

Les troubles anxieux

-Sciences Biologiques et Médicales-
-UE 2.6 S2 - Les processus psychopathologiques

Les apports suivants sont destinés à constituer un socle de connaissance nécessaire à l'appréhension de l'autre et ce quelque soit le lieu de l'exercice professionnel.

LES TROUBLES ANXIEUX

Pré-requis

UE 1.1S.1 ; Psychologie, sociologie, anthropologie

OBJECTIFS GLOBAUX/

Mobiliser les savoirs académiques autour de la pathologie : « les troubles anxieux».

OBJECTIFS SPECIFIQUES/

Réactiver les savoirs déclaratifs acquis et en cours d'acquisition (relatifs aux processus psychopathologiques, à la pharmacologie et aux thérapeutiques) nécessaires à la prise en soins des patients.

SOURCES DOCUMENTAIRES ET BIBLIOGRAPHIE.

(cf fiche annexe)

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE - Ministère des solidarités et de la cohésion sociale - 2011-2015.

Tout phénomène pathologique a une fonction dans la vie psychique du sujet, c'est-à-dire une valeur de défense dans la dynamique de son rapport à lui-même et au monde.

Si Freud, à l'époque contemporaine est le premier à avoir mis en évidence l'importance de la notion de défense (résistance dans la cure), cette notion est généralisable en dehors du cadre de la psychanalyse.

Admettre qu'un symptôme a une fonction défensive implique qu'on lui reconnaît une certaine valeur positive pour le sujet, ce qui peut paraître étrange au non clinicien : comment un phénomène d'allure pénible ou dommageable pourrait avoir une valeur positive ?

Une comparaison avec la pathologie organique peut aider à saisir la notion de défense : en cas d'agression externe par un agent infectieux, nous disposons d'un système immunitaire dont les réactions dominent le tableau clinique (fièvre, éruption.)

On peut transposer cette idée en psychopathologie où l'agression n'est jamais purement externe car un événement extérieur est toujours médiatisé par la mémoire du sujet.

En raison de la mémoire du sujet, le psychisme du sujet humain a une complexité telle que des conflits intrapsychiques surviennent et suscitent une tension s'exprimant par l'angoisse.

En réaction à l'angoisse, le sujet présente des défenses dont la forme dépend de son organisation psychique

Dans certains cas, ces défenses sont elles même sources de conflit et d'angoisse d'où un risque de cercle vicieux, et c'est ce qui se produit dans un trouble psychique : les symptômes sont le reflet de défenses qui enferment le sujet dans un fonctionnement rigide.

Les processus défensifs sont incontournables : ils limitent les tensions. Sans défense, toute tension serait par définition intenable !

Tout sujet a donc recours à des défenses mais dans un trouble psychique, elles se caractérisent par leur rigidité.

Le symptôme va protéger le sujet contre une tension trop forte, mais cette protection peut aussi avoir un effet négatif « d'enfermer le sujet » dans un fonctionnement défensif.

Exemple lors d'une dépression, le sujet présente un ralentissement psychomoteur qui limite les risques de tension avec l'environnement mais bloque les possibilités d'évolution

La rigidité des défenses s'opposent à la souplesse du fonctionnement psychique qui lui reflète la capacité d'adaptation, donc l'aptitude à l'autonomie et à la liberté.

Dans la structure névrotique, la problématique fondamentale est celle de la culpabilité liée à des conflits entre désirs et interdits.

Sigmund Freud fait comprendre comment la névrose est un « aménagement du moi ».

Tout symptôme a un sens.

Il résulte d'un conflit lointain, infantile, non résolu

Le névrotique lui reste attaché. Il y a fixation ou régression, selon le cas à l'époque conflictuelle ;

L'origine conflictuelle est de nature sexuelle (Freud). C'est une blessure dans le développement sexuel de l'enfant qui entraîne par les forces extérieures du sur moi une censure des forces pulsionnelles et instinctuelles du Ça

La psychanalyse conçoit la vie psychique comme un ensemble de conflits intérieurs au sujet (conflit intrapsychique), qui trouvent normalement leur résolution dans des compromis acceptables entre principe de plaisir et principe de réalité. Les névroses correspondent à des ratés, où le principe de plaisir domine et infléchit les conduites afin que l'inconscient trouve ses solutions, même si elles se font au détriment de l'adaptation à la réalité.

Dans le contexte de la pathologie s'opère un dysfonctionnement /

Normalement, le principe de réalité prend le dessus sur le principe de plaisir.

Mais l'articulation et le compromis du principe de plaisir (pulsions, ça) et du principe de réalité (préconscient, conscient, Surmoi, Moi) sont complexes.

Lorsque cette articulation s'avère dysfonctionnel, les effets sont l'inadaptation sociale ou le déséquilibre de la personnalité en névrose.

Schématiquement :

Le surmoi (agent de surveillance de la garantie sociale), le surmoi encourage les voies adaptatives (sublimation), mais des voies telles que rechercher, réfléchir, œuvrer, communiquer, parler, inventer sont des voies d'incertitude où la culpabilité de ne pas bien faire se dégage de l'action elle-même : nous ne sommes jamais certains d'avoir correctement agi (sublimé, réfléchi, créé, parler) ni obtenu le gain souhaité.

Dans une économie psychique harmonieuse, se sentir coupable de « ne pas aller au bout », place le Moi en situation d'accusé du Surmoi, ce qui stimule la conscience, relance la motivation pour faire mieux et réduire l'écart.

Mais la sévérité du SURMOI peut devenir extrêmement contraignante. S'exprimera alors des idées :

- *D'auto-accusation. Cette pensée inhibe l'action, est un agent répressif entraînant une sensation de ratage et d'échec continu (notion de répétition).*
- *De reproches. Ces derniers entraînent un sentiment de culpabilité. La culpabilité stérilise par l'angoisse et fait éclore des pathologies névrotiques.*

Lien / L'angoisse

Le système névrotique comporte un noyau d'anxiété/d'angoisse qui est le signe visible de la souffrance induite.

L'angoisse peut être qualifiée comme **le sentiment de l'imminence**. Jean-Pierre Lalloz dans son article sur l'angoisse et ses distinctions fait référence au séminaire consacré à cette notion par Lacan.

Jean-Pierre Lalloz cite un texte littéraire « le désert des tartares » de Dino Buzzati où un jeune lieutenant se trouve envoyé aux avant-postes du monde, affecté à « un bout de frontière morte » que nul envahisseur ne franchira peut-être jamais et qui, de donner sur un énigmatique « royaume du nord », pourrait malgré tout est le lieu d'une attaque. De celle-ci, nulle ne pourrait dire qu'elle n'est pas imminente ; et nul n'a la capacité de la comprendre ou même de l'imaginer : qu'est-ce que des « tartares » pourraient bien nous vouloir ?

Le roman raconte l'attente de cette attaque, étendue sur les décennies d'une carrière militaire ; il fait voir la désolation du monde ravagé non pas par un évènement mais, paradoxalement par sa seule imminence.

L'angoisse est d'abord le sentiment de l'imminence sans qu'on puisse dire de quelle réalité.

L'angoisse renvoie à un « Autre » (ici les tartares) dont les intentions restent énigmatiques et à quelque chose dont, corrélativement, on n'arrive pas à se représenter la nature.

Dans l'angoisse, **la représentation est impossible**.

Jean-Pierre Lalloz, Docteur en philosophie, illustre son propos en faisant référence à la chanson de Brel. Brel « parle du fort qui domine la plaine d'où l'ennemi viendra - et non pas comme attendu, « d'où l'ennemi attaquera » ce qui renverrait à toute une série de représentations militaires d'héroïsme, de tactique, de logistique. Or le fait d'utiliser le verbe venir efface la représentation rendue possible par l'utilisation du verbe attaquer. Pour Freud, l'angoisse a ici dans le « moi » ce qui n'a pas de représentation.

Il s'agit de pressentir, ce qui n'est plus en lien avec nos capacités à indiquer, réfléchir ou figurer.

Par la représentation, nous sommes protégés de l'angoisse, et la substitution opérée par Brel de « venir » au lieu « d'attaquer » souligne que là où il y a représentation il n'y a pas d'angoisse.

Est donc angoissant ce qui vient contredire, par son imminence, la protection offerte par la représentation : préparer le fort en vue de l'attaque, ou même

simplement la penser comme telle, c'est déjà l'avoir mise à distance, remplacée dans notre esprit par des mots, des images, des idées.

La représentation est un éloignement de la chose quand l'angoisse est la reconnaissance de son imminence.

Ce que n'est pas l'angoisse /

Il faut opérer une différenciation entre l'angoisse et un nombre certain de sentiment proche en première intention.

LA PEUR.

L'INQUIETUDE.

L'EFFROI.

LA PANIQUE.

Les symptômes des troubles anxieux se manifestent de façon plus ou moins continus et engendrent une souffrance psychique pouvant être qualifiée d'intense.

Les troubles de l'anxiété et de l'angoisse proviendraient du système cognitif, affectif, comportemental et physiologique de l'organisme humain.

LES CAUSES

Les personnes se trouvant dans l'une ou l'autre de ces situations sont plus propices à souffrir d'anxiété /



Sur le plan sociodémographique/

Ceux qui reçoivent des prestations d'aide sociale ;
Ceux qui font partie d'un ménage à faible revenu ;
Ceux qui rencontrent des périodes de chômage au long cours (toutes les situations en lien avec la précarité).
Ceux qui sont du sexe féminin ;

Sur le plan familial/

Ceux dont les familles ont des antécédents familiaux d'anxiété ;
Ceux dont les parents sont dépressifs ;
Les troubles anxieux sont généralement héréditaires ; (théorie controversée)
Les antécédents de violence ;
Les antécédents de troubles mentaux ;
Ceux aux prises avec des problèmes conjugaux.
Ceux qui adoptent une attitude surprotectrice ;
Ceux ayant manqué d'affection ; etc

Sur le plan personnel/

Ceux qui anticipent un événement critique
Ceux qui vivent des expériences traumatisantes (décès, séparation, abus)
Ceux qui vivent avec l'angoisse de la séparation
Ceux aux prises avec la phobie sociale

Sur le plan scolaire/

Ceux qui font leur première entrée scolaire
Ceux qui ont un examen, ceux qui font un exposé oral
Ceux qui ont un nouveau professeur

Dans les troubles anxieux, nous retrouvons 7 tableaux cliniques différents.

L'attaque de panique.

Le trouble panique.

Le trouble anxiété généralisée (TAG).

Les phobies.

Les tocs.

Les syndromes psycho-traumatiques EPST

Les syndromes hystérisiformes

On évalue l'atteinte à 10% de la population serait atteints de troubles anxieux. Ce sont en général des tableaux cliniques qui débutent à l'adolescence et/ou à l'âge adulte.

Ces troubles vont impacter sur le fonctionnement social et familial du sujet. Viennent ensuite les complications principales : la dépression et les conduites addictives (alcool et psychotropes.)

L'attaque de panique OU crise d'angoisse aiguë

Les crises d'angoisse peuvent revêtir deux grands types d'expressions symptomatologiques :

Cas de figure 1 : Il s'agit d'une angoisse qui apparaît de façon brutale, soudaine et inopinément.

Elle n'est pas réactionnelle à quelque chose. (Sans circonstances déclenchantes.)

Elle peut durer entre 20 ET 60 Minutes sans interventions extérieures.

L'acmé de la crise arrive en quelques minutes avec des sensations de danger imminent (sans objets précis)

Le sujet aura peur de mourir ou de devenir fou avec une impression de déréalisation et de dépersonnalisation.

L'impression de déréalisation correspond à la sensation que le monde extérieur est dangereux.

La sensation de dépersonnalisation est similaire à la sensation de ne plus être soi-même (physiquement et psychiquement.)

Le sentiment d'angoisse va entraîner des modifications comportementales à type d'agitation et d'instabilité importante.

Le sujet s'agite, tremble. Quelquefois, le symptôme comportemental est la sidération (rare).

Des signes somatiques bien connus sont le plus souvent présents : (hyper activation du système parasympathique définir.)

Pâleur,

Sensation d'étouffements,

Palpitations, tachycardie
Constrictions thoraciques
Vertiges,
Céphalées,
Sueurs,
Tremblements,
Sécheresse de la bouche,
Nausées,
Vomissements
Episode de diarrhée

L'ensemble de ces signes se majorent progressivement pendant la crise jusqu'à son apogée ou paroxysme et le sujet peut présenter des troubles évocateurs d'un malaise cardiaque avec perte de la sensibilité des extrémités et sensation de paralysie débutante (propos de patients.).
L'ensemble des symptômes physiques viennent renforcer, majorer l'angoisse.
La crise cède parfois à l'issue d'un épisode de diarrhée ou de polyurie.

Cas de figure 2 : les crises d'angoisse seront moins importantes dans leurs expressions.

Ce seront des somatisations anxieuses (sans substratum organique). La plainte somatique doit toujours être prise en considération. Seule le diagnostic différentiel permet d'éliminer la cause organique.

Nous retrouverons

Des manifestations cardio vasculaires (85 % des cas) /

Oppression thoracique/ DD = crise d'angor.

Palpitation par accès

Tachycardie

Pré cordialgies (douleurs)

Accès hypertension systolique (19/8)

Des manifestations respiratoires

Sensations d'étouffement et de dyspnée asthmatiforme

Episode d'hyperventilation (crise de tétanie)

Des manifestations digestives

Spasmes pharyngés

Barres épigastriques (Crises de hoquet et de vomissements)
Diarrhées motrice
Spasmes ano-rectaux et vésicaux

Des manifestations neuro-végétatives

La crise de tétanie
Accès de sueurs
Accès de tremblements
Sécheresse buccale
Possibilité d'aller jusqu'au vertige non rotatoire (petit malaise).

Ces attaques de panique ou crise d'angoisse aigue peuvent se reproduire, mais les sujets lors de la nouvelle « attaque » ne sont pas en mesure de se souvenir de celles d'avant et que notamment il y avait eu résolution de la crise. (Ce qui pourrait constituer un facteur d'apaisement !). **L'angoisse submerge tout sur son passage.**

VIGILENCE EXTREME, il y a toujours un risque de passage à l'acte suicidaire (même en cas de sidération). Le raptus suicidaire est toujours possible.

L'attaque ou crise d'angoisse est donc une urgence psychiatrique

Notons que des crises d'angoisse peuvent être annonciatrices (crises d'angoisse préalable) de certaines pathologies.

Il s'agit des infarctus du myocarde, des ruptures intra-utérines, du pneumothorax, et de la perforation d'ulcères.

Le trouble panique.

2 à 3 % de la population générale - Prédominance féminine - 2 femmes pour un homme.

Trois éléments prépondérants viennent caractériser ce trouble.

A La répétition d'attaque de panique

Les attaques arrivent de façon inattendue. Le plus souvent la journée et elles sont groupées dans le temps. Elles sont donc successives dans un temps précis. Pour poser le diagnostic, il faut avoir fait 4 à 5 attaques de panique sur un mois.

B L'anxiété anticipatoire

C'est la peur d'avoir peur. C'est une inquiétude permanente entre les crises d'en faire de nouvelles. Cette peur s'installe sur plusieurs semaines voir mois.

C L'anxiété secondaire de type agora phobique

Apparait une anxiété secondaire de type agora phobique avec des comportements d'évitement. Cette anxiété la, est en lien avec la peur de refaire une crise. Faire une crise chez soi est rassurant d'où conduite d'isolement (objet contra phobique)

Dans 1/3 des cas, s'installera une anxiété de ce type.

Dans 2/3, un changement de comportement va s'opérer sans véritable agoraphobie. Une inhibition anxieuse se développera. Le sujet redoute que quelque chose se passe. Il s'ensuit une grande dépendance au milieu familial. (Moins on voit de monde, moins on est anxieux).

C'est une pathologie qui d'accompagne dans 50 % des cas d'épisodes dépressifs avec un risque suicidaire important.

Dans 30 % des cas, un abus de toxiques, de médicaments et d'alcool (immaturité et dépendance)

Le trouble anxieux généralisé ou maladie des inquiétudes.

Le tableau clinique est plus flou. Ce trouble concerne 5 à 10% de la population générale - 2 femmes pour un homme. Ces personnes sont sans cesse inquiète ; La symptomatologie doit durer plus de 6 mois et gêner le fonctionnement social et familial du sujet (pathologie).

Ce trouble se manifeste par une anxiété floue, flottante, sans objet précis. Cela entraîne un état de tension intérieure et un sentiment d'insécurité (d'inquiétude) sans raison précise.

Les sujets sont en alerte permanente (fatigue)

Ils présentent des ruminations péjoratives de l'avenir et du passé ;

Ils appréhendent le pire ce qui va donner des troubles de la concentration. L'activité mentale peut être gênée (difficultés à l'activité mentale, trou de mémoire). Ils reconnaissent le caractère exagéré de leurs ruminations. Des troubles du sommeil à l'endormissement avec réveils fréquents (cauchemars) viennent compléter la symptomatologie.

Le tableau d'anxiété est plus présent le soir et s'accompagne d'un sommeil non récupérateur. Les individus se réveillent fatigués accompagnés d'une asthénie matinale avec une grande fatigabilité en lien avec l'intensité du travail psychique.

Les sujets qui présentent ces tableaux cliniques ont une hypersensibilité et une hyperesthésie sensorielle.

Ainsi, développent-ils une intolérance aux bruits.

Une hyperactivité émotionnelle. Ils vont avoir tendance à pleurer ou à se mettre en colère facilement. Ce sont des individus hyper vigilent car insécurise.

Les pathologies somatiques sont plus fréquentes que dans la population générale. Sont retrouvées les pathologies cardiaques, digestives.

Les personnes présentant ce trouble, ne sont pas à l'abri de la constitution de véritables attaques de panique.

Les TAG entraîne 40 % des consultations en médecine générale ;

Les sujets ont besoin de réassurance. C'est un trouble qui débuté précocement (à l'adolescence) en entraînant un risque de chronicisation majeur. L'aggravation est portée par des évènements de vie traumatisants. (davantage que dans le trouble panique.)

Les complications/

Dans 50 à 60 % des cas se développeront des épisodes dépressifs caractéristiques) et des conduites addictives à l'alcool.

Certains disent que c'est l'alcool qui induisent les troubles anxieux, d'autres, l'inverse.

Quelque fois, dans ces tableaux, nous pouvons retrouver un évènement précis. (Une séparation, un deuil.)
