

## DEUXIÈME PARTIE : MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

### Question 266

#### NÉVROSE

Rédaction : J. Adès, JP Boulenger, E. Corruble, P. Hardy, M. Patris, C Piquet

---

#### Objectif pédagogique général

- Connaître le sens et la signification du concept de névrose
- Connaître l'approche contemporaine de la névrose au regard de la notion de troubles anxieux
- Connaître la notion de mécanisme de défense
- Connaître les conséquences médico-économiques des névroses et des troubles anxieux
- Connaître les différentes entités nosographiques regroupées sous le terme de névrose et leurs principales caractéristiques cliniques
- Connaître les risques évolutifs des états névrotiques

#### Objectifs pédagogiques spécifiques

##### **Psychopathologie**

- Connaître les modèles théoriques des névroses et des troubles anxieux

##### **Prise en charge**

- Connaître les diverses stratégies thérapeutiques qui peuvent être proposées et leurs indications
- Savoir prescrire les médications tranquillisantes en tenant compte à la fois des références médicales érigées par la communauté médicale et des modalités singulières relationnelles de la consultation médicale avec un sujet névrotique
- Connaître la place des Thérapies Cognitivo-Comportementales dans les différents troubles anxieux
- Savoir pratiquer la psychothérapie de soutien et d'accompagnement auprès des sujets névrotiques

##### **Névroses**

- Névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse, névrose phobique et post-traumatique : voir module angoisse
  - Névrose hystérique : connaître les principaux accidents de conversion hystérique, connaître les principaux traits de personnalité associés à la névrose hystérique, connaître les principes du traitement de la névrose hystérique
-

## **A. Introduction sur la notion de névrose**

L'emploi du terme "névrose", dont la signification précise n'a cessé de varier au cours du temps, fait actuellement l'objet de controverses. La classification Nord-Américaine du D.S.M. III, en 1980, marquait un tournant : - au mot "névrose", considéré comme imprécis et peu susceptible de recueillir un consensus, se voyait préféré le terme de "Trouble névrotique", proposant la description de constellations syndromiques observables ne préjugant en principe d'aucune étiopathogénie. Cette classification, dont l'influence internationale est devenue considérable, opérerait dans les découpages nosographiques traditionnels des Névroses, largement hérités de la Psychanalyse freudienne, un considérable bouleversement. La névrose d'angoisse, la névrose phobique, la névrose obsessionnelle, la névrose hystérique, dont la cohésion conceptuelle tenait aux approches psychodynamiques de la Psychanalyse, faisaient l'objet de nouveaux découpages, dont la légitimité est sans cesse évaluée aujourd'hui par de multiples travaux épidémiologiques, biologiques, thérapeutiques, d'inspiration largement biológico-comportementale.

Les Troubles Névrotiques représentent un très vaste champ de la pathologie mentale, dont les limites nosographiques et l'étiopathogénie, malgré l'accumulation de données nombreuses, demeurent incertaines. Le mot "névrose" fut forgé en 1769 par le médecin écossais W. CULLEN. Les "maladies nerveuses" avaient été auparavant regroupées par WILLIS, puis par SYDENHAM, et reliées à l'idée d'un dysfonctionnement du système nerveux. R. WHYTT, peu avant CULLEN, regroupait sous ce terme un ensemble de troubles disparates, hystérie, hypocondrie et "troubles nerveux simples", symptômes protéiformes attribués à une "faiblesse inhabituelle du système nerveux". Les Névroses de CULLEN, maladies générales opposées aux maladies locales, regroupaient des syndromes divers, allant de l'épilepsie à l'hystérie, dont le trait commun essentiel était l'absence de lésion localisée et de fièvre. Le postulat étiologique de "l'absence de lésion observable", étayé par les progrès des méthodes anatomo-cliniques, dominera jusqu'à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle l'histoire du concept de Névrose, histoire enrichie de descriptions cliniques affinées concernant notamment l'hystérie (CHARCOT), la neurasthénie (G. BEARD). Avant l'ère psychodynamique, le champ nosographique des névroses se partageait entre trois entités protéiformes, la neurasthénie (qui regroupait l'ensemble des troubles anxieux somatiques et psychiques), l'hystérie et l'hypocondrie. Les phénomènes phobiques et obsessionnels, décrits au XIX<sup>ème</sup> siècle dans leurs formes graves par les aliénistes français (FALRET, LEGRAND DU SAULLE) ou allemands (BENEDIKT, WESTPHAL qui décrivaient l'Agoraphobie en 1871) n'étaient pas rattachés aux névroses.

Les travaux de P. JANET et ceux de FREUD et de ses élèves allaient, à partir des postulats théoriques d'une psychopathologie dynamique, opérer dans la nébuleuse hétérogène des névroses des descriptions successives et des choix synthétiques qui fixeraient les termes et donneraient aux névroses leur statut. JANET postulerait l'existence d'un déficit fonctionnel de l'énergie neuro-psychique (la "tension psychologique") dans les névroses, dont les symptômes revêtent un "caractère automatique et inférieur".

Il différencie de l'asthénie modérée ou "nervosisme" la psychasthénie dans laquelle sont incluses obsessions et phobies, et l'hystérie avec rétrécissement du champ de conscience. Les névroses furent la pierre angulaire de l'édifice théorique de la Psychanalyse freudienne. FREUD opposa les névroses actuelles (névrose d'angoisse et neurasthénie), dont la cause devait être recherchée dans des "désordres de la vie sexuelle actuelle" aux Psychonévroses de défense dont le conflit sous-jacent dépend de l'histoire infantile du sujet. Au terme d'une oeuvre clinique et théorique d'une exceptionnelle richesse, le concept de Névrose trouvait une unité fondée sur une approche dynamique du fonctionnement mental : - La névrose, selon FREUD, est une maladie globale de la personnalité impliquant tout à la fois la présence de symptômes, parfois désignés du nom même du mécanisme de défense supposé les induire (la "conversion") et d'une organisation pathologique du caractère (le "caractère névrotique") liée au même type de conflit infantile. Toute définition du terme névrose, jusqu'aux années récentes, et à quelque obédience qu'appartienne l'auteur, se réfère à cette approche, dont LAPLANCHE et PONTALIS proposaient la plus concise des formulations : "Affection psychogène où les symptômes sont l'expérience symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant des compromis entre le désir et la défense" (1967).

De la nosographie freudienne et post-freudienne, par ailleurs, la psychiatrie retiendra pour longtemps les distinctions opérées entre névrose d'angoisse, névrose hystérique, hystérie d'angoisse ou névrose phobique, et névrose obsessionnelle.

L'influence de la psychiatrie anglo-saxonne, et surtout Nord-Américaine, allait être déterminante dans un cheminement qui allait aboutir, avec le D.S.M. III en 1980, à l'éclatement nosographique des névroses et à une critique radicale du concept. Les causes de cette évolution sont nombreuses et complexes. Les principales, qui ont joué, de façon parallèle, sont le déclin d'influence de la Psychanalyse, le développement croissant des thérapies comportementales puis cognitives, la multiplication de travaux épidémiologiques, cliniques, psychométriques recourant à des méthodologies statistiques et permettant des approches quantitatives, l'affinement enfin des traitements chimiothérapeutiques interprétés comme "analyseurs nosographiques" de certains états névrotiques. Le D.S.M. III, distinguant dans sa préface le "processus névrotique", porteur des hypothèses étiopathogéniques, du "Trouble névrotique", description de symptômes observables regroupés en syndromes, établissait en fait une différence entre les théories, "relevant de la croyance", et les faits mentaux quantifiables et repérables par l'ensemble des cliniciens. Le mot "névrose" était abandonné au profit de celui de "Trouble névrotique", défini comme un - "comportement non activement opposé aux normes sociales (bien que le fonctionnement puisse être gravement perturbé) - une perturbation relativement constante ou récurrente en l'absence de traitement, ne se limitant pas à une réaction transitoire à des facteurs de stress - l'absence d'étiologie ou de facteur organique démontrable". La catégorie diagnostique des Névroses se trouvait, en fait, purement et simplement supprimée. Les "Troubles névrotiques" eux-mêmes, peu présents en tant que tels, étaient littéralement "atomisés", et répartis sur l'Axe I de cette classification entre cinq catégories :

- Troubles anxieux (incluant le Trouble Panique, le Trouble Anxieux Généralisé, l'Agoraphobie avec ou sans attaques de panique, les phobies sociales, les phobies simples) - Troubles somatoformes - Troubles dissociatifs - Troubles psychosexuels. L'unicité du concept de Névrose, sous-tendue par l'interrelation supposée de symptômes et d'une structure de la personnalité, était battue en brèche par la présence des Troubles de la Personnalité sur l'Axe II, sans qu'aucune relation de principe ne soit établie entre symptômes névrotiques et caractère.

L'Hystérie perdait toute consistance, émiettée entre les troubles somatoformes pour ses expressions somatiques, les Troubles dissociatifs pour ses expressions psychiques, et la personnalité histrionique sur l'Axe II.

Le D.S.M. III, pour résumer ses positions et son influence, allait entraîner, en supprimant la catégorie diagnostique des névroses, l'effacement d'un concept fondamental de la psychiatrie jugé trop imprécis et trop mal délimité. Les conséquences de cette position, à propos des névroses, seront vite considérables : la très large diffusion internationale du D.S.M. III, favorisée par l'influence de la psychiatrie américaine, allait imposer peu à peu l'idée d'une hétérogénéité du concept de névrose, et consacrer son effacement. Les névroses, détachées des troubles de la personnalité, privées du corpus théorique d'une étiopathogénie cantonnée dans le champ des connaissances incertaines, perdaient l'identité que leur conférait l'histoire de la psychiatrie.

Deux évolutions se dessinent à l'heure actuelle :

- La classification Nord-Américaine du D.S.M. (D.S.M. III, D.S.M. III R, D.S.M. IV, D.S.M. IV TR) tend à s'imposer au niveau international. Elle est, à propos des névroses, très largement reprise par celle de l'O.M.S. (I.C.D.10, 1992). L'usage, renforcé par la multiplication de travaux épidémiologiques, cliniques, génétiques, pharmacologiques, thérapeutiques, consacre l'effacement du concept global de "névrose". Il entérine la distinction opérée entre des regroupements syndromiques - (Troubles anxieux et phobiques - Troubles obsessionnels-compulsifs - Troubles somatoformes - Etats de stress post-traumatique) et les Troubles de la personnalité. Il confirme et renforce l'individualisation d'ensembles syndromiques tels le Trouble Panique, le Trouble anxieux généralisé, les phobies sociales, le Trouble obsessionnel compulsif et leur appartenance à une vaste catégorie, celle des Troubles anxieux. Il entérine également, malgré les critiques, le démembrement de la névrose hystérique, dont les aspects somatiques (conversion - troubles somatoformes), les expressions psychiques ("Troubles Dissociatifs"), les expressions caractérielles enfin ne trouvent plus d'autre unité que celle des possibilités aléatoires d'un regroupement de ces trois catégories diagnostiques si leur présence simultanée l'autorise. - Le terme de "névrose" dans l'I.C.D.10, est ainsi abandonné, comme il l'était dans les versions successives récentes du D.S.M. (D.S.M. III, D.S.M. III R, D.S.M. IV, D.S.M. IV TR).

Le terme même de "Trouble névrotique", utilisé, n'est considéré comme porteur d'aucune fonction classificatrice générale puisque le chapitre consacré aux anciennes névroses s'intitule "Troubles névrotiques, liés à un facteur de stress et somatoformes".

- Des positions critiques, vis-à-vis du D.S.M. III et de sa conception des névroses se développent très largement depuis plusieurs années et émanent d'horizons divers. Beaucoup, parmi les psychiatres français notamment, récusent l'athéorisme affiché de cette classification et lui reprochent d'écarter toute approche structurelle des névroses au profit d'une référence implicite aux abords comportementaux. L'atomisation de l'hystérie, la prééminence accordée au Trouble Panique dans le classement des Troubles anxieux et phobiques, et plus encore l'effacement du concept global de névrose sont vivement critiqués par le courant psychodynamique d'inspiration psychanalytique. D'autres travaux critiques dénoncent, à propos des névroses, les insuffisances de systèmes catégoriels trop rigides (D.S.M. III R, D.S.M. IV, I.C.D.10) auxquels sont reprochés de ne pas prendre en compte le polymorphisme clinique des états névrotiques, les associations fréquentes entre états névrotiques et états dépressifs, l'évolution dans le temps des troubles névrotiques. L'anglais P. TYRER, en 1989, proposait une synthèse des travaux portant sur les déficiences des classifications principales des névroses : les arguments critiques relevés portent sur la comorbidité élevée des troubles entre eux, leur peu de stabilité dans le temps, notamment pour les troubles anxieux et phobiques, le manque de spécificité des réponses aux traitements pour chacun des troubles, l'absence de prise en compte enfin des associations cliniquement établies entre certains troubles de la personnalité et certains troubles névrotiques. Ces critiques conduisent actuellement certains auteurs à postuler l'existence d'un "Syndrome Névrotique Général", qui marque un certain retour au concept structurel de névrose. Le Syndrome Névrotique Général, décrit par P. TYRER (1989), impliquerait la coexistence de symptômes anxieux et dépressifs, alternant au cours du temps, et de traits de personnalité relevant de l'inhibition ou de la dépendance. La nosographie des névroses est ainsi en perpétuelle évolution. Certains syndromes, identifiés et décrits depuis longtemps par la psychiatrie classique, et fixés dans leurs formes par la psychanalyse (les troubles obsessionnels-compulsifs, les troubles phobiques) semblent suffisamment homogènes pour opposer une résistance aux changements. D'autres, comme les troubles anxieux, les manifestations hystériques, les états névrotiques anxio-dépressifs, cherchent encore leurs limites et leur identité.

## **B. Névrose obsessionnelle**

### **B.1. Le caractère obsessionnel - La personnalité obsessionnelle**

Le **caractère obsessionnel** est davantage le propre de l'homme que celui de la femme. Les traits obsessionnels contribuent à leur efficacité professionnelle et au maintien d'un ordre social stable. Sens de la mesure, de la prudence, du raisonnable, du consensuel, respect de la hiérarchie, de la loi, de la morale, souci de l'autre, du bien général sont pour beaucoup des qualités reconnues. Ce qu'il gagne du côté de l'ordre et de la stabilité, l'homme de caractère obsessionnel le perd cependant en imagination, en créativité et en audace. Il laisse à l'hystérique le chapitre de la mode, de l'innovation et du scandale. A la loi du cœur il préfère la loi tout court quitte à céder sur son désir. Son altruisme se nourrit plus de bonne conscience que d'amour.

La **personnalité obsessionnelle** : A un degré de plus, elle se dégage de la banalité par des traits plus exigeants pour soi mais aussi pour les autres.

- Souci de l'anticipation et de l'organisation : rien n'est laissé au hasard, tout est prévu, planifié, calculé (exemple : choix de la pierre tombale, budgétisation de ses propres obsèques) ;
- Amour de la précision, de l'exactitude, de la méticulosité (passion des mécanismes d'horloge) ;
- Préoccupations anxieuses d'erreurs possibles, de faute, de préjudice commis par distraction. Ceci pouvant engendrer des doutes et des ruminations, des scrupules.
- Evitement de l'imprévu, du hasard, de l'aventure, autant de failles dans un système basé sur la maîtrise du temps et des choses.
- Souci de la propreté et l'hygiène, de l'asepsie, de la diététique.
- Le sens de l'économie, de l'épargne, mais aussi de la parcimonie ; hantise du gâchis, de la perte, du superflu.

### **B.2 Les Troubles Obsessionnels-Compulsifs (TOC)**

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la prévalence du TOC est de 1 à 2 % avec une moyenne d'âge d'apparition à 10 ans et une évolution le plus souvent chronique et progressive. Il associe de façon variable deux types de symptômes spécifiques : les obsessions et les compulsions.

Les **obsessions** sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. Les obsessions les plus communes sont des pensées répétées de contamination, des doutes répétés, un besoin de placer les objets dans un ordre particulier, des impulsions agressives ou inadaptées, des images sexuelles ou horribles...

Les **compulsions** sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux qui s'imposent au sujet et que l'individu se sent obligé d'exécuter pour conjurer les obsessions, diminuer le niveau d'anxiété ou dans l'espoir qu'elles puissent entraîner ou prévenir une situation ou un événement redouté (Exemple : laver, compter, vérifier, accumuler, rectifier...). Le diagnostic est porté lorsque les manifestations symptomatiques sont à l'origine de sentiments marqués d'anxiété ou de détresse émotionnelle, d'une perte de temps importante (plus d'une heure par jour), ou d'une entrave au fonctionnement normal de l'individu (scolaire, social ou professionnel).

Chez l'enfant, le TOC peut être partie constituante du syndrome de Gilles de la Tourette (caractérisé par des tics moteurs et vocaux parfois invalidants) ou d'une trichotillomanie. Fréquemment, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte présentant des symptômes obsessionnels ou compulsifs, n'a pas conscience du caractère pathologique de ces derniers, leur aggravation progressive au cours du temps n'amenant le patient à consulter qu'après la trentaine du fait d'un handicap croissant ou à l'occasion d'une dépression.

Chez l'adulte les troubles associent le plus souvent obsessions et compulsions, mais l'un et l'autre de ces éléments peuvent aussi être présents isolément ; le patient reste toujours conscient du caractère absurde ou excessif de ses symptômes et cette autocritique le distingue des patients psychotiques chez lesquels ils peuvent également être rencontrés. L'évolution est le plus souvent chronique, revêtant parfois des formes très invalidantes. Certains TOC peuvent débuter à la suite d'un facteur de stress, d'une grossesse ou dans les suites de troubles du comportement alimentaire chez la femme. Contrairement à une opinion largement répandue, l'existence d'une personnalité obsessionnelle n'est pas un élément nécessaire au développement du trouble, ce dernier pouvant coexister avec d'autres types de personnalité pathologique.

### **C. Névrose phobique**

La phobie se définit comme la crainte « absurde » d'un objet, d'un animal, d'un autre humain, d'une situation dont la rencontre produit inéluctablement un état d'angoisse.

Comme dans l'obsession, le phobique critique son symptôme et reconnaît le caractère infondé de sa crainte. Il sait que « les petites bêtes ne mangent pas les grosses » que tous les trains ne déraillent pas, cela n'empêche qu'il soit terrorisé par les pigeons, qu'il ne puisse monter dans un compartiment...

Contrairement à l'obsédé, le phobique peut éviter l'objet de son angoisse, projeté dans l'espace extérieur. Il peut recourir à des moyens de rassurement plus ou moins ritualisés : accompagnement par un tiers jouant le rôle d'objet contra phobique.

Les phobies les plus fréquente sont :

1) Les phobies de lieu :

- agoraphobie : phobie des vastes espaces découverts.
- claustrophobie : phobie des espaces restreints et clos.
- des hauteurs : vertiges.
- des moyens de transport.

2) Les phobies liées à la présence d'un tiers ou d'un « public » :

- peur de parler en public (à rapprocher du trac), de téléphoner.
- peur d'être pris d'envie d'uriner au cours d'une réunion.
- peur de rougir (éreurtophobie), de bégayer.

3) Les phobies des petits animaux (certaines sont très banales) : araignées, souris, reptiles et des gros animaux : chiens, chats, chevaux.

4) Les phobies des objets potentiellement dangereux (couteaux, aiguilles, armes à feu) ou anodins (fourrures, huile, goudron) ou microscopiques (poussières, microbes, brin de textile).

5) Les phobies d'impulsion (peur de commettre un acte grave) sont rattachées à la névrose obsessionnelle.

La névrose phobique ressort d'un traitement

- psychothérapique :

- psychanalytique
- comportementaliste (déconditionnement)

- symptomatique anxiolytique de manière ponctuelle quand le phobique « ne peut faire autrement » que d'affronter sa peur : nécessite de se déplacer, d'affronter un jury, etc...

#### **D. Névrose hystérique**

Décrite depuis l'Antiquité et rapportée par Hippocrate aux avatars de l'utérus - d'où son nom - : migrations intempestives dans le corps, sécheresse excessive... l'hystérie reste historiquement liée à la sexualité féminine que les anciens réduisaient volontiers à la fonction matricielle.

La connotation péjorative voire insultante du qualificatif d'hystérique tient à ses évidentes résonances misogynes. Les « manifestations » hystériques ont de tout temps défié l'ordre et le savoir, médicaux au premier chef mais pas seulement. Ces « maladies de femme », ces « vapeurs », ces « crises », ces « symptômes sine materia » ont suscité questionnement, hypothèses mais aussi ironie, condescendance et pire, rejet et persécution.

Le médecin d'aujourd'hui se doit de connaître ou plus modestement reconnaître l'hystérie non pas comme une pathologie en soi, une maladie parmi d'autres, mais comme une limite à sa maîtrise du savoir et du pouvoir médical. Le symptôme hystérique de conversion est en effet un non-sens pour ne pas dire un scandale au regard de la démarche anatomo-physiopathologique, modèle scientifique dominant en médecine. Vouloir le traiter comme une maladie conduit à des impasses thérapeutiques ; le rejeter et le nier comme maladie factice ne vaut guère mieux.

L'hystérie pose en fait le problème de la formation psychologique des médecins et de la dimension relationnelle en général de leur pratique. Qu'est-ce qu'une plainte, une demande, une somatisation et quelle réponse peuvent-ils y apporter ?

A une époque qui célèbre le pragmatisme, la réponse thérapeutique standard, immédiate, brève et économiquement correcte, l'hystérie - et peu importe le nom qu'on lui donne - réclame autre chose, autre chose que des antalgiques, des antidépresseurs, des examens complémentaires, des arrêts de travail, des invalidités... tous aussi vains que coûteux, autre chose qui exige parfois l'abstinence thérapeutique, souvent du temps, toujours la prise en compte du patient dans sa singularité.

### **La personnalité hystérique**

L'humanité se prête mal aux psychotypologies ou classifications des caractères. Il n'y a pas dans la nature des hystériques et des non hystériques. Chacun l'est plus ou moins et nul n'est à l'abri d'une somatisation de type conversif. On entend donc par personnalité hystérique quelques traits essentiellement relationnels, perceptibles dans la dynamique du dialogue patient-médecin.

- L'hyperexpressivité : qualifiée aussi de théâtralisme, tendance à la dramatisation, elle peut donner le sentiment que le sujet joue un personnage en forçant le trait pour apitoyer, choquer, séduire, culpabiliser son public.
- Le besoin de susciter l'intérêt, dans le prolongement logique, fait que le sujet "ne passe pas inaperçu". Dans un cabinet comme dans un groupe, une collectivité, il ne manque pas de se faire remarquer, de chercher à avoir la vedette, d'être l'objet de soins, d'attentions particulières.
- La quête et l'insatisfaction affective : l'hystérique a non seulement besoin d'être aimé (qui ne l'a pas ?) ; il a besoin d'être aimé plus, mieux ou autrement. Il en cherche les marques, les preuves, les assurances mais sa demande d'amour est un tonneau sans fond : la position hystérique est celle d'un désir irrémédiablement insatisfait de par sa structure même. Aucune réponse ne saurait le combler. Le pire qu'on puisse lui dire est qu'il a tout pour être heureux et qu'il a tort de se plaindre dès lors que le manque d'amour (ou de ce qui en tient lieu sous une forme déplacée) est le cœur même de sa manière d'être vis-à-vis des autres.  
Déçu par la réalité, l'hystérique privilégie sa vie imaginaire, idéalise ses sentiments ; il confond sa vie avec un roman.

- L'autocommisération. Eternel insatisfait, l'hystérique pleure sur son sort et prend les autres à témoin de son malheur. Ces témoins sont d'ailleurs des coupables en puissance et plus ou moins implicitement accusés de carence, négligence, indifférence, maladresse. L'hystérique en un mot se plaint de ce que les autres sont insuffisants, impuissants, décevants, incompétents. Mais il convient ici d'y reconnaître aussi une structure au sens où l'hystérique construit son monde, distribue les rôles, écrit l'histoire de manière à s'entourer, rencontrer de manière répétitive, des êtres décevants, insuffisants, impuissants, tôt ou tard démasqués dans leurs carences.
- L'identification à une victime, un martyr. L'hystérique tient volontiers le rôle de victime. Le préjudice est affectif (pour le paranoïaque, il est réel).

### Le symptôme hystérique de conversion

- Défini comme tel par S. Freud en 1894, le mécanisme de conversion correspond à la fuite dans le corps d'un affect lié à une représentation insupportable. Il s'agit donc, sous cet angle théorique, de mécanisme de défense contre l'angoisse.
- Les symptômes de conversion empruntent classiquement les voies sensori-motrices et sensorielles. Mais leurs formes cliniques varient considérablement dans le temps. Rares sont aujourd'hui les paraplégies, les cécités, les aphonies hystériques.
- La "somatisation", qu'il s'agisse d'une gêne ou d'une incapacité fonctionnelle (torticolis spasmodique, crampe de l'écrivain), d'une douleur ou d'une anesthésie (migraine, myalgie, arthralgie), d'un déficit sensoriel..., se présente de plus en plus souvent comme une plainte sans troubles manifestes et visibles.
- De ce fait, le symptôme de conversion pose parfois des problèmes diagnostiques délicats : vraie ou fausse migraine ? vraie ou fausse dépression ?

### Caractéristiques du symptôme de conversion

- ♦ absence de substratum organique : l'examen clinique et les investigations complémentaires ne décèlent pas de lésions organiques sinon des lésions banales (exemples classiques : becs de perroquet à la radiographie de la colonne cervicale, "diverticules" coliques au lavement baryté...)
- ♦ fluctuation dans le temps : recrudescence dans certains contextes : consultation médicale, visite de la famille. Atténuation voire disparition sous l'effet de certaines suggestions ou de certains traitements placebos ;
- ♦ de manière inconstante : absence d'angoisse à propos du symptôme - jusqu'à "la belle indifférence" - contrastant avec la dramatisation du symptôme : théâtralité : soupirs, grimaces, boiterie grossière, revendication insistante d'examen et de soin ;

- ♦ présence de "bénéfices secondaires" (sans oublier qu'il en existe aussi dans les maladies ordinaires)
  - attentions particulières de l'entourage
  - congés de maladie prolongés, indemnités versées par une assurance
  - assistance permanente d'un proche parent
  - évitement de certaines situations (notamment les relations sexuelles, impossibilité de se rendre au chevet d'une mère démente) ;
- ♦ ne pas perdre de vue que certains symptômes de conversion sont manifestement réactionnels à des événements (dont la valeur traumatique doit s'évaluer en fonction de la subjectivité du patient et non de manière générale).

Mais les symptômes névrotiques hystériques ne se limitent pas au modèle de la conversion au sens strict. On y retrouve :

- des symptômes sexuels : troubles de l'érection, éjaculation précoce, anorgasmie chez l'homme ; frigidité, vaginisme chez la femme ;
- des troubles des conduites alimentaires et des addictions : anorexie, boulimie, polyphagie, alcoolisme, dépendance médicamenteuse ;
- des conduites "à risque", d'échec, une tendance à répéter en les provoquant des situations conflictuelles notamment en famille, au travail, dans un groupe de voyage, etc ;
- des épisodes dépressifs névrotiques gardant les traits de la personnalité hystérique :
  - . dramatisation
  - . culpabilisation de l'entourage
  - . fluctuations rapides
  - . sensibilité à la suggestion
  - . résistance aux thérapies biologiques même au-delà d'un bref effet placebo
  - . chantage au suicide.

### **Conduite à tenir devant un symptôme hystérique**

Toute problématique névrotique suppose une approche psychothérapique.

Le traitement du symptôme en soi "comme une maladie", produit des effets iatrogènes : escalade dans les examens, les traitements, les arrêts de travail sans véritable bénéfice thérapeutique.

Les thérapies par suggestion, notamment l'hypnose médicale, et toute thérapie qui s'appuie sur des pratiques dites parallèles (homéopathie, acupuncture) démontrent leur efficacité dès lors que ceux qui les appliquent ont quelques talents psychothérapiques.