

HYSTÉRIE TROUBLE ANXIEUX NÉVROTIQUE

L'hystérie est un état psychique situé dans le champ des troubles anxieux névrotiques.

L'hystérie est sans origine organique mais en dehors du contrôle volontaire de la personne, caractérisé par une hyper-expressivité des émotions, des troubles sexuels, et une angoisse extériorisée dans le discours.

Elle est liée à une cause psychologique inconsciente et son expression dépend de l'interlocuteur. Elle est curable et accessible à un traitement.

Son expression est latente chez la plupart des individus structurés sur un mode dit névrotique. Elle peut être compatible avec une vie normale selon des modes défensifs différents regroupés classiquement en « personnalité histrionique » et « passive dépendante », mais dont les tableaux sont intriqués et représentent deux faces d'un même questionnement typiquement humain.

La terminologie reste ancienne et fidèle à l'appellation de la médecine antique, qui décrivait par hystérie une pathologie liée à des troubles sexuels dont l'origine était supposée découler d'une mobilité de l'utérus (hysteros en grec).

Par la suite, à la fin du XIXe siècle, Charcot a vainement tenté d'en trouver l'origine organique avant que Freud lui donne pour origine un conflit psychique inconscient lié à une insatisfaction, à l'âge adulte, d'un désir sexuel infantile. C'est pour le traitement des hystériques, et avec Breuer, que Freud invente les principes de la « psycho-analyse » en 1895.

L'hystérie est présente chez les femmes comme chez les hommes et ne présente aucun caractère exceptionnel. Il s'agit d'un mode de défense commun chez tous les individus, mais l'expression est très diverse. Elle peut entrer dans le domaine de la pathologie mentale lorsque la souffrance psychique mène à la mise en place de soins médicaux lourds ou à une désinsertion et une invalidité.

Les signes de l'hystérie sont bien décrits

La personnalité histrionique se caractérise par une difficulté d'adaptation au quotidien, et la survenue fréquente d'épisodes dépressifs. Elle s'exprime par un « théâtralisme » très expressif ayant pour fonction d'entrer en relation avec un interlocuteur dont l'attention est captivée. L'avidité affective reste insatisfaite devant l'exigence démesurée, teintée en arrière-fond d'une érotisation de la relation.

L'idéalisation de la relation, bientôt déçue, est à l'origine de conflits impulsifs, de ruptures fréquentes et de gestes plus graves pouvant exprimer une intolérance à la frustration suicidaire, perçus de l'extérieur comme des défis alors qu'ils représentent le plus souvent des tentatives de maîtriser la situation. La pensée imaginaire remplace un quotidien décevant, insécurisant et insatisfaisant. L'humeur est changeante et alterne entre joie et tristesse en fonction de l'environnement. La personne ne simule pas sa souffrance, n'est pas conscient de l'origine du trouble et manque de capacités d'introspection.

Le traitement est psychothérapeutique mais avant que la personne identifie et accepte le trouble comme psychologique, il peut rechercher de l'aide auprès des praticiens pouvant comprendre ses plaintes corporelles multiples et singulières.

La personnalité dépendante se traduit par une dépendance affective intense, avec recherche auprès des autres de conseils et d'avis destinés à remplacer son propre avis. Celui-ci est inhibé, se sent illégitime et recherche à être rassuré auprès de ceux qu'il suppose être qualifiés pour cela. L'incapacité à prendre des décisions et à s'affirmer dans les relations sociales ou intimes peut être à l'origine d'une souffrance poussant à consulter un médecin ou un psychologue. La vulnérabilité de ces personnes est grande et peut les conduire à devenir d'authentiques victimes de maltraitance ou à se percevoir comme telles.

La personne se perçoit de manière dévalorisée, incompris et isolé, et ressent une grande angoisse pouvant être rompue par la mise en place d'une relation privilégiée mais difficile à établir. Les confusions dans les rôles sont possibles et le médecin peut apparaître au patient non pas comme dépositaire de l'intimité mais comme son objet et, donc, comme un potentiel objet d'amour.

A priori aucun examen mais il est parfois nécessaire d'éliminer un problème somatique.

L'hystérie est, classiquement, un diagnostic à envisager après l'élimination d'une autre pathologie plus grave pouvant se traduire par des douleurs chroniques, une angoisse permanente et des troubles sexuels.

Il est aussi indispensable de rappeler que les hystériques ont souvent une manière très psychologique d'exprimer leurs symptômes en général, y compris ceux découlant de maladies organiques réelles.

Ainsi, il revient au médecin traitant ou, dans le cas d'une urgence, aux médecins urgentistes de réaliser un examen clinique et des examens complémentaires permettant d'éliminer, par exemple, un cancer, une épilepsie ou une affection neurologique en prenant en compte la difficulté des diagnostics d'interrogatoire chez les hystériques.

C'est une psychothérapie ambulatoire qui doit être préconisée.

Cette psychothérapie peut s'accompagner d'une association de médicaments mais il faut souligner les risques d'une inefficacité ou d'une addiction aux benzodiazépines ou bien d'un virage de l'humeur avec majoration de l'angoisse et risques de passage à l'acte sous antidépresseurs. Un traitement trop sédatif peut, lui aussi, paraître, en premier lieu, efficace lors des crises, mais conduire à retarder l'élaboration en psychothérapie.

Si les psychothérapies cognitives et comportementales ont une certaine efficacité et rapidité dans la disparition d'un symptôme, en particulier en optimisant les techniques de suggestion et les techniques de relaxation dans l'expérience d'un bien-être lié à la levée de l'angoisse pendant un temps donné, c'est la mise en place d'une psychothérapie analytique sur un temps plus long, basée sur la psychanalyse de Freud laissant une place au désir inconscient du malade, qui permettra une efficacité durable et qui représente le traitement de fond de l'hystérie. Dans certains cas, selon le contexte et la pratique du

praticien, une psychanalyse sur divan pourra être proposée après un temps plus ou moins long d'entretiens préliminaires.

En cas de multiplication des symptômes, de survenue d'un handicap majeur, d'une invalidité, d'une résistance au traitement, ou lors d'une escalade et la survenue d'idées suicidaires, il peut être envisagé une hospitalisation, la plus brève possible, pour éviter la chronicité de la maladie et la mise en place de défenses dans un contexte hospitalier.

L'évolution de l'hystérie est souvent lourde et compliquée.

L'évolution la plus dramatique est, sans conteste, représentée par les tentatives de suicide qui peuvent mener à des accidents mortels ou par des gestes volontaires affectant le corps ayant à l'origine pour fonction soit, inconsciemment, de reprendre le contrôle sur une situation où les émotions et les sensations lui échappent personnellement, soit, plus consciemment, une fonction d'appel à l'aide auprès de l'entourage ou du monde médical.

La prise de toxiques (alcool, drogues...) peut également représenter un mode de complication dont il possède une certaine maîtrise.

La chronicité de l'angoisse peut mener certains patients à présenter une agitation compensatrice pouvant conduire le patient à consulter aux urgences pour cette angoisse ou pour l'apparition d'un symptôme corporel conversif.

L'évolution chronique sans traitement peut mener au développement d'autres formes de troubles anxieux névrotiques plus structurés (troubles obsessionnels compulsifs, phobies), ou vers des formes de paranoïa (le malade passe d'un schéma où « *personne ne l'aime* » à un autre où « *tout le monde le déteste* »).

La conversion est une complication de l'hystérie se manifestant par un symptôme corporel ou psychique prolongé ou récidivant après disparition complète sans que la pathologie correspondante soit constituée ou conforme aux données de la médecine (d'où la fréquence de prétendues « nouvelles maladies » chez de nombreux hystériques).

Il s'agit souvent de symptômes particuliers voire étranges, échappant à l'observation médicale classique, non objectivables et résistant au traitement médical. Les plaintes s'intègrent au discours hystérique structuré autour de l'insatisfaction. Les pathologies correspondent à la représentation imaginaire du corps pour la personne concernée, qui peut avoir une connaissance de maladies, indépendamment de la médecine, par son entourage ou qui peut avoir un réel intérêt pour la documentation médicale. L'organisation et les répercussions de ces symptômes ne correspondent pas à l'anatomie.

Le traitement médical classiquement proposé est donc insatisfaisant pour le patient.

Ce schéma remet en scène sur un mode corporel le mode relationnel de l'hystérie où l'inconscient maîtrise le psychisme du patient dont le corps échappe au savoir du médecin. Le traitement consiste, pour le médecin, à faire exprimer par le patient son désir en partant des manifestations de son inconscient.

Il n'y a pas de liste exhaustive des différentes formes de conversions mais elles concernent, classiquement, une métaphore de l'inhibition de la relation à travers des organes jouant un rôle dans les échanges avec autrui. Il s'agit le plus souvent de symptômes liés à des diagnostics d'interrogatoire.

On observe, chez des patients calmes et non angoissés, des symptômes chroniques aussi différents que des troubles moteurs : paralysies, contractures localisées, mouvements anormaux ; des troubles de la phonation (aphonie, dysphonie, mutisme) ; des troubles sensitifs (douleurs variables ou invalidantes, douleurs exacerbées ou anesthésies) ; des troubles sensoriels (surdité, cécité, rétrécissement du champ visuel) ; des troubles neurovégétatifs (spasmes pharyngés, abdominaux, respiratoires, vésicaux avec rétention d'urines).

Les symptômes peuvent apparaître par à-coups, accompagnés d'angoisse et d'une agitation théâtralisée. On observe alors des crises pouvant prendre la forme d'un évanouissement en public sans blessure ou d'une crise d'agitation motrice très expressive, ou plus rarement, et dans un contexte particulier, d'une crise pseudo-convulsive (crises non épileptiques psychogènes) sans perte d'urines et sans morsure de langue, ou maintenant, exceptionnellement, la grande attaque de Charcot associant angoisse, phase convulsive, agitation et attitudes mimées.

Les symptômes conversifs peuvent prendre la forme d'un trouble psychique (décrits comme des formes dissociatives selon Janet). Il peut s'agir de rétrécissement du champ de conscience, d'amnésies sélectives, d'amnésies d'identité, d'une inhibition intellectuelle, de troubles de la vigilance : somnambulisme, fugues, état crépusculaire, stupeur dissociative, personnalités multiples... Mais ces descriptions précises correspondent, en fait, à la manière que les médecins avaient d'imaginer l'hystérie avant Freud et de proposer des symptômes trop restrictifs. En fait, toutes les pathologies médicales, y compris psychiatriques, plus précisément, tout ce qui peut intéresser les médecins et le savoir médical, peut être l'expression d'une conversion hystérique. Actuellement, la forme la plus fréquente est représentée par les troubles dépressifs, certaines formes d'anorexie, les boulimies, les troubles post-traumatiques, les alcoolismes, les fibromyalgies (se définissant comme une nouvelle maladie), et les tentatives de suicide médicamenteuses (notamment aux benzodiazépines).

En cas de forte recrudescence anxieuse, ou d'idées suicidaires persistantes, c'est le service d'urgence (psychiatrique, de préférence) qui doit être sollicité, soit directement, soit en passant par le centre 15 et un transport sanitaire. Par la suite le médecin urgentiste pourra, selon le contexte, prendre la décision d'une hospitalisation ou bien décider un retour au domicile.

En l'absence d'événement menaçant, c'est la mise en place d'une relation avec un praticien psychothérapeute qui doit être recherché. En cas d'urgence, celui-ci pourra aider l'équipe des urgences à prendre les meilleures décisions pour adapter le traitement et, en dehors de l'urgence, c'est le psychothérapeute psychiatre, psychologue ou médecin généraliste qui sera le plus qualifié pour conduire la psychothérapie avec le patient.

Il est déconseillé pour l'entourage de se substituer au psychothérapeute ou à une surveillance hospitalière.

COMMENT LA PRENDRE EN CHARGE

Il est parfaitement possible de vivre avec une personnalité névrotique que l'on peut reconnaître comme une hystérie. La difficulté réside certainement dans le fait de se tromper d'interlocuteur ou de lieu de discussion. Il est assez fréquent que le milieu professionnel ne soit pas le lieu le plus adapté pour exprimer la complexité de sa problématique personnelle : les collègues ne sont pas là pour ça. Et, surtout, ils n'ont pas l'habitude de la technique psychothérapeutique.

La distance nécessaire pour mener à bien une psychothérapie dans la durée risque de ne pas être au rendez-vous, contrairement aux praticiens expérimentés.

Pour s'extraire d'une relation trop exigeante, les collègues pourraient apporter une réponse adaptée pour leur permettre de prendre des distances, mais inadaptée, voire préjudiciable, pour la personne en souffrance. De même, les proches risquent d'être mis à contribution de manière excessive et au-delà de leurs forces sans pouvoir apporter de réponse.

C'est avant tout le psychothérapeute psychiatre, psychologue ou médecin généraliste qui peut offrir aux hystériques le lieu où exprimer leur souffrance en toute confidentialité et dans un contexte leur donnant accès à ce qui se cache derrière un comportement ou une angoisse rebelle. Un suivi régulier, et sur une longue durée, est le meilleur moyen de concilier un trouble de la personnalité et une vie quotidienne harmonieuse.

POURQUOI MOI

Le facteur de risque n'existe pas dans la globalité mais il réside dans l'histoire de chaque individu.

Pour ce qui est des facteurs de risque, ceci revient à définir ce qui peut être un facteur de risque de l'expression d'une insatisfaction d'un désir inconscient.

En fait, chaque individu a une expression particulière et singulière de son désir ; la diversité dans l'expression de son désir existe mais elle est conditionnée par l'histoire et le parcours de chacun.

Freud pensait aux traumatismes sexuels comme origine de l'hystérie mais, cliniquement, ce qui prime c'est que certains événements sont perçus comme tels, notamment la découverte de la sexualité sur un mode traumatique.

Même si les victimes de réels abus sexuels sont plus à risque de développer des troubles psychiques, d'autres personnes peuvent développer les mêmes troubles psychiques sans avoir subi ces mêmes traumatismes.

La prévention des formes graves d'hystérie réside dans la réalisation d'une psychothérapie régulière avec un praticien expérimenté : un psychothérapeute psychiatre, psychologue ou médecin généraliste. En la mettant en place au plus tôt, parfois dès l'adolescence, il est ainsi possible d'éviter l'évolution vers les formes graves d'hystérie, ou la mise en place de stratégies de défenses ayant tendance à isoler le patient dans un fonctionnement rigide.

COMMENT CELA MARCHE T IL ?

L'insatisfaction d'un désir infantile inconscient prend sa source dans la différenciation entre les sexes centrée autour de la problématique de ce que chaque sexe possède et souhaite. La manière de grandir en étant homme ou femme se calque sur les adultes les plus proches, en général les parents.

Les enfants développent un désir sexuel qui se développe de manière complète lors de l'adolescence. Mais ces enfants, pendant leur enfance ou plus tard lorsqu'ils deviennent adultes n'ont jamais réellement accès à ce qu'ils veulent savoir de l'intimité de leurs propres parents, en raison des interdits séparant les générations ; ce qui fait que l'on reste toujours l'enfant de ses parents et non un conjoint potentiel pour ceux-ci.

La seule possibilité de combler ce manque est d'imaginer cet érotisme et de continuer à vivre comme pendant l'enfance sans que ce désir ne soit jamais assouvi.

La mise en scène de ce désir prend la forme de symptômes résonnant avec la représentation du corps en les donnant à observer à un autre, le praticien, qui est supposé connaître ce que recherche le patient.

QUELLE SPÉCIALITÉ CONCERNÉE

Psychiatrie

Différents intervenants sont présents dans le domaine de la santé mentale. Ils se distinguent les uns des autres sur plusieurs points, notamment par leur formation et leurs moyens d'intervention.

Le premier point qui permet de distinguer les différents spécialistes du domaine est le cadre juridique qui protège et contrôle le titre et l'exercice de leur profession. Seuls les titres de psychiatres et de psychologues possèdent une réglementation officielle.

Le psychiatre est avant tout un médecin spécialisé en psychiatrie. Il est formé au diagnostic et au traitement des troubles mentaux graves nécessitant, la plupart du

temps, une prescription médicamenteuse. En tant que médecin, lui seul est habilité à prescrire des médicaments. Les consultations qu'il pratique sont prises en charge par la Sécurité sociale.

La gérontopsychiatrie (psychiatrie des personnes âgées) et la pédopsychiatrie (psychiatrie des enfants) sont des spécialités qui font partie de la psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

Sigmund Freud & Joseph Breuer, Etudes sur l'hystérie, Puf.

Lucien Israël, L'hystérique, le sexe et le médecin, Ed. Masson.

Etienne Trillat, Histoire de l'hystérie, Ed. Frison Roche.