

ITEM 64 : TROUBLES ANXIEUX

TROUBLE ANXIEUX GENERALISE

TAG = symptomatologie anxieuse chronique (soucis excessifs et mal contrôlés) évoluant pendant **> 6 mois**

- Au niveau cognitif : attribution d'un caractère dangereux et menaçant aux stimuli environnementaux non menaçant
- **Prévalence = 5%**, prédominance féminine (2/1), début à tout âge, le plus souvent entre 35 et 45 ans
- Origine multifactorielle : - **Facteurs de vulnérabilité génétique** : tempérament anxieux, sensibilité au stress
- **Facteurs environnementaux** : pression professionnelle, stress divers...

Diagnostic	Anxiété et soucis excessifs	= Symptômes continus, présents tous les jours (ou presque) : - Appréhension continue , non associée à un événement déclencher particulier - Inquiétudes et ruminations diverses concernant l'avenir, des petites choses ou des problèmes sérieux (problème de santé, risque d'accident, difficultés financières) - Anxiété excessive , non justifiée par des éléments réalistes et non contrôlable - Problèmes de concentration sur les tâches courantes - Insomnie à type de troubles de l'endormissement - Symptômes d'hypervigilance : réactions de sursaut au moindre bruit ou à la moindre surprise	
	Symptômes fonctionnels chroniques	- Expression clinique variée : myalgies, céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, hyperactivité végétative, asthénie, irritabilité, difficultés de concentration... → Retardent le diagnostic de TAG en orientant vers des spécialités médicales non psychiatriques	
	Critères (DSM-5)	A : Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension), survenant la plupart du temps durant > 6 mois, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités B : Difficulté à contrôler cette préoccupation C : ≥ 3 symptômes sur une période > 6 mois : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou troubles de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu, agité, non satisfaisant) D : Anxiété et soucis non liés à d'autres troubles psychiatriques (phobie, trouble panique, TOC, anorexie mentale, hypocondrie) ou à un état de stress post-traumatique	
	DD	- Troubles anxieux réactionnels au stress : état de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation avec anxiété, trouble panique, TOC - Episode dépressif caractérisé - Pathologies non psychiatriques : SCA, HTA, asthme, épilepsie, SEP, migraine, pathologies endocriniennes - Intoxication par une substance psychoactive	
	Comorbidité psychiatrique	- Autres troubles anxieux : phobie sociale, trouble panique... - Troubles de la personnalité « anxieux » : personnalité dépendante, personnalité évitante - Abus et dépendance à une substance - Episode dépressif caractérisé	
	- Evolution chronique , avec possibles fluctuations (atténuation sur quelques jours/semaines)		
Evolution	Complication	- Episode dépressif caractérisé avec risque suicidaire - Pathologie addictive : alcool, benzodiazépine, cannabis... - Répercussions socioprofessionnelles : arrêt de travail, perte de productivité	
	- Evolution chronique , avec possibles fluctuations (atténuation sur quelques jours/semaines)		
TTT	Psycho-éducation	- Explication des symptômes, réassurance et information sur la pathologie - Règles hygiéno-diététiques : arrêt des excitants (café, tabac, alcool, autre toxique), bon équilibre alimentaire, RHD de sommeil, activité physique régulière, techniques de relaxation - Information sur les risques liés à l'usage des benzodiazépines	
	Psychothérapie	- Thérapie cognitivo-comportementale (efficacité prouvée) : stratégies centrées sur la gestion des émotions et des inquiétudes, apprentissage de techniques de relaxation - Autres : thérapies psychanalytiques, familiales...	
	TTT psychopharmacologique	TTT de fond	- Antidépresseurs dans les formes sévères invalidantes : ISRS en 1 ^{ère} intention (paroxétine) ou IRSNA (venlafaxine), à posologie identique à l'EDC, pour une durée de 6 à 12 mois - Buspirone (Buspar®) : benzodiazépine sans effet sédatif ou cognitif, sans interaction avec l'alcool → notamment chez le sujet âgé ou en cas de consommation massive d'alcool
		TTT ponctuel	= En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes ou en attente d'une efficacité optimale des antidépresseurs - Anxiolytique rapide : benzodiazépine (maximum 12 semaines), hydroxyzine (Atarax®) - β-bloquant en cas de manifestations somatiques importantes
→ L'hospitalisation en psychiatrie n'est jamais nécessaire (hors phase très aiguë ou comorbidité dépressive)			

TROUBLE PANIQUE

Trouble panique = trouble anxieux caractérisé par la répétition des attaques de panique et par la peur de leur survenue

- **Prévalence** = 1 à 3%, prédominance féminine, âge de début typiquement entre 20 et 30 ans

Sémiologie psychiatrique	Répétition des attaques de panique	= Caractéristique principale du trouble panique : - Le plus souvent spontanée et imprévisible (sans facteur déclenchant) au début du trouble - De moins en moins spontané au cours du temps, lié à une anxiété anticipatoire	
	Anxiété anticipatoire	- Anticipation permanente de la survenue d'une attaque de panique (« peur d'avoir peur ») - Préoccupations concernant les conséquences de l'attaque de panique (peur de mourir ou de devenir fou) pouvant modifier le comportement du patient - Complication : isolement social, changement des habitudes de vie	
	Agoraphobie	= Peur de toutes les situations associées au risque d'attaque de panique : complique souvent un trouble panique, mais peut être retrouvé chez un patient sans trouble panique - Crainte de l'ensemble des situations dans lesquelles il ne pourrait pas facilement s'échapper ou desquels il ne pourrait être secouru en cas d'attaque de panique : espaces découverts, magasins, files d'attente, foules, lieux publics, endroits clos... - Restriction d'autonomie possiblement considérable	
Diagnostic	Critères diagnostiques (DSM-V)	A – Attaques de panique récurrentes et inattendues B - ≥ 1 symptôme accompagnant une des attaques pendant ≥ 1 mois : crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique, préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou de ses conséquences, changement de comportement important en relation avec les attaques C – Attaques non dues aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale D – Non expliqué par un autre trouble mental (phobie sociale, phobie spécifique, TOC, ESPT, trouble anxieté de séparation)	
	Forme clinique	- Trouble panique avec ou sans agoraphobie - Sévérité : nombre d'attaques de panique (de quelques-unes/an à plusieurs/jour)	
	DD	- Episode dépressif caractérisé et Troubles anxieux : phobie sociale, phobie spécifique, ESPT... - Cause médicale: - Cardiovasculaire : angor, HTA, IDM, trouble du rythme paroxystique... - Pulmonaire : asthme... - Neurologique : épilepsie, SEP, crise migraineuse, AIT, pathologie de l'oreille interne - Endocrinien: hypoglycémie, dysthyroïdie, phéochromocytome, Cushing, hypoparathyroïdie... - Toxique : amphétamine, cocaïne, hallucinogène, cannabis ou sevrage (alcool, benzodiazépine, opiacé...)	
	Comorbidité	- Autre trouble anxieux : phobie sociale... - Trouble de personnalité « anxieux » : personnalité dépendante, personnalité évitante - Abus/dépendance à une substance - Episode dépressif caractérisé	
Evolution	- Evolution généralement chronique , avec possible amélioration partielle spontanée au long terme (> 10-15 ans : disparition/espacement des attaques de panique mais persistance de l'anxiété anticipatoire et de l'agoraphobie) - Facteur pronostique : durée d'évolution du trouble, comorbidité psychiatrique, addiction, retentissement social		
	Complication	- Episode dépressif caractérisé = 70% des cas - Pathologie addictive = 30% des cas - Répercussion socio-professionnelle : besoin d'être accompagné, limitation des déplacements (crainte des transports en commun, des lieux publics, de l'éloignement du domicile...)	
TTT	Psycho-éducation	- Explication des symptômes, réassurance et information sur la pathologie - RHD : arrêt des excitants (café, tabac, alcool...), bon équilibre alimentaire, RHD de sommeil, activité physique régulière, techniques de relaxation	
	Psychothérapie	- Thérapie cognitivo-comportementale (à privilégier) : centrée sur l' exposition et la désensibilisation aux sensations physiques des attaques de panique, et aux situations redoutées - Méthodes de relaxation	
	TTT psychopharmacologique	TTT de fond	- Antidépresseur dans les formes sévères : ISRS en 1 ^{ère} intention, pendant 6-12 mois → Action en 3 à 4 semaines , indépendamment de symptômes dépressifs associés
		TTT ponctuel	- En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes (lors des crises et sur quelques jours) : benzodiazépine, hydroxyzine
→ Hospitalisation exceptionnelle, seulement en cas de manifestations anxieuses envahissantes ou de risque suicidaire			

TROUBLE PHOBIQUE

Phobie = peur très intense, souvent incontrôlable, déclenchée par la confrontation à un objet ou une situation redoutée, non objectivement dangereuse, entraînant des conduites d'évitement

- Prévalence = **10 à 12%** pour la phobie spécifique et **5%** pour la phobie sociale

- Double étiologie : - **Terrain de vulnérabilité biologique** (facteurs génétiques)

- **Influences environnementales** : événement de vie traumatisant, apprentissage social par imitation de modèles ou intégration de messages d'alertes

Sémiologie psychiatrique	Phobie spécifique	= Crainte irraisonnée et incontrôlable d'un objet ou d'une situation (phobogène) - Spécifique = limitée à un seul objet bien défini, avec un mécanisme de conditionnement simple	
		Réaction à l'objet	- Peur , voire attaque de panique , déclenchée en présence de l'objet ou de sa représentation, parfois déclenchée par sa simple évocation mentale, disparaît en l'absence de l'objet/situation - Sidération - Comportement d'évitement (fuite) - Attitudes de réassurance : objet contraphobique (réellement protecteur ou seulement symbolique rassurant)
		En dehors de l'exposition	- Anticipation anxieuse - Hypervigilance pour s'assurer de l'absence d'objet phobogène
			- Phobie d'animal = zoophobie (les plus fréquentes) : araignées, insectes, souris, serpents... → peut concerner tous les animaux - Phobie d'élément naturel : orage, hauteur, vide, eau... - Phobie du sang (et des injections et interventions chirurgicales) : réaction particulière avec bradycardie et très souvent évanouissement - Phobie situationnelle : tunnel, pont, lieux clos (claustrophobie), avion...
		Chez l'enfant	- Très fréquente chez l'enfant, dans le développement normal : évolution des thématiques avec l'âge (créature imaginaire, phénomène naturel (orage, feu, eau...), obscurité, animaux...) - Pathologique seulement si d'intensité importante, persistant de manière prolongée, ou avec un retentissement sur les activités de l'enfant
		Phobie scolaire	= Phobie de situation chez l'enfant : globale ou partielle (portant seulement sur certains composants : mathématique, lecture, temps de récréation...)
	Phobie sociale	= Crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement d'autrui , accompagnée de manifestations somatiques (tachycardie, rougeur, polypnée, sueurs...) aggravant la crainte, jusqu'à l' attaque de panique - Phobie non spécifique : mécanisme plus complexe, pouvant s'étendre à un très grand nombre de situations différentes (peur de parler ou de se produire en public, peur de rougir (érotophobie), peur de manger ou boire en public...)	
		Conséquence	- Anxiété anticipatoire : anticipation d'être humilié par son propre comportement (rougir, bredouiller) et du jugement négatif d'autrui - Évitements multiples des situations sociales altérant la qualité de vie
		Formes cliniques	- Forme limitée à 1 ou 2 situations sociales - Forme généralisée à toutes les situations sociales : toute interaction sociale est source d'un sentiment d'angoisse et de honte intense - Forme confrontante : affrontement des situations grâce à des évitements plus subtils (froideur relationnelle, agressivité, ironie systématique) - Forme associée à une personnalité évitante (les plus difficiles à traiter : mauvaise prise de conscience de la peur sous-jacente aux évitements)
	Agoraphobie	= Peur des espaces d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels il pourrait être difficile d'obtenir de secours en cas de problème : foule, lieu isolé (claustrophobie) ... - Généralement associé à un trouble panique	
Diagnostic	Critères DSM-V	A – Peur persistante et intense , à caractère irraisonnée ou excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique B – L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une réaction anxieuse immédiate , possiblement sous forme d'une attaque de panique C – Évitement de/des situations phobogènes, vécu avec une anxiété avec une détresse intense D – Évitement, anticipation anxieuse ou souffrance perturbant de façon importante des habitudes vie, activités socio-professionnelles ou relations avec autrui et/ou sentiment de souffrance important E – Durée ≥ 6 mois	

Diagnostic	DD	Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> - Peur banale : signaux de danger adapté - Agoraphobie - Trouble panique : attaque de panique non limitées aux situations phobogènes - Etat de stress post-traumatique - TOC, notamment avec phobie d'impulsion - Schizophrénie ou autre trouble psychotique - Nosophobie = peur de contracter une maladie (dans diverses maladies) - Phobie d'impulsion = crainte de réaliser impulsivement et sans le vouloir, en présence d'objets ou de situations, un acte immoral, dangereux, auto/hétéro-agressif (classée dans les TOCs)
		Phobie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Agoraphobie, trouble panique - Trouble envahissant du développement, personnalité schizoïde : les situations sociales sont évitées par manque d'intérêt - Trouble anxieux généralisé - Episode dépressif caractérisé
	Comorbidité	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance/abus de substance : alcool, benzodiazépine, cannabis... - Episode dépressif caractérisé - Autre trouble anxieux 	
Evolution	Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition généralement durant l'enfance ou au début de l'adolescence - Disparition ou atténuation dans la majorité des cas au début de l'âge adulte - Si persistante à l'âge adulte : évolution souvent chronique (< 20% de rémission spontanée) - Peu de complication, sauf en cas de retentissement très sévère sur la vie du sujet 	
	Phobie sociale	<ul style="list-style-type: none"> - Apparition généralement entre 10 et 20 ans, de début insidieux ou brutal faisant suite à une expérience stressante ou humiliante - Evolution chronique, avec possible atténuation avec les années - Généralement source d'un handicap fonctionnel avec réduction du soutien social, isolement, difficultés scolaires et professionnelles 	
TTT	Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie cognitivo-comportementale : exposition <i>in vivo</i> graduée ou désensibilisation (exposition de façon progressive mais prolongée aux objets ou situations redoutées) et restructuration cognitive - Phobie sociale : - TCC de groupe plus efficace (exercice d'exposition au « public », jeux de rôle...) - Techniques d'affirmation de soi 	
	Pharmacothérapie	<ul style="list-style-type: none"> → Aucun traitement médicamenteux n'est efficace contre les phobies spécifiques - Anxiolytique : utilisation ponctuelle (ne modifie pas l'évolution du trouble phobique au long cours) - Antidépresseur (ISRS en 1^{ère} intention) : en cas de phobie sociale sévère 	

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

TOC = association de 2 symptômes spécifiques, **obsessions** et **compulsions** : pathologie psychiatrique fréquente et invalidante

- Prévalence = **2%**, généralement du sujet jeune = 65% de début < 25 ans, dont 1/3 dans l'enfance, avec un sex ratio = 1
- Origine mal connue, probablement multifactorielle : **facteur génétique** (gènes codant pour les protéines des systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques) et **facteurs environnementaux**
- Hypothèse physiopathologique : dysfonctionnement des boucles fronto-striato-pallido-thalamo-corticales, dans le sens d'une hyperactivité du circuit orbito-frontal et un hypofonctionnement de la boucle pré-frontale dorso-latérale

Sémiologie psychiatrique	Obsession	<ul style="list-style-type: none"> = Interruption de pensées ou de représentations en désaccord avec la pensée consciente du sujet (mais perçue comme provenant de son esprit) - Récurrentes et persistantes - Ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet - Source d'anxiété et d'inconfort, avec des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions → Reconnaissance du caractère pathologique non systématique : variable selon les patients (insight faible/nul dans 30% des cas) et les situations (↘ lors de la survenue d'obsessions) 			
	Compulsion	<ul style="list-style-type: none"> = Comportement répétitif (se laver, ordonner, ranger, vérifier...) ou actes mentaux (compter, répéter des mots...) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible - Destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée - Excessive, ou sans relation réaliste avec ce qu'elle est sensée neutraliser - Non-source de plaisir (au-delà du soulagement de l'angoisse) → Rituel = compulsion à caractère rigide et stéréotypé, obéissant à des règles idiosyncrasiques, ayant un caractère conjuratoire 			
	Insight	En majorité bon insight, mais 5 à 25% des patients ont un insight faible.			
	Évitement	= Vis-à-vis des situations favorisant l'émergence d'obsessions ou compulsions			
	Thématique	Contamination « les laveurs »	<ul style="list-style-type: none"> - Obsessions de contamination - Compulsions/rituels : - De lavage : des mains, du corps entier, des objets... - D'évitement : ne pas toucher, port de gant... 		
		Erreur « les vérificateurs »	<ul style="list-style-type: none"> - Obsession : ordre, symétrie, exactitude - Compulsion : souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude, grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrique, marche sur des lignes droites...) 		
		Pensées interdites « les conjurateurs »	<ul style="list-style-type: none"> - Obsession : pensée interdite - Compulsion : vérification, rituels mentaux (mots répétés...) 		
			Catastrophe	= Survenue d'un accident du fait de la responsabilité du sujet : mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence...	
			Impulsion agressive	= Crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violences ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de voler des choses... → Sans passage à l'acte	
			Thématique sexuelle	= Contenu sexuel jugé répréhensible par la personne : homosexualité, inceste...	
Thématique religieuse			= Préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, au sacrilège, au blasphème, associé possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux		
Thématique somatique	= Peur d'être atteint d'une maladie, obsession portant sur l'aspect d'une partie de son corps				
Diagnostic	Critères DMS-V	<ul style="list-style-type: none"> A – Présence d'obsession et/ou compulsion (rarement purement obsessionnel ou compulsif) B – Les symptômes durent ≥ 1h/jour au patient, ou entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération socio-comportemental C – Non dû aux effets physiologiques d'une substance ou d'une affection médicale générale → Dans le DSM-V, le TOC n'est plus caractérisé comme un trouble anxieux, mais dans une catégorie à part (TOC et apparentés) D – Pas mieux expliquée par les symptômes d'une autre maladie 			

Diagnostic	Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Selon la qualité de l'insight : bon, mauvais ou absent - Forme typique : chez l'adulte jeune - Forme à début précoce chez l'enfant : généralement similaire à la forme de l'adulte → Certains rituels apparaissent au cours du développement normal (rituel d'endormissement...) 		
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie neurologique (atteinte des noyaux gris centraux) : syndrome Gilles de la Tourette, chorée de Huntington, PANDAS (<i>Paediatric Auto-immune Disorders Associated with Streptococcus Infections</i>) - Mouvements anormaux = tics : mouvements ou vocalisations répétitives involontaires, non dirigés vers une but, non précédés d'obsession - Schizophrénie : idée délirante → caractère égosyntonique (sans lutte intérieure) et conviction inébranlable - Trouble anxieux : trouble anxieux généralisé, phobie spécifique, hypocondrie - Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive : fonctionnement de la pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle, avec un caractère égosyntonique 		
	Comorbidité	<ul style="list-style-type: none"> - Episode dépressif caractérisé et troubles anxieux - Tics associés dans 25% des cas - Autre trouble du spectre obsessionnel-compulsif : trichotillomanie, excoriation compulsive, accumulation compulsive, dysmorphophobie - Trouble de la personnalité : obsessionnelle (30%), évitante, dépendante 		
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution généralement péjorative en l'absence de prise en charge : ↘ des tentatives de résistance aux symptômes, mise en place d'évitements de plus en plus importants, isolement social... - Sévérité variable : légère (impact modéré sur le fonctionnement social) à sévère (grande difficulté dans la réalisation des actes de la vie quotidienne) - Evolution intermittente chez 20% des patients - Facteurs pronostiques : durée de la maladie, âge de début, qualité de l'insight, trouble dépressif caractérisé 			
	Complication	<ul style="list-style-type: none"> - Episode dépressif caractérisé - Risque suicidaire (10% de tentative de suicide) 		
TTT	Psycho-éducation	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer le patient sur le fait qu'il ne va pas perdre le contrôle ou devenir fou, nommer le trouble, la nécessité d'un traitement médicamenteux et son délai d'action long (6 à 12 semaines) - Rencontre de l'entourage : importance de ne pas participer aux rituels, ne pas faciliter l'évitement et ne pas répondre aux demandes de réassurances répétées (contribuant au maintien du trouble) 		
	Psychothérapie	<p>Thérapie cognitivo-comportementale : 50% de patients répondeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méthode : exposition avec prévention de la réponse, aux conditions déclenchant les obsessions anxieuses (in vivo et en imagination) et lutte contre les compulsions - Possible séances de « rappel » régulières en cas de réussite 		
	TTT psychopharmacologique	TTT de fond	<p>Antidépresseur ISRS : efficace à posologie élevée (double de la posologie habituelle), avec un délai d'efficacité long de 6 à 12 semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintenir le traitement ≥ 12 semaines avant de conclure à un échec - Traitement à dose maximale pendant 1 à 2 ans, puis diminution à posologie efficace <p>Antidépresseur tricyclique (clomipramine) : après échec de 2 ou 3 ISRS</p> <p>En cas de résistance à plusieurs essais d'antidépresseurs : association ISRS + tricyclique ou antidépresseur + antipsychotique de 1^{ère} génération (à faible posologie)</p>	
		TTT ponctuel	<p>= En cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes : anxiolytique (action uniquement sur l'anxiété, sans effet sur les obsessions et compulsions)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Stimulation cérébrale profonde = technique expérimentale dans les TOC résistants : implantation intracérébrale d'électrodes de stimulation haute fréquence au niveau des boucles fronto-striatales → Hospitalisation en psychiatrie seulement en cas de risque suicidaire majeur 				

ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Etat de stress post-traumatique (ESPT) = trouble stress post-traumatique (TSPT) = survenue de symptômes caractéristiques à la suite de l'exposition directe et personnelle à un traumatisme

- Prévalence = 5 à 10%, ↗ dans les populations exposées (zone instable ou en guerre...), prédominance féminine (2/1)
- **Traumatisme** = événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé de mort, trouver la mort ou encourir des blessures graves, entraînant chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance : **agression physique ou sexuelle, guerre, détention militaire, génocide, internement ethnique ou politique...**
- L'événement traumatique doit être responsable d'un fort sentiment de débordement associé à un vécu d'impuissance
- Peut aussi concerner les **personnes ayant été brutalement informées** qu'un tel événement est arrivé à l'un de leur proche
- **Ne concerne pas l'exposition par l'intermédiaire d'un média** (télévision, film...)

Sémiologie psychiatrique	Syndrome de répétition	= Revécu involontaire, vivace et angoissant de certains aspects de l'expérience traumatisante : - Reviviscence ou <i>flashbacks</i> (le sujet agit ou ressent les mêmes émotions que lors du traumatisme) : images ou expériences sensorielles qui s'imposent au sujet de manière intrusive et répétitive - Cauchemars traumatiques
	Syndrome d'évitement	- Evitement des stimuli rappelant le traumatisme : personnes, lieux, situations, circonstances qui ressemblent ou sont associées au traumatisme - Evacuation de tout souvenir rattaché au traumatisme (ne pas y penser, ne pas en parler) - Rumination excessive de certains questionnements (pourquoi l'événement est arrivé au sujet, qu'est-ce qu'il aurait fallu faire pour l'empêcher, comment se venger)
	Hyper-activation neuro-végétative	- Hypervigilance permanente - Réactions de sursaut exagérées - Irritabilité, avec accès de colère - Difficultés de concentration - Troubles du sommeil : difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu
	Altération négative des cognitions et de l'humeur	- Distorsions cognitives : culpabilité et ruminations concernant le sujet ou d'autres personnes, dans un état quasi-permanent de peur, honte, colère ou culpabilité - Indifférence émotionnelle : difficulté à éprouver des sentiments, détachement vis à vis des autres, abandon des activités , voire amnésie de certains éléments significatifs du traumatisme
Diagnostic	Critères diagnostiques	A : Exposition directe ou indirecte (témoin, proche) à un événement traumatique au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu mourir, être très gravement blessées, menacées de mort ou de grave blessure B : Carré symptomatique regroupant : syndrome de répétition, syndrome d'évitement, hyperactivation neurovégétative et altérations négatives des cognitions et de l'humeur E : Durée des symptômes > 1 mois après la survenue de l'évènement F : Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social ou professionnel
	Formes cliniques	- Formes dissociatives avec déréalisation et/ou dépersonnalisation persistantes ou récurrentes - Avec survenue différée : apparition > 6 mois après l'événement traumatique - Forme pédiatrique : symptomatologie différente (symptôme de reviviscence sous forme de répétitions de la scène traumatique sous forme de jeux répétitifs, de dessins ou de rêves effrayants...)
	Comorbidité psychiatrique	- Abus de substance ou dépendance : consommation d'alcool, drogues, nicotine ou psychotropes - Episode dépressif caractérisé : idée de honte ou de culpabilité associée → risque suicidaire - Autres troubles anxieux : trouble panique, TOC
Diagnostic différentiel	DD	Trouble stress aigu = Trouble stress aigu = apparition d'une symptomatologie similaire dans les jours suivant le traumatisme, mais ne perdurant pas plus d'1 mois - Evolution souvent spontanément résolutive - Symptomatologie dissociative possible : mutisme, errance, état de détachement, dépersonnalisation, déréalisation voire amnésie lacunaire → FdR d'évolution vers un ESPT - FdR d'ESPT suite à un événement traumatique:- Sévérité, durée et proximité de l'exposition - Qualité du soutien social - Atcds personnels/familiaux de trouble psychiatrique - Sexe féminin et niveau socio-économique bas
		- Trouble de l'adaptation : événement stressant moins sévère, non traumatisant, sans phénomène de reviviscence - TOC : possibles idées ou images intrusives, sans lien avec un événement traumatique - Troubles hallucinatoires : idées délirantes, anosognosie, sans critique des expériences de reviviscence

Evolution	<ul style="list-style-type: none"> - Durée variable : guérison complète en 3 mois dans 50% des cas - Réactivation possible des symptômes en réponses à un rappel de l'événement traumatisant, des stress liés à la vie ou à un nouvel événement traumatisant - Risque de désinsertion progressive, de repli ou de complication (épisode dépressif caractérisé...) 				
	Facteurs pronostiques	<ul style="list-style-type: none"> - Sévérité, durée, et proximité de l'exposition à l'évènement traumatique - Qualité du soutien social - Antécédent personnels et familiaux de troubles psychiatriques - Antécédents d'événements traumatiques, notamment durant l'enfance 			
Prévention	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention précoce auprès des personnes exposées à un événement traumatisant (<i>defusing</i> et <i>debriefing</i>) : par une cellule d'urgence médico-psychique (CUMP), sans efficacité prouvée - Aucun traitement médicamenteux n'a montré d'efficacité après exposition à un événement traumatisant 				
	<i>Defusing</i>	<ul style="list-style-type: none"> = « Déchochage psychologique » : immédiatement après l'événement traumatisant - Vise à réduire la charge émotionnelle et identifier les personnes les plus vulnérables 			
	<i>Debriefing</i>	<ul style="list-style-type: none"> = > 72h après l'événement traumatisant : intervention unique, précoce et individuelle - Repérage et traitement des patients présentant des manifestations aiguës de stress (notamment une symptomatologie dissociative) - Information sur les modalités évolutives des symptômes - Mise à disposition d'un soutien psychologique (verbalisation des émotions violentes ressenties...) 			
TTT	Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> = Traitement de 1^{ère} intention, d'efficacité supérieure à un traitement médicamenteux : - Thérapie cognitivo-comportemental : centrée sur le traumatisme, avec gestion de l'anxiété, lutte contre les évitements cognitifs ou comportementaux, techniques de relaxation, exposition graduée aux stimuli, restructuration cognitive - Thérapie d'exposition prolongée : technique de désensibilisation vis-à-vis de l'événement traumatisant par exposition, imaginaire ou réelle, progressive et répétée - Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) : stimulation des processus de traitement de l'information afin de contextualiser les souvenirs de l'événement traumatique (le patient évoque des éléments de souvenir pendant que son attention est focalisée sur des stimuli bilatéraux visuels) 			
	TTT psychopharmacologique	<table border="1"> <tr> <td>A la phase aiguë</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Limiter l'usage des benzodiazépines (↗ le risque de ESPT) - Utilisation possible d'hypnotiques pour traiter les troubles du sommeil </td> </tr> <tr> <td>A la phase constituée</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseurs ISRS en cas de symptômes sévères ou chroniques </td> </tr> </table>	A la phase aiguë	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter l'usage des benzodiazépines (↗ le risque de ESPT) - Utilisation possible d'hypnotiques pour traiter les troubles du sommeil 	A la phase constituée
A la phase aiguë	<ul style="list-style-type: none"> - Limiter l'usage des benzodiazépines (↗ le risque de ESPT) - Utilisation possible d'hypnotiques pour traiter les troubles du sommeil 				
A la phase constituée	<ul style="list-style-type: none"> - Antidépresseurs ISRS en cas de symptômes sévères ou chroniques 				
→ L'hospitalisation en psychiatrique peut être indiquée en cas de symptômes sévères ou de risque suicidaire					

TROUBLE DE L'ADAPTATION

Trouble de l'adaptation = syndrome de réponse au stress (traumatisme, événement de vie stressant...) avec des symptômes réactionnels à un ou des événement(s) de vie auquel le sujet n'arrive pas à s'adapter

- Prévalence = **1%**, survenue à tout âge mais plus fréquent chez le sujet âgé, prédominance féminine (70%) chez l'adulte
- FdR principal : **trouble de la personnalité** constituant une vulnérabilité psychique limitant les capacités d'adaptation

Sémiologie psychiatrique	Événement stressant	<p>= Facteur de stress identifiable = changement imposant au sujet de s'adapter : professionnel ou personnel, unique ou multiple, récurrent ou continu, concernant le patient seul ou un groupe plus large</p> <ul style="list-style-type: none"> - Événement stressant : transition de vie (mariage, rupture sentimentale, changement de métier, difficultés financières...), annonce d'une pathologie invalidante ou à pronostic défavorable... - Chez l'enfant : séparation des parents, entrée au lycée, échec à l'examen... - Parfois d'apparence non stressant (surtout chez le patient vulnérable) : naissance, déménagement...
	Symptômes	<p>= Symptômes émotionnels ou comportementaux ne remplissant pas les critères diagnostiques d'un autre trouble psychiatrique caractérisé, avec altération du fonctionnement psycho-social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxieux : sensation de tension, difficultés de concentration et d'attention, ruminations, irritabilité, signes physiques (céphalées, sensation d'étouffement thoracique, troubles fonctionnels digestifs...) - Dépressifs : tristesse de l'humeur, culpabilité, trouble des fonctions instinctuelles (alimentation, sommeil...), idées suicidaires... - Comportementaux : isolement, absentéisme, abus de médicaments (anxiolytiques) ou de substances (tabac, alcool, stupéfiants), fugue, comportements suicidaires... <p>→ Apparition dans les 3 mois suivant le début du facteur de stress et disparition < 6 mois après l'arrêt</p> <p>→ Symptômes non préexistants à l'événement déclenchant</p>
Diagnostic	Critères diagnostiques DSM V	<p>A – Développement de symptômes émotionnels et comportementaux en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, dans les 3 mois suivant</p> <p>B – Cliniquement significatif : - Souffrance marquée, disproportionnée par rapport au facteur de stress - Altération significative du fonctionnement social ou professionnel</p> <p>C – Ne répond pas aux critères d'un autre trouble psychiatrique spécifique</p> <p>D – Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal</p> <p>E – Persistance < 6 mois après disparition du facteur de stress ou de ses conséquences</p>
	Formes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> - Avec humeur dépressive (le plus fréquent) : humeur triste, pleurs répétés, troubles cognitifs affectant la concentration et la mémoire, sans remplir les critères d'épisode dépressif caractérisé - Avec anxiété (plus fréquent chez la personne âgée) : attaque de panique et/ou anxiété généralisée, avec manifestations somatiques (céphalées, troubles digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires) - Avec anxiété et humeur dépressive - Avec perturbation des conduites (plus fréquent chez l'adolescent) : comportements à risques (alcoolisation), d'opposition ou d'hétéro-agressivité, sans trouble de la personnalité antisociale - Avec perturbation des conduites et des émotions
	DD	<ul style="list-style-type: none"> - Réaction adaptée au stress : intensité des symptômes inférieurs et sans altération du fonctionnement - Trouble stress aigu ou Trouble stress post-traumatique : délai d'apparition, durée et symptomatologie différente - Episodes dépressif caractérisé ou trouble anxieux
Evolution	Comorbidité psychiatrique	<ul style="list-style-type: none"> - Trouble de personnalité (15%) - Usage de substances (7%)
	Complication	<ul style="list-style-type: none"> - Risque suicidaire (2 à 4% de tentatives de suicide), surtout chez l'adolescent (10% de TS) - Episode dépressif caractérisé, surtout chez l'adulte et la personne âgée - Troubles addictifs (fréquents) - Chez l'adolescent : trouble de l'humeur, personnalité pathologique
	Evolution	<ul style="list-style-type: none"> - Transitoire, cédant dans les 6 mois après la fin du facteur de stress : 75% sans complication ni séquelle - Risque de chronicisation, ou de troubles thymiques ou anxieux caractérisés - Facteurs de mauvais pronostic : durée d'évolution des symptômes, troubles du comportement ou trouble de la personnalité associé, trouble addictif
TTT	- Généralement spontanément résolutif à 6 mois de l'arrêt du facteur de stress	
	Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapies d'intervention brève : thérapie centrée sur la recherche de solutions s'appuyant sur les capacités d'adaptation et le réseau de soutien familial et social du patient - Thérapie cognitivo-comportementale
	TTT médical	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiolyse par benzodiazépines (durée < 12 semaines), ou Atarax : en cas de symptômes anxieux invalidants - Hypnotique type zolpidem (Stilnox®) ou zopiclone (Imovane®) : en cas de troubles du sommeil
→ L'hospitalisation n'est nécessaire qu'en cas de risque suicidaire ou d'environnement très négatif		

TROUBLES ANXIEUX DE L'ENFANT	
Attachement	<p>Attachement mère-enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attachement <i>secure</i> : bases fondamentales sûres, permettant à l'enfant de s'éloigner de sa mère - Attachement <i>insecure</i> : <ul style="list-style-type: none"> - Ambivalent : hésitation entre colère et contentement - Avec évitement : aucune notion de réconfort vers leurs parents - Désorganisé : souvent chez les enfants battus, reproduits à l'âge adulte → Rôle important dans les relations futures → Les attachements <i>insecure</i> sont plus à risque de trouble anxieux et dépressif
Manifestations anxieuses selon l'âge	<p>0 à 6 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur des stimuli sensoriels intenses - Peur de la perte de soutien
	<p>6 à 12 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peur de la séparation - Peur des figures étrangères
	<p>2 à 4 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> = Pensée préopératoire, sans distinction imaginaire/réalité : - Peur des créatures imaginaires, agresseurs potentiels - Peur du noir, peur de la séparation
	<p>5 à 8 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> = Mise en place d'une pensée opératoire et d'un raisonnement concret - Peur des catastrophes naturelles, accidents corporels, peur induite par les médias - Peur de disparaître vers 7 à 8 ans → Apparition de phobies spécifiques (peur du sang, peur du noir) → Les TOC peuvent commencer dès l'âge de 7-8 ans
	<p>> 8 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêts centrés sur la réussite scolaire : phobie scolaire prédominante
	<p>Adolescent</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intérêts centrés sur ses pairs : phobie sociale, agoraphobie, trouble panique
TTT	<ul style="list-style-type: none"> - Thérapie systémique ++ - Très peu de thérapie individuelle - Peu de médicaments ayant l'AMM chez l'enfant : fluoxétine, sertraline