

# **La demande passant par le corps**

Louis PLOTON  
Professeur de G erontologie  
Université Lyon-2

# La demande dite hypocondriaque

- Symptômes considérés par la médecine comme étant d'origine psychogène:
  - qui entravent les conduites d'un patient :
    - qui en souffre,
    - dont la perception de la réalité ambiante n'est pas altérée,
    - qui est en quête d'une explication somatique,
    - qui, insatisfait, multiplie les démarches pour obtenir une réponse, mais qui risque de ne jamais être écouté .

# La pathologie de référence est théoriquement l'hystérie

- Danger des classifications telles que la « CIM 10 » qui laissent le clinicien désarmé, en abordant une pathologie ingrate comme l'hystérie sans autre ressource que de voir en elle une collection de symptômes statistiquement liés entre eux (sans pouvoir s'appuyer sur la moindre ébauche explicative...)
- Elle représente de fait un ensemble de manifestations cliniques dont l'évolution répond à l'évidence à une forme de cohérence;
- D'un point de vue psychodynamique l'hystérie est la plus accomplie des névroses dont elle constitue le prototype même. De ce point de vue le corps exprime, de façon métaphorique, ce qui est trop difficile à refouler;
- Elle n'est peut-être pas aussi fréquente qu'on le dit.

# La connaissance de l'hystérie

- Sur le plan clinique il existe un syndrome hystérique caractérisé, qui a un énorme coût financier et humain,
- Qui concerne tous les âges, avec pour les personnes âgées:
  - un risque accru de placement,
  - des difficultés institutionnelles quotidiennes.

# La présentation clinique de l'hystérie

- Elle comporte:
  - Une demande passant par le corps associée à une symptomatologie psychopathologique particulière;
  - Un besoin de réassurance associé au « besoin de compter, à la demande (et la mise en échec),
  - un handicap grave de la communication,.
- Elle implique des risques particuliers, d'où la nécessité de stratégies cliniques adaptées.

# La demande portant sur le corps

- Des douleurs:
  - De tous sièges et de tous types: tête, cœur, poumon, ventre, membres, dos, corps entier...
  - Sans cause organique décelable (bilans négatifs)
  - Résistant aux traitements (d'autant plus multipliés)
- Des phénomènes fonctionnels:
  - Vertiges, essoufflement, tremblements, mouvements anormaux, nausées, diarrhée, constipation...
  - Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
  - Phénomènes de conversion: paralysies, aphonie..
  - Inhibition psychomotrice: chutes..
  - Inhibition intellectuelle: confondue avec Alzheimer!

# Une symptomatologie psychopathologique

- Actes manqués,
- Angoisse (parle sans fin...)
- Troubles du sommeil,
- Dépression (problème de diagnostic différentiel avec les États limites)
- Mutisme, catatonie.

# Le besoin de réassurance

- Vécu de fragilité:
  - Sujet à risques (accidents et mésaventures thérapeutiques)
  - Collection de pathologies atypiques, cas à part,
  - Risque de pathologie somatique non décelée;
- Stratégies de réassurance calamiteuses:
  - Érotisation de la relation,
  - Séduction / retrait, mise en rivalité, induction de conflits,



# La demande symptôme en soi

- Besoin vital d'être désiré (centre du monde?)
- Crée l'événement, tient autrui en haleine;
- Demande pour demander (sans limite)
- Insatisfaction fondamentale,
- Mise inconsciente en échec des solutions,
- Attention « malade symptôme»: mise en évidence des dysfonctionnements.

# Les handicaps de la communication

- Facticité involontaire de l'expression:
  - Belle indifférence, discordance
  - Pas pris au sérieux (traité de comédien)
- Victime de son excitation intime:
  - Dramatisation,
  - Erotisation de la douleur (alors qu'il y a de possibles perturbations sexuelles non dites)
  - Besoin d'héroïsme (martyr...) et finit par se faire sadiser, humilier...
- Patient confusogène:
  - Induction d'oublis dans les soins et de confusion dans les relations (émotif, maîtrise mal sa subjectivité?)
  - Hallucinoïse hystérique.

# Les risques encourus

- Examen médical superficiel (mal supporté)
- Vagabondage médical réactionnel,
- Méconnaissance de pathologies graves
- Erreurs de diagnostic (soigné à contre emploi)
- Non soigné pour sa névrose,
- Diagnostics différentiels difficiles (Alzheimer, états limites)
- Epuisement des aidants et soignants,
- Rejet,
- Placement (pour les personnes âgées)
- Humiliations et blessures narcissiques dangereuses.

# Le diagnostic différentiel

- Les attitudes hystérisiformes des psychoses,
- L'hypochondrie délirante;
- La confusion mentale (delirium)
- Les états maniaques,
- Les états limites (E.L.) probablement plus fréquents que l'hystérie.
- La maladie d'Alzheimer au début, avec la question de l'intrication symptomatique entre Alzheimer et soit Hystérie, soit E.L (distinction difficile: actes manqués / déficit).

# La personnalité Etats limite (1)

- Hyper-normalité apparente, mais aussi présentation hystérisiforme caricaturale!
- Sentiment de vide intérieur, à combler:
  - Ennui, investissements superficiels,
  - Quête de sensations,
  - Conduites addictives,
  - Abandonnisme latent,
- Pseudo-fantasmés et fabulations,
- Pensée magique, manichéisme, défenses mégalomaniaques, projectives, paranoïaques;

# La personnalité Etats limite (2)

- Passé traumatique fréquent (théorisé par BERGERET),
- Pathologie du narcissisme (hypersensitivité et fragilité affective):
  - Immaturité affective (relation d'objet partielle?)
  - intolérance aux frustrations...
- Quête d'objets renarcissisants dans tous les registres.
- Multiples départs et ruptures (coups de tête);
- Décompensation fréquente après un deuil
- Personnalité dépressive: diagnostic de dépression « résistante »? Pathologie « bi-polaire ».

# États limites décompensés

- Abandonnisme majeur en cas de deuil (pertes ruptures...),
- Culpabilisation des tiers (inversion de responsabilité)
- Passages à l'acte (TS etc.)
- Remarque / points communs avec l'Alzheimer:
  - Vécu de vide intérieur,
  - Dépendance anaclytique d'autrui,
  - Transfert de culpabilité!

# Symptomatologie hypochondriaque dans les E. L.

- Douleurs tenaces (surtout dans la seconde partie de la vie)
- Hypothèse:
  - Combler le vide intérieur,
  - Empêcher le travail de pensée et le travail de mémoire
- Risque de rotation des symptômes;
- Dans l'âge avancé, lors d'une amélioration, risque de découverte d'une maladie d'Alzheimer.



# L'hypochondrie délirante

- Dans le cadre des schizophrénie: vécus de morcellement, vécus corporels délirants, syndrome d'influence...
- Dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive: délire de négation d'organe;
- Douleurs ou sensations délirantes: mode d'appui sur le corps ne souffrant aucune critique,
- Hallucinations en tous genres...

# Stratégie de soins / Hystérie

- Ne rien attendre, ne rien demander, ne rien promettre (il y aura des hauts et des bas),
- L'accepter tel qu'il est (ne pas viser de changements).
- Le prendre au sérieux: solidarité compatissante,
- Position basse: impuissance bienveillante,
- Se prémunir du sadisme: ce n'est pas parce qu'on ne peut pas tout donner qu'on ne doit rien donner ;
- Savoir que rien n'est jamais gagné
- Un objectif central: éviter le rejet,
- Ne pas prononcer le mot «Hystérie», car connotation négative (de comédie) chez les soignants.
- Acteur et victime de ses symptômes le patient démontre à son insu (et en le déniait) l'existence d'une vie psychique inconsciente.

# Concernant les états limites

- Le soutien psychothérapique risque, pour sa part, d'être consommé sur un registre abandonnique, avec ses exigences et ses crises,
- collaboration et un étayage mutuel entre médecin, psychologue et/ou psychiatre,
- propension à tester le cadre et statut de « cas à part », nécessitant une marge de dérogation:
  - cadrage de la thérapie, souple mais solide et constant,
  - préserver impérativement l'esprit de la règle, avec la souplesse adéquate.
- se prémunir des tentations agressives que peut induire le patient.
- être déculpabilisant et de veiller à ce qu'un investissement positif du sujet puisse perdurer.
- le soutien des proches passera par une écoute incontournable,

# Traitement de l'hypochondrie délirante

- Prise en charge relationnelle et médicamenteuse de l'affection dans laquelle elle s'inscrit;
- Rôle des médicaments, mais attention aux risques de modification trop rapide de l'univers psychique.

# Conclusion: importance de l'écoute

- Soutien palliatif,
- Médicaments moins efficaces que la façon de prescrire,
- Il importe de le prendre au sérieux car il souffre authentiquement, mais est incapable de trouver un mode d'expression adéquat.
- Avant tout, le patient a besoin d'être écouté (revalorisé, considéré)
- Psychothérapie de soutien longue,
- Travail possible sur le génogramme (bilan de vie?).