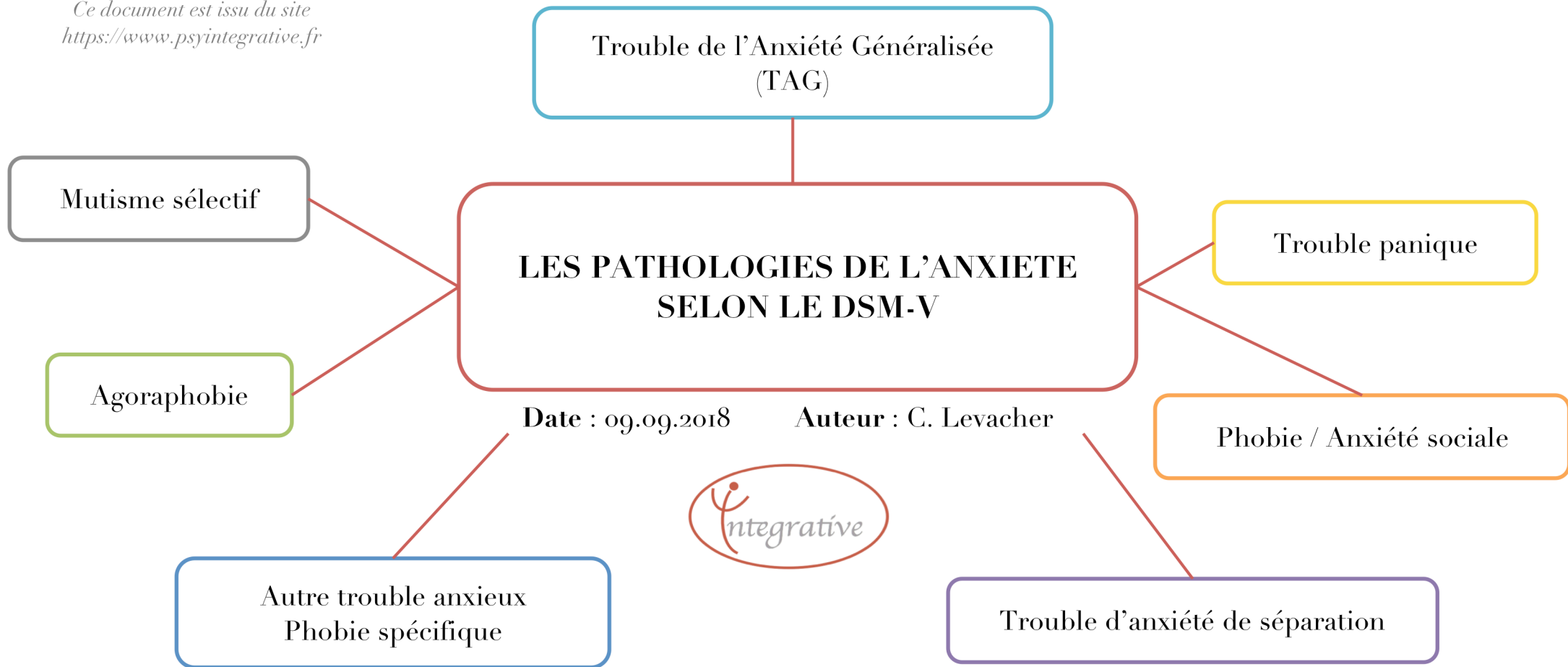


Ce document est issu du site
<https://www.psyintegrative.fr>



Sources communes :

- American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V).
- <http://www.humeuretanxieteconferences.ca/crus/144-010%20French.pdf>
- http://educationspecialisee.ca/wp-content/uploads/2018/02/Fiche_Troubles_anxieux_dsm-v_01.pdf
- <https://www.anxiete.fr/troubles-anxieux/quelques-chiffres/>



TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG)

DEFINITION

- Anxiété & soucis excessifs durant au moins 6 mois.
- Difficulté à contrôler cette préoccupation (méta-soucis)
- *Au moins 3 de ces symptômes* : agitation ou sensation d'être survolté ; fatigabilité ; difficulté de concentration ou de mémoire ; irritabilité ; tension musculaire ; perturbation du sommeil
- Souffrance ou altération du fonctionnement social / professionnel
- Pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou à une affection médicale.

INFORMATIONS

Prévalence :

- 2 à 5% de la population
- Davantage chez les femmes
- Surtout les adultes entre 25 à 44 ans.

Présence de biais cognitifs :

- Biais d'attention sélective pour la menace (difficulté de désengagement de l'attention).
- Biais d'interprétation négative.
- Biais d'attention sélective pour les mots négatifs.

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)** ⇔ Effet à long terme ; Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **Exposition** = confrontation avec ses problématiques.
- « **Cognitive Bias Modification** » (CBM-A ; MacLeod & al., 2012) : modification du biais d'attention sélective vers la menace entraînant à engager son attention vers les stimuli positifs.
- **Relaxation musculaire progressive**

Sources :

- <http://www.attentiondeficit-info.com/pdf/tag.pdf>
- C. MacLeod, M. Phil., D. Phil., & E. Holmes. (2012). Cognitive Bias Modification : An Intervention Approach Worth Attending To. *The American Journal of Psychiatry*, 169(2), pp. 118-120.
- Mogg & Bradley (2006). Time course of attentional bias for fear-relevant pictures in spider-fearful individuals. *Behaviour Research and Therapy*. 44(9), pp. 1241-50.

*Ce document est issu du site
<https://www.psyintegrative.fr>*

PHOBIE / ANXIÉTÉ SOCIALE

DEFINITION

- A. Peur persistante et intense de situation(s) sociale(s). La personne craint de s'embarrasser ou de montrer des symptômes anxieux.
- B. Anxiété quasi-systématique lors de l'exposition à la situation redoutée.
- C. Caractère excessif ou irraisonné reconnu.
- D. Situations anxiogènes évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intenses.
- E. Perturbation du fonctionnement (professionnel, social, quotidien) de l'individu du fait de son anticipation anxieuse ou de ses comportements d'évitement ; Présence d'une souffrance importante.
- F. Pour les <18 ans, diagnostic que si la **durée est d'au moins 6 mois**.
- G. Pas liée aux effets d'une substance ni à une affection médicale et n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental.
- H. Indépendante de tout autre trouble présenté par l'individu.

INFORMATIONS

Prévalence :

- 3 à 15% de la population
- Davantage chez les femmes

Croyances dysfonctionnelles :

- Absence de biais d'estime de soi positif.

Biais d'attention sélective :

- Croyances négatives sur soi ⇔ Évitement tardif des stimuli menaçants & Hyper-focalisation envers l'anxiété et ses manifestations comportementales → Cercle vicieux.

Modèle cognitif de Clark & Wells (1995)

- Situation sociale → Croyances dysfonctionnelles activées → Situation de danger social & traitement du Soi comme objet social → Symptômes comportementaux, somatiques & cognitifs.

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Evaluation** : test "Fear of Negative Evaluation (FNE)".
- **TCC** ⇔ Effet à long terme ; Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **Exposition** = confrontation avec ses problématiques.
- **Affirmation de soi** = apprendre à modifier son comportement dans son rapport à l'autre.
- **Restructuration cognitive** = modifier les biais implicites envers soi et son environnement dans les situations anxiogènes. Aide au maintien des effets sur le long terme et permet de réduire le niveau d'anxiété à un seuil plus acceptable.
- **Relaxation**

Sources :

- <https://www.anxiete.fr/phobie-sociale/prise-en-charge/>
- Tanner, Stopa & De Houwer. (2006). Implicit views of the self in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 44, pp. 1397-1409.
- Mansell, Clark & Ehlers. (2003). Internal versus external attention in social anxiety: an investigation using a novel paradigm. *Behaviour Research and Therapy*. 41(5), pp. 555-72.
- Voncken, Dijk, Jong & Roelofs. (2010). Not self-focused attention but negative beliefs affect poor social performance in social anxiety : An investigation of pathways in the social anxiety-social rejection relationship. *Behaviour Research and Therapy*. 48, pp. 984-991.

TROUBLE PANIQUE

DEFINITION

- A. Attaques de panique récurrentes et inattendues.
- B. Pendant au moins 1 mois après l'attaque, inquiétude d'autres attaques de panique ou de leurs conséquences et/ou changement de comportement inadapté en relation avec les attaques.
- C. Pas lié aux effets d'une substance ou d'une autre affection médicale
- D. Pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Attaque de panique = réaction physiologique d'alarme, inadaptée, face à un danger qui n'est pas réel.
→ Hyper-activation du corps : évanouissement impossible, vertiges, palpitations, tremblements, bouffées de chaleur, peur de mourir, etc.
→ Fatigue

INFORMATIONS

Prévalence :

- 3% de la population (5 à 30 % de la population fait une attaque de panique au cours de sa vie)
- Davantage chez les femmes.
- Débute surtout chez les <30 ans.

Angoisses récurrentes :

- Peur d'avoir des troubles cardiaques,
- Peur de chuter, s'évanouir, s'épuiser,
- Etc.

Manifestations du trouble panique :

- Tétanie (contraction musculaire)
- Spasmophilie (tendance aux spasmes)

→ = Diagnostics souvent formulés après une crise d'angoisse.

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Evaluation :**
 - Auto-évaluation
 - « Questionnaire des Cogitions Phobiques de Chambless » (identification des pensées phobiques et des schémas de pensées déclencheurs)
- **TCC** ⇔ Effet à long terme ; Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **Analyse fonctionnelle / conceptualisation de cas :** compréhension globale du trouble (causes, contexte & conséquences).
- **Restructuration cognitive** = modifier les biais implicites ou les schémas de pensées à l'origine de l'attaque de panique. Importante pour le maintien des effets de la thérapie et pour réduire l'anxiété.
- **Contrôle respiratoire** pour se relâcher / se détendre.

Sources :

- <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/trouble-panique.html>

AGORAPHOBIE

DEFINITION

- A. Peur ou anxiété marquée dans au moins 2 de ces situations : utiliser les transports publics, être dans des espaces ouverts ou dans des endroits fermés, faire la file ou être dans une foule, être à l'extérieur de la maison seul(e).
- B. Crainte ou évitement de ces situations (peur de ne pas pouvoir s'échapper ou de l'absence d'aide en cas de symptômes incapacitants ou embarrassants).
- C. Peur ou anxiété quasi-systématiques dans les situations agoraphobes.
- D. Evitement des situations agoraphobes sinon accompagnement ou peur / anxiété intense.
- E. Peur / anxiété disproportionnée par rapport au danger réel.
- F. Dure depuis au moins 6 mois
- G. Détresse significative ou altération du fonctionnement social/professionnel.
- H. Si une autre affection médicale est présente, la crainte / l'anxiété / l'évitement est manifestement excessif.
- I. Pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental.

Note : L'agoraphobie est diagnostiquée indépendamment de la présence d'un trouble panique.

INFORMATIONS

Prévalence :

- Environ 3 % de la population générale
- Davantage chez les femmes.
- Age d'apparition moyen : 20 ans.

Comorbidité :

- Trouble panique (1/3 des cas).

Facteurs de prédisposition :

- Génétique ;
- Tendance à la dépendance ;
- Traumatisme ou stress important ;
- Apprentissage par l'observation des comportements agoraphobes.

Facteurs de maintien :

- *Cognitifs* : croyances dysfonctionnelles, biais d'attention sélective vers la menace.
- *Comportementaux* : évitement des situations, comportements sécurisants.
- *Bénéfices secondaires*.
- *Facteurs situationnels/individuel* : stresseurs chroniques et mauvaise hygiène de vie.

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Evaluation :**
 - « Inventaire de mobilité pour l'agoraphobe (IMA) de Chambless » (évitement des sources d'anxiété)
 - « Questionnaire des Cognitions Phobiques de Chambless » (identification des pensées phobiques et des schémas de pensées déclencheurs)
- **TCC** ⇔ Effet à long terme ; Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **EMDR** (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) : revivre la situation anxiogène en faisant des mouvements oculaires afin d'effectuer un nouveau traitement de l'information.
- **Sophrologie** : apprentissage de techniques de relaxation ; modification des schémas de pensées et des réactions.
- **Hypno-thérapie** : induction d'une modification des schémas de pensées ou comportements inadaptés par des suggestions.
- **Traitements pharmacologique** : antidépresseurs, anxiolytiques,



Sources :

- <https://www.docteurbagot.com/phobies-et-peurs/agoraphobie/>
- <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-agoraphobie.html>

*Ce document est issu du site
<https://www.psyintegrative.fr>*

AUTRE TROUBLE ANXIEUX / PHOBIE SPECIFIQUE

DEFINITION

- A. Peur persistante et intense, irraisonnée ou excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation d'un objet / situation spécifique.
- B. Réaction anxieuse immédiate quasi-systématique lors d'exposition.
- C. Evitement de la confrontation sinon anxiété ou détresse intense.
- D. Perturbations du fonctionnement scolaire / social / professionnel ou souffrance significative.
- E. Dure depuis au moins 6 mois.
- F. Pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

Spécifier le type :

- Animal (fréquent, davantage chez les femmes, début dans l'enfance, fin souvent vers 11 ans)
- Environnemental (2 à 5% de la population)
- Sang, injection, accident (souvent chez les femmes, transmission fréquente au sein d'une famille).
- Situationnel (phobie de la nature / du climat / des transports).

INFORMATIONS

- **Prévalence :**
 - 4 à 8.8 % de la population (7.2 à 11.3% avec une phobie au cours de leur vie). Formes mineures courantes dans la population.
 - Davantage chez les femmes.
 - Apparition souvent pendant l'enfance ou l'adolescence. Diminution du taux de prévalence avec l'âge.
- Signes d'hyperstimulation vagale lors de l'exposition ⇔ Chez les phobiques, **sécrétion de catécholamine + élevée.**
- **Evitement complet ou partiel** (conduites de réassurance).
- Phobies et anxiété anticipatrice, parfois handicapantes, peuvent être assimilées à un TAG.
- **Phobies d'origine traumatique** ou suite à des attaques de panique inattendues ont tendance à avoir un développement particulièrement aigu.

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Evaluation :**
 - « Echelle comportementale d'anxiété et phobie de Vera (ECAP) »
 - « Questionnaire des peurs de Marks et Mathews »
 - « SCARED-R-51 ».
- **TCC** ⇔ Effet à long terme ; Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **Exposition graduée** = « apprivoisement de ses peurs ».
- **Restructuration cognitive & affirmation de soi** : travail sur les croyances négatives et analyse des scénarios catastrophiques.
- **Traitement pharmacologique** : antidépresseurs ou anxiolytiques.

Sources :

- <http://psychiatrie.free-h.fr/troubles-anxieux/criteres-dsm-iv-phobie-specifique.html>
- <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/les-phobies-simples-ou-specifiques.html>
- <http://smartfiches.fr/psychiatrie/item-64-trouble-depressif-anxieux-generalise-panique-phobique-obsessionnel-compulsif-etat-de-stress-post-traumatique-de-l-adaptation-de-la-personnalite/trouble-phobique>

TROUBLE D'ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

DEFINITION

- A. Peur ou anxiété excessive / inappropriée au stade de développement concernant la séparation d'avec les principales figures d'attachement. Au moins 3 de ces manifestations :
1. détresse excessive et récurrente lors des séparations ou lors de leur anticipation ;
 2. soucis excessifs et persistants concernant la disparition des figures d'attachement ;
 3. soucis excessifs et persistants qu'un événement malheureux ne vienne séparer le sujet de ses figures d'attachement ;
 4. réticence persistante ou refus de sortir en raison de la peur de la séparation ;
 5. appréhension ou réticence excessive et persistante à rester seul ;
 6. réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être proche d'une figure d'attachement ;
 7. cauchemars répétés à thèmes de séparation ;
 8. plaintes somatiques répétées lors des séparations ou en anticipation.
- B. Depuis plus de 4 semaines chez les enfants / adolescents et plus de 6 mois chez les adultes.
- C. Détresse significative ou altération du fonctionnement social, scolaire, professionnel.
- D. Pas mieux expliqué par un autre trouble mental.

INFORMATIONS

- **Prévalence :**
 - Souvent début entre 7 et 9 ans et fin à l'adolescence.
 - 3% à 5% chez les enfants et ados. Diminue avec l'âge. Persistance à l'âge adulte chez 1/3 personnes.
- Avant 5 ans, l'anxiété de séparation fait partie du **développement normal** → pas de diagnostic avant cet âge.
- **Origines :** souvent un événement traumatisant.
- **Facteurs de prédisposition :**
 - Génétiques
 - Environnementaux (relation avec les parents ; type d'attachement ; trouble psychologique chez les parents ; séparation / divorce ...)
 - Expériences précoces (stress ou traumatisme)
 - Genre (davantage chez les femmes)
 - Inhibition comportementale (dès 2 ans)
 - Dépression

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Evaluation :** Stait-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC ; Papay & Spielberger, 1986) / Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C ; Beidel et al., 2000).
- **TCC** ⇔ Identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes. Existence de programmes spécifiques (Coping Cat ; FRIENDS ; ...)
- **Relaxation** = action sur les symptômes et apprentissage pour se contrôler.
- **Gestion comportementale & Psycho-éducation** → fournir un environnement soutenant pour surmonter les symptômes et maintenir l'effet de la thérapie.
- **Restructuration cognitive** = réduire les pensées négatives et modifier les schémas de pensées grâce aux stratégies de coping.
- **Exposition** = confronter l'enfant, par l'imagination puis réellement, aux situations anxiogènes
- **Traitement pharmacologique**
- **La thérapie la plus efficace serait celle qui combine la TCC avec un traitement à base de sertraline (46% à 68% de rémission).**

Sources :

- <http://www.psychomedia.qc.ca/enfance/qu-est-ce-que-le-trouble-anxiete-de-separation-chez-l-enfant-et-l-adolescent>
- <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-FRENCH-2015.pdf>

MUTISME SELECTIF

DEFINITION

- Incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques, alors que l'enfant parle dans d'autres situations.
- Interférence avec la réussite scolaire/ professionnelle ou la communication
- Durée depuis plus d'un mois (pas seulement le premier mois d'école)
- Pas imputable à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée.
- Pas mieux expliqué par un trouble de la communication ou un trouble psychotique.

INFORMATIONS

- **Prévalence :**
 - Rare (0,02% - 0,07% de la population).
 - Davantage chez les filles.
 - Début insidieux (mutisme pris pour de la timidité) → Début des symptômes vers 4 ans et du traitement vers 6/7 ans).
 - Diminue avec l'âge.
- Hypothèse d'origine/signification du mutisme : traumatisme, hérédité familiale, conflit de loyauté, etc.
- **Retard de langage** = absence d'apparition de mots isolés vers 2 ans & de production de phrases de 2 mots vers 3 ans.
- **Retard de langage expressif** = capacités d'expression au-dessous des capacités intellectuelles non-verbales et des capacités de langage réceptif.
- **Mutisme sélectif primaire** = l'enfant sait parler mais n'a jamais parlé à son entourage.
- **Mutisme sélectif secondaire** = impossibilité à parler dans certains contextes spécifiques.
→ **Mutisme = mécanisme de défense contre le stress vécu dans une situation anxiogène.**

TRAITEMENT & PRISE EN CHARGE

- **Diagnostic précoce** important.
- **TCC** ⇔ Effet à long terme ; identification des facteurs déclencheurs et traitement des symptômes.
- **Interventions sur l'entourage** : thérapie familiale & soutien en milieu scolaire
- **Exposition** = confrontation de l'enfant aux situations anxiogènes pour diminuer ses angoisses, favoriser sa communication et l'encourager à participer à des activités sociales.
- **Restructuration cognitive** = modifier les biais implicites et schémas de pensées à l'origine de l'angoisse (*préoccupations principales : que les autres entendent leur voix ou se voir demander pourquoi ils ne parlent pas*).
- **Sophrologie** : apprentissage de techniques de relaxation ; modification des schémas de pensées et des réactions.
- **Traitement pharmacologique** si l'angoisse est intense et empêche l'évolution du mutisme malgré la psychothérapie.

Sources :

- http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/AubryC/these_body.html
- <https://orthophonie.ooreka.fr/comprendre/mutisme>
- <http://www.cheo.on.ca/uploads/Selective%20Mutism/Selective%20Mutism%20FR.pdf>
- <http://www.autisme.qc.ca/assets/files/02-autisme-tsa/Diagnostic-Depistage/FORMATIONDSM-5.pdf>