

An
für Karteikarte
Basel

Rev. Prat. (Paris) 22, 1925-1926, 1929-1930, 1933-1934,
1937-1938 (1972).

LSD 2291/PSI 307/MEL 1426/MOD 1

MODALITÉS D'APPRÉCIATION DE L'ANXIÉTÉ CONSÉQUENCES THÉRAPEUTIQUES

par J. D. GUELFY et R. OLIVIER-MARTIN

L'anxiété est un état affectif que l'on peut définir comme « un sentiment pénible d'attente » ou comme « une peur sans objet apparent légitime » et qui est généralement accompagné de manifestations somatiques.

Cet état, dont l'expérience est universelle, peut survenir dans le cadre d'une affection psychiatrique caractérisée, comme il peut être lié aux divers événements de l'existence.

La signification psycho-pathologique de l'anxiété doit être appréciée dans tous les cas avec la plus grande rigueur car les indications thérapeutiques en dépendent.

La distinction classique entre angoisse et anxiété ne paraît pas nécessaire ; pour certains, elle exprime deux degrés différents d'un même phénomène, pour d'autres, elle traduit l'opposition entre le sentiment vécu (anxiété) et les sensations physiques (angoisse). L'utilisation de l'un ou de l'autre terme est plutôt déterminée par l'usage.

versants. Il peut s'agir d'un désir inconscient (pulsion) qui est perçu par l'individu comme une menace ; ailleurs le moi doit affronter le conflit qui oppose l'instance interdictrice et répressive de la personnalité (le surmoi) au pôle pulsionnel (le ça).

L'angoisse pathologique observée chez le névrosé est volontiers déclenchée par des situations ou par des événements qui ne sont pas « objectivement » menaçants mais qui réveillent d'anciennes expériences douloureuses et des conflits inconscients.

CLINIQUE

On observe généralement deux grandes modalités cliniques de l'angoisse : l'accès paroxystique et l'anxiété chronique. Le diagnostic en est facile lorsque les troubles psychiques ressentis sont aisément exprimés.

GÉNÉRALITÉS

L'anxiété est un symptôme général d'alarme ; elle est le signal d'une souffrance psychologique. Il en existe de nombreuses descriptions théoriques ; mais, qu'il s'agisse des conceptions philosophiques, psychophysiological ou psycho-dynamiques, la notion de conflit joue toujours un rôle étio-pathogénique central.

Pour S. Freud, l'angoisse est le signal d'un danger provoqué au niveau de l'instance centrale de la personnalité (le moi). Le conflit qui menace le sujet peut provenir de l'extérieur : c'est le cas de l'angoisse « objective » devant un danger réel. Il s'agit alors d'un affect voisin de la peur.

Ailleurs, le danger est intérieur ; l'angoisse instinctuelle ou angoisse névrotique, qui en découle, a deux

1. La crise d'angoisse.

L'aspect général du malade et son comportement moteur témoignent souvent d'emblée de l'état d'anxiété aiguë. Parfois, l'agitation prédomine. Le visage pâle et couvert de sueur, le sujet est en proie à un violent sentiment de peur qui demeure vague et sans objet précis. Ses réactions sont vives à la moindre stimulation. Une agitation motrice intense peut déclencher des conduites agressives ou des réactions de fuite.

Tout aussi évocateur est le comportement moteur de certains anxieux littéralement paralysés par la peur, qui paraissent immobiles et figés, profondément inhibés et prostrés.

Il est en règle aisé de rapporter à l'angoisse ces états d'agitation ou, au contraire, d'inhibition psychomotrice.

Le psychisme est en effet envahi par l'attente d'une catastrophe imminente. Le sujet appréhende de façon vive mais imprécise un danger qu'il ne parvient pas à définir. Parfois, l'angoisse trouve une ébauche de fixation : c'est, par exemple, la peur de mourir évoquée à partir d'une souffrance somatique, ou la peur de la folie, liée à l'impression de ne plus pouvoir contrôler ses pensées, sa mémoire ou ses facultés d'expression.

Ce sentiment de désarroi et d'effroi envahit totalement la conscience et conduit à des ruminations mentales péjoratives ; le patient exprime ses regrets du passé, sa peur et son pessimisme concernant l'avenir ou son sentiment douloureux d'impuissance et de dévalorisation.

Des troubles somatiques divers sont pratiquement constants. Le sujet souffre d'une sensation d'oppression et de constriction thoraciques ou de précordialgies, il est essouffé, il manque d'air, il a la gorge serrée. Sa respiration est rapide et irrégulière, son pouls est accéléré et sa pression artérielle élevée. Il existe parfois des nausées voire des vomissements, une diarrhée ou une polyurie. Des manifestations neurologiques enfin ne sont pas rares : tremblements, incoordination motrice, accès de dérobement des jambes, hyperréflexivité ostéo-tendineuse, impression de brouillard visuel, sensations vertigineuses et douleurs diverses. Une telle crise d'angoisse est une urgence thérapeutique. Le risque majeur est en effet la survenue brutale d'une conduite suicidaire impulsive au cours d'un raptus anxieux.

2. L'état d'anxiété chronique.

L'anxiété de fond reproduit sur un mode mineur les principaux traits de la crise d'angoisse paroxystique. Elle comporte ses deux versants, psychologique et somatique. Ici encore le diagnostic est aisé lorsque le sujet, se plaignant de divers troubles qui relèvent de la dystonie neuro-végétative, (cardio-respiratoires, digestifs, urinaires, ou neurologiques) exprime un état psychique fait de tension douloureuse, d'attente et de pressentiments vagues. Tout événement extérieur réactive ces sentiments pénibles, le moindre malaise devient l'indice d'une maladie grave.

Le diagnostic est difficile lorsque ces signes psychiques ne sont pas évidents. C'est le cas des formes masquées où des troubles somatiques plus ou moins intenses résument la symptomatologie.

3. Les « formes somatiques » de l'anxiété.

Les manifestations cardio-vasculaires sont les plus fréquentes. Le malade se plaint de palpitations et de douleurs précordiales. Celles-ci n'ont pas le caractère

profond constrictif, et rétrosternal, de l'angor ; de plus, elles ne sont pas liées à l'effort. L'examen permet souvent de constater un pouls rapide et instable, un éréthisme cardiaque et une pression artérielle basse. L'électrocardiogramme ne montre généralement pas d'anomalie sinon quelques extrasystoles. De légers troubles de la repolarisation ventriculaire sont parfois observés (sous-dénivellement de ST, ondes T plates ou au contraire anormalement amples), ils disparaissent à l'épreuve d'effort.

Les perturbations digestives et urinaires, parfois isolées, consistent surtout en des sensations de barre épigastrique, de pesanteur abdominale, de nausées ou de spasmes coliques. La sécheresse de la bouche est fréquente de même que les douleurs abdomino-pelviennes et des cystalgies avec ou sans pollakiurie. Il n'est pas rare de rencontrer divers troubles qui relèvent d'une hyperexcitabilité neuro-musculaire (réflexes vifs et amples, hypertonie musculaire, manifestations tétaniformes).

Les troubles du sommeil enfin sont fréquents : difficultés d'endormissement liées à une rumination anxieuse, sommeil perturbé par des cauchemars ou par des réveils nocturnes. L'hypersomnie n'est pas exceptionnelle mais le sommeil excessif remplit mal sa fonction de restauration et une fatigue générale est régulièrement alléguée.

DIAGNOSTIC

Deux difficultés d'ordre diagnostique doivent être soulignées : l'anxiété masquée et les états d'allure dépressive. *L'anxiété masquée* : les troubles isolés peuvent en imposer pour une affection organique. Plus que la négativité du bilan somatique, c'est l'étude des antécédents pathologiques et la recherche attentive d'un vécu anxieux peu apparent qui permettent en règle d'orienter le diagnostic et d'éviter la multiplication des examens paracliniques dont les résultats, loin de rassurer, risquent surtout d'alimenter l'inquiétude du malade.

Le diagnostic entre anxiété et dépression.

C'est le problème diagnostique principal que posent les états d'anxiété ; sa difficulté est souvent grande dans la mesure où l'anxiété et la dépression sont volontiers associées et où ces deux états ont des traits communs. Or il est important de les distinguer dans la pratique, car les modalités thérapeutiques en sont différentes et contradictoires.

Les anxiolytiques prescrits seuls à un déprimé risquent de masquer son anxiété sans pour autant

guérir sa dépression et à la longue risquent d'aggraver le désespoir et les tendances suicidaires. A l'inverse les antidépresseurs, ou du moins certains d'entre eux, augmentent considérablement le niveau d'angoisse et donc le risque de suicide.

Un état dépressif typique est facilement reconnu quand il associe des signes de ralentissement psychique et moteur (gestes rares et lents, pauvreté et brièveté des réponses, lenteur de l'idéation et de la parole) et une perte de l'élan vital (sentiment de fatigue intense, désintérêt de tout, incapacité de faire quoi que ce soit); l'humeur est alors nettement dépressive (tristesse profonde, pessimisme, insatisfaction de soi, idées d'infériorité, de dépréciation de soi, de culpabilité).

Mais de nombreux états dépressifs ne s'accompagnent pas de ralentissement psycho-moteur, qui peut même être remplacé par une agitation, précisément quand l'anxiété est importante. De même les formes paucisymptomatiques pseudo-organiques peuvent aussi bien révéler un état dépressif qu'un état anxieux.

Il est alors essentiel de bien différencier l'humeur dépressive vraie, des ruminations péjoratives et vaguement pessimistes des anxieux, chez qui dominent le doute et l'inquiétude, plutôt que la tristesse profonde. Les états d'anxiété chronique n'entraînent pas de perte de l'élan vital, l'activité générale et les processus intellectuels ne paraissent pas globalement diminués. C'est surtout dans ces formes de diagnostic difficile que l'on peut s'aider de la psychométrie (échelles d'anxiété et tests projectifs de personnalité).

Il existe divers questionnaires qui fournissent une estimation globale de l'intensité de l'anxiété. Certaines épreuves dérivées de l'échelle d'anxiété manifeste de Taylor ont permis l'identification de plusieurs facteurs tels la dépression anxieuse, l'agitation anxieuse ou les symptômes somatiques de l'anxiété. Il est possible de distinguer l'anxiété qui relève avant tout des traits de personnalité (anxiété de fond) et l'anxiété transitoire qui exprime un état actuel : feuille d'auto-estimation de Cattell, Check-list de Zuckerman, ou questionnaire de de Bonis. Enfin les méthodes projectives d'étude de la personnalité peuvent aider à distinguer l'angoisse pathologique de la dépression : test de Rorschach, T.A.T. En effet l'appréciation de l'intensité de l'anxiété a moins d'intérêt au plan du choix thérapeutique que la recherche des éléments dépressifs éventuellement associés.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

L'anxiété se rencontre dans des circonstances psychopathologiques très diverses. Sans présumer de l'unicité de ce processus, il importe d'apprécier le contexte dans lequel il survient : anxiété du sujet

normal, réponse au stress ou à une stimulation extérieure importante, anxiété des états névrotiques ou psychotiques.

1. L'anxiété normale.

L'anxiété est dans une certaine mesure une expérience banale ; qu'il s'agisse de l'inquiétude éprouvée pour la santé d'une personne qui nous est chère, de la peur ressentie avant de s'exposer à une situation difficile, du « trac » précédant une épreuve, cette émotion, est un phénomène très général. Chacun en a ressenti, un jour, l'expression somatique : tachycardie et tremblements, « boule » dans la gorge, inconfort gastrique ou intestinal et mictions fréquentes.

Cette anxiété explicable, variable selon les individus, est adaptée à la situation. Elle met l'organisme en alerte et élève le niveau de vigilance. Elle s'apaise d'une manière rapide et prévisible.

2. L'anxiété réactionnelle.

Certains états anxieux qui se développent à la suite d'un événement déclenchant net, ont des modalités d'expression et une évolution qui permettent de les distinguer aisément d'une anxiété normale. Le facteur causal peut-être une situation de catastrophe individuelle ou collective ou une situation personnelle vécue comme insupportable. Ces réactions anxieuses posent le problème du rôle réciproque du facteur déclenchant et de la structure de la personnalité sur laquelle elles surviennent.

a) Les réactions anxieuses aiguës.

Ces épisodes ont été décrits au cours des névroses de peur (névroses de guerre et réactions aux grandes catastrophes) et au cours des réactions post-commissionnelles. Le tableau anxieux s'accompagne souvent d'une confusion mentale transitoire et d'un onirisme terrifiant qui reproduit sous la forme de cauchemars angoissants la situation traumatique initiale.

L'évolution de ces réactions aiguës est le plus souvent rapidement favorable encore que les symptômes émotionnels et somatiques puissent ne disparaître complètement dans certains cas qu'après plusieurs semaines voire plusieurs mois.

b) Les réactions aux frustrations affectives.

La perte d'un lien affectif peut déclencher un état anxieux. On a décrit, après des deuils, des réactions qui s'apparentent plus à l'anxiété qu'à de véritables dépressions (Parkes) avec une quête affective

intense, une hyperactivité motrice, et un sentiment pénible de tension, lié aux tentatives d'évitement volontaire du souvenir douloureux.

c) *L'anxiété réaction aux affections somatiques.*

L'anxiété, réaction au danger, peut accompagner toutes les affections médicales ou chirurgicales, particulièrement quand la douleur est importante. Deux autres mécanismes peuvent entrer en jeu : la signification symbolique que prend la maladie dans l'organisation psychique du malade et le retentissement direct sur les centres encéphaliques, réticulaires et diencephaliques (lésions vasculaires ou expansives du tronc cérébral, maladie de Parkinson).

3. *L'anxiété névrotique.*

L'anxiété est présente dans tous les états névrotiques. Elle peut constituer l'essentiel de la symptomatologie (angoisse flottante), elle peut aussi n'apparaître que dans certaines conditions (angoisse fixée), au cours des névroses structurées.

La névrose d'angoisse ou anxiété constitutionnelle réalise une anxiété nue typique. Sur un fond d'anxiété chronique surviennent les grandes crises d'angoisse paroxystique souvent sans relation avec un facteur déclenchant. La psychasthénie représente un mode d'expression un peu différent de l'anxiété. Chez ces sujets timides, inhibés et introvertis, l'anxiété se traduit par des hésitations, des doutes, une sensation pénible de fatigue physique et surtout intellectuelle, des difficultés de concentration et de mémoire. Les troubles sont particulièrement marqués au début de la journée. Ils s'accompagnent d'une insatisfaction générale, de sentiments d'infériorité et d'impuissance.

L'hypochondrie névrotique implique déjà une concentration de l'anxiété dans le domaine somatique. Excessivement préoccupé par sa santé, le sujet prend prétexte du moindre malaise pour exprimer son angoisse. Toutes les inquiétudes sont centrées sur le corps, siège de diverses cénestopathies. Les plaintes et les recours incessants aux médecins s'accompagnent souvent d'une revendication agressive envers les innombrables thérapeutiques utilisées qui demeurent inefficaces.

Dans les névroses structurées, les élaborations symptomatiques contribuent plus ou moins à réduire l'anxiété. Celle-ci n'apparaît désormais que dans certaines situations. Ainsi en est-il des phobies où l'angoisse est déplacée. Elle n'est ressentie qu'en présence de l'objet phobogène. Elle entraîne des mesures d'évitement. Quand les phobies sont multiples, l'anxiété s'associe volontiers à des symptômes de dépersonnalisation avec impressions d'étrangeté et d'irréalité.

Dans les obsessions phobiques, la crainte anxieuse apparaît non plus seulement en présence de l'objet mais aussi lors de son évocation. L'idée obsédante qui s'impose de façon répétée et envahissante ne peut être contenue qu'au prix d'une lutte anxieuse incessante et peu efficace. Plus angoissantes encore sont les phobies d'impulsions, c'est-à-dire les craintes de céder à l'impulsion de commettre un acte irrépressible, ridicule ou criminel. Les rires de défense contre l'angoisse sont à leur tour la proie du doute et prennent le caractère incessamment répété et contraignant des obsessions qu'ils combattent.

Des épisodes anxieux sont fréquents au cours des névroses hystériques. La fragilité psychologique de ces patients et leur dépendance affective les amènent à mal tolérer les frustrations. Ils réagissent volontiers par des crises d'angoisse, par des troubles somatiques isolés voire par des épisodes dépressifs qui sont souvent exprimés de façon bruyante et spectaculaire.

Les décompensations névrotiques.

Les modalités d'expression de l'anxiété névrotique que nous venons d'étudier, ont été volontairement schématisées ; la pratique quotidienne amène bien souvent à voir des patients dont la symptomatologie anxieuse est plus ou moins marquée et dont la structuration névrotique de la personnalité est loin de revêtir la précision caricaturale des descriptions nosographiques.

Ces sujets, anxieux certes, voire considérés comme « fragiles » sont en règle générale socialement et professionnellement adaptés et, somme toute, peu gênés par de rares symptômes évoquant l'un ou l'autre des divers registres envisagés ci-dessus. La brusque rupture d'équilibre qu'implique le vocable de « décompensation » survient volontiers à la suite d'événements qui, apparemment, ne présentent pas un caractère de catastrophe majeure. Ces événements « critiques » relèvent souvent du domaine affectif et familial chez la femme (conflit conjugal, maladie d'un parent, maternité, difficulté dans l'éducation d'un enfant) et chez l'homme du domaine socio-professionnel (difficultés dans le travail, échec ou au contraire promotion qui implique de plus lourdes responsabilités). Ces modifications survenues dans la vie du sujet remettent en cause un équilibre qui semblait auparavant stable, par le réveil d'angoisses plus ou moins enfouies, en relation avec des thèmes d'insécurité et d'abandon chez la femme, avec des doutes sur la puissance et la virilité chez l'homme.

A l'angoisse exprimée plus ou moins bruyamment, s'associent de façon variable quelques peurs d'allure phobique, des regrets ressassés sur un mode obsessionnel, des craintes somatiques ébauchées de thèmes hypochondriaques, des troubles de caractère à type d'irritabilité excessive et une dysomnie plus ou moins prononcée (mentisme à l'endormissement, cauchemars).

L'alcoolisme et les autres toxicomanies.

L'alcool et les dérivés de l'opium sont certainement parmi les anxiolytiques les plus anciens... et les plus efficaces. On trouve, chez bon nombre de toxicomanes, une anxiété de fond, un manque de confiance en soi, une profonde insatisfaction anxieuse qui favorise la prise répétée de toxiques. Par ailleurs, l'usage prolongé de médications anxiolytiques peut aussi, chez ces sujets rapidement dépendants, constituer une authentique toxicomanie. Cette dépendance, de nature essentiellement psychique, est responsable de l'état de besoin à forte charge anxieuse qui caractérise le sevrage.

et une ambivalence grandissante. C'est dans ces formes de début que l'anxiété peut revêtir des aspects trompeurs, pseudo-névrotiques : manifestations phobiques, idées obsédantes, ou crises d'angoisse.

Cette anxiété attire généralement l'attention par son expression glacée et stéréotypée ; elle fait rechercher d'autres indices d'une dissociation débutante. Un raptus suicidaire ou une impulsion agressive sont particulièrement à redouter à ce stade.

Dans les formes plus évoluées, délirantes ou hébéphréniques, l'angoisse est en règle générale facilement rattachée à la psychose et relève d'une thérapeutique spécifique.

4. L'angoisse psychotique.

L'angoisse est fréquente au cours de toutes les psychoses, mais elle est particulièrement grave par le risque suicidaire majeur qu'elle entraîne chez les mélancoliques et chez les schizophrènes.

a) La mélancolie anxieuse.

Son diagnostic est aisé lorsqu'un accès franc survient dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive dont l'anamnèse est connue. Le ralentissement psychomoteur est important, la profonde dépression de l'humeur s'exprime dans des sentiments de dévalorisation et d'incurabilité ; des idées délirantes à thèmes de persécution méritée, de culpabilité voire d'atteinte corporelle peuvent compléter ce tableau. A tout moment, l'angoisse intense que ressent le malade peut l'amener à se donner la mort et le risque de raptus suicidaire est constant.

On doit surtout ne pas méconnaître l'existence de formes paucisymptomatiques, dont le diagnostic est parfois difficile. Certaines modifications récentes du caractère, un repliement sur soi, des troubles de la mémoire, une impuissance sexuelle, ou une insomnie de la deuxième partie de la nuit, sont des troubles qui peuvent témoigner à eux seuls, de l'installation de l'accès. La présence d'une anxiété de coloration généralement froide et monotone, doit faire rechercher, de parti-pris, les autres éléments de la série dépressive.

b) La schizophrénie.

L'apparente froideur d'expression des schizophrènes recouvre souvent, en la masquant plus ou moins parfaitement, une angoisse importante. Celle-ci est particulièrement marquée au début de l'évolution, lorsque s'installent un désintérêt progressif, intellectuel et affectif, une baisse de l'efficacité, une perplexité

THERAPEUTIQUE

La limite entre une anxiété normale et une anxiété pathologique est, en fait, un problème de retentissement individuel. Lorsque l'anxiété compromet l'efficacité et l'adaptation de la personne, elle devient pathologique et elle nécessite un traitement. Parmi les nombreuses médications psychotropes, il faut d'emblée opposer les produits susceptibles de calmer l'anxiété à ceux qui l'aggravent.

AUGMENTENT L'ANXIÉTÉ	DIMINUENT L'ANXIÉTÉ
<p>1. <i>Stimulants centraux</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Amphétamines. — Nombreux anorexigènes. 	<p>1. <i>Neuroleptiques à action sédative</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Nozinan. — Largactil, Melleril...
<p>2. <i>Psychodysléptiques</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — L.S.D. — Psilocybine, ... 	<p>2. <i>Sédatifs, hypnotiques</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Barbituriques. — Phénergan, Théralène,...
<p>3. <i>Inhibiteurs de la monoamine-oxydase</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Marplan. — Marsilid, etc. 	<p>3. <i>Anxiolytiques « purs » (tranquillisants)</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Benzodiazépines. — Méprobamate et dérivés,...
<p>4. <i>Antidépresseurs tricycliques à action stimulante.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Tofranil. — Pertofran, etc. 	<p>4. <i>Antidépresseurs tricycliques à action sédative</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> — Laroxyl, Élavil. — Surmontil,...

La distinction entre les anxiolytiques usuels et les sédatifs est assez arbitraire : tout sédatif, donné à petites doses, calme l'anxiété avant d'induire le sommeil. La plupart des anxiolytiques utilisés à dose élevée entraînent une action de sédation générale puis une ataxie et le sommeil. On est amené

à différencier ces deux types de produit en fonction de leur action prédominante (anxiolytique ou sédatif) mais l'existence de cette action sédatif à forte dose doit être connue car elle explique certains incidents thérapeutiques ainsi que les inconvénients de potentialisation des anxiolytiques par l'alcool ou les barbituriques.

LES MÉDICAMENTS DE L'ANXIÉTÉ

1. Anxiolytiques usuels.

— DÉRIVÉS DES BENZODIAZÉPINES	Pos. Quot. Moy.
Chlordiazepoxide (Librium) ...	10 à 60 mg
Diazépam (Valium).....	15 à 30 mg
Médazépam (Nobrium)	15 à 30 mg
Chlorazépate (Tranxène)	10 à 60 mg
Oxazépam (Seresta)	30 à 150 mg
— MÉPROBAMATE ET SUBSTANCES VOISINES :	
Méprobamate (Équanil, Procalmadiol)	400 à 1 200 mg
Butesamide (Modéril)	200 à 800 mg
Méthyl-Pentynol-Carbamate (N. Oblivon)	600 à 1 600 mg
— Citons également l'Hydroxyzine (Atarax), le Fluorésone (Bripadon), le Chlorprothixène (Taractan), le Fentanyl (Trédum) et la Dibenzépine (Novéril).	

2. Les sédatifs.

— BARBITURIQUES ET HYPNOTIQUES :	
- Bromures et opiacés.	
— DÉRIVÉS DE LA PNÉNOTHIAZINE :	
- Prométhazine (Phénergan)	50 à 150 mg
- Alimémazine (Théralène).....	50 à 200 mg

3. Les neuroleptiques sédatifs.

— Lévomépromazine (Nozinan)	10 à 100 mg, pos. faible
	50 à 300 mg, pos. forte
(activité essentiellement anxiolytique et sédatif, antipsychotique).	
— Chlorpromazine (Largactil) ...	50 à 300 mg
— Thoridazine (Melleril).....	10 à 100 mg
— Propériciazine (Neuleptil)	10 à 100 mg
(activité anxiolytique modérée, antipsychotique)	

a) La crise paroxystique.

L'attitude psychothérapeutique du médecin est essentielle. Écouter le patient, l'aider à verbaliser son angoisse favorise incontestablement l'apaisement émotionnel. La thérapeutique médicamenteuse est néanmoins nécessaire au cours de la crise ; on a le plus souvent recours à un anxiolytique injectable (Nozinan, Valium, Méprobamate ou Atarax) associé ou non à une substance hypnotique, pour obtenir une sédation rapide de l'accès et le retour du sommeil. Le patient doit être prévenu d'une recrudescence possible de son anxiété dans les heures et dans les jours suivants ainsi que de l'absence de danger vital de l'angoisse. Un traitement anxiolytique régulier est maintenu pendant quelques semaines.

b) L'anxiété des états névrotiques.

1. — LES THÉRAPEUTIQUES MÉDICAMENTEUSES

Les anxiolytiques ont un rôle qui est loin d'être négligeable. On doit cependant tenir compte de quelques difficultés techniques.

— Tous les tranquillisants ont une action sédatif nette à dose importante qui demande une surveillance médicale fréquente ; on doit éviter les posologies rapidement croissantes que réclament certains malades ; on cherche aussi à limiter la durée des cures et à doser avec prudence les associations médicamenteuses.

— Le patient est toujours prévenu de la potentialisation possible des anxiolytiques avec l'alcool et les barbituriques ; l'effet sédatif rend alors dangereuses les activités qui nécessitent un niveau élevé de vigilance (conduite automobile).

— Une hypotension orthostatique est parfois à l'origine de malaises et de sensations vertigineuses. Une thérapeutique vaso-pressive peut-être indiquée ; le plus souvent, une simple diminution des doses suffit à rétablir une pression artérielle normale.

— S'il n'existe guère de dépendance physique vis-à-vis des tranquillisants, une certaine dépendance psychique n'est pas rare. L'arrêt du traitement doit toujours être lentement progressif.

— Les véritables contre-indications des anxiolytiques sont rares ; elles concernent les myasthéniques chez qui toute substance myo-relaxante est interdite ; la plus grande prudence s'impose par ailleurs, chez la femme enceinte.

— Un certain nombre de cas particuliers doivent enfin être soulignés.

— *Des réactions paradoxales* ne sont pas exceptionnelles chez les personnalités hystéro-phobiques, obsessionnelles ou hypochondriaques qui accusent facilement les produits d'être à l'origine de nombreux malaises.

— *Les associations thérapeutiques.*

L'adjonction d'antidépresseurs aux anxiolytiques est utile dans certains cas. La meilleure indication de ce schéma thérapeutique est l'anxiété névrotique compliquée d'une thymie franchement dépressive. L'Amitriptyline (Laroxyl, Élavil) est un antidépresseur sédatif dont l'effet anxiolytique paraît notable.

Enfin certaines règles hygiéno-diététiques sont habituelles : suppression des excitants, régularité du rythme de vie, cures climatiques en semi-altitude.

2. — LES MÉTHODES PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES

a) Un certain nombre d'attitudes médicales ont une vertu psychothérapeutique ; elles suffisent très souvent à soulager le patient qui surmonte ainsi d'une façon moins dramatique une phase pénible. Elles consistent essentiellement à calmer, rassurer et surtout écouter le patient, sans porter de jugements sur ses préoccupations et sur ses conduites, sans s'enfermer dans un mutisme plus ou moins agressif, sans trop favoriser enfin une dépendance et une régression psychiques marquées. Elles consistent aussi à dédramatiser la situation et à démystifier l'angoisse, à l'aide notamment d'explications concernant le langage particulier de la somatisation et du schéma corporel.

Elles consistent enfin à savoir éviter certaines réactions personnelles négatives, d'ordre contre-transférentiel, qui seraient nuisibles au traitement. Il en est ainsi de la contamination du médecin par une angoisse non contrôlée ou, au contraire, d'attitudes directives voire activistes (médicalisation à outrance, bilans paracliniques, etc.), sous-tendues par une négation défensive de l'angoisse.

b) La psychanalyse reste une thérapeutique d'exception. Elle trouve ses meilleures indications dans les névroses phobiques et, à un moindre degré, dans les névroses obsessionnelles.

Les psychothérapies d'inspiration analytique, pratiquées à titre individuel ou en groupe ont des indications plus larges ; le choix de la technique nécessite une appréciation préliminaire des possibilités et des modalités de défense du Moi, de même que de la fonction des symptômes dans l'organisation de la personnalité.

c) Les thérapeutiques comportementales et le déconditionnement sont peu utilisés en France ; les meilleures indications en sont les phobies et les compulsions.

d) Les méthodes de relaxation.

Ces techniques se situent soit dans une optique de cure active d'entraînement et de maturation — éventuellement renforcée par la suggestion — soit dans une perspective plus analytique.

e) Les subnarcoses amphétaminées.

Ces méthodes ont un effet de catharsis, leur action relève sans doute plus d'une variété de déconditionnement que d'une véritable analyse des symptômes.

Ces dernières techniques connaissent leurs principaux succès au cours des « réactions » anxieuses, des névroses phobiques et, accessoirement, des autres psycho-névroses.

c) *L'anxiété des psychoses.*

1. — LA MÉLANCOLIE

Rappelons tout d'abord l'inefficacité voire la dangerosité de l'emploi, à titre isolé, des anxiolytiques au cours des états dépressifs.

Ils doivent toujours être associés aux antidépresseurs. La plupart des substances antidépresseuses sont des produits non sédatifs, voire anxiogènes. Leur effet antidépresseur est, par ailleurs, retardé tandis que leur action sur l'inhibition psycho-motrice est assez rapide. Le danger majeur est donc, au cours du traitement, de voir se développer avant l'amélioration thymique, une recrudescence anxieuse avec raptus suicidaire impulsif et soudain. La prescription de tranquillisants majeurs (Levomépromazine surtout) est, pour ces raisons, une nécessité absolue.

Certains antidépresseurs ont toutefois une action sédatrice qui n'est pas négligeable (Triméprimine ou Surmontil, Amitriptyline ou Laroxyl-Élavil).

2. — L'ANGOISSE DES SCHIZOPHRÈNES

Bien que les tranquillisants usuels aient une action sur l'angoisse psychotique quand ils sont prescrits à doses suffisantes, les neuroleptiques demeurent le traitement électif de ces états. On utilise essentiellement des neuroleptiques sédatifs. Les produits les plus efficaces sont le Nozinan, le Largactil et le Melleril.

Leurs effets secondaires (troubles extrapyramidaux et hypotension orthostatique) sont en règle générale facilement corrigibles.

Par contre, les neuroleptiques dits désinhibiteurs sont souvent générateurs ou réactivateurs de l'angoisse. Leur utilisation quand elle paraît nécessaire, exige une surveillance accrue et parfois l'adjonction de sédatifs.

RÉSUMÉ

L'anxiété se rencontre dans toute la pathologie mentale mais la relative spécificité des thérapeutiques oblige à une évaluation exacte de sa signification et de la structure de la personnalité du malade. L'anxiété névrotique relève essentiellement des méthodes psychothérapeutiques et les anxiolytiques y ont un rôle d'appoint ; celle des mélancoliques n'est améliorée que par les antidépresseurs associés aux anxiolytiques et celle des délirants par les neuroleptiques sédatifs. Les principales thérapeutiques sont passées en revue.

SUMMARY

How to assess anxiety. Therapeutic consequences
by J.-D. GUELFY and R. OLIVIER-MARTIN

Anxiety is found everywhere in mental disease but the relative specificity of therapy demands an accurate estimation of its meaning and of the structure of the patient's personality. Neurotic anxiety must be treated essentially

by psychotherapeutic methods, antianxiety agents being used only as supplements; anxiety of the melancholy is improved only by the association of antidepressive and antianxiety agents and that of the delirious by sedative neuroleptics. The main forms of therapy are reviewed.

(*La Revue du Praticien*, April 21th 1972, 22, 12.)

BIBLIOGRAPHIE

- FAVEZ-BOUTONIER S. : *L'angoisse*. Paris, P.U.F., 1963.
FREUD S. : *Inhibition, Symptôme et Angoisse*. Paris, P.U.F., 1971.
GUYOTAT J. : Attitude du médecin praticien devant l'angoisse du malade. *Europa Medica*, 1965, 1, 26-30.
LADER, SLATER, SHIELDS, GELDER, SIVADON, etc. : *World psychiatric Association Symposium*, Londres, 1967.
PICHOT P. : La psychologie expérimentale de l'anxiété, ses implications thérapeutiques. *Europa Medica*, 1965, 1, 12-16.
PICHOT P., SIMON P., GINESTET D. et COLONA L. : Revue de synthèse : les anxiolytiques. *J. thérapeut.*, 1970, 1, 6, 281-311.
POLDINGER W., THIELE W. et BIRKMAYER : Détente neuro-psychique : aspects thérapeutiques nouveaux. — *Symposium international*, St Moritz, Bâle, Ciba Ed., 1970.
QUETIN A. M. et PEYROUZET J. M. : Sémiologie de l'anxiété pathologique. *Encyclopédie Méd. Chir. Neuro-psychiatrie*, 1, 141, 1710.
ROTH M. : Anxiety Neuroses and Phobic States : *Brit. Med. J.*, 1969, 1, 489-492.