

L'ANXIÉTÉ

GÉNÉRALITÉS



Anxiété et peur : liens et différence



La crainte et l'anxiété sont deux fonctions protectrices que nous utilisons pour détecter et éviter les menaces et les risques qui nous entourent.

Dans certains cas, la crainte et l'anxiété deviennent excessives pour de multiples raisons, dépassant ainsi leurs fonctions protectrices pour devenir des maladies.

Imminence de la menace

Prenons un exemple. Une femme prend sa douche. Elle palpe une masse anormale dans son sein. Elle a peur, elle redoute une lésion cancéreuse. Cette crainte est défensive, utile pour éviter la maladie et les risques qui accompagnent le cancer. Elle réagit, elle téléphone à son médecin, qui lui donne un rendez-vous urgent. Pendant la consultation, l'examen des seins réalisé par le Médecin ne trouve rien d'anomal. Aucune masse, rien de suspect.

Soulagée, elle sort de chez son médecin, sans peur. Plus de menace, plus de peur.

Si elle continue à avoir peur d'un éventuel cancer, elle réagit par la peur sans être menacée et elle est alors dans l'anxiété.

Anxiété et peur : modèles de réactions

Fanselow et Lester ont proposé un modèle de réaction défensive spécifique chez les humains, améliorant ainsi le travail d'un autre psychologue sur le même sujet, Bolles qui a tenté de distinguer la peur, de l'anxiété.

Selon ce modèle, le choix de la réponse à une menace imminente, gouverne la réaction de la personne qui évalue sa distance vis-à-vis de la menace, la probabilité d'être affectée par cette menace et d'autres facteurs psychologiques et physiques.

Après cette évaluation, la personne s'engage dans une succession de comportements défensifs choisissant ses modèles préférés d'activité défensive, et de réponses au risque.

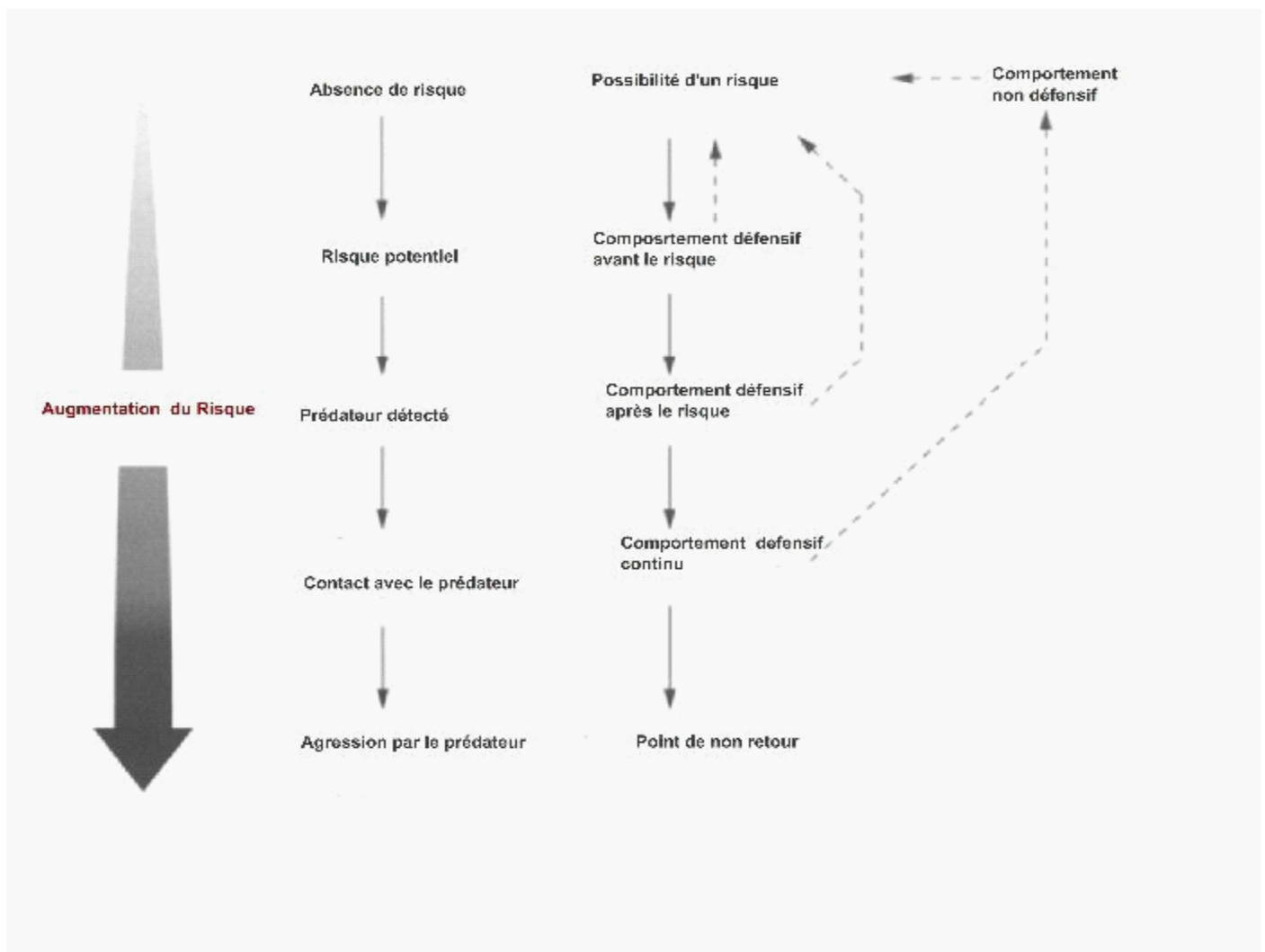
Ce modèle propose trois étapes de réponse défensive :

- crainte défensive d'être en face d'un risque ou d'un prédateur,
- réaction défensive quand le prédateur est détecté,
- réaction quand la personne est en contact avec le prédateur.

Ces trois étapes sont en réalité des parties du même comportement défensif.

La personne s'organise progressivement, selon sa culture, ses capacités et ses expériences, pour déclencher sa réaction défensive en face d'un prédateur, d'une menace. Cette organisation devient avec le temps un comportement rôdé, presque " automatique " .

L'anxiété dans ce modèle est une réaction défensive continue, à une menace incertaine, et non détectée. Fanselow utilise le terme de prédateur pour souligner le caractère " animal " de ce comportement, qui peut parfois échapper à tout raisonnement.



En face d'une menace, la réaction varie selon le type de menace, et selon les expériences passées. Le comportement de fuite pour échapper à la menace est la réponse la plus facile au moment du contact avec une menace physique. La fuite ne peut être une réponse possible en cas de menace sociale comme la crainte d'être ridicule, car la fuite augmente la menace sociale par exemple être plus ridicule encore, en prenant la fuite.

En cas de menace sociale ou physique, la réponse varie selon la proximité du danger également. L'imminence d'une menace est indiquée chez les humains par des stimulations physiologiques et par des perceptions psychologiques de menace, comme l'évaluation du danger, les ressources disponibles pour faire face, les scénarios de sortie.

«Claire est une jeune femme de 24 ans. Elle manque de confiance en elle. Son anxiété est sociale, elle a peur d'être ridicule, d'être moquée par ses collègues. Elle redoute d'aller au travail, et quand elle travaille, elle s'isole pour éviter les remarques des autres. Toute critique devient pour elle une agression. Le problème est que personne ne la critique, elle travaille bien, et ses collègues sont amicaux et sympathiques avec elle. Elle réagit en continu à une menace qui a existé dans le passé, peut-être dans son enfance ou dans sa vie scolaire. Elle est anxieuse.»

Les sources de menace peuvent être externes, comme les autres personnes, les lieux ou les objets, ou internes comme les pensées, les images, ou les sensations. Cette menace peut être nouvelle, ou répétée. (Craske, 2002).

Le problème devient plus compliqué en cas de menace incertaine ou en cas de menace non détectée, cela exige de l'attention et de la vigilance, alors que la menace détectée entraîne peur, crainte et réaction défensive selon la proximité et l'imminence de la menace.

C'est le cas avant un examen. L'élève peut avoir peur de cet examen, il réagit par le stress pour affronter cet examen, la peur de l'examen imminent l'invite à réviser, à travailler, à lire et à relire ses notes. En cas d'anxiété, l'élève a une peur chronique et permanente de l'examen, mais ne réagit pas. L'anxiété entraîne la panique et non pas l'action.

La peur extrême peut entraîner la panique, comme réponse à une menace imminente chez les personnes qui manquent de ressources pour se défendre.

Peur et anxiété sur le plan physiologique

D'autres études ont tenté de séparer la peur, de l'anxiété. Sur le plan physiologique, la crainte ou peur extrême entraîne une réaction du système nerveux autonome pour préparer le combat ou la fuite, pour préparer le corps à faire face. Alors que l'anxiété se caractérise par une tension accompagnée de soucis, sans réaction combat, sans le but de faire face.

Peur et anxiété sur le plan génétique

Sur le plan génétique, la peur et la crainte peuvent être héréditaires, alors que l'anxiété est considérée aujourd'hui comme génétique dans de nombreuses études.

Peur et anxiété : deux émotions distinctes

Les théoriciens des émotions prétendent que la crainte est la base de plusieurs émotions, la peur est une émotion universelle caractérisée par une expression faciale bien distincte, et presque unique dans toutes les cultures. Alors que l'anxiété est une maladie qui affecte certaines personnes, et pas d'autres.

D'autres études soulignent que les émotions sont non cognitives, c'est-à-dire sont des réactions non raisonnées, impliquant le petit cerveau ou cerveau primitif, alors que l'anxiété est une maladie qui impliquant les mécanismes du grand cerveau.

Réf

Fanselow, M. S., & Lester, L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Bacher (eds), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Brown, T. A., Chorpita, B. E., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.

Craske, M. G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: the issue of control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 69-75.

Craske, M. G. : *ORIGINS OF PHOBIAS AND ANXIETY DISORDERS*, 2003 Elsevier Ltd.

La trouble anxieux en général



L'anxiété est une inquiétude pathologique qui peut exister isolée ou associée à d'autres maladies (dépression, psychose). L'anxiété est une souffrance mentale qui arrive en anticipation, peur anormale accompagnée généralement de manifestations physiques comme la transpiration, augmentation du rythme cardiaque pour faire face à la menace.

Les personnes présentant un trouble anxieux souffrent d'appréhension durable et sans cause réelle et justifiable, appréhension engendrée par des situations irréalistes ou leurs simples évocations. Cette peur empêche ces personnes de se concentrer, de prendre part aux risques de la vie quotidienne et personnelle.

L'anxiété est rarement isolée, elle s'accompagne d'autres maladies comme la dépression ou le trouble panique. L'anxiété peut d'accompagner de manifestations douloureuses, ou émotionnelles.

Les troubles d'anxiété incluent:

- le trouble panique (avec et sans agoraphobie),
- agoraphobie (avec et sans trouble panique),
- trouble d'anxiété généralisée,
- phobie spécifique et phobie sociale,
- trouble obsédant compulsif,
- trouble de stress aigu ou trouble de stress post traumatique

Pathophysiologie:

La cause exacte de l'anxiété demeure inconnue. On peut citer les trois théories majeures disponibles dans la littérature médicale : théorie psychanalytique, comportementale et biologique.

La réponse physiologique induite par un taux élevé de catécholamines joue un rôle important dans l'anxiété. Il a été supposé que l'anxiété résulte de troubles du cortex cérébral, et du système de limbe (hypothalamus, septum, hippocampe), et autres centres (thalamus), et les liens entre ces structures. Les neurotransmetteurs associés à l'anxiété sont : norépinephrine, acide gamma- aminobutyrique, et la sérotonine.

La fréquence:

Les troubles anxieux sont fréquents dans toutes les cultures (Regier et al., 1993; Kessler et al., 1994; Weissman et al., 1997). Les données américaines montrent que le trouble Panique affecte 1,5 à 3,5% de la population dont la moitié souffre d'une agoraphobie ou d'un

trouble dépressif majeur.

Les troubles phobiques ont une prédominance chez 10- 13% de la population et incluent plusieurs sous-catégories.

La fréquence du trouble d'anxiété est de 3- 5 %, en général. Le lien entre les troubles d'anxiété et le suicide demeure sous-estimé, mais il existe une certitude que le trouble panique et l'agoraphobie, en particulier, sont associées avec un risque majoré de tentative de suicide.

20-30 % des patients souffrant de trouble panique ont des symptômes chroniques évoluant sur dix ans ou plus. Dans certaines cultures, la fréquence des troubles d'anxiété peut être différente selon les données culturelles, incluant des troubles dus à une origine religieuse ou sociale.

En général, la proportion femme/homme est 2/1. Le trouble panique sans agoraphobie est diagnostiqué deux fois plus chez les femmes. L'agoraphobie est souvent diagnostiquée 3 fois plus chez les femmes.

Le trouble d'anxiété généralisé est diagnostiqué dans 65 % des cas chez la femme. Le trouble panique est fréquent à la fin de l'adolescence et à la quatrième décennie de vie.

Les troubles phobiques, ou le trouble d'anxiété généralisée ont tendance à se produire à la fin de l'adolescence tardive ou à la troisième décennie de vie.

Clinique

Un bon historique médical et psychiatrique de la vie du patient est indispensable pour faire le diagnostic. L'histoire devrait inclure les changements de comportement, les symptômes neurologiques : maux de tête, vertige, confusion, et syncope. La famille peut fournir des informations utiles sur le patient et sur ses symptômes.

Trouble panique sans agoraphobie

Les attaques de panique sont des crises d'anxiété périodiques spontanées et intenses durant moins d'une heure. Les attaques de panique accompagnent et compliquent l'agoraphobie. (L'agoraphobie est l'anxiété du sujet d'être dans des lieux ou dans des situations où il lui serait difficile de s'échapper). Les patients atteints sont souvent dans une détresse considérable et cherchent les soins médicaux en urgence. Un malade avec une attaque de panique classique éprouve au moins 4 des symptômes suivants:

- * - Palpitations,
- * - Difficulté à parler (diaphorèse)
- * - Tremblement,
- * - Souffle coupé
- * - Douleur de la poitrine,
- * - Vertige,
- * - Nausées,
- * - Inconfort abdominal,
- * - Déréalisation (perception altérée de la réalité changée)
- * - Dépersonnalisation (perception altérée du corps)

L'attaque commence d'une façon soudaine d'une intensité maximale durant 10 -15 minutes.

La plupart des gens rapportent une peur de mourir, de devenir fou, ou perdre le contrôle de leurs émotions et leurs comportements. Ces expériences provoquent un désir de fuir le lieu ou la situation.

Quand ces symptômes s'associent avec douleur de la poitrine ou accélération du rythme respiratoire, le patient cherche de l'aide dans les services d'urgence. L'attaque dure rarement plus de 30 minutes. L'attaque de panique se distingue des autres formes d'anxiété par son intensité et sa nature soudaine, épisodique.

Les attaques de panique ne sont pas toujours indicatives d'un trouble mental. 10 % de la population en général éprouvent une attaque de panique isolée par an.

Les attaques de panique peuvent se produire au cours de phobie

sociale, de trouble d'anxiété généralisée, et dans le trouble dépressif majeur commun.

Le trouble panique est diagnostiqué quand une personne a éprouvé au moins deux attaques paniques inattendues et a développé une anxiété par peur d'avoir d'autres attaques ou si le patient a modifié son comportement pour éviter ou minimiser ces attaques.

Le diagnostic est faux et inapplicable si les attaques sont provoquées par une drogue ou par médicaments ou par maladie organique comme l'hyperthyroïdie.

Le trouble panique est fréquemment compliqué dans 50 - 65 % des cas par alcoolisme et abus de substances dans 20 - 30 % des cas.

Le trouble panique est aussi diagnostiqué concomitamment, avec les autres troubles d'anxiété, incluant la phobie sociale (30 %), trouble d'anxiété généralisée (25 %), phobie spécifique (20 %), et trouble obsédant compulsif (10%).

Le trouble panique est deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

L'âge de début varie entre adolescence tardive et début de vie adulte. Il est rare après l'âge de 50 ans.

Il y a une continuité de développement entre les syndromes de d'anxiété des jeunes comme l'anxiété de la séparation et le trouble panique. Le trouble panique peut être encouragé par une condition familiale et peut être distingué dans ce cas de trouble dépressif par une étude du milieu familial.

Trouble panique avec agoraphobie

L'agoraphobie est un terme grec signifiant la peur d'une place publique.

L'agoraphobie aujourd'hui décrit une anxiété sévère et envahissante du sujet : être dans des situations dont on ne peut s'échapper, et l'action d'éviter de telles situations comme être seul dans espace ouvert, hors d'une maison, voyager en voiture, autobus ou avion, ou être au milieu d'une foule.

La plupart des patients développent l'agoraphobie après le début d'un trouble panique. L'agoraphobie est considérée comme un résultat comportemental d'un trouble panique répété accompagné de préoccupation, et d'évitement.

Le diagnostic de trouble de panique avec agoraphobie est facile, cependant, le diagnostic d'agoraphobie sans histoire de trouble de panique est acceptable pour désigner des cas qui ne répondent pas aux critères de trouble panique.

L'agoraphobie est deux fois plus fréquente chez les femmes. La différence du sexe peut être attribuable aux facteurs sociaux et culturels qui encouragent une plus grande expression masculine, bien que d'autres explications soient aussi plausibles.

Trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisé est défini par une anxiété prolongée (plus de 6 mois) accompagnée par d'autres symptômes incluant de la tension musculaire, épuisement, difficulté de concentration, insomnie, et irritabilité.

Chez les jeunes, cette maladie est connue sous le terme de «trouble anxieux de l'enfance».

Un trait essentiel de ce trouble est qu'il n'a pas de raison directe et définie ;

l'anxiété excessive dans ce trouble, concerne de nombreuses préoccupations : travail, rapports personnels, finances, bien-être, malchances potentielles, et dates butoirs menaçantes.

Les symptômes de l'anxiété somatiques sont fréquents comme les attaques de panique.

L'excès de penser caractérise le trouble d'anxiété, la personne ne trouve aucune sortie au cycle vicieux et s'inquiète, déprime et nourrit son anxiété par sa dépression.

L'anxiété généralisée n'entraîne pas une réaction d'évitement sauf en cas d'attaque de panique associée.

La personne rumine continuellement son incapacité à abandonner les idées qui l'inquiètent.

La personne semble accablée, redoutant tout et rien, sans d'énergie, et avec une perte d'intérêt pour la vie quotidienne.

Majorer l'intérêt des soucis, et abolir toute hiérarchie. Exemple : Le retard d'un proche attendu par le patient peut devenir un événement «grave» par l'apparition d'idées négatives comme accidents de voiture, maladies, mort etc. Ce trouble d'inquiétude généralisée varie selon le jour, il y a de «bons jours» et de «mauvais jours». Certains symptômes s'améliorent le matin, d'autres en fin de la journée.

Les manifestations physiques peuvent inclure des maux de tête, tremblement, contractions, irritabilité, frustration, et incapacité à se concentrer.

Des troubles du sommeil peuvent se produire. Les patients peuvent souffrir d'autres maladies générées par l'anxiété et par l'excitation permanente car il est difficile pour ces patients de se reposer ou de se calmer.

Les événements quotidiens de la vie normale aggravent l'anxiété généralisée : Le travail devient insupportable, la vie professionnelle n'a pas plus de sens. Le trouble d'anxiété généralisé est plus fréquent chez les femmes, deux femmes pour un homme.

La fréquence est de 1- 3 % dans la population générale. 50 % des cas commencent durant l'enfance ou l'adolescence, avec des symptômes dont l'intensité augmente avec le stress et les difficultés quotidiennes. Si la transmission familiale n'est pas confirmée, les parents de premier degré sont affectés par un trouble anxieux ou par trouble d'anxiété généralisé.

Les Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (La Description américaine)

1. Inquiétude excessive et attente craintive, apparaissant durant plusieurs jours pendant au moins 6 mois, et stimulée par des événements ou par des activités (tel le travail ou la performance scolaire).

2. La personne juge difficile de contrôler son anxiété.

3. Inquiétude et soucis sont associés avec trois (ou plus) de ces six symptômes (présents durant plus d'un jour pendant les 6 mois passés). Un seul symptôme suffit chez les enfants.

1. Agitation

2. Etre fatigué facilement

3. Difficulté de se concentrer

4. Irritabilité

5. Tension musculaire

6. Trouble du sommeil (difficulté de dormir ou sommeil insuffisant ou agité)

7. L'objet de l'inquiétude n'est pas limité. Quand l'objet est limité, le trouble d'anxiété sera classé différemment: trouble panique en cas de panique, en lien avec la séparation (trouble d'anxiété de Séparation), avec le comportement alimentaire (Anorexie), multiples plaintes physiques (le trouble de Somatisation), plaintes de maladies imaginaires (Hypochondrie) ou après un traumatisme (anxiété posttraumatique).

8. L'inquiétude et les symptômes physiques provoquent détresse clinique ou altérations des activités sociales, professionnelles, ou autres.

9. Le trouble n'est pas dû aux problèmes physiologiques en lien avec des substances (drogues, ou médicaments) ou à une maladie (hyperthyroïdie) et ne se produit pas pendant une crise d'autres maladies mentales ou psychotique.

Les Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (La Description européenne)

Comme dans les autres troubles d'anxiété, les symptômes dominants sont variables, mais les plaintes de sensations continues de nervosité, de tension musculaire, de tremblement, de transpiration, palpitations, vertige, et incommodité épigastrique sont les plus fréquentes.

Le malade doit avoir des symptômes d'anxiété chaque jour ou au moins durant plusieurs semaines ou plusieurs mois. Ces symptômes devraient impliquer les éléments suivants :

- appréhension de malchances futures

- Se sentir saturé,

- difficulté à se concentrer;

- tension et agitation (maux de tête, tremblement, incapacité à se relaxer)

- hyperactivité du système nerveux autonome (transpiration, tachycardie, douleur épigastriques, vertige, bouche sèche, etc.)
- chez les enfants, le besoin fréquent de réconfort avec plaintes somatiques périodiques.
- apparition transitoire durant certains jours d'autres symptômes, comme la dépression.

Le trouble obsédant compulsif



Obsession, inquiétude produisant des pensées persistantes ou comportements répétitifs ayant comme but de réduire l'inquiétude. Ce trouble peut causer une détresse et empêcher tout plaisir ou satisfaction. Les obsessions sont des pensées périodiques, importunes, impulsions, ou images perçues comme peu appropriées, grotesques, ou interdites.

Les obsessions qui provoquent l'anxiété et la détresse sont de nature "ego - dystoniques" car leur contenu est contraire aux pensées du patient et à son éducation.

Les obsessions sont perçues comme anarchiques, le malade craint souvent de perdre le contrôle et de se laisser aller dans ces impulsions.

Les thèmes communs incluent :

- 1- contamination par des germes ou des fluides du corps,
- 2- penser d'avoir fait du mal à autrui inconsciemment,
- 3- manie de l'ordre,
- 4- manie de symétrie,
- 5- perte du contrôle d'impulsions violentes ou sexuelles.

Les compulsions sont des comportements répétitifs ou actes mentaux qui réduisent l'anxiété générée par l'obsession. Les compulsions incluent en général deux comportements principaux comme lavage des mains et excès de vérification.

Les rituels compulsifs prennent des longues périodes, voire des heures chaque jour. Par exemple, le lavage répété des mains, pour alléger l'anxiété générée par peur d'être contaminé est une cause fréquente de l'eczéma de contact.

Le trouble obsédant compulsif a une fréquence de 1 - 2,4 % dans la population. Le trouble obsédant compulsif est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes.

Le trouble obsédant compulsif commence à l'adolescence ou au début de la vie adulte (chez les hommes) ou durant la vie adulte (chez les femmes.)

Cette maladie peut s'associer avec un trouble dépressif majeur et à d'autres troubles d'anxiété. 20 – 30 % de gens affectés par le trouble obsédant compulsif ont une histoire de tics. 25 % ont le trouble de la Tourette. 50 % des patients affectés de trouble de la Tourette développent un trouble obsédant compulsif.

Le trouble obsédant compulsif a un modèle familial et même des spécificités familiales. Le risque de trouble obsédant compulsif est majoré en cas des parents affectés de trouble de la Tourette. Les autres troubles mentaux qui peuvent être intégrés dans le cadre de trouble obsédant compulsif incluent trichotilomanie (arrachage compulsif des cheveux), vol compulsif (Kleptomanie), jeux (manie du jeu) et troubles du comportement sexuels.

Cependant, dans les cas de troubles obsédants compulsifs liés aux jeux et à la sexualité, le comportement compulsif est moins ritualisé et encouragé par le plaisir et non pas par la fuite de l'anxiété. Le trouble dysmorphique du corps est une maladie incluse dans le comportement compulsif obsédant, centrée sur une préoccupation malade de son apparence (syndrome de laideur imaginée).

Les troubles phobiques



Les troubles phobiques se produisent en la présence ou dans l'anticipation d'une rencontre avec un objet spécifique ou avec une situation particulière. Les adultes reconnaissent que leur peur est excessive ou déraisonnable.

Les troubles phobiques mènent souvent aux comportements d'évitement exagéré pouvant rendre leurs victimes handicapées sur le plan professionnel.

Les deux types cliniques les plus courants sont ; phobie sociale et phobie spécifique.

- Les phobies sociales : peurs de situations qui impliquent un examen minutieux possible (parler en public, exécuter une activité en public).

- Les phobies spécifiques : peurs d'un stimulus identifié qui provoque une réponse d'inquiétude intense (peur des insectes, des souris ou araignées, vertige des hauteurs).

La Phobie sociale

Ou trouble d'anxiété sociale, décrit l'état des patients atteints d'une anxiété persistante dans les situations sociales, comme toute activité en publique, ou pendant la prise de parole en public.

Comme dans les phobies spécifiques, la peur est reconnue par les adultes, et jugée excessive et déraisonnable, mais la situation sociale redoutée est évitée ou tolérée avec grande incommodité et inconfort notable.

Les patients envahis par l'anxiété laisse apparaître leurs symptômes d'inquiétudes (tremblement, transpiration, rougeur), hésitation ou parole rapide. Selon ces symptômes, le public peut les juger faibles, stupides, ou "peu compétents."

La peur de s'évanouir, de perdre contrôle de ses intestins ou sa vessie ne sont pas rares.

Les phobies sociales sont associées avec anxiété d'anticipation pendant les jours ou les semaines qui précèdent l'événement

redouté.

La fréquence de la phobie sociale est de 2 - 7 %. La phobie sociale est plus fréquente chez les femmes. La phobie sociale commence durant l'enfance ou l'adolescence, et s'associe avec les traits de timidité et inhibition sociale. Une humiliation publique, embarras sévère, ou autre expérience stressante peut provoquer une intensification de ces difficultés.

Une fois trouble installé, les remissions complètes sont rares sans traitement. La sévérité des symptômes varie selon les exigences professionnelles et selon la stabilité des rapports sociaux. Les données préliminaires suggèrent que la phobie sociale est d'origine familiale.

Les Phobies spécifiques :

Ces maladies sont caractérisées par une peur marquée d'objets spécifiques ou de situations identifiées. L'exposition à l'objet de la phobie, dans la vie ou dans l'imagination ou même en image peut déclencher l'anxiété et même une attaque panique.

Les adultes reconnaissent généralement que cette peur intense est absurde. Néanmoins, ils évitent le stimulus phobique ou tolèrent l'exposition avec difficulté. Les phobies spécifiques les plus communes incluent les animaux (surtout serpents, rongeurs, oiseaux, et chiens), insectes (araignées et abeilles ou frelons), hauteurs, ascenseurs, vol aérien, conduite automobile, eau, orage, tempêtes, sang ou injections.

8 % de la population adulte souffrent d'un ou de plusieurs phobies spécifiques. Les taux seront largement plus élevés si les exigences diagnostiques sont moins rigoureuses. Les phobies spécifiques commencent dans l'enfance, et au début de deuxième décennie.

La plupart des phobies persistent durant des années, et peu régressent sans traitement. Les phobies spécifiques ne résultent pas d'une exposition à un événement traumatisant (être mordu par un chien ou par un chat), mais il y a une évidence que cette phobie existe dans un membre de la famille. Les attaques de panique spontanées, paraissent aussi jouer un rôle dans le développement de phobie spécifique, bien que l'action d'éviter soit plus limitée dans ce cas.

Trouble d'Anxiété post - traumatique

Il implique la réapparition périodique d'un événement traumatisant accompagnées des symptômes d'inquiétude et action d'éviter les stimulus associés avec le traumatisme.

Le trouble de stress aigu fait référence à une anxiété et à des troubles comportementaux qui se développent dans le premier mois après l'exposition à un traumatisme. Généralement, les symptômes du trouble de stress nerveux aigu commencent pendant ou après le traumatisme.

Les événements traumatisants incluent le viol ou autre agression physique, accidents, témoin de meurtre, et guerre etc.

Le symptôme de dissociation (le patient exhibe son indifférence) est un critère essentiel du diagnostic. La dissociation est caractérisée par une vision considérant le monde comme une zone irréelle et peut être accompagnée par une pauvreté dans la mémorisation des événements spécifiques allant parfois vers des formes sévères comme l'amnésie dissociative.

Les autres caractéristiques du trouble de stress aigu incluent des symptômes d'anxiété généralisée, action d'éviter les situations ou les stimulus qui remettent en mémoire le traumatisme, ou souvenirs persistants, importuns de l'événement par flash-back, rêves, pensées périodiques ou images visuelles.

Si les symptômes et troubles comportementaux du trouble du stress aigu persistent pour plus qu'un mois, associés avec altération de l'activité quotidienne ou détresse du patient, le diagnostic sera étiqueté trouble d'anxiété traumatique.

Le trouble d'anxiété post – traumatique est défini en trois formes

- Trouble d'Anxiété post – traumatique actuel : la durée moins de trois mois.
- Trouble d'Anxiété post – traumatique chronique : la durée est plus de 3 mois.
- Trouble d'Anxiété post – traumatique différé : les symptômes ont commencé au moins 6 mois après exposition au traumatisme.

En raison de la nature du trouble d'Anxiété post – traumatique, d'autres manifestations font leur apparition : diminution d'estime de soi, perte de croyance en la société, en l'être humain, état désespéré, le sentiment d'être « endommagé » en permanence, difficulté dans les rapports précédemment établis. L'abus de la substance est fréquent impliquant alcool, marijuana, et médicaments.

50 % de trouble d'anxiété post-traumatique se résolvent après 6 mois. Pour le reste, le trouble persiste durant des années et peut altérer la qualité de vie. Une étude concernant les vétérans de Vietnam, par exemple, a trouvé que 15 % d'entre eux souffrent de trouble d'anxiété post-traumatique 19 ans après leur exposition au traumatisme du combat.

Dans la population générale, la fréquence de ce trouble est de 3,6 % avec une fréquence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes . Les taux les plus élevés de trouble d'anxiété posttraumatique ont été trouvés chez les femmes victimes d'abus, viol, ou torture.

En général, 9 % des gens développent un trouble d'anxiété post-traumatique après l'exposition à un traumatisme extrême.

Trouble d'anxiété aiguë

Trouble d'anxiété liés à l'abus de substance : les symptômes d'anxiété se produisent comme une conséquence directe d'abus de substance, médicaments, ou toxines.

L'Examen physique des patients dans ces troubles n'est pas utile, mais permet au médecin d'éliminer les autres maladies. Le clinicien se concentre sur les signes et les symptômes puis tente d'éliminer une autre cause organique. Recherche des traces d'injection (abus de substance). signes d'abus chronique d'alcool.

Les maladies chroniques peuvent provoquer une anxiété chronique.

L'abus de certaines drogues (alcool, amphétamines, narcotiques) peut entraîner une anxiété.

Les attaques de panique sont possibles après un abus de caféine, de protoxyde du carbone, infusions du lactate du sodium, isoproterenol, et certains médicaments (flumazenil).

L'examen du statut mental peut être utile dans pour distinguer entre les nombreuses maladies psychiatriques. L'examen devrait se concentrer sur certains points :

- + Niveau de conscience
- + Comportement
- + Le langage
- + Niveau d'attention
- + Compréhension du langage
- + Mémoire, calcul, et jugement

Beaucoup de troubles d'anxiété démontrent un modèle familial. L'examen du modèle familial est utile.

Anxiété : causes médicales et symptômes

Les symptômes d'anxiété peuvent accompagner plusieurs maladies .

Syndrome de détresse respiratoire aiguë

L'anxiété est aiguë, accompagnée de tachycardie (accélération du rythme cardiaque), hypotension artérielle, dyspnée (difficulté à respirer), signes d'insuffisance respiratoire. Le syndrome de détresse respiratoire aiguë est un cas d'urgence médicale.

Choc anaphylactique

Le choc anaphylactique est une réaction allergique fulgurante. L'anxiété dans ce cas est aiguë, accompagnée d'urticaire, de prurit, de brièveté du souffle, hypotension artérielle, tachycardie, dyspnée, vomissement.

Le choc anaphylactique est un cas d'urgence.

Angine de poitrine

Dans ce cas, l'anxiété est aiguë accompagne ou précède l'angine de poitrine, avec douleur écrasante dans le thorax vers le dos, vers le cou, le bras ou la mâchoire. La douleur peut être soulagée par la nitroglycérine ou par le repos.

Asthme

En cas de crise d'asthme, l'anxiété aiguë se produit accompagnée de dyspnée, de wheezing (sifflement particulier audible des bronches) toux, souffle coupé, cyanose (couleur bleuâtre de la peau), tachycardie (accélération du rythme cardiaque).

Choc cardiogénique

Le choc cardiogénique signifie une insuffisance cardiaque.

L'anxiété aiguë est accompagnée de sueur, pâleur, tachycardie, troubles du rythme cardiaque, hypotension artérielle, distension de la veine jugulaire, œdème périphérique.

La maladie pulmonaire obstructive chronique

L'anxiété peut être aiguë, accompagnée de dyspnée, toux, wheezing, tachypnée (augmentation de fréquence respiratoire).

Arrêt cardiaque

L'anxiété aiguë est le premier signe de l'arrêt cardiaque, et le manque d'oxygène, accompagnée d'agitation, brièveté du souffle, tachypnée (accélération de la fréquence respiratoire), cyanose (couleur bleuâtre de la peau) et hypotension artérielle.

Hyperthyroïdisme

L'anxiété aiguë peut être le premier signe de l'hyperthyroïdisme accompagnée d'intolérance à la chaleur, perte de poids, énervement, tremblement, palpitations, diarrhée.

Syndrome d'hyper ventilation

En cas de stress aigu, le syndrome d'hyperventilation peut apparaître, accompagné d'anxiété aiguë, de pâleur, d'accélération du rythme respiratoire.

Hypocondrie

En cas de trouble hypocondriaque, l'anxiété est modérée, chronique, accompagnant des douleurs, sans organisation logique, des plaintes variables. Le patient est convaincu qu'il est malade ou qu'il va le devenir.

Hypoglycémie

Le terme hypoglycémie signifie une diminution du taux sanguin du glucose. L'anxiété est généralement modérée, accompagnée de sensation de faim, de palpitations, de faiblesse.

Troubles de l'humeur

L'anxiété peut être le premier signe de la dépression, dans ce cas, l'anxiété chronique accompagnée de colère, insomnie, hypersomnie (trop de sommeil), perte de libido, manque d'énergie, manque de concentration. En cas de trouble maniaque, l'anxiété accompagne d'autres symptômes comme manque de sommeil, hyperactivité, idées paranoïdes.

Infarctus du myocarde

C'est un cas d'urgence médicale. L'anxiété est aiguë, accompagnée de douleur atroce du sternum, pouvant s'étendre vers le bras gauche, le cou, ouvert la mâchoire. L'infarctus du myocarde peut s'accompagner de vomissements, de brièveté du souffle, et de sueurs.

Trouble obsessionnel

Dans ce cas, l'anxiété est chronique accompagnant le trouble obsessionnel sous forme de pensées récurrentes et irréfutables, ou sous la forme de pulsions et d'actes ritualisés. Le patient identifie ses actes comme irrationnels.

Phobies

Dans les phobies, l'anxiété chronique accompagne des craintes persistantes autour d'un objet, d'une activité, ou d'une situation produisant un irrésistible désir d'évitement.

Pneumonie

C'est une infection pulmonaire. L'anxiété est aiguë, accompagne l'hypoxémie (manque d'oxygène), toux, douleur thoracique, fièvre, frissons.

Trouble de stress post-traumatique

Ce trouble se produit chez les patients ayant vécu une expérience traumatisante. L'anxiété est chronique, de sévérité variable, accompagnée de pensées envahissantes, inclusives, autour de l'événement traumatisant, avec cauchemars, insomnie, et dépression

Oedème pulmonaire

C'est une accumulation de fluide dans les poumons. L'anxiété est aiguë, accompagnée de dyspnée, de tachycardie, hypotension artérielle, cyanose, et signe de déficit respiratoire.

Embolie pulmonaire

C'est l'obstruction des artères pulmonaires par une embolie (obstacle). L'anxiété est aiguë avec dyspnée, douleur thoracique, crachat teinté de sang, fièvre.

Rage

L'anxiété est le premier signe de la rage, accompagnée de spasmes laryngés liés à la difficulté à avaler, hydrophobie (peur de l'eau).

Trouble somatoforme (somatisation)

En général, ce trouble commence chez l'adulte jeune, se caractérise par une anxiété, des plaintes somatiques multiples sans explication organique. Ce trouble s'accompagne d'anxiété légère ou sévère selon les cas.

Anxiété chez les enfants

L'anxiété chez les enfants résulte habituellement d'une maladie physique douloureuse, ou d'un manque d'oxygénation.

Anxiété de changements chez les personnes âgées

Chez les personnes âgées, les changements d'environnement, de routine de vie, peuvent entraîner une anxiété plus ou moins sévère, accompagnée d'agitation, de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit, de réactions agressives.

Références:

Professional Guide to Signs and Symptoms, 5th Edition, 2007 Lippincott Williams & Wilkins.

Paulman, Paul M.; Paulman, Audrey A.; Harrison, Jeffrey D. :Taylor's 10-Minute Diagnosis Manual:

Symptoms and Signs in the Time-Limited Encounter, 3rd Edition 2010 Lippincott Williams & Wilkins.

Etiologie du trouble anxieux



L'étiologie de la plupart des troubles anxieux est mal connue. La probabilité de développer un trouble anxieux implique une combinaison d'expériences de la vie, des traits psychologiques, et des facteurs génétiques.

Les troubles anxieux sont hétérogènes, et le rôle de chaque facteur est relatif. Certains troubles comme le trouble panique semblent avoir une base génétique, mais les gènes responsables n'ont pas encore été identifiés. Les autres troubles d'anxiété semblent liés aux événements et au stress de la vie.

Les données de la littérature médicale n'expliquent pas la haute fréquence des troubles anxieux chez les femmes, bien que quelques théories aient suggéré une influence hormonale. Les études sur la réponse féminine au stress suggèrent que les femmes réagissent d'une façon plus large aux événements de la vie (les femmes réagissent aux problèmes affectant les amis, les voisins, les membres éloignés de la famille) alors que les hommes réagissent d'une façon limitée (les hommes limitent leur réaction à leurs propres problèmes et au problèmes affectant exclusivement leur entourage direct).

Le trouble anxieux se distingue par une peur entraînant un état d'excitation. Les troubles anxieux sont aussi une réponse au stress, une réaction défensive qu'on peut intégrer sous le terme réponse au stress aiguë.

Dans le langage populaire, le terme "stress" fait référence au stress externe qui peut être physique ou psychosocial, mais englobe aussi la réponse interne au stress.

La précision scientifique distingue les deux nettement : l'événement stressant est le stimulus, et la réaction du corps est la réponse au stress. C'est une distinction importante ; car dans de nombreux cas, l'anxiété existe sans événement stressant externe immédiat.

La Réponse au stress aigu



Quand un événement menaçant est perçu, les êtres humains réagissent pour survivre: ils sont prêts pour la bataille ou pour une fuite. La nature de la réponse au stress aigu implique une succession d'événements : augmentation du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la transpiration, de la respiration, et raideur des muscles. La production cardiaque augmente pour mobiliser l'organisme à une action rapide. Ces réactions sont déclenchées par l'activation d'un noyau cérébral (locus ceruleus) qui libère le norepinéphrine. Les neurones utilisent le norepinephrine comme neurotransmetteur, pour activer d'autres zones nerveuses et la moelle épinière.

Une fois le stimulus perçu, le cortex sensoriel du cerveau est alerté, puis le thalamus puis le tronc cérébral. Cet itinéraire active la sécrétion noradrénergiques dans le locus ceruleus.

Si le stimulus est perçu comme menace, l'activation du locus ceruleus sera longue et active à son tour le système nerveux sympathique autonome.

L'activation du système nerveux sympathique mène à la apparition de norépinéphrine dans les terminaisons nerveuses qui agissent sur coeur, vaisseaux sanguin, centres respiratoires, et sur d'autres organes.

L'autre acteur majeur dans la réponse au stress aigu est l'axe hypothalamique – pituitaire surrénalien.

Dans les années 80, on pensait que cet axe de locus ceruleus gouvernant la réponse au stress aigu était responsable de l'étiologie d'anxiété mais les études ont montré les limites de modèle ; la réponse au stress aigu est en rapport avec excitation plutôt qu'avec anxiété.

L'anxiété est différente de l'excitation) pour plusieurs raisons :

- L'anxiété est une réponse à un événement stressant qui peut être minime et irréaliste, la réponse est excessive et disproportionnée.
- L'anxiété est souvent associée avec des activités mentales et comportementales complexes conçues pour éviter les symptômes désagréables de l'anxiété ou de la panique.
- L'anxiété dure largement plus longtemps que l'excitation.
- L'anxiété peut se produire sans exposition à un événement stressant externe.
- Ce modèle basé sur la norépinephrine n'explique pas pourquoi les inhibiteurs de captation de la sérotonine agissent et allègent les symptômes de l'anxiété.
- Ce modèle peut donner une seule évidence, le locus ceruleus participe dans le processus d'anxiété mais son rôle est moins important que l'on pensait.

L'anxiété est différente de la peur, car le stimulus qui produit la peur n'est pas présent, ou n'est pas immédiatement menaçant. L'anxiété est dans ce sens une anticipation du danger, un état d'excitation, de vigilance, un état de préparation physiologique pour une menace qui risque d'arriver.

L'anxiété : point de vue psychologique



Il existe plusieurs théories psychologiques majeures relatives à l'anxiété :

- psychanalytique
- Théorie psycho-dynamique
- Théorie comportementale
- Théorie cognitive

Les théories psycho-dynamiques se concentrent sur les symptômes comme expression de conflits sous jacents. Bien qu'il n'y ait pas d'études pour affirmer ces théories psycho-dynamiques, des essais thérapeutiques l'ont jugées utiles.

Par exemple, le comportement compulsif et ritualisé peut être analysé comme une succession de mécanismes de défense spécifique qui sert à canaliser des impulsions défendues.

Les comportements phobiques sont considérés comme une suite de mécanismes de défense suivant les mêmes règles.

Selon la perspective psycho-dynamique, l'anxiété reflète des conflits sous jacents non résolus dans les rapports intimes ou expression de colère.

Les théories comportementales sont plus récentes et se basent sur deux règles de base :

l'importance du conditionnement dans le comportement humain, et la capacité humaine à modifier le comportement par l'observation et l'apprentissage.

Dans le conditionnement classique, un stimulus neutre peut acquérir la capacité d'entraîner une réponse de peur après répétition. La capacité humaine à modifier le comportement par l'observation et l'apprentissage peut expliquer l'apparition d'un comportement anxieux en observant les réactions des autres à un stimulus donné. Dans ce sens, le trouble anxieux généralisé s'explique par la réaction de la personne face son incertitude sur l'efficacité de ses mécanismes d'évitement.

Les facteurs cognitifs concernant comment les personnes interprètent ou pensent les événements stressants, jouent un rôle important.

La perception individuelle est décisive pour moduler la réponse. L'une des pensées négatives importantes présentes dans l'anxiété, est le sentiment d'incontrôlabilité. Elle est la traduction d'un état d'impuissance et d'incapacité pour prédire, contrôler, ou atteindre les résultats désirés. Ces pensées négatives sont trouvées chez les patients affectés par l'anxiété.

Les modèles psychologiques modernes concernant l'anxiété incorporent le rôle de la vulnérabilité individuelle et inclut des facteurs de prédispositions génétique. Il est évident que les femmes peuvent être affectées par les événements de la vie plus que les hommes suggérant qu'un facteur de risque cognitif peut les prédisposer plus à l'anxiété et à la dépression.

Trouble anxieux : Les traitements



Les soins d'urgence

Les troubles anxieux sont des maladies chroniques, exigent une intervention psychiatrique.

Si le patient exhibe une tendance homicide ou suicidaire, l'intervention psychiatrique est urgente. L'anxiété sévère, maladie organique, abus de médicaments, abus de drogue, et maladies psychotiques peut nécessiter des soins d'urgence.

Quand l'anxiété est aiguë ou sévère, le patient peut devenir dangereux pour lui ou pour son entourage.

En cas d'urgence, il est utile de placer le patient dans une pièce calme, et de réaliser une évaluation minutieuse de ses symptômes.

L'anxiété aiguë peut être traitée par une hospitalisation courte de quelques heures, accompagnée d'un support social et d'une dose anxiolytique rapide, de préférence un benzodiazépine.

L'anxiété chronique nécessite une psychothérapie et un traitement anxiolytique, et exige souvent une approche globale utilisant la psychothérapie et de nombreuses interventions thérapeutiques utilisant les anxiolytiques, ou les anti-dépresseurs.

Les soins non urgents

Les troubles anxieux sont traités par psychothérapie, pharmacothérapie, séparément ou en combinaison.

Psychothérapie :

En règle générale, les symptômes sévères et persistants de l'anxiété exigent la pharmacothérapie.

Durant ces dernières années, les thérapies concentrées, brèves limitées dans le temps ont été les plus conseillées. Elles tentent d'aider le patient à moduler ses symptômes d'anxiété directement sans aller explorer des conflits inconscients ou les autres vulnérabilités personnelles.

Ces thérapies accentuent l'estimation cognitive et comportementale.

Les thérapies cognitives et comportementales évaluent l'effet des stimuli anxiogènes sur les pensées, les sensations, et sur les comportements et mettent en place des stratégies simples pour alléger les symptômes et le comportement d'évitement.

Un problème essentiel de ces thérapies est d'augmenter l'exposition aux stimulus ou situations anxiogènes en parlant ou en décrivant ces stimuli. Par ce fait, l'assistance thérapeutique permet aux patients une désensibilisation progressive.

Le thérapeute fournit le réconfort et répète au patient que ces peurs ne sont pas justifiées à travers un discours logique. Le thérapeute peut remettre le patient dans la situation anxiogène d'une manière progressive et éduquer le patient à trouver des réponses logiques pour maîtriser sa peur irrationnelle.

Un principe fondamental régit ces thérapies, l'exposition prolongée à un stimulus anxiogène réduit les symptômes physiologiques d'anxiété. L'expérience acquise par le patient à vaincre sa peur du stimulus anxiogène permet de vaincre d'autres anxiogènes à travers sa confiance en soi retrouvée.

Pour traiter le trouble panique, des techniques de relaxation, de respiration, et d'auto-contrôle peuvent aider le patient à maîtriser sa peur.

Les interventions cognitives sont utilisées pour contrer les pensées excessives qui caractérisent l'anxiété.

Pour le traitement de trouble obsessionnel compulsif, la stratégie de moduler la réponse préventive doit être ajoutée à l'exposition aux stimuli anxiogènes afin d'éviter les compulsions.

Il y a maintenant une certitude que les thérapies cognitives et comportementales sont utiles pour la majorité des troubles anxieux.

Cependant, les résultats sont encore peu étudiés. Un autre problème : 20- 25 % des patients affectés de trouble obsessionnel compulsif n'acceptent pas de participer à une telle thérapie.

Un autre problème majeur de ces thérapies cognitives et comportementales dépend de la disponibilité des praticiens formés et compétents.

Les formes traditionnelles de thérapie psycho-dynamique sont aussi efficaces . Cependant, leurs résultats ne sont pas encore été suffisamment étudiés.

Pharmacothérapie (médicaments)

Les médicaments utilisés pour traiter les troubles anxieux sont benzodiazépines, euphorisants, et buspirone. A la lumière de nouvelles données, d'autres classes de médicaments sont développées.

Les barbituriques ne sont pas recommandés à cause de leur haute capacité d'entraîner une dépendance, de leur effets secondaires et de la lenteur de leur action.

Les euphorisants Tricycliques sont aussi d'usage limité dans les troubles anxieux et devraient être prescrits dans les phases aiguës.

Les Béta – bloquants ne réduisent pas l'anxiété intrinsèque, bien qu'ils réduisent les symptômes (ex : tachycardie). Ils sont utiles pour traiter les symptômes cardiaques associés au stress et à l'anxiété.

Les inhibiteurs de captation de la Sérotonine (ex: paroxétine) sont le traitement de choix à long terme dans le cas de trouble panique, bien que les euphorisants tricycliques soient également utilisés.

Les benzodiazépines ont un effet rapide et profond sur l'anxiété mais entraînent des effets hypnotiques aussi. Leur usage dans le trouble obsédant compulsif et dans le trouble post traumatique est palliatif.

Le trouble obsédant compulsif et le post traumatique seront à traités par les euphorisants. La plupart des médicaments euphorisants agissent bien sur l'anxiété et sur le trouble panique.

Le traitement du trouble panique exige des doses initiales modérées. Par contraste, le traitement du trouble obsédant compulsif nécessite des doses fortes

Un traitement efficace nécessite 4 à 6 mois sans interruption, avec un sevrage progressif.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association: Anxiety disorders. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric P; 1994.
- Brawman-Mintzer O, Lydiard RB: Biological basis of generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 3: 16-25; discussion 26.
- Charney DS, Woods SW, Nagy LM, et al: Noradrenergic function in panic disorder. *J Clin Psychiatry* 1990 Dec; 51 Suppl A: 5-11.
- Hales RE, Hilty DA, Wise MG: A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 3: 76-80
- Johnson MR, Lydiard RB: The neurobiology of anxiety disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995 Dec; 18(4): 681-725.
- Keller MB, Baker LA: The clinical course of panic disorder and depression. *J Clin Psychiatry* 1992 Mar; 53 Suppl: 5-8.
- Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD: The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1990 Jun; 147(6): 685-95.
- Pollack MH, Otto MW: Long-term pharmacological treatment of panic disorder. *Psychiatr Ann* 1994; 24: 291-298.
- Rickels K, Schweizer E: The clinical presentation of generalized anxiety in primary-care settings: practical concepts of classification and management. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 11: 4-10
- Sheikh JI, Salzman C: Anxiety in the elderly. Course and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1995 Dec; 18(4): 871-83.
- Sussman N: The uses of buspirone in psychiatry. *J Clin Psychiatry* 1994; 12: 3-19. Swinson RP, Soulios C, Cox BJ, Kuch K: Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *Am J Psychiatry* 1992 Jul; 149(7): 944-6[
- Zajecka J: Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 3: 9-13; discussion 14-5
- Zun LS: Panic disorder: diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1997 Jul; 30(1): 92-6

Table des matières

Anxiété et peur : liens et différence	2
Imminence de la menace	2
Anxiété et peur : modèles de réactions	2
Peur et anxiété sur le plan physiologique	4
Peur et anxiété sur le plan génétique	4
Peur et anxiété : deux émotions distinctes	4
La trouble anxieux en général	6
Pathophysiologie:	6
La fréquence:	6
Clinique	7
Trouble panique sans agoraphobie	8
Trouble panique avec agoraphobie	10
Trouble d'anxiété généralisée	11
Les Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (La Description américaine)	12
Les Critères diagnostiques du trouble d'anxiété généralisée (La Description européenne)	12
Le trouble obsédant compulsif	14
Les troubles phobiques	16
La Phobie sociale	16
Les Phobies spécifiques :	17
Trouble d'Anxiété post – traumatique	17
Trouble d'anxiété aiguë	19
Anxiété : causes médicales et symptômes	20
Syndrome de détresse respiratoire aiguë	20
Choc anaphylactique	20
Angine de poitrine	20
Asthme	20
Choc cardiogénique	20
La maladie pulmonaire obstructive chronique	20
Arrêt cardiaque	20
Hyperthyroïdisme	21
Syndrome d'hyper ventilation	21
Hypocondrie	21
Hypoglycémie	21
Troubles de l'humeur	21
Infarctus du myocarde	21
Trouble obsessionnel	21
Phobies	21
Pneumonie	21
Trouble de stress post-traumatique	21
Oedème pulmonaire	21
Embolie pulmonaire	22
Rage	22
Trouble somatoforme (somatisation)	22
Anxiété chez les enfants	22
Anxiété de changements chez les personnes âgées	22
Etiologie du trouble anxieux	23
La Réponse au stress aigu	24
L'anxiété : point de vue psychologique	26
Trouble anxieux : Les traitements	28
Les soins d'urgence	28
Les soins non urgents	28

Psychothérapie : 28

Pharmacothérapie (médicaments) 29