

L'anxiété et les troubles anxieux

I. Définitions

- Peur

Emotion ressentie dans une situation que l'on considère comme dangereuse

- Anxiété

S'exprime comme une émotion, mais elle est plus diffuse. C'est une inquiétude par rapport à l'avenir. C'est une appréhension

Quelque chose à bas bruit

- Angoisse

Forme aigue d'anxiété (crise de panique)

Elle peut survenir sans raison objective.

Elle est très violente mais s'atténue rapidement

- Stress

Réactions biologiques de l'organisme à des agressions.

Cette réaction se produit aussi bien pour des agressions psychologiques que physiques.

C'est une réaction adaptative.

Stress : Comment vais-je faire face ?

Anxiété : Et si je n'arrivais pas à faire face ?

Dépression : Je ne suis pas capable de faire face

II. Anxiété : phénomène normal

C'est une émotion qui se décline sur 3 registres :

- ❖ psychologique
- ❖ physique

Palpitations, augmentation TA

Hyperventilation, essoufflement

Tension musculaire, tremblements

Troubles digestifs, urinaires

Maux de tête, douleurs musculaires

Insomnie, fatigue, intolérance à l'effort

Troubles de concentration et de mémoire

Modifications sensorielles (sensations vertigineuses)

- ❖ comportemental

Les symptômes : appréhension, anticipait on, inquiétude, tension, peur, irritabilité, impatience, angoisse, panique

Comportement : inhibition, agitation, maladresse, fuite, évitement, compulsions (rituels, manies, recherche de réassurance d'aide ou de sédation, alcoolisation), agressivité

Les émotions ont un rôle adaptatif:

- révéler et peut-être favoriser des états intérieurs
- communiquer avec l'entourage et susciter des réactions de sa part
- mettre notre organisme en état d'alerte et même réagir à une situation nouvelle

Les expressions sont analysables, notamment par leurs composantes musculaires. Elles jouent un rôle dans la communication sociale.

Impact sur l'expérience subjective

L'anxiété est un système d'alarme. Il en existe d'autres ; toux, douleur, la peur, l'immunité

III. De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique

Les peurs pathologiques = une alarme dérégulée :

Trop grande sensibilité du système

Réponse excessive de par son intensité, sa durée ou sa répétition

Mise en marche spontanée (crise de panique) ou immotivée

Les peurs pathologiques :

Phobie = peur excessive spécifique à un objet ou à une situation

Agoraphobie = peur de la foule, grands espaces -> peur de la peur

Phobie sociale : peur des autres, du jugement des autres

Obsession = peur d'une pensée particulière qui est absurde

Retour de la peur : le stress post-traumatique

On constate une augmentation de l'anxiété chez les sujets jeunes adultes. Cette augmentation est peu liée aux facteurs socio-économiques mais plutôt à la diminution des connections sociales et à la surestimation des dangers environnementaux via l'influence de médias.

IV. Le cout économique de l'anxiété, du stress et des troubles anxieux

Troubles psychiatriques les plus fréquents

Début précoce + augmentation chez les jeunes

Examens complémentaires multiples

V. Anxiété : facteurs étiologiques

Le stress : anxiété réactionnelle, les troubles d'adaptation

Les affections médicales : thyroïdiennes, cardio-vasculaires, métaboliques...

Les toxiques : caféine, stimulants, alcool, drogues, certains médicaments

Troubles psychiatriques : dépression,...

Les troubles anxieux ou névritiques

VI. Les peurs phobiques entre anxiété normale et anxiété pathologique

Acrophobie = peur des hauteurs

Musophobie = souris

Ailourophobie = peur des chats

Siderodromophobie = peur des chemins de fer

Sitiophobie = peur de vomir

Peurs normales de l'enfant :

Avant 6 mois : bruits, perte d'appuis

6 mois -> 1 an : visages inconnus

1 an -> 2 ans : séparation

2 -> 4 ans : animaux, obscurité

5 -> 8 ans : éléments naturels, blessures, étires surnaturels

9 -> 12 ans : mort, événements médiatiques

Peur normale ou phobique ?

Normale	Phobique
Emotion	Maladie
Contrôlable	Incontrôlable
Intensité limitée	Intensité sévère
Cause objective	Cause subjective
Evitement modéré	Evitement constant
Handicap léger	Handicap majeur
Pas d'anticipation	Anticipation
Diminue en cas de confrontation	Persiste malgré les confrontations

VII. La cause des phobies simples

Traumatismes, stress

Conditionnement

Mauvaise gestion de l'anxiété

Education, imitation parentale
Prédisposition génétique

La phobie du sang :

Souvent liée à la phobie des maladies, des hôpitaux, des procédures invasives

Elle est fréquemment familiale

La stimulation sympathique est suivie d'une réaction vagale avec bradycardies, sueurs, nausées, syncope

L'exposition peut être envisagée en position allongée

La relaxation doit être remplacée par des exercices de tension musculaire

VIII. L'anxiété aiguë : la crise de panique et le trouble panique

1. Caractéristiques

Début brutal (maxi 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

2. Les peurs lors de la crise d'angoisse

Peur de mourir, d'avoir un infarctus, un AVC

Peur de perdre la 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

3. Conduite à tenir

Disponibilité (même téléphonique)

Isolement, dédramatisation, verbalisation

Réassurance (examen physique)

Refocalisations de l'attention (interrogatoire)

Mesure de contrôle respiratoire

Si nécessaire, anxiolytique par voie orale : diazepam (Valium) 10 mg

Voie intramusculaire : inutile et nuisible (pique = anxiogène)

4. Causes

Secondaires à une situation de stress

Provoquées par une situation phobogène

D'origine toxique, médicale ou iatrogène
Par amplification progressive de l'anxiété
Crises spontanées du trouble panique

Trouble panique

Lorsque les crises de panique se répètent elles peuvent devenir des troubles paniques.

- Prédilection (biologique, psychologique)
 - Stress, événement de vie
 - Attaques de paniques spontanées (spasmophilie, malaises, angoisses)
 - Anticipation : agoraphobie

5. Les peurs des agoraphobes

Conduite automobile

Magasins, centres commerciaux, cinéma

Avion, transports en commun

Etre seul ou loin d'un pôle de sécurité

Etre dans la foule ou faire la queue

Etre enfermé ou loin d'une sortie

Ponts, tunnels, escaliers roulants, ascenseurs

Grands espaces, vide, hauteurs

Coiffeur, dentiste, médecin, hôpital

IX. Les formes chroniques d'anxiété pathologique

1. Anxiété sociale

L'anxiété sociale est normale et adaptative.

75% des phobiques sociaux rapportent une timidité excessive au cours de leur enfance.

a. Les situations

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

Etre interpellé, avoir à répondre

Etre présenté, être le centre d'attention

Participer à des réunions familiales, sociales ou professionnelles

b. Aspects cognitifs

Peur de présenter des symptômes d'anxiété

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...

c. Evolution

Début dans l'enfance ou surtout à l'adolescence

Evolution prolongée sans traitement des premières consultations pour dépression ou alcoolisme

Impact fonctionnel important (célibat, sous qualification, évitement des interviews)

Faible taux d'amélioration spontanée

2. Le TOC et les obsessions

a. Les obsessions

Idées, images ou impulsions récurrentes, involontaires et incontrôlables, faisant intrusion dans la conscience

Considérées comme absurdes par le sujet qui, du fait de leur caractère inacceptable ou anxiogène, cherche à y résister ou à les neutraliser

Le sujet reconnaît que ses obsessions sont le produit de ses propres pensées.

b. Les compulsions ou rituels

Pensées répétitives et stéréotypées dirigées vers un but intentionnel survenant en réponse à une obsession

Destinés à neutraliser les obsessions ou à éviter le sentiment de malaise ou d'anxiété associé

Impliquent souvent l'entourage

Le sujet reconnaît que son comportement est excessif

c. Aspects cliniques des troubles obsessionnels - compulsifs

Les troubles interfèrent avec les activités et/ou sa vie socio-affective

Comportements : lavages, vérifications, ordre, comptage, symétrie, collection, accumulation, rétention

Rituels cognitifs : comptages, prières, doutes

Formes obsessionnelles pures : ruminations

Forme grave : « la lenteur obsessionnelle primitive »

d. Compulsivité vs impulsivité

Impulsivité impossibilité de différer une conduite

Par rapport à la compulsivité, l'impulsivité est : plus spontanée, plus dangereuse, moins dénuée de sens, tournée vers le plaisir, orientée vers la gratification

3. Anxiété généralisée

Les intrusions cognitives de l'anxiété généralisée

Inquiétudes incontrôlables, ruminations

Rationnelles : pas de caractère absurde

Sujets multiples relatifs à la vie quotidienne : travail, santé, famille, argent...

Etat de tension et d'alerte (hypervigilance)

Intolérance à l'incertitude

Insomnie, fatigue

Hypervigilance :

Impatience, tension, nervosité

Irritabilité, fatigabilité

Difficultés de concentration, trous de mémoire

Tension musculaire : céphalées, douleurs rachidiennes

Insomnies d'endormissement, réveils nocturnes

Autres symptômes fonctionnels :

Troubles digestifs

Eréthisme cardiaque

« Les pétales de son esprit étaient comme repliés par la peur »

Aspect évolutif

De nombreux patients disent qu'ils ont toujours été des inquiets ou des pessimistes

D'autres décrivent le début de leurs troubles anxieux après un stress ou un épisode dépressif

Le plus fréquemment l'évolution du TAG est chronique et fluctuante

Le risque de dépression est important

Les patients ont souvent une longue histoire de consultation de médecine générale pour des troubles fonctionnels divers

4. Hypochondrie

Inquiétudes portant seulement sur la santé physique

Interprétation erronée des symptômes somatiques

Comportements pathologiques : vérification, réassurance, visites et examens médicaux

Conviction d'être déjà atteint d'une maladie et une peur d'en être atteint dans l'avenir

Phobie des maladies

Peur déclenchées immédiatement et systématiquement par une situation spécifique

Associée à la peur des blessures, des hôpitaux, des médecins, de la mort, et parfois du sang