux anxiolytiques (dans phobie sociale ++)
- **Dépression:** secondaire +/- risque suicidaire (plus rare)
- **Retentissement:** socio-professionnel / familial / affectif

Traitement

- **Prise en charge:** en ambulatoire / suivi prolongé
- **Mesures hygiéno-diététiques:** exercice physique / éviter les excitants (tabac-caféine)
- **Psychothérapie**
 - **Thérapies cognitivo-comportementales +++**
 - **Principes:** déconditionnement / désensibilisation / cognitions éronnées
 - **Modalités:** exposition répétée d'intensité progressive au stimulus phobique
 - +/- **psychothérapie d'inspiration analytique, de soutien, etc**
- **Traitement médicamenteux**
 - Seulement si échec de la psychothérapie / en **2nde** intention (sauf agoraphobie 1ère intention)
 - **Antidépresseurs:** type **IRS:** paroxétine (Déroxat®) pendant ≥ 1an
 - **Anxiolytique:** BZD pendant 12S max +++ (cf risque addictif)
 - **Béta-bloquants** (propranolol) / dans phobie sociale avec érotrophobie
- **Surveillance**
 - Suivi clinique +/- au long cours selon la sévérité de la phobie

Troubles obsessionnels compulsifs

Généralités

- => Constituent maintenant une catégorie à part dans le DSM V, comprenant le TOC à proprement parler, la dysmorphophobie, le trouble d'accumulation excessive, la trichotillomanie, l'excoriation, les troubles obsessionnels compulsifs liés à l'usage de substance...

Trouble Obsessionnel compulsif et troubles apparentés:

- **Définition**

- TOC = association d'une pensée qui s'impose au sujet (= obsession)
- à un acte qu'il se sent forcé de faire pour s'en libérer (= compulsion)
- **Epidémiologie**
 - 3% de la population / sex ratio = 1 / début < 25ans dans 90% des cas
 - Association avec le syndrome de Gilles de la Tourette: 6% des cas

Diagnostic = 4 critères

- **Obsessions**
 - = représentation psychique intrusive, inappropriée, surgissant de façon incontrôlable (anxiogène ++)
 - **3 types d'obsessions**
 - **idéative**: rumination ou intrusion d'une idée / doute / mot / image
 - **impulsive**: crainte de réaliser un acte absurde / dangereux (métro..)
 - **phobique**: crainte obsédante centrée sur un objet phobogène (saleté..)
- **Compulsions**
 - = acte répétitif réalisé afin de se libérer de l'obsession (si élaboré = rituel)
 - **2 types de compulsions**
 - **mentale**: comptage de mot / arithmomanie / récitation, etc.
 - **extériorisée**: vérifications multiples / rangement / lavages, et
 - → rituels de récitation / de vérification / de lavages / conjuratoire, etc.
- **Conscience du trouble**
 - Le patient reconnaît l'obsession comme sienne (≠ psychose)
 - Le patient reconnaît le caractère absurde de sa compulsion
- **Lutte anxieuse**
 - Lutte anxieuse +/- intense avec retentissement: asthénie ++

Evolution / complications

- Evolution chronique paroxystique +/- extension: multiplication des TOC
- **Dépression**: secondaire (60% des cas) / !! risque suicidaire
- **Addictions**: alcool / anxiolytiques / hypnotiques
- **Autres troubles anxieux**: TAG / trouble panique / boulimie
- **Retentissement**: socio-professionnel / familial / affectif

Traitement

- **Prise en charge**: en ambulatoire / suivi prolongé
- **Mesures hygiéno-dététiques**: exercice physique / éviter les excitants (tabac - caféine)
- **Psychothérapie**
 - Thérapie cognitivo-comportementale (**TCC**) +++ : exposition, prévention des rites..
 - Proposer psychothérapie analytique, de soutien, etc.
 - **!! Remarque**
 - Ne pas éloigner l'élément phobogène: renforce le TOC
- **Traitement médicamenteux**
 - **Traitement de fond**: antidépresseurs: **IRS** (paroxétine) à dose plus élevée pendant ≥ 1an
 - **Traitement symptomatique**: **anxiolytique**: BZD en début de traitement / **12 semaines maximum (A savoir !)**
- **Surveillance**: suivi au long cours

Troubles conversifs (de conversion)

Définition

- Episode symptomatique mimant de façon inconsciente une lésion organique inexistante
- **!! Remarque: distinguer conversion et**
 - **somatisation**: symptômes multiples ne cherchant pas à mimer une lésion précise
 - **simulation**: production consciente et volontaire du symptôme mimé (=pathomimie, éventuellement intégrée dans le syndrome de Munchausen)
- **Dans DSM-IV-TR**
 - Inclusion des troubles conversifs dans les troubles somatoformes (cf **Troubles somatoformes à tous les âges.**)
 - Avec réduction des troubles conversifs aux symptômes neuro-sensoriels ++
- **Dans DSM-V**
 - **Inclusion des troubles conversifs dans les troubles de symptôme somatique, en tant que "trouble neurologique fonctionnel"** (cf **item 289**)
 - **Avec réduction des troubles conversifs aux symptômes neuro-sensoriels ++**

Epidémiologie

- 1% de la population / prédominance féminine / débute chez adulte jeune
- Association fréquente (pas systématique) à une personnalité histrionique (cf **Diagnostiquer : un trouble dépressif, un**

trouble anxieux généralisé, un trouble panique, un trouble phobique, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique, un trouble de l'adaptation (de l'enfant à la personne âgée), un trouble de)

Diagnostic

- Arguments en faveur d'une conversion (7) +++
 - Absence de systématisation de la symptomatologie clinique
 - Variabilité du symptôme: dans le temps et l'espace / réversible
 - Suggestibilité: influence des tiers sur l'expression et l'intensité
 - Indifférence apparente au symptôme (« belle indifférence »)
 - Bénéfices primaires (psychiques) et secondaires (avantages matériels)
 - Examens complémentaires multiples et sans anomalie retrouvée
 - Amnésie lacunaire de l'épisode conversif au décours
- Formes cliniques
 - Paroxystiques: crise en public: pseudo-épileptique ou syncopale
 - Neurologiques: moteurs (paralysie) / sensitifs (anesthésie) / sensoriels (surdité..)
 - Sexuelles: métrorragies, dysfonction sexuelles, etc.
 - Digestives: troubles du transit / nausées et vomissements
 - Algiques: douleurs multiples, localisation changeante
- Remarque: classification DSM-IV
 - Limite les troubles conversifs aux symptômes **neurologiques**
 - → déficit moteur ou sensitif / sensoriel / crise comitiale

Complications

- Troubles de l'humeur / épisodes dépressifs / conduite suicidaire
- Multiplication des troubles somatoformes (syndrome de Briquet)
- Abus de soins médicaux et chirurgicaux: complications iatrogènes
- Episodes dissociatifs ++
 - Fugue dissociative: errance + syndrome confusionnel + amnésie post-critique
 - Amnésie dissociative / personnalités multiples / stupeur dissociative, etc.
 - !! Remarque: les troubles dissociatifs ne font plus partie des troubles conversifs

Traitement

- Principes de prise en charge
 - Tant que possible ambulatoire (hors C° / doute / risque suicidaire, etc)
 - Si hospitalisation: contrat précis de moyens / ne **pas** faire d'HDT +++
 - Ne pas multiplier
 - les examens complémentaires (confortent le patient)
 - les intervenants / éviter les hospitalisations
- Mesures pré-thérapeutiques
 - Evaluer et prévenir le risque suicidaire: cf [Risque et conduite suicidaires chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte : identification et prise en charge.](#)
 - Eliminer une cause organique ou toxique de façon exhaustive (**A savoir !**)
 - **Suppression** des bénéfices secondaires (« valoriser la guérison »)
- Information du patient / entourage
 - Ecoute empathique / expliquer qu'il s'agit d'une maladie psychiatrique
 - Ne pas culpabiliser le patient: caractère inconscient et involontaire +++
- Psychothérapie +++
 - Analytique ++ / de soutien / cognitivo-comportementale
- Traitement médicamenteux
 - Anxiolytiques: prudents et éviter BZD (peu efficaces et risque addictif)
 - Parfois, mise en scène d'un traitement placebo (« injection spéciale par le médecin »..) (attention, parfois limite sur le plan éthique..)
- Surveillance
 - Evolution de la symptomatologie / efficacité
 - Complications psychiatriques (dépression / addiction..)

Etats de stress

Définitions

- Traumatisme psychique
 - Evénement traumatique: menace de mort ou d'atteinte à l'intégrité physique ou morale que le sujet a expérimenté ou dont il a été témoin
- Etat de stress aigu (ESA)
 - Etat d'anxiété sévère apparaissant < **1 mois** après le traumatisme et durant de 2j à 28j
- Etat de stress post-traumatique (ESPT)

- Troubles anxio-dépressifs avec retentissement social / professionnel / affectif
- **Apparaissant > 1 mois** après un traumatisme psychique et **durant ≥ 28 jours**

Diagnostic

- **Signes présents dans ESA et ESPT**
 - **Syndrome de répétition +++** : cauchemars / souvenirs obsédants / rumination
 - **Conduites d'évitement**: éviter tout stimulus rappelant le traumatisme
 - **Hypervigilance anxieuse**: irritabilité / hyper-réactivité (sursauts)
 - **Troubles**: du comportement / du sommeil (cauchemars) / de la concentration, etc.
 - **Retentissement socio-professionnel**
- **Signes spécifiques des ESA**
 - **Signes dissociatifs**: déréalisation / dépersonnalisation / amnésie dissociative
 - Hébétude / prostration
- **Signes spécifiques des ESPT**
 - **Signes dépressifs**: tristesse / asthénie, ralentissement, etc. (cf [Trouble bipolaire de l'adolescent et de l'adulte](#) 62)
 - Emoussement affectif: réduction des activités, des intérêts.

Evolution

- Résolutif sous traitement / chronique le plus souvent si ESPT
- **Complications**
 - **Risque suicidaire** secondaire à la dépression, l'addiction, la culpabilisation.. (**A savoir !**)
 - **Dépression ++** (> 50% des ESPT) / EDM centré sur la culpabilisation
 - **Addictions**: alcool / drogues / anxiolytiques: BZD ++
 - **Autres troubles anxieux**: TAG / trouble panique / troubles phobiques, etc
 - **Retentissement** socio-professionnel / isolement affectif

Traitement

- **Traitement immédiat post-traumatisme (ESA)**
 - Mise en place d'une cellule d'urgence médico-psychologique (**CUMP**)
 - **Débriefing** précoce (24-72h post-trauma): évoquer le trauma psychologique
 - Traitement anxiolytique symptomatique par BZD / durée < **12 semaines** (**A savoir !**)
 - Mettre en place un suivi psychologique +++
- **Traitement au long cours (si ESPT)**
 - **Psychothérapie**
 - **TCC +++** : exposition / désensibilisation / centré sur conduites d'évitement
 - Education et soutien de l'entourage / psychothérapie de soutien
 - **Traitement médicamenteux**
 - !! En 2nde intention: seulement si ESPT persistant depuis > **1 an**
 - Antidépresseur: **IRS** en 1^{ère} intention (paroxétine) pendant ≥ 1an
 - Éviter BZD: cf risque addictif et amnésiant (anti-histaminiques si besoin)
 - **Surveillance**
 - Suivi au long cours / surveiller l'apparition d'une dépendances aux BZD
 - Mesures associées: aide à la réinsertion, reconnaissance du statut de victime

Troubles de l'adaptation

Définition

- Débordement des capacités d'adaptation du patient à la suite d'un évènement stressant
- Apparaissant **≤ 3 mois** après cet évènement et disparaissant en **≤ 6 mois** (transitoire +++)
- **En pratique, trouble de l'adaptation si**
 - symptômes anxieux ou dépressifs à la suite d'un évènement stressant
 - ne remplissant pas les critères pour constituer une pathologie à part entière
 - mais entraînant un retentissement socio-professionnel / souffrance morale

Diagnostic

- On distingue les troubles de l'adaptation « avec humeur dépressive » / « avec anxiété », etc.
- **Signes aspécifiques de réaction inadaptée**
 - **Signes psychiques**: tristesse / rumination anxieuse / irritabilité / dépréciation, etc.
 - **Signes somatiques**: asthénie / insomnie / baisse de performance, etc.
- **Rechercher facteur de stress imputable +++**
 - Très variés: maladie / divorce / mariage / paternité / retraite, etc.
 - !! Distinction avec ESA/ESPT car traumatisme beaucoup moins intense

Evolution

- !! Par définition, les troubles de l'adaptation sont **transitoires**: durent < 6 mois
- Si durée prolongée > 6 mois: évolution indépendante = trouble spécifique (EDM II, etc.)

Traitement

- **Psychothérapie (+ +):** soutien / cognitivo-comportementale / analytique
- **Traitement médicamenteux:** anxiolytiques (BZD ; < 12S) ou AD (IRS / < 6M) selon tableau
- **Surveillance:** évolution favorable en < 6M / surveiller addiction et évolution vers EDM

Synthèse pour questions fermées

2 éléments diagnostiques du trouble panique ?

- Répétition des attaques de paniques
- Anxiété anticipatoire

Triade diagnostique de l'agoraphobie ?

- Anxiété anticipatoire (peur d'un malaise...)
- Conduites d'évitement
- Stratégies de réassurance (objets contraphobiques)

2 types de compulsions au cours des TOC ?

- Mentale
- Extériorisée

1 indication au traitement médicament par ISRS d'un état de stress post-traumatique ?

- ESPT persistant depuis plus d'un an (dépression systématiquement associée)