



Troubles

anxieux et phobiques



SOMMAIRE

Quelques définitions	p. 02
Trouble anxieux généralisé	p. 03
Attaque de panique et le trouble panique	p. 04-05
Phobies	p. 05
Trouble obsessionnel et compulsif	p. 06
Diagnostiquer les troubles anxieux	p. 07
Prendre en charge les troubles anxieux	p. 07
Où s'adresser ?	p. 10
Pour en savoir plus	p. 11

Quelques définitions

Anxiété

État mental de trouble et d'agitation, sentiment d'insécurité indéfinissable, peur sans objet.

Angoisse

Englobe l'anxiété et ses signes somatiques d'oppression et de constriction. Phénomène d'intensité croissante : inquiétude > anxiété > angoisse.

Peur

État anxieux accompagnant la prise de conscience d'un danger ou d'une menace objectifs, réels, perçus par chacun.

Phobie

Peur irrationnelle spécifique, déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes de caractère dangereux. La peur disparaît en dehors de l'objet ou de la situation phobogène. Le danger, la menace sont imaginaires, liées à la personnalité et l'histoire de la personne.

Stress

Réaction d'adaptation non spécifique de l'organisme à une agression physique, psychologique ou sociale et qui s'accompagne d'un état anxieux.

Classification des troubles psychiques

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiques, correspondant à différents courants de l'histoire de la psychiatrie. A l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées :

- Classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la santé, dixième version (CIM-10),
- Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Elles proposent une description clinique de syndromes (ensemble de symptômes) mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Pour les troubles anxieux, les principaux syndromes décrits dans ces classifications sont les suivants : attaque de panique, trouble panique, trouble anxieux généralisé, troubles phobiques, trouble obsessionnel compulsif et état de stress post-traumatique.

Trouble anxieux généralisé (TAG)

Dans les pays occidentaux, le taux de prévalence du TAG, en population générale, est estimé à 4 %. Les femmes seraient 2 fois plus touchées que les hommes. Il existe parfois une prédisposition génétique au TAG, souvent partagée avec la dépression majeure. Le TAG est également associé aux événements de vie tels que le divorce ou la perte d'emploi ⁽¹⁾. Le TAG est un état d'anxiété permanente et de soucis excessifs, durant au moins 6 mois. Cette anxiété n'est pas liée à un objet ou à une situation précise. Il s'agit d'une inquiétude excessive de tous les moments de la vie quotidienne (professionnelle, familiale, affective, sociale). La personne a des difficultés à contrôler cette inquiétude importante.

Symptômes physiques associés

- tension motrice : fatigue, tension musculaire, agitation ou surexcitation ;
- hypervigilance : difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité ;

.../...

(1) Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte, ANAES mars 2001, Recommandations pour la pratique clinique www.has-sante.fr

.../...

- troubles associés : mains froides et humides, bouche sèche, sueurs, nausées ou diarrhée, besoin d'uriner fréquent, difficultés à avaler ou sensation de boule dans la gorge, tremblements,

contractions, douleurs, endolorissement musculaire, syndrome du côlon irritable, céphalées.

L'anxiété généralisée a un fort retentissement sur la vie de la personne et s'accompagne souvent d'un état dépressif.

Attaque de panique

Survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente, de perte de contrôle de soi. Cette peur intense apparaît dans des circonstances sans risque vital pour la personne.

Symptômes physiques et comportementaux associés

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements ou secousses musculaires.
- Sensations de «souffle coupé» ou impression d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée ou gêne abdominale.
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.
- Déréalisation (sentiments d'irréalité) ou dépersonnalisation (sentiment d'être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir.
- Sensations d'engourdissement ou de picotements, frissons ou bouffées de chaleur.

Une attaque de panique dure environ 30 minutes et évolue en fonction de la cause et du contexte. Ces crises peuvent être spontanées, réactionnelles à un traumatisme ou une prise de toxiques, accompagner une maladie organique en particulier aiguë, ou survenir dans un état psychopathologique particulier (dépression, psychose, démence).



Trouble panique

Répétition d'attaques de panique, de survenue spontanée et inattendue qui s'accompagne de la peur d'avoir peur. Le trouble panique survient entre 20 et 30 ans, plus souvent chez la femme. Son évolution est chronique avec des phases de rémission et des phases d'aggravation. Il peut se compliquer de phobies (agoraphobie), de dépression, d'abus de psychotropes et d'alcool. Le retentissement sur la vie sociale et professionnelle peut être important.

Phobies

Peur irraisonnée, intense et spécifique à un objet ou une situation. Les phobies sont très fréquentes dans la vie psychique normale. Elles deviennent pathologiques par leur intensité et leur retentissement sur la vie de la personne. Les phobies s'accompagnent de conduites d'évitement de l'objet ou de la situation, et/ou de conduites qui rassurent (conduites contraphobiques). La personne a conscience du caractère absurde de sa peur et en souffre.

Phobies spécifiques

Peur irraisonnée et intense d'animaux (souris, araignée), d'objets (couteaux, ciseaux, plume, sang), des hauteurs (vide), des transports (avion, train, auto), des lieux clos (claustrophobie), peur de l'eau, du noir etc...

Agoraphobie

Peur irraisonnée et intense des espaces découverts et de la foule, ou de toute situation dont on ne peut s'échapper facilement (être seul loin de son domicile, être sur un pont...). Ces situations sont vécues avec une grande souffrance ou sont évitées. Comme pour les autres troubles anxieux, le retentissement sur la vie quotidienne peut être important.

Phobies sociales

Peur irraisonnée et intense des situations où l'on est exposé au regard d'autrui. Par exemple : peur de rougir, peur de trembler, de parler, de paraître, de manger ou de vomir en public, peur des examens, etc...

Dysmorphophobie

Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique. Si un défaut physique est apparent, la préoccupation est manifestement démesurée. La personne peut passer beaucoup de temps à examiner son « défaut » ou à se « soigner ». Elle tente ainsi de diminuer son anxiété mais l'effet est souvent inverse. Cela amène parfois à essayer d'éviter de se voir en enlevant tous les miroirs par exemple.

Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Les études montrent que le TOC toucherait environ 2% de la population adulte. Il serait la 4^e pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques (alcool et drogue) et les troubles dépressifs. Le TOC débute tôt et peut devenir chronique. Il s'accompagne souvent de peurs particulières qui envahissent la pensée en permanence et deviennent des craintes obsédantes. Ces craintes ont souvent un contenu agressif, pour soi ou pour autrui. La personne lutte anxieusement pour les neutraliser.

Obsessions idéatives

La conscience de la personne est envahie par une idée ou une pensée de façon permanente, incontrôlable, qui l'assiège et l'épuise dans une lutte anxieuse pour la neutraliser.

Ce sont des idées concrètes (mots, chiffres, objets, personnes), ou des idées plus abstraites (référence à la morale, la métaphysique, la vie, la mort, la religion, l'ordre, la sexualité), ou encore des idées se rapportant aux comportements.

La personne est en proie aux doutes, ruminations, scrupules.

Ces idées s'accompagnent de compulsions ou de rituels.

Obsessions phobiques

Proches des phobies mais différentes car elles apparaissent en dehors d'une situation phobogène. Ce n'est pas la situation qui provoque l'anxiété mais la pensée de celle-ci, en particulier :

- phobies des maladies, du cancer,

- phobies des microbes et de la saleté,
- phobies d'impulsion (crainte de commettre un acte absurde, immoral, d'agresser quelqu'un ou soi-même). Cela reste le plus souvent au niveau de la pensée, de l'intention, et les passages à l'acte sont exceptionnels.

Compulsions

Actes qui s'imposent à la personne de façon permanente, incontrôlable, obligatoire et répétitive.

Ils ont un caractère magique et conjuratoire.

Ils accompagnent souvent les obsessions et les compliquent : compulsion à compter, suites de mots, rituels de vérification, de lavage, de la toilette, de l'habillage et du déshabillage, du coucher etc.

Souvent l'entourage doit y participer pour garantir leur exécution et leur efficacité.



Diagnostiquer les troubles anxieux

Avant de poser un diagnostic de trouble panique, il faut éliminer une maladie somatique, en particulier aiguë. Mais face à une symptomatologie somatique il faut aussi savoir identifier un trouble anxieux.

On distingue anxiété et dépression, même si ces deux états cohabitent souvent. La dépression est un trouble de l'humeur (tristesse, inhibition, repli, dévalorisation, idées de suicide), qui s'accompagne souvent d'anxiété. De même, les états anxieux et phobiques peuvent être associés à une dépression, mais aussi des abus de psychotropes et d'alcool (souvent utilisés afin de lutter contre l'anxiété). Enfin, certains états anxieux et phobiques sont également présents chez des personnes souffrant de délires (schizophréniques ou non).

Prendre en charge les troubles anxieux ⁽²⁾

En fonction des situations, le traitement des troubles anxieux peut comprendre des conseils d'hygiène de vie, de la relaxation, une psychothérapie et un traitement médicamenteux. L'échange avec des personnes ayant les mêmes problèmes peut aider (groupes de paroles des associations de patients, voir liste page 11).

Hygiène de vie

La diminution de la consommation de café, l'arrêt de la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que la pratique régulière d'une activité physique (marche, course, natation ou cyclisme) sont recommandées.

Relaxation

Elle améliore le contrôle émotionnel, aide à se déconnecter de son environnement et se concentrer sur soi, permet d'éviter l'accumulation des tensions musculaires et psychologiques. Pour se relaxer il faut s'entraîner à se concentrer en étant détendu musculairement.

La relaxation peut être associée à une thérapie comportementale.

Psychothérapies

Traitement par des moyens psychologiques, qui se fait par des entretiens réguliers, individuels ou en groupe, avec un psychothérapeute. La durée du traitement varie de quelques mois à quelques années. Peut-être pratiquée seule ou associée à d'autres thérapeutiques (ex : prescription de médicaments). Tous les problèmes de type anxieux peuvent en bénéficier, quelle que soit la souffrance psychique exprimée.

❑ **Thérapies comportementales et cognitives (TCC)**

- Thérapie brève, validée scientifiquement, visant à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.
- Aide à dépasser progressivement les symptômes invalidants (rites, vérifications, stress, évitements, inhibitions, réactions agressives) ou la détresse à l'origine de la souffrance psychique.
- En moyenne 10 à 25 séances, individuelles ou de groupe, de 30 à 45 minutes.
- En cas d'anxiété associée à un trouble de la personnalité, la thérapie cognitive ou la psychothérapie analytique sont conseillées, en fonction des attentes de la personne ⁽²⁾.

❑ **Psychanalyse**

- Fait revenir au niveau conscient des souvenirs refoulés, afin de dénouer les conflits inconscients à l'origine des troubles.
- Adaptée aux personnes trop anxieuses, si celles-ci sont prêtes à accepter un long travail personnel pour chercher les causes profondes de leur anxiété et le sens de leurs comportements.
- Dure plusieurs années, à raison de plusieurs séances de 30 à 45 minutes par semaine.

❑ **Psychothérapie psychanalytique**

- Favorise la diminution ou la disparition des symptômes et l'apparition d'une meilleure adaptation.
- Permet de clarifier les conflits internes et de renforcer les mécanismes de défense de la personne. Le thérapeute intervient plus souvent que dans la cure psychanalytique, au cours d'entretiens en face à face.
- Peut être brève (3 à 6 mois), en réponse à des problèmes réactionnels, ou plus longues (2 ou 3 ans), pour retrouver confiance en soi et renforcer les capacités de la personne.

❑ **Psychothérapie de groupe**

- Favorise l'expression des sentiments et des émotions pour augmenter la liberté de la personne. Permet aux participants, au fil des séances, de comprendre leurs modes de relation aux autres, d'améliorer leur confiance en soi, d'apprendre à s'intégrer à des groupes et à vivre socialement. Plusieurs méthodes (psychodrame, groupes de paroles...).
- Dure 1 ou 2 ans, à raison de séances hebdomadaires de 1 à 2 heures.

(2) Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du TAG et Guide des ALD – TAG www.has-sante.fr

(3) *Prescrire*. Petit manuel de pharmacovigilance, 2014 www.prescrire.org

(4) Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du TAG www.has-sante.fr

(5) Références Médicales Opposables de l'Agence nationale de sécurité des médicaments, 11/2003, ansm.sante.fr

Médicaments psychotropes

Les médicaments peuvent, associés à une psychothérapie, apporter une aide à la personne. Il convient d'être attentif à leurs règles de prescription et à leurs effets indésirables. ⁽³⁾

• Attaques de panique

On peut utiliser des benzodiazépines (anxiolytiques) et des antidépresseurs, en particulier les inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine, tels que la paroxétine ou la fluvoxamine, voire des imipraminiques tels que l'imipramine et la clomipramine, au long cours et à doses faibles ou modérées.

• Anxiété généralisée

Les benzodiazépines, la buprédone (apparentée aux benzodiazépines) et certains antidépresseurs, ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Elles induisent un risque de somnolence dès le début du traitement et de dépendance à l'arrêt. Le sevrage progressif des benzodiazépines, quelle que soit leur demi vie, est recommandé, même après un traitement de courte durée ⁽⁴⁾.

Prescription des anxiolytiques ⁽⁵⁾

Elle doit reposer sur une analyse précise de la situation clinique, qui sépare des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, et une pathologie psychiatrique confirmée. La prescription doit être **régulièrement évaluée**. Un traitement datant de plusieurs semaines ne doit pas être arrêté brutalement.

- Il n'y a pas lieu, dans le traitement de l'anxiété, d'associer deux anxiolytiques (benzodiazépine ou autre).
- Il n'y a pas lieu de prescrire des anxiolytiques sans tenir compte des durées de prescriptions maximales réglementaires (incluant la période de sevrage) et de les reconduire sans réévaluation régulière.

Les durées de prescription doivent être courtes et ne pas excéder 4 à 12 semaines.

- Il n'y a pas lieu de prescrire un anxiolytique sans débiter par la posologie la plus faible, sans rechercher la posologie minimale efficace pour chaque patient, ni de dépasser les posologies maximales recommandées.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

« Dans la prise en charge du TOC, les antidépresseurs sérotoninergiques, les TCC ainsi que l'association des deux traitements (médicamenteux et psychothérapeutique) ont prouvé leur efficacité et permettent d'améliorer nettement les deux tiers .../...

.../...

des patients et d'en guérir environ 20 %. Les thérapies familiales ou de groupe seraient envisagées en seconde intention. Le traitement médicamenteux de première intention préconise la prescription des inhibiteurs de recapture de la sérotonine sélectifs (IRSS) et, dans un deuxième temps, le recours à la clomipramine uniquement après 2 à 3 essais d'IRSS sans succès. » ⁽⁶⁾

Où s'adresser ?

Médecin traitant

Il est conseillé de demander l'avis de son médecin habituel, qui peut orienter vers un service ou une consultation spécialisées.

Dans tous les cas, une bonne coordination est nécessaire pour un accompagnement de qualité de la personne et de sa famille.

Centres médico-psychologiques (CMP)

Les services de psychiatrie publique proposent des consultations et des prises en charge pour tous les troubles psychiques.

Les consultations sont prises en charge par la Sécurité Sociale.

Se renseigner auprès du CMP le plus proche du domicile.

Certains hôpitaux proposent des services spécialisés dans la prise en charge de ce type de troubles.

Associations de psychothérapeutes professionnels

Renseignent sur les psychothérapies, la formation de leurs membres et les adresses de leurs membres assurant des consultations privées. Liste non exhaustive.

Association française de thérapie
comportementale et cognitive – AFTCC

27, rue de la Saïda - 75015 Paris

01 45 88 35 28

aftcc@wanadoo.fr

www.aftcc.org

(annuaires des membres actifs)

Association francophone de formation
et de recherche en thérapie comporte-
mentale et cognitive – AFFORTHECC

41, route de la Fruitière

74650 Chavanod

afforthecc@wanadoo.fr

www.afforthecc.org

(annuaires des membres actifs)

Association Psychanalytique de France
(APF)

24, place Dauphine - 75001 Paris

01 43 29 85 11

[www.associationpsychanalytiquede-
france.org](http://www.associationpsychanalytiquede-france.org)

(6) Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. Haute autorité de santé, Mai 2005 www.has-sante.fr

Institut de Psychosomatique (IPSO)
20, rue Bellier Dedouvre - 75013 Paris
01 40 79 49 70
www.asm13.org

Société française de thérapie
familiale – SFTF
23, rue de la Rochefoucauld
75009 Paris
01 49 70 88 58
sftf.net

Société française de psychothérapie
psychanalytique de groupe – SFPPG
06 22 45 75 69
www.sfppg.org

Société psychanalytique de Paris (SPP)
187, rue St Jacques - 75005 Paris
01 43 29 66 70.
www.spp.asso.fr

Associations de patients et de proches

Regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques et proposent des groupes de paroles, des lignes d'écoute téléphonique, des conseils et de l'entraide. Liste non exhaustive.

Association française des personnes
souffrant de troubles obsessionnels
et compulsifs (AFTOC)
01 39 56 67 22
contact@aftoc.org
www.aftoc.org

Fédération nationale des associations
d'usagers en psychiatrie (FNAPsy)
33, rue Daviel - 75013 Paris
01 43 64 85 42
www.fnapsy.org

France Dépression
4, rue Vigée Lebrun - 75015 Paris
01 40 61 05 66
contact.afd@free.fr
www.france-depression.org

MEDIAGORA France
Phobies et anxiété.
www.mediagoras.fr

Union nationale des amis et familles
de malades et/ou handicapés
psychiques (UNAFAM)
12, Villa Compoint - 75017 Paris
01 53 06 30 43
fax 01 42 63 44 00
écoute famille 01 42 63 03 03
infos@unafam.org - www.unafam.org

Pour en savoir plus

Brochures Psycom : disponibles à la commande et en téléchargement
sur www.psycom.org

Agence nationale de sécurité du médicament : ansm.sante.fr et medicaments.gouv.fr
Haute autorité de santé : www.has-sante.fr

Prescrire : Information indépendante sur les médicaments www.prescrire.org

Réseau PIC : Psychiatrie, information, communication www.reseau-pic.info

- Je dépasse mes peurs et mes angoisses, Christophe André et Muzo, Eds Points 2010.
- Prise en charge de votre trouble anxieux, Guide ALD HAS, Octobre 2007.
- Bien choisir sa psychothérapie, Sylvie et Pierre Angel, Larousse 2010.
- Guide de l'aide psychologique de l'enfant – de la naissance à l'adolescence, Michel David et Jocelyne Jérémie, Odile Jacob, 1999.

Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale.

Le Psycom édite 6 collections de plaquettes d'information :

- Troubles psychiques
- Psychothérapies
- Médicaments psychotropes
- Soins, accompagnements et entraide
- Droits en psychiatrie
- Santé mentale et...

psycom 

11, rue Cabanis - 75674 Paris Cedex 14
facebook.com/psycom.org - @Psycom_actu
www.psycom.org - contact@psycom.org

Avec le soutien financier de :

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

35, rue de la Gare
75935 Paris Cedex 19
www.ars.iledefrance.sante.fr

Rédactrice en chef : Aude Caria (directrice, Psycom).

Rédaction : Dr Gilbert Riquier (psychiatre, Hôpital Simone Veil) et Aude Caria (directrice, Psycom).

Comité de relecture : Caroline David (bénévole, UNAFAM), Claude Finkelstein (présidente, FNAPsy), Dr Marie-Jeanne Guedj (psychiatre, CH Sainte-Anne), Dr Vassilis Kapsambelis (psychiatre, ASM13), Dr Frédéric Khidichian (psychiatre, Hôpitaux de Saint-Maurice), Dr Christiane Santos (psychiatre, GPS Perray-Vaucluse) et Dr Norbert Skurnik (psychiatre, EPS Maison Blanche).

Illustration : Fotolia (libre de droits).