

Diagnostic des troubles anxieux

Dr Dominique SERVANT
Unité stress et anxiété
CHRU de Lille

Objectifs des premiers entretiens

- Ecouter et comprendre ce que le patient demande, établir une alliance avec lui.
- Rechercher les symptômes, les syndromes et les troubles.
- Préciser les événements stressants et le contexte familial et social et éventuellement les traits de personnalité.
- Informer sur son trouble.
- Donner les principes de la prise en charge et si nécessaire, l'orienter vers un spécialiste.

Motifs de consultation différents

- Problème aigu ou d'un problème chronique.
- Plainte anxieuse ou attribution du son mal-être à un problème somatique.
- Demande du patient ou de l'entourage (enfant ado, sujet âgé)
- Trouble isolé ou associé et compliqué d'autres troubles
- Première consultation ou long passé de prises en charge multiples.

Objectifs de l'entretien

- Etre à l'écoute, accepter la plainte, empathie
- Susciter des questions et des réponses (nécessité de guider le patient)
- Amener le patient sur un autre terrain que celui de sa plainte
- L'informer et lui faire accepter et comprendre.

Synthèse des premiers entretiens

- Les antécédents (médicaux et psychologiques)
- L'intensité et la fréquence des symptômes
- Les signes d'accompagnement (insomnie, asthénie, plaintes somatiques, troubles du comportement ...)
- Le type de trouble anxieux
- La notion de stress ou de traumatismes éventuels
- La présence de comorbidité psychologique et somatique.
- Les traitements antérieurs, leurs efficacité et tolérance
- Le retentissement du trouble anxieux
- Les traits de personnalité anxieux
- La demande du patient, les démarches déjà effectuées.

Dépister l'anxiété

- Savoir poser les bonnes questions
- Evaluer les différentes dimensions de l'anxiété
Evaluer les stress et l'environnement
- Préciser le diagnostic

Les échelles et les questionnaires

2 approches

- Catégorielle (faire le diagnostic d'un syndrome ou d'un trouble anxieux) ex le MINI
- Dimensionnelle (évaluer l'intensité d'un symptôme : anxiété, phobie, obsession...)

Les questions à poser

1. Vous décrivez-vous comme quelqu'un de stressé et d'anxieux ?
2. Réagissez-vous habituellement avec anxiété face aux stress de la vie de tous et aux petits tracas de la vie quotidienne ?
3. Etes-vous actuellement anxieux parce que vous devez faire face à un événement stressant particulier comme un problème de santé, familial, professionnel ou d'un autre domaine ?
4. Etes-vous anxieux alors que vous n'avez pas de raison de l'être, parce que vous redoutez les dangers et les menaces de la vie comme un accident, une maladie, un malheur pour vous ou vos proches ?

Oriente vers l'anxiété

Echelles dimensionnelles

- Nombreux échelles et questionnaires plus ou moins validés.
- Auto ou hétéro évaluation
- HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) très utilisée, facilité d'emploi, bonne sensibilité bonne stabilité factorielle (Zigmond et Snaith 1983). peut être utilisée comme auto ou hétéro questionnaire. Un score supérieur à 10 correspond à une anxiété marquée.

HAD

- Je me sens tendu ou énervé
- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Je me fais du souci
- Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place
- J'éprouve des sensations soudaines de panique

Chaque item coté de 0 à 3.

Si score supérieur à 10 : probabilité élevée d'une anxiété marquée.

Diagnostic des troubles anxieux

Définition de l'anxiété

- Émotion physiologique adaptative
- Trois registres :
 - psychologique
 - comportemental
 - somatique
- Pathologique lorsqu'elle est :
 - trop intense
 - Inadaptée
 - hors de proportion avec ses causes
 - entraîne un handicap social ou professionnel

Les symptômes somatiques qui révèlent l'anxiété

- Symptômes physiques gênants sans étiologie médicale précise
 - Troubles fonctionnels
- Touchent tous les systèmes physiologiques
 - **Cardiovasculaire**
 - **Respiratoire**
 - **Neurologique**
 - **Digestif**
 - **Autres**

Les dimensions à rechercher pour établir le diagnostic d'anxiété

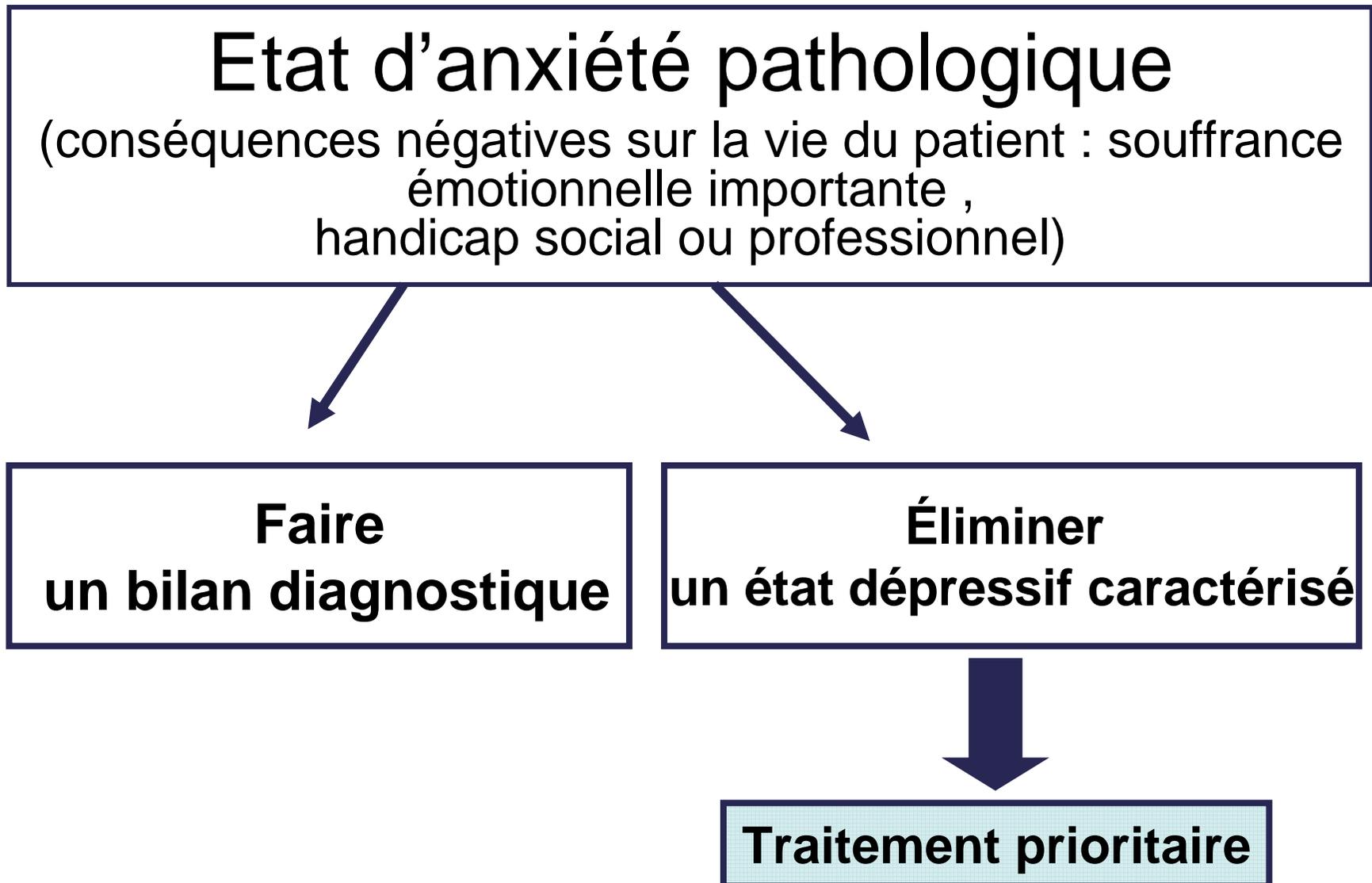
- **Psychologiques**

Appréhension, anticipation, inquiétude, tension, peur, irritabilité, impatience, angoisse, panique

- **Comportementales**

Inhibition, agitation, maladresse, fuite, évitement de situations ou d'activités, compulsions (rituels, manies), recherche répétée de réassurance, d'aide, de sédation (alcool)

La conduite diagnostique



Diagnostic d'un état dépressif caractérisé

- Tristesse permanente ou absence de motivation la plupart du temps depuis plus de deux semaines
- Absence persistante de réactivité de l'humeur aux évènements positifs : anhédonie
- Retentissement fonctionnel négatif sur l'activité, le travail, les relations socio-affectives, etc.
- Retentissement sur les grandes fonctions : sommeil, appétit, sexualité, activité motrice, etc.

Les questions à poser

- Êtes-vous inquiet de nature ?
- Existe-t-il des situations que vous avez tendance à éviter ou que vous appréhendez car elles vous font peur ?
- Vous sentez-vous obligé de répéter malgré vous certains actes ou certaines pensées ?
- Avez-vous des malaises physiques sans raison ?

Les différents troubles anxieux

- **Évolution aiguë** _____
 - **Trouble panique avec ou sans agoraphobie**
- **Évolution chronique** _____
 - **Phobies spécifiques et phobies sociales**
 - **Trouble obsessionnel-compulsif**
 - **Anxiété généralisée**
- **États réactionnels** _____
 - **Trouble de l'adaptation**
 - **États de stress post-traumatiques**

● La crise de panique

- Épisode anxieux à début brutal (parfois nocturne) atteignant son intensité maximale en quelques minutes
- Symptômes somatiques au 1er plan
 - Tachycardie, dyspnée, sueurs,
 - Douleurs thoraciques, oppression, etc.
- Peur intense : sentiment de perte de contrôle, de danger imminent, peur de mourir ou de perdre connaissance, etc.
- Il peut exister des modifications perceptuelles
 - Sensations de déséquilibre, de déréalisation, de dépersonnalisation, etc.

Le trouble panique

- Début brutal vers 25-30 ans (2F pour 1H)
- Répétition des crises de panique entraînant
 - **L'anxiété anticipatoire de nouvelles crises**
 - **Une anxiété focalisée sur certaines situations spécifiques : l'agoraphobie**
- Répétition possible des épisodes
- 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

● Orientation diagnostique dans les troubles anxieux chroniques

- Peurs phobiques (en fonction de leur objet)
 - **Phobies spécifiques**
 - **Phobies sociales**
 - **Agoraphobie sans trouble panique**
- Ruminations mentales incontrôlables (en fonction de leur nature)
 - **Soucis quotidiens (anxiété généralisée)**
 - **Inquiétudes absurdes et/ou irrationnelles (TOC)**

● Les phobies spécifiques : clinique

- Débutent dans l'enfance
- Fréquentes, souvent sans caractère pathologique
- Anxiété intense provoquée immédiatement et systématiquement lors de l'exposition
- L'exposition est appréhendée (anxiété anticipatoire) et parfois évitée

Les phobies sociales

- 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, invalidité
- Faible taux d'amélioration spontanée

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, etc.)
- Peur de bafouiller, de ne pas savoir quoi dire, d'avoir l'air embarrassé, ridicule, etc.
- 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

● Les troubles obsessionnels-compulsifs

- Début progressif dans l'enfance ou l'adolescence, évolution chronique, 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 et une lutte anxieuse
 - **Les compulsions**
Comportements ou actes mentaux répétitifs que le sujet réalise pour diminuer son anxiété

Les troubles obsessionnels-compulsifs

- Le patient reconnaît la nature pathologique de ses troubles (egodystone)
- Les symptômes interfèrent avec les activités du patient (> 1h /jour) et sa vie affective
- Associations possibles: tics (enfant), dépression, schizophrénie (pas de reconnaissance du caractère pathologique), troubles des conduites alimentaires

● L'anxiété généralisée

- Anxiété d'évolution chronique (> 6mois)
- Début à l'âge adulte, parfois à l'occasion d'un stress
- Appréhensions continues concernant la vie quotidienne (travail, famille, argent, santé, etc.)
- Contrairement au TOC, il n'y a pas de lutte anxieuse contre ces inquiétudes

Anxiété généralisée

- Les cognitions anxieuses sont incontrôlables et entraînent des troubles de l'attention et de la concentration
- Elles s'accompagnent de symptômes d'hyper vigilance (insomnie, tension musculaire parfois douloureuse, réactivité accrue, fatigabilité, hyperactivité, agitation, etc.)
- Les patients ont souvent une longue histoire de troubles fonctionnels : céphalées, troubles digestifs, rachialgies, insomnie, etc.

● Orientation diagnostique dans les pathologies réactionnelles

Classées selon la gravité de l'évènement déclenchant

1 - Post-traumatiques

Traumatismes majeurs et/ou évènements exceptionnels (stress aigu et sa forme évolutive, le trouble de stress post-traumatique)

2 - Troubles de l'adaptation

Évènements plus courants et moins sévères mais ne peuvent être évoqués qu'en dehors de tout autre diagnostic psychiatrique

La réaction aiguë de stress

- L'événement traumatique est caractérisé
 - **Par une menace de mort ou d'altération physique dont le sujet est victime ou témoin**
 - **Par une réaction émotionnelle intense**
- Apparition possible de symptômes dissociatifs
 - **Confusion, sidération, amnésie totale ou sélective**
 - **Sentiment d'engourdissement, d'anesthésie, de détachement, déréalisation, dépersonnalisation**

Réaction aigue de stress : évolution

- L'évènement traumatique est revécu
 - de façon répétitive (reviviscences)
 - de façon spontanée ou provoquée par des stimuli spécifiques rappelant le traumatisme
- Il existe
 - Un état d'alerte anxieux permanent
 - Un retrait affectif
 - Des comportements d'évitement
 - Un retentissement fonctionnel

La chronicisation de la réaction aiguë : 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
- Réactivité excessive aux stimuli évoquant le traumatisme, évitement, émoussement émotionnel
- Hypervigilance, réactions de sursaut

● Les troubles de l'adaptation

- Développement de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un facteur de stress non majeur survenu depuis moins de 3 mois
- Ces symptômes sont cliniquement significatifs et entraînent :
 - **une détresse marquée et excessive par rapport à la cause**
 - **une altération significative du fonctionnement social ou occupationnel**

Troubles de l'adaptation

- Les perturbations occasionnées par le stress ne remplissent pas les critères d'un autre trouble psychiatrique et ne sont pas une simple exacerbation de troubles de la personnalité
- Les symptômes ne sont pas liés à un deuil
- Une fois disparus le "stresseur" et ses conséquences, les symptômes ne persistent pas plus de 6 mois

Les troubles de l'adaptation : en fonction de la durée

- Aigus

Moins de 6 mois

- Chroniques

➤ **Plus de 6 mois et à condition que le "stresseur" ou ses conséquences persistent de façon chronique**

Les troubles de l'adaptation : en fonction de la présentation

- Avec humeur dépressive
- Avec anxiété
- Avec anxiété et humeur dépressive
- Avec troubles des conduites
- Avec trouble mixte des conduites et des émotions
- Non spécifiques : symptômes physiques, retrait social, inhibition

En résumé

Troubles Anxieux AIGUS

Crise de panique

Début brutal (pfs nocturne)
Symptômes somatiques +++
Peur intense
Modifications perceptuelles

Trouble panique

Début brutal (25 - 30 ans)
Répétitions de crises de panique
Fluctuant dans le temps
Complications: dépression, alcool, invalidité

Troubles Anxieux CHRONIQUES

Trouble phobique

Début dans l'enfance
Anxiété intense provoquée lors de l'exposition à un objet/situation spécifique
Formes cliniques:
Phobies spécifiques
Phobies sociales
Agoraphobie

Trouble obsessionnel compulsif

Début progressif dans l'enfance
Obsessions: pensées imposées et reconnues comme absurdes
Compulsions: actes mentaux répétitifs avec lutte anxieuse

Trouble anxieux généralisé

Début à l'âge adulte
Anxiété d'évolution chronique (> 6 mois)
Inquiétude permanente sans objet: appréhensions continues concernant la vie quotidienne

Troubles Anxieux REACTIONNELS

Stress post-traumatique

Survient dans les suites d'un traumatisme aigu, violent (agression, attentat..)
Réaction émotionnelle intense, tensions anxieuses durables, reviviscences de la scène

Trouble de l'adaptation

Survient en réaction à un évènement de vie difficile (professionnel, familial..) datant de moins de 3 mois
Altérations du fonctionnement social +++
Pas d'autre diagnostic