

Cours 2 : Sémiologie anxieuse

Plan du cours :

- I. Généralités – Réactions psychologiques à la maladie
 - 1) Régression
 - 2) Formation réactionnelle à la régression
 - 3) Dénégation de la réalité

- II. Sémiologie des troubles anxieux
 - 1) Angoisse et troubles anxieux
 - 2) Le stress aigu
 - 3) Etat de stress post-traumatique
 - 4) Attaque de panique
 - 5) Trouble panique (sans agoraphobie)
 - 6) Trouble panique avec agoraphobie
 - 7) Phobies simples ou spécifiques
 - 8) Trouble anxieux généralisé

Ce cours contient la plus grande partie du texte que M Lejoyeux a mis sur ses diapos, ainsi que ses commentaires oraux, il devrait donc combler le manque de diapos publiées de ce prof. J'essaierai de mettre mes photos des diapos sur Weebly. M Lejoyeux a signalé que les définitions (indiqué dans la ronéo par définition, super habile de ma part !) étaient à savoir par cœur, avec la classique énumération de signes cliniques qui suit. Donc, si tu es à une semaine des partiels... Condoléances.

I Généralités - Réactions psychologiques à la maladie :

Une maladie n'a évidemment pas que des répercussions biologiques et cliniques sur le corps du patient, elle en a aussi sur son état psychologique. La maladie induit chez le patient un état de faiblesse, voire de dépendance, vis-à-vis des soignants ou de son entourage. Ces altérations de la relation qu'a le malade avec autrui sont donc d'ordre psychologique.

On distingue trois grands mécanismes de défense du Moi face à la maladie :

- La régression
- La formation réactionnelle agressive
- La dénéiation

Ces mécanismes sont inhérents à la maladie : ils sont involontaires et inconscients, mais ne sont pas pathologiques.

1) Régression :

« La maladie transforme le patient en petit enfant »

Une relation de dépendance se met en place entre le patient et son entourage, il a besoin de se sentir protégé. C'est un mécanisme de défense normal, universel et inévitable. Pour le médecin c'est d'une certaine façon le malade idéal : extrêmement gentil, passif, reconnaissant envers le personnel soignant, il a des demandes puériles (cf. pour ceux que ça intéresse La Montagne Magique, de Thomas Mann). Cette réaction permet par exemple d'accepter l'aide dans les maladies chroniques, en revanche ce genre de patient réclamera un excès de soins s'il est atteint d'une maladie bénigne.

Pour le médecin il sera alors important de ne pas être moqueur ni agressif face à ces patients. Notamment parce que c'est, d'après Lejoyeux, notre état psychologique en P1.

2) Formation réactionnelle à la régression :

C'est la situation inverse. Le patient se sent **décroître**, il se mobilise donc contre tout ce qui lui rappelle sa condition de malade. Il devient agressif, refuse sa maladie ainsi que ses soins, nécessite une suradaptation. Ses sentiments s'inversent, c'est-à-dire qu'il va repousser tout ce qui apporterait satisfaction à ses besoins de malade. Autrement dit, tout ce qui est bon pour lui, en tant que malade, il va le rejeter parce que ça lui fait prendre conscience de son état dépendant.

On peut avoir le cas particulier suivant : la formation réactionnelle projective et agressive : elle est fréquente en cas de maladie prolongée, la maladie est perçue comme une attaque, et le patient devient agressif dans ses rapports aux soins, au personnel soignant, etc.

3) Dénéiation de la réalité :

- **Dénéiation complète : Le patient va nier la maladie, la réalité.** C'est observé particulièrement dans les états terminaux des maladies graves, ou chez les médecins malades. Inconscient, involontaire, non pathologique.
- Dénéiation partielle : Le patient nie l'évidence, voue une confiance aveugle et infinie au médecin.

En opposition à ces trois réactions inadéquates à la maladie, on peut trouver deux types de réactions qui seront cette fois appropriées :

- La **sublimation** : c'est la transformation d'une angoisse en quelque chose de positif.

- L'**adaptation**. L'attitude du malade est souple et équilibrée vis-à-vis de sa maladie, l'éventuelle dépression post-diagnostic a été bien surmontée, et son état de dépendance est suffisant mais pas pathologique.

II Sémiologie des troubles anxieux :

On commence par énoncer les différents types de troubles anxieux et comment ils s'organisent les uns par rapport aux autres, et puis on les reprendra chacun leur tour.

1) Angoisse et troubles anxieux :

Angoisse : Peur sans objet apparent ou provoquée par un stimulus qui ne provoque aucune réaction chez un sujet normal.

Angoisse sans facteur déclenchant : angoisse flottante.

Lors de l'interrogatoire d'un patient anxieux, on va suivre un fil conducteur qui permettra d'évoquer les différents troubles anxieux et de caractériser celui du patient :

L'angoisse survient sous la forme d'une crise aiguë : c'est ce qu'on appelle une **attaque de panique**.

Quand les attaques de panique se répètent, on parle de **trouble panique**.

Petit à petit, les patients qui font des crises de panique développent une **agoraphobie**. Mais vu que ce n'est pas systématique, on distinguera les troubles panique avec ou sans agoraphobie.

Autres formes d'angoisse :

- La **phobie**. Une phobie est une peur déclenchée uniquement en présence d'un objet ou d'une situation bien particulière, et associée à un évitement de ce stimulus.
- L'**état de stress post traumatique** (névrose de guerre chez les soldats démobilisés, ou pour les fans : le syndrome de Rambo).

S'il n'y a rien de tout ça, l'angoisse est latente, donc on conclut à un **trouble anxieux généralisé**.

A l'interrogatoire, on doit savoir dans lequel de ces cadres va rentrer le patient. L'interrogatoire se déroule donc sous cette forme, chaque question visant à choisir dans quelle case on va mettre le patient. Rien de folichon mais ça peut toujours mettre les idées au clair :

- Troubles d'angoisse aiguë ? Si oui, le patient a fait une attaque de panique.
- Se répètent-elles ? Si oui, le patient présente un trouble panique.
- Avez-vous peur de sortir de chez vous ? Si oui, c'est un trouble panique avec agoraphobie.
- Y a-t-il des situations ou des objets qui vous font peur, qui déclenchent ces crises d'angoisse ? Si oui, son trouble panique est dû à une phobie.
- Avez-vous subi un traumatisme ? Si oui, son trouble panique est un état de stress post-traumatique.

2) Le stress aigu :

S'observe après un accident, une agression ou tout autre évènement grave (Attention on ne parle même pas encore du stress post-traumatique mais bien du stress aigu en général).

Définition : Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à plusieurs événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessé ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a été menacée.

Associée à une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur au moment du stress.

Le sens donné par le patient au traumatisme joue beaucoup, le côté absurde ou individuel majorant le stress. Par exemple la guerre cause moins d'état de stress aigu chez des soldats qu'un attentat dans le métro chez des civils.

Le stress aigu se définit sémiologiquement par au moins 3 des symptômes suivants :

- Un sentiment de **torpeur**, de détachement ou d'absence de réactivité émotionnelle.
- Impression de **déréalisation** (sentiment que ce qui arrive est irréel)
- **Dépersonnalisation** (sentiment de perte d'identité, de ne pas être soi même)
- **Amnésie** psychologique (incapacité à se rappeler même un aspect majeur du traumatisme)

3) Etat de stress post traumatique :

On retrouve les mêmes critères que le pour le stress aigu avec en plus :

- Possible **temps de latence** après le stress
- Traumatisme revu sous la forme de **cauchemars** (cauchemar de reviviscence, pathognomonique de l'état de stress post-traumatique)
- Les patients vont soit éviter complètement tout ce qui se rattache au traumatisme (le grand-père qui ne parle jamais de son expérience de la guerre), soit l'évoquer sans cesse (le grand-père qui parle tout le temps de la guerre...)
- **Activation neurovégétative** (cauchemars, sursauts, flash-backs)
- **Evitement** de tous les stimulus qui pourraient évoquer le traumatisme.

On trouve également une irritabilité, des difficultés de concentration, un état de vigilance constante et des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement ou réveils).

Cette forme de stress doit faire l'objet d'un dépistage systématique après les menaces aiguës que représentent les accidents, les agressions,...

Là le prof nous montre l'interview d'une de ces patientes qui présente un magnifique état de stress post-traumatique avec tout ce qu'on vient de voir : elle sursaute, fait des cauchemars de ce qu'elle a vécu, est devenue irascible, est en état de vigilance constante, période de latence après le stress, etc.

4) Attaque de panique :

Sa définition est longue mais peut être découpée en deux parties : les manifestations qui signent la décharge adrénergique au moment du stress, et ses répercussions purement psychologiques.

Définition : Association des signes suivants (à apprendre par cœur)

- **Palpitation** et **tachycardie**,
- **Transpiration**,
- **Tremblements** ou secousses musculaires,
- Sensation de **souffle coupé** ou 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** ou **dépersonnalisation**
- **Peur de mourir**,
- **Peur de perdre le contrôle de soi** ou de devenir fou,
- Sensation d'**engourdissement** ou picotements,
- **Frissons** ou bouffées de chaleur.

Petite aparté sur la prise en charge d'un patient panique : quand un patient qui a fait un trouble panique se présente aux urgences, il faut d'abord commencer par l'examen clinique complet pour pouvoir éliminer une cause somatique. Toute crise d'angoisse aiguë impose un examen clinique complet. Le premier diagnostic à évoquer devant ces symptômes est un diagnostic d'abord médical. L'atteinte psychiatrique sera ensuite discutée devant l'absence d'éléments cliniques. De plus, un examen clinique complet permettra de rassurer le patient sur son état de santé et de rassurer le médecin qui saura que son patient ne risque pas l'infarctus ou l'embolie pulmonaire pendant l'interrogatoire psychiatrique.

Un trouble anxieux se traite avec des benzodiazépines.

5) Trouble panique (sans agoraphobie) :

Donc on répète que si une attaque de panique se répète ça donne un trouble panique.

Trouble panique : Attaques de panique récurrentes et inattendues.

Au moins une des attaques s'est accompagné d'un des symptômes suivants :

- Crainte d'avoir une nouvelle attaque,
- Préoccupation à propos des implications et des conséquences de l'attaque,
- Changement de comportement en relation avec le trouble panique,
- Anxiété anticipatoire,
- Absence d'agoraphobie,

Là encore le prof nous montre une vidéo illustrant le trouble panique, la patiente redit tous les mots clés qu'on vient de voir, elle est prête pour passer l'internat : peur de mourir, tachycardie, douleur thoracique, apnée, ventre noué, sensation d'étouffement, clinique normale, mains moites, sensation de chaleur, cercle vicieux : la peur d'un nouvel épisode crée un terrain anxieux.

6) Trouble panique avec agoraphobie :

Définition : Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile ou gênant de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Les situations sont évitées ou subies avec une souffrance .

Les gens présentant des troubles panique développent progressivement la croyance qu'ils ne sont en sécurité que chez eux ou accompagnés, et qu'une attaque de panique leur serait fatale si elle survenait dans un lieu où le secours nécessaire ne pourrait leur parvenir. Il y a donc une restriction progressive du périmètre de vie. Ils développent en conséquence de cela une peur intense des grands espaces ou des foules.

Là encore un prenant témoignage vidéo : peur de sortir car se sent sans défense dans la rue, perte de moyen, cercle vicieux, nécessité de se faire accompagner, ne sors pas dans la journée, peur d'une nouvelle crise, etc.

L'évènement déclencheur est complètement anodin, contrairement au stress post traumatique. Le déclenchement est quasi spontané, ou pour quelque chose d'anecdotique.

7) Phobies simples ou spécifiques :

Définition : Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou excessif déclenché par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique.

L'exposition au stimulus provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique. Cette fois ci encore, le stimulus déclenchant est réel.

Le patient reconnaît le sujet excessif ou irrationnel de sa peur. Les situations phobogènes sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense. L'évitement perturbe de façon importante les habitudes de l'individu.

Exemples de phobie : Animaux (commence souvent dès l'enfance), environnement naturel (l'eau, les orages, les hauteurs), accouchements, accidents, sang, injections (compliquées en général de bradychardie voire de malaises vagues).

On répète que l'accès d'angoisse n'apparaît qu'en présence de l'objet phobogène, ou lors de son évocation.

Phobie sociale : Peur persistante et intense d'être observé par autrui. Crainte d'agir de façon humiliante ou embarrassante.

Puisque c'est une phobie, le patient reconnaît le caractère excessif de sa peur.

En société, cela se traduit par la peur de démarrer ou de soutenir une conversation, de participer à des petits groupes, d'avoir des rendez vous, de parler à des figures d'autorité, de se rendre à des soirées. La peur est absente avec les personnes très proches, famille, enfants, amis de longues dates. Le patient a des pensées catastrophistes qui contribuent à augmenter son angoisse (train qui déraile, attentat). De façon générale dès qu'il sera en société il aura peur d'avoir peur, d'où un cercle vicieux.

8) Trouble anxieux généralisé :

On le conclut à la fin de l'interrogatoire, lorsque l'on sait que le patient n'a ni phobie, ni stress évoquant le stress post-traumatique.

Ces patients imaginent le pire en permanence, et présentent une anxiété et un souci excessif (attente avec appréhension), pendant au moins 6 mois concernant des événements ou des activités, avec de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

Signes :

- **Agitation,**
- **Fatigabilité,**
- **Troubles de la concentration** ou de la mémoire,
- **Irritabilité,**
- **Tension musculaire,**
- **Troubles du sommeil.**