

TROUBLES ANXIEUX DU SUJET AGE

DESC GERIATRIE PARIS
27/05/2021

Dr Samuel KOHLER
Psychiatre - Gériatre
Unité de Neuropsychogériatrie - Hôpital Bretonneau
samuel.kohler@aphp.fr

PLAN

- PARTIE I : Généralités
- PARTIE II : Troubles anxieux secondaires
- PARTIE III : Troubles anxieux généralisé
- PARTIE IV : Phobie
- PARTIE V : Trouble panique
- PARTIE VI : TOC

UNE DEFINITION de l'ANXIETE

- Etat subjectif de détresse
- Sentiment pénible d'attente
- Appréhension d'un danger imminent

Sans objet réel

EPIDEMIOLOGIE

- **Fréquent, méconnu, peu étudié :**
 - TA >65ans : 2-40% (forte variabilité)
 - Difficulté diagnostique
 - Dépression / Dysthymie / TBP → Anxiété
 - Anxiété → dysphorie / dépression / agitation
- **Sous estimation :** 17% des PA souffrant d'un trouble anxieux consultent un spécialiste. (Wetherell et al. 2005)
- **Sexe ratio :** 4F/1H : biais d'évaluation chez l'homme : alexithymie
- **Fréquence :** Trouble phobique > TAG > TP > PTSD > TOC

DISTINCTION TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Vieillies

- Schizophrénie :
 - symptômes positifs
 -
 - symptômes négatifs
 - ↑
- TBP : début précoce/
tardif
- Troubles anxieux

A début tardif

- Prodromales d'un TNM
- Décompensé
 - Dépressions atypiques
 - Troubles anxieux
- Délire à début tardif centré sur l'environnement

DISTINCTION

- **Troubles anxieux :**
 - « ancien » = vieillissant (+/- compensé)
 - 75% < 21 ans, 91% < 41ans
 - « de novo »: 10% > 75ans

TA de novo = TA secondaire JPDC

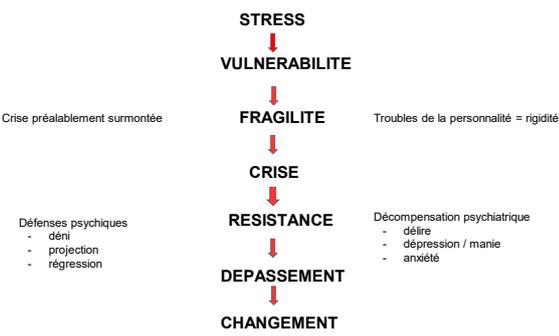
VULNERABILITE aux TA avec l'AGE

- Déclin autonomie, perte d'estime de soi
- Affections somatiques, douleur
- Ruptures affectives successives :
 - veuvage, perte d'amis,
 - repli au domicile
 - solitude à 2
- Changement de vie imposé : MDR
 - Perte des repères socio-culturels
 - Disparition des renforcements sociaux et hédoniques
- Problèmes financiers



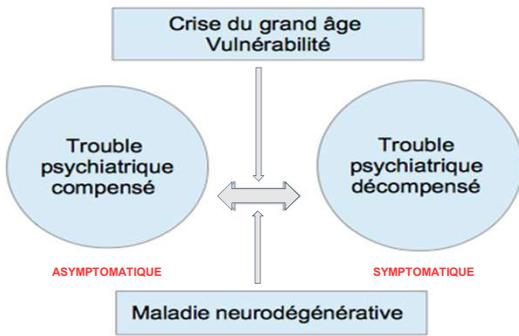
Pyramide des besoins fondamentaux de Maslow

CRISE PSYCHIQUE du VIEILLISSEMENT



Le diagramme illustre le processus de la crise psychique du vieillissement. Au centre, une série de termes sont reliés par des flèches descendantes : STRESS, VULNERABILITE, FRAGILITE, CRISE, RESISTANCE, DEPASSEMENT, et CHANGEMENT. À gauche, 'Crise préalablement surmontée' est associée à 'Défenses psychiques' (déli, projection, régression). À droite, 'Troubles de la personnalité = rigidité' est associée à 'Décompensation psychiatrique' (déli, dépression / manie, anxiété).

Trouble psychiatrique décompensé



Le diagramme illustre le trouble psychiatrique décompensé. Au centre, deux cercles sont reliés par une double flèche horizontale : 'Trouble psychiatrique compensé' (ASymptomatique) et 'Trouble psychiatrique décompensé' (SYMptomatique). Au-dessus, un rectangle indique 'Crise du grand âge' et 'Vulnérabilité'. Au-dessous, un rectangle indique 'Maladie neurodégénérative'. Des flèches verticales relient ces rectangles aux cercles centraux.

Troubles psychiatriques prodromaux d'un TNCM

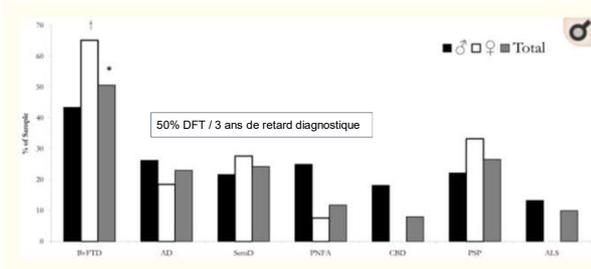
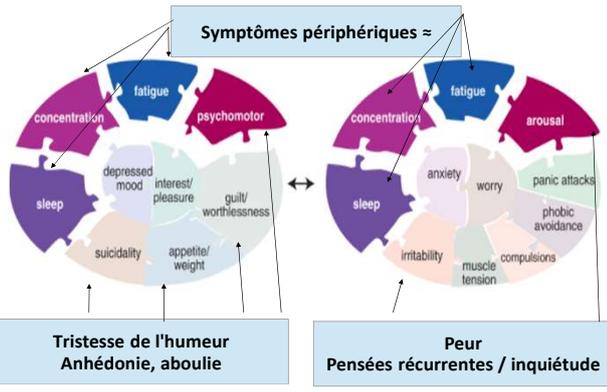
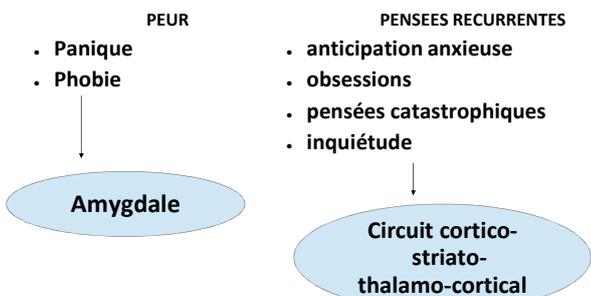


Figure 1
Rates of Psychiatric Diagnosis within each Neurodegenerative Disease
 Percentage of patients given a psychiatric diagnosis for symptoms that eventually led to a ND diagnosis separated by gender. ♂ denotes male while ♀ denotes female patients. (*=p<0.01; †=p<0.05)
 Wooley et al., 2011

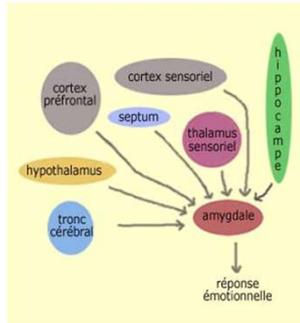
Diagnostic Différentiel: Dépression / Anxiété



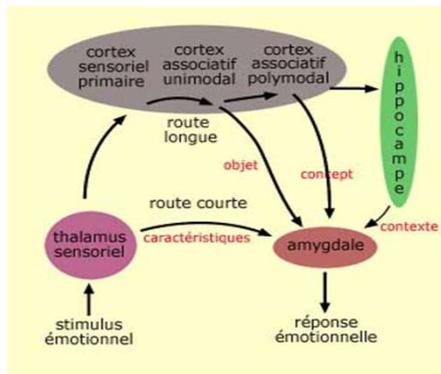
NEUROBIOLOGIE (1): Phénotype de l'anxiété



Neurobiologie : Rôle central de l'amygdale



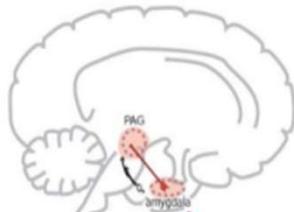
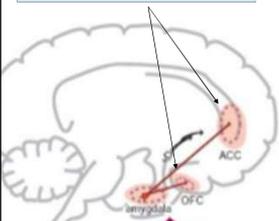
La réaction de peur: 2 circuits: court et long



NEUROBIOLOGIE (2) : Amygdale

EMOTION DE PEUR

CONDUITE D'EVITEMENT

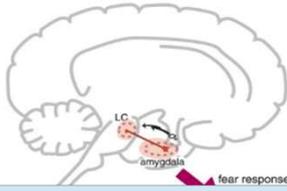


CPF inhibée ou hypoactive
 = ▲ régulation émotions :
 - Cortex cingulaire antérieur
 - Cortex orbito frontal
 → Réaction émotionnelle de peur

SGPA
 → Réaction motrice de peur :
 sidération OU fuite
 Ex: staso-basophobie, catatonie, ...

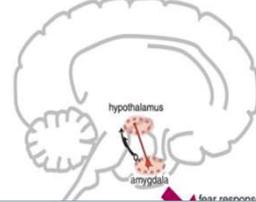
NEUROBIOLOGIE (3) : Amygdale

REACTION NEUROVÉGÉTATIVE



Locus Coeruleus (Noyau adrénérique)
 → Manifestation d'alarme : + Σ
 (potentialise réaction motrice à la peur)
 FC↑, PA↑, tension musculaire,
 tremblement

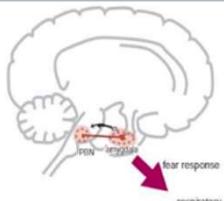
REACTION ENDOCRINIENNE



Hypothalamus
 → + axe HHS = Cortisol
 Diabète, MCV, AVC ↑

NEUROBIOLOGIE (4) : Amygdale

Accélération fréquence respiratoire



Noyau parabrachial du tronc cérébral :
 - dyspnée « psychogène »
 - sensation d'étouffer, oppression
 - exacerbation d'un IRC (asthme, BPCO)

NEUROBIOLOGIE (5) Phobie / PTSD

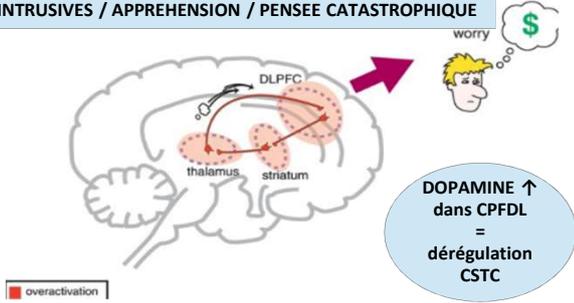
- SGPA
- Locus coeruleus
- Hypothalamus
- **Amygdale**
- **Hippocampe**

REACTION DE PEUR

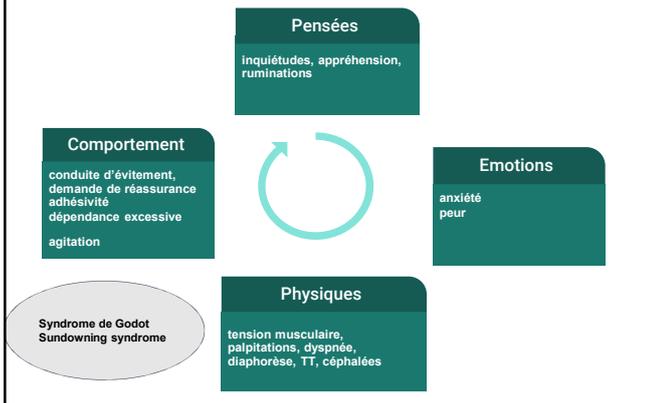
Evocation d'un objet phobogène/ résurgence mnésique
 Présentation d'un stimulus réactivant un traumatisme
 Ecmnésies dans le TNCM

NEUROBIOLOGIE (6) : CSTC = cognition anxieuse

INQUIETUDE / RUMINATIONS / OBSESSIONS / PENSEES
INTRUSIVES / APPREHENSION / PENSEE CATASTROPHIQUE

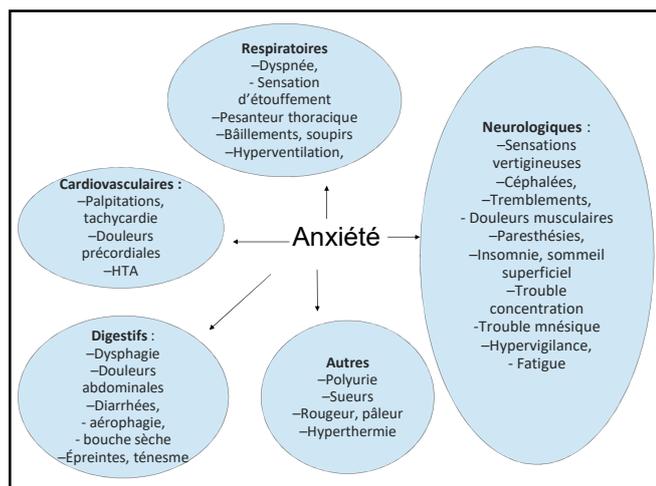


ANXIETE CLINIQUE - 4 composantes



CLINIQUE du sujet âgé - Atypique > typique

- Symptômes somatiques +++
- Symptômes psychiques : malaise, insécurité
- Formes trompeuses comportementales :
 - conduites régressives : appels répétés, réassurance
 - Inhibition, repli → conduite d'évitement
 - irritabilité, agressivité,
 - chutes, maladresse
 - alcoolisation → sevrage



5 COMPLICATIONS

- Dépression = suicide ++
- Alcool : abus +/- dépendance
 - 50% anxiété sociale
 - sevrage matinal
 - Dépistage systématique → DETA
- Benzodiazépine
 - Echelle ECAB : échelle cognitive d'attachement BZD
- MCV : risque coronarien ↑
- Perte d'autonomie

Diminué
Entourage
Trop
Alcool au matin

Echelles de dépistage de l'anxiété du sujet âgé

- Echelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines
- Hospital Anxiety Depression Scale
 - Non biaisée par les symptômes somatiques,
 - Validée chez le sujet âgé,
 - Rapide, 7 items sur l'anxiété, autoévaluation
- Short Anxiety Screening Test
 - Spécifique du sujet âgé mais non validé en français...
 - Dépistage de l'anxiété même en présence d'une dépression
 - Se =75%, Spe 75%
- GAD-7 Geriatric Anxiety Disorder 7 items

Echelles en recherche clinique

- Hamilton Anxiety Scale
 - non spécifique du sujet âgé
- Inventaire de Beck pour l'anxiété
 - inventaire des symptômes somatiques

ECAB: échelle cognitive d'attachement BZD

	Vrai	Faux
1. Où que j'aille, j'ai besoin d'avoir ce médicament avec moi.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Ce médicament est pour moi comme une drogue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Je pense souvent que je ne pourrai jamais arrêter ce médicament...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. J'évite de dire à mes proches que je prends ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. J'ai l'impression de prendre beaucoup trop de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6. J'ai parfois peur à l'idée de manquer de ce médicament.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7. Lorsque j'arrête ce médicament, je me sens très malade.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8. Je prends ce médicament parce que je ne peux plus m'en passer.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9. Je prends ce médicament parce que je vais mal quand j'arrête.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10. Je ne prends ce médicament que lorsque j'en ressens le besoin.....	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

ECHELLE HAD : Hospital Anxiety Depression Scale

- Je me sens tendu ou énervé
- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver
- Je me fais du souci
- Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.
- J'éprouve des sensations soudaines de panique

Short Anxiety Screening Test

1. Vous sentez-vous crispé, nerveux ?
2. Sentez-vous que quelque chose de terrible va arriver ?
3. Êtes-vous inquiet au sujet de votre état présent ?
4. Sentez-vous que vous avez le contrôle de votre existence ?
5. Pouvez-vous vous défendre ?
6. Souffrez-vous de douleur au dos, au cou ou de maux de tête ?
7. Suez-vous beaucoup ou souffrez-vous de palpitations ?
8. Êtes-vous irritable ?
9. Dormez-vous bien ?
10. Souffrez-vous de vertiges ?

GAD-7: Geriatric Anxiety Disorder 7

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

TROUBLE ANXIEUX SECONDAIRE

Toxiques - Iatrogène

- **Corticoïdes** : dépression, euphorie, anxiété, irritabilité
- **AD** : rebond anxieux, sd sérotoninergique
- **Digitalique (surdosage)** : délire, hallucination
- **Salbutamol, Théophylline** : tremblement, TC
- **Levothyrox** : nervosité, TC, T. transit, tremblement
- **L-DOPA** : bouffées anxieuse, agitation,
- **Benzodiazépines** : Sevrage / effet paradoxal
- **Keppra** : dépression, anxiété, labilité émotionnelle

Charge anticholinergique (syndrome atropinique)

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • AD3C, Antipsychotique • Antispasmodique vésicaux • Antihistaminique • Antispasmodique (Loperamide) • Antiparkinsonien (akineton, artane) • BB (Metoprolol) • IEC (Captopril) | <p style="text-align: center;">CENTRAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • irritabilité ; excitation • perplexité anxieuse • hallucinations visuelles • confusion mentale, DTS • troubles mnésiques, <p style="text-align: center;">PERIPHERIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • mydriase BL, cycloplégie, • sécheresse buccale • constipation • hyperthermie |
|--|--|

PATHOLOGIE SOMATIQUE

NEURO

- SEP, SLA, MCJ, démence débutante, MPI, AVC
- Maladie à corps de Lewy
- **EPILEPSIE**
 - Temporale
 - Insulaire

PNEUMO

- EP, BPCO, IRC, SAOS

CARDIO

- Angor instable, TC paroxystiques, HTA

METABOLIQUE

- Dysthyroïdie,
- Calcémie, hyperK+
- hypoglycémie,
- Cushing, tumeur carcinoïde, tumeur neuroendocrine
- déshydratation

TNCM - Anxiété - SPCD

- Prodrome: 30% MA, 60% MCL (anxiété "de novo")
- Léger : conscience douloureuse / lutte anxieuse
 - difficulté d'adaptation → monde « hostile »
 - perplexité anxieuse d'une confusion
- Modéré :
 - Troubles cognitifs => anxiété => défense = déni/projection => syndrome de persécution "adaptatif"
- Sévère :
 - Syndrome de Godot
 - Sundowning Syndrome

Maladie de Parkinson idiopathique

- Absence de rapport avec la personnalité d'avant
- Touche 30-45% patients
- Surtout en phase OFF
- Obsessions et inquiétudes disproportionnées par rapport à la situation
- Paroxystique : attaques de panique

PARTIE III

TROUBLE ANXIEUX GENERALISE

TAG- FACTEURS DE RISQUE

- 2pics : <20ans et > 50ans,
- Femme, veuvage, isolement socio affectif,
- niveau de scolarisation faible,
- comorbidités somatiques, handicaps physiques.
- traumatismes psychiques, notion enfance difficile,
- personnalité type C (dépendante, évitante),

TAG - Critères DSM 5

1- Anxiété et soucis excessifs (appréhension) > 6mois

2- Difficulté à contrôler ses préoccupations

3- > 3 symptômes / 6 :

- tension/ agitation,
- fatigabilité,
- concentration,
- mémoire,
- irritabilité,
- tension musculaire,
- sommeil

TAG : anxiété normale ou pathologique ?

- Temps passé à se faire du soucis
 - Sujet normal: 55min/jour
 - Sujet anxieux: 310min /jour
- Multiplication des soucis
- Pas de lien évident avec une situation réelle
 - excessif (avis de la famille)
 - paralysant et incontrôlable
- Manifestations neurovégétatives

TAG du SUJET AGE - spécificités

- - floride / + handicapant → perte autonomie
- seul 13% TAG : Soucis et préoccupations
- **Symptômes physiques = plaintes somatiques**
- Thème : santé, bien-être proches, AVQ, finance, futur,
- Points d'appel:
 - irritabilité ++, colère, frustration
 - recherche réassurance / assistance AVQ
 - plaintes somatiques multiples
 - trouble du **sommeil ++**

DD TAG / DEPRESSION/ DEMENCE

	Anxiété généralisée	Dépression	Démence
Peur / Angoisse	fébrilité intérieure	matinale	vespérale sundowning
Sommeil	difficultés d'endormissement	réveils nocturnes ou précoces	désorganisation du sommeil
Alimentation	normale +/- grignotage	anorexie	boulimie / dénutrition / apraxie du bol alimentaire
Mémoire	Trouble de l'attention	Attention divisée Motivation	Mémoire épisodique
Concentration	accrue	diminuée	diminuée / fluctuante
Vigilance	hypervigilance	hypovigilance	fluctuation, confusion
Plaisir de vivre	peu altéré	anhédonie	anhédonie partielle persiste pour les choses simples
Estime de soi	normale	abaissée	insécurité
Ralentissement	absent	++	apathie ou déambulation
Tristesse	non	++++	++

TAG de NOVO

- 2 REFLEXES :
 - Dépression JPDC = Risque suicidaire +
 - Prodrome d'une démence ?

TAG : ttt non médicamenteux en 1er intention

- Réassurance
- Psychoéducation
- **TCC spécifiques aux personnes âgées ++**
 - séances rapprochées
 - relaxation musculaire, exercice de respiration,
 - restructuration cognitive centrée sur le soucis excessif

TAG - Traitement médicamenteux

- **IRS: Seropram, Sertraline / IRSNa : Venlafaxine**
 - risque de rebond anxieux si introduction rapide ≠ virage maniaque
 - DD : sd sérotoninergique (clonie, ROT vifs, rigidité, TT, TC)
 - Délai efficacité : 6 semaines
 - Durée : min 1 an après rémission
- **Agoniste partiel 5HT1A: Buspirone : 15-60mg/j**
 - délai d'action : 2-3 semaines
 - adapter fonction rénale
 - ES (transitoire): vertige, nervosité, sueur, céphalée, nausées,
- **Ligands alpha2 delta : Prégabaline (AMM)**
 - ES : vertige, somnolence ++ introduction lente +++
- BZD : ½ vie courte, pas de métabolisme hép

TROUBLE PANIQUE

ATTAQUE DE PANIQUE- Critères

- **Crainte ou malaise intense**
- survenue **imprévisible / acmé en quelques min (<10min) / durée<4h**
- **> 4 symptômes : émotionnel/somatique/cognitif**
 - palpitation, transpiration, tremblement
 - souffle coupé, étranglement, douleur thoracique
 - nausée, vertige, instabilité
 - « tête vide », « évanouissement »
 - frissons, bouffées de chaleur
 - paresthésie
 - déréalisation, dépersonnalisation (dissociation)
 - peur de devenir fou, peur de mourir

TROUBLE PANIQUE - Critères

- Récurrence d'Attaques de panique
- Anticipation anxieuse > 1 mois après AP :
 - Crainte persistante de récurrence d'une AP
« perdre le contrôle, devenir fou, d'avoir crise cardiaque »
 - Conduite d'évitement des FD une AP
"perte d'autonomie, repli, ne sort plus"
 - Agoraphobie
- Critères d'exclusion

TROUBLE PANIQUE - Spécificités du sujet âgé

- Diagnostic d'élimination++
- Rarement de novo = « trouble panique vieillissant » décompensé
- Diminue en intensité mais pas en fréquence
 - diminution réactivité SNA
- Plainte atypique :
 - « inconfort » > peur
 - symptômes attribués à des facteurs de stress extrinsèques
- Complication : addiction ++ OH / BZD

Diagnostic différentiel - AP

- **Epilepsie insulaire** (*dans l'ordre d'apparition*)
 - . striction laryngée inaugurale +/- strangulation
 - . hypersalivation et dysarthrie post-ictale
 - . durée 1-3 min
 - . +/- sensation viscérale abdominale ou thoracique
 - . +/- paresthésie +/- douleur (non systématisée)
 - . +/- dysphonie / dysarthrie
 - . +/- spasme tonique brachio-facial

Pas de perte de connaissance

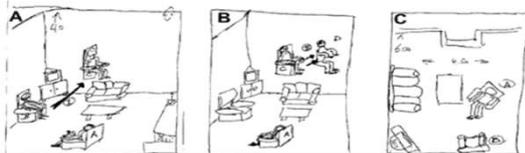
Diagnostic Différentiel - AP

- **Epilepsie temporale interne (hippocampe + amygdale):**
 - . sensation épigastrique ascendante +/- thermique (chaleur ou frisson)
 - . aura inaugural psychique : peur / anxiété / dépersonnalisation / déréalisation / déjà-vu
 - . dysautonomie (TC, HTA, sudation)
 - . hallucination olfactive (cacosmie)
 - . vocalisation (simple ou complexe sans dialogue possible)
 - . contact préservé
- OU « absence » de qq sec - <5min (« staring », automatisme bucofacial)
- . +/- Diffusion frontale MS HL : dystonie (flexion AB sur bras) ou automatisme mains, clonie de la face
 - . Etat post ictal +/- net: confusion, aphasie, amnésie lacunaire

Diagnostic Différentiel - AP

- **Epilepsie pariétale :**
 - . Phénomènes paresthésiques hémicorporels
 - . Dystonie ou atonie ipsilatérale
 - . Sensation de présence
 - . Impressions kinesthésiques (mouvements du corps dans l'espace)
 - . Hallucinations visuelles complexes, typiquement autoscopiques
→ « dépersonnalisation » ?

O. Blanke et al.



Critères d'atypicité d'une AP en faveur d'une épilepsie

- Age de survenue > 45 ans
- Antécédents neurologiques et/ou d'épilepsie
- Mauvaise réponse aux AD
- Aura prodromale : hallucination olfactive ou gustative stéréotypée
- Survenue nocturne (*l'AP ne réveille pas, la CE oui*)
- Répétition sur plusieurs jours suivie d'intervalles libres prolongés
- Durée brève < 5 minutes (≠ 10-30 min pour AP)
- Altération de la conscience : rupture de contact per-ictale et/ou confusion post-ictale (pas toujours si insulaire ou temporale)
- Présence d'automatismes moteurs
- Amnésie de l'épisode
- Lien temporel bref entre AP et crise tonico-clonique généralisée

TROUBLE PANIQUE - Traitement

- REASSURANCE +++
- PSYCHOEDUCATION = RHD (sommeil, régime, exercice physique, soutien social)
- TCC : exposition et désensibilisation aux sensations physiques des AP
- ANTIDEPRESSEUR : si sévère
 - ISRS : Seropram, Sertraline
 - IRSNa : Venlafaxine
 - délai efficacité 3-4 semaines
 - augmentation posologique lente : 4-6 sm
 - durée 6 -12 mois

PHOBIE
Phobie spécifique
Phobie sociale
Agoraphobie

PHOBIE

- Peur excessive persistante (>6mois) et irraisonnée d'un objet ou d'une situation
- Symptomatologie anxieuse paroxystique à l'exposition ou l'évocation de la situation phobogène
- Conduite d'évitement / Objet contraphobique
- Anxiété anticipatoire
- Pas forcément d'événement traumatique initial

Phobie sociale - Epidémiologie

- Trouble phobique vieillissant :
 - 90% débute avant 14 ans
- Phobie sociale de novo :
 - 10% > 54ans
- Comorbidité : DEPRESSION ++

Phobie sociale – Critères

- **Peur intense** et persistante (6mois) du jugement d'autrui
- Crainte de montrer les signes d'anxiété et d'être jugé
- Conduite d'évitement **ou** réaction d'angoisse intense
 - repas, sorties, visite de proches
 - AP, pleurs, accès de colère, réaction de stupeur
- Répercussion :
 - sociale : isolement
 - psychiatrique : anxiété dépression
 - fonctionnelle : perte d'autonomie
- Critère d'exclusion **ou excessif (??)**
 - Parkinson,
 - obésité,
 - déformation,
 - incontinence

Phobie sociale - Spécificités du sujet âgé

- Terrain : comorbidité somatique ++
- Age → situations socialement gênantes et en lien avec déficits liés:
- Présentation atypique > Alexithymie :
 - Conduite d'évitement (repli social, isolement, perte d'autonomie)
 - Plaintes somatiques
- Thèmes : manger (appareil dentaire), écrire (tremblement), sortir (déambulateur)

Phobie spécifique

- 5-13% de la population âgée
- Trouble vieillissant réapparaît au décès du conjoint « objet contraphobique »
- Peur intense d'un objet ou d'une situation
 - animal (insecte, chien)
 - environnement (hauteur, vertige, tonnerre, eau)
 - sang (aiguille)
 - situationnel (ascenseur, claustrophobie = IRM)

Agoraphobie – Critères DSM V

- Anxiété > situations dont il est difficile de s'échapper en cas d'AP, ou de symptômes incapacitants ou embarrassants : **incontinence / chute**
- ≥ 2 lieux / 5 : endroits clos, ouverts, extérieur du domicile, transport en commun, foule, lieu isolé
- Conduite d'évitement (périmètre de marche)
- Objet contraphobique : conjoint / enfant
- Critères d'exclusion:
 - tout autre trouble anxieux
 - trouble somatique :
- MPI, MICI, Stomie : caractère excessif ?

PHOBIE - TRAITEMENT

- **En 1er intention : Psychothérapie TCC :**
 - Exposition in vivo graduée : désensibilisation
 - Restructuration cognitive : identifier et modifier les pensées automatiques
- efficace sur évitement / affects dépressifs
- **Phobie sociale :**
 - TCC en groupe (thérapie d'affirmation de soi)
 - ISRS : SERTRALINE → charge anxieuse / activation émotionnelle
→ facilite l'exposition
- **Phobie spécifique :** pas de ttt pharmacologique

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

TOC – thème / obsession / compulsion

THEME	OBSESSION	COMPULSION (exemple)
IDEATIVE	Crainte désordre / asymétrie (critères idiosyncrasiques)	Ordre/ Rangement
	Folie du doute / crainte erreur	Vérification, comptage
	Superstition / Catastrophe Préoccupation morale (blasphème, manichéisme)	Conjurations, rituels, prières, comptage
IMPULSIVE <i>peur de perdre le contrôle</i>	Pulsion aggressive / sexuelle	toute compulsion
	Pensée interdite (viols, incestes, homosexualité)	
PHOBIQUE	Contamination	Lavage, évitement (!), gant,
	Manque	Accumulation
	Nosophobie	Vérification, nomadisme méd
	Dysmorphophobie	Evitement

TOC – Spécificités du sujet âgé

- Conduites d'évitement très complexes et imperceptibles
 - Etayage social masque les compulsions
- Egodystonie ↓, insight ↓ = qualité de vie ↑
- Conduites d'évitement fragilisées par le vieillissement
- TOC décompensé ++
- Risque vital
- TOC vieillissant
 - obsessions : péché ↑ , symétrie ↓
 - Compulsions : lavage, rangement, vérification, syllogomanie

TOC de novo - Spécificités

- TOC de novo chez le SA :
 - dépression JPDC
 - maladie neurodégénérative :
 - atteinte des NGC
 - déséquilibre boucle fronto-striatale :

TOC - Traitement

- **Psychoéducation :**
 - réassurance,
 - nommer le trouble, traitement efficace
 - psychoéducation de l'entourage:
 - ne pas participer aux rituels,
 - ne pas faciliter l'évitement,
 - ne pas répondre aux demandes de réassurance
- **TCC : exposition avec prévention de la réponse**
 - exposition in vivo ou en imagination
 - empêcher toute compulsion
 - réduire charge anxieuse associée

TOC - traitement médicamenteux

- **AD : ISRS forte dose** : délai 6-12 semaines
 - 1-2 ans à dose maximale efficace
 - si échec : switch IRS
 - IRSNa non validé dans cette indication
 - si échec : association :
 - APA faible posologie
 - Clomipramine (anticholinergique, Qtc)
- Stimulation cérébrale profonde chez la PA ?

ETAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE

ESPT - Critères

- 1- Facteur Déclenchant : Exposition à la mort effective, à la menace de mort, blessure grave, violence sexuelle :
- exposition directe
 - témoin directe
 - proche (ami ou famille) : mort ou menace de mort : violente
 - exposition répétée dans le cadre professionnel ou personnel

2- Syndrome de répétition : >1/5

- souvenirs pénibles récurrents (intrusions)
- rêves répétitifs
- réactions dissociatives (flashback →déréalisation)
- détresse psychique prolongée ou intense
- réactions physiologiques > exposition indice

ESPT - critères

3- Conduite d'évitement ou ruminations: effort pour éviter les souvenirs pénibles ou les rappels externes (personnes, lieux, conversations...)

4- Hyperactivation neurovégétative :

- irritabilité, insomnie, t. concentration
- comportement autodestructeur / irréfléchi
- hypervigilance, réaction de sursaut

5- Altération des cognitions :

- amnésie lacunaire « dissociative »
- distorsions cognitives : culpabilité inappropriée,
- crainte, horreur, colère persistante
- ↓ intérêts, anhédonie
- sensation « étranger aux autres »

ESPT Sujet Age – 3 formes

- De novo
- Chronique
- Retardé: Réactivation d'un trauma ancien à l'occasion :
 - médical : handicap physique = vulnérabilité
 - social : institutionnalisation, retraite, isolement
 - un stress aigu (chute, agression, vol, attentat, guerre)

ESPT - Facteur Favorisant chez le Sujet âgé

- haut niveau de névrosisme (prédisposition d'un individu à ressentir des émotions négatives)
- Comorbidité anxieuse
- acte de délinquance,
- maltraitance par les aidants,
- victime de guerre « oubliée » : Indochine, Algérie,
- stratégies de coping faibles

Traitement ESPT - double

Médicamenteux

- ISRS
- EVITER : Prazosine (*alpha bloquant = risque d'HTO*)
- EVITER : BZD et BB

Psychothérapie

- TCC : exposition à éviter si MCI
- EMDR
