

Maladies et Grands Syndromes - Névrose (266)

Professeur Jean Michel Azorin
Mai 2005

Références :

Les états névrotiques. Dans : Psychiatrie. JD Guelfi, P Boyer, S Consoli, R Olivier-Martin eds. PUF. 1987, pp.415-519.

1. Introduction

L'identification clinique des troubles névrotiques est aussi ancienne que la médecine elle-même et remonte, notamment pour l'hystérie et l'hypocondrie, à l'Antiquité.

L'évolution nosographique du concept de névrose jusqu'à la période actuelle a été considérable et complexe, reflétant, plus que tout autre notion, l'histoire des idées en médecine puis en psychiatrie.

Le terme de "névrose", introduit par Cullen en 1769, a longtemps désigné l'ensemble des maladies du système nerveux, regroupé selon un seul critère négatif : l'absence de fièvre ou de lésion localisée.

À la fin du dix-neuvième siècle, le champ nosographique des névroses, sous l'impulsion notamment des travaux de Charcot en France comprenait trois entités protéiformes aux limites incertaines :

- La neurasthénie, regroupant l'ensemble des troubles anxieux somatiques et psychiques,
- L'hystérie, méticuleusement décrite dans ses aspects paroxystiques et fonctionnels par Charcot,
- L'hypocondrie, dont les contours demeuraient mal définis.

Les grandes synthèses psychodynamiques proposées par Janet, et surtout par Freud, au tournant du siècle, allaient opérer dans la nébuleuse hétérogène des névroses des découpages nosographiques, fondés sur des approches théoriques impliquant une économie dynamique du fonctionnement mental.

L'œuvre de Freud et de ses successeurs fit prévaloir des conceptions que la psychiatrie devait adopter pour longtemps : ***les névroses sont des maladies associant des symptômes et des troubles de la personnalité, liées à des conflits inconscients, et relevant pour la plupart d'un traitement psychanalytique.***

Les névroses renvoient aux théories psychanalytiques. On retrouve :

- La névrose d'angoisse,
- La névrose phobique,
- La névrose obsessionnelle,
- La névrose hystérique,
- La névrose traumatique.

L'anxiété est un symptôme commun de ces différentes névroses.

L'influence de la psychiatrie nord-américaine, concrétisée par la parution du DSM-III en 1980, marque un tournant radical dans l'évolution de la nosographie des névroses : au terme de névrose, considéré comme ambigu et non consensuel, est préférée celui de "trouble névrotique".

Les catégories nosographiques traditionnelles sont bouleversées. En 1980, apparaît dans la classification DSM-III la notion de troubles anxieux. Si l'on essaye d'établir une correspondance entre névroses et classifications actuelles, on peut faire correspondre schématiquement (cf. Tableau 1) :

- La névrose d'angoisse avec le trouble panique, et le Trouble Anxieux Généralisé,
- La névrose phobique avec l'agoraphobie (sans AP), et les différentes phobies (sociale et spécifique),
- La névrose obsessionnelle avec le Trouble Obsessionnel Compulsif,
- La névrose traumatique avec l'état de stress post-traumatique.

Tableau 1 : Correspondance névroses-classifications actuelles

Névrose d'angoisse	Trouble panique, Trouble Anxieux Généralisé
Névrose phobique	Agoraphobie (sans Attaque de Panique), Phobie (sociale et spécifique)
Névrose obsessionnelle	Trouble Obsessionnel Compulsif
Névrose traumatique	État de Stress Post-Traumatique

2. Etiologies des névroses

Les théories concernant l'étiologie des névroses sont nombreuses et parfois contradictoires : théorie comportementale, culturalistes et sociogénétiques, biologiques... C'est cependant la théorie analytique qui a été le plus développée.

La conception psychanalytique des névroses est liée au modèle psychanalytique du développement de la personnalité. Dans cette perspective, la névrose est due à une perturbation libidinale qu'on peut schématiser de la façon suivante :

- *Traumatisme sexuel*. Le développement normal est perturbé par un traumatisme sexuel. Ce traumatisme peut être dû à des causes externes mais le plus souvent à une cause interne liée au débordement du Moi Par les pulsions sexuelles.
- *Fixation*. Le traumatisme va entraîner une fixation au stade où se trouve le développement au moment où il se produit.
- *Régression*. Ce "conflit" lié au "traumatisme" initial constitue une fixation infantile et constitue un point de fixation réactivé par les frustrations.
- *Mécanismes de défense*. Le Moi, dont le rôle est de s'adapter à la réalité, se trouve face à ce conflit. Il est le siège d'une tension intense source d'angoisse. Pour lutter contre cette angoisse, le Moi va utiliser différents mécanismes de défense : refoulement, déplacement, isolation, inversion, projection.
- *Les symptômes*. Le compromis entre la pulsion et les mécanismes de défense crée les symptômes.

3. Névrose hystérique

La névrose hystérique se caractérise typiquement par la survenue de divers troubles somatiques, transitoires ou durables, mais sans lésions anatomoclinique sous-jacentes. Ces troubles sont appelés « *symptômes de conversion* ». Ces symptômes s'associent à *des manifestations psychiques variées* et des *perturbations du caractère ou personnalité hystérique*.

3.1. Aspects cliniques

On distingue :

3.1.1. Des symptômes somatiques

Ce sont essentiellement les fonctions corporelles concernées par la vie relation. Cependant, tous les systèmes peuvent être concernés par la conversion hystérique. Ces symptômes se caractérisent par l'absence d'atteintes organiques sous-jacente. Ces symptômes fonctionnels sont réversibles. On distingue :

- Des troubles de la motricité et du tonus : crises pseudo convulsives ou épileptoïde, des mouvements anormaux, des hoquets ou des dysphagies, malaises hystériques, des troubles de la vigilance, des accès de bâillements, des pseudos coma, des faiblesses musculaires, l'astase abasie, contractures, parésies, bégaiement, des spasmes, des tics ...
- Des troubles sensitifs des phénomènes d'hyperesthésies et des algies, des prurits, des troubles de la vision (brouillard visuel, diplopie, pseudo cécité,), des troubles de l'audition (pseudo surdité, acouphènes), sensations vertigineuses ou de pseudo vertiges ...
- Des troubles neurovégétatifs symptômes gastro-intestinaux divers (coliques, nausées, ballonnements...), Cardio-respiratoires (précordialgies, ..), urologiques (brûlures mictionnelles, cystalgies..), et gynécologiques (grossesse nerveuse..).

3.1.2. Des symptômes psychiques intermittents

Cinq grands syndromes psychiques sont classiquement décrits :

- Amnésie psychogène, incapacité soudaine d'évoquer des souvenirs personnels importants. Cette amnésie est soit lacunaire (circonscrite) ou sélective concernant certains types d'événements.
- Fugue psychogène. Ceci est un phénomène très rare.
- Personnalité multiple, caractérisée par la coexistence chez un même individu de deux ou plusieurs personnalités distinctes.
- Somnambulisme.
- Dépersonnalisation. Il s'agit d'une altération de l'expérience vécue et de la conscience de soi. La dépersonnalisation accompagne souvent les états crépusculaires.

3.1.3. La personnalité sous-jacente.

La "personnalité hystérique" comporte certaines caractéristiques affectives et relationnelles :

- Une *demande affective intense* (avidité affective), **suggestible**, **érotisée**. Cette demande affective comporte une peur de la sexualité qui entraîne la fuite. La demande affective est une **demande infantile** de protection et d'affection.
- Une *hyper expressivité et une labilité des affects*. Toutes manifestations affectives sont vives et labiles. On retrouve une **hypersensibilité aux gratifications** et aux frustrations. On parle parfois de **théâtralisme** ou d'histrionisme à cause de l'intensité des manifestations.
- Une *vie imaginaire intense*. Il existe une riche activité fantasmatique avec une importante tendance à la rêverie.

3.2. Etiologie et psychopathologie

La névrose hystérique est due à une *fixation au premier stade du conflit œdipien*. Le traumatisme arrête l'évolution et interdit la sortie de l'œdipe.

Pour lutter contre l'angoisse lié à ce conflit œdipien, le Moi utilise le *refoulement*.

Le compromis entre la pulsion et les mécanismes de défense aboutit

- Aux troubles de la personnalité. Le désir de séduire interdit se transforme en une intense demande affective. Les fantasmes œdipiens inconscients se manifestent par une intense vie imaginaire et une grande expressivité affective.
- À la conversion. Une représentation mentale, liée à une émotion intense est interdite par le Surmoi. Elle est refoulée dans l'inconscient et sa charge affective se transforme en symptôme somatique.

3.3. Diagnostic différentiel

La névrose hystérique pose la question du diagnostic différentiel avec de nombreuses affections somatiques. Il convient face à des symptômes de conversion d'éliminer :

- Une *pathologie organique autre que neurologique* comme l'hyperparathyroïdie, le lupus érythémateux disséminé, les porphyries...
- Une *pathologie neurologique*, comme l'épilepsie (surtout temporal), la sclérose en plaques...
- Une *simulation*.
- Une *autre affection psychiatrique* comme un trouble anxieux ou dépressif.
- Un *autre trouble de la personnalité* (névrose d'angoisse...).

3.4. Traitement

3.4.1. Traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux n'ont que peu de place dans la thérapeutique de la névrose hystérique. Ils sont utilisés essentiellement à visée symptomatique : anxiolytiques et parfois antidépresseurs lors d'une décompensation dépressive.

3.4.2. Psychothérapies.

Les méthodes proposées sont nombreuses et dépendent des théories.

Les *troubles de la personnalité* peuvent être traités :

- Dans un but symptomatique par de la relaxation, ou des psychothérapies de soutien,
- Dans un but de modifier l'organisation de la personnalité par des méthodes psychanalytiques (cure classique, psychothérapie d'inspiration analytique...) ou par des thérapies cognitivo-comportementales.

Les *conversions somatiques* peuvent être traitées :

- Dans un but symptomatique, afin de supprimer les symptômes par de la suggestion (hypnose, ...) ou des thérapies comportementales.
- Dans un but étiologique par des méthodes analytiques le plus souvent.

4. Névrose obsessionnelle

La névrose obsessionnelle constitue avec la névrose hystérique et la névrose phobique la troisième névrose structurée.

Elle se définit par la présence de *symptômes obsessionnels ou compulsifs* survenant sur une *personnalité pathologique* de type psychasthénique ou obsessionnel.

Les symptômes sont très souvent extensifs et source d'une gêne importante dans la vie relationnelle et l'adaptation sociale.

4.1. Aspects cliniques

On distingue :

4.1.1. Des obsessions.

Elles ont comme caractères communs de s'imposer au sujet en faisant intrusion dans sa conscience. Elles sont ressenties comme absurdes. Le sujet reconnaît que ces pensées viennent de lui-même et ne lui sont pas imposées de l'extérieur. Le patient essaie de les réprimer, de les chasser ou de les neutraliser.

- Les *obsessions impulsives*. Il s'agit de crainte de faire quelque chose de nocif. Le sujet est obsédé par cette crainte.
- Les *obsessions phobiques*. Il s'agit de craintes d'avoir envie d'utiliser des objets (couteaux, microbes..).
- Les *obsessions idéatives* (idées obsédantes). Des idées s'imposent à l'esprit. Elles sont désagréables et culpabilisées. Ces idées sont soit des représentations ou des phrases (grossières ou obscènes le plus souvent...), soit des tâches intellectuelles que le sujet doit accomplir (séries de calculs mentaux), soit des doutes interminables (doute de vérification..) ou des scrupules ruminant de fautes anciennes...).

4.1.2. Des compulsions.

Il s'agit de l'impression d'une forte contrainte à faire quelque chose dont le sujet sait qu'elle vient de lui-même.

- Les *compulsions à refaire et à contrôler*. Les plus fréquentes sont les compulsions de lavage et les compulsions de vérification.
- Les *rituels ou rites*. Contrairement au compulsions de lavage. Ici les actes n'ont pas de but ni de logique. Il peut s'agir de rites d'habillement ou de rites de rangement.

Ces manifestations (obsessions et compulsions) ont certaines caractéristiques communes :

- Création d'un état de déplaisir,
- Conscience du caractère pathologique,
- Impossibilité à différer les compulsions ou les rituels.

4.2. Etiologie et psychopathologie

Différentes conceptions théoriques sont proposées (cognitivo-comportementales, biologiques - cf. Trouble Obsessionnel Compulsif).

Dans la conception psychanalytique, la névrose obsessionnelle est due à *une fixation au stade sadique-anal*. Dans l'évolution "normale", ce stade est dépassé au moment du passage au stade œdipien. En cas de traumatisme, il y a fixation qui conduit à un conflit intra-psychique source d'angoisse.

Le Moi utilise deux mécanismes de défense principaux : *l'inversion* (transformation du désir en crainte) et le *déplacement* (remplacement des buts par d'autres).

La genèse des symptômes est secondaire à un compromis entre pulsion et défense :

4.2.1. Compromis entre analité et défense

- Les préoccupations anales sont *inversées* : soucis de propreté, peur de la souillure, méticulosité,

- Les préoccupations anales sont *déplacées* : plaisir de l'ordre, plaisir du rendement et de l'efficacité.

4.2.2. *Compromis entre sadisme et défense*

- Le projet sadique est *inversé* : peur d'avoir envie d'agresser obsession impulsive, obsession phobique, compulsion à vérifier)
- Le projet sadique est *déplacé* : obsession idéative, rituels.

4.3. Diagnostic différentiel

Face à des obsessions, il convient d'éliminer :

- Un autre trouble névrotique. Des symptômes obsessionnels sont parfois rencontrés au cours des autres névroses. C'est principalement l'étude de la personnalité sous-jacente qui permet le diagnostic différentiel. Dans l'hystérie, la personnalité est au contraire de la personnalité obsessionnelle hyper expressive. Dans les phobies, la crainte vient d'un danger extérieur (peur d'être agressé). Enfin dans la névrose d'angoisse, l'angoisse est permanente et non liée aux phénomènes obsessifs et compulsifs.
- Un *trouble de l'humeur*. Des symptômes obsessionnels peuvent être associés à une symptomatologie dépressive. La dépression peut par ailleurs compliquer l'évolution d'une névrose obsessionnelle.
- Un *syndrome délirant de type schizophrénique* principalement. Des obsessions et des rituels obsessionnels peuvent constituer la symptomatologie résiduelle d'une schizophrénie évolutive. Les obsessions peuvent aussi se rencontrer dans les formes de début "pseudo névrotiques" de schizophrénie. Dans ces tableaux pseudo névrotiques, les obsessions s'accompagnent au début d'une lutte anxieuse caractéristique avant d'apparaître comme des pensées ou des comportements stéréotypés ne faisant pas l'objet d'une critique véritable. Leur contenu est fréquemment abstrait, symbolique et s'accompagne de préoccupation hypochondriaque.
- *Une pathologie organique*. Des obsessions sont parfois rencontrées au décours d'une atteinte organique cérébrale (tumeurs, état démentiel, encéphalites...). On peut retrouver par ailleurs, des phénomènes de pensée forcée au décours d'une épilepsie temporale.
- **Des tics** ou une maladie de "Gilles de la Tourette". Les tics consistent en fait en des contractions répétées soudaines, brusques et brèves, d'un muscle ou d'un groupe musculaire. Ils sont perçus par le sujet, mais s'imposent à lui et échappent à son contrôle volontaire, bien qu'ils puissent être suspendus pendant seulement un temps limité grâce à un effort soutenu.

4.4. Traitement

Les méthodes de traitement sont à la fois chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques.

4.4.1. *Traitement médicamenteux*

Les anxiolytiques sont parfois utiles pour diminuer la tension anxieuse.

L'emploi d'antidépresseurs (en particulier sérotoninergiques) s'avère efficace sur les compulsions et certaines obsessions. Les antidépresseurs utilisés dans cette indication doivent le plus souvent être employés à des posologies plus élevées que celles qui sont utilisées dans la dépression et pendant plus longtemps. Les effets n'apparaissent le plus souvent qu'après au moins six semaines de traitement.

4.4.2. Traitements psychothérapeutiques.

Comme dans l'hystérie, les psychothérapies peuvent avoir comme objectif d'agir sur les symptômes ou la personnalité.

- Les troubles de la personnalité peuvent être traités par *psychothérapie analytique*. Toutefois, la cure psychanalytique type s'avère le plus souvent longue et décevante dans cette indication.
- Les obsessions et les symptômes peuvent être traités par des techniques cognitivo-comportementales associant des techniques du type exposition in vivo, arrêt de la pensée, l'analyse fonctionnelle des obsessions.

5. Névrose phobique

La névrose phobique correspond à un état morbide dont la *phobie* constitue le symptôme prévalent. La phobie est associée à *des conduites d'évitement* de type phobique secondaire à une anticipation anxieuse face à certaines situations. Ces troubles interfèrent avec le fonctionnement social. Le patient a conscience du caractère inadapté de ces réactions.

5.1. Aspects cliniques

5.1.1. Définition de la phobie

La phobie peut être définie comme *une crainte angoissante déclenchée* par : un objet, une situation ou une personne n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux. Cette crainte est reconnue comme excessive et pathologique par le patient qui prend différentes mesures pour ne pas y être confronté (cf. - conduites d'évitement et de réassurance).

5.1.2. Variétés de phobies

On distingue trois types principaux de phobies selon la nature du stimulus phobique et la nature des cognitions anxieuses.

5.1.2.1. Agoraphobie

Elle représente la forme clinique la plus sévère et la plus envahissante de phobie. Elle se définit comme : "*la peur des lieux publics comme les rues, magasins et moyens de transport*". Le sujet a très peur et pour cette raison évite de se retrouver seul ou dans des endroits publics d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels il pourrait ne pas trouver de secours en cas de malaise subit, comme les foules, les tunnels, les ponts ou les moyens de transport. L'agoraphobie réduit les activités du fait des peurs et des **conduites d'évitement**. Il exige souvent d'être accompagné dans des lieux où il se risque seul. L'agoraphobie complique fréquemment des crises d'anxiété aiguë.

5.1.2.2. Phobies sociales

Elles sont définies comme *une peur persistante des situations dans lesquelles l'individu pourrait être observé par autrui* ou se conduire de manière humiliante ou embarrassante. Les phobies sociales les plus fréquentes sont : la peur de parler en public, la peur de manger ou de boire en public, la peur d'écrire devant les autres, la peur de rougir devant les autres (érotophobie). Les cognitions sont dominées par les représentations d'inefficacité du sujet face aux autres. Le sujet anticipe d'être humilié par son comportement : bredouiller, rougir, dire des bêtises, être incapable de répondre à des questions... La performance du sujet n'est pas parallèle au degré de gêne qu'il éprouve ou anticipe. Parfois rien ne se remarque effectivement.

5.1.2.3. Phobies simples

Elles sont aussi appelées *phobies spécifiques*. Il s'agit le plus souvent de : phobies des animaux, phobies des endroits clos (claustrophobie), phobies des hauteurs (acrophobie), phobies limitées à un moyen de transport précis.

5.1.3. Conduites et comportements phobiques

Pour conjurer l'angoisse le phobique utilise trois catégories de procédés :

5.1.3.1. Conduites d'évitement

Le sujet fait en sorte d'être confronté le moins possible à l'objet ou à la situation phobogène en organisant sa vie en conséquence. La confrontation imprévue à l'objet ou à la situation phobogène peut déclencher une réaction de fuite, voire une angoisse paralysante.

5.1.3.2. Conduites de rassurement

Le sujet cherche la présence d'un personnage familier, voire d'un animal ou d'un objet lui permettant d'affronter la situation redoutée. La personne ou l'objet ainsi investi d'un pouvoir de rassurement est qualifié "d'objet contra phobique".

5.1.3.3. La fuite en avant

Cette conduite conjuratoire associe une hyperactivité, voire un affrontement délibéré du danger redouté et adoption d'une attitude de bravade ou de défi. Ce type de conduite s'observe essentiellement dans les phobies sociales.

5.1.4. Personnalité phobique

L'individualisation d'une personnalité phobique a été contestée. Le trait dominant de la personnalité phobique est typiquement l'inhibition. A cette inhibition s'associe une hyperémotivité, un effacement réservé, une crainte de la sexualité, un évitement des contacts avec autrui alors que le désir d'un tel contact existe, la difficulté à aller vers les autres ; cette difficulté est vécue douloureusement.

5.2. Etiologie et psychopathologie

Deux théories principales sont proposées :

- Théorie psychanalytique des phobies. Si un objet devient, sans raison objective, source d'angoisse, c'est qu'il remplace un autre objet dont la représentation a été refoulée. Le symptôme phobique est considéré comme revêtu d'une signification symbolique qui le rattache aux représentations inconscientes qui doivent être maintenues refoulées.
- Théorie comportementale des phobies. Les phobies se réduisent à des phénomènes de conditionnement.

5.3. Diagnostic différentiel

Des manifestations phobiques peuvent être observées :

- Dans un *psychosyndrome organique* notamment à la suite d'abus de substances toxiques ou après sevrage d'une prise habituelle de toxiques, de médicaments ou d'alcool. De nombreuses pathologies responsables d'angoisse aiguë peuvent produire des phobies.

- Dans les *psychoses* et plus particulièrement dans les schizophrénies. *Ces phobies sont dites atypiques*. Ces phobies possèdent un caractère irréel (objet mystérieux ou délirants). L'angoisse est massive et prend parfois les caractéristiques d'une angoisse psychotique. Les essais de réassurance de l'entourage sont inefficaces. Des préoccupations nosophobiques et dysmorphobiques doivent faire rechercher un trouble de l'identité corporelle et l'existence de manifestations dissociatives.
- Dans la névrose obsessionnelle sous la forme *d'obsession phobique*. Le diagnostic différentiel est parfois difficile. Dans l'obsession phobique, la crainte est essentiellement une crainte de nuire aux autres. La crainte peut surgir dans l'esprit du patient indépendamment de l'exposition éventuelle à la situation redoutée.

5.4. Traitement

5.4.1. L'apport des chimiothérapies :

Il est variable suivant les phobies. Les anxiolytiques, s'ils atténuent la réaction anxieuse, n'ont pas de retentissement sur le comportement d'évitement ou de réassurance.

Les bêtabloquants peuvent avoir un intérêt dans certaines phobies sociales (peur de parler en public par exemple).

Les antidépresseurs sont indiqués en cas d'association avec des attaques de panique ou d'inhibition comportementale ou de dépression associée.

5.4.2. La place des psychothérapies :

Elle est diversement appréciée. Une psychothérapie de soutien est toujours utile.

Les méthodes psychanalytiques visent à la prise de conscience des représentations refoulées.

Elles sont surtout indiquées en cas de phobies multiples ou de phobies avec des manifestations pseudo-obsessionnelles.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont indiquées dans l'agoraphobie résiduelle, certaines phobies simples gênantes pour l'individu ou la phobie sociale. Différents types de méthodes sont employés :

- La désensibilisation systématique, indiquées pour les patients qui n'évitent pas totalement la situation phobogène.
- Les techniques d'affirmation de soi réalisées sous formes de jeu de rôle ;
- La restructuration cognitive développe des attitudes efficaces en favorisant l'autocontrôle et en permettant une critique des cognitions négatives.

6. Névrose d'angoisse

L'individualisation de la névrose d'angoisse est liée à Freud. La notion de névrose d'angoisse longtemps inspirée des conceptions psychanalytiques, est actuellement remise en cause au travers des travaux actuels sur les troubles anxieux.

Ce syndrome clinique est caractérisé par l'association de *crise d'angoisse aiguë* et d'une *anxiété chronique*. Ces manifestations n'étant pas secondaires à un trouble organique ou à une autre affection psychiatrique.

6.1. Aspects cliniques

La névrose d'angoisse réalise une anxiété flottante à peu près isolée. Elle regroupe classiquement des manifestations paroxystiques de crise d'angoisse et des manifestations durables, ou anxiété chronique.

6.1.1. Crises d'angoisse aiguës

(cf. - attaque de panique dans le chapitre sur les troubles anxieux).

Elles constituent en l'installation soudaine et inopinée d'une appréhension intense avec sensation d'une menace grave et perception de diverses modifications somatiques. L'accès aigu atteint son acmé en quelques minutes. Sur le plan comportemental, l'accès entraîne une agitation motrice, plus rarement un engourdissement de l'activité voire une sidération stuporeuse.

Les principales manifestations somatiques de la crise d'angoisse sont :

- Cardio-vasculaire : oppression thoracique, palpitations, accès de tachycardie, accès de rougeur, bouffées de chaleur.
- Digestives : spasmes pharyngés, spasmes gastro-intestinaux, barre épigastriques, douleurs coliques, aérophagie, nausées, vomissements, diarrhée, spasmes ano-rectaux, hoquet...
- Respiratoires : dyspnées, sensation d'étouffement, accès de toux nerveuse, hyperventilation,
- Génito-urinaires : douleurs abdomino-pelviennes, cystalgies, crise de polyurie, ténesme vésical.
- Neuromusculaires et sensorielles : crampes, secousses musculaires, tremblements, algies posturales, céphalées, sensation de brouillard ou de flou visuel...

6.1.2. L'anxiété chronique

(cf. - anxiété généralisée dans chapitre sur les troubles anxieux)

Elle est constituée par un état de tension intérieure pénible, une attitude de doute et un sentiment d'insécurité durable. L'appréhension permanente ne fixe aucun élément précis, mais peut s'exacerber dans des circonstances variables et indifférenciées : ruminations péjoratives sur le passé, majoration du moindre souci, interrogations pessimistes sur l'avenir.

Ces symptômes sont présents de manière permanente et associent à des degrés divers :

- Une *tension motrice* : tremblements, tressautements ou impressions de secousse, tension, fièvre, fatigabilité,
- Une *hyperactivité neurovégétative* : "souffle coupé", sensations d'étouffement, palpitations ou accélération du rythme cardiaque, transpiration, sécheresse de la bouche, étourdissement ou lipothymie, bouffées de chaleur, "boule dans la gorge",
- Une *hyper vigilance* : sensation d'être survolté, réaction de sursaut exagéré, difficultés de concentration, irritabilité.

6.2. Etiologie et psychopathologie

La théorie analytique est moins précise concernant cette névrose.

Le stade où se produirait la fixation n'est pas déterminé. Le mécanisme de défense est comme dans l'hystérie, le refoulement mais celui-ci ne porte pas sur l'angoisse. Concernant la genèse des symptômes, l'angoisse résulte du fait que le refoulement ne porte pas sur elle mais que, au contraire, il transforme tout autre affect en anxiété.

6.3. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel est tout d'abord celui de la crise d'angoisse (cf. - chapitre attaque de panique).

Le diagnostic d'anxiété généralisée est souvent un diagnostic d'élimination.

6.4. Traitement

Il convient à la fois de prendre en charge les manifestations paroxystiques d'anxiété par la prescription d'un traitement anxiolytique (benzodiazépines ou autres).

Le traitement chimiothérapique de l'anxiété chronique repose sur la prescription d'antidépresseur ou d'anxiolytique. L'approche psychothérapeutique est particulièrement utile dans ces situations. Elle peut faire appel à des techniques de relaxation ou des prises en charge plus structurées comme les thérapies cognitivo-comportementales ou d'inspiration analytique.