

<b>Zeitschrift:</b>	Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie suisse des sciences médicales = Bollettino dell' Accademia svizzera delle scienze mediche
<b>Herausgeber:</b>	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
<b>Band:</b>	15 (1959)
<b>Artikel:</b>	Remarques concernant le traitement médicamenteux ambulatoire des troubles psychiques
<b>Autor:</b>	Schneider, P.-B.
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-307418">https://doi.org/10.5169/seals-307418</a>

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 30.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Policlinique psychiatrique universitaire Lausanne – Directeur: Prof. P.-B. Schneider

## **Remarques concernant le traitement médicamenteux ambulatoire des troubles psychiques**

*Par P.-B. Schneider*

En psychiatrie, les conditions d'un traitement ambulatoire sont très différentes de celles d'une cure en milieu hospitalier. Cela tient surtout à la nature même de la maladie mentale qui exige souvent des mesures coercitives, comme l'internement, et un régime hospitalier de type autoritaire. Aussi est-il plus facile, en clinique qu'en clientèle privée ou en policlinique, de mettre en œuvre des traitements sans que le patient les accepte véritablement, soit qu'il ne puisse plus apprécier sa situation, soit qu'il s'oppose en fait à toute mesure active. Pour les mêmes motifs également, les cures médicamenteuses peuvent se faire en clinique psychiatrique à des doses très élevées et pendant de longues périodes, si cela est indispensable.

Il en résulte que l'appréciation de l'action des médicaments psychotropes, tranquillisants ou antidépressifs ne peut s'effectuer en partant des mêmes données de base, en clinique ou en policlinique. Dans la pratique ambulatoire, on ne pourra jamais prescrire les doses souvent très fortes que le psychiatre d'hôpital n'hésite pas à donner. Non seulement de tels traitements nécessitent, si ce n'est l'alimentation, du moins une surveillance constante qui est possible dans des services plus ou moins fermés, mais encore on peut les appliquer dans les hôpitaux psychiatriques à des malades qui les auraient simplement refusés s'ils se trouvaient à domicile.

Une autre différence importante entre la clinique et la clientèle privée exige que l'on distingue bien ces deux domaines quant à l'action des médicaments et aux résultats obtenus. La structure diagnostique des patients est très hétérogène. Elle l'est, d'une part, par le fait que les psychoses et surtout les psychoses graves aiguës et subaiguës ne représentent qu'une infime proportion des malades du psychiatre installé, alors qu'elles sont certainement le gros lot des patients hospitalisés qu'il faut traiter. D'autre part, les troubles caractériels, névrotiques et psycho-

somatiques, rares à l'hôpital psychiatrique, sont en fait «la clientèle» du praticien. Des statistiques montrent très clairement ce fait qui saute aux yeux dès qu'on connaît un peu la réalité psychiatrique. Enfin, pour une maladie qui porte le même diagnostic, psychose ou névrose, le patient hospitalisé présentera, en règle générale, une forme beaucoup plus grave que le malade traité ambulatoirement. Autrement dit, pour la grande majorité des troubles psychiatriques, c'est avant tout la sévérité de la maladie qui conduit à l'hospitalisation, ce qui n'est pas le cas dans les mêmes proportions pour les autres spécialités. Aussi existe-t-il une sélection des patients et, si nous prenons comme exemple la dépression endogène, le spectre des patients des cliniques est au fond assez différent de celui des déprimés du praticien. On ne peut pas parler d'une sélection qui soit forcément négative pour l'hôpital, du moins en ce qui concerne les résultats des traitements médicamenteux. Au contraire, il semble que les conditions hospitalières (possibilité d'utiliser des doses élevées, gravité des troubles psychiques) sont plutôt favorables. On risque d'obtenir des améliorations sensibles, alors qu'un traitement ambulatoire aurait pu demeurer inactif.

Enfin, il ne faut pas oublier que la grande majorité des patients ambulatoires travaillent, ce dont il faut tenir compte au moment de prescrire un médicament. Celui-ci ne doit pas diminuer le rendement ou la joie au travail; il ne peut provoquer une somnolence ou un ralentissement psychique ou moteur trop important, raisons de plus qui empêchent le recours à des doses élevées.

Après ces quelques considérations d'ordre général, venons-en à des problèmes plus restreints :

a) Parmi les patients d'une clientèle psychiatrique ambulatoire, qui est d'ailleurs en partie comparable à celle de l'omnipraticien, on peut distinguer plusieurs catégories de sujets qui ont besoin d'un traitement médicamenteux. Parlons d'abord des cas de «post-cure». Il s'agit donc des patients qui ont été soumis, en clinique psychiatrique, à une cure médicamenteuse avec des psychotropes (cure de chlorpromazine ou d'un dérivé, de réserpine ou de toute substance analogue), d'habitude pour une schizophrénie, et dont le traitement doit se poursuivre après le licenciement de l'hôpital. Ces patients posent plusieurs problèmes concernant, d'une part, la durée du traitement, d'autre part, les doses à utiliser et enfin la manière de contrôler ces cures.

En effet, de nombreux schizophrènes, spécialement les malades chroniques, sont certainement améliorés par les psychotropes à tel point, qu'après de longs internements, ils peuvent être réintégrés dans la société. Certains d'entre eux éprouvent pourtant de grandes difficultés à trouver,

par exemple, un travail convenable ou à s'adapter à leur nouveau milieu. On peut parfois se demander si le médicament utilisé ne joue pas un rôle défavorable, surtout si la posologie reste élevée. Les tranquillisants peuvent diminuer l'initiative et les impulsions aussi bien négatives que positives. Ils augmentent le ralentissement psychique ou la somnolence et ces facteurs agissent souvent défavorablement dans la vie courante. Le médecin est alors tenté de diminuer les doses prescrites, ce qui risque souvent de précipiter une rechute. D'autre part, il faut parfois soulever la question de savoir si une post-cure a encore la moindre utilité et jusqu'à quand il faut la poursuivre. Pour arriver à résoudre ces problèmes, qui ne peuvent être qu'esquissés, car ils sont différents selon les patients, la collaboration d'assistantes sociales nous a paru être bénéfique. Très souvent, le patient établit de meilleurs liens avec elles qu'avec les médecins. Elles peuvent aussi contrôler à domicile ce qui se passe, suivre discrètement le patient et son entourage, savoir si celui-là prend les médicaments et quelle est la qualité de son adaptation sociale.

b) Si les schizophrènes collaborent assez difficilement lors des post-cures, il n'en est pas de même des déprimés endogènes. Ceux-ci peuvent d'ailleurs souvent être traités ambulatoirement, surtout depuis que nous disposons des nouveaux médicaments qui modifient l'humeur dépressive, tels l'iproniazide et surtout les dérivés de l'imino-dibenzyle. Les «petites» dépressions n'exigent d'habitude pas une hospitalisation dans une clinique psychiatrique. Pourtant, ce n'est pas tant la gravité de l'état mélancolique qui est décisif, mais bien la présence ou l'absence d'idées suicidaires ou de situations familiales, professionnelles ou simplement de l'entourage trop défavorables. En particulier, il est souvent recommandé d'éloigner de leur milieu les hommes qui exercent une activité indépendante et qui sont submergés par les responsabilités d'habitude bien supportées, mais qui deviennent intolérables en période dépressive.

Pour les nouveaux traitements médicamenteux des dépressions, la question de la poursuite de la cure après la disparition des symptômes se pose aussi. On sait qu'il faut diminuer très lentement la posologie pour éviter une nouvelle flambée dépressive. Pourtant, il convient aussi d'oser le faire, sinon le patient risque de brusquer les choses et de suivre d'une manière fantaisiste son traitement, s'il estime que celui-ci n'a plus aucune utilité. A ce sujet, les expériences sont encore trop récentes pour que l'on puisse établir des schémas rigides et véritablement valables.

Quant à l'institution d'une cure médicamenteuse à l'imino-dibenzyle, nous estimons que la décision devrait dépendre d'un avis psychiatrique, à moins que l'omnipraticien se sache capable de bien différencier une dépression endogène d'une dépression réactionnelle ou névrotique et

connaisse les modalités du traitement. En effet, si ces nouveaux médicaments agissent aussi bien que l'électro-choc dans les phases endogènes, ils n'exercent souvent aucun effet lorsque des facteurs affectifs, conflictuels ou sociaux déterminent l'état dépressif.

c) Nous abordons ainsi le grand lot des patients traités ambulatoirement qui présentent des troubles affectifs, caractériels, fonctionnels ou psychosomatiques et pour lesquels on prescrit, souvent sans discernement, des cures de tranquillisants. Je sais que j'aborde une question délicate et je suis le premier à souligner l'ambiguité de ma position. D'une part, j'ai prôné l'action du méprobamate comme calmant de l'anxiété et de l'irritabilité, comme somnifère et drogue tranquillisante, en avançant des résultats qui me paraissaient être probants; d'autre part, j'ai mis et je mets en garde les psychiatres, aussi bien que les omnipraticiens, contre la solution de facilité qu'est souvent la prescription d'un tranquilliant lors de troubles psycho-affectifs.

Fréquemment, on risque de masquer les problèmes conflictuels de base en calmant médicamenteusement une anxiété ou des insomnies. On peut aussi «somatiser» un patient et augmenter ses résistances à l'investigation et au traitement psychologiques. Le médicament, c'est l'oreiller de paresse idéal dans tous les cas psychosomatiques et névrotiques. Par ailleurs, je sais très bien que la psychothérapie «profonde» de tous ces patients n'entre pas en ligne de compte. Indépendamment de l'indication d'une telle méthode, le nombre des médecins psychothérapeutes ne suffirait pas à cette tâche, d'autant plus que des considérations matérielles et sociales interviennent aussi.

La ligne de conduite à suivre doit donc tenir compte de toutes ces difficultés. Il ne saurait s'agir de proscrire sans autre les cures médicamenteuses chez les névrosés, les caractériels ou les malades psychosomatiques. Pourtant, dans la hiérarchie des traitements, la psychothérapie vient en premier, à condition que la structure de la personnalité du malade, l'affection elle-même et les conditions sociales en permettent l'application.

D'un autre côté, l'étude des placebos, ces semblants de médicaments ne contenant que des substances inactives, a montré que dans les maladies fonctionnelles, en tout cas, y compris des affections comme l'ulcère gastrique, et même chez des patients organiques, ils agissent dans le 30% des cas et que de nombreuses drogues n'obtiennent au fond pas des résultats supérieurs. Le Dr R. Delaloye et moi-même avons procédé à une expérimentation sur les effets médicamenteux et l'effet placebo chez des sujets dits normaux. Rapidement, et en me servant de quelques tableaux, je vais vous donner l'essentiel des résultats obtenus.

Tableau 1  
Substances expérimentées

Substance	Dosage du commerce	Dosage employé	Nombre de sujets
Doridène . . . . .	250 mg	200 mg 125 mg	33 22
Doridène-Réserpine	Ondasil faible (Doridène 75 mg + Serpasil 0,05 mg)	Doridène 125 mg +	51
	Ondasil forte (Doridène 250 mg + Serpasil 0,15 mg)	Serpasil 0,1 mg	
Méprobamate . . . .	400 mg	400 mg	55
Placebo . . . . .			58

Il s'agissait de relever les effets éventuels de quatre substances (tab. 1), donc des tranquillisants ou hypno-sédatifs et un placebo, chez des volontaires qui ne savaient rien des actions éventuelles que ces drogues pouvaient produire. La méthode du «double blind trial» strict, ou double épreuve aveugle, réduisait le plus possible une influence suggestive et nous avions pris de multiples précautions pour que l'intervention de ceux qui dirigeaient l'expérimentation soit pratiquement nulle pendant les quatre semaines qu'elle durait pour chaque volontaire. Celui-ci recevait pendant ce laps de temps, dans un ordre qui dépendait de la fantaisie d'une secrétaire, des doses moyennes, à savoir trois comprimés par jour, de chaque substance pendant une semaine. Il devait noter sur une feuille de protocole tous les effets ressentis et mis en rapport avec l'absorption du médicament. Je m'abstiens de donner d'autres détails techniques qui seront exposés autre part et je communique les résultats obtenus.

Le tableau 2 vous montre comment était constitué le groupe des 61 volontaires selon le sexe, l'âge, la profession et il donne des indications sur la collaboration des sujets et la rémunération.

Quelles sont les conclusions de cette expérimentation ? D'une part, toutes les substances, y compris le placebo, agissent, et d'une manière très polymorphe. Elles calment, provoquent de la somnolence diurne, augmentent le sommeil nocturne, mais elles sont aussi stimulantes, euphorisantes et augmentent l'irritabilité et même déclenchent de l'an-goisse. Ces actions sont, à l'exception d'une substance, le Doridène à la

Tableau 2  
Répartition des 61 volontaires

Sexe . . . . .	Hommes	34
	Femmes	27
Age . . . . .	moins de 30 ans	30
	plus de 30 ans	31
Profession . . . .	groupe médical	35
	médecins	17
	étudiants-médecins	7
	infirmières et auxiliaires	
	médicaux	11
	groupe extra-médical	26
	universitaires	10
	autres professions	16
Collaboration . . .	bonne	51
	moyenne	6
	défaut de collaboration	4
Rémunération . . .	oui	33
	non	28

dose de 200 mg, semblables et on ne peut pas différencier une drogue d'une autre ou du placebo. Si le Doridène 200 mg exerce des effets plus forts que les autres comprimés, il provoque aussi le plus d'actions secondaires; il diminue de plus le rendement au travail et il est considéré comme étant de loin la substance aux effets les plus désagréables.

Les figures 1 à 5 vous montrent quelques-uns de ces résultats. Si l'on apprécie globalement les effets de ces substances en tenant compte de leur intensité (forte, moyenne ou nulle), on constate (fig. 1) que 16 sujets sur les 51, qui ont terminé l'expérimentation, estiment qu'une des substances était absolument inactive, les trois autres provoquant des effets. On ne peut différencier de cette manière les drogues, si ce n'est le Doridène 200 mg qui ne figure pas sur ce tableau.

La fig. 2 montre l'activité relative de chaque substance par rapport

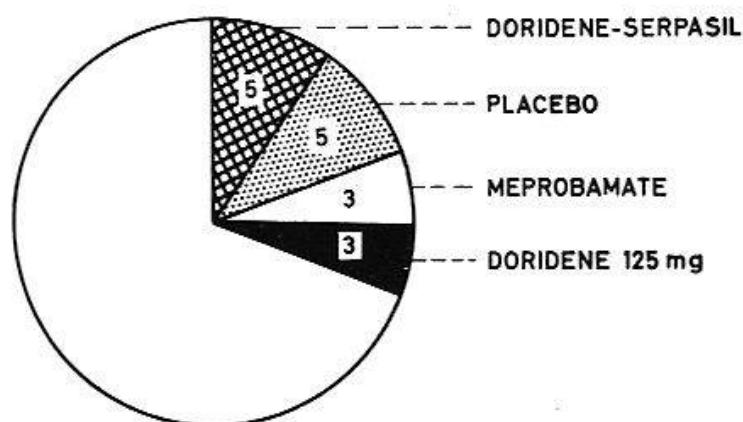


Fig. 1. 16 sujets sur 51 ont estimé qu'une substance était absolument inactive.

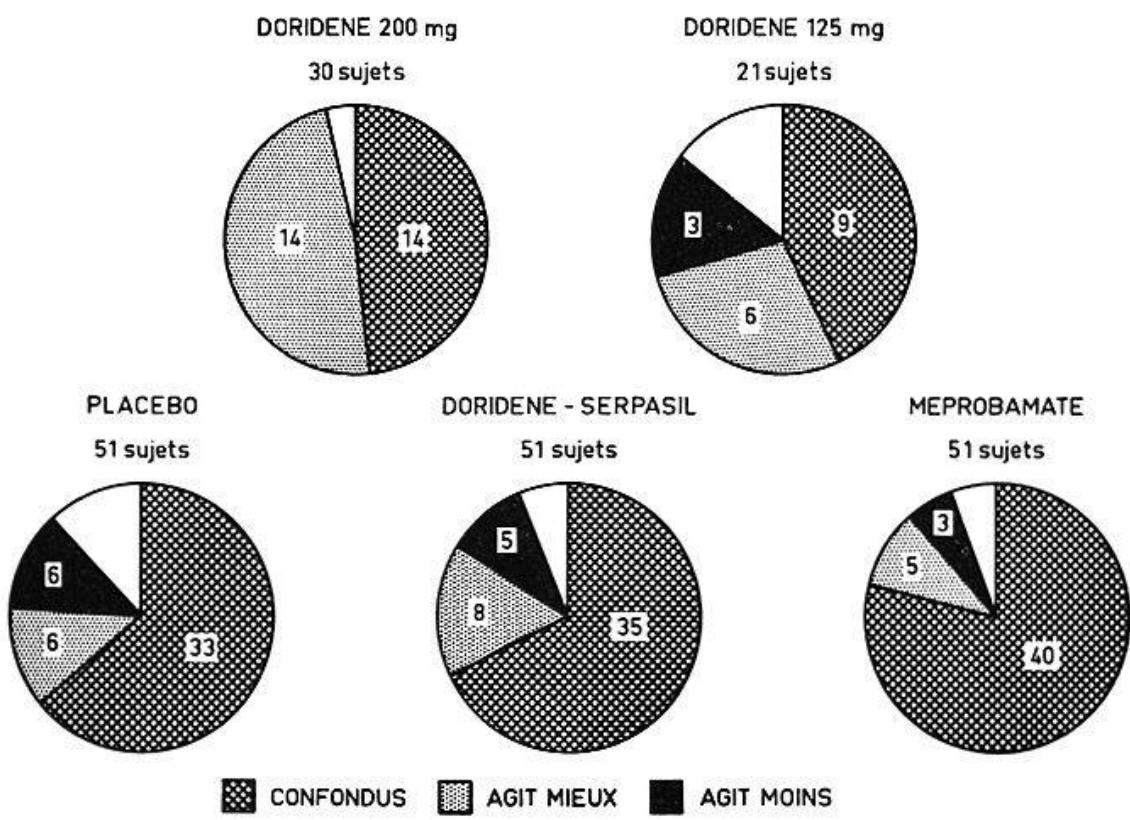


Fig. 2. Activité relative.

aux autres. Les chiffres inscrits dans chaque secteur sont les chiffres absolus. Il faut lire chaque cercle dans le sens des aiguilles d'une montre. Le premier secteur correspond au lot des sujets qui confondent l'action de la substance en question avec celle des trois autres de la série. Les deuxième et troisième secteurs correspondent aux lots des sujets ayant indiqué la substance en question comme plus active pour le deuxième secteur et moins active pour le troisième secteur, toujours par rapport aux trois autres substances de la série.

Ce graphique montre clairement que le placebo se superpose pratiquement au Doridène-Réserpine et au Méprobamate et presque au Doridène

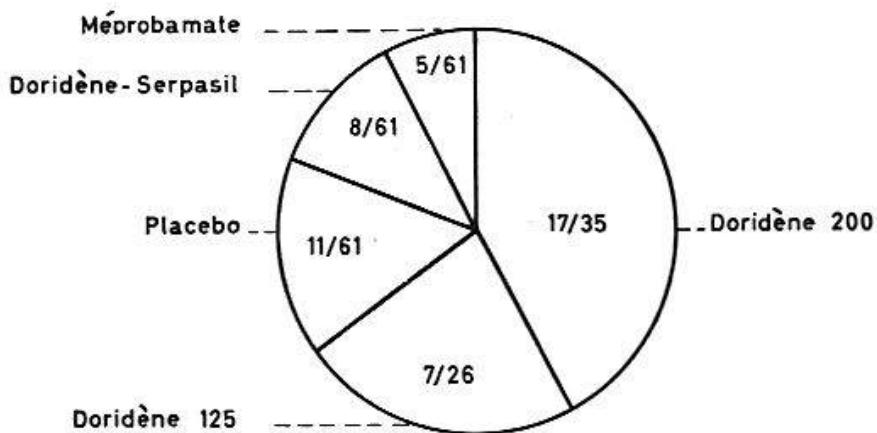


Fig. 3. Médicament trouvé le plus actif.

125 mg. Par contre, le Doridène 200 mg ressort très nettement. Il est plus souvent plus actif et jamais plus fréquemment inactif que les trois autres substances.

Nous avons aussi pu déterminer la substance la plus active pour l'ensemble des 61 épreuves (fig. 3) et c'est à nouveau le Doridène 200 mg qui prend une première place évidente, les autres substances ne se différenciant pratiquement pas l'une de l'autre.

Si l'on considère les effets particuliers produits par chaque substance, effets que l'on peut classer sous les rubriques suivantes : effets calmants, somnolence diurne, somnolence nocturne, effet stimulant, baisse du rendement au travail et effets secondaires (vertiges, nausées, troubles digestifs, éruptions, prurits, etc.) et si l'on porte en ordonnée les pourcentages

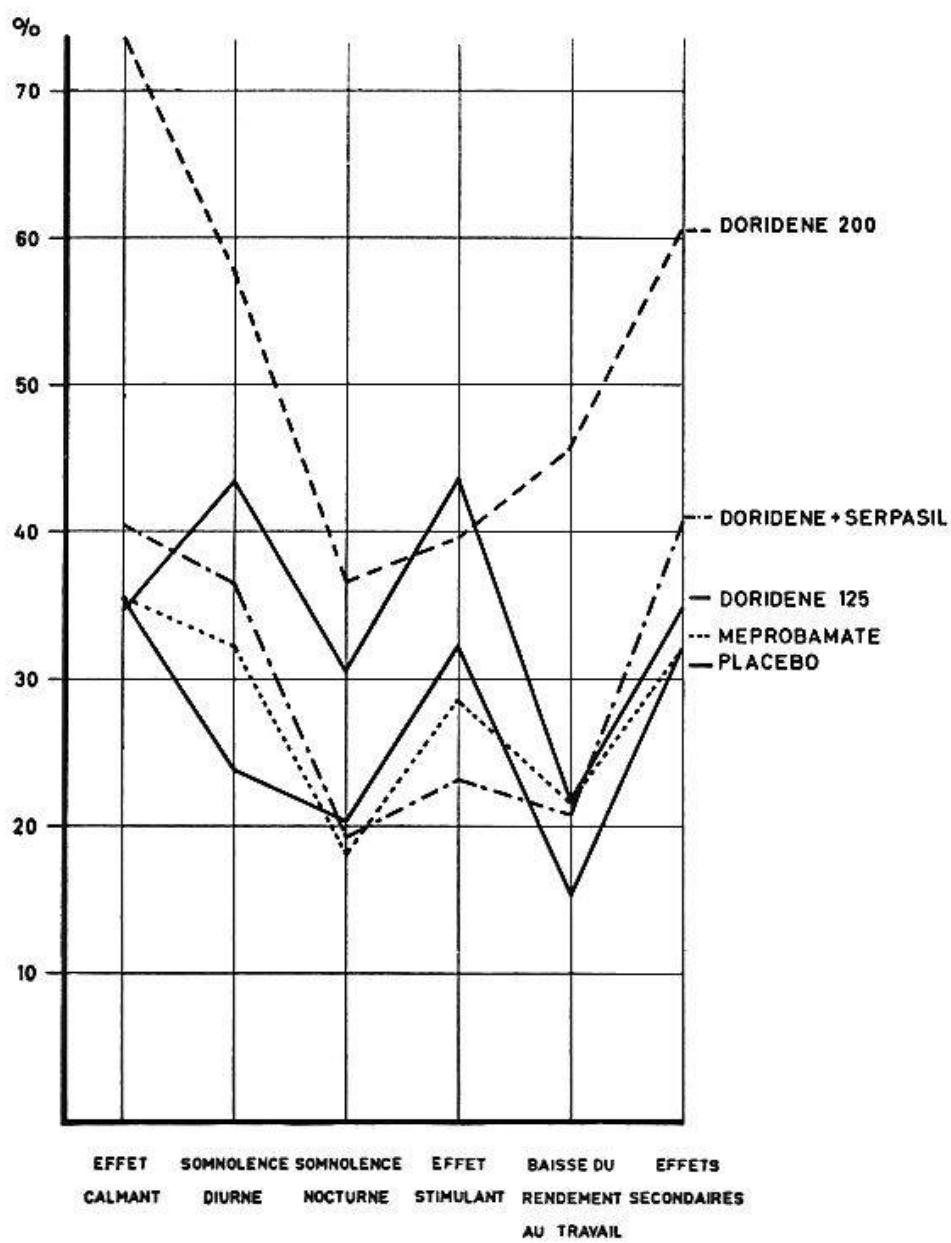


Fig. 4. Tableau comparatif des effets particuliers.

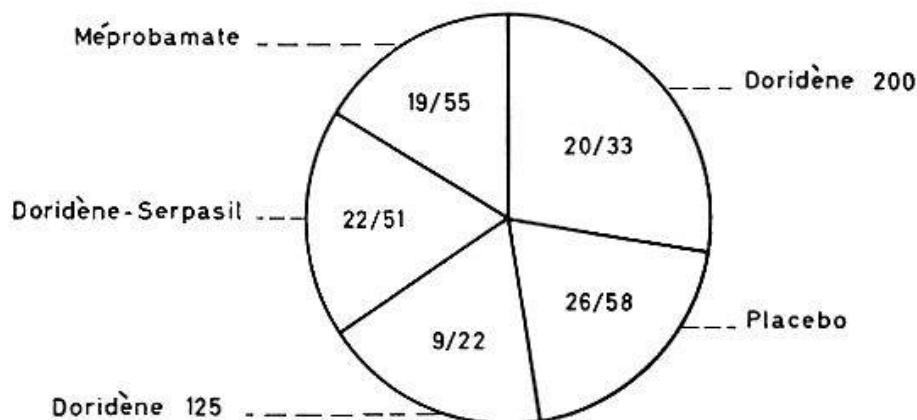


Fig. 5. Impression générale désagréable.

des sujets ayant éprouvé les effets mentionnés en abscisse, on obtient des courbes caractérisant chaque substance (fig. 4). Seule la courbe du Doridène 200 mg et pour quelques effets celle du Doridène 125 mg se détachent des autres qui sont en fait confondues. On constate que chaque substance, placebo y compris, provoque des effets dans 20 à 40 % des cas, effets qui n'ont rien de vraiment typique.

Si le Doridène 200 mg agit plus souvent, c'est aussi la drogue qui diminue le plus le rendement au travail et celle qui provoque le plus d'effets secondaires dont on sait qu'ils justifient souvent l'abandon d'une médication dans la pratique ambulatoire.

La fig. 5, enfin, vous montre comment les volontaires ont apprécié les différentes substances lorsque les effets étaient ressentis comme désagréables. Ici encore c'est le Doridène 200 mg qui vient au premier rang.

De cette expérimentation dont les résultats ne sont pas encore complètement analysés, en particulier au point de vue statistique, nous pouvons tirer quelques conclusions utiles à notre dessein.

Tout d'abord, nous constatons que l'effet placebo se manifeste très nettement chez des sujets dits normaux et qu'il est aussi marqué que les actions de tranquillisants ou hypno-sédatifs du commerce, prescrits aux doses que l'on utilise d'habitude en pratique ambulatoire. Encore n'avons-nous rien dit des abandons de l'expérimentation qui, dans sept cas sur dix, ont été motivés par des effets médicamenteux trop violents. Chez cinq sujets, c'était le placebo qui était responsable de ces troubles intolérables et les deux autres se plaignaient de somnolence après l'absorption du Doridène 200 mg pendant quelques jours.

Ensuite, la substance la plus active est aussi celle qui provoque le plus d'effets secondaires, qui est ressentie comme la plus désagréable et qui diminue le plus le rendement au travail. Il semble donc que l'on ne peut, en pratique ambulatoire du moins, et surtout chez des sujets qui tra-

vailtent, augmenter impunément les doses d'un psycholeptique pour obtenir à coup sûr un effet favorable. Par les résultats de notre expérimentation, nous ne faisons que confirmer ce que l'on sait déjà des difficultés du traitement médicamenteux des troubles affectifs et caractériels.

Aussi est-il permis de se demander, lorsqu'on prescrit des tranquillisants du type du méprobamate ou un hypno-sédatif à des doses faibles ou même moyennes, si l'on ne risque pas de se trouver dans cette zone où le placebo agit aussi bien que le médicament. Ceci d'autant plus que, lors d'un traitement, le médecin exerce encore une action suggestive que nous avions évitée, en grande partie du moins. Nous n'irons pas jusqu'à affirmer qu'il est indifférent de prescrire soit un tranquillisant, soit un placebo. Cependant, il serait bon que le médecin se demande plus fréquemment ce qui influence la maladie dans tous les cas de troubles fonctionnels ou psychosomatiques : la drogue au point de vue chimique, ou la drogue qui porte magiquement tout le pouvoir curatif projeté dans le médecin lui-même.

Nous abordons ainsi une autre constatation qui ressort des résultats que je vous ai résumés. Tous les médicaments utilisés étaient censés calmer. On les considère comme des tranquillisants et pourtant le spectre de leurs effets, lorsqu'on ne dit pas aux volontaires de quelle classe de médicaments il s'agit, est très large. Ils sont considérés aussi fréquemment comme stimulants que comme calmants. Bien plus, certains sujets, quatre sur cinquante et un, n'ont pas constaté le moindre effet des drogues ingérées.

Dans notre type de civilisation occidentale où le médicament – le comprimé, la dragée, l'injection même – occupe une place tellement importante dans toutes les classes de la population, il est très certainement l'objet d'un investissement affectif et souvent magique. Il protège non seulement contre la maladie, mais aussi contre les forces maléfiques qui entourent encore et toujours l'homme moderne. Si son action est de plus euphorisante ou relaxatrice, ou si l'on est persuadé qu'il calmera une anxiété latente, l'attachement à la drogue risque de devenir encore plus fort et peut aboutir à une dépendance presque toxicomaniacque.

On peut se demander quelle est la proportion de drogues véritablement et régulièrement actives, quelles que soient les conditions psychologiques et sociales – et elles existent – et quels sont les médicaments dont les effets sont aussi plus ou moins déterminés par les facteurs affectifs conscients ou inconscients. Enfin, une multitude de drogues n'exercent que des effets purement magiques, donc psychologiques, et l'on pourrait aussi se poser la question de savoir pourquoi nous prenons des médicaments en n'obéissant souvent qu'aux ordres impératifs de cette

nouvelle religion qu'est la propagande. Je ne pense qu'à deux classes de substances, celles qui, se multipliant, sont censées couper, d'une manière ou d'une autre, les affections grippales ou les refroidissements, et nos tranquillisants dans la clientèle ambulatoire. Ne conviendrait-il pas d'être parfois un peu plus critique, surtout lorsqu'on se trouve encore à l'intérieur de la zone de l'effet placebo, phénomène dont l'étude est loin d'être achevée et qui pose de nombreux problèmes méthodologiques ? Enfin, la psycho-pharmacologie n'a envisagé jusqu'à présent que l'action médicamenteuse sur les troubles psychiques. Elle comporte un autre domaine aussi vaste et intéressant, mais en grande partie inexploré : l'influence de l'affectivité et des facteurs culturels sur les effets médicamenteux eux-mêmes. Il reste à décrire la phénoménologie du médicament et à entreprendre l'étude psychanalytique de ces problèmes.

### *Résumé*

Après avoir montré les différences fondamentales qui existent entre la structure d'une clientèle ambulatoire et celle d'un hôpital psychiatrique, ce qui entraîne des conséquences quant à l'estimation des effets médicamenteux, nous étudions plus en détail les modalités des «post-cures» médicamenteuses et les traitements récents des états dépressifs. Nous montrons ensuite les difficultés que l'on rencontre dès que l'on veut traiter médicamenteusement les états névrotiques, caractériels ou psychosomatiques. Lorsqu'on prescrit des doses moyennes d'un tranquillisant, ce qui est presque toujours le cas en pratique ambulatoire, l'effet médicamenteux plus ou moins spécifique risque de se confondre avec l'effet «placebo». Nous résumons une expérimentation personnelle sur ces deux effets chez des sujets normaux, expérimentation dont les résultats montrent combien il faut être critique dans l'appréciation des effets médicamenteux en psychiatrie.

### *Zusammenfassung*

Der Autor zeigt zunächst die grundsätzlichen Unterschiede auf, die zwischen der Struktur des ambulant zu behandelnden Patientenkreises und der hospitalisierten Patientenschaft bestehen. Diese Unterschiede bedingen auch eine verschiedenartige Wertung der medikamentösen Wirkungen. Er prüft hierauf die Modalitäten der medikamentösen Nachkur und die neueren Behandlungsarten der depressiven Zustände bis in die Einzelheiten und weist auf die Schwierigkeiten hin, denen man begegnet, wenn man neurotische Zustände, Charakter- oder psycho-

somatische Störungen medikamentös angehen will. Verschreibt man mittlere Dosen eines Tranquillizers, wie dies in der ambulanten Praxis immer der Fall ist, so verwischt sich die medikamentöse Wirkung immer mehr oder weniger mit jener eines «Placebo». Der Autor gibt eine Übersicht eines persönlichen Versuches über diese beiden Wirkungen bei gesunden Individuen, Versuche, deren Ergebnisse zeigen, wie kritisch man in der Beurteilung medikamentöser Wirkungen in der Psychiatrie sein muß.

### *Riassunto*

Dopo aver messo in evidenza le differenze fondamentali che esistono tra la struttura d'una clientela d'ambulatorio e quella d'un ospedale psichiatrico, ciò che ha per conseguenza una differenza nella valutazione degli effetti terapeutici, l'autore esamina dettagliatamente le modalità delle «post-cure» medicamentose e le recenti terapie degli stati depressivi. In seguito l'autore chiarisce le difficoltà che insorgono allorché si voglia curare con medicamenti gli stati neurotici, da disturbo del carattere o psicosomatici. Se si somministrano dosi medie di un farmaco tranquillante, ciò che quasi sempre avviene nella pratica d'ambulatorio, si corre il rischio di confondere l'effetto terapeutico più o meno specifico con un effetto di «placebo». L'autore riassume i risultati di uno studio personale di questi due effetti in soggetti normali, studio che mostra con quale spirito critico vadano valutati gli effetti terapeutici in psichiatria.

### *Summary*

After having shown the fundamental differences which exist between the structure of an out-patient clientele and that of a psychiatric hospital, which involve consequences as to the estimation of medicamentous results, we studied in more detail the modalities of «post-cures» of a medicamentous nature and recent treatment of depressive states.

We then show the difficulties encountered in the medicamentous treatment of neurotic, character or psychosomatic states. When medium doses of a tranquilizer are prescribed, which is almost always the case in ambulatory practice, the more or less specific medicamentous action is in danger of being confused with the «placebo» effect. A résumé is given of our personal experiments on these two effects on normal subjects, the results of which show how critical one has to be in the appreciation of medicamentous actions in psychiatry.