

Troubles anxieux et troubles de l'adaptation

D^r Bénédicte Gohier*, D^r Anne-Sophie Chocard**, Pr Philippe Duverger**, Pr Jean-Bernard Garré*

* Département de psychiatrie et psychologie médicale, CHU, 49933 Angers

** Unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU, 49933 Angers

jbgarre@chu-angers.fr

Objectifs

Troubles anxieux et troubles de l'adaptation constituent des motifs fréquents de consultation, tant en médecine générale qu'en psychiatrie, et peuvent se rencontrer à tous les âges de la vie. Les nosologies contemporaines les isolent sous forme d'entités cliniques individualisées, mais l'association de plusieurs troubles se rencontre souvent. Leur évolution se fait parfois sur un mode durable, et leur caractère de gravité potentielle tient au risque de complications, où dominent les risques dépressifs, suicidaires et addictifs.

- Diagnostiquer des manifestations d'anxiété et/ou des troubles de l'adaptation chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte, et apprécier leur retentissement sur la vie du sujet.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

TROUBLES ANXIEUX

Anxiété de séparation

L'anxiété de séparation représente le trouble anxieux le plus fréquent durant l'enfance. Sa prévalence est estimée entre 3 et 4 %. Elle est propre à l'enfance. Elle est plus fréquente chez le jeune enfant que chez l'adolescent.

Une certaine anxiété lors des séparations peut être observée au cours du développement normal de l'enfant. On ne pose le diagnostic de trouble anxieux de séparation que lorsque l'anxiété concernant la séparation d'avec les principales figures d'attachement est excessive et inappropriée, que sa durée est anormalement longue, et qu'elle a un retentissement important sur le fonctionnement social. L'anxiété de séparation peut faire suite à un événement traumatisant.

L'anxiété de séparation se caractérise par une anxiété excessive lors de la séparation avec les personnes auxquelles l'enfant est attaché. Elle peut se manifester sous différentes formes : une détresse excessive et récurrente lors des séparations des principales figures d'attachement ou en anticipation de ces situations ;

une crainte excessive et persistante autour de la disparition des personnes auxquelles l'enfant est principalement attaché ; un sentiment de danger les menaçant. Il peut exister une réticence ou un refus d'aller à l'école du fait de la peur de la séparation, ou encore un refus d'aller se coucher sans être à proximité d'une des figures d'attachement privilégiées. L'enfant peut faire des cauchemars répétés à thèmes de séparation. Enfin, des manifestations somatiques (telles que des céphalées, des nausées, des douleurs abdominales) peuvent survenir lors des séparations.

L'évolution est typiquement marquée par des périodes d'exacerbation et de rémission.

Trouble panique et agoraphobie

Bien que l'âge de début du trouble panique soit variable, il survient souvent entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Un faible nombre de cas débute dans l'enfance. La prévalence du trouble panique est de 1 à 2 %, et il existe une prédominance féminine.

1. Attaque de panique

L'attaque de panique, ou crise d'angoisse aiguë, se caractérise par un début brutal, sans relation notable avec aucune cause extérieure immédiate et de durée limitée dans le temps (de quelques minutes à deux heures au maximum). Elle se manifeste cliniquement par une symptomatologie intense avec quatre composantes principales : somatique, psychosensorielle, cognitive et comportementale.

Les manifestations somatiques principales concernent l'appareil cardiovasculaire (tachycardie, palpitations, douleurs précordiales), pulmonaire (dyspnée, oppression thoracique, striction laryngée avec sensation d'étouffement), digestif (nausée, spasmes digestifs...), et plus généralement le système nerveux autonome avec des sueurs, une pâleur, des vertiges, des tremblements, un flou visuel, une pollakiurie. Au niveau psychosensoriel, la crise d'angoisse aiguë s'accompagne dans 50 % des cas de distorsions perceptuelles diverses : dépersonnalisation, déréalisation, illusions visuelles ou auditives... Au cours de la crise, le patient a peur de perdre la raison, avec un système cognitif tourné vers la catastrophe, l'impression de devenir fou, de ne plus pouvoir se maîtriser, de commettre des actes irrationnels. Cette angoisse majeure peut entraîner des troubles du comportement, avec une agitation désordonnée ou au contraire une inhibition comportementale, voire une sidération.

2. Agoraphobie

L'agoraphobie est une anxiété liée au fait de se trouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne pourrait être trouvé en cas de survenue d'une attaque de panique. Classiquement, l'agoraphobe craint les situations telles que les files d'attente, les grands espaces comme les grands magasins ou les places publiques, ou bien à l'inverse les espaces clos d'où il ne pourra pas s'échapper, comme la voiture, le bus, le train...

Contrairement aux phobies spécifiques, la situation anxiogène décrite n'entraîne pas forcément une attaque de panique. L'exposition du sujet à cette situation peut ne pas déclencher de crise d'angoisse, ou en déclencher une de manière imprévisible au cours de l'exposition.

3. Trouble panique

Pour évoquer un trouble panique, il faut qu'il y ait à la fois la répétition d'attaques de panique et la survenue pendant au moins un mois de la crainte persistante d'autres attaques de panique,

ou de préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences, ou un changement de comportement important en relation avec les attaques.

Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Le trouble panique peut s'accompagner ou non d'agoraphobie.

Anxiété généralisée

L'anxiété généralisée se caractérise par une anxiété flottante, par une peur persistante et par l'absence d'autres troubles anxieux.

Elle toucherait 5 % de la population, avec une nette prédominance féminine.

L'anxiété généralisée se manifeste par des symptômes psychiques, marqués par l'attente anxieuse avec un sentiment d'insécurité permanent, de menaces imprécises, accompagnés de difficultés de concentration. On retrouve également des symptômes physiques semblables à ceux de l'attaque de panique, mais avec une intensité moindre (céphalées, tremblements, sensation de tête vide, tachycardie, sécheresse de bouche...). Ces troubles sont présents tous les jours pendant plusieurs semaines consécutives.

L'évolution de l'anxiété généralisée est chronique, mais fluctuante.

Troubles phobiques

Chez l'enfant, certaines peurs sont considérées comme normales au cours du développement ; elles sont transitoires et s'atténuent souvent spontanément.

1. Phobie spécifique

Très fréquentes en population générale, elles se caractérisent par le déclenchement d'une peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spé-

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Troubles anxieux et troubles de l'adaptation ».

Cas clinique

Mlle C., 26 ans, est amenée aux urgences par son ami. Alors qu'ils étaient dans un magasin, Mlle C. a commencé à se sentir mal. Sa respiration est devenue courte, elle disait avoir une vision floue, que son cœur battait de plus en plus fort et vite et qu'il fallait qu'elle sorte au plus vite. Son ami, très inquiet, a préféré l'amener aux urgences même si, dans l'intervalle, Mlle C. a retrouvé une respiration normale.

À l'interrogatoire, Mlle C. explique que cela lui arrive de temps en temps depuis quelques mois, plutôt quand elle est seule dans la rue ou dans les magasins. C'est d'ailleurs pour cela qu'elle ne sort plus jamais de chez elle seule. Elle trouve cette situation difficile à vivre. Elle n'a pas osé en parler à son ami, car elle trouve cela ridicule. Elle a dû refuser à plusieurs reprises des sorties au cinéma, car elle craignait de se sentir mal. Elle doit prochainement commencer un

travail dans une grande entreprise, mais craint de ne pas pouvoir s'y rendre, car, lors de son entretien d'embauche, qu'elle a réussi, elle a commencé à se sentir mal. Elle souhaite vraiment en finir avec ces « problèmes ».

- 1 Quel diagnostic évoquez-vous ?
- 2 Sur quels arguments sémiologiques ?
- 3 Quelles sont les complications habituelles de ce type de trouble ?
- 4 Quelle attitude adoptez-vous dans l'immediat ?
- 5 Que proposer à moyen et long terme ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

cifique. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique ou d'une anticipation anxieuse en l'absence d'exposition directe. Les adolescents et les adultes reconnaissent le caractère excessif ou irrationnel de leur peur ; ce n'est pas toujours le cas chez les enfants. Les sujets tentent de mettre en place des conduites contraphobiques par des stratégies d'évitement de la situation redoutée, ou bien des conduites de réassurance. Le retentissement sur la vie quotidienne est variable selon les situations phobogènes qui peuvent être très variées : prendre l'avion, traverser un pont, être en présence de certains animaux, être en hauteur...

2. Phobie sociale

La phobie sociale se distingue des autres phobies, car si elle garde les caractéristiques habituelles des phobies (peur persistante d'une situation donnée, entraînant une anxiété majeure, voire une attaque de panique, avec reconnaissance du caractère absurde, évitement et anxiété anticipatoire), elle prend une teinte un peu particulière du fait de la situation anxiogène : autrui. Le sujet phobique social craint toute situation où il pourrait être observé et perçu négativement par autrui en raison de comportements ou d'attitudes inadaptés. Les peurs les plus fréquemment rapportées sont la peur de parler, de manger, d'écrire ou de rougir en présence d'autres personnes. La possibilité d'être confronté à de telles situations entraîne une importante anxiété anticipatoire et conduit à un évitement des situations phobogènes.

Le trouble débute généralement à l'adolescence, rarement après 30 ans, et son évolution est chronique, avec possibilité d'augmentation de l'anxiété renforçant l'évitement phobique. Un cercle vicieux s'installe : le sujet craint d'être jugé négativement par autrui ; cette anxiété anticipatoire peut entraîner des cognitions de peur et des symptômes anxieux dans les situations redoutées qui conduisent à une mauvaise performance effective ou perçue comme telle et justifie l'impression d'être peu performant, postulat de base pour le phobique social. Cet état peut conduire à un isolement important et une invalidité sociale.

3. Phobie scolaire

La phobie scolaire correspond à un refus anxieux d'aller à l'école. Le concept de phobie scolaire soulève un certain nombre de questions aux plans nosographique, diagnostique et psychopathologique. Les phobies scolaires recouvrent des entités différentes, qui semblent dépendantes de l'âge d'apparition des troubles. La phobie scolaire est souvent rattachée à une anxiété de séparation, en particulier chez le jeune enfant.

On retrouve trois pics de début de la phobie scolaire : vers 5-6 ans, vers 10-11 ans, et à l'adolescence. La phobie scolaire serait plus fréquente chez le garçon. Il existe souvent une constellation familiale particulière.

La phobie scolaire se caractérise par un refus anxieux de se rendre à l'école, d'apparition souvent brutale. Lors du départ à l'école ou de l'entrée en classe, l'enfant présente des manifestations d'anxiété intense, d'autant plus marquées qu'on le force

POINTS FORTS

à retenir

■ **Troubles anxieux** : ils regroupent différents tableaux cliniques, dont le point commun est l'anxiété. Elle peut être flottante comme dans l'anxiété généralisée ou se manifester sous forme paroxystique (crise d'anxiété ou attaque de panique). Le contexte d'apparition du trouble anxieux permet de distinguer le trouble panique, le trouble phobique et le trouble obsessionnel compulsif.

■ **Troubles de l'adaptation** : secondaires à un facteur de stress identifiable, ils se caractérisent par des réactions émotionnelles et/ou comportementales plus importantes que celles attendues, compte tenu de la nature du stress. Ils sont transitoires, survenant au maximum trois mois après le stress et d'une durée inférieure à six mois. Dans le cas des pathologies post-traumatiques, le facteur de stress identifié a des caractéristiques particulières, et l'évolution des troubles peut être chronique.

■ **Troubles anxieux et troubles de l'adaptation** sont les troubles psychiatriques le plus fréquemment rencontrés et peuvent entraîner un retentissement important sur la vie du sujet, jusqu'à une invalidité socioprofessionnelle. Les complications sont fréquentes, comprenant les pathologies dépressives et les conduites suicidaires, les problèmes d'abus et de dépendance à des substances, en particulier l'alcool et les anxiolytiques.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 2043)

à s'y rendre. Le calme revient lorsque l'enfant n'est plus confronté au départ à l'école et est assuré de rester chez lui ; il promet souvent d'y retourner dès le lendemain, sans y parvenir. Un événement intercurrent est parfois rendu responsable des difficultés. L'intérêt pour la scolarité est maintenu et il n'y a pas de refus du travail scolaire à la maison. Le niveau intellectuel est généralement bon.

Si la phobie scolaire peut être isolée, elle peut aussi être associée à d'autres manifestations telles que d'autres troubles anxieux (phobies, manifestations obsessionnelles) ou un état dépressif. La phobie scolaire doit être distinguée du refus scolaire et de l'école buissonnière, qui ne s'accompagnent pas d'anxiété.

Les phobies scolaires ne doivent pas être banalisées. Leur danger est un risque de déscolarisation dont les effets peuvent être dramatiques.

Les modalités évolutives sont variables en fonction de la structure psychopathologique sous-jacente et de la dynamique familiale. L'évolution est favorable dans 30 à 50 % des cas ; dans 30 % des cas, des difficultés persistent, avec une phobie scolaire plus ou moins marquée mais une insertion sociale satisfaisante ; dans 20 à 30 % des cas, l'évolution est défavorable, avec une phobie scolaire persistante et d'importantes difficultés d'adaptation sociale.



Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Bien que les TOC débutent souvent durant l'adolescence ou chez l'adulte jeune, un début des troubles dans l'enfance est possible. La prévalence du TOC serait de 1 à 2 % chez les enfants et les adolescents et de 1 à 3 % chez les adultes. La prise en charge est souvent tardive.

Le début des troubles est généralement progressif.

Les obsessions sont des idées persistantes, des pensées, l'appréhension d'une impulsion ou des images perçues comme intrusives et absurdes. Le sujet cherche à ignorer ou supprimer ce type de pensées ou à les neutraliser par d'autres pensées ou des actions. Il reconnaît que ces pensées sont les siennes et ne lui sont pas imposées de l'extérieur. Les obsessions les plus fréquentes sont la peur de commettre un acte agressif (obsession-impulsion), d'être contaminé par des microbes ou d'être atteint d'une maladie incurable (obsession-phobie), d'ordonner les objets de manière symétrique, d'avoir des pensées honteuses ou blasphématoires (obsession-idéative), d'avoir des doutes répétés.

Les compulsions sont des comportements répétitifs et intentionnels obsédant à certaines règles ou stéréotypés, qui surviennent en réponse à une obsession. Les compulsions sont censées neutraliser les obsessions ou prévenir une situation redoutée, mais sont en général inadaptées ou exagérées par rapport à la situation. La relation entre le rituel et la situation que celui-ci doit conjurer n'est pas toujours logique. L'adulte présentant un TOC reconnaît le caractère excessif ou déraisonnable des compulsions ; souvent, cela n'est pas le cas chez l'enfant. Parmi les compulsions les plus fréquentes, on retrouve les rituels de lavage ou de désinfection, de vérification, de dénombrement, de calcul. Si le sujet résiste à une compulsion, il ressent une tension intérieure intense, une angoisse majeure qui ne sera soulagée que par la réalisation de cette compulsion.

Le diagnostic de TOC est porté quand le sujet présente des obsessions et/ou des compulsions, d'une durée supérieure à une heure par jour ou entraînant une interférence importante avec la vie quotidienne du patient, son travail ou sa relation aux autres.

L'évolution du TOC est souvent chronique.

Évolution et complications

Les troubles anxieux évoluent le plus souvent de manière chronique.

On retrouve fréquemment des antécédents de troubles anxieux chez les ascendants du premier degré.

Dans le cadre du trouble obsessionnel compulsif, les études de jumeaux montrent une fréquence plus importante chez les homozygotes et un lien avec le syndrome de Gilles de la Tourette, suggérant une prédisposition génétique.

Les complications des troubles anxieux sont fréquentes et peuvent être révélatrices du trouble. Chez l'adulte, le diagnostic est souvent porté à l'occasion d'un épisode dépressif majeur, d'une tentative de suicide, ou bien de troubles en rapport avec une consommation excessive d'alcool ou d'anxiolytiques.

Enfin, il n'est pas rare de voir des patients associant plusieurs troubles anxieux.

Attitudes thérapeutiques

1. Chez l'enfant et l'adolescent

L'approche thérapeutique des troubles anxieux ne se limite pas aux seuls symptômes ; l'évaluation des symptômes anxieux doit se faire dans une perspective dynamique, en tenant compte de la personnalité de l'enfant mais aussi de ses interactions avec son environnement, en particulier avec son environnement familial.

Plusieurs modalités thérapeutiques, non exclusives les unes des autres, existent : approche psychothérapique, abord médicamenteux, hospitalisation, actions socioéducatives...

Chez l'enfant et l'adolescent, l'abord psychothérapique est privilégié. Il y a plusieurs types de psychothérapies : psychothérapie individuelle, de soutien, d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementale, thérapie familiale...

La prescription de psychotropes reste très limitée chez l'enfant et l'adolescent, et une prescription médicamenteuse n'est envisagée que dans le cadre d'une stratégie thérapeutique globale. À noter que la sertraline, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, possède une autorisation de mise sur le marché en France pour les TOC chez l'enfant à partir de 6 ans.

Les indications des différentes modalités thérapeutiques sont adaptées au cas par cas en fonction de l'évaluation clinique lors des entretiens pédopsychiatriques, mais aussi de la demande de l'enfant et de ses parents. Une alliance thérapeutique avec la famille est indispensable.

2. En urgence : crise d'angoisse aiguë ou attaque de panique

Il convient en premier lieu de dédramatiser la situation en installant la personne dans un lieu calme, à distance de son entourage, qui bien souvent devient lui-même angoissant. Dans une relation de réassurance, il est nécessaire de pratiquer un examen somatique, qui par lui-même est rassurant et permet d'éliminer une pathologie organique à l'origine des symptômes ressentis par le patient.

Le traitement se pratique en ambulatoire, l'hospitalisation n'étant réservée qu'aux situations compliquées d'une symptomatologie dépressive ou d'une crise suicidaire. Une attitude calme et apaisante, favorisant la verbalisation des émotions, la récupération d'une respiration calme et régulière peut permettre un apaisement de la symptomatologie anxieuse. Si ces mesures sont insuffisantes, on peut administrer des anxiolytiques d'absorption rapide, par voie orale si possible, comme le diazépam à 10 mg ou l'alprazolam à 0,5 mg.

3. Traitement d'entretien

Devant un trouble anxieux chronique : trouble panique, trouble anxieux généralisé, troubles phobiques, TOC, il convient de proposer une prise en charge par un spécialiste.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'analyser le trouble, son évolution, ses complications éventuelles et le retentissement sur la vie quotidienne du sujet.

Une prise en charge ambulatoire est le plus souvent requise et une hospitalisation n'est envisagée que devant l'existence de complications, notamment dépressives et/ou suicidaires.

Quel que soit le trouble anxieux, on recommande quelques mesures hygiéno-diététiques simples mais efficaces comme l'arrêt des excitants et stimulants (caféine), l'exercice physique quotidien, voire d'une activité sportive, un rythme de vie régulier.

Le traitement proposé comporte deux grands axes : chimiothérapique et psychothérapique, ces deux versants de la prise en charge étant complémentaires.

Sur le plan psychothérapique, on peut, selon les patients, proposer des techniques de soutien, de relaxation. Une thérapie fondée sur des techniques cognitives et comportementales est particulièrement bien indiquée dans les TOC, la phobie sociale, avec des séances de désensibilisation, d'affirmation de soi. Selon les capacités de verbalisation et d'introspection, on peut également proposer une psychothérapie d'inspiration analytique.

Au niveau chimiothérapique, les anxiolytiques seront réservés aux seules crises d'anxiété aiguë, avec une durée limitée pour éviter les risques de dépendance. En traitement de fond, on préconise un traitement par antidépresseur, qui agit sur les deux principaux neuromédiateurs impliqués dans les troubles anxieux, la sérotonine et la noradrénaline. Pour leur tolérance et leur maniabilité, on préfère en première intention les antidépresseurs sérotoninergiques (fluoxétine, par exemple, à dose progressivement croissante, de 20 à 60 mg/j) et pour une durée souvent supérieure à un an. Les antidépresseurs tricycliques ont également une efficacité reconnue avec une tolérance moins bonne (exemple : clomipramine 75 à 250 mg/j).

Si la symptomatologie anxieuse se manifeste par des signes cardiovasculaires importants, on peut proposer un traitement par bêtabloquant.

DIFFÉRENTS TROUBLES DE L'ADAPTATION

Troubles de l'adaptation

1. Définition

Il se définit par des symptômes émotionnels et/ou comportementaux cliniquement significatifs, en réponse à un événement ou une succession d'événements stressants. Il peut s'agir soit d'une réaction disproportionnée à l'événement stressant, soit d'une perturbation significative du fonctionnement social ou professionnel. Le trouble de l'adaptation survient dans les 3 mois après l'événement stressant.

C'est l'un des diagnostics psychiatriques le plus fréquemment portés chez les patients hospitalisés pour des problèmes médicaux ou chirurgicaux, ou admis dans les services d'urgence. Il peut survenir à tout âge. Les événements stressants le plus souvent retrouvés sont les problèmes familiaux ou conjugaux, les situations de rupture, de perte, d'abandon, d'isolement, les difficultés financières, la survenue d'une maladie.

2. Formes cliniques

Les troubles de l'adaptation peuvent se manifester par des réactions émotionnelles associant une tristesse de l'humeur, des pleurs, des symptômes anxieux. Cette symptomatologie est suf-

fisamment importante pour perturber la vie quotidienne du sujet, avec un retentissement socioprofessionnel possible, mais dont l'intensité est insuffisante pour porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur ou de troubles anxieux.

Le trouble de l'adaptation peut également se manifester par des troubles des conduites à type de conduites d'alcoolisation, de conduites à risque, de bagarres, d'opposition, voire de fugue mais toujours en réponse à un événement stressant et non pas dans le cadre d'un trouble de personnalité constitué.

La symptomatologie peut prendre le masque de troubles somatiques, avec des plaintes assez floues de type céphalées, douleurs, insomnie, asthénie, vertiges, troubles fonctionnels digestifs, cardiovasculaires ou respiratoires, ou des troubles cognitifs avec des difficultés de concentration, des troubles mnésiques.

3. Évolution et retentissement sur la vie quotidienne

Par définition, le trouble de l'adaptation est transitoire. Le début est toujours marqué dans les 3 mois précédents par un événement stressant et s'amende dans les 6 mois après l'arrêt du stress. La persistance d'une situation stressante peut malgré tout entraîner une évolution chronique de la symptomatologie.

Le trouble de l'adaptation peut survenir à tout âge, mais il est souvent consécutif à des événements qui viennent marquer les étapes essentielles de la vie : entrée à l'école, mariage, paternité ou maternité, changement professionnel, mise à la retraite, départ du dernier enfant de la maison...

4. Conduite à tenir

On privilégie l'abord psychothérapique, afin de permettre de verbaliser autour de la situation stressante et de ses conséquences sur la vie du sujet. La reconnaissance du sujet dans ses difficultés d'adaptation lui permet d'exprimer ses émotions et donc d'abaisser le niveau de tension émotionnelle ressentie. Selon les capacités d'introspection du sujet, la psychothérapie permettra de comprendre la signification du facteur de stress et de le mettre en lien avec des traumatismes antérieurs. La psychothérapie de groupe peut avoir un intérêt en permettant à des sujets ayant vécu le même type d'événements stressants de s'identifier (groupe de parole de patients, par exemple).

Chez l'adulte, une aide médicamenteuse peut être proposée, mais doit rester ponctuelle. On peut par exemple proposer des anxiolytiques en cas de symptomatologie anxieuse au premier plan, en insistant sur le caractère bref de la prescription. Une aide par un antidépresseur peut s'avérer efficace pendant toute la durée du trouble, avec l'idée de l'arrêter après six mois de traitement.

Pathologies post-traumatiques

Les pathologies post-traumatiques sont caractérisées par la survenue de troubles anxieux après exposition à un facteur de stress traumatique extrême. Elles peuvent survenir à tout âge, y compris chez l'enfant. L'événement revêt des caractéristiques particulières : le sujet doit avoir vécu ou avoir été témoin d'une



situation où des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés, ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou bien durant laquelle son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. Le sujet a alors ressenti une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

1. État de stress aigu

Durant l'événement ou dans les 4 semaines suivantes, le sujet a des troubles des émotions, sur le mode d'une absence de réactivité émotionnelle, d'un détachement, d'un sentiment de torpeur, mais aussi une impression de dépersonnalisation, de déréalisation, de troubles mnésiques avec une impossibilité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme. Ces troubles anxieux se manifestent par une symptomatologie neurovégétative à type de sueurs, de syndrome d'hypervigilance, d'une irritabilité, de troubles de la concentration, de troubles du sommeil, de sursaut...

Le sujet revit l'événement constamment, par des images, des pensées, des rêves, des illusions lors de perceptions pouvant rappeler un élément du traumatisme. Il évite toute situation (pensées, sentiments, conversations, lieu, personnes) susceptible de lui rappeler l'événement.

Ces troubles anxieux ont des conséquences sur la vie du sujet avec une altération plus ou moins importante du fonctionnement social et professionnel, selon l'intensité des symptômes présentés, de l'importance de l'évitement et des capacités du sujet.

Ces troubles débutent dans les 4 semaines suivant l'événement traumatisant et durent entre 2 jours et 4 semaines.

2. Syndrome de stress post-traumatique (SSPT)

Il survient après un intervalle libre de quelques jours à quelques semaines, voire de mois ou d'années. Le sujet présente une reviviscence douloureuse intense et constante de l'événement. Cela peut se manifester par un syndrome de répétition sous la forme de souvenirs répétitifs et envahissants, sous la forme d'images, de pensées, de perceptions, et provoquant un sentiment de détresse. Le sujet présente souvent des troubles du sommeil liés à des rêves répétitifs et angoissants. Dans sa vie diurne, le patient a l'impression de revivre l'événement avec des illusions, voire des hallucinations déclenchées par des perceptions, des lieux, des personnes pouvant lui rappeler une partie des circonstances du traumatisme. Ceci plonge le sujet dans un sentiment de détresse intense avec des manifestations anxieuses physiques (sueurs, tremblements, flou visuel, tachycardie...), psychiques (impression de mort imminente, sentiment de dépersonnalisation, déréalisation), cognitives (troubles de la concentration). Le sujet présente une irritabilité avec des accès de colère, une hypervigilance, des réactions de sursaut exagéré.

Pour se protéger, il va mettre en place des stratégies d'évitement : du lieu, des personnes mais aussi des pensées ou des émotions inhérentes au traumatisme. De même, il présente souvent un détachement affectif, comme pour mettre au repos son système émotionnel débordé par l'événement déclencheur.

L'évolution est variable selon les capacités antérieures du sujet, son entourage, son insertion socioprofessionnelle, l'absence

d'antécédents psychiatriques. Un tiers des sujets guérissent de leur trouble, d'autant plus que celui-ci a duré moins longtemps, mais deux tiers présentent une symptomatologie plus ou moins chronique. Les complications possibles sont les mêmes que dans les autres troubles anxieux, à savoir les complications dépressives et suicidaires, l'abus de substances, notamment l'alcool et les anxiolytiques.

3. Prise en charge

En urgence, c'est-à-dire à proximité immédiate du traumatisme, on peut proposer une intervention de crise (débriefing, defusing), qui permet de verbaliser rapidement les émotions ressenties au cours de l'événement traumatique et d'éviter qu'elles ne se cristallisent. L'intervention de crise permet également d'informer sur les complications possibles, notamment le syndrome de stress post-traumatique, afin de permettre une prise en charge précoce des troubles (la moindre durée des troubles étant de bon pronostic). En urgence, l'apport ponctuel d'hypnotiques ou d'anxiolytiques peut être efficace à condition d'être limité dans le temps.

En cas de SSPT installé, on peut proposer un traitement médicamenteux de type antidépresseur (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou tricycliques) en cas de symptomatologie dépressive majeure, mais aussi à but anxiolytique. Mais on y associe systématiquement un accompagnement psychothérapique qui, en fonction des capacités du sujet, pourra être axé sur des techniques de soutien, de relaxation, cognitives, comportementales. Une prise en charge groupale peut avoir un intérêt.

Enfin, la reconnaissance par la société du statut de victime est essentielle pour le sujet, notamment quand celui-ci présente un discours centré autour de la culpabilité d'avoir été le seul survivant. ■

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus

► Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

American psychiatric association ; DSM-IV-TR. Texte révisé ; Paris : éditions Masson, 2003.

► Manuel de psychiatrie

Guelfi JD, Rouillon F (sous la direction de) Paris : éditions Masson, 2007

► Adolescence et psychopathologie

Marcelli D, Braconnier A Collection les âges de la vie. Paris : éditions Masson, 6^e édition, 2004

► Enfance et psychopathologie

Marcelli D Collection les âges de la vie. Paris : éditions Masson, 7^e édition, 2006

► Troubles mentaux et troubles du comportement

Organisation mondiale de la santé, CIM-10 / ICD-10. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic.

Classification internationale des maladies. 10^e révision. Chapitre V (F) Paris : éditions Masson, 1994

► Classification multiaxiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent

Organisation mondiale de la santé Classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent Paris : éditions Masson, 2001.