



NOUS SAVONS QUE cette patiente présente un état d'anxiété grave, en *crescendo*. Depuis quelques semaines, sa souffrance est devenue intolérable au point où elle commence à avoir des idées suicidaires. À l'anamnèse, on découvre qu'elle craint la perspective d'élever seule deux adolescentes et un préadolescent, de même que les répercussions de la séparation sur ses trois enfants, qui ne sont pas encore au courant. Elle voit en même temps que ses performances au travail ont diminué et que les journées sont devenues très difficiles. Son patron lui en a même fait la remarque.

En outre, elle a 40 ans et se demande si elle sera à la hauteur de son nouveau rôle, si quelqu'un pourra s'intéresser à elle, etc. L'examen clinique ne révèle pas d'éléments pertinents, et elle ne prend aucun médicament.

Nous sommes devant un problème d'anxiété aigu dû à un événement stressant survenu il y a environ un mois. Il faudra faire un diagnostic différentiel et s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un autre trouble anxieux, d'un trouble de personnalité ou d'une dépression majeure en train de s'installer. Dans ce cas-ci, le diagnostic probable est un trouble d'adaptation avec anxiété. Cette patiente n'a pas d'antécédents psychiatriques. Sa vie sentimentale a basculé, et elle appréhende des problèmes financiers à courte échéance. Elle a toujours été appréciée à son travail, mais elle a maintenant l'impression de ne plus être à la hauteur. Comment réagiront ses enfants à l'annonce de sa séparation ?

Le trouble d'adaptation s'accom-

Le Dr Réjean Poitras, omnipraticien, exerce au sein de l'équipe de maintien à domicile du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

Le trouble d'adaptation avec anxiété

par Réjean Poitras

Une femme de 40 ans se présente à la consultation sans rendez-vous de votre clinique. Depuis une semaine, elle ne dort plus, se sent tendue à l'extrême... Elle a peur de perdre son emploi. Son conjoint lui a annoncé il y a un mois qu'il aimait une autre femme et qu'il avait l'intention d'aller vivre avec elle sous peu. Elle vous consulte d'urgence parce qu'elle commence à avoir des idées suicidaires et qu'elle a très peur.

- Est-elle anxieuse ou s'agit-il d'une dépression au stade initial ?
- Prescrirez-vous des anxiolytiques ?
- Un arrêt de travail est-il justifié ?

pagne fréquemment d'une diminution de la performance au travail ou à l'école, et on retrouve souvent des changements temporaires dans les relations sociales. Il est important de noter que le trouble d'adaptation est souvent associé à une augmentation du risque de suicide.

Le diagnostic de trouble d'adaptation avec anxiété n'est pas facile à poser, c'en est un d'exclusion. Plusieurs patients ont été hospitalisés avec un diagnostic de trouble d'adaptation et sont ressortis six semaines plus tard de l'hôpital avec un diagnostic de dépression majeure, et vice versa. C'est l'évolution de la maladie qui précisera le diagnostic final¹.

Comment faire le diagnostic d'un trouble d'adaptation avec anxiété et le différencier d'un autre trouble anxieux ?

Si le diagnostic du trouble d'adaptation avec anxiété est posé rapidement et le traitement commencé le plus tôt possible, le pronostic est meilleur.

On trouvera au *tableau 1* les critères diagnostiques du trouble d'adaptation avec anxiété selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*).

Le facteur de stress déclenchant peut être un événement unique, comme la fin d'une relation sentimentale, ou des

Tableau 1

Critères diagnostiques du trouble d'adaptation avec anxiété ¶

- ➔ Les symptômes apparaissent au cours des trois mois suivant la survenue du ou des facteurs de stress identifiables ¶
- ➔ Les symptômes apparaissent dans les registres émotionnels et comportementaux, et sont cliniquement significatifs ¶
 - ➔ -> soit une souffrance marquée, démesurée par rapport au facteur de stress,
 - ➔ -> soit une altération importante du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire) ¶
- ➔ La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble persistant de l'axe I ou II ¶
- ➔ Les symptômes ne sont pas l'expression d'un délire ¶
- ➔ Une fois le facteur de stress disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois. Ici, on distingue le trouble d'adaptation avec anxiété aigüe (soit six mois et moins) et chronique (plus de six mois).

les plus appropriées ¶

Contre le trouble d'adaptation avec anxiété, il n'y a pas de recette de traitement. Chaque cas est particulier; et ce sont le jugement clinique du médecin ainsi que les conseils existants qui déterminent les modalités du traitement. Ce dernier doit aussi être adapté en fonction de certains facteurs tels que l'âge, la présence d'une maladie physique préexistante (cardiopathie, cancer, infection par le VIH, etc.) ou d'une maladie psychiatrique concomitante³⁻⁵ ¶

La psychothérapie ¶

Il faut tout d'abord découvrir le vecteur étiologique, le définir et en discuter avec le patient. Il convient de faire un plan visant à atténuer le stress, si possible. De toute évidence, une perte amoureuse ou une perte d'emploi n'ont pas les mêmes répercussions que l'annonce d'un cancer du sein. La réponse normale au stress peut être atténuée si ce dernier est éliminé ou réduit, ou si l'on trouve un moyen pour que le patient puisse s'en accommoder ¶

Popkin et ses collaborateurs¹ ont montré que, chez les personnes malades, le stress qui déclenche le plus souvent le trouble d'adaptation est la maladie elle-même. Il est donc aussi important de distinguer la nature de l'événement stressant, sa gravité réelle et sa chronicité, s'il y a lieu ¶

Le premier but de la psychothérapie sera donc d'analyser le stressant qui affecte le patient (par exemple assumer des responsabilités excessives ou avoir des buts irréalistes) et de voir s'il peut être évité ou diminué. Il faut inciter le patient à verbaliser ses émotions

60 problèmes multiples; comme des difficultés en affaires accompagnées de problèmes conjugaux. Il peut être intermittent, comme une crise saisonnière dans les affaires. Enfin, il peut être continu, comme le fait d'habiter dans un quartier où la criminalité est forte² ¶

Il n'y a pas de critères pour quantifier les stressants individuels ¶

L'événement stressant est un élément très particulier ici. Pour un individu donné, un gros stress peut avoir très peu d'incidence, tandis qu'un stress mineur peut être vécu comme une catastrophe par un autre. Par exemple, une perte d'emploi peut être vécue comme une libération par l'un et perçue comme un drame par l'autre.

Un stress aigu ou chronique peut avoir un effet différent sur le plan psychologique et physiologique. Tous n'ont pas les mêmes exigences, ni le même soutien de leur famille ou de leurs amis, ni les mêmes priorités. De même, un stress mineur récent superposé à un stress latent peut avoir d'importantes répercussions. Il faut surtout retenir qu'il s'agit d'une réponse inadaptée à un événement stressant: jusqu'à quel point la réaction est-elle démesurée ¶

Non seulement le stressant, mais aussi l'âge pourra influencer le pronostic. Les enfants et les adolescents sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble d'adaptation que les adultes ¶

Le premier but de la psychothérapie sera d'analyser le stressant qui affecte le patient (assumer des responsabilités excessives ou avoir des buts irréalistes, par exemple) et de voir s'il peut être évité ou diminué. Il faut inciter le patient à verbaliser ses émotions et sa colère plutôt que de poser un acte destructeur

Repère

et sa colère plutôt que de poser un acte destructeur (à la suite d'une séparation, par exemple).¶

Le traitement est basé principalement sur la psychothérapie et le *counseling*: on cherche à diminuer l'effet du stresser ou à l'éliminer. La création d'un réseau de soutien favorise l'adaptation. Ce soutien peut être donné par le médecin, par des professionnels en santé mentale et par l'entourage du patient. Il faudra faire la distinction entre le trouble d'adaptation et une réaction normale, pour ainsi aider le patient à prendre conscience des comportements qui nuisent à son adaptation. Comme chez les alcooliques anonymes, il faut essayer de changer ce que l'on peut changer, accepter ce que l'on ne peut modifier, et être capable d'en faire la différence.¶

La psychothérapie doit être brève, son but étant de donner un nouveau sens au stresser et de trouver une façon de le minimiser et de diminuer le déficit psychologique qu'il entraîne. Les auteurs insistent sur le fait que le traitement doit être bref, immédiat et simple, de façon à prévenir les pertes causées par une diminution de la performance au travail ou à l'école.¶

En somme, il faut un *counseling* médical en période de crise et, par la suite, une thérapie de soutien offrant une bonne écoute et des conseils avisés au patient. La thérapie familiale, la thérapie de groupe et la thérapie cognitivo-comportementale sont efficaces. On aide le patient à exprimer ses peurs, ses émotions, son anxiété et sa colère^{4,6}.¶

Traitement pharmacologique¶

La grande majorité des patients présentant un trouble d'adaptation avec anxiété n'ont pas besoin d'un traitement pharmacologique. Des études

ont montré que le pronostic était favorable et que 71 % des adultes devenaient tout à fait asymptomatiques, que quelques symptômes résiduels persistaient dans 8 % des cas, alors que 21 % des cas évoluaient vers une dépression majeure ou un problème d'alcoolisme.¶

Il peut arriver cependant que le niveau d'anxiété soit très élevé en période de crise. Dans ce cas, on peut prescrire une benzodiazépine pour une courte période, si le patient n'a pas d'antécédents d'abus de médicaments ou d'alcool. Toutefois, comme ce médicament provoque une désinhibition, il y a un certain risque de passage à l'acte. Il faut être très prudent lorsqu'on le prescrit à une personne âgée à cause des risques de chute. La buspirone (Buspar®) à des doses de 15 à 20 mg par jour est aussi à envisager un bon choix thérapeutique.¶

Si le patient souffre d'insomnie, on peut lui prescrire 5 mg de zopiclone (Imovane®) au coucher, ou encore de 50 à 100 mg de trazodone (Desyrel®) au coucher. Il faut prescrire des doses plus faibles de Desyrel® aux personnes âgées, car il provoque une hypotension orthostatique. Bien qu'il n'y ait pas de tolérance à l'effet anxiolytique des benzodiazépines, une tolérance rapide à leur effet hypnotique peut se produire. On peut aussi prescrire un antihistaminique comme l'hydroxyzine (Atarax^{MC}) ou la diphenhydramine (Benadryl®) contre les problèmes d'insomnie^{1,6,7}.¶

Comme il s'agit d'un problème de très courte durée, les antidépresseurs comme les tricycliques et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ne sont d'aucune utilité. Cependant, il faut toujours demeurer vigilant, car le problème peut évoluer vers une dépression majeure ou un autre trouble psychiatrique plus grave. Il faudra alors adapter le traitement en fonction du diagnostic.¶

Un traitement pharmacologique à long terme devra être prescrit aux patients dont le stresser est une maladie grave, surtout en phase préterminale, ou encore aux patients réfractaires à la psychothérapie. Des études ont montré que plusieurs patients atteintes d'un cancer du sein présentaient un trouble d'adaptation avec anxiété avant la chimiothérapie. Les personnes infectées par le VIH présentaient fréquemment un trouble d'adaptation avec anxiété, et jusqu'à 10 % des patients qui allaient recevoir une transplantation cardiaque souffraient d'un trouble d'adaptation avec anxiété^{4,5}.¶

Arrêt de travail: son utilité et ses dangers¶

Dans certains cas, un arrêt de travail peut s'avérer nécessaire. Il devrait être de quelques jours seulement, car un arrêt prolongé, dans un cas de conflit au travail, par exemple, ne ferait qu'augmenter le niveau d'anxiété à cause de l'appréhension du retour.¶

La grande majorité des patients présentant un trouble d'adaptation avec anxiété n'ont pas besoin d'un traitement pharmacologique¶

Dans certains cas de trouble d'adaptation avec anxiété, un arrêt de travail peut s'avérer nécessaire. Il devrait être de quelques jours seulement.

Repères

Quel sera le pronostic à long terme ?
Quel genre de suivi sera le plus approprié ?

Le trouble d'adaptation avec anxiété représente un défi pour le clinicien, car il se situe à la frontière du normal et du pathologique. Comme nous l'avons déjà dit, le pronostic est favorable pour la majorité des patients. Cependant, il ne faut pas oublier que la maladie peut évoluer vers une dépression majeure, une anxiété généralisée ou l'alcoolisme chez l'adulte.

Une grande variété de troubles d'anxiété concomitants a été signalée chez les patients atteints de maladies physiques. Le plus fréquent était le trouble d'adaptation avec anxiété, suivi du trouble panique et de l'anxiété généralisée.

Le suivi doit donc être étroit, et à long terme si le stress est chronique et que les symptômes perdurent plus de six mois. Pourrait alors apparaître une maladie psychiatrique plus grave, et il faudra adapter le traitement.

Bien que ce diagnostic manque de précision, il n'en demeure pas moins que le traitement est important et constitue un véritable défi à relever.

Date de réception : 17 novembre 1999.
Date d'acceptation : 30 avril 2000.

Mots clés : trouble d'adaptation, anxiété.

Bibliographie

- Gabbard GO, éd. *Treatment of Psychiatric Disorders*. 2^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1995 ; vol. 1.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^e éd. Paris : Masson, 1996 : 1056 pages.
- Constanini M, Misso M, Viterbi P, Bonci F, Garrone O, Venturini M, Morasso G. Detecting psychological distress in cancer

Summary

Adjustment disorder with anxiety. Adjustment disorder with anxiety responds to five criteria in accordance with the DSM-IV. The symptoms must appear within three months after the stressful event; they must be significant, and exaggerated in accordance with the event. It does not correspond to the criteria of another specific trouble of axis I or II; it is not the expression of mourning; and the symptoms do not persist more than six months after the extinction of the stress factor. Adjustment disorder with anxiety is quite frequent in medical consultations or at the emergency. It remains an exclusion diagnosis among the other anxiety troubles. We have to be vigilant and have a good follow-up to be sure that it is not a more serious psychiatric problem, especially if the stress factor is chronic. The symptoms must be exaggerated considering the stressful event involved. The stress factor may be acute, like a divorce or the loss of a job, or it can be chronic like living in a dangerous neighborhood. Treatment must be immediate, brief and effective. Psychotherapy and medical counseling are the main treatment for an adjustment trouble with anxiety. The goal of the psychotherapy is to help the patient to identify the stress factor, to eliminate or diminish it, if possible, or to adapt to it. In most cases, psychotherapy will be the only treatment. If a pharmacologic treatment is needed, Buspar® or a benzodiazepine, if not contraindicated, are a good choice for a short period. Imovane® 5 mg or Desyrd® 50 to 100 mg as needed can be prescribed if the patient has a severe sleeping problem.

Key words: adjustment disorder, anxiety.

patients: validity of the Italian version of the hospital anxiety and depression scale. *Support Care Cancer* mai 1999 ; 7 (3) : 121-7.

- Dew MA, Roth LH, Sahlberg HC, Komos RL, Trzepacz PT, Griffith BP. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry* novembre 1996 ; 18 (6) Suppl : 48S-61S.
- Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldarone R, Lopez OL, Wess J, Dorst SK, Banks G. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med* mars 1997 ; 27 (2) : 395-409.
- American Psychiatric Association. *DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4^e éd. Washington : APA, 1994.
- Casacalenda N, Boulenger JP. Pharmacologic treatments effective in both generalized anxiety disorders and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. *Can J Psychiatry* septembre 1998 ; 43 (7) : 722-30.
- Brown EJ, Juster HR, Heimberg RG, Winning CD. Stressful life events and personality styles: relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *J Anxiety Disord* mai-juin 1998 ; 12 (3) : 233-51.
- Stoudermire A. Epidemiology and psychopharmacology of anxiety in medical patients. *J Clin Psychiatry* 1996 ; 57 (7) Suppl : 64-72, 73-5.

