

## I.- LA NEVROSE D'ANGOISSE

### 1. Description clinique

Cliniquement, la névrose d'angoisse se manifeste dès la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune par des **manifestations paroxystiques** (crises d'angoisses ou attaques de panique) sur **fond d'anxiété permanente**. Les **équivalents somatiques** sont multiples et beaucoup plus fréquents que la grande crise d'angoisse. Ils constituent un des motifs les plus fréquents de consultation médicale.

#### L'attente anxieuse

C'est le symptôme le plus constant. Il s'agit d'un état d'alerte et de tension, une inquiétude permanente sans objet défini mais qui peut se concrétiser sous n'importe quel prétexte. Les peurs sont multiples. Les soucis quotidiens sont démesurément grossis dans leurs conséquences.

L'anxieux, inquiet, douteur et indécis, rumine interminablement, appréhende le pire pour lui et ses proches (maladie grave, accident).

Très dépendant de son entourage, ayant sans cesse besoin d'être rassuré, il supporte mal les séparations et les abandons qui sont souvent l'occasion de réactivation dramatique de l'angoisse.

Le terrain anxieux se caractérise par un déséquilibre des régulations neurovégétatives et humorales, une hyperesthésie sensorielle (intolérance aux bruits), une hyperréactivité (pleurs faciles, frissons, tremblements, crises vasomotrices et sudorales, irritabilité).

#### La crise d'angoisse

Henry Ey parlait « d'ictus émotif » ce qui traduit bien le début brutal, l'intensité de la désorganisation, la brièveté d'un accès qui survient sans facteurs déclenchants immédiatement repérables. La crise submerge brutalement le patient et survient à n'importe quel moment, alors qu'il est seul ou en public, souvent elle le réveille de nuit en sursaut.

L'angoisse est libre, flottante, sans objet précis : sentiment de danger, de catastrophe imminente, impression de désorganisation, de déréalisation, de dépersonnalisation, d'impuissance et de détresse ; parfois peur de mourir, de s'évanouir ou de perdre son contrôle ou la raison. Parfois il y a des distorsions perceptives auditives ou visuelles.

À la sensation de malaise intense s'associent de façon constante des symptômes somatiques qui traduisent essentiellement la perturbation brutale du système nerveux autonome. Le patient est pâle, haletant, couvert de sueurs, tremblant, tachycarde, en proie à une agitation panique ou immobile, prostré dans l'attente de la catastrophe.

Les symptômes physiques subjectifs sont très accusés : constriction thoracique, gêne respiratoire, palpitations, vertiges, nausées, brouillard visuel, paresthésies, troubles gastro-intestinaux, bouffées vasomotrices. La crise est de durée variable, de quelques minutes à quelques heures. Le pic d'angoisse est atteint en quelques minutes et la durée excède rarement une demi-heure (jusqu'à quelques heures). Elle cède en général assez brusquement avec parfois débâcle polyurique ou diarrhéique. Une crise intense peut laisser le sujet épuisé pour des heures.

Elle peut rester isolée, ou le plus souvent se renouveler.

### **Les équivalents somatiques**

Leur sémiologie polymorphe et trompeuse est dominée par la fréquence des accidents cardio-respiratoires :

- Manifestations cardio-vasculaires : crises de palpitations, accès de tachycardie, lipothymies, précordialgies, ...
- Manifestations respiratoires : dyspnée, poids sur la poitrine et sensation de constriction, syndrome d'hyperventilation aboutissant à une crise tétaniforme, sensations d'étouffement, accès de toux nerveuse, soupirs, ...
- Manifestations digestives : boule dans la gorge (spasmes pharyngés), difficultés de déglutition, dyspepsie, barre épigastrique, « creux à l'estomac », spasmes gastriques ou intestinaux, colite spasmodique, coliques, spasmes ano-rectaux avec ténésme ou épreintes, crises de hoquet, faim ou soif paroxystiques, diarrhée, constipation, ...
- Manifestations génito-urinaires : douleurs abdomino-pelviennes, cystalgies à urines claires, pollakiurie, impériosité mictionnelle, crises polyuriques, troubles sexuels à type d'inhibition (frigidité, éjaculation précoce, impuissance), ...
- Manifestations cognitives : difficultés de concentration, troubles de la mémoire, ...
- Manifestations neurologiques, sensorielles ou musculaires : céphalées, lombalgies, algies posturales, prurit, crises de tremblements, bourdonnements d'oreille, crises vertigineuses avec sensation de dérobement des jambes ou d'instabilité à la marche, ...
- Troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, réveils nocturnes fréquents, cauchemars, rêves pénibles, sommeil non récupérateur, terreurs nocturnes, ...
- Fatigue confinante parfois à l'épuisement.

## **2. Diagnostic différentiel**

1. La crise d'angoisse pose souvent un problème d'urgence médicale. Une anamnèse précise et un examen clinique sérieux et complet permettent d'éviter des erreurs parfois graves de conséquences dans un sens comme dans l'autre :

- Devant un tableau anxieux, il faut savoir reconnaître une affection organique dont il peut constituer la manifestation initiale : crise d'angor, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, crise d'asthme,

épilepsie temporale, hyperthyroïdie, vertige labyrinthique (maladie de Ménière), hypoglycémie, porphyrie aiguë, phéochromocytome,...

- À l'inverse, devant un équivalent somatique, il faut savoir reconnaître l'origine anxieuse des manifestations d'angoisses si l'on veut éviter la multiplication des investigations dont la négativité ne rassurera qu'un temps l'anxieux, enclin à privilégier une cause organique et à mieux s'identifier à des diagnostics peu précis et douteux comme la spasmophilie, l'hypoglycémie idiopathique, le colon irritable ou l'aérophagie, ...
- Enfin une difficulté supplémentaire vient de l'intrication de facteurs émotionnels et organiques comme par exemple une pathologie anxieuse séquelle après un authentique accident cardiaque.

2. L'angoisse peut se rencontrer dans toute la pathologie mentale. Il est sans doute plus difficile de distinguer une névrose d'angoisse :

- Des névroses structurées :
  - Névrose phobique : craintes systématisées permanentes, stables, thèmes particuliers : nosophobie, thanatophobie
  - Hystérie de conversion : symptôme fixe, stable, livré avant tout comme étant d'origine somatique
  - Névrose obsessionnelle
- De l'angoisse psychotique :
  - Angoisse de dépersonnalisation et de néantisation, affectivité discordante, sentiment d'hostilité, ambivalence, opposition, négativisme, éléments délirants hypochondriaques sur un mode paranoïde ...
- De la mélancolie anxieuse :
  - Délire de dépréciation de soi et des autres, douleur morale intense.
- De la dépression : la comorbidité est importante. Ce qui importe, c'est de reconnaître la dépression et la traiter.

### 3. Traitement

1. **Dans la crise aiguë d'anxiété**, l'attitude calme, compréhensive et rassurante du médecin favorise l'apaisement et permet au patient de verbaliser son anxiété. Les benzodiazépines sont souvent utiles per os (Lorazepam – Temesta<sup>®</sup> en prise sub-linguale, Alprazolam – Xanax<sup>®</sup>, ...) ou parfois en IM (Diazépam, Lorazepam, ...) pour obtenir une sédation rapide. Il faudra revoir ultérieurement le patient afin de mettre au point avec lui des mesures thérapeutiques d'ensemble nécessaires.
  
2. **Le traitement de fond** vise à réduire l'anxiété dans l'intervalle des poussées et à prévenir le retour de celles-ci. Il associe :
  - Avant tout la **psychothérapie de soutien** que tout praticien doit être à même d'assurer : écoute patiente permettant au malade de se confier, dédramatisation des manifestations anxieuses, compréhension rassurante évitant les attitudes trop directives ;
  - Les **thérapies cognitivo-comportementales**. Les thérapies comportementales comprennent des techniques de relaxation qui doivent permettre de contrôler l'anxiété et les méthodes d'exposition à des situations anxiogènes dont la finalité est de minimiser l'anxiété ressentie dans ces moments. La thérapie cognitive identifie les pensées irrationnelles qui contribuent à l'émergence de sentiments anxieux et les modifie par la réorganisation des attitudes inadaptées.
  - La **psychothérapie de type analytique** n'est pas une approche de choix.