Anxiété chez l'enfant et l'adolescent

Olivier Bonnot
Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, CHU de Nantes

Cours Regroupement DESC Rennes, 25 mars 2014

Intro

Intro

- **Large**

Intro

- **Large**
- **Clinique**

Intro

- **Large**
- **Clinique**
- **Traitement**

Intro

Choix nosographie à conséquence épistémologique

Choix nosographie à conséquence épistémologique

1. Névrose de l’adulte prends sa place dans l’enfance (Freud)

Choix nosographie à conséquence épistémologique

1. Névrose de l’adulte prends sa place dans l’enfance (Freud)

2. Névrose de l’enfant vs Névrose infantile (Leibovici), évolution différente, rôle différent

Choix nosographie à conséquence épistémologique

1. Névrose de l'adulte prends sa place dans l'enfance (Freud)

2. Névrose de l'enfant vs Névrose infantile (Leibovici), évolution différente, rôle différent

3. NE associée a divers tb (apprentissage, comportement…) Pas si simple (A. Freud)

Choix nosographie à conséquence épistémologique

1. Névrose de l'adulte prends sa place dans l'enfance (Freud)

2. Névrose de l'enfant vs Névrose infantile (Leibovici), évolution différente, rôle différent

3. NE associée a divers tb (apprentissage, comportement…) Pas si simple (A. Freud)

4. Lié a leur fonction défensive (M. Klein)

DSM / CIM

Névrose Phobiques devenues :

A. **Angoisse de Séparation**

B. Phobie/anxiété Sociale

C. Tb anxiété généralisé

D. Phobie simple

- 3/4 ans
- Contexte de séparation
- Redouter catastrophe (déces etc…)
- Douleurs somatiques / Refus dormir chambreou d'aller a l'école
- Garçons = Filles

DSM / CIM

Névrose Phobiques devenues :

A. Angoisse de Séparation

B. **Phobie/anxiété Sociale**

C. Tb anxiété généralisé

D. Phobie simple

- 2 ans
- Crainte excessive de la relation
- Conséquence dans le fonctionnement
- Risque = Scolaire vers 11-12 ans
- Garçons = Filles

DSM / CIM

Névrose Phobiques devenues :

A. Angoisse de Séparation

B. Phobie/anxiété Sociale

C. Tb anxiété généralisé

D. Phobie simple

- Inquiétude excessive par rapports aux événements futurs
- Incapacité a se « détendre »
- Doute sur ses capacités
- Garçons = Filles

DSM / CIM

Névrose Phobiques devenues :

A. Angoisse de Séparation

B. Phobie/anxiété Sociale

C. Tb anxiété généralisé

D. Phobie simple

- Ado plus que enfants
- Peur immotivée et persistante d'objets ou de situations
- Perturbation du fonctionnement
- Garçons = Filles

DSM / CIM

Névrose Phobiques devenues :

A. Angoisse de Séparation

B. Phobie/anxiété Sociale

C. Tb anxiété généralisé

D. Phobie simple

- 10-15 % en population générale
- Filles = Garçons
- Adolescence 5/13 en faveur des filles

Phobie de l’enfant

Phobie de l’enfant

Phobie de l’enfant

- **Restent rares**

Phobie de l’enfant

- **Restent rares**
- **Cas Hans = conflit sous-jacent oedipien = grave**

Phobie de l’enfant

- **Restent rares**
- **Cas Hans = conflit sous-jacent oedipien = grave**
- **Symptômes parfois peu spécifiques (du noir, des autres …) voire développementaux (Spitz, étranger 8 mois)**

QQ cas particuliers

QQ cas particuliers

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglution, dysphagie fonctionnelle, existence d’un aspect traumatique, dd anorexie mentale

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglution, dysphagie fonctionnelle, existence d’un aspect traumatique, dd anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglution, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, dd anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglution, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, dd anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglution, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, dd anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Discutable concept (Ecole buissoniere vs tableau spécifique)

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglutition, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, du anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Discutable concept (Ecole buissoniere vs tableau spécifique)

- Angoisse de séparation a été **un temps** considéré comme la cause

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglutition, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, du anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglutition, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, du anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Discutable concept (Ecole buissonière vs tableau spécifique)

- Angoisse de séparation a été **un temps** considéré comme la cause

- En fait les études montrent que tous les troubles anxieux sont représentés dans la PS mais aussi des dépressions = refus scolaire (anxieux disparait)

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglutition, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, du anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Discutable concept (Ecole buissoniere vs tableau spécifique)

- Angoisse de séparation a été **un temps** considéré comme la cause

- En fait les études montrent que tous les troubles anxieux sont représentés dans la PS mais aussi des dépressions = refus scolaire (anxieux disparait)

- On considère que absentéisme et refus scolaire sont dans un meme spectre (sauf raisons et encore..)

- Phobie Scolaire

QQ cas particuliers

- Néophobies alimentaires: néophobie inexistante, puis normale, puis plus
- Phobie de la déglutition, dysphagie fonctionnelle, existence d'un aspect traumatique, du anorexie mentale
- Phobie sociale / agoraphobie

- Discutable concept (Ecole buissoniere vs tableau spécifique)

- Angoisse de séparation a été **un temps** considéré comme la cause

- En fait les études montrent que tous les troubles anxieux sont représentés dans la PS mais aussi des dépressions = refus scolaire (anxieux disparait)

- On considère que absentéisme et refus scolaire sont dans un meme spectre (sauf raisons et encore..)

- La demarche diagnostique doit être **COMPLETE**
  - Phobie Scolaire

Famille

Famille

Tb Instrumentaux

Famille

Tb Instrumentaux

Cognitif

Famille

Tb Instrumentaux

Cognitif

Tb Anxieux

Famille

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

Précocité

Famille

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

Précocité

Famille

Traits de Caractères

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

Précocité

Famille

Traits de Caractères

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

Schizo

Précocité

Famille

Traits de Caractères

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

PTSD

Schizo

Précocité

Famille

Traits de Caractères

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

PTSD

Schizo

Fatigue Chronique

Précocité

Famille

Traits de Caractères

Tb Instrumentaux

Dépression

Cognitif

Tb Anxieux

PTSD

Schizo

Hikikomori

Fatigue Chronique

Hystérie

Hystérie

Hystérie

- **Souvent évoquée mais rare (0.1-3%)**

Hystérie

- **Souvent évoquée mais rare (0.1-3%)**
- **Troubles somatoformes (DSM, plus de conversion)**

Hystérie

- **Souvent évoquée mais rare (0.1-3%)**
- **Troubles somatoformes (DSM, plus de conversion)**
- **Enfants : DA, Céphalée, Enurésie-Encoprésie opiniâtres…**

Hystérie

- **Souvent évoquée mais rare (0.1-3%)**
- **Troubles somatoformes (DSM, plus de conversion)**
- **Enfants : DA, Céphalée, Enurésie-Encoprésie opiniâtres…**
- **Chez le bébé tb somatique aussi ? (Cramer) d'ou attention a l'érotisation du corps**

Hystérie

- **Souvent évoquée mais rare (0.1-3%)**
- **Troubles somatoformes (DSM, plus de conversion)**
- **Enfants : DA, Céphalée, Enurésie-Encoprésie opiniâtres…**
- **Chez le bébé tb somatique aussi ? (Cramer) d'ou attention a l'érotisation du corps**
- **Mais clinique très complexe : simulation / somatisation / tb somatoforme-conversif, voire hypochondrie…**

Traumatisme

Traumatisme

Traumatisme

- La grande affaire de la psychopathologie (Hystérie…), effraction excitation dépassé, non mature ?

Traumatisme

- La grande affaire de la psychopathologie (Hystérie…), effraction excitation dépassé, non mature ?

- On sait que les traumatismes précoces ont un effet bio / comportement durable

Traumatisme

- La grande affaire de la psychopathologie (Hystérie…), effraction excitation dépassé, non mature ?

- On sait que les traumatismes précoces ont un effet bio / comportement durable

- transmission **non** genomique de ces comportements

Traumatisme

- La grande affaire de la psychopathologie (Hystérie…), effraction excitation dépassé, non mature ?

- On sait que les traumatismes précoces ont un effet bio / comportement durable

- transmission **non** genomique de ces comportements

- On sait que la plasticité permet de récupérer au de la d'un certain seuil (alpha power / orphelin roumain)

Traumatisme

- La grande affaire de la psychopathologie (Hystérie…), effraction excitation dépassé, non mature ?

- On sait que les traumatismes précoces ont un effet bio / comportement durable

- transmission **non** genomique de ces comportements

- On sait que la plasticité permet de récupérer au de la d'un certain seuil (alpha power / orphelin roumain)

-

PTSD

- Anxiété, cauchemars, réminiscence
- Hallucination, vision, fausse reconnaissance …
- Effort pour éviter les situations / gens etc..;en lien ave trauma… (?)
- Tb sommeil / concentration / irritabilité…

Obsession

Obsession

Obsession

- **Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales**

Obsession

- **Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales**
- **Essayer de les combattre provoque de l’anxiété**

Obsession

- **Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales**
- **Essayer de les combattre provoque de l’anxiété**
- **Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu’on se sent obligé de faire, sous forme de rituels**

Obsession

- **Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales**
- **Essayer de les combattre provoque de l’anxiété**
- **Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu’on se sent obligé de faire, sous forme de rituels**
- **2-4 % sous des formes très diverses**

Obsession

- **Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales**
- **Essayer de les combattre provoque de l’anxiété**
- **Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu’on se sent obligé de faire, sous forme de rituels**
- **2-4 % sous des formes très diverses**
- **Conséquences sur la vie quotidienne et sociale**

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s’imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l’anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu’on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s'imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l'anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu'on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

- **Chez l'enfant, des petits rituels sont fréquents (coucher, miction…)**

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s'imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l'anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu'on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

- **Chez l'enfant, des petits rituels sont fréquents (coucher, miction…)**
- **Tics et begayements peuvent être des signes de gravités**

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s'imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l'anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu'on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

- **Chez l'enfant, des petits rituels sont fréquents (coucher, miction…)**
- **Tics et begayements peuvent être des signes de gravités**
- **Attitudes adultomorphes (trop grande politesse) peuvent être des formations réactionnelles**

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s'imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l'anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu'on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

- **Chez l'enfant, des petits rituels sont fréquents (coucher, miction…)**
- **Tics et begayements peuvent être des signes de gravités**
- **Attitudes adultomorphes (trop grande politesse) peuvent être des formations réactionnelles**
- **Hypothèse de l'érotisme anal se substituant a la génitalité. Hypermaturité du moi…**

Obsession

- Pensées ou idées obsédantes s'imposant bien que considérées comme anormales
- Essayer de les combattre provoque de l'anxiété
- Les compulsions peuvent les accompagner, ce sont des actes qu'on se sent obligé de faire, sous forme de rituels
- 2-4 % sous des formes très diverses
- Conséquences sur la vie quotidienne et sociale

- **Chez l'enfant, des petits rituels sont fréquents (coucher, miction…)**
- **Tics et begayements peuvent être des signes de gravités**
- **Attitudes adultomorphes (trop grande politesse) peuvent être des formations réactionnelles**
- **Hypothèse de l'érotisme anal se substituant a la génitalité. Hypermaturité du moi…**
- **Hypothèse du PANDAS**

Sémiologie

- Obsessions idéatives : idées envahissantes revenant sans cesse qui peuvent être **phobique** (peur de la saleté) ou **impulsive** (**phobie d'impulsion**, crainte de se jeter dans la saleté)

- Obsessions idéatives : idées envahissantes revenant sans cesse qui peuvent être **phobique** (peur de la saleté) ou **impulsive** (**phobie d'impulsion**, crainte de se jeter dans la saleté)

Sémiologie

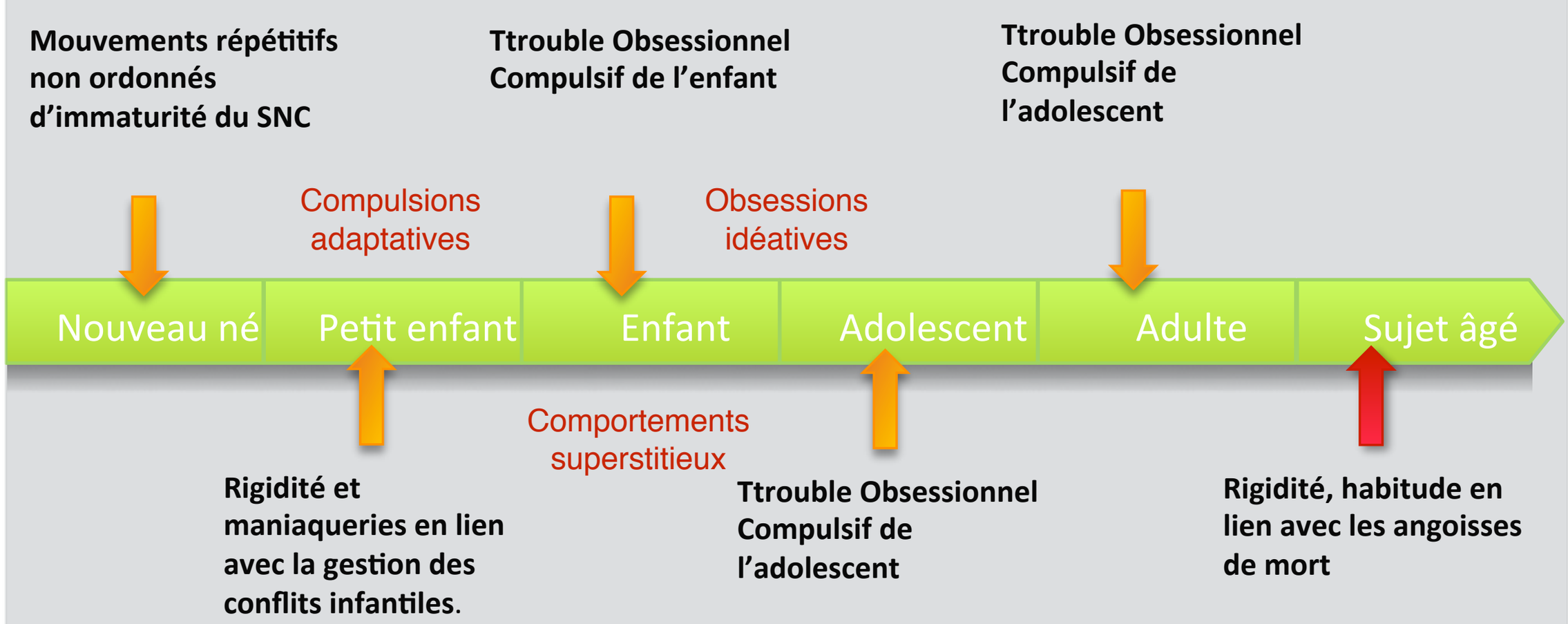
Tableau 39-I Spécificités cliniques du TOC infantile et symptômes les plus fréquemment rencontrés [9].

Symptomatologie propre à l'enfant souffrant de TOC
Moins ou pas d'egodystonie
Ignore qu'il s'agit d'une maladie, n'en parle pas à son entourage
Obsessions et compulsions multiples et fluctuantes (parfois plus de vingt obsessions et/ou compulsions évoluant concomitamment, pouvant envahir la vie de l'enfant plusieurs heures par jour).
Implication de l'entourage familial dans les rituels, avec parfois attitudes autoritaires et tyranniques.
Crises de colère, agressivité manifeste (en cas d'interruption volontaire ou non des rituels ou de refus de participation de l'entourage familial aux compulsions et rituels)
Obsessions fréquentes
Crainte de blasphémer, d'insulter un enseignant
Se sentir sale, être envahi de microbes
Attraper une maladie
Blesser un autre enfant
Oublier quelque chose, ses devoirs
Commettre une erreur, une faute
Faire des erreurs à l'école
Être obnubilé par un défaut physique
Être préoccupé par la nourriture
Compulsions fréquentes
Gestes, mimiques particulières (pseudo-tics)
Arithmomanie (compter sans arrêt)
Lavage des mains, du corps plusieurs fois par jour
Superstitions bizarres (éviter de marcher sur les traits d'un carrelage, se signer, etc.)
Ne pas toucher certains objets (les poignets de portes, les affaires des autres élèves…)
Faire de longues listes de vérifications

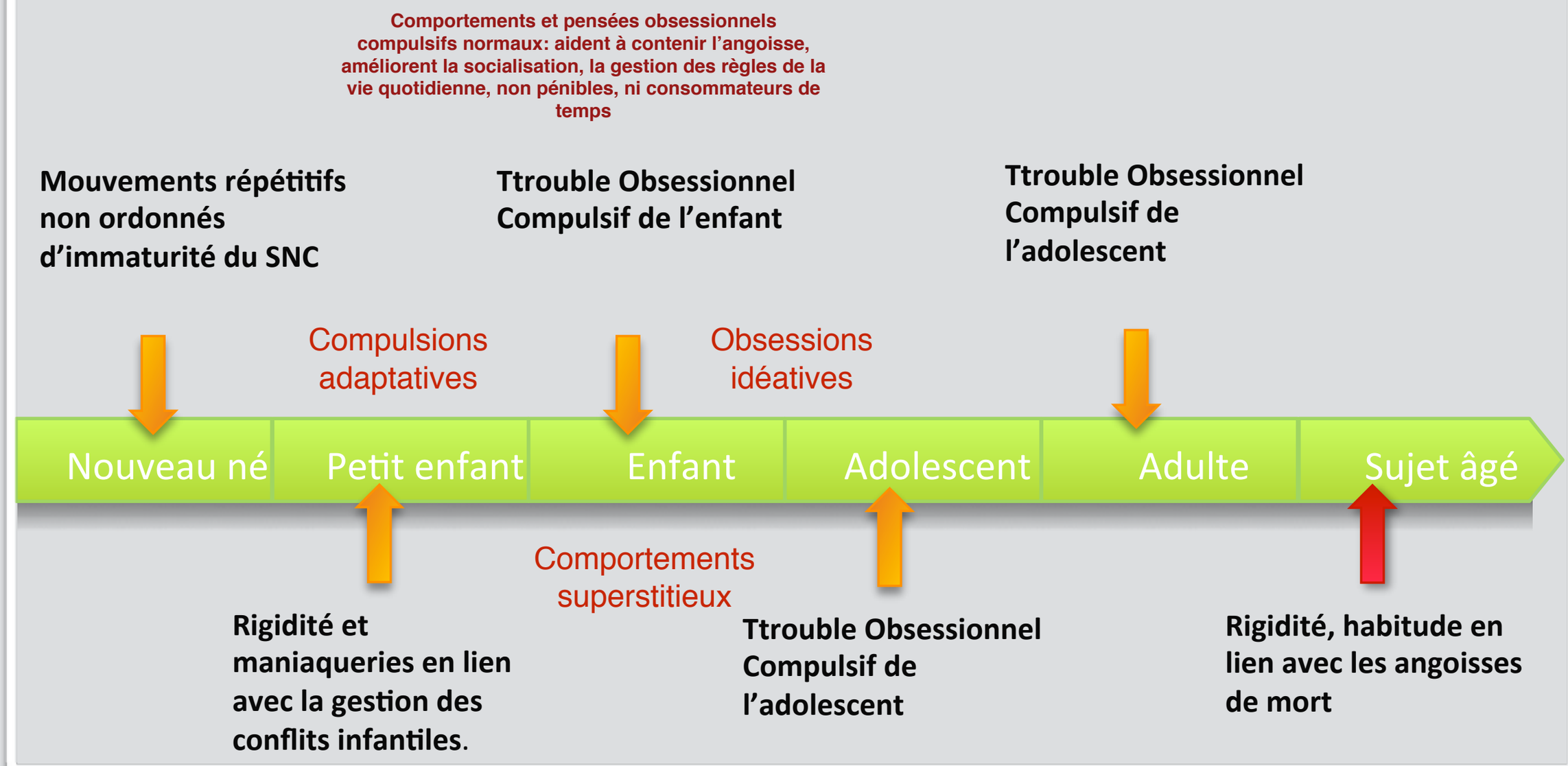
- Obsessions idéatives : idées envahissantes revenant sans cesse qui peuvent être **phobique** (peur de la saleté) ou **impulsive** (**phobie d'impulsion**, crainte de se jeter dans la saleté)

Sémiologie

Prendre compte du développement dans l'analyse des symptômes



Prendre compte du développement dans l'analyse des symptômes



Symptômes obsessionnels compulsifs:
Intrusifs, pénibles, inappropriés, consommateurs de temps, non désirés, associés à une souffrance,
à un isolement social, et à des comportements régressifs

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée
- affects

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée
- affects
- mécanismes de défenses

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée
- affects
- mécanismes de défenses
- pulsions libidinales et agressives leur expression par le comportement ou le symbolisme / fantasmes et leurs expressions

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée
- affects
- mécanismes de défenses
- pulsions libidinales et agressives leur expression par le comportement ou le symbolisme / fantasmes et leurs expressions
- surmoi et ideal du moi

Grille de Espasa / Manzano / Cramer

- impression générale
- type de relation parents / examinateurs
- fonction du moi / motricité / intelligence /langage / test de réalité et consciences des problèmes / cours de la pensée
- affects
- mécanismes de défenses
- pulsions libidinales et agressives leur expression par le comportement ou le symbolisme / fantasmes et leurs expressions
- surmoi et ideal du moi
- conception du self et identifications

Traitement

Psychotérapie

TCC

- Ca marche
- Bonne faisabilité, réseau AFTCC

TCC

- Ca marche
- Bonne faisabilité, réseau AFTCC

- Ca marche
- Bonne faisabilité, réseau AFTCC

TCC

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC

TCC

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

  A. **Respiration abdominale**

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

  A. **Respiration abdominale**

  B. **Créer des victoires sur la peur**

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

  A. **Respiration abdominale**

  B. **Créer des victoires sur la peur**

  C. **Fiche de thérapie / Tâches à faire**

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

A. **Respiration abdominale**

B. **Créer des victoires sur la peur**

C. **Fiche de thérapie / Tâches à faire**

D. **Implication des parents**

- **L’entretien motivationnel préalable**
  - Ça marche
  - Bonne faisabilité, réseau AFTCC
- **Explication à l’enfant du renforcement négatif de la peur**

TCC

- **Conséquences de la peur**

  A. **Respiration abdominale**

  B. **Créer des victoires sur la peur**

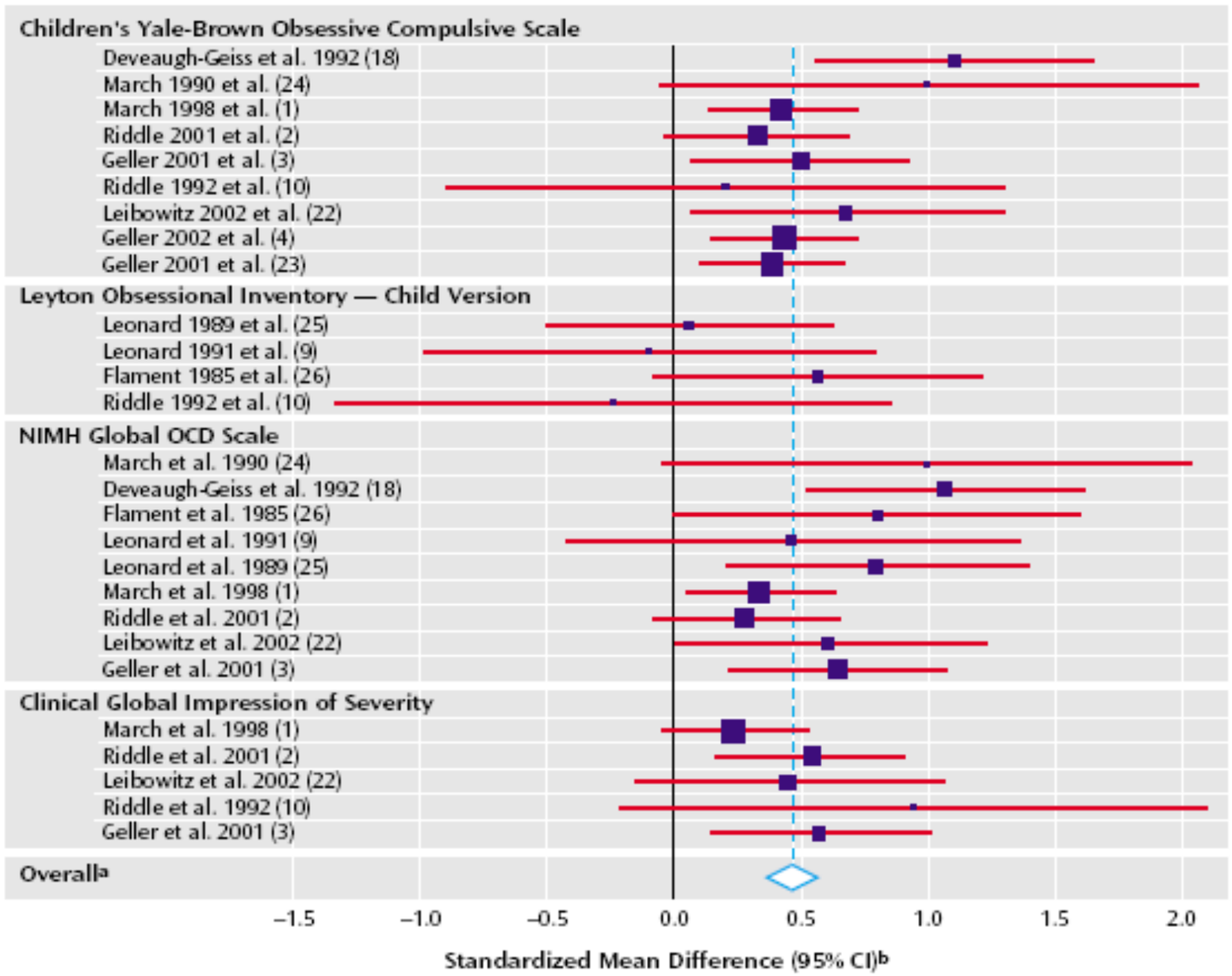
  C. **Fiche de thérapie / Tâches à faire**

  D. **Implication des parents**

- **Pour le TOC : Exposition avec prévention de réponse (simplifier progressivement le rituel…)**

Antidepresseur

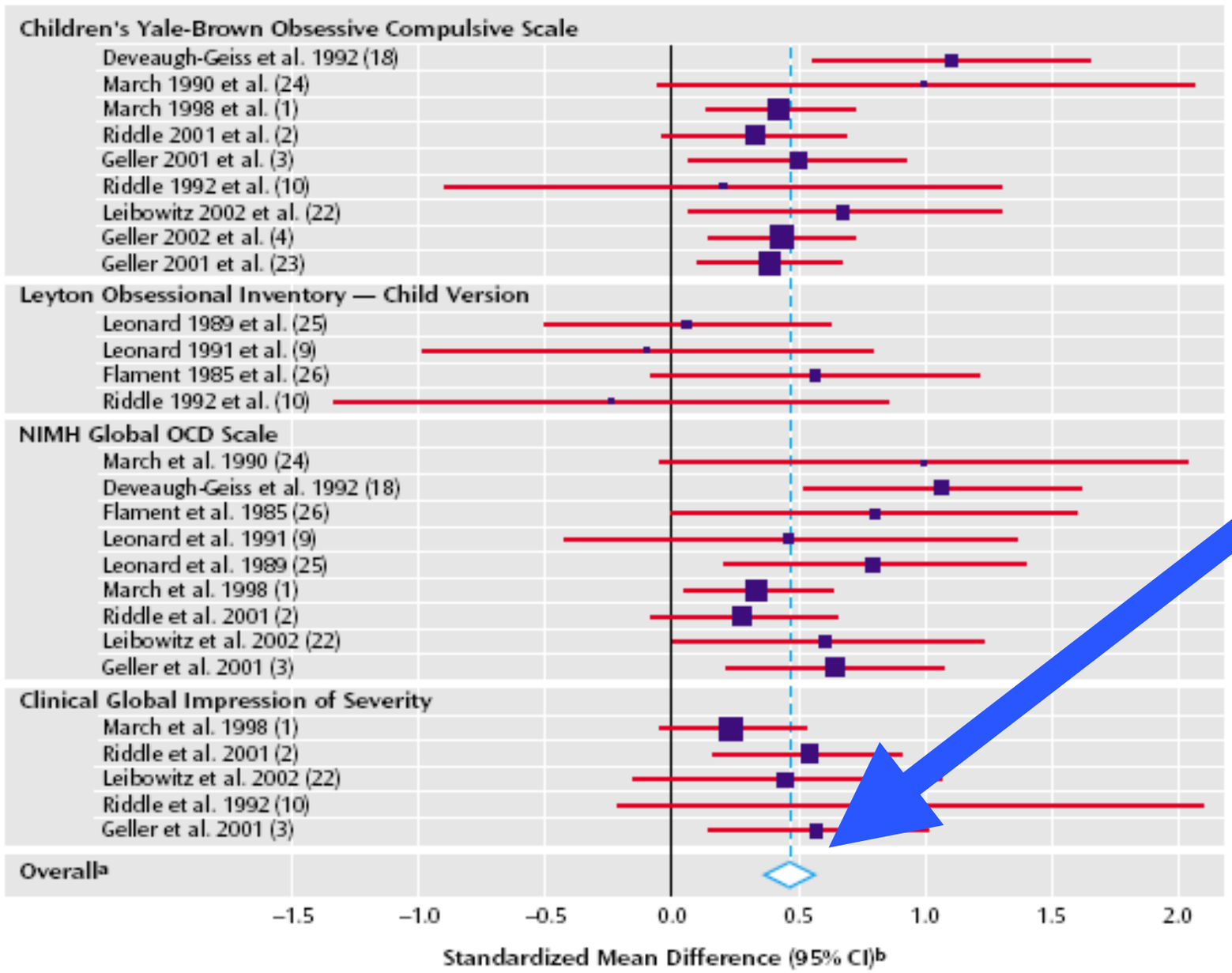
FIGURE 1. Effect Size of Change in Outcome Measures in 12 Randomized, Controlled Trials Included in a Meta-Analysis of Pharmacotherapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)



[a] Pooled standardized mean difference=0.46, 95% CI=0.37 to 0.55, z=9.87, p<0.001. Heterogeneity χ^2=27.37, df=26, p=0.39.

Geller et al, 2003, Am J Psy

FIGURE 1. Effect Size of Change in Outcome Measures in 12 Randomized, Controlled Trials Included in a Meta-Analysis of Pharmacotherapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)



[a] Pooled standardized mean difference=0.46, 95% CI=0.37 to 0.55, z=9.87, p<0.001. Heterogeneity χ^2=27.37, df=26, p=0.39.

Efficacy on OCD

ES = 0.46 Moderate

CLOM > SSRI

Geller et al, 2003, Am J Psy

Study, Year	**N *(age)* Duration**	**Drug *(dose)* Study design**	**Outcome**	**Improvement**
Riddle et al, 1992	14 *(8-15y)* 8 weeks	Fluoxetine *(20 mg)* Crossover vs PBO	FLUO > PBO at wk 8	33-44 %
Apter et al, 1994	14 *(13-18y)* 8 weeks	Fluvoxamine *(100-300 mg)* Open study	FLUV > PBO at wk 8	28 %
Thomsen et al, 1997	23 *(9-18y)* 10 weeks	Citalopram *(mean: 37 mg)* Open study	Improvement at wk 10	20-29 %
March et al, 1998	187 *(6-17y)* 12 weeks	Sertraline *(mean: 167mg)* Parallel vs PBO	SER > PBO at wk 3-12	21-28 %
Rosenberg et al, 1999	20 *(8-17y)* 12 weeks	Paroxetine *(mean: 41 mg)* Open study	Improvement at wk 4-12	28 %
Riddle et al, 2001	120 *(8-17y)* 10 weeks	Fluvoxamine *(50-200 mg)* Parallel vs PBO	FLUV > PBO at wk 1-10	21-25 %

Study, Year	**N *(age)* Duration**	**Drug *(dose)* Completers**	**Efficacy FU**	**Tolerance**
DeVeaugh-Geiss et al 1992	60 *(10-17y)* 1 year	Clomipramine *(75-200 mg)* 78%	CMI still effective	Good
Nezirogly et al 2000	10 *(7-16y)* 2 years	Fluvoxamine *(mean: 46,5 mg)* + CBT 100%	Better improvement	Good
Cook et al 2001	137 *(7-18y)* 1 year	Sertraline *(mean: 46,5 mg)* 47%	Better improvement	Good
Thomsen et al 2001	30 *(13-18y)* ½-2 years	Citalopram *(mean: 46,5 mg)* + CBT ± FamT 93%(1y)-46%(2y)	Better improvement	Good

Number Needed to Treat in OCD = 6 [4-8]

NNT in other-anxiety disorders = 3 [2-5]

With Number Needed to Harm in OCD = 200

With NNH in other-anxiety disorders = 143

Number Needed to Treat in OCD = 6 [4-8]

NNT in other-anxiety disorders = 3 [2-5]

With Number Needed to Harm in OCD = 200

With NNH in other-anxiety disorders = 143

NNT in MDD = 10 [7-15]

Number Needed to Treat in OCD = 6 [4-8]

NNT in other-anxiety disorders = 3 [2-5]

With Number Needed to Harm in OCD = 200

With NNH in other-anxiety disorders = 143

NNT in MDD = 10 [7-15]

Ratio benefice/risk in favor of SSRI

Bridge et al, 2007, JAMA

ETUDES DE DEVENIR DANS LE TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Warren, 1960	15 *Maudsley*	7 yrs *19-24 yrs*	none specified	2 (13%)
Hollingsworth et al, 1980 *	10 / 17 *UCLA*	6.5 yrs *12-30 yrs*	psychotherapy	3 (30%)
Flament et al, 1990	25 / 27 *NIMH*	4.4 yrs *13-24 yrs*	non specific drug or psychotherapy	7 (28%)
Leonard et al, 1993	54 / 54 *NIMH*	3.4 yrs *10-24 yrs*	96% SRIs 46% CBT	31 (57%)
Bolton et al, 1995	14 / 15 *Maudsley*	10.7 yrs *23-31 yrs*	100% CBT and family therapy	8 (57%)
Thomsen et al, 1995	23 / 26 *Denmark*	3.2 yrs *12-22 yrs*	57% SRIs 100% CBT	15 (65%)
Wewetzer et al, 2001**	55 / 114 *Germany*	11.2 yrs *19-34 yrs*	drug or psychotherapy	31 (56%)

All studies are prospective except *chart review; **chart review at index and FU assessment

Study, Year	N (Age) Duration	Study design *(daily dose)*	Outcome	Improvement
Flament et al, 1985	19 *(6-18 y)* 5 weeks	Crossover vs placebo *(mean: 141 mg)*	CMI > placebo at wk 3-5	22-44 %
Leonard et al, 1989	47 *(7-19 y)* 5 weeks	Crossover vs desipramine *(mean: 150 mg)*	CMI > DES at wk 3-5	19-44 %
DeVeaugh-Geiss et al, 1992	60 *(10-17 y)* 8 weeks	Parallel vs placebo *(75-200 mg)*	CMI > placebo at wk 3-8	34-37 %

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD.
J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

→

Evaluer la sévérité, les conséquences et la comorbidité. Evaluer finement famille

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

→

Evaluer la sévérité, les conséquences et la comorbidité. Evaluer finement famille

Décision thérapeutique

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

→

Evaluer la sévérité, les conséquences et la comorbidité. Evaluer finement famille

Décision thérapeutique

Première option
Traitement cognitif et comportemental

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

→

Evaluer la sévérité, les conséquences et la comorbidité. Evaluer finement famille

Décision thérapeutique

Première option
Traitement cognitif et comportemental

Essai d'un IRS Specifique > clomipramine / tolérance

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

ARBRE DÉCISIONNEL DANS LE TRAITEMENT DU TOC DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Obsessions et / ou compulsions.
A différentier des OC développementales.

→

Evaluer la sévérité, les conséquences et la comorbidité. Evaluer finement famille

Décision thérapeutique

Première option
Traitement cognitif et comportemental

±

Essai d'un IRS Specifique > clomipramine / tolérance

March & al. Expert Consensus Guidelines : treatment of OCD. J.Clin.Psychiatry, 1997, 58 (Suppl.4), 1-72.

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

Thérapie cognitive /

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Neutralisation des pensées et des rituels

Exposition et prévention de la réponse

Thérapie cognitive

Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces

Exposition aux inhibiteurs de la recapture de la 5HT

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

→ Neutralisation des pensées et des rituels

← Exposition et prévention de la réponse

← Thérapie cognitive

← Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces

← Exposition aux inhibiteurs de la recapture de la 5HT

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

→ Neutralisation des pensées et des rituels

← Exposition et prévention de la réponse

← Thérapie cognitive

← Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces

← Exposition aux inhibiteurs de la recapture de la 5HT

TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE ET MEDICAMENTEUX DU TOC INFANTO-JUVÉNILE

Pensées intrusives	→	Neutralisation des pensées et des rituels
Pensée automatique Auto-appréciation négative	←	Exposition et prévention de la réponse
Schéma d'hyperresponsabilité	←	Thérapie cognitive
Expériences précoces associées à la pensée magique	←	Thérapie cognitive / schéma cognitifs précoces
Dysfonctionnement biologique	←	Exposition aux inhibiteurs de la recapture de la 5HT

Tourette

Tourette

Pas d'indication d'antidépresseurs

Tableau 40-III Approche pharmacologique dans le traitement des tics [80].

	Support empirique	*Doses de début (mg)*	*Doses thérapeutiques (mg/j)*
Neuroleptiques			
Halopéridol	A	0,25-0,5	1-4
Pimozide	A	0,5-1,0	2-8
Rispéridone	A	0,25-0,5	1-3
Fluphénazine	B	0,5-1,0	1,5-10
Tiapride	B	50-150	150-500
Olanzapine	C	2,5-5,0	2,5-12,5
Sulpiride	C	100-200	200-1 000
Aripiprazole	C	2,5-5,0	10-20
Autres			
Clonidine	B	0,0025-0,05	0,1-0,3
Guanfacine	B	0,5-1,0	1-3
Toxine botulique	B	30-300 U/site d'injection	
Tétrabénazine	C	12,5-25	25-150
Baclofène	C	10	40-60
Patch de nicotine	C	7	7-21
Mécamylamine	C	2,5	2,5-7,5

Niveaux de preuve : *catégorie A* : évidence bonne concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur au moins deux études randomisées contre placebo ; *catégorie B* : évidence moyenne concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur au moins une étude randomisée contre placebo ; *catégorie C* : évidence minimale concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur des études ouvertes et l'expérience clinique cumulative.

3 messages

Développement

Développement

Sémiologie

PUIS

interprétation

Développement

Sémiologie
PUIS
interprétation

Développement

Sémiologie
PUIS
interprétation

Retour du Trauma ?

Développement

Sémiologie

PUIS

Retour du Trauma

interprétation

Développement

merci de votre attention

olivier.bonnot@chu-nantes.fr et http://u2pea.free.fr