

DE L'ANXIÉTÉ NORMALE AUX TROUBLES ANXIEUX

Cours de DCEM (2007-2008)

Pr Jean - Philippe BOULENGER
Service Universitaire de Psychiatrie Adulte
CHU de Montpellier & INSERM U-888
jp-boulenger@chu-montpellier.fr

Définition de l'anxiété

- L 'anxiété est une émotion physiologique
- Qui possède un rôle adaptatif face aux *stimuli* soudains , inhabituels ou menaçants provenant de l 'environnement
- Qui s 'exprime dans trois registres : psychologique , comportemental et somatique
- Qui devient pathologique lorsqu'elle est trop intense , inadaptée , hors de proportion avec ses causes et/ou entraîne un handicap social ou professionnel du fait de ses conséquences

L'anxiété s'accompagne le plus souvent de modifications physiologiques

- Stimulation de l 'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien (cortisol)
- Activation adréno-sympathique (adrénaline , noradrénaline)
- Hyperventilation et hypocapnie 2aire
- Hypervigilance et activation des fonctions cognitives et adaptatives
(*L 'anxiété est à l 'esprit ce que la douleur est au corps : une alarme !*)

PLAN

- I . LES SYMPTOMES DE L'ANXIÉTÉ
- II . CONDUITE À TENIR DEVANT UN ÉTAT D'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE
- III . LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE L'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE
- IV . LES GRANDS SYNDROMES ANXIEUX
 - PRÉSENTATION AIGÛE : LES PANIQUES
 - PRÉSENTATION CHRONIQUE
- V . PATHOLOGIES POST-TRAUMATIQUES
- VI . CARACTÉRISTIQUES COMMUNES



I. LES SYMPTOMES DE L'ANXIÉTÉ

Les patients anxieux consultent fréquemment du fait de symptômes physiques gênants pour lesquels aucune étiologie précise ne peut être mise en évidence . La présence des autres dimensions de l'anxiété (Psychologique , comportementale) et /ou la mise en évidence de manifestations spécifiques permet alors de rattacher ces symptômes à l'existence d'une anxiété pathologique

Principaux symptômes somatiques de l'anxiété (1/3)

- **CARDIO-VASCULAIRES**
 - Palpitations , tachycardie
 - Douleurs précordiales diffuses
 - Augmentation de la pression artérielle
- **RESPIRATOIRES**
 - Dyspnée , étouffement
 - Pesanteur thoracique
 - Bâillements , soupirs
 - Hyperventilation

Principaux symptômes somatiques de l'anxiété (2/3)

- **NEUROLOGIQUES**
 - Sensations vertigineuses
 - Céphalées , douleurs musculaires
 - Paresthésies , modifications sensorielles
 - Insomnie , sommeil superficiel
 - Difficultés de concentration ou de mémoire
 - Dépersonnalisation , déréalisation
 - Hypervigilance , fatigue
 - Tremblements

Principaux symptômes somatiques de l'anxiété (3/3)

- **DIGESTIFS**
 - Difficultés de déglutition (*globus hystericus*)
 - Douleurs épigastriques ou abdominales
 - Diarrhée , aérophagie , bouche sèche
- **AUTRES**
 - Polyurie
 - Sueurs
 - Rougeur , pâleur
 - Hyperthermie



Les autres dimensions de l'anxiété

- **PSYCHOLOGIQUES** : Appréhension , anticipation , inquiétude , tension , peur , irritabilité , impatience , angoisse , panique
- **COMPORTEMENTAUX** : Inhibition , agitation , maladresse , fuite , évitement de situations ou d'activités , compulsions (rituels , manies) recherche répétée de réassurance , d 'aide , de sédation (alcool)

Les symptômes spécifiques de l'anxiété pathologique

- Les épisodes aigus d'anxiété : les crises d'angoisse ou attaques de panique
- L'anxiété phobique : peur et/ou évitement d'un objet ou d'une situation spécifiques
- Les obsessions : intrusion répétée et involontaire de pensées anxiogènes, inacceptables ou absurdes
- Les compulsions : manies ou rituels excessifs dont la répétition vise à combattre l'anxiété

II . CONDUITE À TENIR DEVANT UN ÉTAT D'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE

Devant un état d'anxiété pathologique (C'est à dire ayant des conséquences négatives sur la vie du patient : souffrance émotionnelle , handicap social ou professionnel) il convient de faire un bilan étiologique et de rechercher l'existence d'un état dépressif majeur dont le traitement serait prioritaire .

Évaluation étiologique d'un état d'anxiété pathologique

- L 'anxiété réactionnelle , les troubles d 'adaptation
- L 'anxiété des affections médicales (thyroïde , troubles du rythme ,...)
- L 'anxiété d 'origine toxique (caféine , stimulants , alcool , drogues ,)
- L 'anxiété des troubles psychiatriques
- Les troubles anxieux ou « névrotiques »



État dépressif majeur ou trouble anxieux ? (1/3)

- Dans les troubles anxieux les symptômes dépressifs sont fréquents (Découragement , crises de larmes) mais souvent transitoires
- Chez un anxieux , le diagnostic d'état dépressif majeur ne devra pas reposer uniquement sur :
 - Les caractéristiques des troubles du sommeil , qui peuvent être variables dans les deux types de troubles
 - La présence d 'asthénie ou de plaintes cognitives (Difficultés de mémoire ou de concentration) qui sont également très fréquentes dans l'anxiété

État dépressif majeur ou trouble anxieux ? (2/3)

- Dans les cas où coexistent à la fois des symptômes anxieux et dépressifs le diagnostic d'état dépressif majeur reposera sur :
 - La permanence des affects dépressifs
 - L'absence de réactivité de l'humeur aux événements positifs , l'anhédonie
 - Le ralentissement psychomoteur objectif
 - Les idées suicidaires et pas seulement les idées de mort , également présentes dans les paniques
 - La perte de poids

État dépressif majeur ou trouble anxieux ? (3/3)

- À l'inverse , un état dépressif majeur peut s'accompagner de symptômes qui ne doivent pas être interprétés comme relevant obligatoirement d'un trouble anxieux associé :
 - Crises de panique survenant de façon progressive à l'issue de périodes de ruminations morbides
 - Intrusions de pensée obsédantes liées aux thèmes dépressifs
 - Conduites d'évitement social ou d'allure agoraphobique secondaires à la dépression

Préciser la nature du trouble anxieux (Classification du DSM IV)

- ÉVOLUTION AIGÛE :
 - Trouble panique avec ou sans agoraphobie
 - État de stress aigu (Traumatisme majeur)
- ÉVOLUTION CHRONIQUE :
 - Phobies spécifiques et Phobies sociales
 - Trouble obsessionnel - compulsif
 - Anxiété généralisée
 - État de stress post - traumatique
- TROUBLE DE L'ADAPTATION (En l'absence d'autres diagnostics avérés)



III . LE TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE L'ANXIÉTÉ

En dehors des troubles anxieux invalidants le traitement symptomatique de l'anxiété repose avant tout sur des techniques psychothérapeutiques . L'utilisation de psychotropes et notamment celle des benzodiazépines (BZD) devra répondre à des indications précises et à des règles strictes de prescription

Traitement symptomatique de l'anxiété : mesures psychothérapeutiques

- Informer , rassurer , écouter
- Rattacher les symptômes à leurs causes
- Favoriser la verbalisation des problèmes
- Hygiène de vie , hygiène du sommeil
- Techniques de relaxation corporelle
- Techniques de contrôle respiratoire
- Exposition : encourager la confrontation progressive aux situations anxiogènes et éviter le repos qui est souvent contre-productif

Traitement symptomatique de l'anxiété : mesures pharmacologiques

- **Action rapide** : benzodiazépines (Xanax , Lexomil , Lysanxia ,) , antihistaminiques (Atarax) beta-bloqueurs (Avlocardyl)
- **Action progressive** :) , antidépresseurs inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (Deroxat , Prozac , Seroplex ...) , AD mixtes (Effexor , Anafranil , Tofranil , ...) , AD IMAOs (Moclamine) ou azapirones (Buspar)
- **Association éventuelle** : BZD + AD en début de traitement et pour un temps limité (2 à 4 semaines)

Règles de prescription des benzodiazépines (BZD)

- Débuter par les doses les plus faibles (RMO)
- Augmenter la posologie de façon progressive
- Avertir le patient des risques de sédation , d'interaction avec l'alcool et de dépendance
- Réévaluer régulièrement la prescription et ne pas dépasser 4 semaines pour les hypnotiques et 12 semaines pour les anxiolytiques (RMO)
- Arrêter de façon la plus progressive possible
- Ne pas associer deux benzodiazépines (RMO)



Contre-indications des benzodiazépines

- **ABSOLUES :**
 - Insuffisance respiratoire avancée
 - Apnées du sommeil
 - Myasthénie
- **RELATIVES :**
 - Sujet âgé (Sensibilité accrue +++++)
 - Dépendance à l'alcool ou aux drogues
 - Anxiété ou insomnie chroniques
 - Syndromes organiques cérébraux
 - Grossesse (1^{er} trimestre) et lactation
 - Insuffisance hépatique ou rénale

Conduite à tenir devant une crise de panique

- Disponibilité (même téléphonique)
- Isolement , dédramatisation , verbalisation
- Réassurance (examen physique)
- Refocalisation de l'attention (interrogatoire)
- Mesures de contrôle respiratoire
- Si nécessaire , anxiolytique par voie orale : diazepam (Valium) 10 mg
- Exceptionnellement par voie intra - musculaire

IV. L'ANXIÉTÉ AIGÛE : LA CRISE DE PANIQUE ET LE TROUBLE PANIQUE

La crise de panique ou crise d'angoisse peut être révélatrice de troubles divers . En dehors d'une étiologie médicale ou toxique la répétition de ces crises peut entraîner l'apparition de troubles anxieux plus chroniques qualifiés de troubles panique avec ou sans agoraphobie . Du fait de leur début brutal , ces derniers sont les seuls troubles anxieux dont les patients puissent retrouver avec précision la date de début même après plusieurs années d'évolution

La crise de panique

- Début brutal (Maximum en quelques minutes) parfois nocturne ; limitée dans le temps
- Symptômes somatiques au premier plan , entraînant des consultations d'urgence : précordialgies , étouffement , malaise
- Cognitions « catastrophiques » , sentiment de perte de contrôle , de danger imminent ,
- Modifications perceptuelles : visuelles , auditives temporelles , sensations de déséquilibre , de déréalisation , de dépersonnalisation



Crises de panique : cognitions catastrophiques

- Peur de mourir, d'avoir un infarctus ou un accident vasculaire cérébral
- Peur de perdre connaissance, d'avoir un malaise, de perdre l'équilibre, de tomber
- Peur de perdre le contrôle, de commettre des actes irrationnels, de se faire remarquer
- Peur de perdre la raison, de devenir fou
- Peur de vomir ou de perdre le contrôle de ses sphincters

Crises de panique : étiologies possibles

- Crises de panique isolées de l'adolescence
- Crises de panique provoquées par la confrontation à un stimulus phobogène
- Crises de panique d'origine toxique (café, drogues), médicale ou iatrogène
- Crises de panique liées à l'amplification progressive de ruminations dépressives ou anxieuses (crises auto-déclenchées)
- Crises de panique « spontanées » du trouble panique (Ex : panique nocturne)

Le trouble panique

- Début brutal vers 25-30 ans (2F pour 1H)
- Répétition de crises de panique spontanées avec apparition secondaire :
 - D'anxiété anticipatoire de nouvelles crises
 - D'anxiété focalisée sur certaines situations où la patiente craint de se retrouver seule, de faire un malaise ou de perdre le contrôle (Agoraphobie)
- Évolution fluctuant dans le temps
- Forme mineure : « la spasmophilie »
- Complications : dépression, alcool, invalidité

Agoraphobie : situations phobogènes

- Conduite automobile
- Magasins, centres commerciaux, cinéma
- Avion, transports en commun
- Être seul ou loin d'un pôle de sécurité
- Être dans la foule ou faire la queue
- Être enfermé ou loin d'une sortie
- Ponts, tunnels, escaliers roulants, ascenseurs
- Grands espaces, vide, hauteurs
- Coiffeur, dentiste, médecin, hôpital



Trouble panique : traitement

- **INFORMATION , RÉASSURANCE**
- **PHARMACOLOGIQUE :**
 - **BENZODIAZÉPINES (Xanax ®, Rivotril ®) :**
Durée de prescription limitée à 12 semaines
 - **ANTIDÉPRESSEURS (ISRS , Anafranil ®, Tofranil®) :** Début progressif (Intolérance fréquente +++), posologies antidépressives
- **PSYCHOLOGIQUE :**
 - **CONTRÔLE RESPIRATOIRE , RELAXATION**
 - **EXPOSITION (Situations , symptômes)**

IV . LES FORMES CHRONIQUES D 'ANXIÉTÉ PATHOLOGIQUE

Les autres troubles anxieux ont une évolution plus chronique et débutent souvent de manière progressive à l'adolescence . Ils sont fréquemment découverts à l'occasion du traitement d'un état dépressif majeur ou d'un problème addictif . La règle est de ce fait de toujours réévaluer un patient après le traitement d'un état dépressif majeur à la recherche d'un trouble anxieux prédisposant

Phobies sociales : clinique

- **Peur de situations sociales multiples**
- **Les situations phobogènes sont intensément appréhendées , évitées de façon systématique ou confrontées au prix d'une anxiété majeure**
- **Le retentissement fonctionnel est important au point de vue social , affectif et professionnel**
- **Fréquemment associées à des personnalités pathologiques de type évitantes**

Phobies sociales : situations phobogènes

- **Parler en public , adresser la parole**
- **Manger , boire , écrire , face aux autres**
- **Aborder un inconnu , une personne en position d'autorité ou du sexe opposé**
- **Utiliser le téléphone , les toilettes**
- **Être interpellé , avoir à répondre**
- **Être présenté , être le centre d'attention**
- **Participer à des examens oraux , des réunions familiales , sociales ou professionnelles**



Phobie sociale : aspects psychologiques

- Peur de présenter des symptômes d'anxiété (Rougir , trembler , ...)
- Peur de bafouiller , de ne pas savoir quoi dire , d'avoir l'air embarrassé , ridicule ...
- Peur d'une évaluation négative ; crainte de ne pas être aimé , apprécié
- Tendance à interpréter l'attitude des autres comme critique ou hostile
- Autodévalorisation , inadéquation , honte

Phobies sociales : aspects évolutifs

- Début dans l'enfance ou l'adolescence
- Évolution chronique avec souvent période prolongée avant la prise en charge (8-15 ans)
- Premières consultations souvent liées aux complications : dépression , alcoolisme
- Faible taux d'amélioration spontanée : 26% au bout d'un an mais seulement 7% de rémissions complètes

Phobie sociale : traitements

- **PHARMACOLOGIQUE :**
 - Antidépresseurs ISRS (Deroxat ® Effexor ® Seroplex ®) ou IMAO (Moclamine ®) aux posologies antidépressives
 - Beta-bloqueurs (Avlocardyl ®)
 - Benzodiazépines (Occasionnellement)
- **PSYCHOTHÉRAPIQUE :**
 - Thérapies cognitivo-comportementales (Exposition aux situations phobogènes , techniques d'affirmation de soi , ...)
 - Thérapies de groupe
 - Thérapies analytiques

Les phobies spécifiques : clinique

- Débutent dans l'enfance
- Très fréquentes , elles n'ont pas toujours de caractère pathologique
- Caractérisées par une anxiété intense provoquée immédiatement et systématiquement lors de l'exposition à un objet ou à une situation spécifique
- Cette exposition est souvent appréhendée (anxiété anticipatoire) et parfois évitée



Phobies spécifiques : différents types

- **Types :**
 - Animaux (Oiseaux , souris , araignées , ...)
 - Environnement naturel (hauteurs , tonnerre , eau)
 - Sang , injections : la réaction physiologique est souvent de type vagale (Lipothymie) contrairement à la réaction adrénargique des autres types de phobie
 - Situations (endroits clos , avions)
- **La dimension pathologique est le plus souvent liée à la gravité des évitements**
- **Le traitement repose sur des techniques de déconditionnement (Exposition progressive aux situations phobogènes)**

Phobies : principes de l'exposition

- **OBJECTIFS DÉFINIS ET LIMITÉS**
- **PROGRESSION PAR ÉTAPES**
- **EXERCICES FRÉQUENTS ET RÉGULIERS (QUOTIDIENS SI POSSIBLE)**
- **DÉFINITION DES PARAMÈTRES (Quand ? Avec qui ? Combien de temps ?)**
- **IMPLIQUE UNE CONFRONTATION À L'ANXIÉTÉ LA PLUS LONGUE POSSIBLE**
- **AUTO - ÉVALUATION SYSTÉMATIQUE**

Les troubles obsessionnels-compulsifs 1/2

- **Début progressif dans l'enfance ou l'adolescence ; consultation souvent tardive**
- **Deux principaux types de symptômes , isolés ou associés :**
 - **LES OBSESSIONS :** Intrusion subite de pensées d'impulsions ou d'images inappropriées entraînant un inconfort notable du fait de leur caractère anxiogène ou inacceptable
 - **LES COMPULSIONS :** Comportements ou actes mentaux (compter , prier) répétitifs que le sujet est poussé à accomplir pour diminuer son anxiété

Les troubles obsessionnels-compulsifs 2/2

- **Le patient reconnaît la nature pathologique de ses troubles**
- **Les troubles interfèrent avec les activités du patient (> 1h /jour) et sa vie affective (50% de célibataires)**
- **Comorbidité : Tics , dépression , schizophrénie , troubles des conduites alimentaires (Femme)**
- **Formes invalidantes « Lenteur obsessionnelle primitive » indication éventuelle de chirurgie**



Troubles obsessionnels-compulsifs : traitement

- Objectifs réalistes car symptomatologie difficile à traiter et régression souvent partielle des symptômes
- Antidépresseurs sérotoninergiques à doses progressivement croissantes (ISRS jusqu'à 60 - 80 mg/j) ; délai d'action souvent prolongé (6 - 8 semaines) ; Anafranil ® au besoin par voie IV
- Thérapies cognitivo-comportementales : Exposition aux intrusions obsédantes , arrêt de la pensée , prévention des rituels
- Psychochirurgie dans les cas les plus invalidants

L'anxiété généralisée 1/2

- Évolution chronique (> 6mois)
- Début à l'âge adulte , parfois à l'occasion d'un stress ou d'un changement important
- Appréhensions continues concernant la vie quotidienne (travail , famille , argent , santé , ...) avec surestimation des probabilités de survenue d'évènements négatifs mais néanmoins réalistes
- Contrairement au TOC il n'y a pas de lutte anxieuse contre ces inquiétudes

L'anxiété généralisée 2/2

- Les cognitions anxieuses ont un caractère incontrôlable, à l'origine de troubles de l'attention et de la concentration
- Elles s'accompagnent de symptômes d'hypervigilance (insomnie , tension musculaire parfois douloureuse , réactivité accrue , fatigabilité , hyperactivité , agitation)
- Les patients ont souvent une longue histoire de troubles fonctionnels : céphalées , troubles digestifs , rachialgies , insomnie ,

Anxiété généralisée : traitement

- **PSYCHOLOGIQUE** : Relaxation , gestion du stress , thérapie cognitive
- **PHARMACOLOGIQUE** :
 - BENZODIAZÉPINES : Durée limitée
 - BUSPIRONE (Buspar ®) : Effet progressif
 - ANTIDÉPRESSEUR (Effexor ® , Deroxat® , Seroplex ®)
- **SUIVI PRÉVENTIF** : Risque de développement ultérieur de dépression ou de troubles anxieux spécifiques



V. LES PATHOLOGIES POST-TRAUMATIQUES

Ces pathologies font suite à des situations extrêmes où le sujet est témoin ou victime d'une confrontation avec un évènement impliquant un risque pour sa vie ou une menace de mort, une blessure importante ou une atteinte majeure à son intégrité corporelle ou psychologique.

Dans tous les cas la réponse du sujet se caractérise par un sentiment intense de peur, d'horreur ou de désespoir

Les pathologies post-traumatiques et réactionnelles dans le DSM IV

- Réactions spécifiques aux évènements majeurs :
 - La réaction aigüe de stress (48h00 à 4 semaines)
 - Le trouble de stress post-traumatique (> 1 mois)
- Réactions ne rentrant pas dans le cadre de pathologies avérées : troubles de l'adaptation
 - Avec humeur dépressive
 - Avec humeur anxieuse
 - Avec humeur anxieuse et dépressive
 - Avec troubles des conduites
 - Avec autres symptômes

Autres conséquences psychiatriques possibles d'un traumatisme psychique

- État dépressif majeur
- Trouble panique
- Trouble phobique
- Anxiété généralisée
- Addictions

La réaction aigüe de stress 1/2

- L'évènement traumatique est caractérisé :
 - Par une menace de mort ou d'altération physique dont le sujet est victime ou témoin
 - Par une réaction émotionnelle intense
- L'évènement est suivi rapidement de l'apparition de symptômes dissociatifs : confusion, sidération, amnésie totale ou sélective, sentiment d'engourdissement, d'anesthésie, de détachement, déréalisation, dépersonnalisation



La réaction aigue de stress 2/2

- L'événement traumatique est revécu de façon répétitive (réminiscences , pensées , rêves , impressions , impulsions , flash-backs) de façon spontanée ou provoquée par des stimuli spécifiques que la patient tente d'éviter
- Il existe un état d'alerte anxieux permanent et un retentissement fonctionnel
- La réaction est limitée (48 heures à 4 semaines) et tend à s'atténuer avec le temps

La chronicisation des troubles : le syndrome de stress post-traumatique

- Évolution de plus d'un mois dominée par le syndrome de répétition et les reviviscences
- Tendance à revivre le traumatisme sous forme essentiellement sensorielle et émotionnelle
- Hyper - réactivité aux stimuli évoquant le traumatisme , évitement phobique et émoussement de la réactivité émotionnelle aux autres stimuli
- Hypervigilance , réactions de sursaut

Traitement des pathologies post-traumatiques

- À la phase aigue : éviter les benzodiazépines et prescrire des beta-bloqueurs
- Importance des cellules d'assistance médico-psychologiques et intérêt limité du *debriefing*
- Dans les formes chroniques :
 - Antidépresseurs ISRS
 - Psychothérapies type TCC
 - Psychothérapies psychodynamiques
 - Intérêt potentiel de l'hypnose et de m'EMDR ?

VI. CARACTÉRISTIQUES COMMUNES À L'ENSEMBLE DES TROUBLES ANXIEUX

Le terme de troubles anxieux remplace celui de troubles névrotiques dans les travaux de psychiatrie moderne mais ne lui est pas entièrement synonyme .
Les troubles anxieux sont les plus fréquents des troubles psychiatriques . Ils sont souvent associés entre eux et avec les états dépressifs majeurs et partagent avec ces derniers des facteurs de prédisposition génétique et psychologique communs



Troubles anxieux ou troubles névrotiques ?

- Le terme de « névrose » est ancien : il a été introduit par William Cullen en 1769
- La notion de névrose utilisée par Freud et les psychanalystes à la fin du 19^e recouvre :
 - Une théorie basée sur l'importance de l'inconscient
 - La description de symptômes et de mécanismes psychopathologiques dits « de défense »
 - La description de syndromes cliniques
- Les classifications du 20^e se veulent athéoriques et purement descriptives : les troubles anxieux y sont les mêmes que les syndromes cliniques décrits par Freud et ses prédécesseurs

Troubles anxieux : fréquence

- PRÉVALENCE SUR LA VIE : 15 – 20 %
- PRÉVALENCE DANS LES CABINETS DE MÉDECINE GÉNÉRALE : 25 – 35 %
- ASSOCIATION AUX TROUBLES DÉPRESSIFS DANS PLUS DE 50% DES CAS
- LEUR PRESENCE AUGMENTE LES RISQUES CARDIO ET CÉRÉBRO – VASCULAIRES
- LEUR COÛT MÉDICO – SOCIAL EST PLUS ÉLEVÉ QUE CELUI DE LA DÉPRESSION OU DE LA SCHIZOPHRÉNIE DU FAIT NOTAMMENT DES CONSULTATIONS RÉPÉTÉES EN MÉDECINE GÉNÉRALE OU SPECIALISÉE QUI PRÉCÉDENT LEUR DIAGNOSTIC

Troubles anxieux : modalités évolutives

- Manifestations anxieuses dans l'enfance et/ou traits de personnalité pathologique (évitement , dépendance , obsessionnalité , insécurité , ...)
- Déclenchement et /ou exacerbation des troubles par des évènements vitaux significatifs
- Comorbidité fréquente des troubles anxieux entre eux et avec d'autres troubles : abus , dépendance (alcool) , dépression surtout
- Évolution chronique (1/3 des cas) pouvant entraîner des états d'invalidité sévères

Troubles anxieux : limites médicales

- Hyperventilation , spasmophilie , tétanie
- « Hypoglycémie » avec glycémie normale
- Prolapsus de la valve mitrale
- Asthénie neuro - circulatoire
- Syndrome du colon irritable
- Fatigue chronique , intolérance à l'effort
- Fibromyalgie , syndrome d'hypersensibilités multiples aux agents chimiques ,



Troubles anxieux : modalités d'action des antidépresseurs

- Agissent en dehors de toute symptomatologie dépressive associée
- Posologies et délais d'action sont similaires à ceux observés dans la pathologie dépressive
- Dans les troubles obsessionnels - compulsifs les posologies et les délais d'action sont supérieurs à ceux connus dans la dépression
- Le traitement doit être prolongé (6-8 mois) et arrêté de manière progressive

BIBLIOGRAPHIE

- Boulenger J.P. et coll. *Troubles anxieux et troubles de l'adaptation* . Programme du DCEM du collège national universitaire de psychiatrie (<http://www.univ-rouen.fr/>)
- Boulenger J.P. *De la névrose aux troubles anxieux et les troubles panique* . In : *Traité de psychiatrie de l'adulte et de l'adolescent* . Guelfi J. et Rouillon F. (Eds) . Paris , Masson , 2007
- Ladouceur R. Marchand A. Boisvert J.M. *Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale* . Paris , Masson , 1999

