

LES NEVROSES

Dr Nicolas FRANCK
Service du Pr. TERRA,
Centre Hospitalier Le Vinatier

Plan

- I - Introduction
 - I-1 généralités
 - I-2 diagnostic différentiel
 - I-3 étiopathogénie
 - I-4 traitement
- II - Phobies
 - II-1 généralités sur les phobies
 - II-2 agoraphobie
 - II-3 phobie sociale
- III - Obsessions et compulsions
- IV - Hystérie
- V - Anxiété

I - Introduction

I-1 Généralités

Généralités

- Le terme névrose a été créé par **W. Cullen** vers 1770 pour caractériser la pathologie du comportement et du ressenti ne s'accompagnant pas de fièvre ou de lésion organique. Cette définition distinguait déjà les névroses des troubles neurologiques organiques
- Depuis, l'usage du terme a été restreint : il désigne actuellement des **troubles durables d'expression physique ou psychique**, n'ayant **pas de cause organique lésionnelle**, étant **reconnus par le sujet comme pathologiques** et **n'affectant pas sévèrement le sens de soi et de la réalité**

I-2 Diagnostic différentiel

Diagnostic différentiel

- **Psychoses**: le sens de soi et de la réalité sont fortement altérés. Pas de conscience des troubles.
- **Troubles de la personnalité**: anomalies permanentes de la relation au monde et aux autres se manifestant dans la perception que le sujet en a, ainsi que dans ses réactions affectives ou comportementales. Comme dans les névroses les troubles sont durables, mais ils sont **égosyntoniques** (c'est-à-dire qu'ils s'inscrivent dans le mode de fonctionnement habituel du sujet)
- Symptômes transitoires secondaires à un **stress aigu psychique ou physique** (affection organique, iatrogénie...)

I-3 Etiopathogénie

Etiopathogénie

- Le terme **névrose**, dans la **conception psychanalytique** désigne une maladie psychogène secondaire à un conflit psychique inconscient opposant les pulsions du *ça* et les interdits du *surmoi*. Selon **Freud**, les symptômes des patients sont destinés à neutraliser l'anxiété. Celle-ci reste flottante dans la **névrose d'angoisse**; elle se déplace sur le corps dans la **névrose hystérique**, sur un objet ou une situation dans la **névrose phobique** ou sur une idée dans la **névrose obsessionnelle**.
- D'autres théories font référence aux phénomènes d'apprentissage pouvant être à l'origine des symptômes (**approche cognitivo-comportementale**).
- L'expression **troubles anxieux** est athéorique (DSM-IV)

Etiopathogénie

- L'étiologie est probablement **multi-factorielle**
- Elle impliquerait des facteurs psychologiques, des facteurs environnementaux, mais aussi une prédisposition biologique.
- Par commodité, on peut distinguer 3 niveaux de responsabilité:
 - **Facteurs de vulnérabilité** (qui prédisposent le sujet)
 - **Facteurs déclenchants** (qui favorisent l'entrée dans la maladie)
 - **Facteurs d'entretien** (qui s'opposent à la guérison)

Facteurs de vulnérabilité

- **Caractère familial** des troubles anxieux : 15% des parents au 1^{er} degré des patients souffrent eux-mêmes de troubles anxieux
- Augmentation du risque chez les jumeaux de patients (Kendler, 2001)
- Production d'attaques de panique par injection de lactate de sodium (pouvant être prévenues par l'injection préalable d'alprazolam ou d'imipramine). Ceci montre que des **facteurs biologiques** sont impliqués dans la genèse de l'anxiété.
- On ne peut pour autant réduire l'anxiété à un phénomène purement somatique (**composante psychique**)



Facteurs de vulnérabilité

- Facteurs familiaux:
 - **environnement** familial ou social instable ou peu étayant : **perte** d'un parent (décès) ou séparation (divorce, absence prolongée) ou sensation de ne pas être aimé
 - **stress** sévère durable (pathologie chronique, diff. sociales ou prof.)
 - **traumatisme** physique ou psychique
 - parents violents, trop exigeants, trop protecteurs ou peu étayants
- Facteurs de **personnalité** (modalités stables selon lesquelles le sujet est en relation avec son environnement et avec lui-même. L'ensemble des traits de personnalité - ou structure de personnalité - peut être cause et conséquence des troubles mentaux. Chaque personnalité pathologique est définie par l'association de certains traits pathologiques de pers.)
 - anxiété chronique, dysthymie (symptômes dépressifs présents en permanence)
 - dépendance à l'égard d'autrui, angoisse de séparation, passivité
 - trouble de l'affirmation de soi, peur excessive d'autrui
 - méticulosité, perfectionnisme, psychorigidité

Facteurs déclenchants

- Début souvent insidieux, sans facteur déclenchant notable.
- Parfois, le début des troubles est précédé par une situation ou un événement déclenchant :
 - traumatisme physique : agression, maladie, accident, etc.
 - traumatisme psychique : perte (ou atteinte physique) d'un être cher, divorce, licenciement, etc.
 - stress chronique : difficultés familiales ou professionnelles, affection chronique, etc.

Facteurs d'entretien cognitifs

- **croyances irréalistes** : par ex. la peur de devenir fou, de perdre le contrôle de soi ou de mourir suscite un sentiment de catastrophe imminente, à l'origine de l'angoisse.
- **anxiété anticipatoire** : après une crise d'angoisse (ou attaque de panique = AP), la peur de revivre une expérience aussi désagréable provoque l'apparition de l'anxiété avant même que la situation anxiogène se produise. Elle suscite la **fuite** et l'**évitement**, eux-mêmes facteurs d'entretien

Facteurs d'entretien comportementaux

- dans les phobies, la **fuite** entraîne un soulagement (récompense), ce qui encourage la répétition de ce comportement (renforcement positif)
- dans les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le **rituel** procure ce soulagement (renforcement positif)

Autres facteurs d'entretien

- **Bénéfices secondaires** : l'entourage assume certaines tâches du patient, d'où une diminution de ses responsabilités et un soulagement (renforcement positif)
- **Facteurs situationnels** : facteur augmentant le niveau global d'anxiété (mésentente conjugale, insatisfaction professionnelle, prise de toxiques, manque de repos ou d'exercice)

I-4 Traitement

Préalable au traitement

- S'efforcer de **soulager** le patient et lui permettre de recouvrer un mode de vie satisfaisant
- **Informer** le patient sur sa maladie. L'absence d'information claire (nature et conséquences de la maladie) peut accentuer les craintes irrationnelles des patients entraînant des comportements irrationnels ou dangereux (non observance, errance médicale, automédication par différents toxiques...)
- Prévenir le patient (pour éviter une éventuelle déception ultérieure) qu'une rechute sera possible et que des symptômes résiduels pourront persister
- Acquérir la **confiance** du patient mettre en place une relation thérapeutique basée sur la **collaboration**.

Principes du traitement

- **Hygiène de vie**: arrêt des toxiques (cannabis, alcool, caféine, cocaïne, benzodiazépines détournées de leur usage, etc.), instauration d'un rythme de vie moins trépidant et d'une pratique régulière d'exercice physique
- **Relaxation**: utilisée en particulier en association avec les techniques cognitivo-comportementales
- **Traitement psychothérapeutique et pharmacologique**

Indications des techniques psychothérapeutiques

- **Symptôme phobique, obsessionnel ou anxieux** n'étant pas associé à un trouble de personnalité (indication idéale, pouvant être élargie) : **thérapie cognitivo-comportementale (TCC)**.
- **Phobie sociale : affirmation de soi**. Elle consiste à apprendre au patient à mieux communiquer ses pensées et ses émotions et à se faire respecter tout en respectant les autres
- **Sujet capable d'introspection désireux de faire une démarche sur lui-même** : **psychothérapie analytique ou d'inspiration analytique**. Pas de cible symptomatique, bénéfice attendu sur la connaissance de soi, la gestion de ses relations transférentielles
- **Interactions familiales perturbées** : **psychothérapie familiale**. Lorsque les différents membres de la famille souhaitent s'investir dans un travail en commun. Dans les autres cas : engagement de la famille dans le soin du patient (lorsque c'est nécessaire et que celui-ci l'accepte)

Traitement pharmacologique

- **Antidépresseurs** : antidépresseur tricyclique (ADT) ou inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS). **Prévention des AP**, mais pas d'effet sur l'anxiété anticipatoire ni sur l'évitement dans les phobies. Dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC), **effet sur les pensées obsédantes et la dépression associée, mais pas sur les rituels**
- **Benzodiazépines** : effet rapide sur l'anxiété, mais **pas d'effet préventif des AP, ni d'effet sur les obsessions ou les compulsions**. Indiquées quand le niveau d'anxiété est très élevé, dans le but de favoriser les effets des autres mesures thérapeutiques. Limiter la durée de prescription.
- **Bêta-bloquants** : ils limitent les effets de l'anxiété sur le système sympathique. Ils sont utilisés en appoint dans la phobie sociale et le trouble anxieux généralisé (TAG)

Traitement cognitivo-comportemental

- **Action sur le discours intérieur** du patient : lui apprendre à le modifier, après lui avoir fait prendre conscience de son existence et de son rôle dans la genèse et le maintien des symptômes
- **Exposition progressive** in vivo ou en imagination : le patient est confronté progressivement à des situations de plus en plus anxiogènes (son accord est indispensable), ce qui permet de l'habituer progressivement à ces situations qui ne susciteront progressivement plus les mêmes émotions négatives
- **Prévention de la réponse**: le patient est placé dans une situation entraînant habituellement une réponse comportementale stéréotypée que l'on va interdire

II - Phobias

II-1 Généralités sur les phobies

Définition

- **Peur** excessive ou inappropriée d'un **objet** ou d'une **situation**.
- Cette peur n'est pas déclenchée par les pensées du sujet (à la différence des obsessions), mais le danger hypothétique est situé à l'extérieur de lui.
- Elle entraîne un comportement inadapté (**évitement**).
- Le patient a **conscience** du caractère inadapté du trouble.

Généralités sur les phobies : diagnostic

- **Stimuli phobogènes** : objet, personne, situation vécus par le sujet comme dangereux alors qu'objectivement ils ne sont pas menaçants pour lui.
- **Anxiété** quand le sujet y est confronté ou quand il risque d'y être confronté (anxiété anticipatoire) :
 - émotion : **peur** (avec composantes physique et psychique)
 - **pensées** : idée d'être attaqué, humilié, de mourir
- **Comportement** : son but est de prévenir l'apparition

Généralités sur les phobies : diagnostic

- **Evitement** : le sujet fait en sorte de ne pas se retrouver confronté aux stimuli phobogènes.
- Cela peut entraîner un **handicap social** marqué.
- Conséquence possible : **état dépressif secondaire**.
- Objets **contraphobiques** (proche, médicament...) permettant au sujet d'affronter les situations.
- Etiologie : conditionnement lors d'une expérience initiale traumatique (**théorie de l'apprentissage**) ou refoulement et déplacement: l'objet phobogène a pris la place d'un autre et est projeté sur l'extérieur (**théorie psychanalytique**)

Diagnostic différentiel des phobies

- **Peur banale** (continuum avec les phobies) : stimulus faisant partie des signaux de danger selon les normes sociales, pas de retentissement significatif sur le fonctionnement du sujet.
- **Phobies atypiques** (symptômes des psychoses) : objets phobogènes mal définis, mystérieux, délirants, à l'origine d'une angoisse massive inaccessible à la réassurance.
- **Obsessions phobiques** : la crainte n'est pas liée à un objet extérieur mais à des pensées du sujet ; c'est la peur d'agir de manière inadaptée, grossière ou délictueuse (peur de nuire aux autres et non pas peur pour soi-même) ; l'évitement est impossible.

II-2 Agoraphobie

Généralités

- Littéralement, l'**agoraphobie** est la peur des places publiques.
- Cliniquement, elle se manifeste par une **peur des espaces vides ou envahis par la foule** (magasins, lieux publics).
- Elle est fréquemment associée à la **peur des espaces fermés** (ascenseur, tunnel, cinéma) ou **claustrophobie** et à la peur des moyens de transport (métro, train, bus, avion).
- Lorsqu'il est exposé à ces situations, l'agoraphobe souffre d'une peur intense (**attaque de panique**).

Attaque de panique

- Il s'agit d'une **crise d'angoisse aiguë** dont la survenue est brutale et l'anxiété maximale en quelques minutes. Elle se présente généralement comme un **accès bref** évoluant sur moins de 30 min.
- La sémiologie est constituée d'une association de **symptômes psychiques** et de **symptômes physiques**.
- Le sujet ressent une crainte de s'évanouir, de devenir fou, de perdre le contrôle de lui-même, une **impression de mort imminente** ou bien encore de modification de la réalité (dépersonnalisation, déréalisation).

Critères d'attaque de panique du DSM-IV

- L'attaque de panique (AP) est une **période bien circonscrite** au cours de laquelle le sujet ressent une peur ou un malaise très intense. Elle est caractérisé par au moins **4 de ces symptômes** dont l'intensité atteint son maximum en moins de 10 minutes :
 - (1) **palpitations**, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque
 - (2) **transpiration**
 - (3) tremblements ou secousses musculaires
 - (4) sensations de "souffle coupé" ou **impression d'étouffement**
 - (5) sensation d'étranglement
 - (6) douleur ou gêne thoracique
 - (7) nausée ou gêne abdominale
 - (8) **sensation de vertige**, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
 - (9) déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
 - (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
 - (11) **peur de mourir**
 - (12) sensations d'engourdissement ou de picotements
 - (13) frissons ou bouffées de chaleur

Attaque de panique

- D'autres symptômes anxieux peuvent être présents : impression d'avoir une boule dans la gorge, gorge sèche, déglutition difficile, douleurs épigastriques, hypotonie musculaire, jambes molles, difficultés de concentration, sensation d'être désorienté et confus, vision floue.
- Les symptômes physiques sont le résultat de perturbations du système nerveux autonome et d'une **hyperventilation**. Lorsque le sujet est anxieux, son organisme réagit par une accélération de la respiration qui devient aussi plus superficielle, ce qui entraîne l'apparition d'une **alcalose**.

Attaque de panique

- Les phénomènes physiques consécutifs à l'alcalose (tachycardie, sudation, lipothymie...) sont interprétés par le sujet comme des signes d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral.
NB: la crise n'entraîne pas en elle-même de telles conséquences
- Le comportement du sujet peut se caractériser par une **inhibition** ou à l'inverse par une **hyperactivité** stérile ou une expression émotionnelle intense (pleurs, rires, cris, etc.)
- On a parfois désigné ces crises par les expressions suivantes : spasmophilie, crises tétaniformes, crises hystériques ou dystonie neurovégétative.

Le trouble panique

- La répétition des AP constitue le trouble panique (TP)
- Il se caractérise par des AP récurrentes sévères et imprévisibles, alors même que le sujet n'est pas exposé à un danger réel ou à une situation particulière (sauf dans le cas des phobies associées au trouble panique)
- Chaque AP est caractérisée par des symptômes identiques.

Evolution du trouble panique

- Apparition d'une **anxiété anticipatoire** (peur de la survenue d'une nouvelle crise). Ceci peut se manifester par l'apparition d'une **anxiété généralisée** et par des conduites d'**évitement** (les circonstances de survenue du TP lui sont associées et tiendront lieu ultérieurement de stimulus phobogène).
- L'évolution peut se faire en quelques mois vers l'**agoraphobie** (le TP avec agoraphobie est l'évolution classique du TP) ou bien la récurrence des crises en fonction de facteurs de stress. Parfois, elle se complique de **consommation toxique** (alcoolisme, toxicomanie) ou de **dépression**.

Histoire naturelle de l'agoraphobie

- Apparition, généralement chez la **jeune femme**, d'une anxiété phobique dans les situations suivantes: foule, lieux publiques, voyages, déplacements seule.
- Les symptômes anxieux sont directement liés à la confrontation aux **situations phobogènes**.
- Les patients **évitent** les situations phobogènes.
- **Anxiété anticipatoire** liée à la peur de ne pas être secouru en cas de malaise.
- **Association fréquente au trouble panique**, mais aussi à la phobie sociale.
- Peut se compliquer de trouble dépressif.

Critère A d'agoraphobie du DSM-IV

Anxiété liée au fait de **se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper** ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se retrouver **seul en dehors de son domicile** ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

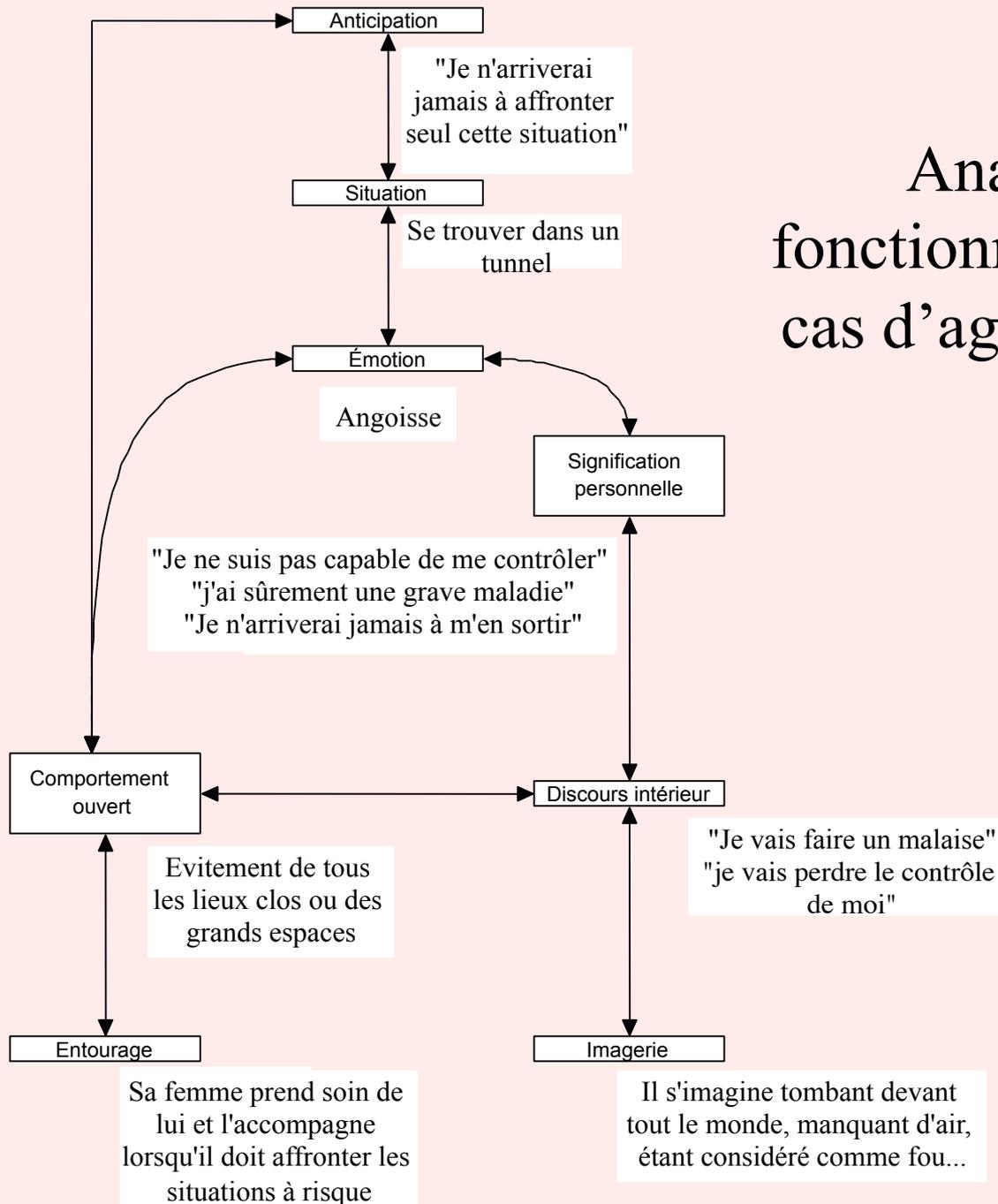
Critères B d'agoraphobie du DSM-IV

Les situations sont soit **évitées** (par exemple, restriction des voyages) soit **subies avec une souffrance intense** ou bien avec la crainte d'avoir une attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnement.

Critère C d'agoraphobie du DSM-IV

L'anxiété ou l'évitement phobique ne sont pas mieux expliqués par un **autre trouble mental**, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou une Anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

Analyse fonctionnelle d'un cas d'agoraphobie



Evolution naturelle de l'agoraphobie

- Le sujet a de plus en plus besoin d'être **accompagné** dans des lieux où il ne se risque plus seul
- Extension des conduites d'**évitement**
- Les troubles peuvent ainsi interdire la plupart des déplacements seul ; le sujet devient très **dépendant** de son entourage (le rôle de celui-ci est à éclaircir car il peut favoriser la persistance des troubles comme il peut aider le sujet à affronter les situations phobogènes. Il pourra être informé et impliqué dans les soins si le patient le souhaite)
- **Retentissement très important sur l'activité socio-professionnelle**

Traitement de l'attaque de panique

- Traitement chimique: anxiolytiques
- Traitement comportemental : **modification du rythme respiratoire**. Apprendre au patient à ventiler plus lentement (fréquence respiratoire à 8-10/minute) et plus superficiellement (l'hyperventilation est plus liée à la profondeur de la respiration qu'à sa fréquence). Manœuvre de **Valsalva** pour diminuer les conséquences cardiaques de l'anxiété
- Traitement cognitif: modification des attentes catastrophiques des patient

Traitement de l'agoraphobie

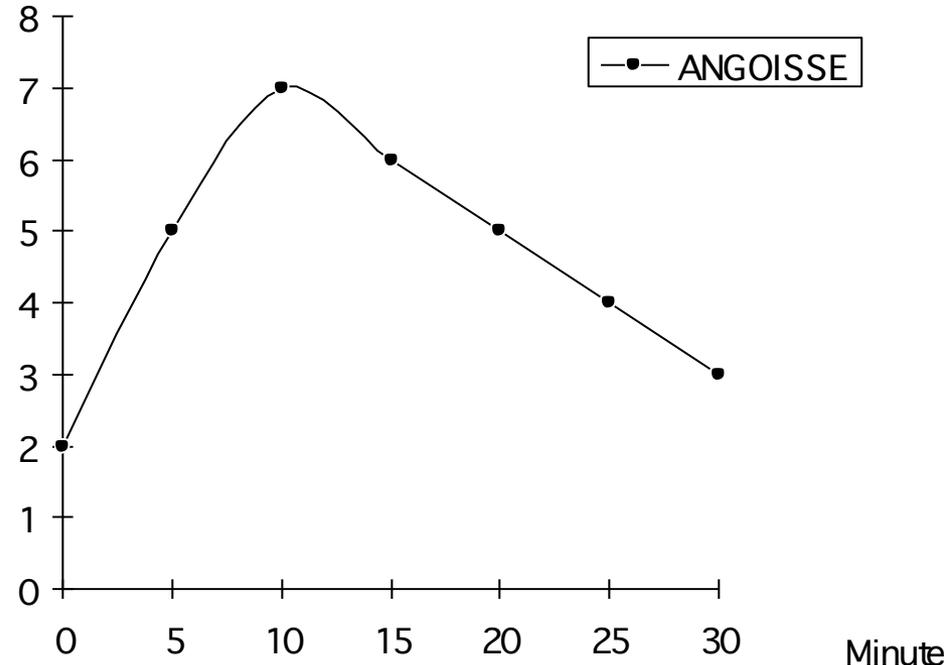
- Traitement pharmacologique: antidépresseur (clomipramine, citalopram)
- Traitement cognitif: mise en question des pensées automatiques et des postulats concernant le danger
- Traitement comportemental: exposition en imagination ou exposition in vivo

Traitement comportemental : exposition

Hiérarchie des situations phobogènes

- 100 - Concert.
- 90 - Ascenseur bloqué.
- 80 - Métro ou tunnel sombre.
- 70 - Bus ou restaurant le soir.
- 60 - Conduite de nuit.
- 50 - Grands magasins.
- 40 - Cinéma.
- 30 - Aller chez des amis le soir.
- 20 - Aller voir un hospitalisé.
- 10 - Aller au travail après les vacances

Evolution du niveau d'angoisse au cours d'une séance d'exposition



Le sujet est exposé à la situation la moins anxiogène jusqu'à ce que son angoisse diminue. Une fois qu'il est capable de l'affronter sans angoisse, on l'expose à la suivante.

II-3 Phobie sociale

Phobie sociale : introduction

- L'objet de la peur est représenté par les **situations d'interactions sociales** (rencontre, prise de parole en public, repas collectif, affirmation de son opinion)
- Représentations mentales : incapacité à affronter les autres suivie d'humiliation (le sujet anticipe qu'il **ne va savoir quoi dire**, qu'il **va rougir, s'embrouiller, être incapable de répondre**, qu'**on va se moquer de lui**).
- Il ne s'agit pas d'interprétations pathologiques car le sujet reconnaît ressentir de manière déformée l'attitude d'autrui (contrairement au paranoïaque qui est certain de son bon droit, de ses capacités et de la malveillance d'autrui)
- Sa performance objective ne s'en ressent pas nécessairement
- Les conduites de réassurance sont peu efficaces

Phobie sociale : épidémiologie et généralités

- Prévalence sur la vie de **2-5%** ou + (den Boer, 2000)
- Début dans l'enfance ou l'adolescence
- **Durée prolongée** en l'absence de traitement
- **Conséquences sociales et économiques** importantes : les sujets ne parviennent pas à terminer leurs études, souffrent d'un handicap professionnel et relationnel et d'un appauvrissement de leur qualité de vie.
- **Comorbidité** : dépression, autres troubles anxieux, alcoolisme, toxicomanie et troubles du comportement alimentaire

Clinique

- Les troubles sont secondaires à la **peur de l'opinion d'autrui**. Impression d'être observé et mal jugé par l'entourage en cas de comportement humiliant ou embarrassant.
- Peur de parler, de manger ou d'écrire devant les autres
- Peur de trembler, de transpirer, de rougir ou même de vomir en public
- Difficulté croissant avec le nombre et la position sociale des individus auxquels le sujet est confronté
- Plus le malaise s'accroît, plus le comportement s'altère et plus les symptômes anxieux s'accroissent
- Cercle vicieux: fuite, **anticipation** anxieuse puis **évitement**

Histoire de la maladie

- L'**adolescent** ou l'adulte jeune, qui a été un enfant timide et évitant les contacts sociaux, s'isole de + en + et évite de se confronter aux rencontres de groupe. Il n'est à l'aise que dans les petits groupes ou dans les relations interindividuelles. Il paraît **timide** et **maladroit** aux yeux des autres. Il n'y a généralement pas d'altération du niveau de fonctionnement scolaire ou professionnel ni des relations au sein de la famille.
- Le trouble peut devenir chronique et persister ou bien diminuer avec l'âge (du fait de l'habituation, chez des sujets ayant une phobie sociale modérée).
- Il peut conduire à l'abus d'alcool ou d'anxiolytique

Phobie sociale : critères diagnostiques du DSM-IV

- A. **Peur** persistante et intense d'une ou plusieurs **situations sociales** ou bien de situations de performances durant lesquelles le sujet est en **contact avec des gens non familiers** ou bien peut être exposé à l'éventuelle **observation attentive d'autrui**. Le sujet **craint d'agir** (ou de montrer des symptômes anxieux) **de façon embarrassante ou humiliante**
- B. L'**exposition** à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une **anxiété** qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par elle.

Phobie sociale : critères diagnostiques du DSM-IV (suite)

- C. Le sujet **reconnaît** le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- D. Les situations sociales ou de performance sont **évitées** ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses
- E. Les troubles **perturbent de façon notable** les habitudes de l'individu, ses activités sociales, relationnelles ou professionnelles ou bien s'accompagnent d'une souffrance importante

Phobie sociale : critères diagnostiques du DSM-IV (suite)

- G. Les troubles ne peuvent être expliqués par la prise d'une substance, une affection médicale générale ou un autre trouble mental
- H. En cas de comorbidité, la peur est indépendante du trouble associé (par ex, un sujet parkinsonien redoutant de trembler ou une anorexique mentale redoutant de révéler un comportement alimentaire anormale)

Etiologie: facteurs de vulnérabilité

- Peu de données génétiques
- Influence probable du milieu familial et en particulier du **caractère sévère et dominateur des parents**
- **Personnalité évitante** (crainte de l'opinion d'autrui, hypersensibilité à l'humiliation, à la honte et au rejet)

Etiologie: facteurs déclenchants

- Facteurs situationnels
- Début souvent à l'adolescence

Etiologie: facteurs d'entretien

- Facteurs **cognitifs** : peurs irréalistes par rapport à l'opinion d'autrui. Le sujet a peur qu'autrui l'observe, qu'il voit son malaise et qu'il le juge négativement.
- Facteurs **comportementaux** : **évitement** généré par l'**anxiété anticipatoire**; renforcement positif (soulagement consécutif à la **fuite** et l'évitement) accentuant l'évitement
- Autres facteurs d'entretien : facteurs de stress chronique

Facteurs cognitifs selon Beck

- Il existerait des **schémas cognitifs** de danger, fonctionnant de façon automatique, en dehors du champ de la conscience. Ces schémas filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs des expériences vécues (menace sociale) et en excluant les aspects positifs.
- Ces schémas seraient à l'origine de **postulats** (ensemble de règles implicites inflexibles tels «on devrait toujours être aimé par les autres») conscients ou pré-conscients soutenant les pensées, les émotions et le comportement du sujet. Des **pensées automatiques** négatives («tu es ridicule») seront ainsi générées du fait de **distorsions cognitives** (inférence arbitraire, généralisation, abstraction sélective, personnalisation, minimisation, magnification) filtrant l'information au travers des schémas cognitifs de danger.

Traitement

- Pharmacologique: destiné principalement aux complications ou aux manifestations physiques de l'anxiété (bêta-bloquant) ; traitement de fond (IRS ?)
- Traitement cognitif et comportemental: faire prendre conscience au patient de son discours intérieur puis l'aider à le modifier; exposition aux situations phobogènes ; **affirmation de soi** (concept d'assertivité et utilisation du jeu de rôle)

Techniques d'affirmation de soi

- Disque rayé
- Ecran de brouillard
- Recherche de l'information disponible
- Affirmation négative
- Enquête négative
- Techniques de compromis
- Savoir parler de soi

III - Obsessions et compulsions

Historique

- **Falret** (XIX^{ème} siècle) : folie raisonnante
- **Janet** (1903) : psychasthénie et obsessions
- **Freud** (*l'homme au rat, l'homme au loup*, 1905) : névrose obsessionnelle. Compromis entre les tendances anales et sadiques et les interdits du *surmoi*. Les préoccupations sont déplacées (accumulation et ordre au lieu de rétention ; persécution de soi-même et rituels au lieu de sadisme) ou inversées (souci de propreté au lieu de souillure ; peur de faire quelque chose au lieu de l'envie d'agresser).
- **Marks** (1988) et comportementalistes : trouble obsessionnel compulsif. Les obsessions sont des réponses conditionnées se manifestant sous la forme de pensées automatiques qui sont des appréciations négatives des pensées intrusives du sujet (anodines en elles-mêmes). Les compulsions (actes ou pensées) sont destinées à empêcher les craintes de se réaliser. Elles diminuent l'angoisse du sujet.

Clinique : les obsessions

- Les obsessions sont des représentations mentales **s'imposant au sujet** de façon répétitive. Elles sont générées par son fonctionnement mental, mais ne sont **pas en accord avec ses convictions** et sont à l'origine d'angoisse contre laquelle le sujet **lutte** par des actes (rituels) ou des pensées compulsives
- **Obsessions idéatives** : pensées désagréables envahissant le champ conscient du sujet (idées grossières, sacrilèges, neutres)
- **Obsessions phobiques** : peur obsédante de la maladie ou de la saleté, crainte de la contamination, en dehors de la présence d'un risque réel et en dehors de la présence de situations déclenchantes
- **Phobie d'impulsions** ou obsessions d'impulsions : peur obsédante de réaliser un acte incongru ou irrévérencieux

Clinique : les compulsions et les rituels

- Les compulsions sont des **pensées** ou des **actions que le sujet s'impose** dans le but de diminuer l'angoisse provoquée par les pensées obsédantes. Elles peuvent avoir un caractère absurde.
- Il peut s'agir de **tâches mentales** (**arithmomanie** = calculs mentaux à accomplir de manière répétitive, ruminations) **ou comportementales** (**lavage, vérifications**) à accomplir. Elles apaisent très temporairement le sujet qui éprouve bientôt un doute quant à leur caractère salutaire et se sent contraint de remettre en œuvre ses compulsions
- On appelle rituels l'ensemble des comportements répétitifs ou de façon plus restrictive ceux qui n'ont pas de rapport logique avec les obsessions (rituels d'habillement ou de rangement par exemple)

Caractéristiques des obsessions et des compulsions

- Le sujet souffre de leur **aspect contraignant**.
- Leur réalisation peut nécessiter une durée très importante (plusieurs heures) au détriment des autres activités du patient
- Il a conscience qu'elles sont pathologiques
- Il ne peut s'empêcher de réaliser les compulsions sous peine de ressentir une angoisse importante et ne peut chasser les pensées obsédantes de son esprit
- Thèmes : **religieux** (sacrilège, blasphème, péché, expiation), **santé** (contamination, hygiène), **dangers physiques** (couteaux, feu), **ordre** (rangement, collection), etc.

Critères du DSM-IV du TOC

- Critère A. Existence soit d'obsessions, soit de compulsions. *Obsessions* : pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme **intrusives et inappropriées** et qui entraînent une anxiété ou une **détresse importante**. Elles ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de sa vie réelle. Le sujet fait des **efforts pour les ignorer ou les réprimer** ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions. Il reconnaît qu'elles proviennent de sa propre activité mentale. *Compulsions* : comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. Ces comportements ou actes mentaux sont **destinés à neutraliser ou à diminuer son sentiment de détresse ou à empêcher un événement** ou une situation redoutée, mais ils n'ont pas de relation réaliste avec ce qu'ils sont censés neutraliser ou empêcher ou ils sont manifestement excessifs.
- Critère B. Le sujet reconnaît que ses obsessions et ses compulsions sont **excessives ou irraisonnées**
- Critère C. Les obsessions et les compulsions sont à l'origine de **sentiments marqués de détresse**, d'une perte de temps considérable ou elles interfèrent de façon notable avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.
- Critère D. Si le sujet présente un autre trouble de l'axe I, le thème des obsessions et compulsions n'est pas lié à ce dernier (par exemple, préoccupation liée à la nourriture dans un Trouble des conduites alimentaires, etc.).
- Critère E. Le T.O.C. ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale

Prédisposition : personnalité obsessionnelle compulsive

- Perfectionnisme, méticulosité, intérêt marqué pour les détails, les listes, l'organisation
- Priorité accordée à la profession par rapport aux loisirs et aux relations sociales
- Caractère scrupuleux, consciencieux et rigide dans le domaine des valeurs
- Exigence à l'égard d'autrui
- Incapacité à se débarrasser des objets, même inutiles
- Parcimonie ou avarice (fait des économies pour ne pas risquer de manquer plus tard)
- Entêtement

Diagnostic différentiel

- **Tendance scrupuleuse ou méticuleuse** sans caractère de contrainte
- **Idée fixe** : pas de lutte
- **Phobies** : l'angoisse est provoqué par une situation (danger extérieur) et non par une idée (intérieur)
- **Impulsions** : décharge motrice immédiate, sans mentalisation préalable
- **Obsessions atypiques des psychotiques** : idées anormales dont le sujet n'a pas conscience qu'elles viennent de lui ou contre lesquelles il ne lutte pas. Associées à une froideur affective de nature psychotique et aux autres symptômes schizophréniques

Traitement des TOC

- Psychothérapie :
 - **TCC**: exposition avec prévention de la réponse, désensibilisation systématique
 - Psychothérapie de type analytique
- Traitement pharmacologique :
 - ADT : clomipramine
 - **IRS** : sertraline, paroxétine, fluvoxamine, fluoxétine

IV - Hystérie

Généralités

- Selon la **théorie psychanalytique**, dans la névrose hystérique les **conflits psychiques inconscients** s'expriment dans le corps ou dans le psychisme lui-même sous la forme de symptômes de conversion. La conversion survient sur une personnalité prédisposée (**personnalité hystérique**)
- Dans le **DSM-IV**, la personnalité hystérique a été séparée en **personnalité histrionique** et **personnalité dépendante**. Les symptômes de conversion sont regroupés sous l'appellation *troubles dissociatifs* (c'est-à-dire dissociation de la conscience ou du contrôle conscient)

Troubles dissociatifs de conversion

- Leur causalité psychologique est attestée par l'existence d'un **facteur déclenchant** (événement stressant ou traumatisant)
- Ils consistent en une **perte de fonction** (motrice, perceptive ou psychique) partielle ou totale
- Leur diagnostic est étayé par leur survenue chez une personnalité prédisposée, l'**absence de cause organique** (la non systématisation d'un point de vue neurologique est un premier argument, un bilan paraclinique normal étant l'argument définitif) et la relation temporelle entre le facteur déclenchant et l'apparition du symptôme
- Les symptômes les plus fréquemment observés sont les suivants: **amnésie**, **fugue**, **stupeur**, états oniroïdes, états de transe, **troubles moteurs**, convulsions, **anesthésie**, personnalité multiple, syndrome de Ganser (caractérisé par des réponses inappropriées aux questions)

Personnalité hystérique

- C'est l'intensité des traits et leur caractère permanent qui permettent de les classer dans le registre de la pathologie (chez le sujet sain, des réactions hystériques passagères peuvent être observées)
- Avidité affective, **désir de plaire**, comportement de séduction, érotisation des rapports sociaux
- Egocentrisme
- **Théâtralisme**: caractère outrancier des réactions, nécessité d'attirer l'attention
- **Dépendance**: incapacité à prendre seul ses décisions
- **Suggestibilité**: comportement influencé par l'entourage
- Labilité émotionnelle, affects peu authentiques
- Activité fantasmatique importante
- Échec des relations génitalisées, relations sexuelles ne pouvant être mises en œuvre de façon satisfaisante

Prise en charge de l'hystérie

- Des traitements pharmacologiques seront employés de manière prudente lors des complications dépressives ou des manifestations anxieuses. Attention au risque de dépendance ou de surconsommation
- L'essentiel de la thérapeutique repose sur la **psychothérapie** (psychanalyse, psychothérapie d'inspiration analytique, TCC, méthodes cathartiques)

V - Anxiété

Différentes modalités d'expression de l'anxiété

- L'anxiété est avant tout un symptôme (peur sans objet, impression d'un danger imminent) pouvant accompagner tous les troubles psychiatriques
- Elle représente la caractéristique centrale de certains troubles (névrose d'angoisse, trouble panique, TAG)
- Le **trouble panique** a été envisagé plus haut
- Le **trouble anxieux généralisé** (TAG) se caractérise par :
 - Une anxiété présente en permanente dont la thématique concerne la santé du sujet ou de ses proches ou d'autres soucis quotidiens
 - L'anticipation anxieuse de malheurs hypothétiques
 - Des troubles de l'endormissement consécutifs à l'aggravation vespérale des troubles
 - Des troubles neurovégétatifs et une sensation de tension
 - L'indication d'un traitement par antidépresseur plutôt que par BZD (risque de dépendance)