

Névrose

D^r Christophe André

Service hospitalo-universitaire, centre hospitalier Sainte-Anne, 75674 Paris Cedex 14.

c.andre@ch-sainte-anne.fr

Objectifs

DÉFINITION

Le terme « névrose » renvoie à un ensemble de symptômes émotionnels ou comportementaux gênants, dont le caractère pathologique est présent à l'esprit du patient, mais dont il ne peut se défaire par la simple volonté ou le simple effort d'autocontrôle.

L'approche explicative classique des névroses, fondée sur le modèle psychanalytique freudien, a été récemment remise en question au profit d'approches plus descriptives, proposées par les grandes classifications internationales des troubles mentaux. Le tableau 1 présente les correspondances entre les classifications freudiennes et modernes. Le terme de « névrose » tend donc à être moins largement utilisé en dehors de la pratique psychanalytique. Mais la réalité clinique à laquelle il renvoyait persiste. Certains auteurs ont décrit un « syndrome névrotique général » – tableau clinique associant symptômes anxieux, dépressifs, troubles de l'estime de soi... – avec deux arguments de poids : la comorbidité importante des troubles anxieux et dépressifs entre eux, et l'efficacité sur tous ces troubles des mêmes outils thérapeutiques (antidépresseurs, thérapies comportementales et cognitives).

- Diagnostiquer une névrose.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

CLINIQUE

Trouble panique avec agoraphobie

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) associe 3 types de manifestations, qui vont se succéder, puis coexister (tableau 2).

1. Attaque de panique

Il s'agit d'une crise d'angoisse intense, d'apparition brutale, dont l'intensité maximale est atteinte très rapidement, en quelques minutes. Elle s'accompagne de nombreux signes physiques, tels que palpitations et tachycardie, sensation d'oppression ou d'étouffement, frissons ou bouffées de chaleur, vertiges et sensation d'instabilité, etc. Elle s'accompagne parfois d'un sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation : la personne a l'impression que ce qui lui arrive est irréel ou qu'elle en est le témoin extérieur, comme si elle était sortie d'elle-même et se regardait aller mal. Durant l'attaque de panique, le sujet a le sentiment qu'il risque

Tableau 1 Correspondances entre nosologie freudienne et nosologies contemporaines

« NÉVROSES » DE LA NOSOLOGIE FREUDIENNE	« TROUBLES » DES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES MODERNES
Névrose d'angoisse	Trouble panique Anxiété généralisée
Névrose hystérique	Personnalité histrionique Troubles somatoformes
Névrose obsessionnelle	Trouble obsessionnel compulsif (TOC) Personnalité obsessionnelle
Névrose phobique	Phobie spécifique
Non décrite	Phobie sociale

II-Q266

Névrose

de mourir, de devenir fou ou de perdre le contrôle de lui-même (se ridiculiser en public, se jeter par une fenêtre, provoquer un accident de voiture...).

Les attaques de panique isolées semblent relativement fréquentes ; certaines études évaluent même que 10 à 30 % des personnes font durant leur vie au moins une telle crise. Certaines sont sans lendemain : on leur attribue souvent des appellations variées, spasmophilie en France, « attaque de nervios » dans les pays latino-américains... Elles peuvent aussi se retrouver au cours de la plupart des pathologies psychiatriques, comme les dépressions et les autres phobies. Mais elles peuvent aussi évoluer pour leur propre compte vers un trouble panique.

2. Trouble panique

Lorsque les attaques de panique se répètent, elles vont prendre la forme d'une affection particulièrement invalidante, le trouble panique. En raison du caractère très pénible des attaques de panique, les personnes qui en souffrent redoutent par dessus tout d'avoir d'autres crises et craignent les conséquences de celles-ci (mort ou folie). Bon nombre d'entre elles sont persuadées de souffrir d'une maladie organique que les médecins seraient incapables de diagnostiquer, et multiplient les examens médicaux et les consultations auprès de spécialistes. D'autres en viennent à modifier considérablement leur mode de vie, en renonçant à certaines activités (sorties, déplacements, professions...) qui pourraient les exposer à des crises de panique.

3. Agoraphobie

Assez logiquement, bon nombre de sujets « paniqueurs » évoluent vers l'agoraphobie. On définit aujourd'hui l'agoraphobie par la phobie de se retrouver dans des endroits où la survenue d'une attaque de panique serait problématique : soit parce qu'il y serait difficile ou socialement gênant de s'échapper (comme être assis au milieu d'une rangée de cinéma, ou assis à une table en présence de nombreux invités), soit parce qu'on pourrait ne pas être secouru si le malaise redouté s'avérait grave (être dans

des endroits éloignés ou isolés). Les peurs de la personne agoraphobe sont donc très nombreuses : être seul chez soi, être dans une file d'attente, se retrouver coincé dans un avion qui ne décolle pas ou une rame de métro coincée entre deux stations... Certaines personnes agoraphobes, à force d'évitements, en arrivent à ne plus ressentir d'attaques de panique : leur trouble panique n'est alors plus au premier plan, mais il ne s'agit bien sûr que d'une rémission trompeuse. Son « coût » en est très lourd : le renoncement à une foule d'activités quotidiennes (courses, invitations, promenades spontanées...). Et si la personne devait affronter ces situations, les attaques de panique réapparaîtraient aussitôt. Une fois apparue, l'agoraphobie est une manifestation qui devient vite chronique : on rencontre souvent des patients vivant avec ce handicap depuis des dizaines d'années...

Phobie sociale

Il s'agit d'une phobie centrée sur la crainte d'agir de façon embarrassante ou humiliante sous le regard et le jugement – réels ou supposés – d'autrui. La phobie sociale est l'amplification et la dérégulation pathologique d'une émotion sociale normale, l'anxiété sociale, dont les expressions symptomatiques bénignes les plus fréquentes sont la timidité (inhibition lors de toutes les « premières fois »), qui concerne environ 40 à 60 % de la population générale, et le trac (anxiété de performance), qui touche au moins 30 % des sujets.

1. Les trois principales familles de symptômes

Ces symptômes sont émotionnels, comportementaux et cognitifs, et leur exploration est souvent l'occasion pour le praticien d'aider son patient à comprendre les mécanismes de sa maladie.

✓ **Émotions** : les deux grandes émotions fondamentales de la phobie sociale sont la peur et la honte. La peur, et tous ses dérivés dont l'angoisse, est une émotion centrée sur la vigilance envers l'environnement dans l'attente de la survenue d'un danger : ici, toute forme d'agression ou de désapprobation verbale ou sociale. La honte est la conviction de ne pas avoir pu se conformer aux règles

QU'EST-CE QUI PEUT TOMBER À L'EXAMEN ?

Voici une série de questions qui, à partir d'un exemple de cas clinique, pourrait concerner l'item « Névrose ».

Cas clinique

Lors d'une consultation motivée par un état grippal persistant, un médecin généraliste observe chez une nouvelle patiente de 32 ans des mains en mauvais état dermatologique, rouges et squameuses. Interrogée à ce sujet, la patiente se montre d'abord réticente. Puis elle finit par avouer qu'elle se sent obligée de se laver les mains de très nombreuses

fois dans la journée, qu'elle porte toujours sur elle un flacon d'alcool à 90° pour se les désinfecter au cas où l'accès à l'eau et au savon serait impossible. Elle évite de toucher les poignées de porte dans les lieux publics, de serrer les mains pour dire bonjour, et doit soigneusement laver les fruits et les légumes avant de les consommer. Elle passe beaucoup de temps à se doucher matin et soir...

- ❶ Quel diagnostic évoquez-vous chez cette patiente ?
- ❷ Quel est le temps passé par le patient à se nettoyer au-delà duquel il est habituel de considérer que les comportements de lavage sont une maladie et non plus une habitude ?
- ❸ Quel type de prescription médicamenteuse devez-vous envisager ?
- ❹ Sur quelle durée ?
- ❺ Quel type de prescription psychothérapeutique doit être recommandé ?

Éléments de réponse dans un prochain numéro

du groupe, et la certitude de s'en trouver dévalorisé et diminué. Les deux coexistent en général dans la phobie sociale : anxiété pendant et avant les confrontations, honte pendant et après.

✓ **Comportements** : comme dans les autres troubles anxieux, les évitements représentent un des symptômes majeurs de la phobie sociale ainsi que l'explication la plus convaincante de son caractère chronique. En évitant de se confronter, le sujet maintient intacte la conviction qu'il a bel et bien évité un danger réel et la renforce. Deux types d'évitements sont intriqués : des évitements situationnels, assez manifestes, dans lesquels le patient renonce à affronter les contextes sociaux (soirées, repas en tête-à-tête, opinions à donner ou questions à poser face à un groupe...), et des évitements dits « subtils » survenant lorsque le sujet a pu ou dû se confronter mais ne peut aller jusqu'au bout de la prise de risque (aller à une soirée mais ne pas parler, prendre la parole mais très brièvement...).

✓ **Cognitions (ou « pensées automatiques »)** : la dimension cognitive de la phobie sociale est principalement dominée par l'anxiété d'évaluation. Dans toute circonstance sociale, le patient est convaincu que l'on va 1) l'observer attentivement, 2) le juger négativement, 3) le rejeter ou se moquer de lui. Des troubles de l'estime de soi sont quasi constants. Les deux craintes les plus fréquentes portent sur le fait de révéler son émotivité et sur celle de révéler ses limites (manque de culture, de connaissances, d'intelligence).

2. Formes cliniques de phobie sociale

Elles sont multiples :

- formes limitées à une ou deux circonstances sociales : il s'agit le plus souvent de la peur de manger, de boire ou d'écrire devant autrui, ou de la peur panique de prendre la parole face à un groupe. Même si les autres situations peuvent être affrontées, il est tout de même fréquent que le patient y présente des petits signes d'anxiété sociale ou des évitements subtils (sous-tendus par la crainte de révéler son émotivité ou son incompetence) ;
- formes généralisées : toutes les situations sociales représentent des sources de peur et de honte intenses ;
- formes confrontantes : un certain nombre de patients arrivent toutefois à donner le change, au prix de beaucoup d'énergie et d'évitements subtils assez élaborés (froideur relationnelle, agressivité, humour et ironie systématiques en lieu et place de véritables échanges...), et à préserver une activité sociale de façade, parfois à des postes de responsabilité. Les émotions, surtout de peur, n'en sont pas moins intensément ressenties, le patient ayant à chaque confrontation le sentiment de frôler de peu la catastrophe et le risque d'être démasqué ;
- formes associées à une personnalité évitante : ces patients évitent la plupart des situations sociales, en se justifiant (« je n'aime pas les soirées, les bavardages... »).

Phobies spécifiques

On regroupe sous l'appellation de phobies spécifiques l'ensemble des phobies qui ne sont ni des phobies sociales ni des agoraphobies. Cette définition par le « ni-ni » est en partie due à l'extrême diversité des objets phobogènes de cette classe de phobies : des oiseaux aux avions, des insectes aux chevaux, du

POINTS FORTS

à retenir

- L'appellation « névrose » renvoie à un ensemble de symptômes anxieux et dépressifs d'évolution spontanément chronique en l'absence de traitement.
- Il s'agit de vulnérabilités émotionnelles complexes, mêlant des aspects biologiques et psychologiques, perturbant la vie quotidienne et relationnelle. Le médecin doit éviter de porter un jugement de valeur sur les symptômes de ces patients (« manque de volonté », « complaisance »).
- L'existence de ces troubles peut être un facteur de surconsommation de soins médicaux, de décompensations et de récurrences dépressives, ou de recours à l'alcool ou aux drogues. Elle doit à ce titre être l'objet d'une exploration systématique dans ces tableaux cliniques.
- L'attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) est la seule urgence psychiatrique de ce groupe de troubles, à traiter par réassurance, et benzodiazépines, puis à orienter vers une prise en charge psychiatrique ambulatoire.
- À ce jour, les traitements validés des troubles névrotiques sont essentiellement les antidépresseurs et les thérapies comportementales et cognitives.

(v. **MINI TEST DE LECTURE**, p. 919)

vide au noir, etc. Trois types principaux de phobies spécifiques peuvent clairement être identifiés : phobies d'animaux, d'éléments naturels, liées au sang.

1. Phobies d'animaux

Ce sont les plus fréquentes des phobies. Les animaux le plus souvent source d'angoisse sont, dans l'ordre, les insectes, les souris et les serpents. Les phobies des oiseaux, chiens, chats et chevaux sont aussi fréquemment retrouvées. Si le handicap en découlant est le plus souvent modéré, du moins en milieu urbain, une certaine gêne peut toutefois en découler, notamment pour la phobie des oiseaux (pigeons en particulier) qui va entraver les déambulations des citadins, ou la phobie des insectes, qui ne pousse pas celui qui en souffre à se rapprocher de la nature et des maisons de campagne !

2. Phobies d'éléments naturels

Les principaux éléments phobogènes sont les orages et le tonnerre, les hauteurs et le vide, l'eau, l'obscurité... Le degré de handicap est variable selon les contraintes sociales du sujet : pour un phobique des hauteurs, il est en général impossible de s'approcher d'une fenêtre en étage, et encore moins d'un balcon, mais aussi de faire de la randonnée en montagne ou du ski, de passer sur un pont, de voir quelqu'un s'approcher d'une balustrade, etc. La peur de l'eau entraîne, elle aussi, un certain handicap en matière de loisirs : piscines et bords de mer deviennent alors des lieux menaçants.

II-Q266

Névrose

3. Phobies liées au sang

Il est probable que l'ensemble des phobies gravitant autour du sang (peur de la vue du sang, des injections, des blessures, des interventions médico-chirurgicales, etc.) ne représente qu'une seule et même forme de phobie. Le stimulus visuel est le plus souvent en cause, mais ces patients semblent aussi très sensibles aux odeurs associées : odeur de sang ou d'hôpital, etc.

Cette phobie spécifique présente des caractéristiques physiologiques la différenciant nettement des autres : là où la plupart des stimuli phobiques provoquent une tachycardie (et très rarement un évanouissement, contrairement aux craintes de certains patients), les phobies du sang et des injections s'accompagnent le plus souvent d'une bradycardie et conduisent fréquemment à la syncope (plus des trois quarts de ces sujets ont des antécédents de syncope à la vue du sang, ou même seulement à son odeur). Cette bradycardie met d'ailleurs un certain temps à se développer, après une phase brève de tachycardie, et nécessite une exposition au stimulus phobogène d'au moins 10 à 60 secondes selon les études. Le problème principal réside sans doute dans les conduites d'évitement des prises de sang et de toute forme de soins ou d'exams invasifs, qui peuvent conduire des patients à gravement négliger leur état de santé, en évitant systématiquement les prises de sang et les opérations chirurgicales, et parfois même la fréquentation des hôpitaux ou des cabinets médicaux. La phobie des soins dentaires est classiquement apparentée à celle du sang et des blessures.

Trouble obsessionnel compulsif

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) se caractérise par l'existence d'obsessions et/ou de compulsions, dont le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné (mais pas toujours), et qui sont associées à des sentiments de détresse, une importante perte de temps (plus d'une heure par jour), et des perturbations de l'insertion socioprofessionnelle.

✓ **Les obsessions** sont des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes, qui à certains moments de l'affection sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Ces obsessions ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les

problèmes de la vie réelle. Le sujet fait en général des efforts pour ignorer ou réprimer ces obsessions, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions. Il reconnaît (à la différence des idées délirantes) que ces obsessions viennent de sa propre activité mentale.

✓ **Les compulsions** sont des comportements répétitifs (se laver les mains, ordonner, vérifier...) ou des actes mentaux (prier, compter, répéter intérieurement...) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession, ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. Les compulsions sont destinées à neutraliser ou à diminuer un sentiment de détresse, ou à empêcher la survenue d'un événement ou une situation redoutés (le rituel empêche la survenue d'une catastrophe : c'est la « pensée magique »).

✓ **Quatre familles de patients** sont habituellement décrites :

- les « laveurs » qui présentent des obsessions liées à la contamination et à la propreté et utilisent des rituels de lavage (pouvant provoquer des lésions cutanées) ;
- les « vérificateurs », avec des obsessions de doute et d'indécision, et des compulsions fréquentes de vérification ;
- les « obsessionnels impulsifs », envahis par des pensées, des images, des pulsions interdites, avec le plus souvent la crainte de commettre l'acte ou la pensée imaginée contre leur propre volonté (les obsessions à thématique sexuelle ou religieuse sont souvent retrouvées), et chez eux les rituels de vérification, de toucher ou de comptage permettent d'atténuer l'intensité de l'anxiété ;
- enfin, le syndrome dit de « lenteur primaire » caractérise les patients qui doivent effectuer tout un rituel particulier pour s'habiller et pour accomplir les actes de la vie quotidienne ; ce syndrome, dans une certaine mesure, peut être rapproché des patients « collectionneurs ou amasseurs » qui éprouvent le besoin de conserver à leur domicile un certain nombre d'objets inutiles sans qu'ils sachent expliquer les raisons exactes pour lesquelles ces objets doivent être conservés.

Problème de l'hystérie

En 1980, le terme « personnalité hystérique » a disparu de la classification américaine (dite « DSM-III ») des troubles psychiatriques, remplacé par deux entités pouvant ou non être associées : traits de personnalité et symptômes somatiques dits « de conversion » (conversion de l'angoisse en symptômes physiques).

1. Traits de personnalité histrionique

Le terme histrionique vient du latin *histrion*, acteur de théâtre, en référence à la présentation dramatisée et théâtrale des émotions des personnalités dites « hystériques ».

La personnalité histrionique cherche à attirer l'attention des autres, supporte mal les situations où elle n'est pas l'objet de l'attention générale, recherche intensément l'affection de son entourage, dramatise l'expression de ses émotions, qui sont souvent rapidement changeantes, a un style de discours plutôt émotionnel, évoquant des impressions, manquant de précision et de détail, et a tendance à idéaliser ou au contraire à dévaluer exagérément les personnes de son entourage.

Tableau 2 Composantes de l'agoraphobie avec trouble panique

Attaque de panique Crise d'angoisse aiguë très brutale et très intense, avec de nombreux signes physiques
Trouble panique Répétition d'attaques de panique, et peur de leur survenue
Agoraphobie Restrictions dans les sorties et les déplacements, liées à la peur de voir survenir des attaques de panique

2. Symptômes dits « de conversion »

Il s'agit de troubles variés et spectaculaires : paralysies, contractures, douleurs abdominales, crises ressemblant à l'épilepsie, amnésies, états seconds... Tous ces symptômes diffèrent de ceux observés dans les maladies physiques, car ils surviennent et cessent de manière capricieuse, pouvant être provoqués ou disparaître à la suite d'événements marquants, et ne correspondant à aucune maladie physique décelable. Ces symptômes semblent dépendants d'une culture donnée : ainsi, les « crises d'hystérie » et conversions somatiques sont devenues plus rares en Occident, alors qu'elles persistent dans d'autres cultures. Le premier réflexe doit bien évidemment être d'éliminer tous les diagnostics d'organicité (épilepsie temporale, accident neurologique...). Le symptôme classique dit de la « belle indifférence » (le patient semble relativement calme face à ce qui lui arrive) n'est évidemment qu'un indice, pas une certitude de non-organicité.

Autres manifestations névrotiques

1. Trouble anxieux généralisé (névrose d'angoisse)

Le trouble anxieux généralisé (TAG), « maladie des soucis », consiste en des inquiétudes excessives et difficilement contrôlables à propos d'événements de la vie quotidienne (famille, santé, argent, profession). Ces inquiétudes sont associées à de nombreuses manifestations somatiques : agitation ou sentiment d'être à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires, troubles du sommeil... Cette tendance aux soucis excessifs est souvent présente dès l'enfance, et son évolution est chronique, bien que son intensité puisse fluctuer en fonction des stressors existentiels rencontrés.

2. Stress post-traumatique (névrose post-traumatique)

Le terme de traumatisme psychique est utilisé pour désigner l'impact mental d'un événement traumatisant représentant une menace objective pour l'intégrité physique : agressions, viols, accidents, catastrophes, confrontations subites à la mort... Après une réaction aiguë (cauchemars, flash-back, pensées obsédantes, anxiété permanente avec exagération de la réaction de sursaut et hypervigilance, insomnie...), un état de stress post-traumatique peut apparaître, le plus souvent dans les jours ou les semaines qui suivent le traumatisme, mais parfois aussi après plusieurs mois ou années. Le syndrome de répétition reste au centre du tableau avec les émotions intenses qui lui sont associées. L'hypervigilance s'y associe ainsi que l'évitement de certaines situations, mais aussi un certain degré d'émoussement affectif, une tendance à l'isolement et au détachement, une raréfaction des intérêts et des projets ou une modification notable de la vision du monde, éventuellement sous-tendue par des sentiments marqués de culpabilité ou de rejet. Dans environ un tiers des cas, une évolution chronique est à craindre. La probabilité de survenue de ce syndrome et son pronostic dépendent en partie du terrain sur lequel survient le traumatisme, et notamment de sa comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques ou avec un trouble de personnalité.

PROBLÈMES DE DIAGNOSTIC

Trois points principaux sont à connaître :

- ✓ **La question du diagnostic différentiel** avec des pathologies organiques : le risque est surtout grand avec les patients déjà connus pour être des « névrosés » ou des anxieux, et chez qui surviennent des symptômes somatiques.
- ✓ **L'importance du dépistage** : derrière des plaintes somatiques, des dépressions récurrentes, un alcoolisme, il faut penser au diagnostic de trouble anxieux non évoqué spontanément par le patient (par honte, comme dans le TOC, ou par conviction qu'il n'y a « rien à faire », comme dans la phobie sociale).
- ✓ **La réflexion sur le seuil normal pathologique** : inutile de diagnostiquer une simple timidité comme une phobie sociale, ou de qualifier des préoccupations excessives envers la propreté de TOC. Des critères précis existent (nombre des symptômes, intensité de la détresse émotionnelle, handicap dans la vie quotidienne) qui doivent être respectés avant de médicaliser (notamment par la prescription de psychotropes) les difficultés psychologiques.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉVOLUTION

Épidémiologie

Deux points clés : la prévalence élevée des troubles « névrotiques » (tableau 3) et leur comorbidité de règle, entre eux ou avec des troubles de l'humeur (épisodes dépressifs).

Évolution

Les troubles névrotiques revêtent souvent chez l'adulte un mode évolutif chronique ou récurrent, témoin de la vulnérabilité émotionnelle de ces patients. Cette vulnérabilité peut être évoquée devant des antécédents de troubles anxieux dans l'enfance, de crises de panique à différents moments critiques de l'adolescence ou de troubles fonctionnels divers à l'âge adulte, notamment le tableau de « spasmophilie » propre à la nosographie française. Elle peut aussi se manifester sous forme de troubles anxieux non spécifiques d'intensité modérée, qualifiés de troubles anxio-dépressifs mixtes dans les classifications internationales, troubles qu'on sait liés à une utilisation accrue du système de santé et à un handicap fonctionnel non négligeable malgré le caractère apparemment mineur des symptômes présentés. Enfin, des études suggèrent que les troubles anxieux et leur complication la plus fréquente, la dépression, représentent un facteur de risque à part entière pour la pathologie cardiovasculaire.

MODÈLES PSYCHOPATHOLOGIQUES

Modèle psychanalytique

Pour les psychanalystes, les troubles névrotiques ne sont que les symptômes apparents d'un conflit inconscient, et le résultat de mécanismes de défense destinés à protéger le Moi : les troubles névrotiques seraient l'expression d'un conflit inconscient (qu'il

II-Q266

Névrose

faudrait d'abord résoudre pour prétendre voir les symptômes disparaître) et représenteraient aussi un rempart contre des peurs plus sévères (et à ce titre, ces symptômes devraient être « respectés », au risque de voir le sujet débarrassé de ses problèmes décompenser plus gravement encore). Bien que révolutionnaire à son époque, à la fin du XIX^e siècle, cette vision a vieilli, en partie à cause des maigres résultats des thérapies d'inspiration analytique dans les troubles névrotiques mais aussi du fait des résultats nets et durables (sans réapparition ni substitution de symptômes) des thérapies comportementales, aux bases théoriques radicalement différentes.

Modèle comportemental et cognitif

Pour les comportementalistes, ce n'est pas tant la question de savoir pourquoi le trouble existe (cela s'explique en général par le biais d'un modèle bio-psycho-social : vulnérabilité génétique ou tempéramentale, expériences affectives et éducatives précoces, et événements de vie ultérieurs) que pourquoi le trouble persiste (autrement dit, quels sont les facteurs de maintien qui le chronicisent) : car c'est sur cette dimension qu'il est possible d'intervenir d'un point de vue thérapeutique. Par exemple, l'existence d'une phobie sociale peut s'expliquer par un tempérament émotif et vulnérable à la nouveauté, aggravé par un ou deux modèles parentaux eux-mêmes peu sociables, et des expériences de vie défavorables (humiliations et rejets à l'adolescence). Mais sa rémanence (persistance à distance des facteurs causaux) est due à des stratégies de protection inadéquates : comportements d'évitement (qui maintiennent la conviction d'un problème possible si l'on s'était confronté) et systèmes inadéquats de croyances (« je suis inférieur aux autres, personne ne peut m'apprécier, je ne dois pas m'exposer aux regards et aux jugements ») allant dans le même sens.

La thérapie va œuvrer par apprentissage de stratégies de confrontation progressive aux situations redoutées (approche comportementale pour modifier les comportements) et par remise en question des croyances (approche cognitive pour modifier les modes de pensée).

Modèle biologique

De nombreuses données ont montré l'existence, dans les troubles névrotiques, de perturbations du métabolisme des neurotransmetteurs cérébraux, et particulièrement de la sérotonine. Les données les plus récentes ont permis d'identifier des récepteurs cérébraux multiples à un même neurotransmetteur, et mettent aussi sur la piste d'une vulnérabilité génétique possible à ce niveau, par exemple chez les patients porteurs d'un allèle court du gène codant pour le transporteur de la sérotonine. En pratique, cela implique qu'il existerait des sujets plus vulnérables que d'autres à certaines expériences de vie négatives, précoces ou tardives. Enfin, plusieurs études de neuro-imagerie ont montré des perturbations de la dynamique fonctionnelle cérébrale dans des troubles tels que le TOC ou la phobie sociale, et leur amélioration (neuroplasticité) sous l'effet des psychotropes (ce qui est logique), et aussi des thérapies comportementales (ce qui confirme l'impact cérébral des apprentissages qui y sont effectués).

TRAITEMENT

Alliance thérapeutique

L'information sur le trouble est importante. Nommer le trouble soulage et déculpabilise les patients, encore victimes d'un jugement moral (« manque de volonté », « bénéfices secondaires »...) sur leur souffrance psychique.

Médicaments

✓ **Les benzodiazépines** sont surtout indiquées dans le traitement des états d'angoisse intenses, qu'il faut soulager rapidement, comme dans l'attaque de panique. Contrairement à une croyance répandue, l'absorption *per os* est plus rapidement efficace. Mais la voie intramusculaire peut avoir un effet placebo plus intense. Les benzodiazépines sont donc le plus souvent recommandées en administration ponctuelle ou sur des périodes limitées dans le temps, de quelques jours à quelques semaines.

Tableau 1 Prévalence sur 12 mois des troubles anxieux dans la population générale française*

TROUBLES	PRÉVALENCE SUR 12 MOIS			PRÉVALENCE AU COURS DE LA VIE		
	TOTAL	HOMMES	FEMMES	TOTAL	HOMMES	FEMMES
Troubles anxieux	9,8	5,0	14,2	22,4	15,6	28,7
Agoraphobie	0,6	0,3	0,8	1,8	1,2	2,3
Trouble panique	1,2	0,8	1,6	3,0	2,6	3,4
Phobie sociale	1,7	0,9	2,5	4,7	2,6	6,6
Phobies spécifiques	4,7	1,7	7,4	11,6	6,8	16,0

* D'après Lépine et al., 2005.

✓ **Les antidépresseurs**, notamment sérotoninergiques, disposent d'un effet anxiogène spécifique, en dehors de toute manifestation dépressive. Le traitement est de longue durée (de 6 mois à 1 an, voire davantage), et on rappelle au patient la nécessité de l'accompagner d'efforts personnels de confrontation aux situations redoutées et de changement de style de vie. Il est parfois nécessaire de maintenir ce traitement sur de très longues périodes chez certains patients, notamment ceux souffrant de TOC.

Psychothérapies

✓ **Les thérapies comportementales et cognitives (TCC)** associent des techniques comportementales d'exposition in vivo graduées : se confronter selon des règles précises de durée, de progressivité et de régularité (p. ex., pour une phobie des pigeons, regarder des photos de pigeons, puis s'approcher de pigeons en cage, puis se rendre sur une place où ils sont nombreux...), à la restructuration cognitive : modifier ses autoverbalisations (p. ex., pour une phobie sociale : « si je rougis, je vais apparaître ridicule ») et ses croyances (« on méprise toujours les gens qui rougissent ») à propos des situations redoutées. De nombreuses études contrôlées et méta-analyses attestent de l'efficacité des TCC dans les troubles névrotiques.

✓ **Les thérapies d'inspiration psychanalytique** se donnent pour objectif d'amener le patient à une prise de conscience plus claire des origines inconscientes de ses troubles, et à leur reviviscence dans le cadre d'un processus transférentiel (où il projette sur la personne du thérapeute des conflits passés mal résolus). Les outils principaux en sont l'attention flottante et les interprétations, suivies du travail de perlaboration du patient (assimilation de l'interprétation du thérapeute). Il existe encore peu d'études contrôlées à propos de l'efficacité de ces thérapies dans les troubles névrotiques.

Guérison et évolution au long cours

Les données sur l'évolution à long terme des troubles névrotiques sont encore insuffisantes. Mais il semble que dans de nombreux cas il existe des possibilités de récurrence. D'où la

nécessité d'une information délivrée à ce propos : l'attitude du patient face à ces récurrences peut permettre d'en limiter l'impact, si elles ne sont pas perçues comme des preuves d'incurabilité et si elles incitent à consulter à nouveau et à réappliquer les traitements efficaces. ■

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Pour en savoir plus



► **Trouble obsessionnel compulsif**
Monographie
(Rev Prat 2007;57[1]:23-66)

Mais aussi...

► **Urgences psychiatriques**
Monographie
(Rev Prat 2003;53[11]:1177-221)

► **Stress et troubles psychiques post-traumatiques**
Monographie
(Rev Prat 2003;53[8]:825-70)

► **Psychologie de la peur**
André C
Paris : Odile Jacob 2003

► **Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables**
Cathébras
Paris : Masson, 2006

► **Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive**
Fontaine O
Paris : Retz, 2006

► **Psychothérapies, trois approches évaluées**
INSERM. Expertise collective
Paris : Éditions Inserm, 2004

► **Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte**
Recommandations
AFSSAPS 2006
http://agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/rbp/reco_antide_presseur_adultes.pdf

Q 266

MINI TEST DE LECTURE

A / VRAI ou FAUX ?

- 1 Les troubles névrotiques représentent un important facteur de risque dépressif.
- 2 Leur évolution naturelle est spontanément favorable.
- 3 Les benzodiazépines sont leur traitement médicamenteux de première intention.

B / VRAI ou FAUX ?

- 1 La phobie sociale est l'appellation médicale de la timidité.
- 2 La honte pousse souvent les patients souffrant de phobie sociale à ne pas évoquer leurs difficultés à leur médecin.

- 3 La phobie du sang est la seule pouvant provoquer des syncopes vagales.

C / QCM

Un trouble panique...

- 1 est une envie incontrôlable de prendre la fuite.
- 2 débouche fréquemment sur de l'agoraphobie.
- 3 est nommé « spasmophilie » dans ses formes mineures.
- 4 n'est jamais associé à des pathologies somatiques.
- 5 ne répond bien qu'à la prescription de benzodiazépines en IM, jamais per os.

Réponses : A : V, F, F / B : F, V, V / C : 2, 3.