

GENERALITES SUR LE CONCEPT DE TROUBLE NEVROTIQUE ET DE TROUBLE ANXIEUX

Si le terme de névrose a longtemps prévalu comme une entité nosographique à part entière, s'opposant notamment à la psychose et s'appuyant sur le modèle psychodynamique freudien, le développement de nouvelles théories sur l'origine des troubles mentaux et la nécessité de critères diagnostiques opérants pour la recherche ont suscité le développement de classifications psychiatriques. Ceci a entraîné l'éclatement du concept de "névrose" et sa redistribution au sein de plusieurs entités symptomatiques nouvelles.

Actuellement, ces nouvelles classifications américaine (DSM-IV, 1994) ou de l'OMS (CIM-10, 1992), exemptes de tout préjugé théorique, font référence et sont devenues un outil indispensable pour la recherche. Malgré tout, les anciens concepts de troubles névrotiques sont utiles afin de regrouper un certain nombre de symptômes et afin de mieux comprendre leur genèse tout en les articulant autour de l'anxiété qui en est l'un des facteurs communs, mais aussi l'organisateur de nombreux de ces troubles. Aussi, dans ce chapitre, les deux approches seront exposées afin de fournir à la fois une approche descriptive et sémiologique de ces troubles enrichie d'un éclairage psychodynamique.

I. HISTORIQUE

*Le concept de névrose est ancien. Il a été introduit par le médecin écossais W. Cullen en 1769. Initialement, ce terme regroupait toute affection générale du système nerveux sans lésion causale décelable. Dans ce concept on classait des pathologies aussi diverses et disparates que l'asthme, la diarrhée, l'épilepsie, l'hypochondrie, l'hystérie, les palpitations, la mélancolie, la manie, etc.

*C'est au XIX^{ème} siècle avec S. Freud et l'avènement de la psychanalyse, que le champ de la névrose va se rétrécir. En effet, sous l'influence de Charcot et Bernheim, Sigmund Freud, docteur en médecine et spécialiste en neurologie, en collaboration avec Breuer, va tout d'abord s'intéresser à l'étiologie de l'hystérie par l'utilisation de l'hypnose. Ensuite, il va progressivement substituer l'hypnose par l'utilisation d'une méthode originale d'exploration de l'inconscient. La création par Freud de la technique "psycho-analytique" en 1895 se basant sur la libre association d'images, d'idées ou de souvenirs, afin d'atteindre et de comprendre l'inconscient, va permettre la fondation de la théorie psychanalytique à l'origine du concept actuel de névrose.

Avec la psychanalyse, les troubles névrotiques ont été redistribués au sein de plusieurs familles symptomatiques avec parfois association avec d'autres troubles. Malgré tout, l'un des facteurs commun de ces troubles est l'anxiété :

- dans la névrose d'angoisse, l'angoisse demeure libre et flottante ;
- dans la névrose phobique, l'angoisse est déplacée sur un objet ou une situation ;
- dans la névrose hystérique, l'angoisse est déplacée sur le corps (la conversion) ;
- dans la névrose obsessionnelle, l'angoisse est déplacée sur des contenus psychiques.

*Bien que souvent discutée, cette conception a prévalu jusqu'à ces trente dernières années. Avec l'émergence de nouvelles théories (théorie comportementale et cognitive, sociales, développement des neurosciences et de la neuropharmacologie), et sous l'influence de l'Association Américaine de Psychiatrie, est apparue vers le début des années 1970 une nouvelle nosographie descriptive volontairement athéorique. Elle a motivé la mise au point de classifications fondées sur des critères diagnostics : le DSM-III (1980), puis III-R (1987), puis IV (1994) (DSM pour Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) aux Etats-Unis et la CIM-10 (dixième Classification Internationale des Maladies, 1992) qui est l'émanation de l'OMS. Le cadre nosographique des troubles névrotiques y a disparu pour être redistribué au sein des troubles anxieux, troubles

somatoformes, troubles dissociatifs, troubles de l'adaptation, troubles psychosexuels et troubles de la personnalité.

II. LES DIFFERENTS MODELES ETHIOPATHOGENIQUES DES TROUBLES ANXIEUX

II.1. Le modèle psychanalytique :

Freud a le premier proposé un modèle de compréhension de la signification fonctionnelle des symptômes névrotiques qui privilégie le milieu et le développement affectif de l'individu sur l'équipement biologique. Ces symptômes ne seraient que la représentation ou la fixation de l'anxiété liées à l'équilibre de trois instances (le Ça, le Moi et le Surmoi) organisés en fonction de la maturation affective de la personnalité.

Cette théorie psychodynamique révolutionnaire à l'époque est toujours vivement contestée maintenant. Si celle-ci a été écartée pour la description des troubles mentaux, elle reste très utile dans la compréhension de certaines situations cliniques. En fait, beaucoup de psychanalystes la défendent non plus comme une science ou comme une vérité mais comme un mythe du XX^{ème} siècle qui n'a de valeur que dans ses applications pratiques. C'est à chaque thérapeute de faire fonctionner ce modèle suivant les situations cliniques.

II.1.1. Les grands concepts :

Selon le modèle psychanalytique, la genèse de la personnalité repose sur le développement de l'affectivité à partir des concepts de *pulsions*, de *désirs* et de *conflits*. La *personnalité* va se développer à partir des pulsions primaires en différents stades.

*Les *pulsions* sont des processus dynamiques consistant dans une poussée (charge énergétique, facteur de motricité) qui fait tendre l'organisme vers un but. Leurs fondements sont biologiques (faim, soif, sommeil, activité sexuelle etc.). Selon Freud, une pulsion a sa source dans une excitation corporelle (état de tension) ; son but est de supprimer l'état de tension qui règne à la source pulsionnelle; c'est dans l'objet ou grâce à lui que la pulsion peut atteindre son but.

Il existe différents types de pulsions primaires regroupées en deux grands ensembles : les *pulsions de vie*, qui associent les *pulsions d'autoconservation* et les *pulsions sexuelles*, et les *pulsions de mort* qui s'opposent aux premières.

- Les *pulsions de mort* s'opposent aux pulsions de vie. Elles tendent à la réduction des états de tension de manière radicale et complète par un retour de l'être vivant à un état anorganique. Ces pulsions peuvent être tournées soit vers l'intérieur, tendant à l'autodestruction et à l'auto-agressivité (masochisme), soit vers l'extérieur, en une pulsion de destruction ou d'agression qui conduit à la destruction de l'objet.

- Les *pulsions d'auto-conservation* correspondent à l'ensemble des besoins permettant la conservation de la vie (faim, soif etc.).

- Les *pulsions sexuelles* dépassent le cadre de la sexualité pour être un pôle psychique important de l'organisation de la personnalité. Elles appartiennent aux pulsions de vie. Il s'agit de la libido, l'origine des désirs, qui va prendre, chez l'individu, différentes formes. Parfois par extension, on appelle libido toute énergie psychique (Jung). Ainsi la libido, qui est l'énergie dérivée des pulsions sexuelles, se manifeste différemment tout au long du développement et investit dans l'enfance des zones du corps privilégiées dites érogènes (orale, anale, phallique).

*Principe de plaisir et principe de réalité :

Il faut se représenter la libido comme un fleuve qui doit s'écouler quoiqu'il arrive. Cette énergie est engendrée par les pulsions primaires. La construction de la personnalité

consiste à organiser cette source brute et sauvage d'énergie afin qu'elle puisse s'écouler. Suivant la canalisation de ce fleuve, on aura un écoulement tranquille ou tumultueux. La libido va être confronté à deux principes parfois contradictoires : Le principe de plaisir et le principe de réalité.

- Le *principe de plaisir* est l'ensemble de l'activité psychique qui a pour objet d'éviter le déplaisir et de procurer le plaisir. En tant que le déplaisir est lié à l'augmentation des quantités d'excitation et le plaisir à leur réduction, le principe de plaisir est un principe économique.

- Le *principe de réalité* est le deuxième principe régissant selon Freud le fonctionnement mental. Il forme un couple avec le principe de plaisir qu'il modifie : dans la mesure où il réussit à s'imposer comme principe régulateur, la recherche de satisfaction ne s'effectue plus par les voies les plus courtes, mais emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur.

*Le conflit :

Par moments, le principe de plaisir et le principe de réalité ont des exigences internes contraires et vont s'opposer afin de donner naissance à un *conflit psychique*. Le conflit peut être manifeste (entre un désir et une instance morale par exemple, ou entre deux sentiments contradictoires) ou latent, ce dernier pouvant s'exprimer de façon déformée dans des désordres de la conduite, des troubles du caractère, etc. Le conflit est un élément constitutif de l'être humain et ceci dans diverses perspectives : conflit entre le désir et les défenses, conflits entre les pulsions mais aussi confrontation à l'interdit.

Le conflit intra-psychique suit les règles de tout conflit. Le résultat de cet affrontement peut être la domination de l'une ou l'autre des forces en présence, l'alternance de la domination, un compromis satisfaisant correspondant à un équilibre ou un compromis insatisfaisant et appauvrissant. Dans tous les cas, cet affrontement entraîne toujours une déperdition d'énergie plus ou moins coûteuse à l'économie intra-psychique. Les conflits apparaissent dès la naissance et vont être par leurs résultantes des puissants organisateurs de la pensée.

*A partir de ces forces intrinsèques à l'être humain (pulsions) et de leurs confrontations (conflit), une organisation économique psychique va se mettre en place progressivement. Cette mise en place va se faire suivant plusieurs étapes afin de construire notre *personnalité*.

II.1.2. Les stades instinctuels :

Freud dissocie les stades pré-génitaux, ceux qui sont antérieurs au complexe Œdipien (stade oral et stade anal), et le stade génital ou phallique où se développe le complexe Œdipien.

Ces stades sont des étapes du fonctionnement psychique, au cours desquelles un certain type de fonctionnement va être prépondérant, type qui ne sera pas complètement abandonné lors de l'évolution à un stade ultérieur, mais dont l'importance s'atténuera et deviendra plus relative. En fait ces étapes évoluent plutôt comme une progression et une diversification des modes de fonctionnements. Au cours de ces stades, on va voir apparaître avec le plaisir, par abaissement des tensions, un plaisir d'excitation (plaisir libidinal).

II.1.3. Structure de la personnalité :

S. Freud, pour décrire les effets des conflits sur la structuration de la personnalité, a élaboré le "*système topique*" qui consiste à décrire la différenciation dans le psychisme d'un certain nombre d'instances hiérarchisées.

*La première description de Freud opposait *l'inconscient* au système *préconscient-conscient*. Selon ce modèle, l'inconscient, constitué des pulsions primaires et des désirs refoulés, était séparé du système préconscient-conscient par la censure, instance refoulante. Le refoulement est l'opération par laquelle le sujet cherche à repousser puis à maintenir dans l'inconscient des représentations mentales liées à une pulsion. Les contenus refoulés gardent toute leur activité et la dépense d'énergie pour éviter le retour du refoulé, est importante. Il est à la vie psychique ce qu'est la censure à la communication des informations. Dans certaines circonstances, ce qui a été refoulé activement peut revenir à la conscience au cours d'une interprétation par exemple ou d'un traumatisme, le sujet a beaucoup de mal à accepter cette prise de conscience parfois très douloureuse. Elle lui paraît alors injustifiée, fallacieuse, intolérable, il s'efforce de s'en défendre.

*La seconde Topique, définie par Freud, fait appel à trois instances dont l'évolution, la fonction et les buts vont s'élaborer et se diversifier au cours des stades du développement psychologique.

- *Le système du ça* est le pôle pulsionnel de la personnalité ; réservoir de pulsions innées, il comporte aussi des éléments acquis qui ont été refoulés. Du point de vue économique, il est le réservoir de l'énergie psychique. D'un point de vue dynamique, il entre en conflit avec le Moi et le Surmoi.

- *Le système du Moi* est l'instance centrale de la personnalité. Son domaine est celui des perceptions et des processus intellectuels. Son rôle est l'auto-conservation. Le Moi reçoit des stimulations du monde extérieur; il doit éliminer toutes celles qu'il juge excessives ou dangereuses pour l'unité de la personne. Le Moi fonctionne selon le principe de réalité; il correspond à la pensée objective, socialisée et rationnelle. Cette instance est surtout un médiateur entre le ça et le monde extérieur d'une part mais aussi entre le ça et le Surmoi (troisième instance psychique). Sa fonction de compromis est assurée par un certain nombre de mécanismes de défense, qui restent inconscients et dont la mise en oeuvre est déclenchée par l'angoisse née des conflits.

- *Le système du Surmoi* est la troisième instance psychique. On la décrit comme dérivée du Moi. Elle se forme par intériorisation des exigences et des interdits parentaux. Cette assimilation des forces répressives que l'individu a rencontrées lors de son développement, fait de ce système l'élément censeur et juge de la personnalité. En majeure partie inconscient, le Surmoi manifeste son existence dans le champ de la conscience morale, de l'autocritique, des interdictions, du système de valeurs.

II.1.4. Fonctionnement la personnalité :

La théorie de la personnalité décrite par Freud s'appuie sur le concept de pulsions et la distribution de l'énergie libidinale en trois instances. L'équilibre de la personnalité dépend de la bonne répartition de cette énergie. Le Moi autorise l'adaptation au monde extérieur et utilise l'énergie dont il dispose pour le double contrôle du ça et du Surmoi. Parfois le sujet devra faire face à des conflits manifestes ou latents. Afin d'éviter l'angoisse engendrée par ceux-ci, le Moi dispose d'un certain nombre de *mécanismes de défense inconscients* qu'il utilise au cours même de son développement. Parmi les principaux mécanismes de défense du Moi, *l'introjection* et la *projection* ont un rôle précoce fondamental; par la suite, le *refoulement* et la *sublimation* marquent le déclin de la sexualité infantile.

**L'introjection* est le mécanisme qui permet à l'individu d'intégrer fantasmatiquement des objets extérieurs à lui ou des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est l'équivalent de l'incorporation au niveau du corps. Elle est à l'origine du mécanisme d'identification qui consiste à une intériorisation des qualités et des positions maternelles dans les deux sexes puis en une assimilation des interdictions parentales au cours du stade phallique. Cette identification aux parents idéalisés sera suivie d'intériorisations des interdits d'ordre social. À la puberté, l'adolescent déplacera cette identification sur des substituts parentaux (entraîneurs, professeurs etc.) afin de pouvoir s'autonomiser.

*La *projection* consiste à attribuer à autrui des sentiments, des désirs ou des intentions, jugés inacceptables en soi. La superstition est un exemple de ce type de mécanismes de défense archaïque.

*Le *refoulement* permet au sujet de repousser dans l'inconscient des représentations intolérables liées aux pulsions afin d'éviter l'angoisse. Le principe de ce mécanisme est issu du complexe d'Œdipe avec le refoulement de ses fantasmes pour rentrer dans la période de latence.

*La *sublimation* est le mécanisme par lequel l'énergie liée à la pulsion sexuelle est employée pour des activités apparemment sans rapports avec la sexualité. Cette énergie libidinale est le moteur des activités artistiques, intellectuelles et sportives. La sublimation est une variété de déplacement, mécanisme de défense par lequel les affects importants qui sont liés à une représentation, peuvent se détacher de cette représentation afin de passer à d'autres qui sont moins intensément investies (exemple: les phobies). On repère ces phénomènes de déplacement par les rêves qui sont une porte ouverte sur notre inconscient.

*La *condensation* est un processus aboutissant à la fusion en un élément unique de plusieurs composants latents. On retrouve fréquemment ce mécanisme dans les rêves où un rêve correspond à de nombreuses représentations.

*Dans certaines pathologies mentales, il existe d'autres mécanismes de défense :

- L'isolation permet de supprimer les connexions d'un affect avec son entourage.
- La régression provoque un retour à une étape dépassée du développement.
- La conversion autorise l'expression de pulsions sous forme symbolique dans des manifestations physiques diverses.
- La dissociation isole les pulsions inacceptables de la personnalité consciente et elles se réalisent sans que le sujet les attribue à lui-même.

Chacun d'entre nous a son équilibre psychique plus ou moins stable, issu de notre histoire, avec ses moyens de défense: la structure névrotique. La personnalité correspond à l'organisation dynamique des processus intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques d'un sujet. On l'appelle le plus souvent le caractère, c'est à dire l'ensemble des traits observables qui définissent la manière de se comporter face à une situation. La personnalité est donc à la structure ce qu'est la façade à la maison. Chacun possède des traits de caractères avec une prédominance hystérique, obsessionnelle, etc. Cette personnalité est dite pathologique lorsqu'elle ne permet pas une adaptation souple aux événements de vie et qu'elle entraîne la souffrance du sujet ou de son entourage.

II.1.5. Les troubles névrotiques :

*Le normal et le pathologique :

Comme nous l'avons vu, selon le modèle psychanalytique, chaque individu a une structure névrotique issue de la maturation affective et d'un certain nombre de traits de caractères (histrioniques, phobiques, obsessionnels, etc.) faisant la personnalité. Ceux-ci deviennent *pathologiques* lorsqu'ils envahissent la vie de l'individu. Par exemple, si une peur isolée des souris n'est pas pathologique, elle le devient si cela empêche un patient de sortir de chez lui. Ces troubles névrotiques peuvent être compris comme l'échec du Moi à maintenir l'équilibre. En la fixant sur un objet, une situation, sur des pensées ou sur le corps, le Moi fait une ultime tentative pour échapper à l'irruption d'une angoisse issue d'un conflit.

*Névrose de l'adulte et névrose infantile :

En fait les *névroses de l'adultes* seraient dues à l'activation d'une *névrose infantile* par un événement "traumatisant". Le patient névrosé, n'ayant pu surmonter le conflit, reste fixé aux stades de satisfaction et de relation qu'il a expérimentés avant l'apparition de la névrose infantile. Cette fixation s'accompagne d'une régression du sujet qui, devant tout

événement ressenti comme un danger, adoptera un comportement inadapté se rapportant à une étape antérieure du développement au cours de laquelle les exigences pulsionnelles pouvaient être satisfaites. L'aspect *clinique* de la symptomatologie névrotique dépend du *stade* auquel s'est produit la fixation.

*Fonctions du symptôme :

L'élaboration du symptôme névrotique est donc certes un processus pathologique mais son rôle économique est indiscutable. Il va permettre de résoudre le conflit d'origine et de procurer une certaine détente de l'inconscient. L'angoisse manifeste est ainsi évitée, c'est le *bénéfice primaire* du symptôme névrotique. Dans un deuxième temps, d'autres *bénéfices dits secondaires* peuvent être obtenus (mobilisation de l'entourage, avantages sociaux) qui, s'ils se multiplient, vont contribuer à fixer les symptômes.

*Valeur du symptôme :

Comme tout symptôme, le symptôme névrotique est un signe pathologique le plus souvent observable ou repérable au niveau du comportement ou du discours d'un patient. Ces symptômes sont qualifiés de névrotiques parce qu'ils renvoient souvent, lorsqu'ils sont isolés ou prévalents, à une maladie névrotique (par exemple : les conversions, les phobies, les obsessions). Mais aucun de ces symptômes n'est spécifique d'une maladie névrotique, ils peuvent aussi s'observer dans d'autres tableaux psychiatriques que les névroses (syndromes dépressifs ou psychoses). Le symptôme névrotique doit donc faire l'objet d'une interprétation qui vise à le rattacher à une éventuelle maladie névrotique. Il est alors important d'étudier la personnalité et la structure du patient.

*La maladie névrotique :

Selon le modèle analytique, *la maladie névrotique* peut se concevoir comme l'association :

- de symptômes généraux et névrotiques
- d'une structure névrotique
- d'une personnalité névrotique (normale ou pathologique).

Lorsque ces trois éléments sont présents, le diagnostic de névrose est certain. Cependant le repérage de la structure et de la personnalité posent parfois de nombreux problèmes.

II.2. Les modèles comportementaux et cognitivistes :

II.2.1. Les modèles comportementaux :

*L'approche comportementale de la personnalité (qui s'enrichira secondairement de l'approche cognitiviste) est une approche théorique issue de la réflexologie de Pavlov (1903), du behaviorisme de Watson (1920) et de la théorie de l'apprentissage de Wolpe et Lazarus (1966). Les comportementalistes ont développé un outil fonctionnel à partir d'un raisonnement expérimental. Cet outil doit permettre le recueil de données objectives issues de l'observation, leur analyse afin de les organiser autour d'une hypothèse de travail cohérente, la détermination d'un élément du système qui sera l'objectif thérapeutique prioritaire et d'une procédure pour l'aborder et, enfin, de pouvoir évaluer les modifications entraînées par cette thérapie.

*Ce modèle est basé sur le principe de la "boîte noire" et ne cherche en aucun cas à rentrer dans une dimension énergétique (affective et sexuelle) de la personnalité et dans le vécu de l'individu. Le cerveau est une boîte noire qui réagit à des stimuli par des réponses afin de favoriser ceux qui sont sources de plaisir et d'éviter ceux qui sont sources de déplaisir.

*Cette approche expérimentale s'appuie sur l'observation fondatrice de *deux types de conditionnement* :

- Le conditionnement pavlovien s'appuie sur le principe suivant: Habituellement si on présente des boulettes de viande à un animal, il salive. Si à cette réponse réflexe déjà acquise, on ajoute un autre stimulus comme le tintement d'une cloche, on conditionne le chien à saliver à l'audition de ce son, sans la présence de la viande. Il s'agit d'un conditionnement répondant.

- Le conditionnement skinnerien (1953) est issu d'un autre principe. Un comportement, quel qu'il soit, peut avoir pour le sujet un effet agréable ou désagréable (on parle de récompense ou de punition). L'effet agréable entraîne la répétition du comportement; on dit qu'il le renforcera (renforcement positif, feed-back positif); l'effet désagréable entraîne la diminution de sa fréquence allant jusqu'à sa suppression (renforcement négatif, feed-back négatif). Dans la pratique, seuls les renforcements positifs sont véritablement efficaces. On parle de comportement opérant. Dans la construction de la personnalité, on accorde surtout de l'importance au conditionnement skinnérien.

II.2.2. Les modèles cognitivistes :

*Les modèles cognitivistes s'appuient sur les modifications comportementales engendrées par les stimuli issus du monologue intérieur et du traitement des pensées flash ou automatiques. Les pensées flashs sont des pensées de courte durée qui se présentent spontanément à l'esprit. Par exemple, si vous présentez un cas clinique lors d'une réunion de travail dans un service, vous pouvez avoir des pensées spontanées comme "je suis mauvais", "je vais raté ma présentation car je ne parle pas assez fort", "tel médecin me regarde bizarrement, cela veut dire que je me suis trompé", etc. La répétition de ces pensées flash et leur influence sur le comportement de l'individu peuvent dans un cas semblable participer à une phobie sociale. Bien souvent le patient n'a pas véritablement conscience de ce processus.

*Le thérapeute cognitiviste devra analyser les pensées flash à l'origine de cet emballement et décrypter le schéma pathogène à l'origine du malaise. Ensuite par divers outils comme la relaxation, la désensibilisation, il va donner les moyens au patient de gérer ce type de situation.

II.3. Les modèles neuropharmacologiques :

Le développement majeur des neurosciences depuis la deuxième guerre mondiale a permis une meilleure compréhension des aspects neurochimiques du stress, la genèse de l'anxiété et des adaptations thérapeutiques.

A l'heure actuelle vu le développement des psychotropes et de l'hégémonie de la France dans leur consommation (5 % de la population prendraient des benzodiazépines pendant plus d'un an contre 3,1 % en Angleterre et 0,5 % en Suède), il est important pour tous de maîtriser un certain savoir de base en neuropharmacologie.

Afin de bien comprendre la suite, il est important de définir le stress et l'anxiété :

**Le stress* est un processus physiologique non pathologique complexe développé par l'organisme en réaction à des événements internes ou externes afin de mettre en place une réponse adaptée à cette situation. Ce processus implique des composants physiologiques, comportementaux, cognitifs émotionnels.

**L'anxiété* est la réponse psychique à ce stress et peut être caractérisée par un sentiment de danger imminent et indéterminé. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle atteint un caractère invalidant ou que ces manifestations deviennent chroniques.

II.3.1. Réponses de l'organisme à des facteurs stressants physiques ou émotionnels :

*Au niveau central, un stimulus stressant provoque une facilitation des voies neurales induisant un état approprié d'alerte, d'éveil, de vigilance, de cognition, d'attention ou d'agression parallèlement à une inhibition des voies neurovégétatives impliquées dans l'alimentation et la reproduction.

*Tous ces changements périphériques et centraux sont réalisés en vue d'une réponse générale adaptée dont les *deux principaux chefs d'orchestre* sont le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien (mettant en jeu le CRF, l'ACTH, les glucocorticoïdes) et le système nerveux sympathique (Noradrénaline). On a observé qu'une augmentation du CRF provoquait un comportement anxieux. On retrouve lors des modèles animaux d'anxiété une augmentation des taux plasmatiques de corticostérone proportionnelle au stress induit.

**Ces deux systèmes s'activent mutuellement* par une boucle de contrôle. Ils sont d'une part activés par les transmissions sérotoninergiques et cholinergiques et, d'autre part inhibés par les neurotransmissions GABAergiques et opioïdes. Les systèmes noradrénergique et dopaminergique sont également sollicités au niveau central dans des conditions stressantes. Un stress chronique induit une diminution de la sensibilité des récepteurs α -adrénergiques ainsi qu'une augmentation de synthèse de noradrénaline persistante. Un stress aigu est à l'origine d'une augmentation du turn-over dopaminergique dans les régions desservies par les voies mésolimbiques et mésocorticales.

*Un dysfonctionnement de la réponse au stress peut aboutir à des *maladies chroniques* comme l'anorexie, une perte de poids, une immunosuppression, des ulcères ou à une dépression. Par exemple, on a observé chez les personnes dont le compagnon est décédé, une baisse des défenses immunitaires pendant environ un an.

II.3.2. Stress, anxiété et système sérotoninergique :

*Le système sérotoninergique :

- Le système sérotoninergique a une fonction neuromodulatrice par son organisation en de multiples projections arborescentes. Il fonctionne comme un stimulateur naturel et décharge lentement et régulièrement un potentiel d'action biphasique de longue durée, pendant une veille calme 1 à 3 pics/s, pendant une veille active 2 à 5 pics/s, pendant un exercice physique intense 4 à 7 pics/s et pendant le sommeil 0 pic/s.

- Il existe sept grandes familles de récepteurs à la sérotonine couplés soit positivement ou négativement à une adénylyl-cyclase, soit à un canal chlore. Deux récepteurs interviennent dans la régulation du "firing" sérotoninergique, le récepteur 5HT1A, au niveau du corps cellulaire, et le récepteur 5HT1B, au niveau présynaptique.

*Système sérotoninergique, comportements et troubles psychiatriques :

- Le système sérotoninergique intervient dans de nombreux comportements (alimentation, activité sexuelle, mémoire, humeur, prise de décision, cognition, apprentissage, vigilance, etc.

- Si le système sérotoninergique est l'une des principales cibles thérapeutiques dans la *dépression* avec les inhibiteurs de la recapture ou certains tricycliques, il est aussi une cible de choix dans le traitement de *l'anxiété*.

La dépression est associée à une hypo-activité de la transmission sérotoninergique. Alors qu'inversement une exacerbation de cette transmission intervient dans les troubles anxieux. Les substances qui diminuent la neurotransmission sérotoninergique (comme les agonistes 5HT1A, les antagonistes 5HT2, 5HT3, les benzodiazépines, la neurotoxine, le 5,7DHT) sont anxiolytiques tandis que les substances qui augmentent la neurotransmission sérotoninergique (fenfluramine, inhibiteur de la recapture sérotoninergique comme la fluoxétine, la paroxétine, l'indalpine) sont anxiogènes sur les différents modèles animaux.

Une étude clinique récente (1995) a montré que les taux plasmatiques de tryptophane (précurseur de la sérotonine) et de 5HT sont plus élevés chez les patients présentant une anxiété importante par rapport à des individus faiblement anxieux.

Les agonistes 5HT_{2C} sont des antipaniques et des anticompuulsifs alors que les agonistes 5HT_{1B} (post synaptiques) augmentent les compulsions.

L'HYSTÉRIE

*Décrite depuis l'antiquité, étudiée grâce à l'hypnose par Charcot et théorisée par Freud, la névrose hystérique a fait l'objet, ces dernières années, d'un découpage nosographique. Dans la nosologie américaine elle s'est vue redistribuée dans plusieurs sous-groupes dont les *troubles somatoformes* et les *troubles dissociatifs*. Le terme de névrose hystérique n'y figure plus depuis le DSM-III. Ceci illustre l'absence de consensus quant à la définition du concept d'hystérie, chaque définition dépendant du modèle théorique sous-jacent (psychanalytique, comportemental, etc.).

*L'hystérie est à la base de l'élaboration du modèle analytique et c'est Freud qui le premier, a théorisé le symptôme de conversion. Selon cette théorie, la fixation névrotique se ferait au stade oral, au premier temps du conflit oedipien où le petit enfant cherche à séduire le parent du sexe opposé. Mais, un traumatisme stopperait l'évolution naturelle à ce stade faisant obstacle à la résolution du complexe d'Œdipe. Ce désir de séduction est fortement culpabilisé par le Surmoi et provoque un conflit intrapsychique. Le refoulement est le mécanisme de défense mis en jeu pour lutter contre l'angoisse liée à ce conflit. Il agit en repoussant dans l'inconscient les représentations sources de tension. Le compromis entre la pulsion et les mécanismes de défense génère alors les troubles de la personnalité (quête affective, désir de séduction) et la conversion, expression somatique du conflit psychique inconscient.

D'autres théories ont depuis été développées notamment les théories cognitives.

*Contrairement aux autres troubles décrits dans ce chapitre, l'hystérie se caractérise par un polymorphisme symptomatique. Ses limites restent donc difficiles à cerner.

Classiquement, l'hystérie se définit par l'association :

- de critères objectifs comportementaux : conversions somatiques ;
- de critères symptomatiques : intense demande affective, hyperexpressivité des affects, vie imaginaire intense, grande suggestibilité ;
- de critères de structure : le mécanisme de défense prévalent est le refoulement (notion psychanalytique) qui vise à lutter contre la culpabilité oedipienne.

I. Diagnostic positif

I.1. La conversion hystérique :

Elle se traduit par une perte ou une altération de certaines fonctions physiques ou psychiques sans substratum organique. Les symptômes peuvent être paroxystiques ou durables, uniques ou parfois multiples. Il faut souligner que leur présence isolée n'est pas synonyme de névrose hystérique. Ils peuvent en effet s'observer dans le cadre d'autres pathologies psychiatriques, organiques, ou représenter un accident occasionnel transitoire à la suite d'un choc affectif. Dans tous les cas, il s'agit de l'expression d'une souffrance psychologique réelle à ne pas confondre avec la simulation.

I.1.1. Caractéristiques générales de la conversion :

*Elle s'exprime préférentiellement au niveau des *organes de la vie de relation* et de façon *involontaire*. Elle n'est pas la conséquence d'une atteinte organique et *ne répond pas aux lois de l'anatomie ni de la physiologie*. Les examens cliniques et paracliniques n'en

donnent pas l'explication. Elle apparaît souvent après un *conflit* avec l'entourage, un choc affectif ou à la faveur d'une régression importante et est en général *réversible* après un laps de temps très variable. L'influence du milieu extérieur sur la disparition des symptômes est importante (*variations selon le contexte*). Elle survient souvent chez un sujet ayant des antécédents médicaux ou après mise en contact avec des sujets malades avec répétition des symptômes observés chez autrui. Elle paraît souvent *remarquablement tolérée sur le plan affectif*. C'est au maximum la "belle indifférence" de l'hystérique. Le niveau d'anxiété de base peut être plus ou moins élevé mais le patient n'exprime aucune angoisse en évoquant son symptôme. Elle entraîne une *impotence fonctionnelle et une réduction de l'autonomie du sujet disproportionnées en regard de l'atteinte*. Elle est souvent *exhibée*, expressive, parfois labile et *sensible à la suggestion*. L'amélioration peut être spectaculaire en quelques minutes. Elle peut s'observer chez des sujets présentant des personnalités très différentes et pas seulement hystériques. Enfin, le sujet utilise fréquemment la conversion pour alarmer ou manipuler l'entourage et obtenir des *bénéfices*. Mais rappelons que le sujet est convaincu de la réalité de son trouble, il ne s'agit pas d'une simulation.

I.1.2. Les symptômes somatiques de conversion :

Ils sont protéiformes, peuvent être associés et touchent la motricité, la sensibilité, les fonctions sensorielles. Ils peuvent simuler toutes les maladies et aucun n'est spécifique de l'hystérie.

*Les symptômes moteurs :

- La *grande crise épileptoïde pseudo-convulsive* décrite par Charcot est rare de nos jours. Elle

comporte classiquement une succession de phases prodromiques (tristesse, suffocation, troubles visuels, etc.), de perte de connaissance avec chute le plus souvent amortie, de convulsions désordonnées sans morsure de langue ni perte d'urine, suivies d'une phase résolutive avec résistance à la mobilisation active et à l'ouverture des paupières. Enfin, la crise se termine par une phase de contorsions clownesques avec parfois attitudes d'opisthotonos et/ou des attitudes passionnelles en rapport avec un vécu oniroïde. La crise a un aspect très spectaculaire et la symptomatologie est d'autant plus riche que l'entourage est nombreux.

- Les *formes dégradées* de la grande crise sont beaucoup plus fréquentes de nos jours. Tous les

intermédiaires peuvent se voir entre les malaises syncopaux ou lypothymiques, la banale crise de nerfs en passant par l'épisode d'agitation convulsive très érotisée et certaines crises tétaniformes.

- Les *pseudo-paralysies* et parésies peuvent s'associer à des troubles sensitifs et ne respectent pas la systématisation neurologique. Les réflexes sont en général conservés et l'amyotrophie est rare.

- Les *mouvements anormaux* sont peu systématisables. Il peut s'agir de tremblements, de mouvements choréiques, de tics.

- Les atteintes de la *phonation* sont fréquentes : dysphonie, voix chuchotée voire aphonie. D'authentiques mutismes peuvent être observés.

- *L'astisie-abasie* (fréquente) : rend impossible la station debout et la marche alors que la mobilisation volontaire des membres inférieurs demeure possible dans d'autres conditions.

- Moins spécifiques, l'asthénie et la faiblesse musculaire peuvent représenter d'authentiques symptômes de conversion.

*Les symptômes sensitifs :

- Hypoesthésies ou anesthésies : souvent globales, touchant la sensibilité à la douleur, à la chaleur et au tact. Elles peuvent toucher les muqueuses.

- Hyperesthésies : il s'agit de points douloureux localisés de topographie variable.
- Algies fréquentes et d'autant plus rebelles que l'âge avance et souvent invalidantes : céphalées, cervicalgies, sciatalgies, algies pelviennes.
- Frigidité pouvant ou non s'associer à des contractures douloureuses lors des rapports sexuels (vaginisme).

*Les troubles des organes sensoriels :

- de l'audition : surdité, acouphènes, vertiges.
- de la vision : c civit , simple flou visuel, diplopie.
- du goût : agueusie.

*Les troubles fonctionnels : de la déglutition, de la miction ou de la respiration.

I.1.3. Les symptômes de conversion psychique :

*Un  tat psychique particulier a été décrit au moment des crises motrices. C'est un état proche de l'hypnose où l'esprit est envahi de représentations et le sujet perd partiellement conscience de son corps (pertes de connaissance ou pseudo-coma,  tats d'obnubilation dit crépusculaire,  tats seconds avec production oniroide d'images visuelles d'allure hallucinatoires.).

*Ces symptômes psychiques peuvent survenir en dehors de ce contexte : le plus souvent intermittents, ils sont qualifiés de *troubles dissociatifs* (  ne pas confondre avec la dissociation psychotique). La dissociation serait liée à une altération soudaine et transitoire des fonctions d'intégration, de la conscience, de l'identité ou du comportement moteur. On peut observer différents troubles dissociatifs :

- Les troubles de la mémoire : amnésie souvent sélective, illusions amnésiques, fabulations embrouillant la biographie.
- Les fugues psychogènes : s'associant souvent à une amnésie.
- Le somnambulisme avec exécution de scènes imaginaires ou reproduction d' v nements vécus.
- Les  tats de dépersonnalisation s'accompagnant de déréalisation sont en général transitoires. Ils sont souvent concomitants d' tats de transe.
- La personnalité multiple se caractérise chez le même sujet par la coexistence de deux ou plusieurs personnalités organisées distinctes. Chacune d'entre elles prédomine à un moment donné et chaque personnalité ignore les projets, les actes et l'existence même des autres. Ces  tats sont rares et parfois discutés lors de problèmes de responsabilité judiciaire notamment aux USA.

*D'authentiques manifestations psychiatriques peuvent selon certains, être le fruit d'un mécanisme de conversion. Il s'agit d' tats m lancoliformes ou de troubles d'allure psychotiques aigus ou chroniques ayant fait parler de psychose hystérique.

I.2. La personnalité histrionique :

*Elle est caractérisée par :

- le besoin de paraître et de se faire valoir,
- le th  tralisme,
- la facticité des affects,
- l'avidité affective,
- l'hyperémotivité et la labilité émotionnelle avec accès de colère, de pleurs ou de joie,
- l'égocentrisme,
- les troubles de la sexualité (peur des relations sexuelles envisagées avec angoisse).
- les relations interpersonnelles sont perturbées avec des comportements séducteurs qui paraissent inauthentiques ou superficiels, une dépendance marquée par la quête constante de réassurance et parfois des menaces à visée manipulatrice.

*Ces traits de personnalité peuvent se rencontrer chez n'importe quel sujet. Aussi, pour porter le diagnostic de trouble de la personnalité hystérique, ces traits doivent être durables et largement prédominants au détriment des autres traits de personnalité possibles. Enfin, la personnalité hystérique est souvent associée à la personnalité phobique.

I.3. Formes cliniques de l'hystérie :

*Prédominante chez la femme, l'hystérie peut se rencontrer dans les deux sexes et quelque soit l'âge.

*Rappelons que les formes cliniques sont extrêmement variées d'un sujet à l'autre et semblent évoluer avec les époques. Très fréquente au siècle dernier, la prévalence de la névrose hystérique aurait, pour certains auteurs, beaucoup diminué de nos jours. En fait, les manifestations cliniques de l'hystérie semblent avoir constamment changé selon les époques, les cultures, l'évolution des mentalités et le savoir médical. L'hystérique paraît se modeler sur l'attente de la société et les symptômes de conversion sont le plus souvent des symptômes d'actualité. Quelque soit l'époque ces symptômes traduisent toujours le désir permanent de l'hystérique de constituer une énigme pour la logique scientifique et d'offrir son corps au regard scrutateur du médecin "censé savoir".

*C'est ainsi que les grandes crises de l'époque de la médecine anatomo-clinique de Charcot ont aujourd'hui cédé la place à des manifestations atténuées, des troubles d'allure psychosomatiques, voire des manifestations psychiatriques. Ce n'est donc probablement pas la fréquence de l'hystérie qui a diminué mais la symptomatologie qui s'est modifiée.

II. diagnostic différentiel

II.1. Diagnostic différentiel de la conversion hystérique :

*L'atteinte organique : toute la pathologie organique peut être exprimée par l'hystérique ce qui est parfois source d'erreur diagnostique. Mais, on ne doit jamais se contenter du diagnostic de symptôme de conversion avant d'avoir fait un examen somatique et neurologique complet. Ce diagnostic doit rester un diagnostic d'exclusion.

*La simulation : la production du symptôme est sous le contrôle de la volonté et un but utilitaire est identifiable.

*Les troubles hypochondriaques : dans ce cas, l'angoisse est focalisée sur le corps et particulièrement sur les organes profonds non visibles, et non pas les organes de la vie de relation. Il n'existe pas de réels symptômes, l'angoisse est très importante et source de plaintes nombreuses contrairement à l'indifférence de l'hystérique à ses symptômes. Cependant, ces troubles peuvent constituer une forme évolutive du symptôme de conversion chez le sujet âgé.

*La pathologie psychosomatique : elle pose souvent un problème de forme frontière avec les symptômes de conversion. Les troubles psychosomatiques concernent plutôt le système neurovégétatif et les viscères avec des perturbations anatomiques identifiables. Le fonctionnement mental de ces sujets se distingue de celui des hystériques. Il est décrit sous le terme de "pensée opératoire", peu marquée par l'affect avec une vie fantasmatique pauvre. Mais on ne peut méconnaître l'existence de formes intermédiaires qui posent la question des limites respectives de ces troubles.

*Les pathomimies : le symptôme est sous le contrôle de la volonté mais le but poursuivi n'est pas clairement identifiable.

*Les autres névroses :

- La névrose obsessionnelle s'oppose quasiment en tout point à l'hystérie, notamment la froideur affective, la pauvreté relationnelle et la personnalité rigide.

- En revanche, la névrose phobique a des caractères communs avec l'hystérie et il faut noter que les hystériques souffrent fréquemment de phobies.

- Les troubles anxieux en général peuvent compliquer une névrose hystérique ou survenir chez des sujets présentant une personnalité hystérique, on porte alors les deux diagnostics.

*Les symptômes psychotiques :

Dans les formes typiques la distinction est aisée, mais on peut rencontrer des tableaux trompeurs. Dans les psychoses, les symptômes sont vécus avec une angoisse intense de morcellement, il y a un trouble d'appréhension de la réalité et peu d'interaction avec l'entourage contrairement à l'hystérique.

II.2. Diagnostic différentiel de la névrose hystérique :

Le diagnostic de névrose hystérique repose sur un faisceau d'arguments dont aucun n'est véritablement pathognomonique. L'association de symptômes de conversion répétés, d'un trouble de la personnalité et de critères évolutifs fait le plus souvent le diagnostic. Cependant un certain nombre de diagnostics différentiels doivent être évoqués posant le problème des limites du concept d'hystérie.

*Les *symptômes de conversion* peuvent se rencontrer dans de *nombreux autres troubles psychiatriques* : dans toutes les névroses, dans certains états dépressifs, dans certains troubles de la personnalité limite et narcissique et dans les schizophrénies débutantes. Les critères de personnalité et la symptomatologie propre à chacun de ces états psychiatriques font classiquement le diagnostic différentiel d'avec la névrose hystérique. Le diagnostic peut toutefois être difficile lorsque les symptômes de conversion sont purement psychiatriques pouvant évoquer un état mélancolique ou psychotique. Ce sont souvent le mode relationnel, des critères de personnalité et évolutifs qui aideront au diagnostic.

*Les symptômes de conversion dans le cadre d'une *maladie organique* surviennent en général à la faveur d'une régression (lors d'une hospitalisation), et sont le plus souvent isolés et transitoires. La personnalité peut être normale.

*Les symptômes de conversion peuvent également survenir dans un contexte de *choc émotionnel* plus ou moins violent chez un sujet pouvant présenter une personnalité normale. Ce sont en général des accidents isolés.

III. Evolution de la névrose hystérique

*L'évolution est *chronique et fluctuante*. On doit souligner qu'elle est très variable d'un cas à l'autre, allant de l'épisode conversif isolé à la névrose hystérique grave et invalidante. Le rôle de l'entourage familial, en particulier ses réactions aux troubles du sujet, est primordial dans l'évolution. Car il peut induire des bénéfices secondaires, source de pérennisation des troubles. Un désintérêt complet de l'entourage peut aussi conduire à un renforcement des symptômes.

*Ainsi, l'évolution est le plus souvent émaillée de *complications psychiatriques* : anxiété généralisée ou trouble panique, syndromes dépressifs, tentatives de suicide qu'il ne faut jamais négliger tant le risque est réel, troubles du comportement alimentaire, surconsommation médicale et médicamenteuse, abus d'alcool.

*Enfin, les troubles évoluent parfois vers des troubles d'allure *hypochondriaque* (sujet âgé), *psychosomatique* ou du *comportement* (toxicomanies).

IV. Traitement

IV.1. Les moyens thérapeutiques :

Le traitement de l'hystérie est principalement basé sur une prise en charge psychothérapeutique.

IV.1.1. La chimiothérapie :

Les psychotropes ont une faible place pour traiter l'hystérie. Ils sont utilisés pour traiter une *complication* : anxiolytiques pour les manifestations anxieuses en limitant la posologie et la durée de prescription en raison du risque d'abus ; antidépresseurs pour les décompensations dépressives. Mais l'effet des psychotropes n'est pas aussi net chez ces sujets qui sollicitent beaucoup les médecins mais n'en critiquent pas moins les prescriptions. De façon générale, l'isolement et la prise en compte du contexte familial se révèlent indispensables. *L'hospitalisation*, si elle est nécessaire, doit être la plus brève possible avec isolement pour réduire les bénéfices secondaires.

IV.1.2. La psychothérapie :

Différentes techniques peuvent être employées, cure-type psychanalytique, psychothérapie d'inspiration analytique en face à face, thérapie cognitive, psychodrame. L'indication dépend principalement de la motivation du sujet et de ses capacités de changement. Mais, elles se heurtent en général aux fortes résistances du sujet et parfois à celles de l'entourage.

IV.2. Aspects particuliers :

IV.2.1. Le traitement des crises :

Sans banaliser le symptôme, il s'agit de trouver un juste milieu entre la prise en compte de la souffrance tout en évitant l'apparition de bénéfices secondaires. Par exemple, en adoptant une attitude impassible, par des incitations fermes au calme et par un isolement strict notamment de la famille.

IV.2.2. Le traitement de symptômes de conversion durables :

Plusieurs types de prise en charge psychologique ont été proposés, basées sur la suggestion (hypnose, rééducation psychomotrice, isolement, suppression des bénéfices secondaires ou incitation à retrouver la conscience de la partie du corps victime de la conversion), l'expression des conflits intrapsychiques et mise à jour des représentations refoulées (méthodes psychanalytiques) ou encore en provoquant la décharge des affects refoulés (hypnose, narco-analyse, choc amphétaminique).

LA NEVROSE D'ANGOISSE :

TROUBLE PANIQUE ET ANXIETE GENERALISEE

Considérée depuis Freud comme une entité homogène, la névrose d'angoisse, qui associe la survenue de crises d'angoisse récurrente sur un fond d'anxiété chronique (d'attente anxieuse), a été subdivisée depuis les années 1980 en deux sous-ensembles :

- le trouble panique, caractérisé par la survenue d'attaques de panique récurrentes, à l'origine d'une anxiété anticipatoire et, parfois, d'une agoraphobie ;
- l'anxiété généralisée, caractérisée par l'existence d'une anxiété flottante (elle se demeure fixée à aucune représentation particulière) et généralisée (elle peut se lier à n'importe quelle représentation).

I. L'ATTAQUE DE PANIQUE ET LE TROUBLE PANIQUE

I.1. Epidémiologie :

*Prévalence vie entière : environ 2 %.

*Prédominance féminine : sexe ratio F/H : 1,5 à 2

*Age d'apparition du trouble : 15-19 ans.

*Facteurs de risques : le trouble serait plus fréquent chez les sujets divorcés ou séparés, d'un milieu socioculturel peu élevé, au décours d'un événement de vie traumatique dans les semaines précédentes, en cas d'antécédents familiaux d'attaques de paniques.

*La personnalité prémorbide reste controversée.

I.2. Aspects cliniques et définitions :

I.2.1. L'attaque de panique :

*L'attaque de panique, ou crise d'angoisse aiguë, est une peur intense et soudaine survenant de façon brusque, inopinée, imprévisible. L'angoisse, d'une durée bien délimitée, est d'emblée maximum ou atteint son acmé en moins de 10 minutes. Elle se manifeste par :

1. Des manifestations psychiques :

- un sentiment de panique, de peur intense s'accompagnant d'une désorganisation des processus de pensée.
- la crainte de mourir, de devenir fou, d'avoir un malaise, de réaliser un acte incontrôlé ou une sensation de catastrophe imminente.

2. Des manifestations psychosensorielles :

- un sentiment de dépersonnalisation et/ou de déréalisation.
- impression de modification de l'intensité lumineuse ou auditive.
- paresthésies.
- impression d'évanouissement, sensation d'instabilité.

3. Des manifestations somatiques :

- cardio-vasculaires : tachycardie, palpitations, douleurs précordiales.
- respiratoires : dyspnée, oppression thoracique, striction laryngée, sensation d'étouffement.
- digestives : spasmes digestifs, nausées, vomissements, diarrhée.
- autres : sueurs, pâleur, vertiges, bouffées vasomotrices, tremblements, brouillard visuel, pollakiurie.

4. Parfois, des manifestations comportementales marquées : agitation désordonnée ou, au contraire, inhibition voire sidération.

*La crise survient le plus souvent brutalement ou après une anxiété mineure, sans facteur déclenchant. Tous les symptômes ne sont pas obligatoirement présents mais la crise regroupe toujours quelques signes de chacun des trois types de manifestations. Elle cède après une durée variable, en général quelques minutes. Elle se termine progressivement ou brutalement, laissant place à une impression de fatigue intense et parfois une polyurie.

Moins d'un tiers des patients ayant fait une attaque de panique développera un trouble panique.

*Remarque : "la crise de tétanie ou de spasmophilie" est un concept exclusivement français qui a pu être employé pour désigner certaines crises d'angoisse. Mais cette entité n'ayant jamais fait la preuve de son existence propre, il semble préférable d'abandonner ce terme, source de confusion.

I.2.2. Le trouble panique :

*Il consiste en la répétition fréquente (crises au moins hebdomadaires) et durable d'attaques de panique et/ou en la survenue d'une anxiété anticipatoire. Il peut être associé ou non à une agoraphobie (cf. infra). L'anxiété anticipatoire peut apparaître après

un nombre variable d'accès. Elle se caractérise par une inquiétude plus ou moins permanente quant à la survenue imprévisible d'une nouvelle attaque de panique.

*Evolution :

- La gravité du trouble panique est variable avec un retentissement sur le fonctionnement du sujet parfois invalidant.

- Les principales complications sont :

. l'apparition de troubles phobiques et notamment d'une agoraphobie.

. la transformation de l'anxiété anticipatoire en anxiété généralisée.

. la survenue d'une dépression secondaire (fréquente).

. les tentatives de suicide.

. les toxicomanies médicamenteuses (benzodiazépines) et l'abus d'alcool.

I.3. Diagnostic différentiel :

*Les *affections somatiques* à manifestation aiguë qui s'accompagnent d'angoisse (infarctus du myocarde, OAP, embolie pulmonaire, pancréatite aiguë, etc.), les crises d'hypoglycémie ou l'hyperthyroïdie sont facilement éliminés par un bilan clinique et paraclinique.

*Les recrudescences anxieuses dans les *autres troubles névrotiques* : ils sont parfois difficiles à distinguer et la comorbidité est fréquente.

*L'*angoisse psychotique* : souvent moins somatisée, l'angoisse de morcellement peut être massive, souvent difficile à décrire par le sujet. Elle s'accompagne généralement de symptômes délirants et/ou dissociatifs et d'un trouble de l'appréhension du réel. Elle est plus sensible aux neuroleptiques sédatifs.

I.4. Traitement :

I.4.1. Chimiothérapique :

*De l'attaque de panique :

- Attitude calme et compréhensive, rassurer le patient et effectuer un examen somatique qui pourra amener un début d'anxiolyse.

- Anxiolytique per os (benzodiazépine en particulier) : par exemple, Valium® 10 à 20 mg, Xanax® 0,5 à 1 mg, à renouveler éventuellement.

- Dans les cas particulièrement sévères on peut utiliser un neuroleptique sédatif, par exemple : Tercian® 50 mg per os.

*Du trouble panique :

Les antidépresseurs tricycliques (imipramine - Tofranil® ; clomipramine - Anafranil®), les IMAO, et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (paroxétine - Déroxat® ; citalopram - Seropram®) ont montré une efficacité pour la prévention de la récurrence des attaques de paniques après plusieurs semaines de traitement. Celui-ci doit être maintenu 1 an après rémission totale puis diminué progressivement.

I.4.2. Psychothérapique :

*Les psychothérapies analytiques sont peu efficaces sur le trouble panique.

*Les techniques cognitivo-comportementales sont efficaces à la fois sur le trouble panique et sur l'agoraphobie souvent associée.

II. L'ANXIETE GENERALISEE

Catégorie nosographique la plus proche du concept de névrose d'angoisse de Freud, l'anxiété généralisée, telle que définie depuis le DSM-III, représente probablement une entité hétérogène regroupant "tous les états dans lesquels existe une anxiété généralisée persistante (critère de durée) en l'absence de symptomatologie d'un autre trouble anxieux".

II.1. Épidémiologie :

*La prévalence de l'anxiété généralisée semble beaucoup plus importante que celle du trouble panique, de l'ordre de 9 % sur la vie entière.

*Les facteurs de risque identifiés sont :

- sexe féminin avec un sexe-ratio de 2,5 environ.
- rôle prédisposant des séparations précoces.
- existence fréquente de traits de personnalité dépendante.
- faible importance des facteurs génétiques.

II.2. Aspects cliniques et définitions :

*L'anxiété généralisée se définit par l'existence d'un fond permanent d'anxiété, presque tous les jours et persistant plusieurs mois. L'anxiété est flottante, contrairement à celle des phobies.

*Pour porter le diagnostic, au moins six des 18 signes suivants doivent être présents durant une période de plusieurs mois (critères proposés dans la classification du DSM III-R) :

- tension motrice :

o tremblements, secousses musculaires

o tension, douleurs musculaires

o fatigabilité

o fébrilité

- hyperactivité neurovégétative :

o sensation d'étouffement

o palpitations, tachycardie

o transpirations ou mains froides et moites

o sécheresse de la bouche

o étourdissement ou lipothymies

o nausée, diarrhée, gêne abdominale

o bouffée de chaleur ou frissons

o pollakiurie

o difficultés de déglutition, gorge serrée

- exploration vigilante de l'environnement

o sensation d'être survolté

o réaction de sursaut exagérée

o difficultés de concentration, trou de mémoire en rapport avec l'anxiété

o difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

o irritabilité

II.3. Evolution :

*Chronicisation fréquente mais gêne sociale moindre que dans le trouble panique.

*Complications psychiatriques : dépressions, alcoolisme et toxicomanie médicamenteuse, préoccupations hypochondriaques.

*Dépendance affective et besoin de réassurance sont fréquents.

II.4. Diagnostic différentiel :

Il est identique à celui vu plus haut pour la crise d'angoisse.

*L'anxiété généralisée lorsqu'elle se chronicise, pose le problème de sa différenciation avec l'anxiété-trait qui correspond à une disposition permanente de la personnalité à percevoir le monde comme menaçant, à appréhender le pire, à douter, à ruminer et à présenter des réactions anxieuses plus intenses et plus fréquentes que la moyenne. (L'anxiété-état signifie, par opposition, un état transitoire).

*Il faut éliminer une autre névrose, un état dépressif, un trouble panique (qui peut être associé), un trouble psychotique, un trouble organique cérébral, une intoxication ou prise de toxique, une pathologie organique.

II.5. Traitement :

II.5.1. Chimiothérapie :

Efficacité des benzodiazépines (qui doivent être prescrites en cure de brève durée), de la buspirone et à un moindre degré des bêta-bloquants.

II.5.2. Psychothérapie :

*Psychothérapie de soutien ou psychothérapie de type analytique sont utiles dans l'anxiété généralisée.

*Les psychothérapies comportementales et cognitives sont, là encore, une alternative avec les techniques de relaxation et de biofeedback. Le sujet apprend à identifier ses symptômes somatiques et à les reconnaître en tant que tels plutôt que comme le signe d'une catastrophe imminente.

LES TROUBLES PHOBQUES

*Dans les nouvelles classifications, les troubles phobiques font partie des troubles anxieux et ont été séparés en trois groupes :

- L'agoraphobie
- La phobie sociale
- Les phobies simples

*La *phobie* est une angoisse déclenchée par l'exposition à un objet ou une situation redoutés et conduisant souvent à un comportement d'évitement de ceux-ci. Elle apparaît à chaque exposition à l'objet phobogène et s'apaise en l'absence de celui-ci. Elle apparaît totalement disproportionnée avec le danger réel encouru. Le sujet reconnaît le caractère absurde de sa crainte.

La gêne occasionnée par ce trouble dépend du type de l'objet phobogène et de l'intensité des comportements d'évitement.

*La névrose phobique est un terme qui, comme la névrose hystérique, n'est plus guère employé. Les sujets souffrant de phobies ont soit une personnalité normale, soit un trouble de la personnalité, le plus souvent de types hystérique, évitante ou dépendante. L'examen de la personnalité sous-jacente doit toujours être minutieux chez ces sujets, car la mise en évidence d'un trouble influencera le traitement proposé.

*On distingue deux théories explicatives principales :

- La théorie psychanalytique : l'objet ou la situation qui devient, sans raison apparente, source d'angoisse remplace en fait un autre objet dont la représentation a été refoulée.
- La théorie de l'apprentissage ou comportementale : l'objet phobogène résulterait d'un conditionnement.

I. L'AGORAPHOBIE

I.1. Epidémiologie :

*Prévalence comprise entre 8 et 20% dans la population générale.

*80% des agoraphobes sont des femmes.

*Elle survient entre 18 et 35 ans et est souvent associée à une symptomatologie complexe incluant des éléments anxieux, dépressifs, obsessionnels, hypochondriaques, hystériques.

*Des problèmes de couples sont également souvent présents.

I.2. Aspects cliniques et définitions :

Dans l'agoraphobie, l'angoisse est déclenchée par un endroit ou une situation d'où il serait difficile de s'échapper ou dans lequel aucun secours ne pourrait être dispensé en cas de crise d'angoisse ou de symptômes apparentés. Ces situations sont variées (ponts et tunnels, ascenseurs, grands magasins, endroits clos, avion, métro, automobile, hauteurs, foule ou espaces vides). L'agoraphobie peut être associée ou non à un trouble panique.

I.3. Evolution :

L'agoraphobie se complique souvent d'une extension progressive des situations phobogènes ce qui restreint considérablement l'activité sociale, d'une anxiété généralisée, d'un abus d'alcool à but désinhibiteur et anxiolytique ou de décompensations dépressives.

I.4. Diagnostic différentiel :

Il est parfois difficile de faire la distinction avec l'anxiété généralisée ou l'anxiété anticipatoire du trouble panique. Mais, dans l'agoraphobie, l'interrogatoire retrouvetojours une situation phobogène.

On doit distinguer les réactions de découragements, conséquence du handicap lié à l'agoraphobie, et d'authentiques syndromes dépressifs fréquemment associés à ce trouble.

I.5. Traitement de l'agoraphobie :

I.5.1. Chimiothérapique :

*La prescription *d'antidépresseurs* (tricycliques ou sérotoninergiques) peut être utile, notamment en cas de Trouble panique associé, lorsque le niveau d'anxiété de base est élevé, ou en cas de complication (dépression).

*Les *benzodiazépines* ne sont pas à utiliser en première intention. Ils ne sont pas efficaces sur les conduites d'évitement et leur emploi doit rester ponctuel.

I.5.2. Psychothérapie :

Voir le traitement des phobies simples.

II. LES PHOBIES SOCIALES

Le spectre de l'anxiété sociale regroupe les *phobies sociales* proprement dites, mais aussi la *timidité* (qui n'est pas pathologique), *l'anxiété de performance*, le *déficit d'affirmation de soi*, ou encore les *personnalités évitantes*. L'individualisation récente (depuis 15 ans) de ces pathologies a permis la prise en charge d'une partie de la population qui consultait peu malgré un handicap social ou professionnel important. Ce sont des pathologies fréquentes en médecine générale (prévalence de 15%), à l'origine de conduites d'alcoolisation ou de prise excessive de BZD mais qui restent encore trop souvent méconnues.

II.1. Epidémiologie :

*Prévalence entre 2 et 16% en fonction du seuil retenu.

*Age moyen de début : 15 ans.

*Contrairement aux autres troubles anxieux, le sexe ratio est égal à un.

II.2. Aspects cliniques et définitions :

*Dans les phobies sociales, l'angoisse est liée au regard d'autrui, qu'il s'agisse d'un individu ou d'un groupe. Cette peur repose sur l'impression d'être jugé ou évalué de façon négative. Elle s'accompagne de la crainte de se conduire de manière embarrassante voire même humiliante aux yeux des autres. L'exposition à ce type de situations déclenche quasiment systématiquement une réaction anxieuse plus ou moins intense, qui peut aller parfois jusqu'à une véritable attaque de panique. La peur que celle-ci soit remarquée par les autres est caractéristique des phobies sociales : peur de rougir, de trembler, de perdre le contrôle de ses urines ou de ses intestins ou encore de bégayer, d'avoir des trous de mémoire. Une anxiété anticipatoire peut apparaître avant la confrontation à la situation redoutée (parler en public, jouer sur scène, tirer un penalty, passer un examen, aborder un inconnu, etc.). Celle-ci peut s'accompagner de symptômes physiques et d'une perturbation des fonctions cognitives.

L'intensité de l'anxiété ressentie au moment de l'exposition et/ou avant celle-ci et les conduites d'évitement qui vont s'organiser progressivement autour de celle-ci font la gravité de cette pathologie dont le retentissement sur la vie sociale, affective ou professionnelle peut être majeur.

*Les stimulus phobogènes peuvent être :

- la prise de parole en public (réunion, discours, examen),
- l'exécution de tâche sous le regard d'autrui (écrire, manger, travailler, utilisation des toilettes publiques),
- l'initiation de conversations avec des personnes connues ou étrangères,
- le simple fait d'attirer l'attention d'autrui (arriver en retard à une réunion, marcher devant une terrasse de café ou une file d'attente, se montrer en maillot de bain, etc.).

*Troubles frontière :

- Les situations impliquant une tâche à effectuer en public sont à l'origine d'une *anxiété de performance* définie par la crainte de ne pas être à la hauteur de la tâche demandée.
- L'eurotophobie est une forme particulière et répandue de phobie sociale qui se définit comme la peur de rougir en public.
- Les limites entre phobies sociales et timidité ou personnalité évitante ne sont pas parfaitement

définies. La timidité peut-être définie comme un style comportemental marqué par une certaine inhibition face aux inconnus et une insuffisance d'affirmation de soi en situation d'interaction sociale. Le retentissement fonctionnel de la timidité est faible et des facteurs de réassurance ou d'apprentissage permettent de la faire quasiment disparaître. En revanche, la personnalité évitante, définie en tant que personnalité pathologique, est marquée par un renoncement plus ou moins conscient mais précoce et durable à la plupart des situations de vie impliquant des interactions sociales.

II.3. Evolution :

- *Il s'agit d'un trouble chronique dont l'évolution est variable et fluctuante mais habituellement sans rémission en l'absence de traitement.
- *60% des sujets ayant une phobie sociale souffrent ou ont souffert de dépression.
- *On retrouve fréquemment d'autres troubles anxieux associés comme des phobies, une anxiété généralisée mais aussi des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool (notamment à visée anxiolytique et désinhibitrice lors des situations phobogènes).

II.4. Diagnostic différentiel :

- *Le *trac* n'est pas une réaction pathologique. Dans ce cas, l'anxiété est surmontable, elle s'estompe avec la répétition des expositions aux situations redoutées sans altérer la performance et elle n'entraîne pas d'évitement.
- *Il peut être parfois difficile de différencier une phobie sociale de *l'agoraphobie*. Si l'agoraphobe redoute la foule, un sujet présentant des phobies sociales peut se sentir rassuré par elle s'il n'attire pas l'attention. Mais les deux pathologies peuvent être associées.
- *Certaines phobies sociales généralisées et sévères chez des personnalités évitantes peuvent être difficiles à distinguer de comportements de *retraits psychotiques*, même si théoriquement les sujets phobiques souffrent de leur isolement alors que cela n'est pas le cas des personnalités schizoïdes par exemple.

II.5. Traitement des phobies sociales :

II.5.1. Chimiothérapique :

- *Les bêta-bloquants peuvent être une aide ponctuelle en cas d'anxiété de performance, peu sévère, avant une confrontation à une situation redoutée. Ils peuvent réduire les signes périphériques de l'anxiété (palpitations, tremblements, symptômes neurovégétatifs) et donc indirectement diminuer l'appréhension et l'anxiété psychique.
- *Parmi les antidépresseurs, seul la Moclamine® (IMAO) et certains IRS (Deroxat®) ont pu montrer une efficacité après 6 à 12 semaines. Mais aucun agent médicamenteux n'a l'A.M.M. en France dans l'indication des phobies sociales.
- *Anxiolytiques et antidépresseurs sont utilisés en cas de complication.

II.5.2. Psychothérapique :

Les thérapies comportementales et cognitives sont les traitements de choix de ces troubles avec une analyse des dysfonctionnements des schémas de pensées et l'organisation d'une désensibilisation. On peut aussi associer un travail sur les

compétences sociales, au cours de séances d'affirmation de soi, avec des jeux de rôle en groupe, permettant d'augmenter l'assertivité.

III. LES PHOBIES SIMPLES

III.1. Epidémiologie :

*La prévalence est difficile à estimer en population générale mais atteindrait environ 8 %.

*Elles apparaissent en général précocement, durant l'enfance.

III.2. Aspects cliniques et définitions :

*Dans les phobies, l'angoisse se fixe sur un objet. Cet objet dit "phobogène" peut être un animal, un environnement naturel (orages, eau) ou encore un objet potentiellement dangereux (aiguilles, couteaux).

*La phobie du sang et des injections est considérée à part, car associée à des signes d'hyperstimulation vagale et serait favorisée par une vulnérabilité familiale.

*Le stimulus phobogène conduit à des comportements d'évitements plus ou moins invalidants.

III.3. Evolution :

Les phobies simples ont un pronostic généralement favorable mais peuvent aussi s'étendre à plusieurs situations et devenir de plus en plus invalidantes.

III.4. Diagnostic différentiel :

*Les phobies simples doivent être distinguées des phobies et pseudo-phobies symptomatiques d'autres états psychopathologiques :

- Les obsessions phobiques ou les phobies d'impulsion ne sont pas des phobies mais bien des

obsessions. L'angoisse concerne la peur non pas d'un objet ou d'une situation mais de commettre un acte irréparable à cause de cet objet ou dans cette situation. Le comportement d'évitement est inefficace pour calmer l'angoisse car la crainte existe en dehors de la présence de l'objet (par exemple, obsessions phobiques des microbes).

- Les pseudo-phobies de la schizophrénie, souvent en rapport avec des hallucinations, un syndrome d'influence, des idées de référence à l'origine de conduites d'évitement, qui ne contrôlent d'ailleurs que très imparfaitement l'angoisse. Le stimulus phobogène est bizarre ou délirant. L'angoisse est massive et peut sensible à la réassurance. Elles peuvent constituer un mode d'entrée dans la schizophrénie.

*Les "faux amis" : sont des termes trompeurs qui se distinguent des phobies simples. Ce sont des symptômes que l'on peut rencontrer dans des pathologies psychiatriques autres que les troubles anxieux :

- la dysmorphophobie: conviction d'être laid ou disgracieux, se rencontre surtout dans la schizophrénie

- l'autodysosmophobie est la peur de dégager de mauvaises odeurs

- la nosophobie est la peur des maladies dont les limites avec l'obsession et l'hypochondrie sont floues

- l'éreutophobie est la peur de rougir en public. Banale à l'adolescence, elle peut prendre un caractère invalidant.

III.5. Traitement des phobies simples :

III.5.1. Chimiothérapie :

Les psychotropes sont de peu d'utilité sauf en cas de complication associée.

III.5.2. Psychothérapique :

*Les thérapies comportementales : les phobies en sont l'indication privilégiée. La technique de désensibilisation progressive par exposition consiste à confronter, selon un programme défini, le sujet à des stimuli de plus en plus anxiogènes. L'exposition sera, à chaque étape, suffisamment prolongée pour aboutir à l'extinction de l'angoisse.

*Les psychothérapies de soutien ou analytiques seront adaptées à chaque cas. Elles visent à la prise de conscience des représentations refoulées qui génèrent les phobies.

LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

*Comme les autres névroses, le cadre de la névrose obsessionnelle a fait l'objet de remaniements. On parle actuellement du trouble obsessionnel compulsif qui fait partie du chapitre des troubles anxieux dans les nouvelles classifications. Sur le plan clinique, le TOC est défini par la survenue d'obsessions et de rites compulsifs chez un sujet présentant souvent, mais pas toujours, une personnalité pathologique obsessionnelle-compulsive ou psychasthénique. Il ne faut pas confondre le TOC et la personnalité pathologique obsessionnelle-compulsive.

*Dans ses formes sévères, cette névrose constitue la forme la plus organisée, la plus grave et la plus rebelle des pathologies névrotiques.

*Aspects théoriques :

- Pour les psychanalystes, la névrose obsessionnelle résulte d'une fixation de l'enfant, au cours de son développement, au stade sadique-anal à la suite d'un traumatisme. C'est le stade où l'enfant expérimente le plaisir d'expulsion, de rétention et l'agressivité. Il précède le complexe d'Œdipe. Les symptômes obsessionnels traduiraient l'existence du conflit entre les pulsions refoulées et un Surmoi particulièrement interdictif, rigide et sadique. Les mécanismes de défense prévalents sont l'inversion (transforme les désirs sadiques interdits en crainte) et le déplacement (remplace les buts par d'autres). Cette théorie facilite la compréhension d'une grande partie des symptômes obsessionnels.

Bien que ce modèle reste d'actualité, des travaux récents ont permis d'élaborer de nouvelles hypothèses.

- Hypothèses neurobiologiques : des facteurs biologiques sont l'objet de nombreuses études, en particulier le métabolisme sérotoninergique. Il interviendrait dans l'incapacité à différer dont souffrent les obsessionnels et qui conduit aux rituels obsessionnels. Ces travaux ont des implications thérapeutiques (cf. traitement).

- L'hypothèse d'un dysfonctionnement cérébral : repose sur l'association du TOC à différentes maladies neurologiques, le rôle des facteurs génétiques et l'effet thérapeutique de la psychochirurgie (cingulectomie antérieure).

- Le modèle comportemental : des stimulus dans notre environnement déclenchent des réponses cognitives, émotionnelles et comportementales. Chez un patient ayant des TOC, le contact avec un objet sale (stimulus) peut provoquer une angoisse très importante (la réponse émotionnelle). Ensuite, il exécutera des rituels de lavage excessifs, ou évitera délibérément cette situation pour soulager l'anxiété, le plus rapidement possible. Le comportement d'évitement (la réponse comportementale) sera ainsi maintenu en fonction des bénéfices à court terme. Mais à long terme, le patient sera de plus en plus anxieux vis à vis de cette situation. Il aura appris un comportement qui va devenir un pattern fixe de fonctionnement. L'apprentissage de la réduction rapide de l'anxiété représente un renforcement positif qui maintient les obsessions compulsives.

- Le modèle cognitif : Les pensées obsédantes représentent une intrusion mentale d'idées désagréables que le sujet n'arrive pas à ignorer. Plus de 80% des sujets normaux ont des idées intrusives qui diffèrent simplement des idées des sujets obsessionnels par leur fréquence moindre, leur durée limitée, le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficultés. Les schémas cognitifs de l'obsédé peuvent être résumés par le fait qu'ils

s'estiment coupables de mauvaises pensées ou responsables d'une catastrophe qu'ils auraient pu éviter en commettant tel acte (rituels comportementaux).

I. EPIDEMIOLOGIE

*Longtemps considéré comme une affection rare, la prévalence du TOC a probablement été sous-estimée, ces sujets consultant peu. Une vaste étude américaine a montré que la prévalence sur la vie du TOC était comprise entre 2 et 3 % de la population générale, soit 50 fois plus que les chiffres antérieurement admis.

*Début fréquent avant 35 ans (65% avant 25 ans), sexe ratio voisin de 1, les catégories socioprofessionnelles élevées seraient plus touchées.

*Il semble qu'une fragilité génétique et des facteurs environnementaux soient nécessaires à l'expression du TOC.

II. ASPECTS CLINIQUES ET DEFINITIONS

Le TOC se définit par deux manifestations essentielles, les obsessions et les compulsions.

II.1. L'obsession :

*C'est une pensée ou une idée qui fait irruption dans l'esprit du sujet (vient du latin obsidere qui signifie assiéger), et qui s'impose à lui de façon répétée et incoercible.

*Elle se caractérise par les éléments suivants :

- Le sujet en reconnaît le caractère morbide, absurde ou immoral.
- Il reconnaît sa propre activité psychique, bien qu'étant en désaccord avec elle. Les idées obsédantes ne lui paraissent pas imposées de l'extérieur comme les schizophrènes.
- Il tente en vain de l'ignorer ou de la chasser dans un processus de lutte anxieuse.
- L'obsession n'entraîne pas de passage à l'acte.

*Les trois principales variétés d'obsessions sont:

1. L'obsession phobique :

Il s'agit de la crainte spécifique d'un objet où l'anxiété apparaît à la simple évocation mentale de l'objet ou de la situation responsable de la crainte obsédante. Elle persiste en dehors de l'objet (à la différence de la phobie).

Les plus communes sont : la crainte des maladies (nosophobie), des microbes, de la saleté, par peur de la contamination. Elles conduisent à un évitement des contacts ("folie du toucher") et à des rituels de lavage. La crainte des objets dangereux par peur de blesser quelqu'un.

2. L'obsession idéative :

Il s'agit de ruminations obsédantes souvent très aliénantes, où le sujet est assiégé par des idées centrées sur la morale, la religion, la philosophie, la métaphysique, etc. ou des idées désagréables ou culpabilisées concernant des mots grossiers ou sacrilèges, des chiffres, des noms, l'ordre, la symétrie, etc.

Exemple: "la folie du doute": crainte d'une erreur ou d'une omission dans un des domaines cités plus haut. Ceci amène à des rituels de vérification interminables.

3. L'obsession impulsive :

C'est la crainte de commettre un acte absurde, sacrilège ou criminel. Le terme de phobie d'impulsion est considéré comme synonyme. L'acte redouté n'est pratiquement jamais commis.

Exemple: obsession de prononcer des phrases sacrilèges dans une église; de tenir des propos scatologiques à table; de commettre un homicide, un acte pervers sur son enfant, un acte agressif, de se défenestrer.

II.2. Les compulsions :

*Ce sont des phénomènes équivalents des obsessions, mais concernant non plus les idées mais des actes. Ces actes partagent le caractère des obsessions : phénomènes répétés et pénibles qui s'imposent de façon contraignante au sujet, impossibles à différer, reconnus comme absurdes, gênant le fonctionnement social.

Ces actes sont parfois dérisoires et accomplis selon un cérémonial déterminé, rigoureux et plus ou moins complexe. Aucun plaisir n'est tiré de ces compulsions si ce n'est une relative et temporaire sédation de l'angoisse.

*Les plus fréquentes sont : les compulsions de lavage, contre l'obsession de saleté, ou de vérification contre la crainte de commettre une erreur (fermeture des portes, des robinets, du gaz).

II.3. Les rituels :

*Ils ont souvent un caractère conjuratoire et magique, destinés à prévenir d'éventuelles catastrophes. L'acte n'a plus la logique d'une compulsion de lavage ou de vérification.

*Il en est ainsi de : l'onomatomanie (recherche incessante de la signification des mots), l'arithmomane (contrainte d'opérer des séries de calculs mentaux, de plus en plus complexes, à répéter à la moindre hésitation), des rites d'habillement et de toilette.

*L'angoisse augmente si le sujet tente de résister à l'accomplissement de ces rites. La crainte d'avoir commis une imperfection au cours du rite entraîne la répétition de celui-ci. L'accomplissement de ces rituels peut nécessiter plusieurs heures par jour. Le nombre d'heures passées est une indication de la gravité du trouble.

II.4. La personnalité :

Le TOC survient fréquemment mais non systématiquement chez un sujet présentant un trouble de la personnalité. Dans ce cas il ne s'agit pas toujours d'un des types de personnalité pathologique classiquement associées à la névrose obsessionnelle : personnalité psychasthénique, personnalité obsessionnelle-compulsive, caractère anal. Ces trois types d'organisations font référence à des modèles théoriques différents et se recoupent sur un plan clinique.

*Le caractère anal se caractérise par :

- ordre et propreté, méticulosité, ponctualité, perfectionnisme,
- entêtement et autorité, rigidité, désir permanent de maîtriser les choses,
- économie, avarice, collectionnisme,
- investissement des biens matériels et intellectuels au détriment de la vie émotionnelle qui est réprimée.

Il s'agit là d'une référence psychanalytique freudienne. Le caractère anal se constitue par formations réactionnelles défensives contre les pulsions sadiques anales agressives.

*La personnalité obsessionnelle-compulsive ajoute aux trois éléments précédents :

- l'indécision s'accompagnant de doutes pénibles, scrupules, ruminations
- la préoccupation excessive pour des détails
- la froideur et la pauvreté des affects

- *Enfin la personnalité psychasthénique, décrite par P. Janet, ajoute à tous ces éléments :
 - une inhibition psychomotrice avec asthénie et souvent humeur dépressive
 - un sentiment d'incomplétude.

III. Evolution

Le Toc est une affection durable, en général chronique : son évolution peut être :

*D'allure périodique : avec de longues rémissions et des rechutes inévitables. Une insertion socioprofessionnelle peut se faire, bien que gênée. Les symptômes s'atténueraient avec l'âge.

*Progressive: avec gêne sociale de plus en plus aliénante, la vie étant entièrement paralysée par des idées obsédantes et les compulsions. Avec l'âge, dans les cas favorables, une réduction des symptômes peut s'observer avec moitié sédation, moitié enkystement des troubles.

*Complicquée d'états dépressifs (+++), d'épisodes de dépersonnalisation, de suicide.

IV. Comorbidite

Une association peut s'observer avec :

*la dépression avec laquelle le TOC partage de nombreux liens de parenté clinique, biologique et thérapeutique,

*les autres troubles anxieux et notamment le trouble panique,

*l'alcoolisme,

*la schizophrénie dans laquelle d'authentiques TOC peuvent survenir et posent le problème des frontières du TOC et de la psychose mais l'évolution psychotique est rare (<1%),

*le Syndrome de Gilles de la Tourette caractérisé par des tics moteurs et de vocalisations. L'association de ce syndrome avec le TOC s'observerait dans environ 65 % des cas et pose le problème des liens entre tics complexes et compulsions,

*l'anorexie mentale, la chorée de Sydenham, les maladies de Parkinson post-encéphaliques, parfois.

V. Diagnostic différentiel

V.1. Il faut distinguer de l'obsession :

*L'idée délirante : le sujet n'a pas conscience du caractère pathologique de son trouble.

*L'automatisme mental : le sujet se sent dépossédé de son activité psychique. Il vit ce phénomène passivement, sans lutte possible. Il se sent parasité. Ce n'est plus lui qui pense mais un autre qui pense pour lui.

*Le mentisme : défilé incoercible d'idées, ou de peurs angoissantes, que le sujet reconnaît comme pathologique. Il s'agit d'un état aigu facilement rattachable à un épuisement nerveux, une intoxication (café, tabac, etc.), une situation hypnagogique, etc.

*La phobie : l'obsession présente trois caractères qui la distinguent de la phobie: angoisse en dehors de la présence de l'objet, inefficacité des conduites d'évitement et de réassurance, efficacité relative des rituels.

V.2. Diagnostic différentiel de la névrose obsessionnelle :

*Comme dans les autres névroses, tous les degrés existent entre la normalité et la névrose invalidante. Les préoccupations liées à un surmenage ou des traits de personnalité obsessionnelle ne sont pas pathologiques.

*Les dépressions majeures ou mélancoliques peuvent s'accompagner de ruminations obsédantes.

*Il faut distinguer l'affect triste de l'obsédé et une authentique dépression surajoutée qui nécessiterait un traitement.

*Les formes pseudonévrotiques ou résiduelles de schizophrénie se distinguent de la névrose obsessionnelle par le fait qu'il n'existe pas de lutte anxieuse contre les obsessions. Celles-ci ont souvent un caractère délirant. Il ne s'agit pas de compulsions mais d'actes stéréotypés. La présence de signes dissociatifs aide au diagnostic. Il faut aussi distinguer la froideur obsessionnelle de la froideur du schizophrène, beaucoup plus intense et associée à des symptômes psychotiques.

VI. Traitement

VI.1. Chimiothérapie :

*Les anxiolytiques sont éventuellement utilisés mais ils ne réduisent ni les obsessions, ni les rituels.

*Les neuroleptiques sédatifs (Nozinan®, Tercian®) sont à réserver aux états d'anxiété aiguë incontrôlables par les anxiolytiques. Ils ne sont, à forte dose, qu'un traitement d'urgence de quelques jours. A plus faible dose, certains neuroleptiques comme l'Haldol® ou l'Orap® peuvent avoir une efficacité.

*Les antidépresseurs sérotoninergiques inhibent la recapture de sérotonine et peuvent ainsi corriger son déficit : clomipramine - Anafranil® ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (fluoxétine - Prozac®, paroxétine - Deroxat®) sont devenus le traitement de choix. Ils agissent sur toutes les composantes du TOC (rituel, obsession, dépression).

- Le délai d'action est long (au moins 6 semaines).

- Il faut envisager d'emblée un traitement prolongé de plusieurs années voire de durée indéfinie car les rechutes sont fréquentes. Elles surviennent rapidement après l'arrêt du traitement.

- La posologie doit être élevée (clomipramine : 150 à 300 mg/j ; fluoxétine, paroxétine : 20 à 80 mg/j).

VI.2. Psychothérapie :

*Les psychothérapies peuvent être prescrites conjointement à un traitement antidépresseur.

*Les psychothérapies psychanalytiques (psychothérapie d'inspiration analytiques plutôt que cure-type) lors d'études contrôlées, ont montré peu d'effet (21% alors que 20% des obsessionnels s'améliorent spontanément en 13 à 20 ans).

*Les psychothérapies de soutien ont deux objectifs : maintenir une vie relationnelle affective et sociale, et établir un compromis positif entre le patient et l'entourage pour que restent tolérée une symptomatologie a minima.

*Les thérapies cognitives et comportementales :

- La thérapie comportementale utilise le principe d'exposition progressive aux situations anxiogènes avec désensibilisation ou des techniques d'arrêt de la pensée, pendant 40 à 50 séances. Les résultats sont d'environ 50% de réussite.

- La thérapie cognitive cherche à modifier les schémas cognitifs sous-jacents aux pensées et aux rituels.

*La psychochirurgie n'est réutilisée actuellement qu'en Suède et aux USA. Elle s'effectue sans ouvrir le crâne (gammaknife) dans le cas d'échecs répétés de tous les traitements pharmacologiques et comportementaux. Les résultats ne sont pas encore très satisfaisants et la technique discutable.

LES ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUES

Survenant à la suite d'une expérience traumatisante d'une exceptionnelle intensité (avec ou non présence d'un état de stress aigu), le syndrome psychotraumatique est un état

organisé et durable qui soulève parfois de difficiles problèmes diagnostiques, thérapeutiques et d'indemnisation. Il est classé parmi les troubles anxieux.

I. ASPECTS ETIOPATHOGENIQUES : LE TRAUMATISME

*L'étiologie de ce syndrome est rapportée à un événement extérieur au sujet, qui survient à l'âge adulte. Il n'est pas lié à des conflits intra-psychiques organisés lors du développement de l'enfant, comme c'est le cas dans les névroses.

*La notion de traumatisme psychologique sous-tend l'effraction et le débordement des possibilités de défense du sujet dans un contexte d'impréparation au choc. Il vient marquer un arrêt dans le cours de l'existence et souvent un effondrement brutal du sentiment d'invulnérabilité propre à chacun. Le traumatisme pourrait être assimilé à un corps étranger qui pénètre brutalement dans l'organisme et ne peut être métabolisé. Les réactions inflammatoires secondaires provoquées par la présence de ce corps étranger pourraient alors être comparées à la symptomatologie psychotraumatique d'apparition souvent différée. Il en est de même de l'enkystement des troubles qui peut être ultérieurement observé.

*L'événement traumatisant est en général un événement brutal, hors du commun qui provoquerait des symptômes de détresse chez la plupart des individus. Il s'agit souvent d'une confrontation du sujet avec la mort (de lui-même ou d'autrui). Il peut être unique et intense (exemple : viol, agression, accident, catastrophe naturelle, attentat, etc.) ou répété finissant par dépasser les capacités d'adaptation de l'individu (situation de guerre, déportation, torture). Enfin, il s'agit d'un traumatisme psychique pouvant ou non s'accompagner d'un traumatisme corporel.

II. Aspects cliniques

II.1. Les suites immédiates du traumatisme :

Elles sont en général marquées par un tableau de décharge émotionnelle nécessaire (état de stress aigu) avec :

*symptômes anxieux essentiellement somatisés à la remémoration du danger ;

*angoisse s'accompagnant d'une agitation psychomotrice désordonnée (tremblements, larmes, décharges agressives) ou d'une inhibition stuporeuse (apathie, prostration, désintérêt) ;

*parfois éléments confuso-oniriques.

II.2. Evolution :

*Le plus souvent, ces réactions de frayeur s'éteignent spontanément sans séquelles, ayant permis par leur décharge, d'évacuer le trop plein d'angoisse provoquée.

*Cependant, elles peuvent s'organiser en un *syndrome psycho-traumatique* qui apparaît :

- soit dans les suites immédiates ;

- le plus souvent après un temps de latence de quelques jours à quelques mois.

Il se manifeste par :

1. Le syndrome de répétition :

L'événement traumatique est constamment revécu au travers de rêves angoissants, de ruminations, de "flash-back", de souvenirs hallucinatoires, d'impressions ou d'agissements comme si l'événement allait resurgir, de moments d'angoisse avec signes somatiques lorsque le sujet est confronté à une situation lui rappelant le traumatisme.

Il s'accompagne d'un évitement actif des pensées et des situations renvoyant au traumatisme.

2. Des symptômes non spécifiques :

- Symptômes d'hyperactivité neurovégétative : hypervigilance, réactions de sursauts exagérées, irritabilité, troubles du sommeil, troubles de la concentration et de la mémoire.
- Symptômes dépressifs avec humeur triste, asthénie, anhédonie, sentiment de détachement par rapport aux autres, restriction des affects, sentiment d'avenir bouché et parfois culpabilité (notamment dans le syndrome du survivant à la suite de catastrophes ou d'expériences concentrationnaires).
- Symptômes névrotiques anxieux, phobiques (ou obsessionnels) en rapport avec le traumatisme. Des accidents de conversion hystérique peuvent parfois s'observer.

3. Des remaniements de la personnalité :

Ils mettent en jeu des mécanismes de régression, de somatisation et de projection avec dépendance affective, associée parfois à des revendications et des exigences de réparations.

La personnalité prémorbide peut être normale ou pathologique.

III. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

*Les *autres états névrotiques* ou un *trouble dépressif* seront éliminés en l'absence de syndrome de répétition.

*Les *syndromes post-commotionnels* parfois appelés névroses post-traumatiques apparaissent souvent après un traumatisme crânien. Les demandes de réparation sont souvent au premier plan.

*Les *états situationnels et réactionnels d'expression névrotique* : l'événement à l'origine des troubles est mineur, il existe souvent une personnalité pathologique et le syndrome de répétition manque la plupart du temps.

IV. Evolution

*L'évolution est chronique et on n'observe pas de guérison spontanée mais parfois un enkystement relatif des troubles.

*Elle est émaillée de complications :

- syndromes dépressifs avec idées suicidaires
- constitution d'une névrose d'anxiété ou d'une névrose phobique
- revendications sinistroses.

V. Traitement de l'état de stress post-traumatique

*Sa précocité est un gage de bonne évolution.

*Les techniques psychothérapeutiques de groupe, en milieu militaire, ont pour but d'assurer une reprise rapide de l'autonomie et de l'insertion socioprofessionnelle des névrosés de guerre en axant le traitement sur l'esprit de corps, de discipline, d'entraide collective.

*La prise en charge psychothérapeutique, pour les troubles installés, vise à déplacer la fixation au traumatisme sur de nouvelles expériences émotionnelles non morbides.

*Le médecin doit garder une attitude souple offrant compréhension, réassurance et sédation chimiothérapeutique des symptômes (anxiété, dépression, etc.), mais évitant de trop faciliter les attitudes de dépendance et les bénéfices secondaires. Le rôle de l'entourage est primordial.

*Action thérapeutique de la reconnaissance des troubles par le système social (indemnités financières légitimes).

*Une prévention des troubles pourrait s'effectuer par la prise en charge précoce et l'information aux victimes de tels traumatismes. Il se développe de plus en plus des équipes de psychiatres, militaires ou non, qui accueillent immédiatement et, si possible, avant l'intervention des forces de l'ordre, afin de faire verbaliser les victimes et leur apporter les conseils nécessaires pour une prise en charge ("debriefing" ou "déchoquage"). Il est important de les informer des symptômes qui risquent d'apparaître à distance, une fois la période de sidération passée, et de la nécessité de consulter. Malheureusement, l'articulation entre l'intervention des psychiatres dans ses situations et celle de la police, est encore très dépendante de la bonne volonté des forces de l'ordre qui la rendent faisable ou non.

*La narco-analyse et l'hypnose peuvent parfois permettre, dans les suites précoces, une extériorisation libératrice ("catharsis") du traumatisme.

*Il existe des consultations spécialisées à l'Assistance Publique, notamment à l'hôpital Saint-Antoine pour les victimes d'attentat.

LES TROUBLES DE L'ADAPTATION

(ETATS REACTIONNELS

D'EXPRESSION NEVROTIQUE)

Ces troubles fréquents se caractérisent par un état de détresse émotionnelle marquée et d'expression variée (dépression, anxiété, agressivité, troubles du comportement) dont la survenue peut être mise en rapport avec un ou plusieurs événements psychosociaux objectivables qui débordent les défenses psychologiques de l'individu. Cet état se réduit spontanément dans les 6 mois qui suivent la disparition de cet(s) événement(s).

I. Diagnostic positif :

I.1. Les facteurs déclenchants :

*De très nombreuses situations de la vie courante peuvent être à l'origine de manifestations d'allure névrotique : conflits ou séparation conjugale, conflits ou échec professionnel ou au contraire promotion dans le travail, annonce d'une maladie grave, etc.

*La gravité de ces événements ne suffit pas à prédire la gravité de la réaction pathologique.

I.2. Les symptômes :

*Ils sont en général transitoires disparaissant lorsqu'un nouveau niveau d'adaptation est atteint.

*Ils entraînent la plupart du temps un handicap du fonctionnement socioprofessionnel.

*Ils sont souvent observés et parfois associés : crises ou symptômes de conversion d'allure hystérique, humeur et ruminations d'allure dépressive, anxiété souvent somatisée, troubles des conduites avec agitation, hétéro-agressivité ou auto-agressivité (les tentatives de suicide ne sont pas rares).

I.3. La personnalité :

*Les troubles surviennent fréquemment chez un sujet présentant une structure névrotique ou une personnalité pathologique.

*Les personnalités limites et narcissiques sont particulièrement vulnérables.

*L'alexithymie (incapacité à verbaliser les émotions) et le mode de pensée opératoire (toujours dirigé vers des actions concrètes) seraient des facteurs favorisants.

II. Diagnostic différentiel :

*Les réactions normales d'adaptation : seul le jugement clinique permet de les différencier des états réactionnels pathologiques.

*Les états névrotiques structurés, ce d'autant plus que l'aggravation de certaines névroses est souvent liée à des éléments de la réalité extérieure.

*Les syndromes psychotraumatiques.

III. Evolution :

*Le plus souvent favorable, ces états ne persistent pas au-delà de quelques mois,

*Le risque évolutif est plus lié à la répétition des troubles témoignant d'une fragilité des défenses et/ou d'un trouble grave de la personnalité.

*La survenue de troubles somatiques serait plus fréquente chez les patients présentant des troubles répétés de l'adaptation.

IV. Traitement :

*Si un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur peut parfois s'avérer nécessaire, le soutien psychologique est primordial.

*Il doit avant tout permettre au sujet de retrouver un nouveau niveau d'adaptation et de faire le deuil de certaines pertes.

Les autres troubles

I. Les troubles somatoformes

*Ils correspondent à la classique notion de névrose hypocondriaque.

*Prédominant chez la femme et débutant avant l'âge de 30 ans, ils se caractérisent par l'existence chronique de plaintes somatiques multiples (qui correspondent souvent à des symptômes de conversion) ne correspondant à aucune cause organique reconnue.

II. L'hypochondrie

*L'hypochondrie se caractérise par la crainte et/ou la conviction envahissante d'être atteint d'une maladie grave. Cette crainte/conviction est liée à une propension du sujet à interpréter de façon erronée ses manifestations physiques.

*L'hypochondrie peut être une manifestation secondaire d'un autre trouble psychiatrique (dépression, trouble anxieux, schizophrénie, délire chronique paranoïaque ...). Elle peut également apparaître isolément : cette hypochondrie "primaire" était classiquement diagnostiquée comme "névrose" hypocondriaque, entité que la tradition clinique opposait à l'hypochondrie délirante.

II.1. Aspects cliniques :

*Trouble fréquent en médecine générale.

*La symptomatologie est centrée autour de la préoccupation hypocondriaque : crainte ou conviction persistante d'être atteint d'une maladie.

*Cette conviction est le plus souvent fondée, au début de la maladie, sur une interprétation erronée de sensations ou signes physiques tenus pour preuve de la maladie. Les maladies en cause sont souvent liées à des lésions d'organes profonds. Le patient développe une attitude d'écoute et d'hypervigilance vis à vis de son corps.

*Des bilans cliniques et paracliniques répétés sont revendiqués par le patient mais malgré leur normalité, la crainte persiste (cf. Woody Allen dans le film "Hannah et ses sœurs").

*La vie est souvent organisée autour de cette croyance avec préoccupations particulières autour des repas, du sommeil, des selles, etc.

*Des symptômes anxieux et dépressifs sont fréquents. Il en est de même des traits de personnalité obsessionnelle compulsive.

II.2. Diagnostic différentiel :

*La pathologie organique est éliminée devant la normalité des examens. Toutefois l'existence d'une pathologie organique n'exclut pas la possibilité d'une hypochondrie coexistante.

*La conversion hystérique ne comporte en général pas d'angoisse autour du symptôme.

*La nosophobie constitue la phobie des maladies et non la conviction d'en être atteint. Cependant la distinction entre les deux troubles est discutée.

*Les symptômes hypochondriaques survenant dans la névrose d'angoisse, obsessionnelle ou les états dépressifs sont en général transitoires et noyés dans la symptomatologie spécifique de chacun de ces troubles. Cependant, les liens hypochondrie-dépression et hypochondrie-anxiété sont étroits.

*L'hypochondrie délirante : le symptôme hypochondriaque de la névrose hypochondriaque, est moins fixe qu'une véritable idée délirante et le patient serait capable d'envisager l'idée qu'il n'a peut être pas la maladie qu'il redoute. Cependant, le diagnostic différentiel peut être difficile :

*Les symptômes hypochondriaques sont fréquents dans la schizophrénie associés au vécu de dépersonnalisation ou à des hallucinations cénesthésiques.

*Il existe des formes hypochondriaques de psychose paranoïaque s'inscrivant souvent dans un délire de préjudice et de revendications. Ce trouble peut représenter une des modalités évolutives de la névrose hypochondriaque.

II.3. Evolution :

*Elle est chronique avec périodes d'aggravation ou de diminution des symptômes

*Complications:

- troubles anxieux,
- syndromes dépressifs,
- évolution vers un délire de revendication,
- surconsommation médicale et dangers inhérents à la répétition des investigations diagnostiques (exemple : chirurgie exploratrice),
- le handicap socioprofessionnel peut être important.

II.4. Traitement :

*Difficile, le médecin est sans cesse mis à l'épreuve.

*Les approches psychothérapeutiques comportementales et cognitives pourraient avoir quelques résultats positifs.

*Les traitements médicamenteux reposent sur les benzodiazépines ou le sulpiride dont l'efficacité est très inconstante.

*Un état dépressif doit systématiquement être recherché et traité par des antidépresseurs.

III. Les troubles psychosexuels

*Ils peuvent être présents dans toutes les névroses (plus particulièrement dans la névrose hystérique). Ils ont été individualisés dans le DSM-IV et font l'objet d'une véritable spécialité sous l'influence américaine. Sans faire la sémiologie de cette spécialité, on peut citer un certain nombre de généralités.

*Dans les troubles névrotiques, on observe presque toujours des troubles psychosexuels. Ces troubles sont souvent ce qui motive les patients à venir consulter le médecin généraliste. Il est important de faire une bonne description sémiologique afin de voir dans quel cadre pathologique s'inscrit cette demande. Aussi, fréquemment, la prise en charge symptomatique s'orientera vers celle plus globale de la névrose par un psychiatre.

*Les patients souffrant de troubles névrotiques présentent souvent une inhibition sexuelle, plus ou moins importante, se manifestant par la diminution des désirs sexuels et/ou des difficultés de la réalisation dans l'acte sexuel.

*Ils se traduisent par :

- Chez l'homme :
- une impuissance, incomplète ou périodique, mal tolérée;
- des troubles de l'érection;
- des troubles de l'éjaculation (prématurée ou retardée).

Ces anomalies peuvent traduire une culpabilité inconsciente liée au désir et à l'acte sexuel.

- Chez la femme :
- une frigidité qui peut être totale ou partielle, permanente ou continue, plus fréquente que l'impuissance. Elle peut s'associer à une dyspareunie ou à un vaginisme.
- une anorgasmie.
- Dans les deux sexes, la masturbation est un symptôme névrotique lorsqu'elle est exclusive ou

préférée aux relations sexuelles.

CONCLUSION : LE SYNDROME

NEVROTIQUE GENERAL ?

*Unies par leur étiopathogénie commune dans une perspective analytique, les névroses ont subi, ces dernières années, des découpages nosographiques tels que le concept même de névrose a presque disparu de la terminologie des troubles psychiatriques utilisée dans le domaine de la recherche. Les nouvelles classifications préfèrent une approche descriptive voire symptomatique mais ne donne aucune orientation sur l'articulation entre les différents symptômes repérés.

*Plusieurs auteurs ont critiqué cet excessif morcellement et l'incapacité des nouveaux systèmes de classification à repérer les formes "mixtes" de névroses.

*De nombreux travaux ont en effet montré que l'existence d'un syndrome pur est rare et que les troubles anxiété généralisée, panique, obsessionnel-compulsif et phobique, coexistent fréquemment. De plus, la comorbidité anxiété-dépression semble importante.

La mise en évidence de cette interdépendance des syndromes névrotiques a conduit certains auteurs à réhabiliter, en dehors de toute perspective étiopathogénique, le concept de névrose à travers la reconnaissance clinique d'un éventuel "syndrome névrotique général". Des travaux sont en cours afin d'individualiser les éléments qui pourraient être communs à ce syndrome (symptômes et éléments de personnalité).