

GASMA: Les troubles anxieux



Thanh-Lan Ngô, M.D., M.Sc., FRCPC
Chef de la clinique des maladies affectives CIUSSS NIM
Psychiatre répondant RLS CDI
Professeur Agrégé de Clinique (Université de Montréal)
Janvier 2018

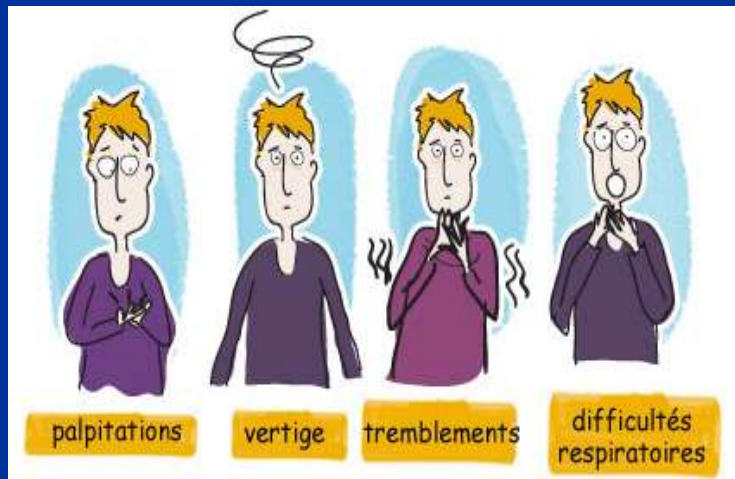
Déclaration des conflits d'intérêt

- Redevances: « La thérapie cognitivo-comportementale » de Chaloult, Ngo, Goulet, Cousineau. 2008. Chenelière.

Objectifs

- Revoir les **diagnostics** principaux en psychiatrie;
- Présenter brièvement les plans de **traitement**;
- Connaître les **recommandations** de base à donner

Trouble panique



Trouble panique

- A la fois:
 - Attaques de panique récurrentes et inattendues (brutales, pic en 10 minutes, 4: palpitations, transpiration, tremblements, étouffement, étranglement, douleur thoracique, nausée, imp. Évanouissement, déréalisation/dépersonnalisation, paresthésies, bouffées de chaleur, peur de perdre le contrôle, mourir)
 - Pendant >1 mois, 1 ou plus:
 - anticipation,
 - changement de comportement important
 - Pas due à substance ou problème médical (hyperthyroïdie, maladie cardiopulmonaire)
 - Pas due à situation sociale redoutée, objet spécifique, obsession, rappel traumatique, séparation d'objet d'attachement

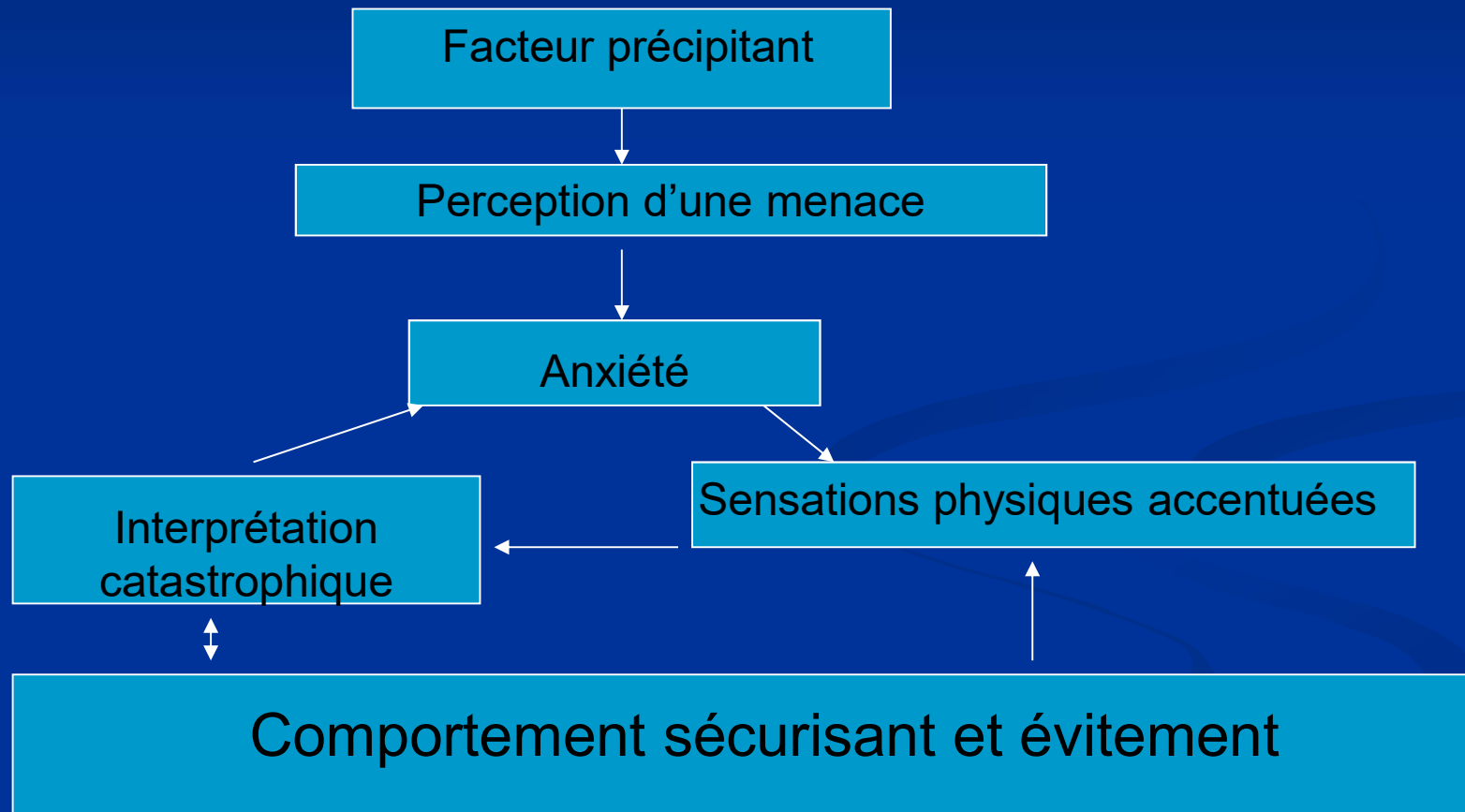
Agoraphobie



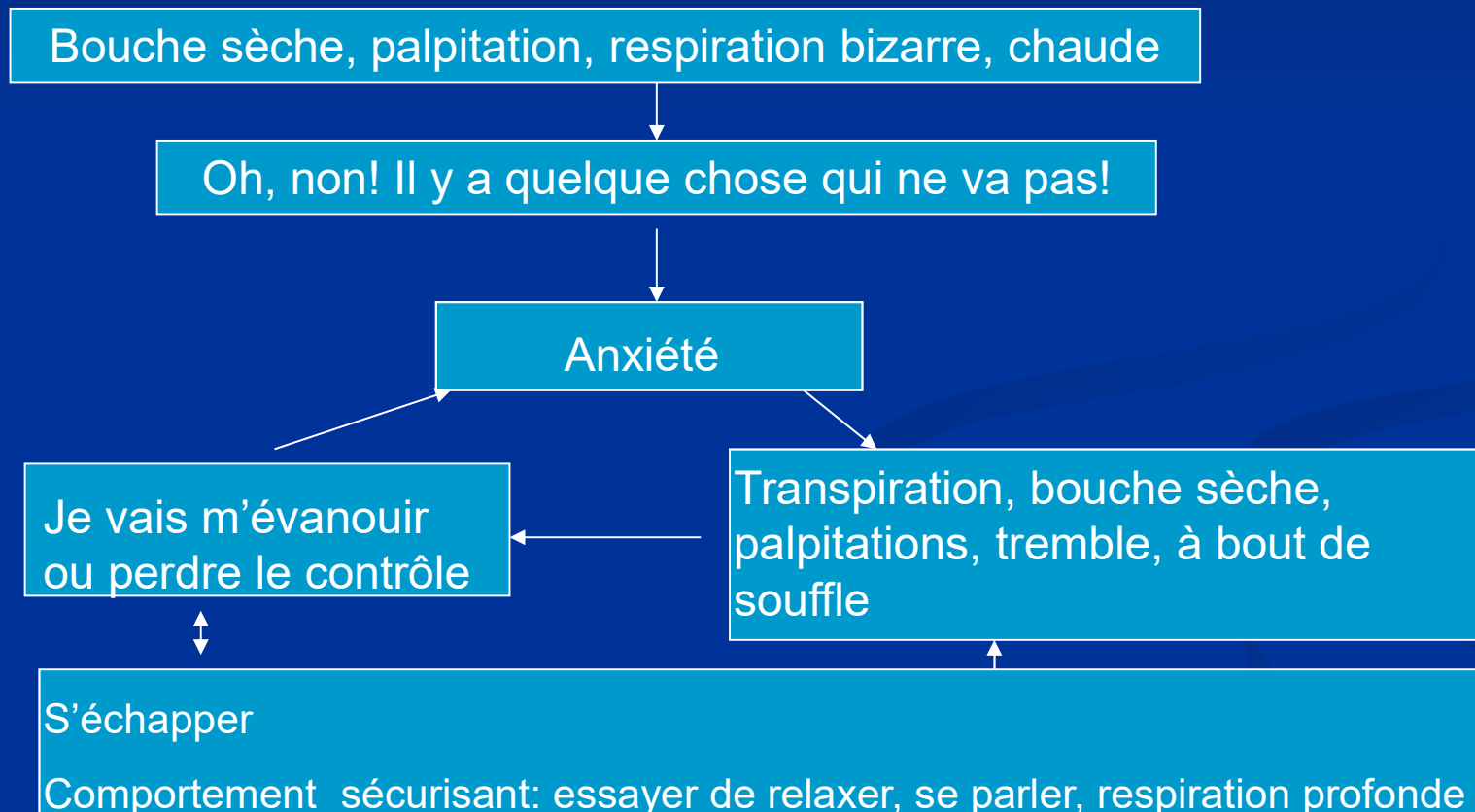
Agoraphobie

- Anxiété liée au fait de se retrouver dans 2 ou plus endroits: 1) transports en commun; 2) endroit ouvert; 3) endroit confiné; 4) file d'attente/foule; 5) extérieur de la maison
- Craint/évite ces situations car croit qu'il pourrait être difficile de s'échapper ou on ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaques de panique
- Situations entraînent peur ou anxiété
- Situations évitées ou subies avec une souffrance intenses/crainte d'avoir une attaque ou nécessitant un accompagnant
- Peur hors de proportion par rapport au danger
- Au moins 6 mois
- Pas situation phobogène, situation sociale, imperfection physique, obsession, rappel traumatique
- Si condition médicale, anxiété ou évitement excessif

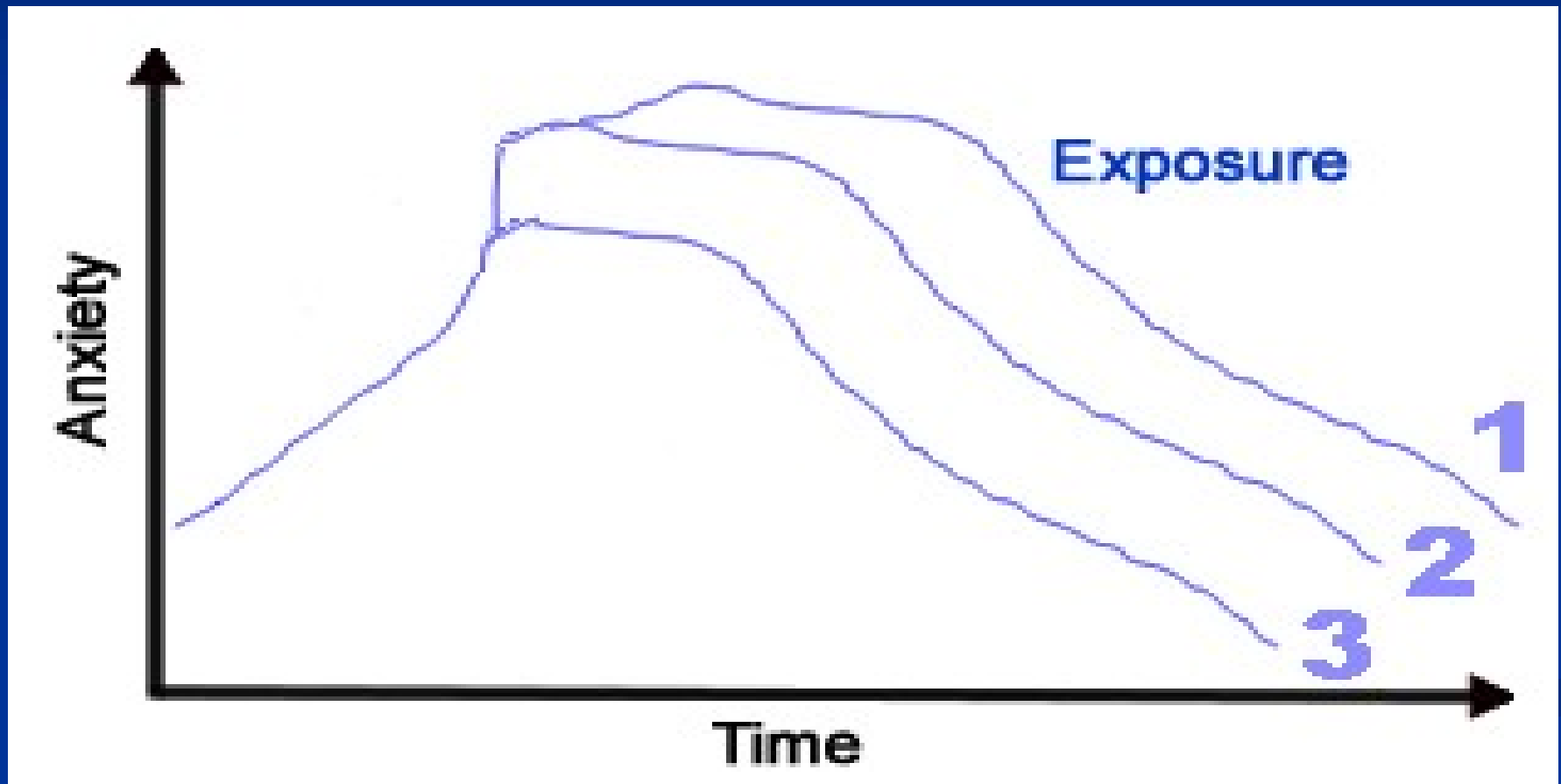
Trouble panique (Clark, 1988)



Exemple: Nick



Habituation avec l'exposition répétée



Neutralisation



Inconfort

Ce qu'on croit
qui va se passer
si on ne
neutralise pas

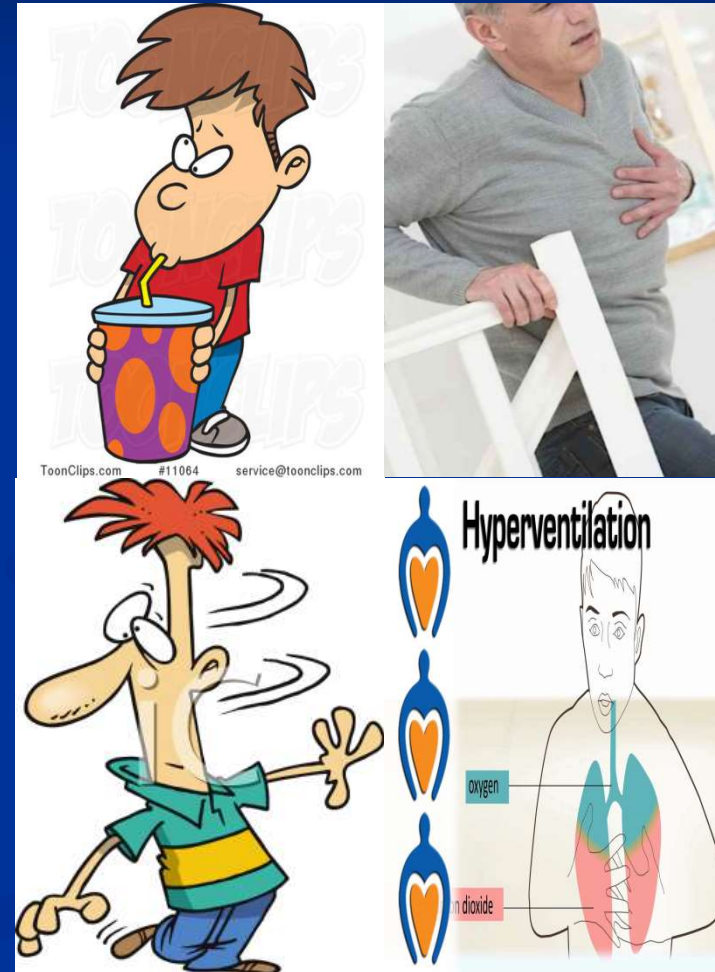
Ce qui se passe si
on neutralise:
anxiété se maintient

Ce qu'on croit qui va
se passer si on
neutralise

Temps

Exposition aux sensations physiques pour la panique

- Lever la tête (après 30 sec.)
- Secouer la tête (30 à 60 sec.)
- Retenir sa respiration (30 sec.)
- Escaliers (1 min.)
- Contracter le corps (1 min.)
- Tourner sur une chaise (1 min.)
- Respirer dans une paille (1 min.)
- Hyperventilation (1 min.)
- Fixer un point au mur (2 min.)
- Avaler rapidement (4 fois)
- Imaginer votre pire sensation (2min.)
- Fixer votre image ou votre main (2min.)
- Exercer une pression sur le bras (1min.)



Exposition graduée in vivo

- Caractéristiques des exercices d'exposition?
 - Prolongés, répétés et rapprochés
- Pendant les exercices le patient doit...
 - Rester, se parler, accepter
- Et ne doit pas...
 - Éviter, s'échapper, neutraliser

Le traitement du trouble panique par l'exposition

intéroceptive



in vivo



imagination



Recommandations

- Expliquer que ce n'est pas dangereux (système d'alarme trop sensible)
- Hygiène de vie: cesser de fumer, alcool, drogues, exercice
- Ne pas éviter, faire face à ce qui nous fait peur
- Faire la liste des situations évitées: de la moins pire à la pire et s'exposer progressivement
- Lire « La peur d'avoir peur » de André Marchand
- Manuel du patient (www.tccmontreal.com)
- Organismes communautaires: La clé des champs, Phobie Zéro, Revivre, La ressource ATP

Pharmacothérapie

First-line Citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, paroxetine CR, sertraline, venlafaxine XR

Second-line Alprazolam, clomipramine, clonazepam, diazepam, imipramine, lorazepam, mirtazapine, reboxetine

Adjunctive: alprazolam ODT, clonazepam

Third-line Bupropion SR, divalproex, duloxetine, gabapentin, levetiracetam, milnacipran, moclobemide, olanzapine, phenelzine, quetiapine, risperidone, tranylcypromine

Adjunctive: aripiprazole, divalproex, olanzapine, pindolol, risperidone

Not recommended Bupirone, propranolol, tiagabine, trazodone

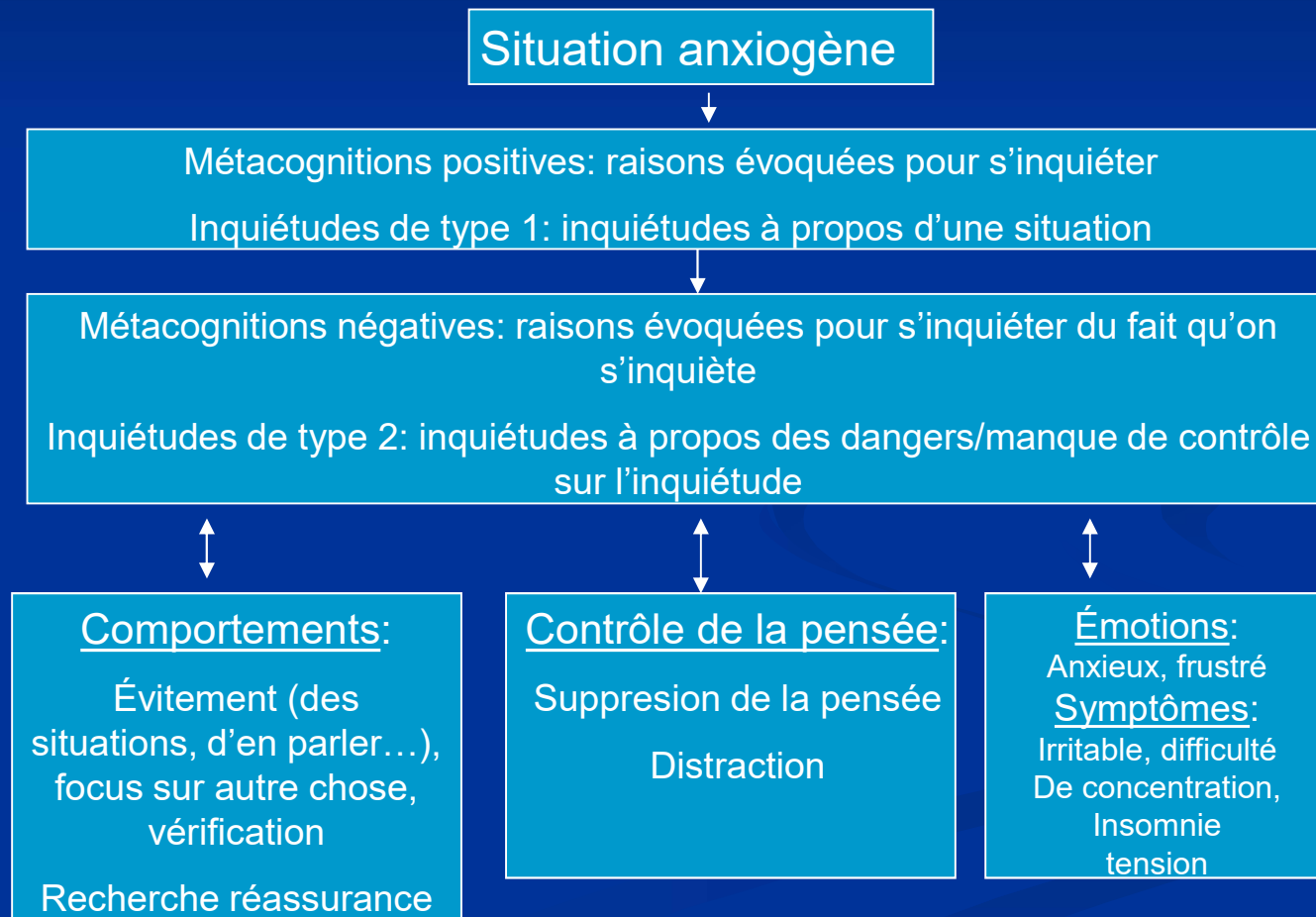
Anxiété généralisée



Anxiété généralisée

- Anxiété et soucis **excessifs** concernant plusieurs événements >6 mois
- Difficulté à **contrôler**
- 3:
 - Survolté,
 - Fatigabilité,
 - Concentration/mémoire atteintes,
 - Irritabilité,
 - Tension musculaire,
 - Insomnie

Trouble d'anxiété généralisée (Wells)



Cercle vicieux: inquiétudes

Métacognitions:

Je dois **prévenir** les problèmes en m'inquiétant
Je dois trouver la **solution** en y pensant
Je dois **me préparer** émotivement à des événements difficiles
Si je m'inquiète, je **préviendrai l'apparition** de problèmes
Si je m'inquiète, c'est que je suis une **bonne personne**
Je suis une personne qui s'inquiète (**faite comme ça**)
Si je m'inquiète, je vais me **motiver** à faire quelque chose



Amplification des affects:

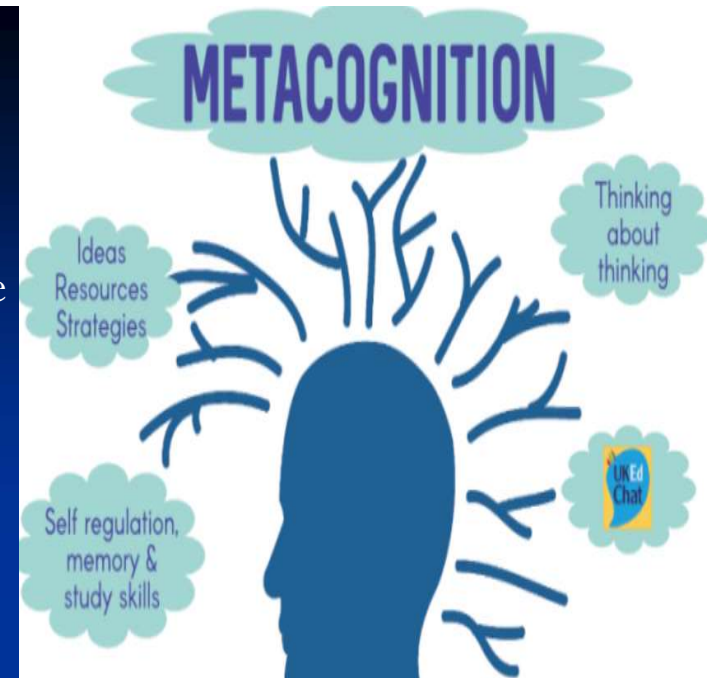
Anxiété

Inquiétudes:

Et si?

Métacognitions explicites

- Pensées à propos des pensées, régule l'activité cognitive
- TAG: s'inquiéter (ex. Wells, 1995):
 - Permet de:
 - Prévenir les désastres
 - Résoudre les problèmes
 - Se préparer au pire
 - Est incontrôlable et dangereux
- Hypochondrie:
 - Les inquiétudes sont incontrôlables (Bouman, 1999) et permettent d'éviter de tenter le diable (Wells, 1993)
- TOC (ex. Rachman, 1999):
 - Certains types de pensée vont causer des événements négatifs
 - Pensée: équivalent moral de l'action
 - Possible d'avoir le contrôle parfait sur ses actions
- Trouble alimentaire (Rachman, 1999): penser à la nourriture va faire prendre du poids
- Dépression (Wells, 2000):
 - Rumination va permettre de comprendre les erreurs et échecs, à trouver la solution à la dépression
 - Il est impossible d'arrêter de ruminer



Processus cognitifs persévératifs: inquiétudes (Borkovec, 1983)

- Chaîne de pensées (et images) liées à un affect négatif et relativement incontrôlables: « et si »
- Tentative de résolution de problème quand l'issue est possiblement négative
- Activité surtout verbale qui permet d'éviter les images aversives, anxiété somatique, autres émotions négatives (Borkovec, 1998; Strack, 1985)
- Interfère avec le processing émotionnel et l'extinction de la peur (Foa, 1986)
- Ne s'attarde pas aux informations situationnelles les plus pertinentes, moins capables de déployer les ressources d'adaptation et à long terme, pas de résolution des facteurs de stress
- Associé surtout au TAG

Suppression de la pensée (Wegner et Wenzlaff, 1996)

- Diminue la détresse initialement
- À long terme, augmentation des images ou pensées intrusives et sentiment d'échec parce qu'on n'arrive pas à contrôler le phénomène
- Amène augmentation des efforts de contrôle des images et des pensées
- Associée à pronostic négatif (ex. ESPT)



Exemple: Nick

Conjointe malade

MP: les inquiétudes montrent que je suis concerné, m'aident à composer avec la situation
Inquiétudes de type 1: est-ce que je vais pouvoir m'occuper d'elle?

MN: je pourrais perdre le contrôle de mes inquiétudes
Inquiétudes de type 2: si je continue à m'inquiéter, je pourrais perdre le contrôle et je ne pourrais pas m'occuper d'elle

Comportements:

S'isoler

Contrôle de la pensée:

Ne pas y penser

Continuer à s'inquiéter

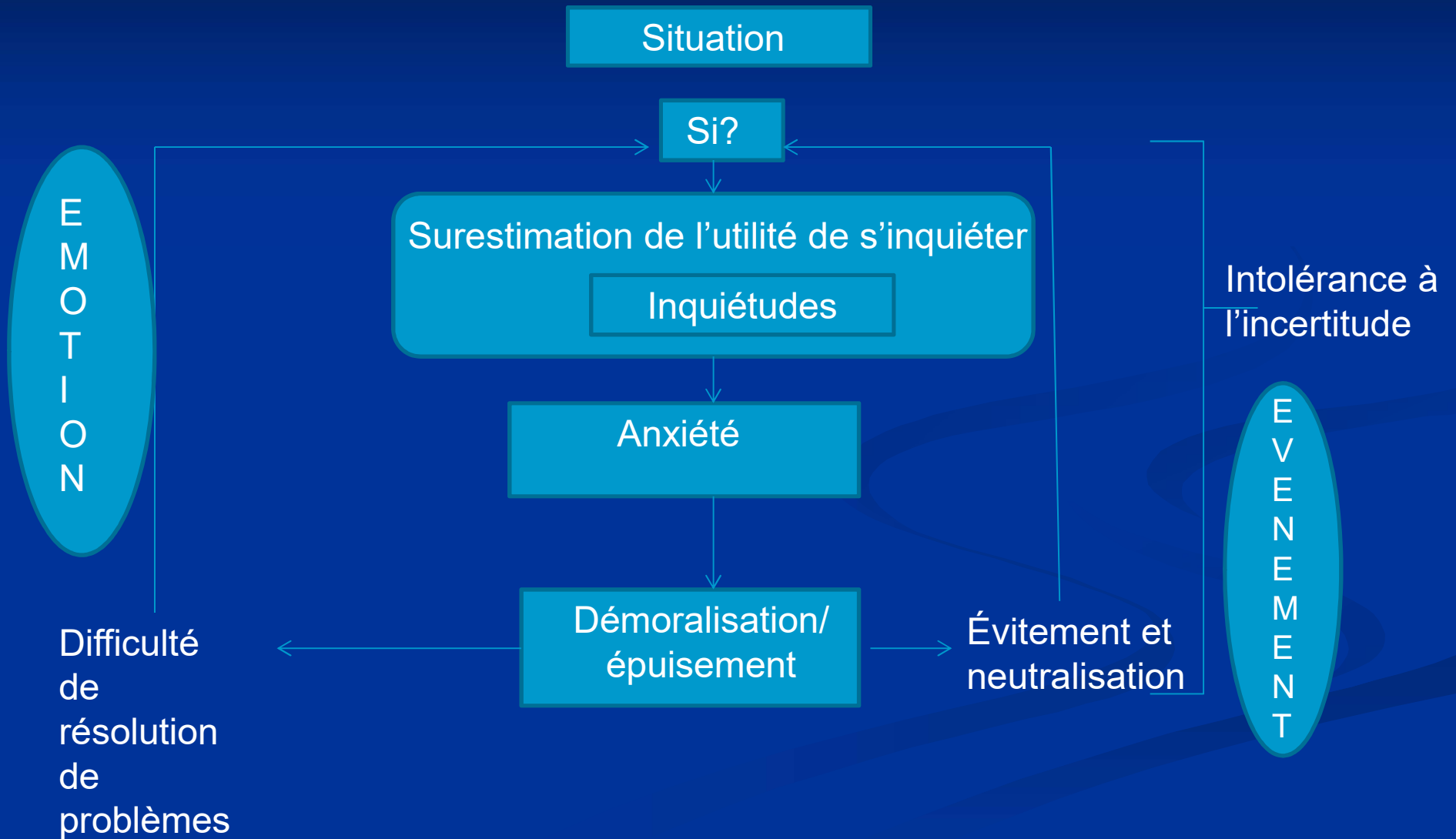
Émotions:

Anxieux, irritable

Symptômes:

Fatigue, insomnie,
tension

Modèle du TAG (Dugas)



Augmenter la tolérance à l'incertitude



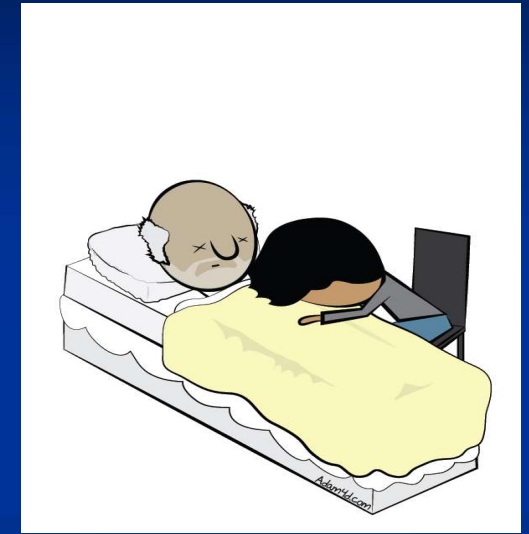
Résolution de problèmes

- Elle craint de rater son examen
- Nous effectuons une résolution de problème afin de clarifier ses options:
 - Liste des solutions possibles (10)
 - Pour et contre
 - Choisir la moins pire
 - Choisir quand et comment on va la mettre en application
 - Evaluer le résultat



Exposition en imagination

1. Expliquer l'objectif, le mode d'action, les étapes
2. Choisir 2 ou 3 situations phobogènes
3. Scénario dramatisant au moment présent
4. Éviter les comportements sécurisants
5. Imagerie mentale (ce qu'elle voit, entend, pense, ressent)
6. Lire à voix haute, lentement, avec expression
7. Écouter quotidiennement jusqu'à la diminution de 50% (20-30 min)
8. Grille d'auto-observation avant et après chaque écoute
9. Continuer jusqu'à la diminution considérable



Recommandations

- Hygiène de vie: cesser de fumer, alcool, drogues
- Ne pas éviter, faire face à ce qui nous fait peur (tolérance à l'incertitude)
- Au lieu de s'inquiéter: résolution de problème ou exposition cognitive
- Relaxation (www.tccmontreal.com, Michel Sabourin)
- Méditation (www.tccmontreal.com, Nicole Bordeleau)
- Lire « Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien » de Robert Ladouceur
- Manuel du patient (www.tccmontreal.com)
- Organismes communautaires: La clé des champs, Phobie Zéro, Revivre, La ressource ATP

Pharmacothérapie

First-line Agomelatine, duloxetine, escitalopram, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR

Second-line Alprazolam*, bromazepam*, bupropion XL*, buspirone, diazepam*, hydroxyzine, imipramine, lorazepam*, quetiapine XR*, vortioxetine

Adjunctive: pregabalin

Third-line Citalopram, divalproex chrono, fluoxetine, mirtazapine, trazodone

Adjunctive: aripiprazole, olanzapine, quetiapine, quetiapine XR, risperidone

Not recommended Beta blockers (propranolol), pexacerfont, tiagabine

Adjunctive: ziprasidone

*Note: These have distinct mechanisms, efficacy and safety profiles.

Phobie sociale



Situations redoutées

situations relationnelles difficiles pour les phobiques sociaux

Je vais rater mon examen.



situation de performance

Je n'ose pas donner mon avis.



situation d'affirmation de soi



situation d'observation

Alors !
Que deviens-tu !



situation d'interaction

Symptomatologie



peur
phobique



évitement

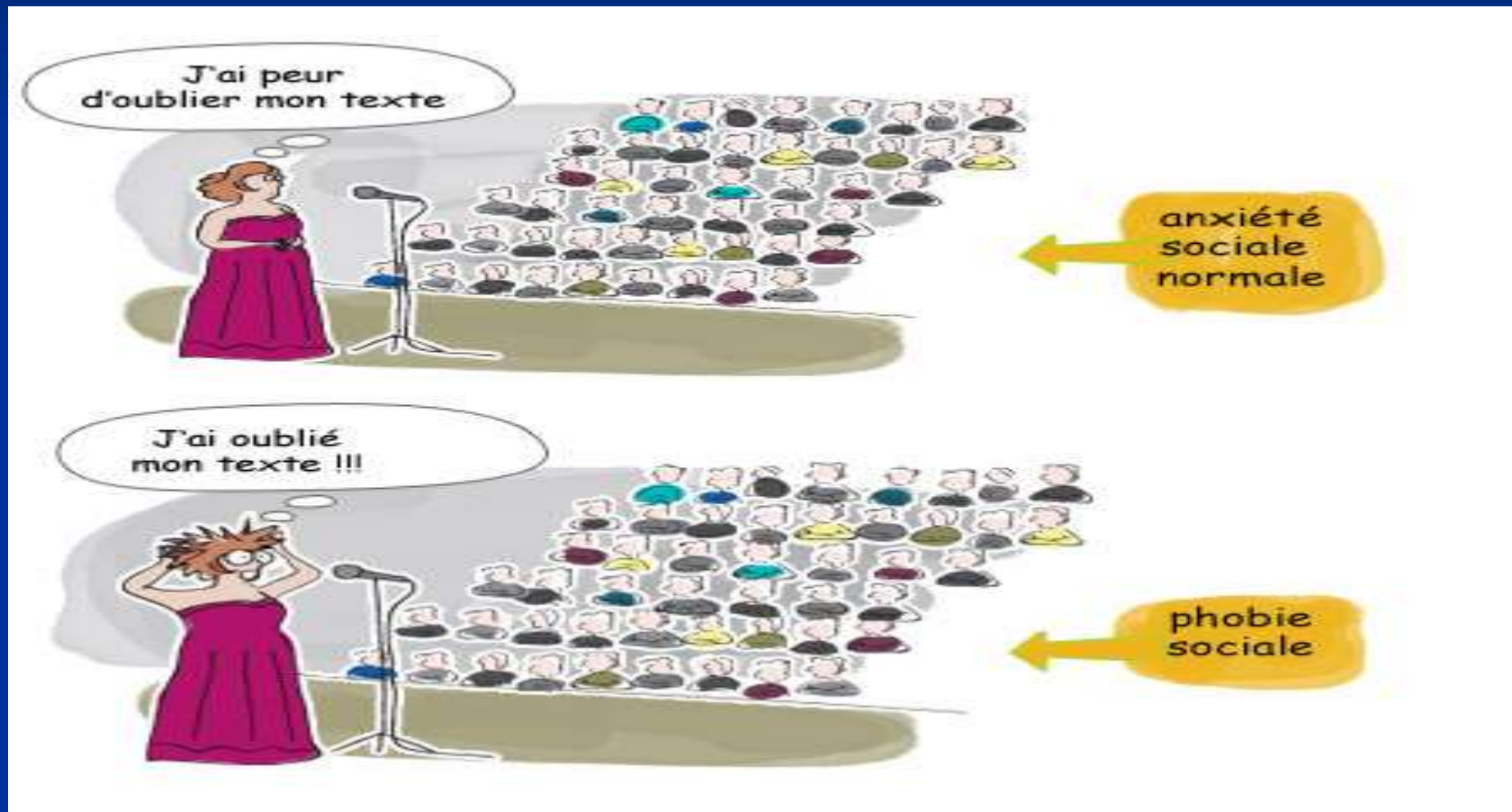


CINEMA



anxiété
anticipatoire

Phobie sociale *versus* anxiété sociale normale



symptômes neurovégétatifs



sueurs



pâleur



rougeurs
au visage

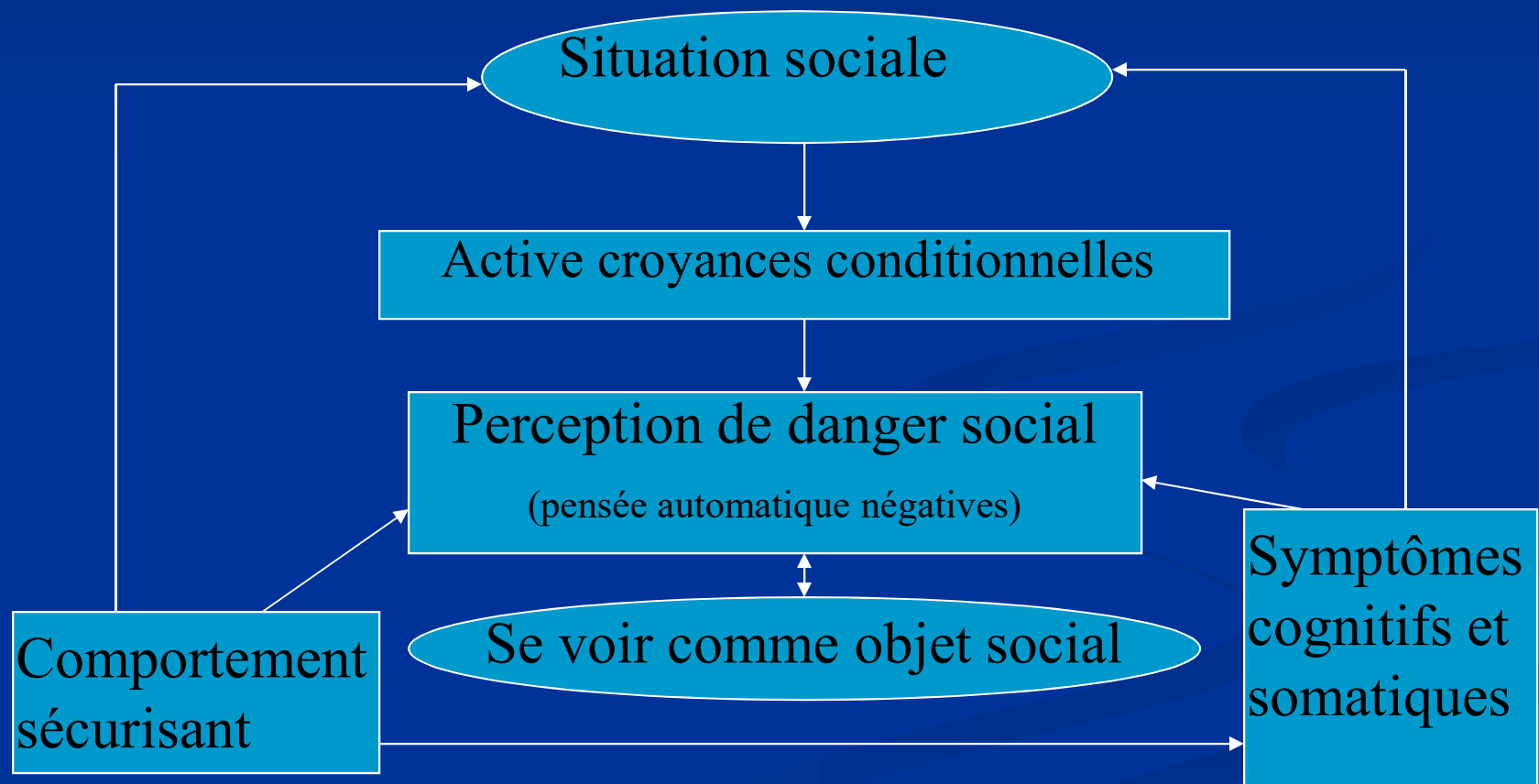


bouffées
de chaleur

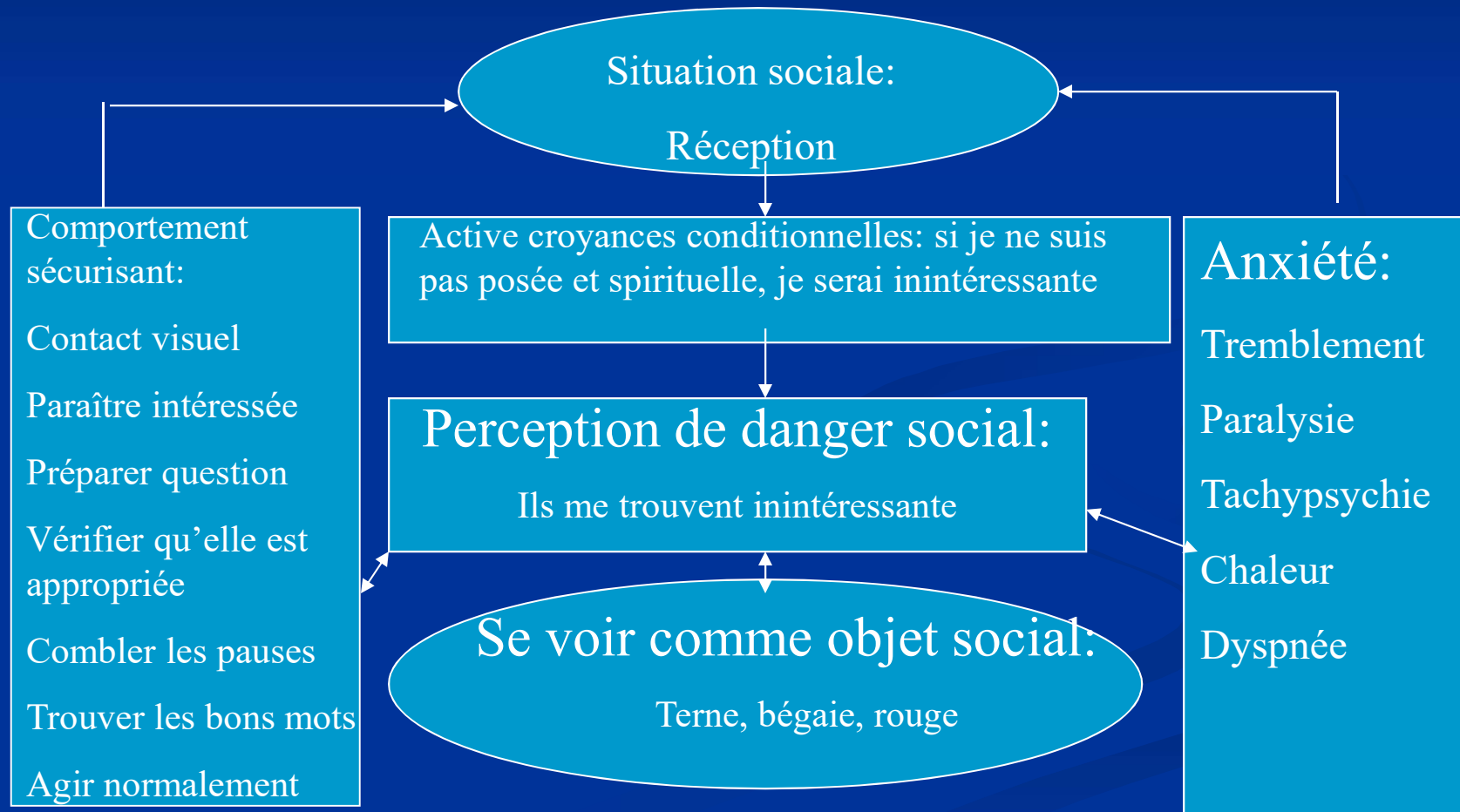
Phobie sociale

- Peur persistante et intense de situations sociales ou de performances avec crainte d'agir de façon embarrassante:
 - Interactions sociales
 - Etre observé (manger, boire)
 - Situations de performances
- Craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement
- Exposition provoque presque systématiquement anxiété
- Évité ou vécu avec une détresse intense
- Disproportionnée
- Plus de 6 mois

Phobie sociale (Clark et Wells)



Exemple: Joanne



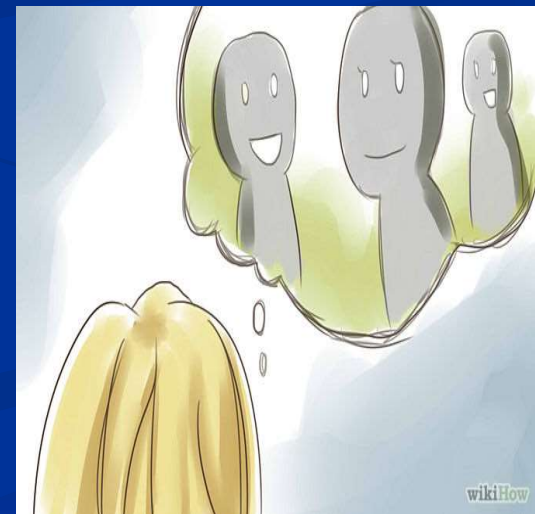
Focus de l'attention sur soi (Ingram, 1990)

- Focus de l'attention sur les événements internes: activités corporelles, ce qu'on fait, ce qu'on est, nos attitudes souvenirs (Carver, 1979)
- Initie et intensifie les émotions négatives
- Augmenté dans la dépression, anxiété, ROH, boulimie, impulsifs, manie, psychose
- Diminué si on prend de l'alcool (diminue l'évaluation et les affects négatifs)
- Diminution du focus de l'attention sur soi lorsque le patient s'améliore en thérapie (Natale, 1978)



Anticipation

- Imagine le pire ce qui crée une anxiété et un focus sur soi qui confirme l'impression que le pire va arriver
- Répétition des stratégies d'adaptation peut être un comportement de sécurité et règles rigides au sujet du comportement
- Interventions:
 - Plan A et B
 - Bannir le comportement de sécurité



Post-mortem

- Identifier contenu (émotions et pas événements)
- Shift au traitement externe et construire journal des événements positifs
- Révision des avantages et désavantages de post-mortem et le bannir



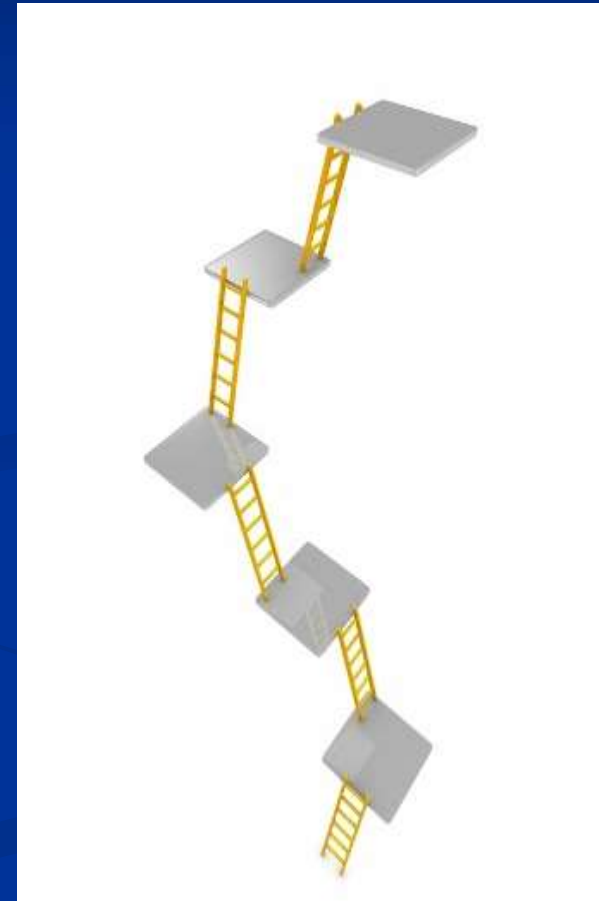
Exposition en imagination

1. Expliquer l'objectif, le mode d'action, les étapes
2. Choisir 2 ou 3 situations phobogènes
3. Scénario dramatisant au moment présent
4. Éviter les comportements sécurisants
5. Imagerie mentale (ce qu'elle voit, entend, pense, ressent)
6. Lire à voix haute, lentement, avec expression
7. Écouter quotidiennement jusqu'à la diminution de 50% (20-30 min)
8. Grille d'auto-observation avant et après chaque écoute
9. Continuer jusqu'à la diminution considérable



Exposition graduée in vivo

1. Expliquer l'objectif, le mode d'action et les étapes de l'exposition graduée in vivo
2. Identifier et abandonner les comportements sécurisants
3. Hiérarchie des situations phobogènes
4. Exposition en se décentrant
5. Exposition rapprochée, prolongée, répétée (quotidiennes)
6. Compléter les grilles d'auto-observation



Exemples d'exposition in vivo pour l'anxiété sociale

- Conversation dyadique (saluer voisin, demander au collègue ce qu'il a fait la fin de semaine, compliment, discuter de la météo au magasin, parler à un autre étudiant)
- Rencontrer quelqu'un lors d'une soirée
- Participer à une conversation en cours
- Téléphoner quelqu'un qu'on aime
- Présentation en classe
- Parler en groupe
- Présenter son point de vue lors d'une réunion au travail
- Demander à quelqu'un de sortir avec nous
- Animer une rencontre
- Enseigner une procédure à un employé
- Manger ou boire pendant une conversation
- Écrire en public (banque, réunion, classe, épicerie)



Recommandations

- Hygiène de vie: cesser de fumer, alcool, drogues
- Ne pas éviter, faire face à ce qui nous fait peur, focus sur l'extérieur, éviter d'anticiper et le post mortem
- Lire « La timidité » de Gérard Macqueron
- Organismes communautaires: La clé des champs, Phobie Zéro, Revivre, La ressource ATP, club toastmasters

Pharmacothérapie

First-line Escitalopram, fluvoxamine, fluvoxamine CR, paroxetine, paroxetine CR, pregabalin, sertraline, venlafaxine XR

Second-line Alprazolam, bromazepam, citalopram#, clonazepam, gabapentin, phenelzine

Third-line Atomoxetine, bupropion SR, clomipramine, divalproex, duloxetine, fluoxetine, mirtazapine, moclobemide, olanzapine, selegiline, tiagabine, topiramate

Adjunctive: aripiprazole, buspirone, paroxetine, risperidone

Not recommended Atenolol*, buspirone, imipramine, keppra, propranolol*, quetiapine

Adjunctive: clonazepam, pindolol

*Beta-blockers: successful in clinical practice for performance situations

#Note: although there is limited evidence for citalopram in SAD, it is likely as effective as the other SSRIs, in contrast there are negative trials of fluoxetine in SAD suggesting it may be less effective than other SSRIs [382,449].

Trouble obsessionnel-compulsif

TOC



obsessions



compulsions

état de détresse, anxiété



rituels de lavage

un, deux, trois...
cent, cent un...



arithmomanie



compulsions d'alignement

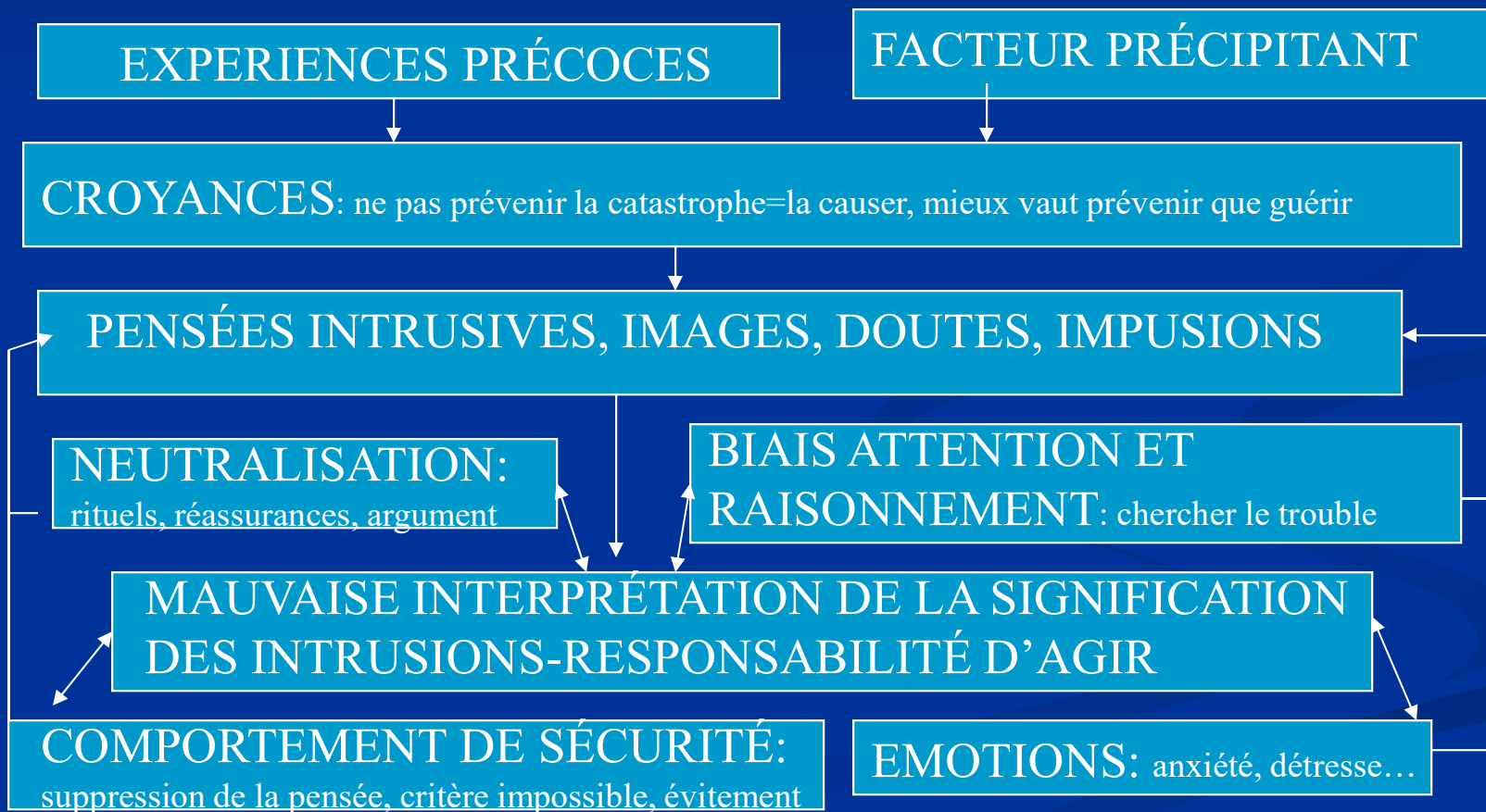
Trouble obsessionnel-compulsif

- Obsessions:
 - Pensées/impulsions/représentations récurrentes et persistantes, parfois intrusives et inappropriées, entraînant une anxiété ou détresse importante
 - Tente d'ignorer ou réprimer ou neutraliser
- Compulsions:
 - Comportements répétitifs ou actes mentaux qu'on se sent poussé à accomplir en réponse à obsessions ou règles inflexibles
 - Destinés à neutraliser ou diminuer la détresse ou empêcher un événement redouté sans relation réaliste ou excessif
- Plus d'une heure par jour ou interfère de façon significative avec fonctionnement

Exclusion

- TAG: soucis excessifs
- Obsession d'une dysmorphie corporelle: apparence
- Thésaurisation pathologique: difficulté à se séparer de possessions
- Trichotillomanie: s'arracher les cheveux
- Dermatillomanie: excoriation de la peau
- Trouble alimentaire: comportement alimentaire ritualisé
- TLU substance: usage de substance
- Jeu d'argent pathologique: jeu d'argent
- Crainte excessive d'avoir une maladie
- Trouble paraphilique: pulsions ou fantasmes sexuels
- Trouble dépressif caractérisé: ruminations de culpabilité
- Psychose: délire ou pensée imposée
- TSA: schémas répétitifs de comportements

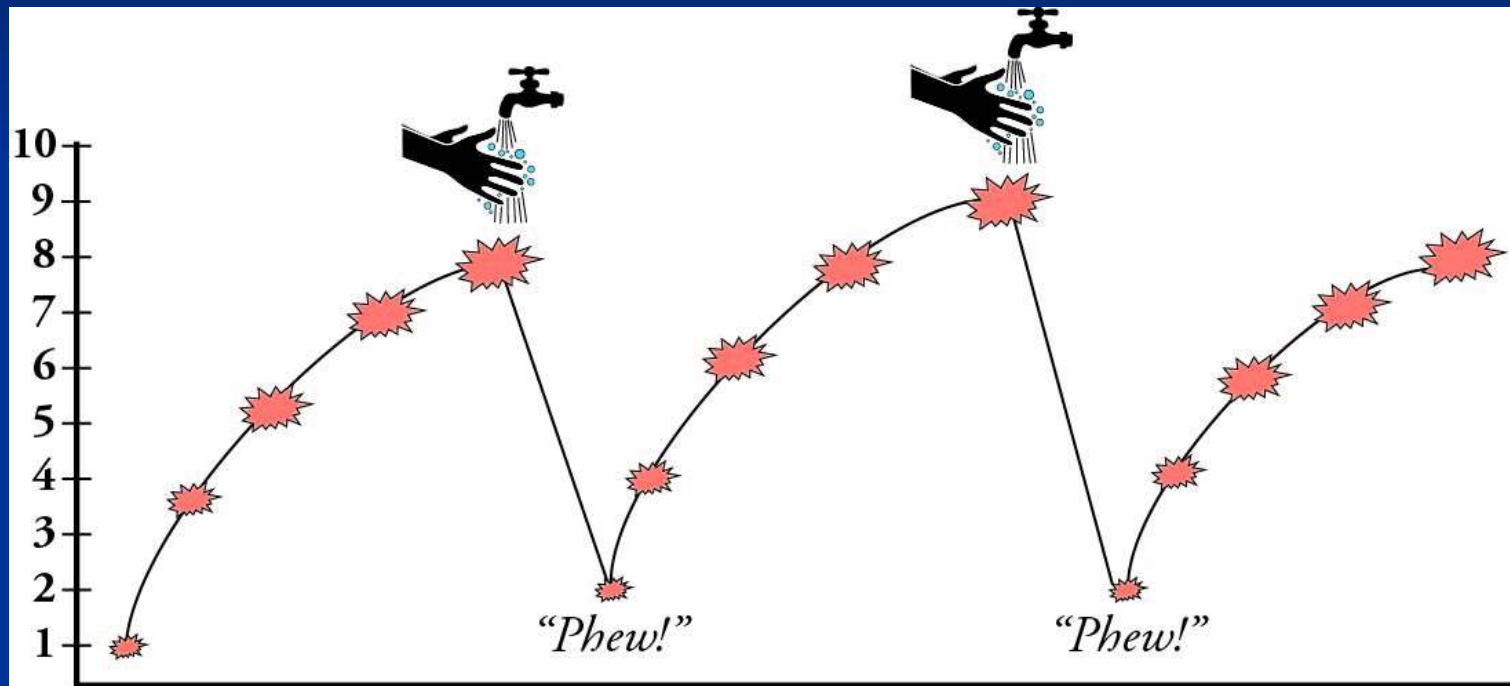
Modèle cognitif du TOC (Salkovskis)



TOC: exemple Marie

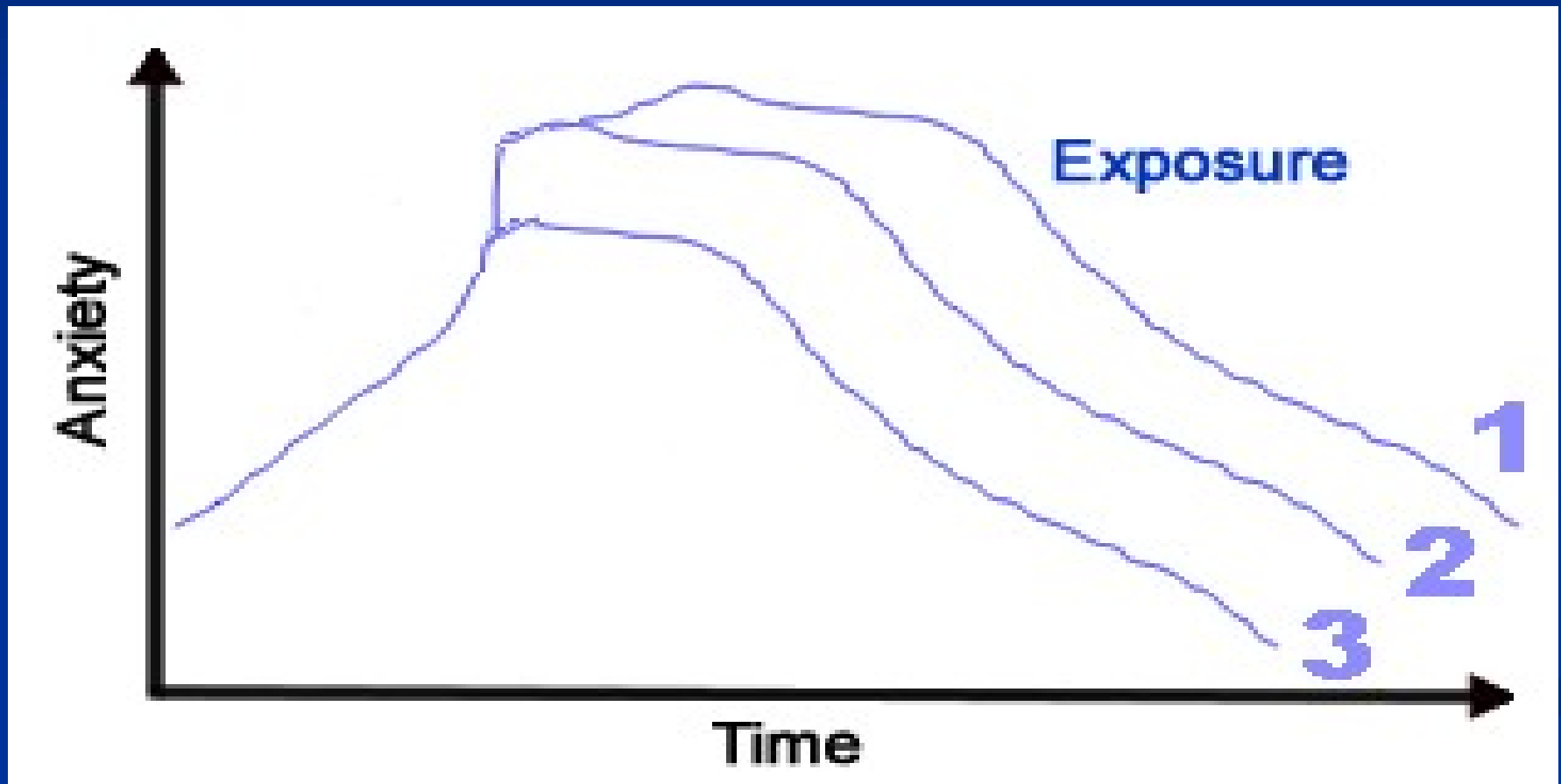


Neutralisation dans le TOC



Anxiety → We wash our → Anxiety → We wash our → And so on.
increases to → hands, which → gradually → hands again, →
an 8 as we go → drops it down → increases → which drops it
about our day. → to a 2. → back to a 9. → down to a 2.

Habituation avec l'exposition répétée



Exposition et prévention de la réponse



"Just checking that I've turned off the lights, dear!"



"You won't get me to sit on the couch and discuss my obsession until I straighten things up, Dr. Hunter."



Exposition cognitive

- Identifier pensée intrusive clé et coter le niveau d'anxiété
- Enregistrer sur téléphone
- Écouter téléphone et abandonner les stratégies de neutralisation
- Prévention de la réponse
- Conclusion sur l'expérience (conceptualisation)
- Tâche à domicile: à heure fixe à la maison puis lorsque la pensée survient

Recommandations

- Hygiène de vie: cesser alcool, drogues
- Ne pas éviter, faire face à ce qui nous fait peur (exposition et prévention de la réponse)
- Lire « Je ne peux m'arrêter de compter, laver, vérifier » de Alain Sauteraud
- Organismes communautaires: La clé des champs, Phobie Zéro, Revivre, La ressource ATP

Pharmacothérapie

First-line Escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline

Adjunctive: aripiprazole, risperidone

Second-line Citalopram, clomipramine, mirtazapine, venlafaxine XR

Adjunctive: memantine, quetiapine, topiramate

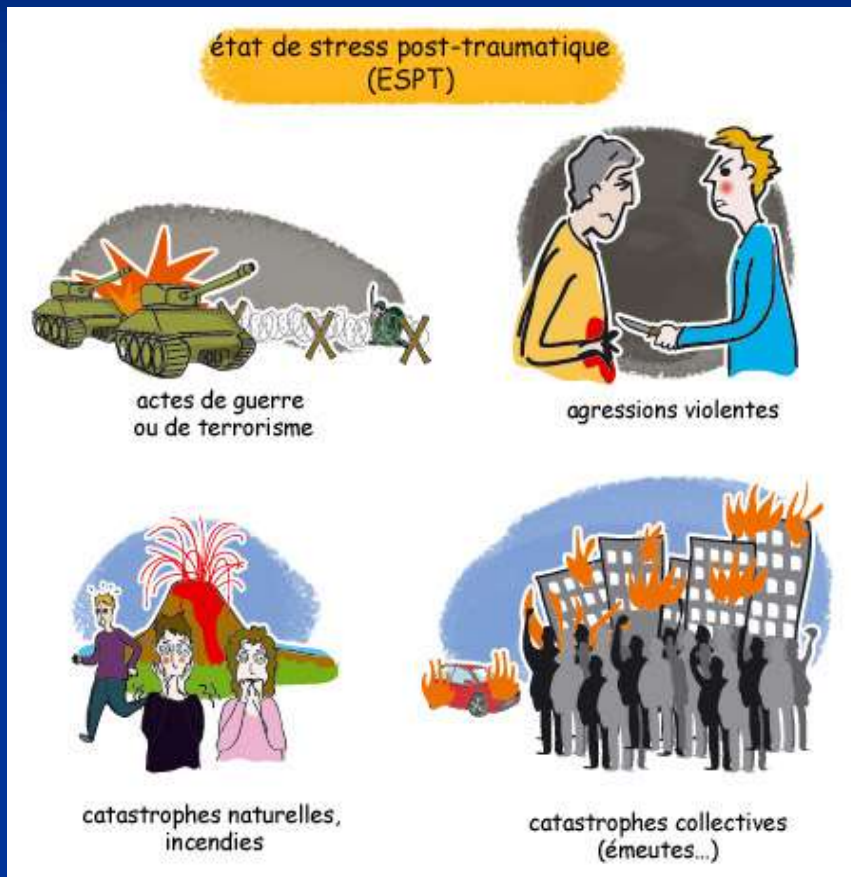
Third-line IV citalopram, IV clomipramine, duloxetine, phenelzine, tramadol, tranylcypromine

Adjunctive: amisulpride, celecoxib, citalopram, granisetron, haloperidol, IV ketamine, mirtazapine, N-acetylcysteine, olanzapine, ondansetron, pindolol, pregabalin, riluzole, ziprasidone

Not recommended Clonazepam, clonidine, desipramine

Adjunctive: buspirone, clonazepam, lithium, morphine

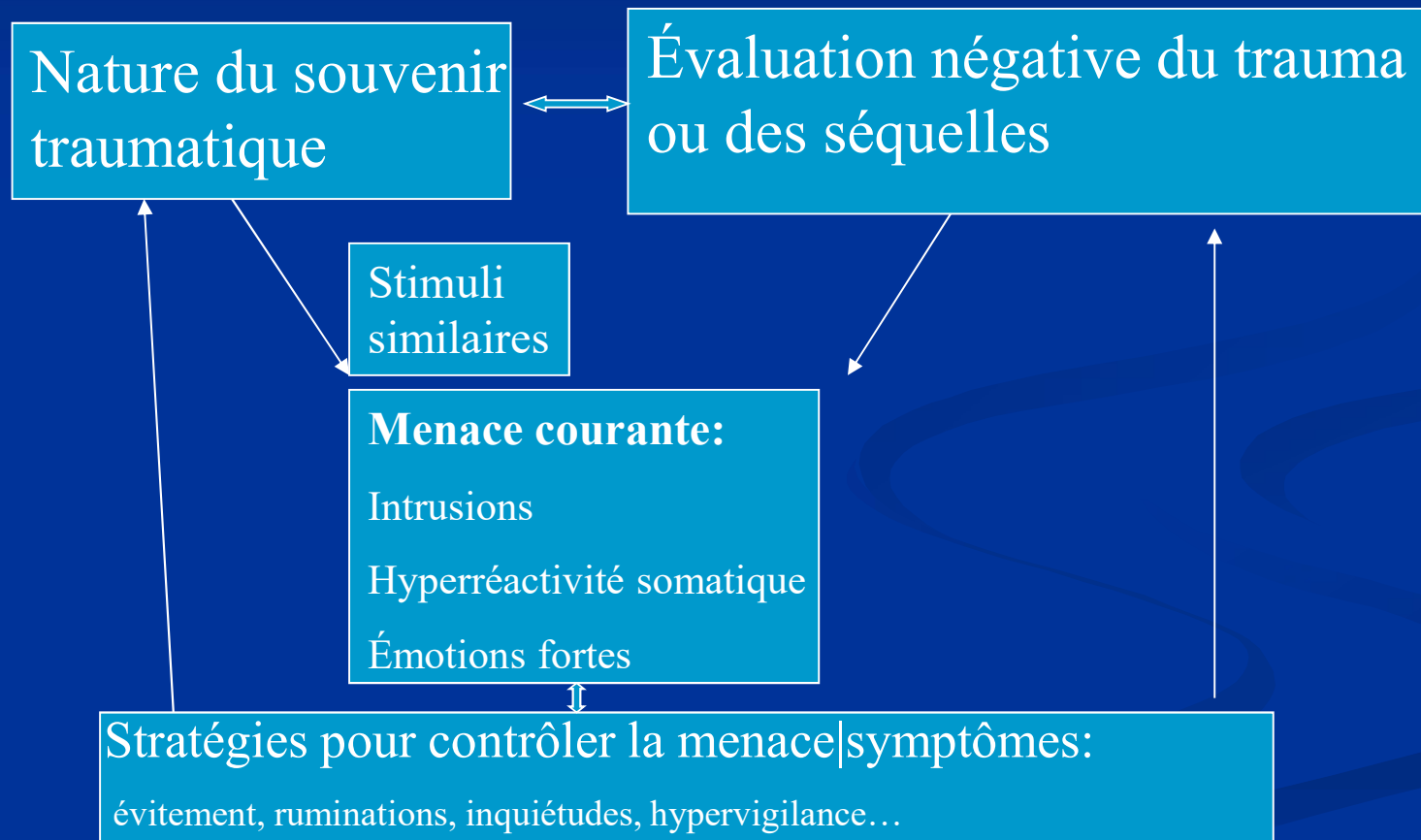
Etat de stress post-traumatique



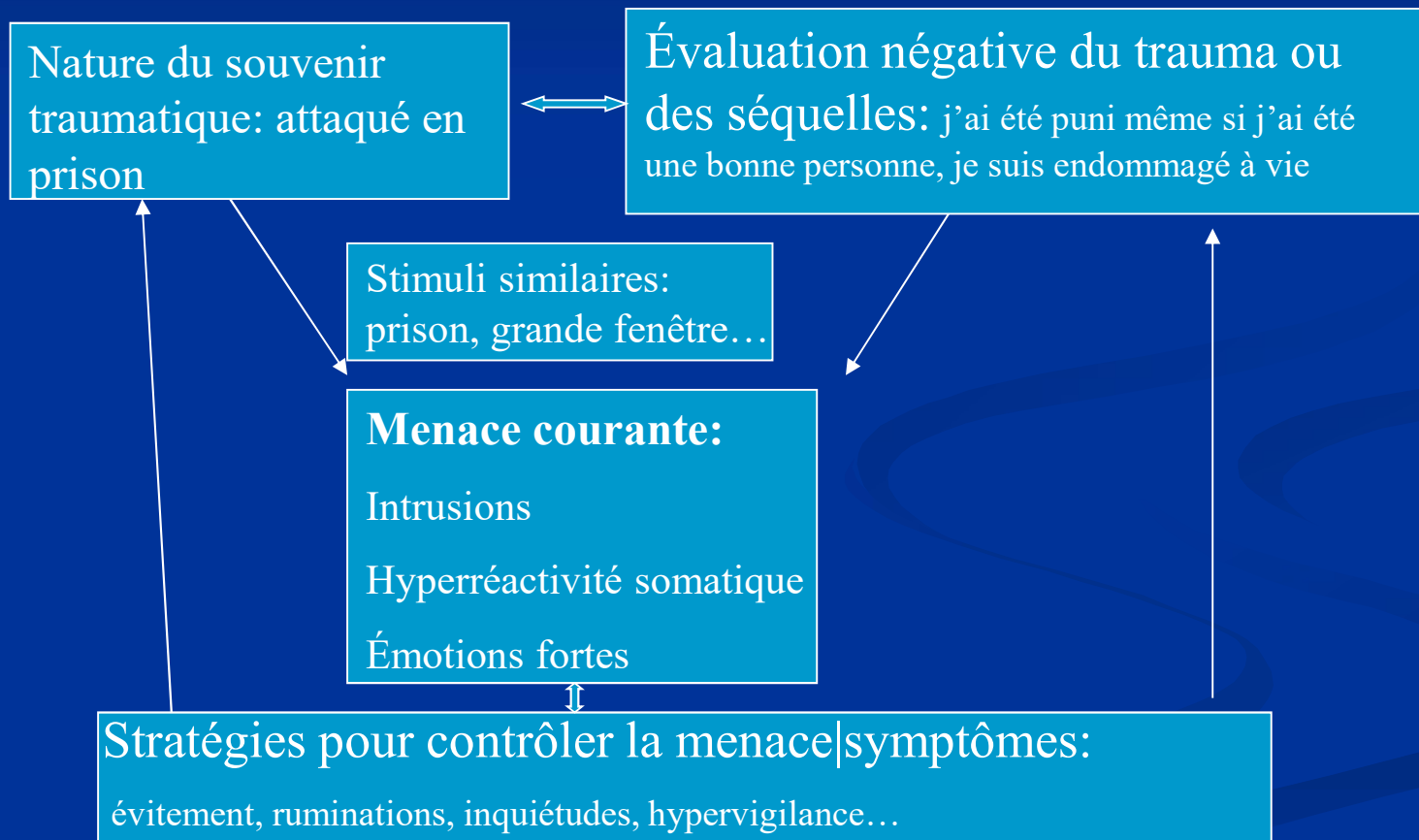
Etat de stress post-traumatique

- Exposé à événement où:
 - Aurait pu mourir ou être grièvement blessé ou violence sexuelle
 - Exposition directe, témoin, apprendre qu'un proche a été exposé, exposition indirecte aux détails d'un trauma, exposition répétée à des événements traumatiques
- Reviviscence persistante (1): souvenirs, cauchemars, dissociation/flashback, détresse émotionnelle ou réactivité lors de souvenir
- Évitement (1): pensées/émotions, indices externes
- Modification négative des cognitions/émotions (2): amnésie, pensées et croyances négatives a/s soi/monde, blâme exagéré, affect négatif, diminution des intérêts, détachement, difficulté à ressentir affect positif
- Activation neurovégétative (2): insomnie, irritabilité, comportement risqué/destructeur, diminution de concentration, hypervigilance, sursaut
- Plus d'un mois
- Avec sx dissociation/expression retardée

ESPT persistant (Ehlers et Clark, 2000)



ESPT: exemple (Michel)



Attention sélective



« Ce qu'on cherche, on le trouve »-Sophocle

- Focus de l'attention sur la menace **pour traiter cette information de façon prioritaire**
- Orientation et engagement rapide avec la menace (biais vers les menaces mineures)
- Retard dans le désengagement de la menace même lorsqu'une action n'est pas requise
- Pattern d'engagement et évitement augmente l'attention initiale vers la menace et empêche l'habituation
- Génère une anxiété transitoire, activation amygdale
- Entraînement de l'attention (Amir, 2009): bruits spécifiques, passer d'un son à l'autre, focus sur plusieurs sons en même temps

Hypervigilance

- Même en l'absence d'une menace
- Système cognitif en alerte pendant de longues périodes, prêt à **détecter les menaces prioritaires**
- Détecter les dangers potentiels en élargissant l'attention et en scannant l'environnement de façon excessive avec mouvements oculaires nombreux
- Amélioration de la détection de la menace
- Atteinte de l'inhibition: n'est pas concentré sur la tâche, distrait par les stimuli
- Génère anxiété soutenue, activation stria terminalis



Voir
danger
partout

Anxiété

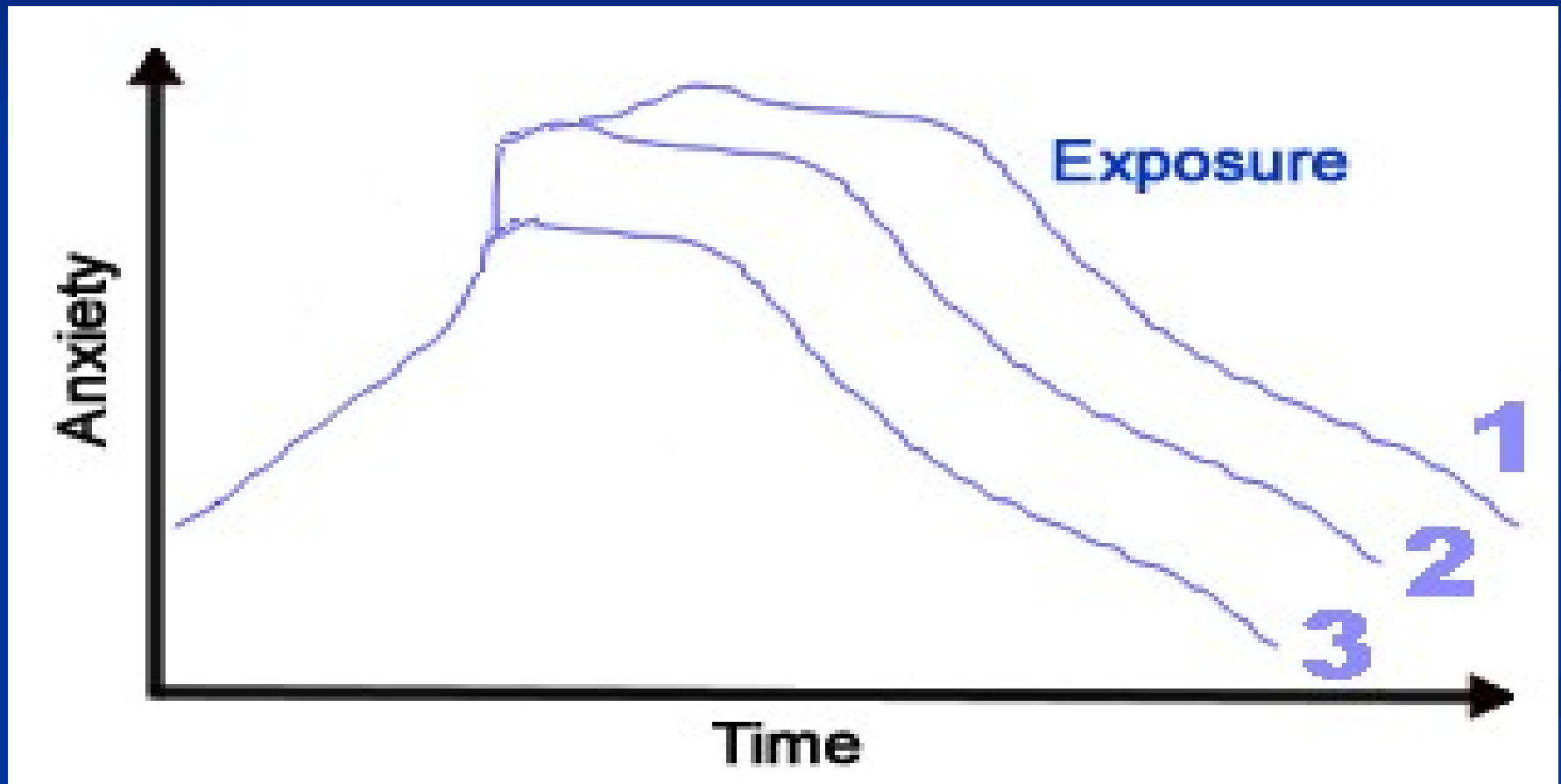
Hypervigilance
au danger

Coût de l'évitement

- Nous rend anxieux
- Crée et maintient l'anxiété
- Nous empêche de fonctionner de façon efficace

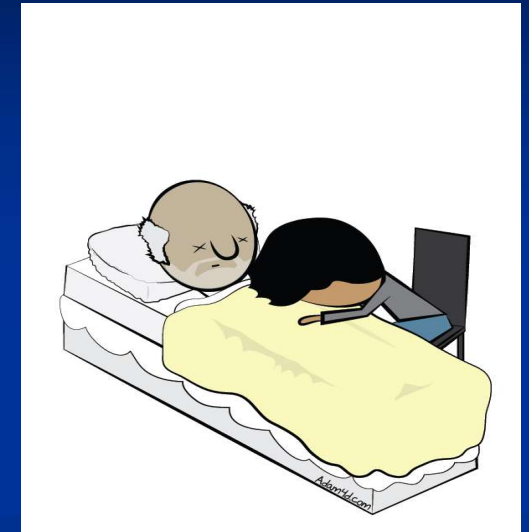


Habituation avec l'exposition répétée



Exposition en imagination

1. Expliquer l'objectif, le mode d'action, les étapes
2. Choisir 2 ou 3 situations phobogènes
3. Scénario dramatisant au moment présent
4. Éviter les comportements sécurisants
5. Imagerie mentale (ce qu'elle voit, entend, pense, ressent)
6. Lire à voix haute, lentement, avec expression
7. Écouter quotidiennement jusqu'à la diminution de 50% (20-30 min)
8. Grille d'auto-observation avant et après chaque écoute
9. Continuer jusqu'à la diminution considérable



Exposition graduée in vivo

- Caractéristiques des exercices d'exposition?
 - Prolongés, répétés et rapprochés
- Pendant les exercices le patient doit...
 - Rester, se parler, accepter
- Et ne doit pas...
 - Éviter, s'échapper, neutraliser

Recommandations

- Hygiène de vie: cesser de fumer, alcool, drogues
- Ne pas éviter, faire face à ce qui nous fait peur
- Lire « Se relever d'un traumatisme » de Pascale Brillon
- Organismes communautaires: La clé des champs, Phobie Zéro, Revivre, La ressource ATP
- CAVAC/IVAC: 514 277-9860
- SOS violence conjugale 1800 3639010
- Rivo-résilience-clinique CDAR (médecine familiale)

Pharmacothérapie

First-line Fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine XR

Second-line Fluvoxamine, mirtazapine, phenelzine

Adjunctive: eszopiclone, olanzapine, risperidone

Third-line Amitriptyline, aripiprazole, bupropion SR, buspirone, carbamazepine, desipramine, duloxetine, escitalopram, imipramine, lamotrigine, memantine, moclobemide, quetiapine, reboxetine, risperidone, tianeptine, topiramate, trazodone

Adjunctive: aripiprazole, clonidine, gabapentin, levetiracetam, pregabalin, quetiapine, reboxetine, tiagabine

Not recommended Alprazolam, citalopram, clonazepam, desipramine, divalproex, olanzapine, tiagabine

Adjunctive: bupropion SR, guanfacine, topiramate, zolpidem

Table 5 Screening questions for specific anxiety and related disorders

Panic disorder – MACSCREEN [29,30]

- Do you have sudden episodes/spells/attacks of intense fear or discomfort that are unexpected or out of the blue?

If you answered "YES" then continue

- Have you had more than one of these attacks?
 - Does the worst part of these attacks usually peak within several minutes?
 - Have you ever had one of these attacks and spent the next month or more living in fear of having another attack or worrying about the consequences of the attack?
-

SAD (Based on Mini-SPIN [28])

- Does fear of embarrassment cause you to avoid doing things or speaking to people?
 - Do you avoid activities in which you are the center of attention?
 - Is being embarrassed or looking stupid among your worst fears?
-

GAD [31]

- During the past 4 weeks, have you been bothered by feeling worried, tense, or anxious most of the time?
 - Are you frequently tense, irritable, and having trouble sleeping?
-

OCD – MACSCREEN [29,30]

Obsessions:

- Are you bothered by repeated and unwanted thoughts of any of the following types:
 - Thoughts of hurting someone else
 - Sexual thoughts
 - Excessive concern about contamination/germs/disease
 - Preoccupation with doubts ("what if" questions) or an inability to make decisions
 - Mental rituals (e.g., counting, praying, repeating)
 - Other unwanted intrusive thoughts
- If you answered "YES" to any of the above... Do you have trouble resisting these thoughts, images, or impulses when they come into your mind?

Compulsions:

- Do you feel driven to perform certain actions or habits over and over again, or in a certain way, or until it feels just right? Such as:
 - Washing, cleaning
 - Checking (e.g., doors, locks, appliances)
 - Ordering/arranging
 - Repeating (e.g., counting, touching, praying)
 - Hoarding/collecting/saving
 - If you answered "YES" to any of the above... Do you have trouble resisting the urge to do these things?
-

PTSD – MACSCREEN [29,30]

- Have you experienced or seen a life-threatening or traumatic event such as a rape, accident, someone badly hurt or killed, assault, natural or man-made disaster, war, or torture?

If you answered "YES" then continue

- Do you re-experience the event in disturbing (upsetting) ways such as dreams, intrusive memories, flashbacks, or physical reactions to situations that remind you of the event?
-

Tests de laboratoires

Table 7 Considerations for baseline laboratory investigations (as needed based on patient's presenting symptoms)

Basic lab tests

- Complete blood count
- Fasting lipid profile (TC, vLDL, LDL, HDL, TG)
- Electrolytes
- Fasting glucose
- Thyroid-stimulating hormone
- Liver enzymes

If warranted

- Urine toxicology for substance use

Adapted from references [32,53]. HDL = high density lipoprotein; LDL = low density lipoprotein; TC = total cholesterol; TG = triglyceride; vLDL = very low density lipoprotein

Traitement par étapes (Stein et Craske, 2017)

Measure symptom severity with validated scale (eg, GAD-7)

Repeat measurement at each visit to track disease severity and assess treatment response

Stepped care^a

- 1 Lifestyle interventions (physical exercise; mindfulness-based stress reduction; patient education)
- 2 Pharmacotherapy or cognitive behavioral therapies (CBTs) (or both)

Antidepressant (SSRI or SNRI)^b

Dosage:

Start with lowest dose; titrate every 2-4 weeks to highest tolerated FDA-approved dose

Duration of treatment:

Trial period 8-10 weeks including ≥2 weeks at highest tolerated dose. If effective, maintain at highest tolerated dose for 9-12 months before taper is considered

CBT by qualified therapist

Education

Self-monitoring

Cognitive restructuring

Exposure therapy

Breathing retraining or relaxation

- 3 If inadequate response after treatment trial or adverse effects:
 - switch treatment strategy (eg, change to CBT if treatment was started with an antidepressant or add CBT if antidepressant partially effective)
 - change antidepressant
 - refer to psychiatrist for advanced medication management

^a Discuss treatment options with the patient and choose initial treatment together.

^b Considerations for choice of antidepressant include cost, prior patient experience with antidepressants, and physician prescribing familiarity.

Psychoéducation

- Diagnostic, cause, traitement
- Normaliser
- Explication alternative (ex. palpitations)
- Eviter l'évitement , exposition graduée
- Hygiène de vie: sommeil, éviter stimulants, alcool, drogues, tabac, exercice, gestion de l'horaire



Alcool et drogues



Troubles anxieux et substances

- 9.4% des ROH présentent un trouble anxieux (vs 3.7% de la population générale)
- Forme plus sévère de consommation: TAG, TPA, TAS
- Une personne ayant un trouble anxieux est 3-5 fois plus à risque de développer un TLU substances
- Sevrage à répétition peut engendrer le développement d'un trouble anxieux

Effet rebond



- Plus la dépendance s'installe, plus l'anxiété est élevée lors du sevrage.

Anxiété vs Substances psychotropes

Sx / SPA	Cannabis	Alcool	Benzo	Cocaïne	Héroïne	Ecstasy
Anxiété	Intox et sevrage	Léger intox et sevrage	Sevrage	Intox et sevrage	Sevrage	Intox et sevrage
Sx / SPA	Solvants	GHB	Amphé- tamines et meth...	PCP/ kétamine	Acide	
Anxiété	Sevrage	Sevrage	Intox et sevrage	Intox et sevrage	Intox et sevrage	

Sommeil et anxiété



Illustration: Cleo

Low

High

Activity of GABAergic neurons in BNST

Conséquences de l'insomnie

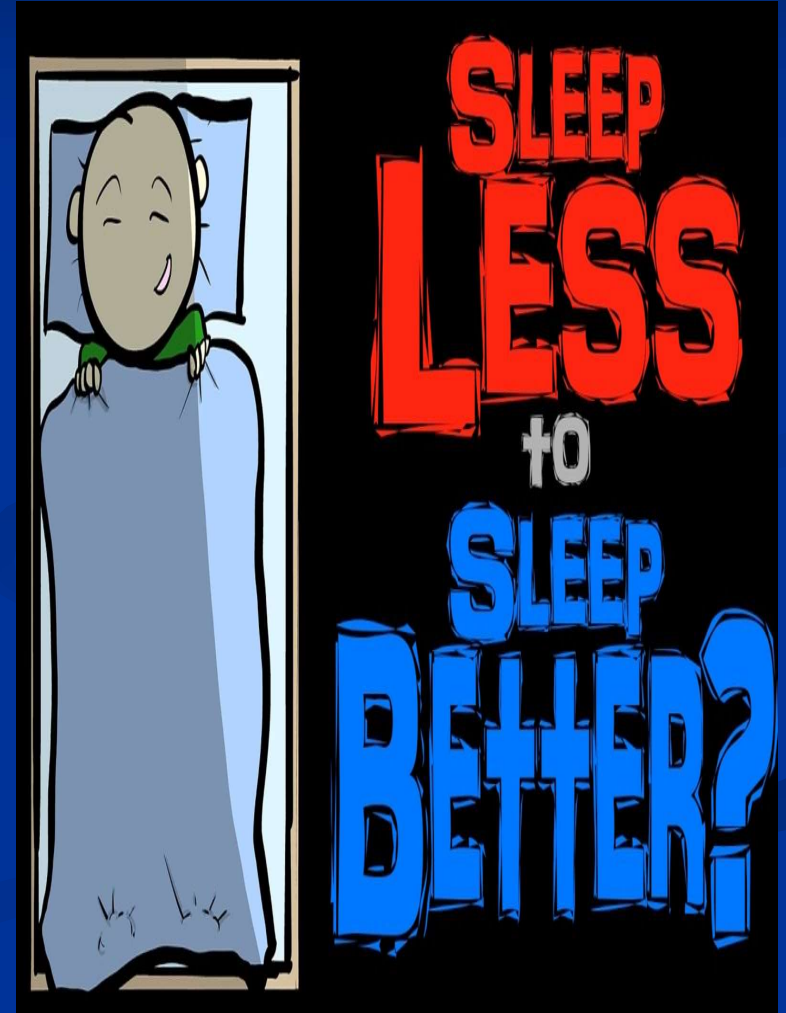
- Diminution de la qualité de vie,
- Augmente risque de troubles psychiatriques (anxiété, dépression, suicide)
- Augmente coûts en santé publique: absentéisme, productivité, accidents de la route (2.5 fois), accidents de travail (1.5 fois)
- Conséquences diurnes: fatigue, difficultés de concentration, irritabilité, changement de l'humeur

Restriction du sommeil et contrôle des stimuli

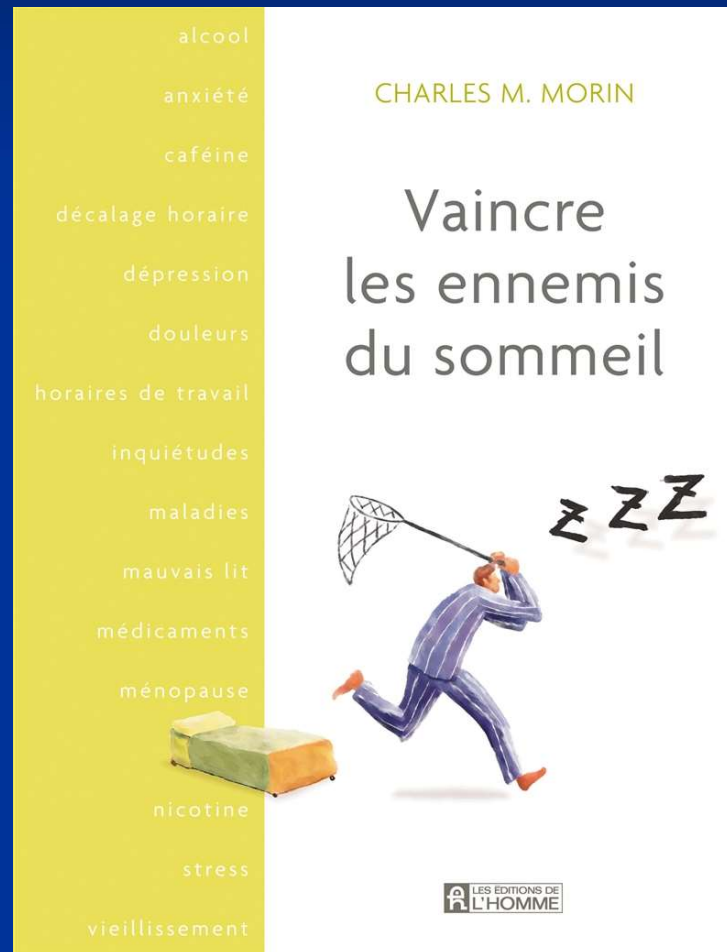
- But: associer la chambre et le lit au sommeil au lieu de la frustration et l'anxiété provoquée par l'insomnie
- Se mettre au lit lorsqu'on se sent somnolent
- Utiliser le lit seulement pour le sommeil et les activités sexuelles
- Sortir du lit pour aller dans une autre chambre si le sommeil n'arrive pas en 15 minutes
- Se lever le matin à la même heure le matin malgré le temps dormi (avant 8h)
- Éviter les siestes
- Ruminations et préoccupations en dehors du lit
- Fausses croyances: je dois dormir 8h pour bien me sentir, tous mes sx sont dûs à l'insomnie, je dois rester au lit plus longtemps pour récupérer
- https://www.youtube.com/watch?v=x7_uluMkp-U

L'intervention comportementale brève pour l'insomnie

- Réduire le temps passé au lit
- Se lever à la même heure malgré le temps de sommeil
- Se mettre au lit lorsque fatigué seulement
- Ne pas rester au lit sans dormir



Bibliothérapie



Exercice (Wegner, 2014)

- Revue des méta-analyses (37)
- ES pour anxiété: 0.34 (petit)
- ES pour dépression 0.56 (modéré)



Exercice pour les troubles anxieux (Jayakody, 2014)

- 8 ECA
- TPA: diminue anxiété, moins que les antidépresseurs, combinaison améliore CGI
- TAS: ajout exercice à TCC
- Exercice aérobique et non aérobique diminuent anxiété

Exercice en première ligne (Aylett, 2018)

- 15 ECA, n=675 patients
- Troubles anxieux ou anxiété élevée sur échelles validées
- Exercice aérobique > liste attente
- Exercice haute intensité plus grand effet que faible intensité

Relaxation

(Montero-Marin, 2018)

- Aussi efficace que la TCC pour le TAG , TPA, TAS, phobies spécifiques, surtout si:
 - Personne âgée
 - Qualité de l'intervention TCC moins bonne
 - Durée de l'intervention TCC courte
 - Type d'entraînement de relaxation: accompagné par thérapeute
- Mais moins efficace que la TCC pour le TOC, ESPT et TPA à 1 an
- www.tccmontreal.com



Méta-analyses: Mindfulness Based Stress Reduction

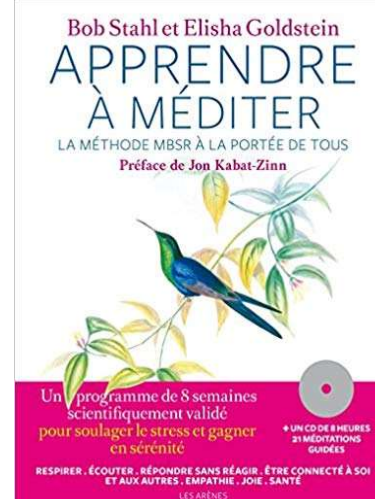
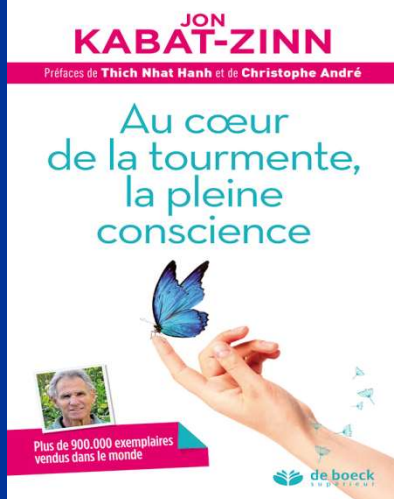
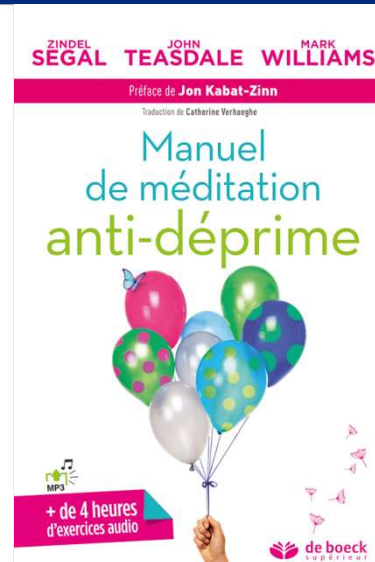
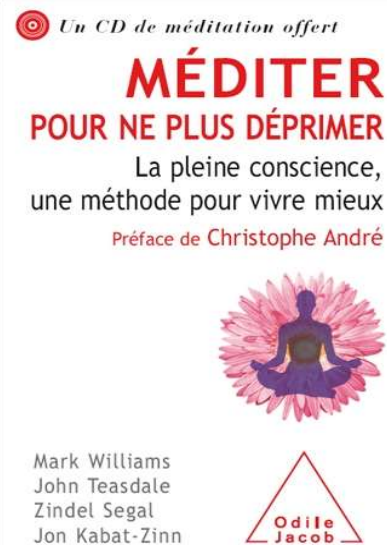
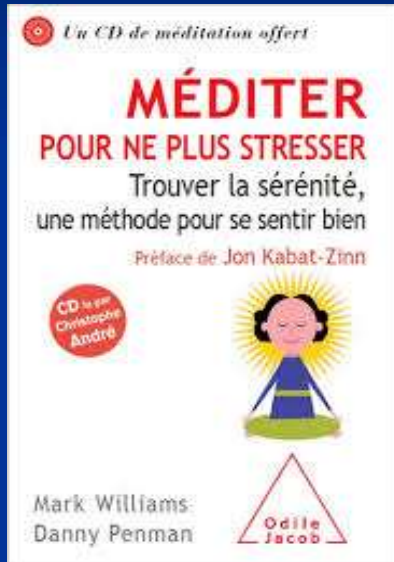
Sujets	études/ sujets	Résultats
Sujets non cliniques (Khoury, 2015)	29 (n=2668)	Taille de l'effet large: stress Taille de l'effet modéré pour l'anxiété, la dépression, la détresse, la qualité de vie Taille de l'effet petit: burnout
Général (Khoury, 2013)	209 (n=12145)	Efficacité modérée vs liste d'attente et autres traitements Pas supérieur à la TCC Taille d'effet large pour l'anxiété et la dépression, gains maintenus au f/u Moins d'attrition
Maladies physiques chroniques (Bohlmeijer, 2010)	8 (n=667)	Petit effet sur la dépression, anxiété et détresse psychologique



Méta-analyses: MBSR

Sujets	études/ sujets	Résultats
Fibromyalgie, colon irritable, somatisation (Lakhan, 2013)	12 (n=1092)	Effet petit à modéré pour diminuer la douleur, sévérité des sx, dépression, anxiété, améliorer la qualité de vie MBSR et MBCT plus efficace que le tx eclectique Résultats plus solides pour le colon irritable
Cancer du sein (Huang, 2016)	9 (n=964)	Améliore dépression, anxiété, stress, qualité de vie Réplique la méta-analyse de Cramer (2012), Zainal (2012) Piet (2012): diminution de l'anxiété et la dépression pour le cancer
Cancer du sein (Haller, 2017)	10 (n=1709)	Comparé à traitement usuel: qualité de vie, fatigue, sommeil, stress, anxiété, dépression 6 mois plus tard: effet significatif sur l'anxiété, la dépression 12 mois plus tard: effet significatif sur l'anxiété Comparé à traitement actif: Anxiété et dépression (effet moyen non cliniquement important)
HTA, diabète, maladie cardiaque, ACV (Abbott, 2014)	9 (n=578)	Effet petit sur le stress, dépression, anxiété

Commencer à méditer

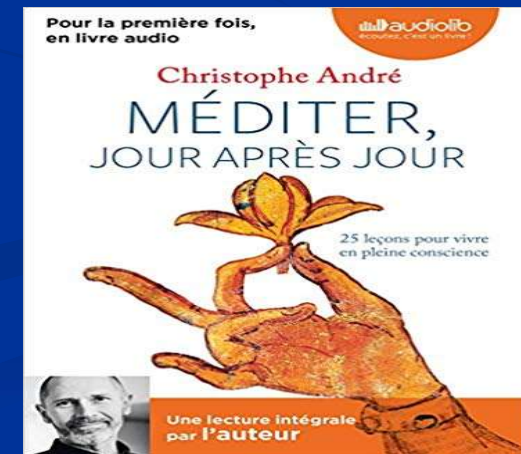


Voie boréale
Mindspace
Institut appliqué de la
pleine conscience
Studio Présence
Center for mindfulness
studies

www.tccmontreal.com

www.slwoods.com

Gina Rubinsky



Effacité de la TCC:

Revue de 269 méta-analyses (Hofmann, 2012)

- **Troubles anxieux: TAG, TPA, TAS, TOC, ESPT**
- **Troubles somatoformes: hypocondrie, trouble dysmorphie corporelle**
- **Boulimie**
- **Gestion de la colère**
- **Gestion du stress**
- Dépression et dysthymie
- Trouble bipolaire (dépression)
- Insomnie (qualité, durée du sommeil, réveils)
- Trouble de personnalité
- Troubles psychotiques (symptômes positifs, fonctionnement, humeur, anxiété sociale)
- Détresse due à une condition médicale
- Douleur chronique et fatigue chronique
- Troubles liés à l'usage de substances (tabagisme et cannabis)
- Détresse suite aux complications de la grossesse et conditions hormonales
- Enfants et personnes âgées: troubles anxieux et dépressifs



Bibliothérapie

Trouble	Titre	Auteur
Dépression majeure	Etre bien dans sa peau	D. Burns
Stress	Méditer pour ne plus stresser	M. Williams
Troubles relationnels	Je réinvente ma vie	J. Young et M. Klosko
Anxiété généralisée	Arrêtez de vous faire du souci pour tout et pour rien	R. Ladouceur, L. Bélanger, E. Léger
Obsessions et compulsions	Je ne peux m'arrêter de laver, compter, vérifier	A. Sauteraud
Phobie sociale	La timidité	G. Macqueron
Panique	La peur d'avoir peur	A. Marchand et A. Letarte
Insomnie	Vaincre les ennemis du sommeil	C. Morin
Etat de stress post-traumatique	Se relever d'un traumatisme Le deuil traumatique	P. Brillon



Guides de pratique pour les thérapeutes et les patients

■ www.tccmontreal.com

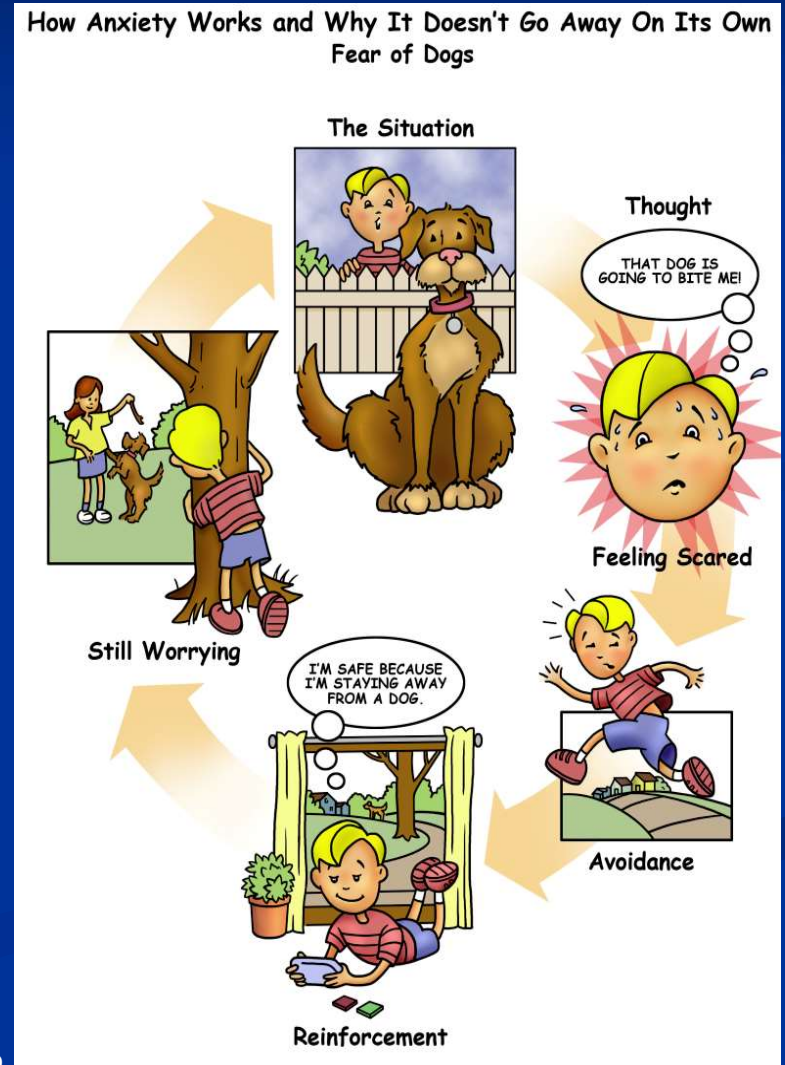
- Dépression Majeure
- Trouble panique
- Trouble anxiété sociale
- Trouble anxiété généralisée
- Insomnie
- TOC
- Trouble bipolaire
- Troubles alimentaires
- Relaxation
- Affirmation de soi
- Gestion de la colère
- Thérapie cognitive pour les patients
- Mp3 méditation et de relaxation
- À venir: thérapie d'acceptation et d'engagement, MBCT, thérapie des schémas, TCC de la psychose
- Liens: livinglifetothefull, ecouch, moodgym

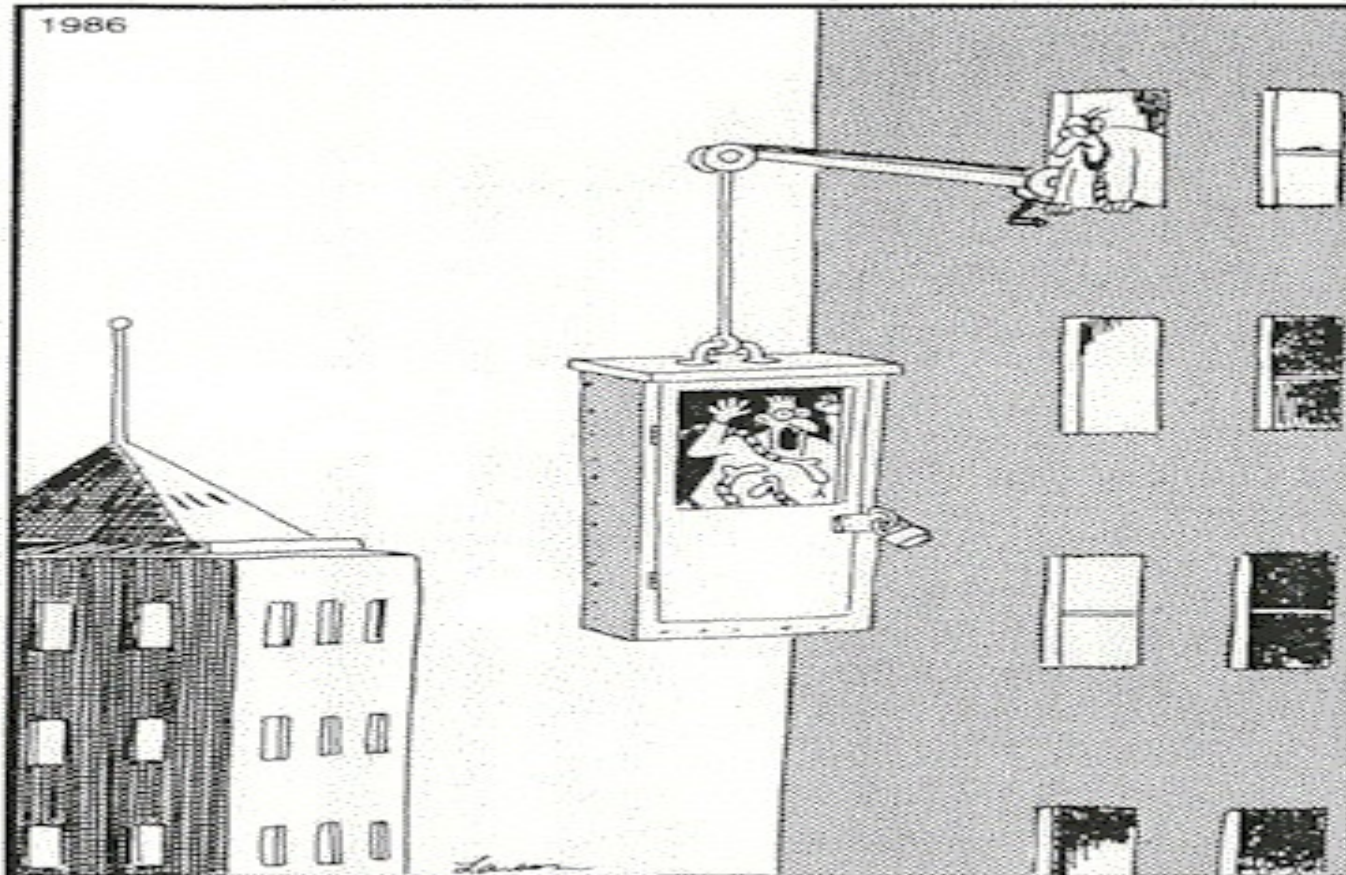


■ A venir: www.psycho-pap.com

Exposition

- Exposition répétée, systématique au stimuli anxiogènes:
 - In vivo: situations, objets, personnes, endroits
 - Intéroceptive: sensations
 - En imagination: images et souvenirs





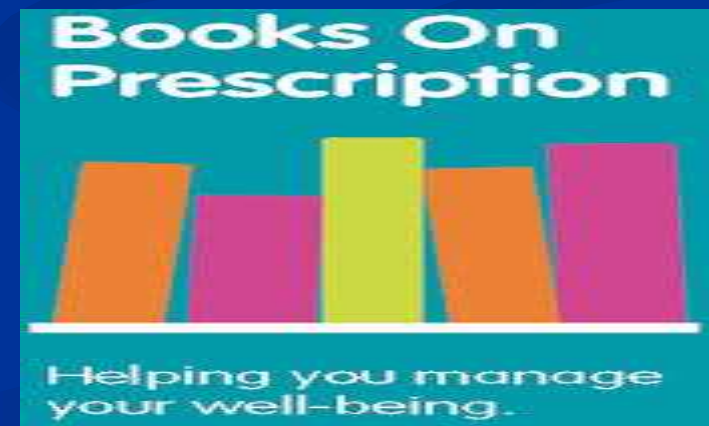
Professor Gallagher and his controversial technique of simultaneously confronting the fear of heights, snakes, and the dark.

Efficacité

- Exposition, avec et sans habiletés complémentaires, très efficace dans le traitement des troubles anxieux:
 - Trouble panique et agoraphobie
 - Trouble obsessionnel-compulsif
 - Trouble anxiété sociale
 - Phobie spécifique
 - Trouble anxiété généralisée
 - Etat de stress post-traumatique
- Aussi efficace que la TCC pour le TSPT, TOC, TPA

Amorcer le traitement dès le GASMA

- Habitudes de vie
- Organismes communautaires:
Phobie Zéro, Ressource ATP, Clé
des champs, Revivre,
CAVAC/IVAC, ALPABEM,
Dollard Cormier
- Psychothérapie à prix modique:
www.cbtclinic.ca; Famille nouvelle
etc...
- Livres d'auto-thérapie
- MP3/CD: Techniques de
relaxation (Michel Sabourin),
méditation (Nicole Bordeleau),
passeport santé,
www.tccmontreal.com



Conclusion

- La médication est efficace
- La thérapie cognitivo-comportementale est aussi efficace pour les troubles anxieux
- La thérapie de résolution de problème, la relaxation, la méditation et l'exercice peuvent aussi aider
- A considérer, pour aider le patient:
 - Psychoéducation: nommer le trouble, parler des traitements, identifier les cercles vicieux qui entretiennent le problème, explication alternative
 - Recommander des interventions clés: exposition, relaxation, méditation, résolution de problème
 - Soutien à l'auto-traitement (bibliothérapie, enregistrements audio de méditation ou relaxation)