

LES NEVROSES Q266

Dr Nathalie PAPET, Dr Nicolas Lafay, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon

Plan :

LES NEVROSES	1
I. DEFINITION ET HISTORIQUE.....	2
II. MODELES ETIOPATHOGENIQUES.....	2
1. Modèle psychanalytique.....	3
2. Modèles neuropharmacologiques	6
3. Modèles comportementaux et cognitivistes.....	6
4. Facteurs environnementaux.....	7
III. LA NEVROSE D'ANGOISSE : TROUBLE PANIQUE ET ANXIETE GENERALISEE	7
1. Attaques de panique et trouble panique.....	7
2. Anxiété généralisée.....	9
IV. LES TROUBLES PHOBIQUES.....	10
1. Définitions	10
2. Clinique	11
3. Formes cliniques	13
4. Diagnostic positif et différentiel.....	13
5. Evolution	14
6. Traitement.....	14
V. LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS.....	14
1. Historique, définition.....	14
2. Epidémiologie.....	14
3. Clinique	15
4. Diagnostic positif et différentiel.....	17
5. Complications, évolution, pronostic.....	18
6. Hypothèses étiopathogéniques	18
7. Traitement.....	19
VI. L'HYSTERIE.....	19
1. Historique, définitions	19
2. Clinique	19
3. Diagnostic positif	22
4. Diagnostic différentiel	22
5. Complications, évolution, pronostic.....	23
6. Traitement.....	23
VI. ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	24
1. Définition	24
2. Epidémiologie.....	24
3. Clinique	24
4. Diagnostic positif et différentiel.....	24
5. Aspects étiopathogéniques	25

6. Complications, évolution, pronostic.....	25
6. Traitement	25

I. DEFINITION ET HISTORIQUE

L'histoire du concept de névrose est particulièrement liée à la psychanalyse qui limita son cadre nosographique, précisa ses approches thérapeutiques et lui donna un cadre théorique étiopathogénique. Utilisé par Cullen la première fois en 1769, le terme de névrose est utilisé dès le XIX^e siècle pour désigner les maladies sans lésion organique. Janet, au début du siècle définissait la névrose comme « *un groupe de troubles morbides qui est formé par les phénomènes les plus bizarres et disparates que l'on ne sait comment rattacher les uns aux autres* ». Par la suite, les travaux d'anatomopathologie, de neurologie et la psychanalyse naissante réduisirent le concept de névrose à un champ plus homogène. C'est donc au XIX siècle avec S. Freud, que le champ de la névrose va se rétrécir. Sous l'influence de Bernheim et Charcot, Sigmund Freud en collaboration avec Breuer s'intéresse alors à l'étiologie de l'hystérie. La création par Freud en 1895 de la technique psychanalytique se basant sur la libre association d'images, d'idées et de souvenirs permettant l'exploration de l'inconscient fonde la théorie psychanalytique à l'origine du concept actuel de névrose. Actuellement, la validité du concept de névrose est intimement lié au modèle psychanalytique qui leur a conféré leur unité.

Selon la définition de Laplanche et Pontalis, « *la névrose est une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre désir et défense* »

Dans le modèle psychanalytique, les facteurs psychologiques sont déterminants dans la genèse de la névrose. La névrose affecte globalement la personnalité et le comportement du sujet ; il existe une relation de compréhension entre le trouble, l'histoire du sujet et la personnalité. Depuis ces trente dernières années, aux cotés du modèle psychanalytique, ont émergé d'autres modèles théoriques : théories cognitives et comportementales, développement des neurosciences... Sous l'influence de ce mouvement et de l'Association Américaine de Psychiatrie, sont apparues de nouvelles classifications purement descriptives. De nos jours, le concept de névrose est remis en cause et a disparu des classifications internationales. Ces classifications américaine (DSMIV) ou de l'OMS (CIM 10) sont des outils de recherche, exempts de tout préjugé théorique. Malgré cela, les anciens concepts de troubles névrotiques apportent un éclairage sur la genèse de ces troubles et permet de les articuler autour d'un facteur commun, l'anxiété.

Les troubles névrotiques peuvent donc être définis comme :

- des troubles mentaux
- des troubles qui ne comportent pas d'étiologie organique démontrable même si des facteurs biologiques peuvent éventuellement participer à leur genèse (notion de vulnérabilité)
- ressentis par le patient comme indésirables (trouble égodystonique) et entraînent une souffrance psychique dont le sujet a conscience (connaissance du caractère morbide du trouble)
- des troubles qui ne perturbent pas ou peu l'expérience de la réalité ni le sentiment d'identité.

II. MODELES ETIOPATHOGENIQUES

« Est inconscient tout processus psychique dont l'existence nous es démontrée par ses manifestations mais dont, par ailleurs, nous ignorons tout, bien qu'il se déroule en nous... » S. Freud

1. Modèle psychanalytique

Freud est le premier à avoir eu l'intuition que les symptômes dont se plaignent les névrosés ont une fonction régulatrice dans l'appareil psychique et un sens. Ainsi, le symptôme évite au névrosé une confrontation directe à une angoisse insurmontable secondaire à un conflit psychique. Le symptôme prend son sens lorsqu'il est considéré comme une solution, un compromis entre les représentations pulsionnelles (issues du ça) inacceptables pour le Moi et les moyens de défense du Moi. Dans la névrose, le conflit oppose le ça et le Moi.

a. Les grands concepts

Selon le modèle psychanalytique, la genèse de la personnalité repose sur le développement de l'affectivité à partir des concepts de pulsions, de désirs et de conflits. La théorie psychanalytique repose sur une conceptualisation du fonctionnement psychique selon trois aspects : topique, dynamique et économique.

1. Aspect topique

Le point de vue topique réalise une description fictive du fonctionnement psychique permettant de modéliser les différentes instances intra-psychiques. Freud a conceptualisé successivement deux topiques.

La première distingue : conscient, préconscient, inconscient. Entre ces systèmes, existent des censures qui inhibent et contrôlent le passage de l'une à l'autre. L'inconscient est formé par les représentations psychiques ne pouvant parvenir à la conscience du sujet malgré ses efforts.

Le préconscient est séparé de l'inconscient par la censure et se réfère aux représentations non refoulées. Elles sont ainsi potentiellement accessibles à la conscience.

Le conscient, attaché à la perception du monde extérieur, reçoit des informations du monde extérieur et du monde interne.

La deuxième topique distingue trois instances en interdépendance : ça, moi, surmoi.

- **Ca** : il constitue le pôle pulsionnel de la personnalité ; ses contenus, expression psychique des pulsions, sont inconscients, pour une part héréditaire et innés, pour l'autre refoulés et acquis.
- **Surmoi** : son rôle est assimilable à celui d'un censeur ou d'un juge à l'égard du moi. Freud voit dans la conscience morale, l'auto observation, la formation d'idéaux, des fonctions du surmoi. Il est classiquement défini comme l'héritier du complexe d'œdipe ; il se constitue de l'intériorisation des exigences et interdits parentaux.
- **Moi** : il est dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du ça que des impératifs du surmoi et se pose en médiateur, chargé des intérêts de la totalité de la personne , son autonomie n'est que toute relative.

2. Aspect dynamique : la force

L'appareil psychique est considéré comme un lieu où les processus obéissant à des impératifs contradictoires entrent en conflit. Ces conflits peuvent être intersystémiques (moi contre ça, surmoi contre moi...) ou intrasystémiques au sein d'une même instance. C'est à la suite de conflits vécus par les instances psychique que l'individu gagne une certaine indépendance vis à vis de sa vie pulsionnelle ou de ses exigences surmoïques.

3. Aspect économique : le bénéfice

Le point de vue économique consiste à prendre en considération la quantité d'énergie liée à une représentation (investissements) dans sa mobilité et son intensité.

Les pulsions sont des processus dynamiques, des « poussées » faisant tendre l'organisme vers un but. La pulsion agit comme une force constante située à l'intérieur du corps provenant d'un besoin à la frontière entre somatique et psychique. Elle ne disparaît que par une satisfaction. Toutes les

conceptions des pulsions font apparaître un aspect dualiste. Les pulsions primaires sont regroupées en deux ensembles : pulsions de vie associant pulsions d'auto conservation et pulsions sexuelles et pulsions de mort qui s'opposent aux premières.

Principe de plaisir et principe de réalité : la libido est engendrée par les pulsions primaires. La construction de la personnalité consiste à organiser la canalisation de cette énergie psychique. La libido est confrontée à deux principes contradictoires : le principe de plaisir et le principe de réalité. Le principe de plaisir se définit comme l'ensemble de l'activité psychique ayant pour objet d'éviter le déplaisir ou de procurer du plaisir. Le principe de réalité s'impose lui comme régulateur, la recherche de plaisir ne s'effectuant plus par les voies les plus courtes mais ajournant son résultat en fonction des conditions imposées par le monde extérieur. Parfois, principe de plaisir et principe de réalité s'opposent, donnant naissance à un conflit psychique. Les conflits, quelques soient leurs résultats, sont coûteux au plan économique et sont par leurs résultantes de puissants organisateurs de la pensée.

L'organisation psychique économique opérée progressivement à partir des pulsions et des conflits concoure ainsi à la construction de la personnalité.

b. Les stades instinctuels

Freud distingue les stades prégénitaux (antérieurs au complexe d'œdipe) et les stades génital ou phallique . A l'origine de la névrose, on retrouve à un stade précoce (infantile) un conflit psychique inconscient non résolu ayant entraîné une fixation de la libido à un stade du développement psychoaffectif de la personnalité.

- **stade oral** :le plaisir sexuel est alors lié de façon prédominante à l'excitation de la cavité buccale et des lèvres qui accompagne l'alimentation.
- **stade sadique anal** : situé entre 2 et 4 ans, il est caractérisé par son organisation de la libido sous le primat de la zone érogène anale . La relation d'objet est imprégnée de significations liées à la fonction de défécation et à la valeur symbolique des fèces. On y voit s'affirmer le sadomasochisme en relation avec le développement de la force musculaire.
- **stade phallique** : il est caractérisé par une unification des pulsions partielles sous le primat des organes génitaux ; mais, ce qui ne sera plus le cas dans l'organisation génitale pubertaire, l'enfant garçon ou fille ne connaît à ce stade qu'un seul organe génital, l'organe mâle, et l'opposition des sexes est équivalente à l'opposition phallique-chatré. Le stade phallique correspond au point culminant et au déclin du complexe d'œdipe ; le complexe de castration y est prévalent.

Le symptôme névrotique est le témoin d'un conflit d'origine infantile non résolu inconscient et toujours actif.

c. Fonctionnement de la personnalité

Parfois, le sujet doit faire face à des conflits manifestes ou latents. Afin d'éviter l'angoisse générée par ceux-ci, le moi dispose d'un certain nombre de mécanismes de défense inconscients qu'il utilise au cours de son développement. Parmi les mécanismes de défense, l'introjection et la projection ont un rôle précoce fondamental. Par la suite, le refoulement et la sublimation marquent le déclin de la sexualité infantile.

- *L'introjection*

Mécanisme permettant à l'individu d'intégrer fantasmatiquement des objets et des qualités inhérentes à ces objets. L'introjection est proche de l'incorporation . Elle est en rapport étroit avec l'identification.

- *La projection*

Processus par lequel les représentations internes intolérables sont rejetées et ressenties comme venant de l'extérieur de soi.

- *Le refoulement*

Opération par laquelle le sujet cherche à repousser ou à maintenir dans l'inconscient des représentations (pensées, images, souvenirs) liées à une pulsion.

- *La sublimation*

Mécanisme par lequel l'énergie liée à la pulsion sexuelle est dérivée vers un nouveau but non sexuel et où elle vise généralement des objets socialement valorisés. Ces activités de sublimation concernent principalement l'activité artistique et l'investigation intellectuelle.

- *La condensation*

Processus aboutissant à une fusion en une représentation unique de plusieurs chaînes associatives. D'autres mécanismes de défense sont plus particulièrement observés dans certains troubles notamment névrotiques.

- *le déplacement*

Processus par lequel l'investissement libidinal est transféré d'une représentation mentale à une image plus neutre reliée à la première par une chaîne associative symbolique

- la formation réactionnelle

Processus par lequel l'investissement libidinal inacceptable est maîtrisé par l'exagération de la tendance opposée.

- *l'isolation*

Processus par lequel une représentation est isolée de la charge affective qui lui est affectée.

- *l'annulation*

Processus par lequel le sujet fait « comme si » une pensée ou un acte antérieur n'était jamais advenu.

- *le renversement dans le contraire*

Processus par lequel le but d'une pulsion est inversé

- *la dénégation*

Processus évitant le refoulement en raison de la négation qui précède l'énonciation du désir, de la pensée ou d'un sentiment antérieurement refoulé.

La personnalité correspond à l'organisation dynamique des processus intellectuels, affectifs, physiologiques et morphologiques d'un sujet. Cette personnalité est dite pathologique lorsqu'elle ne permet pas une adaptation souple aux événements de vie et entraîne une souffrance du sujet et de son entourage.

d. Troubles névrotiques

« La valeur symbolique du symptôme est toujours liée au conflit initial qui lui a donné naissance. La signification du symptôme n'est pas accessible au sujet en raison même du refoulement » Abraham
Les névroses de l'adulte seraient liées à l'activation d'une névrose infantile par un événement traumatisant. Le sujet n'ayant pu dépasser le conflit reste fixé aux stades de satisfaction et de relation qu'il a expérimenté avant l'apparition de la névrose infantile. Cette fixation s'accompagne d'une régression du sujet au stade de développement au cours duquel les exigences pulsionnelles pouvaient être satisfaites. L'aspect clinique de la symptomatologie névrotique dépend donc du stade auquel s'est produit la fixation. L'attachement du patient au symptôme, sa stabilité dans le temps, et la résistance aux thérapeutiques proposées peuvent ainsi être expliquées par la solution (solution névrotique) à tous les niveaux que représente l'aménagement névrotique.

On appelle bénéfice primaire la capacité du symptôme à réduire l'angoisse, née du conflit intra psychique, par la jouissance inconsciente obtenue grâce à lui.

Les bénéfices secondaires représentent les avantages conscients (sociaux, familiaux, professionnels...) que le patient retire grâce au symptôme.

Aucun de ces symptômes n'est spécifique d'une maladie névrotique, ils peuvent aussi s'observer dans d'autres tableaux cliniques que les névroses.

Selon le modèle analytique, la maladie névrotique peut se concevoir comme l'association :

- de symptômes généraux névrotiques
- d'une structure névrotique

- d'une personnalité névrotique

2. Modèles neuropharmacologiques

Le développement des neurosciences depuis la seconde guerre a permis une meilleure compréhension des aspects neurochimiques du stress, de la genèse de l'anxiété et des adaptations thérapeutiques.

Le stress est un processus physiologique non pathologique, complexe, développé par l'organisme en réaction à des événements internes ou externes afin de mettre en place une réponse adaptée à la situation.

L'anxiété est la réponse psychique à ce stress et peut être caractérisée par un sentiment de danger imminent et indéterminé. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle a un caractère invalidant ou que ces manifestations deviennent chroniques.

Au niveau central, un stimulus stressant provoque une facilitation des voies neuronales induisant un état approprié d'alerte, parallèlement à une inhibition des voies neurovégétatives impliquées dans l'alimentation et la reproduction. Ces modifications sont réalisées en vue d'une réponse générale adaptée dont les deux éléments centraux sont le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien (CRF, ACTH, glucocorticoïdes) et le système nerveux sympathique (noradrénaline). Ces deux systèmes s'activeraient mutuellement dans une boucle de contrôle. Ils sont d'une part activés par les transmissions cholinergiques et sérotoninergiques et d'autre part inhibés par les neurotransmissions GABAergiques et opioïdes. Les systèmes noradrénergiques et dopaminergiques sont également sollicités au niveau central dans les situations de stress.

Le système sérotoninergique a une fonction neuromodulatrice par son organisation en de multiples arborescences. Il existerait sept grandes familles de récepteurs à la sérotonine. Le système sérotoninergique est une des cibles de choix dans le traitement de l'anxiété. Les substances qui diminuent la neurotransmission sérotoninergique sont anxiolytiques tandis que les substances qui l'activent sont anxiogènes.

3. Modèles comportementaux et cognitivistes

a. Les modèles comportementaux

L'approche comportementale de la personnalité est une approche théorique issue de la réflexologie de Pavlov, du béhaviorisme de Watson et de la théorie de l'apprentissage de Wolpe et Lazarus. Le principe est celui d'une « boîte noire » excluant le vécu du sujet, la dimension affective etc...Le cerveau est modélisé comme une boîte noire réagissant au stimuli par des réponses favorisant ceux qui sont sources de plaisir et évitant ceux qui sont source de déplaisir. Cette approche expérimentale s'appuie sur l'observation de deux types de conditionnements :

- Conditionnement pavlovien appelé conditionnement répondant
- Conditionnement skinnerien appelé conditionnement opérant : un comportement peut avoir pour un sujet un effet agréable ou désagréable. L'effet agréable entraîne la répétition du comportement, on dit alors qu'il le renforce (renforcement positif). L'effet désagréable entraîne la diminution de sa fréquence voire sa suppression (renforcement négatif). Dans la pratique, seuls les renforcements positifs sont véritablement efficaces.

b. Les modèles cognitivistes

Ils s'appuient sur des modifications comportementales engendrées par des stimuli issus du monologue intérieur et du traitement de pensées automatiques. Ces pensées automatiques répétitives se présentent spontanément à l'esprit. Le principe thérapeutique vise dès lors à repérer et à traiter ces pensées dysfonctionnelles.

4. Facteurs environnementaux

Le rôle des interactions entre le sujet et son environnement a de tout temps été souligné. Les théories socio-génétiques rendent responsables de la névrose les seules pressions culturelles, sociales, politiques ou familiales.

On considère habituellement qu'un contexte social difficile (nuisance de l'habitat, condition de travail précaire, conflits familiaux, désintégration du noyau communautaire ou familial) rend plus probable une décompensation névrotique.

L'étude de l'environnement se confond dans certaines études avec celle du stress et des contraintes psychosensorielles. Le rôle des agressions sociales ne saurait toutefois se limiter à l'effet pathogène de nuisances diverses mesurables à travers des manifestations névrotiques réactionnelles : de nombreuses études suggèrent une plus grande prévalence des névroses au sein de communautés sociales en mutations rapides ou chez des sous-groupes transplantés.

Le rôle des interactions précoces du bébé avec le milieu maternant (Spitz, Bowlby, Winnicott) paraît essentiel tant pour le développement psychologique du bébé que pour la richesse de son équipement neuronal en plein développement.

III. LA NEVROSE D'ANGOISSE : TROUBLE PANIQUE ET ANXIETE GENERALISEE

« L'angoisse est définie par l'ensemble des troubles physiques qui concourent à donner à l'anxieux l'impression qu'il est serré dans un étou, étranglé, tordu, aux portes mêmes de la mort » H.Ey (1941)

La névrose d'angoisse associe :

- un fond anxieux permanent intercritique
- des crises d'angoisse paroxystiques survenant sans facteur déclenchant spécifique
- l'absence de symptômes phobiques, hystériques ou obsessionnels prévalants.

Considérée par Freud comme une entité homogène, elle est subdivisée depuis les années 1980 en deux sous-ensembles :

- le trouble panique correspond à la survenue d'attaques de panique récurrentes à l'origine d'une anxiété anticipatoire et parfois d'une agoraphobie
- l'anxiété généralisée est caractérisée par l'existence d'une anxiété flottante (non fixée à une représentation particulière) et généralisée (elle peut se lier à n'importe quelle représentation).

1. Attaques de panique et trouble panique

a. Epidémiologie

La prévalence sur la vie entière est d'environ 2%.

Le trouble concerne surtout le sexe féminin : le sexe ratio hommes/femme est de 1,5 à 2

L'âge d'apparition du trouble est 15-19 ans mais la première consultation intervient généralement à un âge plus tardif .

Le trouble serait plus fréquent :

- chez les sujets divorcés ou séparés,
- de milieu socioculturel peu élevé
- événements de vie : décès familial, traumatisme, maladie physique
- antécédents familiaux d'attaque de panique (risque majoré par 4 à 7)

Un troubles de la personnalité serait associé dans 27 à 58% des cas : personnalités dépendantes , évitantes, histrioniques et limites.

b. Aspects cliniques

1. Attaque de panique ou crise d'angoisse aiguë

Le début est brutal, secondaire ou non à un événement non spécifique. On retrouve rarement une symptomatologie prodromique (appréhension progressivement croissante d'une crise à venir). L'angoisse est le plus souvent d'emblée à son maximum.

A la phase d'état, la crise d'angoisse associe une triple symptomatologie : somatique, psychique et psychosensorielle.

- *les manifestations somatiques*

Elles dominent le tableau clinique. Il y a lieu d'éliminer une urgence médico-chirurgicale. Elles comprennent :

- * des symptômes cardio-vasculaires : tachycardie, palpitations, précordialgies, oppression thoracique, troubles vasomoteurs
- * des symptômes respiratoires : sensation d'étouffement, tachypnée
- * des symptômes neurologiques : céphalées, vertiges, paresthésies, sensation d'évanouissement, hyperreflexie ostéotendineuse
- * des symptômes musculaires : tremblements, secousses musculaires
- * des symptômes neurovégétatifs : sueurs, vomissements, spasmes pharyngés, sensation de faim ou soif
- * des symptômes digestifs ou urinaires : nausées, hoquet, douleurs abdominales, diarrhée, pollakiurie

- *Les manifestations psychiques*

Elles sont représentées par la peur d'un danger imaginaire. La peur est intense, extrême, insupportable : peur de devenir fou, de mourir, d'être atteint d'une maladie grave, de ne pouvoir être secouru, de commettre un acte dangereux. Ce sentiment s'accompagne d'une désorganisation de la pensée.

- *Les manifestations psychosensorielles*

Elles majorent l'angoisse du sujet par la présence d'un syndrome de déréalisation, dépersonnalisation. Les perceptions sensorielles du sujet sont modifiées. Une symptomatologie de trouble de la conscience est quelquefois présente ; diminution de la vigilance, arrêt ou accélération du cours de la pensée.

Les conséquences comportementales de cette triple symptomatologie sont le plus souvent discrètes. Elles peuvent être parfois spectaculaires (cris, agitation, etc.)
L'accès dure de quelques minutes à quelques heures.

La fin est marquée par une impression de fatigue et de soulagement.

2. Trouble panique

Il consiste en la répétition fréquente (crises hebdomadaires) et durable d'attaques de panique et/ou en la survenue d'une anxiété anticipatoire. L'anxiété anticipatoire peut apparaître après un nombre variable d'accès.

Il peut être associé ou non à une agoraphobie.

c. Diagnostic positif et différentiel

Le diagnostic positif est clinique. Il fait référence aux critères du DSMIV qui distinguent le trouble panique sans et avec agoraphobie (critère B) .

A. A la fois (1) et (2) :

1. Attaques de panique récurrentes et inattendues
2. Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois de l'un ou plus des symptômes suivants :
 - a. Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique
 - b. Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences
 - c. Changement de comportement important en relation avec les attaques
- B. Absence (présence) d'agoraphobie
- C. Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance.
- D. Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental.

Le diagnostic différentiel comprend :

- les affections somatiques s'accompagnant de manifestations anxieuses : infarctus du myocarde, OAP, embolie pulmonaire, pancréatite aiguë... Les hypoglycémies et hyperthyroïdie sont rapidement éliminées par le bilan clinique et paraclinique.
- Les recrudescences anxieuses des autres troubles névrotiques
- L'angoisse psychotique

d. Complications, évolution, pronostic

La comorbidité avec les autres troubles anxieux et en particulier une agoraphobie est importante (1/3 à 1/2 des sujets). L'évolution peut être également marquée par des syndromes dépressifs, des alcoolisations (15 % des sujets présentant des troubles anxieux) ou des toxicomanies médicamenteuses (benzodiazépines), des tentatives de suicide.

Après 6 à 10 ans de traitement, 30% des sujets sont asymptomatiques, 40% sont améliorés, 20 à 30% restent symptomatiques.

e. Traitement

.Le traitement est principalement ambulatoire.

Cf. page 110 Thérapeutique Pr SENON

2. Anxiété généralisée

Elle se définit par l'existence d'un fond permanent d'anxiété presque tous les jours et persistant plusieurs mois. L'anxiété est flottante.

a. Epidémiologie

La prévalence de l'anxiété généralisée serait de l'ordre de 9% sur la vie entière.

Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme avec un sexe ratio de 2,5.

L'âge d'apparition est l'enfance et l'adolescence pour la moitié des patients. Un début après 20 ans n'est pas inhabituel.

Le rôle prédisposant d'événements de vie dramatiques ou d'une perte parentale précoce est souligné.

Des traits de personnalité dépendant sont fréquemment retrouvés.

b. Aspects cliniques

L'anxiété généralisée s'exprime comme « la peur de la peur ». On y observe plusieurs types de symptômes :

- L'attente anxieuse d'une crise d'angoisse
- Des ruminations pessimistes, une dramatisation intempestive, une anticipation des malheurs à venir pour le patient et pour ses proches
- Une hyperesthésie sensorielle (intolérance aux bruits, des réactions de sursaut)

- Une tension motrice, un état d'hypervigilance
- Des troubles neurovégétatifs : tachycardie, sécheresse buccale, nausées, pollakiurie)
- Des troubles du sommeil et sexuels.

c. Diagnostic positif et différentiel

Le diagnostic positif est clinique. Les critères diagnostiques du DSMIV comprennent :

- A. Anxiété et soucis excessifs survenant durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités.
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à 3 ou plus des 6 symptômes suivants :
 1. Agitation ou sensation d'être survolté
 2. fatigabilité
 3. difficultés de concentration
 4. irritabilité
 5. tension musculaire
 6. perturbation du sommeil
- D. L'objet de l'anxiété n'est pas limité aux manifestations d'un des autres troubles anxieux
- E. L'anxiété entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance.

Le diagnostic différentiel est identique à celui du trouble panique.

d. Complications, évolution, pronostic

Un comorbidité est retrouvée avec les autres troubles anxieux, la dépression (37% des cas) et autres troubles de l'humeur. Des alcoolisations (10%), des épisodes de dépendance ou d'abus de psychotropes, d'autres affections liées au stress (colon irritable, céphalées etc..) peuvent également jalonner l'évolution.

L'évolution est en général chronique, aggravée par les périodes de stress. La dépendance affective avec besoin de réassurance est fréquente.

e. Traitement

cf. page 112 Pr SENON

IV. LES TROUBLES PHOBQUES

« Quand on décide que la meilleure solution possibles est d'éviter, on se retrouve dans un cercle vicieux qui ne manque pas d'intérêt ». P. Watzawick.

1. Définitions

La phobie correspond à une anxiété déclenchée par un objet, une situation ou une personne n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux et conduisant à un comportement d'évitement de ceux-ci. Elle disparaît en dehors de l'objet, de la situation ou de la personne. Ainsi, une situation dite « phobogène » ne présente pas de caractère objectivement dangereux.

Les troubles phobiques correspondent donc à un état morbide dont la phobie constitue le symptôme prévalent et où les conduites d'évitement représentent les modes d'aménagement privilégiés de l'angoisse.

Dans les nouvelles classifications, les troubles phobiques sont séparés en trois groupes :

- l'agoraphobie
- la phobie sociale

- les phobies simples

On distingue deux théories étiopathogéniques principales :

- la théorie psychanalytique

Freud exprime clairement l'origine sexuelle de l'angoisse issue d'un conflit oedipien (angoisse de castration). Dans la phobie, cette angoisse est doublement déviée par des mécanismes de défense inconscients (la projection et le déplacement) sur un objet ou sur une situation phobogène. Le symptôme phobique est considéré comme revêtu d'une signification symbolique qui le rattache aux représentations inconscientes qui doivent être maintenues refoulées.

- les théories comportementales :

Elles ramènent l'ensemble des phobies à des phénomènes de conditionnement. Un stimulus neutre peut, s'il est associé à une expérience pénible d'une intensité suffisante, acquérir le pouvoir de provoquer à lui seul l'émotion désagréable initiale (conditionnement classique). A partir d'un tel conditionnement, une généralisation peut se produire à l'égard des stimuli semblables. Les conduites d'évitement pour lutter contre la reproduction de phénomènes pénibles (et donc de l'anxiété) vont avoir un effet de renforcement (c'est le conditionnement opérant). L'obtention supplémentaire de bénéfices secondaires comme la présence d'une personne jouant un rôle contraphobique va également constituer un facteur de renforcement des phobies.

2. Clinique

a. Caractéristiques générales d'un symptôme phobique

Ces caractéristiques sont communes à toutes les phobies d'origine névrotique. Les symptômes phobiques s'observent cependant en dehors des névroses phobiques.

Il s'agit de crises d'angoisse uniquement suscitées par la présence réelle d'un l'objet ou d'une situation ne présentant pas objectivement de caractère dangereux ;

Le patient a conscience du caractère morbide du trouble

Il réalise des conduites visant à éviter l'angoisse :

- conduites d'évitement de l'objet ou de la situation phobogène
- conduites de réassurance à l'aide de personnes ou d'objet « contraphobiques » permettant, en leur présence, d'affronter la situation phobique sans angoisse ;
- conduites de fuite en avant, donnant lieu à un affrontement délibéré du danger redouté, à une attitude de bravade, de défi.

b. Agoraphobie

Elle débute entre 16 et 35 ans.

Elle prédomine chez la femme (80%).

La prévalence est comprise ente 8 et 20% en population générale.

Certains facteurs comme l'existence d'une forte angoisse de séparation pendant l'enfance ou de terreurs nocturnes prédisposeraient à son apparition.

On retrouve parfois des facteurs précipitants dans l'année d'éclosion du trouble : une rupture sentimentale, une séparation, une maladie ou la perte d'un proche, un accident, une affection médicale personnelle.

L'agoraphobie est définie par une phobie dans des situations précises :

- départ du domicile
- rue, lieu élevé

- lieux publics, centres commerciaux, cinémas, théâtre
- transports en communs

Le retentissement social peut être important jusqu'au confinement au domicile. L'agoraphobe réduit d'autant plus ses activités que ses peurs envahissent son existence.

On retrouve dans certaines agoraphobies des symptômes de phobie sociale.

Des symptômes non phobiques sont souvent observés conjointement : crises d'angoisse, attaques de panique, périodes dépressives, symptômes obsessionnels (rituels)

L'intensité des phobies et des conduites d'évitement est variable chez un même sujet au cours du temps.

L'évolution est variable, souvent marquée par des périodes de rémission, entrecoupées de crises d'angoisse. Il peut exister des résolutions spontanées. Une guérison est d'autant moins probable que le trouble est installé depuis longtemps.

c. Phobie sociale

L'âge d'apparition est précoce 15 à 21 ans.

Contrairement aux autres troubles anxieux, le sexe ratio est égal à 1.

La prévalence varie entre 2 et 16% selon le seuil retenu.

La demande d'aide est tardive : après 7 à 20 ans d'évolution.

Elle est définie comme la peur de se retrouver dans une situation où l'on se trouve exposé à l'attention particulière d'autrui et la peur d'agir, en conséquence de façon humiliante ou embarrassante. L'angoisse est liée au regard d'autrui et repose sur la crainte d'être jugé ou évalué de façon négative.

On regroupe dans les phobies sociales la peur en public de :

- de parler ou écrire
- de répondre à des questions
- de passer des examens
- d'utiliser des toilettes publiques
- de manger, vomir ou ne plus avaler
- de transpirer
- de trembler, de rougir....

Le sujet redoute toute situation où il risque d'être soumis à la critique. Son autodépréciation spontanée est constante. Cette peur peut gêner les performances du sujet dans la situation redoutée venant justifier en apparence et dans un deuxième temps les craintes antérieures.

Elles entraînent tout un cortège de stratégies d'évitement des situations redoutées et à l'extrême une agoraphobie.

Les mêmes complications que dans l'agoraphobie sont à craindre ; les tentatives de suicide seraient plus fréquentes.

L'évolution est plus continue que l'agoraphobie, les rémissions plus rares et le handicap important.

L'évolution est habituellement sans rémission en l'absence de traitement.

d. Phobies simples

Elles débutent entre 8 et 11 ans.

La prévalence est difficile à estimer en population générale mais elle atteindrait 8%.

La phobie simple est la peur isolée d'une seule situation ou d'un seul objet très spécifique à l'exclusion de la peur d'avoir une crise d'angoisse et de la peur des situations sociales.

Elles regroupent la crainte isolée :

- du sang, des soins dentaires, de certains actes médicaux
- des animaux (les plus fréquentes)
- des hauteurs, des espaces clos
- des voyages en avion, en bateau
- de l'orage
- d'objets inanimés (couteaux, fourchettes)

Les phobies simples ne sont pas accompagnées de crises d'angoisse spontanée, d'état anxieux ou de pensées obsessionnelles.

La peur du sang et des soins dentaires sont aussi très fréquentes et parfois avec des conséquences gravissimes. Le handicap sinon est le plus souvent limité.

3. Formes cliniques

a. Association à d'autres névroses

Des symptômes phobiques peuvent être observés dans une névrose hystérique, obsessionnelle, d'angoisse

b. Association à des pathologies non névrotiques

Des symptômes phobiques peuvent s'observer au cours de l'évolution d'une psychose ou d'une mélancolie.

4. Diagnostic positif et différentiel

Le diagnostic positif est clinique. Il s'appuie sur les critères du DSMIV.

Le diagnostic différentiel comprend :

- le diagnostic différentiel du symptôme qui à distinguer des :
 - phobies d'impulsion (absence d'élément de réalité déclenchant l'angoisse)
 - nosophobie (la crainte existe de façon quasi permanente)
- le diagnostic différentiel du trouble qui est à distinguer de :
 - TOC, Hystérie
 - dépression anxieuse
 - schizophrénie pseudo-névrotique
 - psychosyndrome organique

5. Evolution

La survenue de périodes dépressives, de conduites addictives alcooliques ou médicamenteuses est à craindre.

Le retentissement social, professionnel, affectif peut entraver gravement la vie du sujet. Le retentissement relationnel peut entraîner un rejet progressif du patient par le biais des personnes contraphobiques. La relation de dépendance peut, en autres, avoir des conséquences importantes sur le couple.

6. Traitement

La plupart du temps, il associe une prise en charge psychothérapique et chimiothérapie notamment en ce qui concerne l'agoraphobie et les phobies sociales

a. Agoraphobie

Thérapeutique Pr Senon p.114

b. Phobie sociale

Thérapeutique Pr Senon p113

On privilégie assez souvent une approche comportementale première suivie d'une thérapie d'inspiration analytique.

V. LES TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

1. Historique, définition

« En combattant son hostilité inconsciente, l'obsédé tend à être un personnage agréable dans tous ses rapports et d'une façon générale ». Fénichel

L'étymologie du terme obsession vient du latin « obsessio » : siège, action d'assiéger. Dans l'obsession, la pensée est assiégée par des idées (les idées obsédantes) et va tenter de s'en défendre par des actions (les rituels).

Dès le début du XIX^e siècle, les aliénistes décrivent les phénomènes obsessionnels sous des termes variés : monomanie raisonnante d'Esquirol (1838), « folie du doute » de Falret, « délire du toucher » de Legrand du Saulle (1875). En 1903, Janet, donne un rôle capital à la « baisse de la tension psychologique » pour expliquer les traits psychasthéniques. Freud de 1895 à 1926 élabore progressivement une clinique et une théorie de la névrose obsessionnelle. Les notions d'angoisse et de conflits inconscients y sont centrales.

Dans les classifications internationales actuelles, la névrose obsessionnelle disparaît au profit du trouble obsessionnel compulsif d'une part et de la personnalité obsessionnelle-compulsive d'autre part.

2. Epidémiologie

Longtemps sous-estimée, la prévalence des TOC serait de 2 à 3 % sur la vie entière. Le sexe ratio est voisin de 1.

L'âge d'apparition est habituellement l'enfance et l'adolescence (65% avant 25 ans et 31% de compulsions ou obsessions entre 10 et 15 ans) avec âge de consultation tardif.

Dans la majorité des cas, le début est progressif.

Les catégories socioprofessionnelles élevées seraient les plus touchées.

Des événements de vie particuliers favoriseraient leur apparition.

Une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux favoriseraient l'expression des TOC.

3. Clinique

Le TOC se définit comme l'association de deux manifestations essentielles : les obsessions et les compulsions.

a. Domaine de la pensée : les obsessions

Les obsessions sont des idées, des affects ou des images qui surviennent de façon parasite dans la pensée. Elles s'imposent de façon répétée et involontaire à la conscience du sujet qui reconnaît cette pensée comme sienne malgré son caractère absurde, pathologique, égodystonique.

La lutte anxieuse contre de telles idées tend à envahir l'activité mentale. Le sujet est alors assailli de doutes, de pensées magiques, de ruminations et de rituels plus ou moins invalidants.

Les obsessions peuvent être la conséquence :

- d'une idée, d'une image : obsessions idéatives
- d'une peur permanente d'une maladie, d'une contamination : obsessions phobiques
- d'une peur de commettre un acte répréhensible, absurde, agressif : obsessions impulsives.

1. Thèmes

- moral : « folie du doute », « maladie des scrupules »
- religieux, métaphysique : Dieu, la vie, la mort
- ordre, symétrie, précision
- pureté, protection corporelle contre les contaminations « délire du toucher »
- sexualité
- agressivité : peur d'être agressif envers lui ou les autres
- écoulement du temps

2. Obsessions idéatives

Elles sont représentées par l'intrusion répétitive d'idées (morales, religieuses etc..), de mots ou d'images mentales obscènes, dégoûtantes, absurdes. Elles entraînent dans la vie du patient des ruminations sans fin, des scrupules perfectionnistes, une vie uniquement imaginaire.

« La folie du doute » entraîne le patient à douter de la responsabilité de ses actes ou des ses idées passées, présentes, à venir. Le plus souvent de tels actes auraient pour le patient des conséquences irréparables.

3. Obsessions phobiques

Elles concernent des peurs en rapport avec la crainte imaginaire d'une maladie (SDA, cancer etc..), d'une souillure, ou d'une contamination (pollution, microbes etc..). La peur est présente même en dehors de la présence d l'objet (# névrose phobique). Les conduites d'évitement sont peu efficaces : « délire du toucher », évitement de la présence de personnes malades etc..

4. Obsessions impulsives (phobie d'impulsion)

Il s'agit de la peur de commettre contre sa volonté un acte absurde, ridicule, sacrilège, immoral, voire agressif ou criminel.

Il n'y a pas de passage à l'acte, le sujet lutte contre son idée de façon anxieuse et pénible et avec une grande culpabilité. Parfois, cette lutte débouche sur un rituel conjuratoire ou sur une ébauche symbolique de l'acte sans entraîner pour lui ou son entourage de danger. (ex : enjamber la rembarde de la fenêtre dans le cadre d'une obsession phobique de se jeter dans le vide).

b. Domaine des actes : les compulsions et les rituels

Les compulsions et les rituels ont les mêmes caractéristiques que les obsessions à la différence qu'il s'agit d'actes que le sujet se sent obligé d'accomplir. On retrouve le caractère absurde, ridicule, voire immoral de l'acte que le sujet s'oblige à exécuter. Mais, l'acte n'a pas le même caractère dangereux ou transgressif pour le sujet ou l'entourage.

1. Compulsions

Ce sont des actes répétitifs qui s'imposent au sujet et qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir. Il s'agit souvent de séquences d'actes élémentaires dont le déroulement et la répétition sont codifiés. Si la séquence n'est pas respectée, le rituel est invalidé, les actes étant répétés jusqu'à exécution parfaite.

Les thèmes des compulsions sont identiques à ceux des obsessions.

La lutte anxieuse contre ces actes n'a pas la même intensité et le patient est en partie soulagé par l'acte. En revanche, s'il ne peut l'accomplir, il ressent une grande angoisse. Les compulsions sont souvent secondaires aux idées obsédantes.

2. Rituels et vérifications

Ce sont des formes plus élaborées d'actes compulsifs.

Le contraste est frappant entre l'importance que revêtent ces actions pour le sujet, le cérémonial qui leur est attaché et la banalité des actions. Les rituels sont la conséquence d'actes élémentaires portant sur les actions quotidiennes que le sujet s'oblige à effectuer : habillage, toilette, défécation, coucher etc.. Les rituels peuvent être uniquement intériorisés, intimes : arithmomanie, récitations de listes de mots (onomathomanie) etc.. Mais ils sont le plus souvent extériorisés : lavage, rangement, toilette etc..

Les vérifications ont pour but de contrôler la réalisation ou l'absence de réalisation d'un acte élémentaire : avoir fermé le gaz, la porte de la maison ou de la voiture, et pas laisser de trace de son passage, etc..

Les rituels et les vérifications sont souvent mis en place pour lutter contre l'emprise des obsessions. Certains rituels ont une valeur quasi-magique pour le patient. L'entourage peut être mis à contribution pour réaliser les rituels. Le sujet présente à leur égard une attitude tyrannique, lorsque l'entourage tente de se dérober.

c. Personnalité sous-jacente

Les symptômes obsessionnels surviennent souvent chez un sujet présentant des troubles de la personnalité. Il ne s'agit pas toujours d'un des types de personnalité pathologique classiquement associés à la névrose obsessionnelle. Ces personnalités sont :

- la personnalité psychasthénique (P. Janet) : tendance aux scrupules, aux doutes entraînant une incapacité à agir. Le sujet présente des hésitations, des crises de conscience, des ruminations

mentales et une introspection anxieuse associée un sentiment douloureux d'incomplétude. On note de plus une inhibition affective entraînant une hyposexualité

- la personnalité obsessionnelle compulsive : perfectionnisme, attachement aux détails, besoin de soumission d'autrui, absence de délégation du travail, dévotion pour la productivité, le rendement au détriment des relations et des loisirs, indécision par ruminations excessives, scrupulosité, rigidité morale, retenue émotionnelle, absence de dons désintéressés, incapacité à jeter les objets usés.

- Le caractère dit anal (Freud): ordre, parcimonie proche de l'avarice, entêtement

- la personnalité anankastique (Schneider): soumission à des contraintes de toutes sortes en réponse à des inquiétudes (crainte d'être insuffisant, d'avoir mal fait ...)

En pratique, les traits de ces différents types de personnalité peuvent être diversement associés. L'existence de l'obsessionnel est dominée par l'aspect défensif de sa personnalité et par un constant besoin de maîtrise.

4. Diagnostic positif et différentiel

Le diagnostic positif est clinique. Il s'appuie sur les critères définis par le DSM-IV.A. A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions. Obsessions définies par:

1. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes ressenties comme intrusives et inappropriées et entraînant une anxiété ou une détresse importante.
2. Les pensées, les impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

3. Le sujet fait des efforts pour ignorer et réprimer ces pensées ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations proviennent de sa propre activité mentale.

Compulsions définies par :

1. comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé d'accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

2. Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés.

B. A un moment au cours de l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions et les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments de détresse, d'une perte de temps considérable ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet.

D. Si un autre trouble anxieux est présent, le thème des obsessions ou compulsions n'est pas limité à ce dernier.

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance.

Le diagnostic différentiel est le diagnostic différentiel :

- du symptôme :

- idée fixe, mentisme
- phobie
- hypochondrie
- impulsion
- idées délirantes
- épilepsie

- de la névrose obsessionnelle :

- affection organique
- dépression
- manie

- schizophrénie pseudo névrotique

5. Complications, évolution, pronostic

La comorbidité avec les autres troubles anxieux est fréquente, de même qu'avec les états dépressifs, l'alcoolisme, troubles des conduites alimentaires, l'automédication.

L'association au syndrome de Gilles de la Tourette est retrouvée dans 35 à 50% des cas. A l'inverse, l'incidence du syndrome de Gilles de la Tourette est faible dans le trouble obsessionnel compulsif : 5 à 7%

L'évolution est sévère, il n'y a pas de guérison spontanée. Elle évolue de façon intermittente, émaillée de crises et d'effondrements dépressifs. La vie professionnelle, sociale et affective est souvent entravée. Le but parfois atteint est une ritualisation de toute la vie.

On retrouve 1/3 de formes mineures, 1/3 de formes graves très invalidantes, 1/3 de formes moyennes (poussées suivies de rémissions avec souvent extension progressive vers des obsessions/compulsions).

6. Hypothèses étiopathogéniques

a. Théories psychanalytiques

La théorie freudienne considère que la névrose obsessionnelle correspond à une régression au stade sadique anal. De façon générale, les symptômes névrotiques seraient un compromis entre le ça et le surmoi. Pour faire face aux pulsions libidinales issues du ça, le moi de l'obsessionnel utiliserait divers mécanismes de défense ne comportant pas en eux-mêmes de caractère pathologique mais constituant des modes d'organisation psychique prévalants. Pour Freud, la névrose obsessionnelle est caractéristique par :

- ses mécanismes de défense : primaires (formations réactionnelles, déplacement, isolation) et secondaires (annulation, rituels, conjurations, doutes, vérifications, érotisation de la pensée)
- sa régression pulsionnelle au stade sadique-anal
- sa relation ambivalente aux objets
- la prohibition du contact avec l'objet de désir

Les défenses élaborées sont autant de preuves de l'échec du refoulement total du conflit pulsionnel primaire. A la différence de l'hystérique qui investit le corps, l'obsessionnel investit la pensée comme terrain électif de plaisir, de souffrance, de conflits entre désirs et interdits.

b. Théories comportementales

Les modèles comportementaux d'acquisition et d'entretien des TOC proviennent de phénomènes de conditionnement :

- conditionnement classique : l'anxiété est conditionnée par un événement environnemental spécifique
- conditionnement opérant : l'élaboration et la répétition des compulsions vont permettre de diminuer l'anxiété anticipatoire, le processus obsessionnel compulsif apparaît alors

L'apprentissage de la réduction rapide de l'anxiété représente un renforcement positif qui maintient les obsessions et les compulsions.

c. Hypothèses neurobiologiques

Le métabolisme sérotoninergique serait particulièrement concerné. Il interviendrait notamment dans l'incapacité à différer dont souffrent les obsessionnels.

VI. L'HYSTERIE

« Que veut l'hystérique ? Un amour où il resterait toujours quelque chose à conquérir, à découvrir.(...)Un objet d'amour qui ne soit pas objet de besoin mais objet de désir, qui laisse toujours quelque chose à désirer c'est à dire permettre à la vie de rester vivante. » L. Israël

1. Historique, définitions

L'hystérie est une des pathologies psychiatrique qui a suscité le plus de controverses. L'histoire de l'hystérie se confond avec celle de la médecine. Des papyrus de 1900 avant J.C. décrivent les premiers symptômes hystériques. En 400 avant J.C., Hippocrate estime que les symptômes hystériques sont dus à la migration de l'utérus à travers le corps jusqu'au cerveau. Galien en 200 avant J.C. « fixe » l'utérus et admet l'hystérie chez l'homme. La confusion entre les causes et les conséquences sexuelles de l'hystérie se confondent jusqu'au XIX^e siècle. Charcot tente d'appliquer le modèle neurologique à l'hystérie sans succès. Mais il montre que les troubles sont sensibles à la suggestion hypnotique. Freud décèle l'origine inconsciente du conflit ayant donné naissance au symptôme hystérique. Grâce à l'analyse du discours de l'hystérique, il formule les principaux concepts de la psychanalyse. Il met l'accent sur la nature sexuelle de la scène traumatique déclenchante, scène réelle ou fantasmatique.

Jacques Lacan souligne combien se reflète dans le comportement de l'hystérique l'organisation du désir : le désir d'un désir insatisfait.

Les classifications américaines ont opéré ces dernières années un découpage nosographique de la névrose hystérique. Elle s'est vue redistribuée en plusieurs sous-groupes dont les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs.

Au plan clinique, **l'hystérie peut être définie** comme l'association à divers degrés :

- De symptômes de conversion : symptômes d'apparence organique, le plus souvent neurologiques et touchant la vie de relation
- De symptômes généraux : intense demande affective, hyperexpressivité des affects, vie imaginaire intense, grande suggestibilité
- éventuellement de symptômes de dissociation hystérique : amnésie, fugue, dépersonnalisation
- de bénéfices secondaires
- de critères de structure : le mécanisme de défense prévalent est le refoulement visant à lutter contre la culpabilité oedipienne
- d'une relation au médecin particulière : revendication ou soumission

L'approche psychanalytique voit dans la problématique hystérique un échec de la résolution du complexe d'œdipe et une forme particulière d'aménagement de l'angoisse de castration liée au caractère incestueux des désirs sexuels. Les symptômes de conversion hystérique réalisent alors sur la scène du corps les fantasmes de castration inconscients associés aux représentations inacceptables pour le moi conscient. Les parties du corps choisies pour exprimer un tel fantasme sont dotées, pour un sujet donné d'un pouvoir métaphorique. Un mécanisme d'identification est souvent à l'œuvre dans le symptôme de conversion .

2. Clinique

Les premières manifestations apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte

La prévalence est féminine

a. **Personnalité hystérique**

La présence d'une personnalité hystérique existe souvent isolément en dehors de tout symptôme hystérique.

1. **Histrionisme, théâtralisme**

Il s'agit du souci d'attirer le regard et l'attention. Le sujet se présente de façon théâtrale, dramatique ; son vocabulaire est volontiers emphatique, manque de naturel. L'hystérique modifie son rôle selon l'auditoire, le temps, les circonstances, les désirs de l'autre.

2. **Hyperréactivité émotionnelle :**

- Hyperexpressivité des affects : le sujet s'attache ou se détache des objets avec un manque de mesure. Son affectivité est versatile mais non simulée et les sentiments vécus avec intensité.

- Troubles caractériels : l'hystérique est souvent irritable, capricieuse, impulsive, incapable de prendre de la distance avec les éléments frustrants de sa vie.

- Humeur labile et changeante : faite de décharges émotionnelles et d'égocentrisme

3. **Dépendance affective**

Soit l'hystérique est active et à la recherche d'une valorisation dans des tâches altruistes, soit elle est passive, immature, infantile. Son attitude est le plus souvent alors effacée, inhibée, les investissements pauvres et la sexualité inexistante.

4. **Troubles sexuels**

Il existe soit dégoût et une crainte de la sexualité, soit une hypersexualité apparente ; le collectionnisme des partenaires masque l'inhibition ou le refus de la sexualité. En parallèle, on note une érotisation des rapports sociaux. Une frigidité est souvent retrouvée.

b. **Caractéristiques communes aux symptômes hystériques**

Les bénéfices primaires représentent l'annulation ou baisse de la tension anxieuse en lien avec le conflit inconscient suscitant la « belle indifférence aux troubles »

Les bénéfices secondaires représentent les bénéfices conscients ou inconscients sur l'entourage et la société

La variabilité de l'évolutivité du symptôme : le symptôme est accessible à la suggestion, à l'hypnose, se modifie selon l'environnement avec une tendance mimétique

Le symptôme est **réversible**

Il ne s'agit **pas de simulation**, le trouble n'est pas sous le contrôle volontaire du sujet

Il n'existe **pas de support organique**

c. **Symptômes de conversion hystérique**

1. **Manifestations aiguës**

- Crises d'agitation psychomotrices avec décharge émotionnelle théâtrale « grande crise à la Charcot »
- Crises de spasmophilie ou tétaniformes

- Crises syncopales
- Crises d'allure convulsive différenciée des « vraies » crises par :
 - déclenchement réactionnel, émotionnel
 - expressivité théâtrale des mouvements
 - absence de perte de connaissance, dialogue possible et suggestion
 - absence de morsure de langue, de perte d'urine, de convulsions tonico-cloniques des

4 membres

- absence de confusion post-critique
- EEG normal
- Crises extrapyramidales : hoquets, bâillement, éternuements, crises de rire ou pleurs, tremblements, mouvements choreiformes
- Accès léthargiques mais l'occlusion des paupières est forcée
- Accès cataleptiques : rares suspensions totales de l'activité motrice

2. Manifestations durables

Ce sont des atteintes fonctionnelles partielles ou totales des organes de la vie de relation (motricité, sensibilité, sensorialité, neurovégétativité)

• Troubles de la motricité

- paralysies systématiques ou fonctionnelles, atteinte d'un groupe de mouvement relevant de la même fonction, astasie-abasie
- paralysies localisées d'un membre ou d'un segment de membre
- paralysies généralisées, hémiplésies ou paraplégies
- contractures localisées ou généralisées d'un groupe musculaire fonctionnel : torticolis, crises oculogyres, grosseur nerveuse, plicature du tronc etc..

• Troubles de la sensibilité

- Anesthésies, isolées ou associées aux paralysies, profondes ou superficielles
- Hyperesthésies aux points hystérogènes de Charcot : points ovariens, sous-mammaires, sommet du vertex
- Algies fréquentes avec une impotence fonctionnelle disproportionnée : céphalées, rachialgies, arthralgies, douleurs pelviennes ou abdominales etc... La nature hystérique ne peut être affirmée qu'après un bilan physique négatif.

• Troubles sensoriels

Elles touchent les organes :

- de la vision : brouillard, cécité, diplopie, scotome etc..
- de l'audition : surdité
- de l'olfaction : anosmie

• Troubles neurovégétatifs

Surtout des spasmes des muscles lisses :

- spasmes digestifs : dysphagie, nausées, vomissements etc..
- spasmes coliques : constipation diarrhée etc..
- spasmes respiratoires : toux, dyspnée
- spasmes des voies urinaires et génitales : rétention d'urine, pollakiurie, vaginisme, dyspareunie..

dyspareunie..

Certains troubles vasomoteurs sont possibles : crises d'urticaire, oedème de Quincke, spasmes vasculaires, cyanose etc..

d. Symptômes d'expression psychique

1. Manifestations dissociatives hystériques

Le terme de dissociation est utilisé pour expliquer le clivage de la conscience où il existe d'un côté la personnalité du sujet, de l'autre, un état de conscience altéré de façon transitoire ou durable.

- **Troubles mnésiques psychogènes**

Amnésies lacunaires ou sélectives avec oubli du passé plus rarement de l'identité

Après une situation de conflit, elles jouent un rôle essentiel dans la pathologie hystérique. Elles entraînent souvent un état d'errance (fugues amnésiques). Ces périodes d'amnésie sont parfois compensées par des illusions de mémoire ou des fabulations.

- **Troubles de la conscience**

Ce sont les états crépusculaires, somnambuliques et seconds.

Etats crépusculaires : états d'affaiblissement de la conscience où le sujet méconnaît la réalité dans une ambiance de dépersonnalisation. Parfois production d'images oniroïdes, hallucinatoires.

Etats somnambuliques : le sujet agit selon une scène imaginaire.

Etats seconds : états transitoires de transe, d'extase mystique ou politique

2. Affections mentales

Les pseudo-dépressions réalisent des la symptomatologie psychique mais sans les symptômes somatiques.

Les délires hystériques sont surtout oniriques

La pseudo-démence hystérique comporte une symptomatologie atypique

3. Diagnostic positif

Un examen clinique complet et un strict bilan paraclinique suffisent à confirmer le diagnostic. Les arguments cliniques sont :

- Une symptomatologie hystérique caractéristique
- personnalité hystérique sous-jacente histrionique ou passive-dépendante
- troubles de la sexualité en rapport avec la personnalité
- relation de compréhension entre les troubles présentés et le contexte psychologique
- relation particulière aux médecins et aux soins
- bilan somatique normal

4. Diagnostic différentiel

Il se fait avec :

- les pathologies organiques et psychosomatiques
- les symptômes hypochondriaques (pas de belle indifférence, pas de caractère symbolique évident etc..)
- la simulation utilisée de façon consciente
- les pathomimies, maladies auto induites avec inlassable recherche de soins
- certaines pathologies psychiatriques : BDA, schizophrénie pseudo-hystérique, dépression, réactions névrotiques transitoires, syndrome démentiel

5. Complications, évolution, pronostic

L'évolution est en relation avec les circonstances de la vie et liée aux bénéfices affectifs trouvés dans le milieu de vie.

Des bénéfices secondaires importants, une trop grande tolérance, voire une complicité de l'entourage contribuent au maintien du symptôme.

Les complications évolutives sont :

- extension du symptôme de conversion, chronicité
- handicap chronique sur tous les plans : affectif, familial, professionnel, social
- apparition d'autres symptômes névrotiques : phobiques, obsessionnels, hypochondriaques
- aggravation de traits de personnalité
- complications iatrogènes médicales et chirurgicales
- conduites suicidaires alcooliques, toxicomaniaques
- épisodes dépressifs

6. Traitement

Reconnaître son incapacité là où l'hystérique invoque un savoir médical tout puissant est parfois le début d'un dialogue, d'une approche des conflits interdits de paroles. Ce savoir seul le sujet le possède et le rôle des soignants est de lui restituer.

En raison de l'importante suggestibilité des patients, il ne faut ni induire, ni renforcer les symptômes par des allusions, des remarques, des attitudes. Le discours doit tenter de dévaloriser la maladie, d'hypervaloriser la guérison.

L'hospitalisation peut être parfois le recours pour une mise à distance de la famille.

Il faut connaître la possibilité d'une guérison spontanée en dehors de toute intervention thérapeutique

a. Devant un accident de conversion

Tenter de comprendre la signification et la fonction du symptôme, l'intensité et l'ancienneté du conflit, la personnalité sous-jacente

On favorise l'isolement, l'éloignement de l'entourage et la limitation des effets secondaires

On utilise la persuasion calme et la suggestion

L'hypnose peut être utilisée

b. au long cours

L'approche psychothérapique est centrale et essentielles. Plusieurs techniques peuvent être proposées, principalement d'inspiration analytique.

Les psychothérapies à médiation corporelle peuvent également trouver place dans le dispositif de soins. Cette approche ne doit cependant pas se faire aux dépens de l'approche verbale.

L'utilisation de l'hypnose es devenue rare.

Les traitements chimiothérapiques ne sont proposés qu'en cas de décompensation franche.

L'hospitalisation si elle est nécessaire doit être la plus brève possible avec isolement pour réduire les bénéfices secondaires.

VI. ETATS DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

1. Définition

Survenant à la suite d'une expérience traumatisante d'une exceptionnelle intensité (avec ou sans état de stress aigu), le syndrome psychotraumatique est un état organisé et durable soulevant parfois des difficultés diagnostiques, thérapeutiques et d'indemnisation.

2. Epidémiologie

La prévalence est de 1% dans la population générale ; elle est beaucoup plus élevée dans des populations spécifiques (déportés etc..) (1 à 14% selon les études mais jusqu'à 58% dans les populations à risques)

Il serait plus fréquent chez les femmes, la prédominance féminine est en partie expliquée par la plus grande exposition des femmes à certains traumatismes (viols etc..)

On retrouve des taux élevés dans les populations récemment immigrées de zones d'instabilité sociale ou conflits civils.

La sévérité, la durée, la proximité de l'exposition du sujet à l'événement sont les facteurs les plus importants dont dépend la probabilité du sujet à développer ce trouble. Les soutiens familiaux, les antécédents familiaux, les expériences durant l'enfance, les variables de personnalité et les troubles mentaux préexistants peuvent influencer le développement.

3. Clinique

Le tableau clinique apparaît parfois après un **temps de latence** variable, à la suite du traumatisme.

Il comprend :

- des **symptômes spécifiques** appelés syndrome de répétition :
 - des cauchemars récidivants
 - des reviviscences traumatiques ou flash back, souvenirs hallucinatoires
 - conduites défensives en lien avec le traumatisme, des décharges émotionnelles
 - des ruminations diurnes obsédantes
 - des réactions de sursaut avec hypersensibilité aux stimuli
- des **symptômes non spécifiques**
 - crises d'angoisse, une anxiété permanente
 - symptômes dépressifs avec tristesse de l'humeur, asthénie, anhédonie, détachement par rapport à l'entourage, parfois culpabilité (syndrome des survivants)
 - symptômes hystériques, phobiques, rarement obsessionnels
- des remaniements de la personnalité
 - des attitudes régressives avec dépendance affective, attitudes passives et infantiles, des revendications caractérielles de réparation et de considération.

La personnalité pré-morbide peut être normale ou pathologique.

4. Diagnostic positif et différentiel

Le diagnostic positif est clinique. Il s'appuie sur les critères du DSMIV

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel deux des éléments suivants étaient présents :

1. le sujet a vécu, a été témoin d'événements pendant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou bien durant lequel on intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
2. La réaction du sujet s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance et d'horreur.

B. L'événement traumatique est constamment revécu :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions
2. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse
3. Impressions ou agissements soudains comme si l'événement allait se reproduire
4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause
5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer l'événement traumatique.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme comme en témoignent au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments, les conversations liés au traumatisme
2. efforts pour éviter les activités, endroits, gens éveillant des souvenirs
3. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
4. réduction de l'intérêt pour les activités importantes
5. sentiment de détachement d'autrui
6. restriction des affects
7. sentiment d'avenir bouché

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activité neurovégétative avec au moins deux des manifestations suivantes

1. Difficultés d'endormissement
2. irritabilité
3. difficultés de concentration
4. hyper vigilance
5. réaction de sursaut

E. La perturbation dure depuis plus d'un mois

F. Elle entraîne une souffrance cliniquement significative.

Le diagnostic différentiel comprend :

- les autres états névrotiques pour un trouble dépressif
- les syndromes post-commotionnels apparaissant après un traumatisme crânien.
- Les états situationnels et réactionnels d'expression névrotique : l'événement à l'origine des troubles est mineur, il existe souvent une personnalité pathologique.

5. Aspects étiopathogéniques

L'étiologie du syndrome est rapportée à un événement traumatique extérieur au sujet. Il n'est pas lié à des conflits intra-psychiques organisés lors du développement comme c'est le cas dans les névroses. La notion de traumatisme sous-tend l'effraction et le débordement des défenses du sujet dans le contexte de surprise lié au choc. Il marque un arrêt dans le cours de l'existence et souvent un effondrement brutal du sentiment propre d'invulnérabilité.

6. Complications, évolution, pronostic

L'association avec des antécédents psychiatriques est fréquente (62%), de même qu'avec des troubles des conduites, anorexie, boulimie, alcoolisme, toxicomanies. L'évolution peut également se faire vers des revendications sinistres.

L'évolution est chronique. 47% des symptômes persistent au-delà de 12 mois d'évolution

L'intensité des symptômes est souvent corrélée à l'intensité du traumatisme subi, mais à l'inverse, une symptomatologie très marquée peut être en lien avec un traumatisme d'allure mineur.

6. Traitement

Sa précocité est un gage de bonne évolution.

a. Chimiothérapies

Leur utilisation est soit purement symptomatique soit à visée étiologique.

1. Les antidépresseurs

les antidépresseurs tricycliques :leur utilisation est possible, les produits les plus couramment utilisés étant l'amitriptyline et l'imipramine.. Les posologies initiales sont identiques à celles des traitements antidépresseurs classiques.

les sérotoninergiques : Alors que les autres antidépresseurs agissent principalement sur le syndrome de répétition, les sérotoninergiques (fluoxétine, fluvoxamine , sertraline) trouverait une indication privilégiée Puisqu'ils agiraient également sur les symptômes de retrait et d'émoussement . Leurs effets indésirables sont de plus réduits ce qui a généralisé leur utilisation aux doses classiquement utilisées en traitement d'attaque des états dépressifs.

2.Les anxiolytiques

Il existe avec ces produits des problèmes de dépendance dans cette indication et des difficultés de sevrage en rapport avec des réactions paradoxales Une mention particulière doit être faite à l'alprazolam. La prescription apparaît bénéfique quand elle reste pour une durée limitée.

Le propranolol peuvent présenter une alternative intéressante, ce dernier ayant démontré une action en particulier sur les troubles du sommeil .

Toutefois, si l'utilisation des psychotropes semble présenter un intérêt indéniable et est orientée de façon première par les aspects symptomatiques prévalants, elle ne peut résumer la prise en charge.

b. Psychothérapies

1.Les thérapies comportementales

Elles représentent une indication de choix et peuvent se regrouper en deux axes: les *techniques d'exposition* et les *techniques de gestion de l'anxiété*.

2.Psychothérapies expressives

- L'hypnose

Son utilisation est ancienne , elle vise à mettre à jour et à faire disparaître les souvenirs traumatiques . Elle est cependant peu utilisée.

- Debriefing et Abréaction

Le *debriefing* (abréaction) permet ainsi au sujet de verbaliser et d'exprimer les affects et les émotions ressentis à l'occasion du traumatisme .L'aspect cathartique immédiat permettrait d'éviter nombres de séquelles .Il est ensuite recommandé d'expliquer les symptômes ressentis et montrer qu'ils ont été partagés par d'autres victimes du même type, expliquer le traumatisme, son origine, sa signification ce qui permet au sujet de se replacer au sein du groupe .Cette prise en charge peut être associée à une chimiothérapie de courte durée ayant pour but de réduire l'hypersensibilité de l'individu à l'environnement, hypersensibilité qui pourra également être prise en charge par des méthodes comportementalistes et cognitivistes .Il faut enfin aider le sujet à intégrer l'événement dans son expérience personnelle. Cette première approche pourra être complétée par une psychothérapie de soutien.

3.Psychothérapies analytiques

Leurs indications doivent tenir compte de la dimension conflictuelle de la personnalité, de la place qu'occupe le symptôme dans l'économie psychique du patient et de ses possibilités à accéder à un tel traitement .Les écueils rencontrés lors de ces prises en charge sont nombreux .

c. La réparation

C'est dans les suites de la guerre du Vietnam que les États-Unis mirent au point des programmes spécifiques de soins pour les victimes de stress post-traumatique .Le projet recouvrait des possibilités de prises en charges individuelles et de groupe voire familiale avec des moyens de réinsertion professionnelle, des services de placement, la possibilité d'une aide juridique.

Il fallut ainsi attendre un texte de 1992 pour clarifier la névrose traumatique en fixant les taux d'indemnisation.

Si cette réparation n'a pas de valeur thérapeutique à proprement parler, on peut cependant dire qu'elle dégage ces sujets traumatisés du lien avec le corps social jugé soit responsable soit défaillant et fait place à la possibilité de traitement en ce qu'elle concourt à la reconnaissance sociale du trouble.

d. Prévention

Depuis le début des années 90, la prévention des troubles psychiques est devenue une priorité de santé publique. Les plans d'urgence répondent à ses premières exigences. La prise en charge des troubles aigus concerne en premier lieu les manifestations les plus évidentes (agitation, confusion). Bien d'autres justifient une attention particulière en ce qu'elles peuvent rester méconnues : prostration, réactions dépressives, comportements inadaptés. Ces dernières années ont vu la création de centres de soins spécialisés dans l'accueil des victimes .Les traitements des troubles aigus reposeraient sur quatre critères appelés critères de SALMON :immédiateté, proximité, expectative, simplicité.