

INTRODUCTION

On ne peut vivre sans souffrance car elle est inséparable de la vie psychique, le soin, l'entreprise thérapeutique n'évite pas l'expression de la souffrance, il permet seulement de la rendre plus tolérable. Le sujet met en œuvre des transformations pour rétablir un équilibre. Il est important de noter que la souffrance est le moteur de la vie psychique.

1. Quelques définitions repères

L'étude de la psychopathologie est complexe pour plusieurs raisons :

- Le visage de la souffrance mentale varie en fonction des sujets donc elle est particulière à chacun/
- Les symptômes ont un sens fondamentalement subjectif c à d que le sens du symptôme ne supporte pas la généralisation, on peut différencier les symptômes subjectifs du signe clinique objectif. La sémiologie se consacre à l'étude des signes et des symptômes.
- Le sens des symptômes apparaît souvent après coup. FREUD souligne que les expériences sont remaniées au cours du temps, les événements traumatisants peuvent donc se transformer en éléments pathogènes, c'est pourquoi l'histoire du sujet est importante, en particulier l'aspect psychologie-affectif et la psychogénèse.
- Le sujet est mené par sa vie psychique qui gouverne l'inconscient, rappelons que l'inconscient correspond aux désirs les plus inavouables, la partie la plus archaïque de notre vie psychique. Il touche à notre histoire infantile. Il nous échappe et il se pose à la source des symptômes.

La psychopathologie se définit comme la science des souffrances psychiques, elle cherche à identifier les troubles et à connaître ses causes ses origines et les mécanismes convoqués. Elle a son propre sujet d'étude bien qu'elle soit sur un territoire commun avec la psychanalyse, la psychiatrie et la psychologie clinique. Elle génère différents courants théoriques qui vont s'opposer dans leurs conceptions (psychanalyse, comportementalisme, phénoménaliste, cognitiviste...). Les courants de pensée nord-américaine marquent la classification nosographique internationale.

2. Classification nosographique internationale (CNI)

S'intéresser à la psychopathologie c'est s'intéresser à un sujet souffrant et donc s'intéresser à la différence entre pathologie et normalité qui renvoie le plus souvent à une norme sociale. Quand on parle de norme on se réfère à l'idéal ou aux statistiques, hors ceci revient à dire que ce qui est le plus fréquent relève du normal et ouvre la porte aux extrémistes (religion, physique, racisme...).

La normalité aurait peut-être un lien avec les qualités d'adaptation aux autres mais elle peut aussi être la capacité de résistance du sujet face aux difficultés internes et externes sans pour autant souffrir d'une désorganisation de la personnalité.

Le plus souvent la normalité est définie par la négative : tout ce qui n'est pas pathologique est normal. Aujourd'hui la distinction est définie par la CNI. Elle est apparue à l'époque d'apparition des psychotropes.

1^{er} Classification en 1952: DSM: Diagnostic & Statistical Manual of mental disorders. Il a été élaboré par l'APA, elle vise à proposer une description objective et athéorique des troubles, cependant la perspective est comportementaliste. Aujourd'hui on utilise le DSM 4 révisé en 2012 pour devenir DSM 5.

CIM : Classification International des Maladies. Proposé par l'OMS, aujourd'hui nous utilisons le CIM 10 qui s'appuie sur les mêmes principes (athéorie, description objective). Cependant c'est un listing multiaxial : bio-psycho-social.

3. FREUD, le normal et le pathologique

Il y a 2 hypothèses :

- Ils s'opposent
- Entretiennent des liens on peut donc considérer le pathologique comme continuum exagéré du normal. On peut glisser de l'un à l'autre, il n'y a pas de frontière entre les deux.

J.BERGERAI, psychopathologue envisage le fonctionnement psychique en termes de structure, il propose le diagnostic structural selon 3 grands modèles d'organisation :

- Structuration psychotique => psychose
- Structuration névrotique => névrose
- Aménagement « état limite » ou organisation d'état limite ; c'est le plus fréquent.

La perspective psycho-dynamique remet en question les conflits psychiques autour de la sexualité infantile, les événements vécus pendant l'enfance vont se révéler au niveau des symptômes marque du refoulement qui au même titre que les rêves, les lapsus... qui prouvent l'existence de l'inconscient et du travail du refoulement.

La psychanalyse nous a appris que le symptôme résulte d'un compromis entre le désir interdit, la pulsion, le Ca et la mise en place d'une défense, le Moi. Le symptôme résulte du conflit entre le Ca et le Moi.

4. Intérêt de la démarche diagnostic

Savoir et être capable de poser un diagnostic, d'identifier les troubles d'un patient est nécessaire car la psychologue doit partager avec un vocabulaire commun. Le diagnostic se situe comme un **espace** d'échange avec les autres professionnels, il ouvre un débat entre les spécialistes de la psyché.

Le diagnostic précède la question de la thérapeutique et du pronostic ; il est donc indispensable.

Dans la psychanalyse actuelle on retient 3 grands modèles d'organisation psychique, structure psychotique, névrotique et organisation de type état limite

Pour déterminer l'organisation d'un patient :

- Quels sont les symptômes présentés par le sujet ?
- Quelle est la nature de l'angoisse présente par le sujet ?
 - o Angoisse de castration : névrose
 - o Angoisse de morcèlement : psychose
 - o Angoisse de perte d'objet : état limite
- Quelle est la nature du conflit intrapsychique ?
- Qu'en est-il de la relation d'objet ?
 - o Relation de type œdipienne, triangulaire : névrose
 - o Relation de type fusionnelle, non différenciation entre moi et non-moi : psychose
 - o Relation de type anaclitique, appui sur l'autre : état limite
- Quels sont principaux mécanismes de défense mis en œuvre par le sujet ?

Ce diagnostic structural se crée lors de la rencontre, il sera d'abord une hypothèse de sens mais il est sujet à évolution et à discussion. Pour J. MENECHAL le diagnostic engage un aller-retour entre subjectivité et objectivité, il relève d'une réponse intérieure du clinicien et a donc fondamentalement un statut d'hypothèse.

Le diagnostic s'organise autour de 3 axes fondamentaux : symptôme, sémiologie, psychogénèse.

Symptôme : Toute manifestation spontanée d'une maladie qu'elle soit perçue subjectivement par le malade lui-même (douleur) : symptôme subjectif ou qu'elle puisse être constatée par un observateur symptôme objectif : le signe. Il y a donc une double dimension, objective et subjective, c'est ce qui a conduit à distinguer le symptôme et le signe clinique.

La psychanalyse considère le symptôme comme un compromis entre le désir et l'interdit. Cela indique qu'il y a un conflit psychique, un désir refoulé qui tente de faire refouler. Freud dira que le symptôme témoigne du retour du refoulé. Cependant le symptôme ne suffit pas pour indiquer une structure psychique on va donc devoir s'intéresser à la figure d'ensemble.

Sémiologie : Terme utilisé dans la linguistique et introduit par De SAUSSURE en psychologie comme la science des signes, c'est la sémiologie clinique. Elle consiste en une étude des signes observables et une mise en sens de ces signes, tous les éléments sont rassemblés par le principe de la convergence des indices cliniques. La subjectivité est utilisée, c'est un atout lorsque l'on arrive à déterminer pour quelle raison notre subjectivité nous oriente vers tel ou tel hypothèse.

Psychogénèse : Organise les signes cliniques et les symptômes du patient en fonctions de l'histoire du sujet qui va permettre de dégager du sens.

LA NEVROSE

I. GENERALITES SEMIOLOGIQUES

5. Introduction

Traditionnellement on oppose névrose et psychose :

La psychose définit l'ensemble des troubles mentaux graves qui affecte le sens de la réalité, cette perturbation peut aller jusqu'à la construction d'une néo-réalité, c'est-à-dire vers la production d'un délire. Le plus souvent les sujets sont préoccupés par des enjeux pré-génitaux.

La névrose concerne des troubles psychiques en lien avec des enjeux œdipiens (génitaux) et n'affecte pas la perception de la réalité. Elle résulte d'un conflit de nature génitale, sexuelle.

Les pathologies d'état limite concerne un fonctionnement psychique qui se situe entre névrose et psychose, elles résultent d'un conflit lié à l'angoisse de perte d'objet avec des enjeux surtout narcissiques.

6. Aperçu historique

Médecin Ecossais W.KULLEN 1769, ensemble de maladies nerveuse sans fièvre ou lésion : Coma convulsion

A l'occasion de la révolution française 1789 PINEL libèrent les fous de Bicêtre, il va se présenter comme le père de la psychiatrie, pour lui la névrose a également une origine morale.

Pierre JANET 1893 souligne l'origine psychogène de la névrose.

L'expérience clinique de FREUD débute avec CHARCOT (1825-1893) qui propose un lien entre neurologie et psychiatrie, l'expérience de FREUD se poursuit avec J.BREUER avec qui il publie *Les études sur l'hystérie* en 1895 : « les hystériques souffrent surtout de leur réminiscence ». Pour lui se sont surtout les souvenirs qui sont source de souffrance chez les patientes hystériques, pour lui c'est le conflit psychique lié aux enjeux de la sexualité infantile qui est source de l'hystérie. Les traumatismes sexuels sont à l'origine de la névrose, c'est ce qu'on appelle la théorie de la séduction ou théorie traumatique. Il s'éloigne de CHARCOT qui continu de chercher une lésion et de BREUER qui refuse de lier la sexualité et le conflit psychique.

FREUD va remettre en cause sa théorie de la séduction, il remet en cause la réalité du traumatisme, il lui paraît impossible que toutes les patientes est eu un père pervers. Il va donc établir une nouvelle théorie : la théorie du fantasme. C'est ce qu'on appellera l'abandon de la neurotica en 1887. Pour lui la névrose aurait une origine dans le fantasme de séduction sexuel qu'il va mettre en lien avec la problématique œdipienne. Il va mettre en avant le rôle majeur du refoulement dans le développement de la névrose. Simultanément il va faire un pas important sur le plan thérapeutique en renonçant à l'hypnose pour adopter l'association libre comme mode de traitement privilégié de la névrose. Cette nouvelle méthode vise surtout à favoriser le retour du matériel refoulé et à favoriser l'accès à la vie psychique inconsciente. Le discours associatif est gouverné par une logique inconsciente. Ce qui est aussi essentiel c'est l'établissement d'une relation dans laquelle se développe le transfert.

7. Pathologie névrotique

Après FREUD les descendants de sa pensée vont préciser les choses, on parle de structure névrotique en référence au diagnostic structural proposé par J BERGERAI. En psychiatrie française classique on considère qu'un patient est structuré sur un mode névrotique quand :

- Il est en prise avec un conflit psychique inconscient qui concerne les enjeux œdipiens
- Ses défenses s'organisent contre l'angoisse de castration

Un sujet névrosé est un sujet qui a traversé les différents stades psycho-affectifs (stades oral anal, phallique) et à accéder au stade œdipien. Il a vu son Surmoi s'opposé à son désir inconscient, ses pulsions. L'idée c'est que cela génère du conflit et que le sujet doit mettre en œuvre des mécanismes de défense pour le gérer, c'est le Moi qui mets en place ces défenses, ce sont des stratégies psychiques de lutte contre l'angoisse. Le mécanisme essentiel de défense de la névrose est le refoulement. Pour FREUD le refoulement c'est la fonction de rejeter et de maintenir hors de la conscience.

Parfois il y a échec du refoulement, le sujet se retrouve dans l'incapacité de maintenir inconscient certains de ses désirs et pulsions, c'est ce qui engendre le symptôme et donc la névrose. Ce n'est pas parce que le sujet refoule qu'il tombe malade mais parce qu'il ne peut pas maintenir un refoulement efficace que la névrose se déclare. Le symptôme vient signaler qu'il ne peut pas gérer le conflit. Le symptôme se présente comme une formation de compromis entre le désir et la défense ; il devient donc un mode de résolution du conflit psychique, une solution au conflit puisqu'il permet de lutter contre l'angoisse de castration.

Derrière le symptôme on trouve le désir interdit qui se manifeste de façon masqué, symbolique (processus similaire au rêve). C'est pourquoi on parle du retour du refoulé dans le symptôme. Le symptôme est donc positif car il soulage le sujet de l'angoisse, il ne faut donc pas forcément supprimer le symptôme car ce serait le privé de sa défense, cependant si on souhaite le supprimer il faut lui proposer de trouver une autre solution pour soulager son angoisse. Pourquoi la pulsion est-elle déguisé dans le symptôme ? Pour tromper la censure du Surmoi.

La névrose, la structuration névrotique compte 3 grandes catégories :

- Névrose hystérique ou hystérie de conversion
- Névrose phobique ou hystérie d'angoisse
- Névrose de contrainte ou névrose obsessionnelle

Chez un sujet névrotique il y a une maturation psycho-affective qui peut prendre plusieurs traits, hystérique, phobique ou obsessionnel. Ces différents traits ne deviennent pathologiques que s'ils envahissent de façon majeure la vie du sujet, s'ils génèrent une souffrance morale et une inadaptation à la réalité. Finalement un sujet névrosé peut présenter des traits mais cela ne constitue pas en soi une maladie mentale, c'est lorsqu'une certaine forme d'équilibre est rompu, lorsqu'il y a des manifestations envahissantes du sujet qui nuise à son épanouissement que l'on considère qu'il y a pathologie. C'est à ce moment que l'on parle de décompensation, cela correspond à une rupture de l'équilibre psychique et à la production de symptômes envahissants.

Pour poser un diagnostic il faut prendre plusieurs précautions :

- Différencier l'organisation névrotico-normal de la personnalité et la maladie névrotique avérée.
 - o Nevrotico-normal : preuve de la maturation psycho-affective
 - o Maladie névrotique : décompensation
- Il faut avoir relevé une structure névrotique, un conflit psychique marqué par l'enjeu sexuel œdipien et une production symptomatique invalidante.

Lorsque l'on s'intéresse au sens, des symptômes, qui échappe à la conscience du patient il faut articuler

- les éléments synchroniques liés à l'observation immédiate, symptômes
- les éléments diachroniques liés à l'histoire du sujet

La névrose traumatique n'a rien à voir avec une structuration névrotique. La névrose traumatique aujourd'hui on fait référence à l'impossibilité d'un sujet à s'adapter à une situation catastrophe.

8. Repères généraux

Points fondamentaux pour résumer la névrose :

- Pour parler de névrose il faut qu'aucune étiologique organique ne soit trouvée.
- Il faut qu'il y est un mal être plutôt intense, le patient est conscient de ses troubles, il s'en plaint. Ceci illustre le fait que la névrose est essentiellement subjective. (Marie au gros nez)
- Le symptôme doit être vu comme un compromis inconscient qui témoigne d'un conflit non résolu.
- Le symptôme est un mode de lutte contre l'angoisse lié à l'échec du refoulement.
- L'angoisse de castration est à l'origine de la névrose, elle génère un sentiment de culpabilité.
- La plainte du sujet est rapportée à l'entourage proche puis au médecin généraliste.
- Il y a des bénéfices primaires (le sujet est soulagé de l'angoisse à l'occasion du symptôme) et secondaires (le sujet trouve une convenance à être entouré ce qui risque de chroniciser le symptôme).
- Le patient névrosé garde le contact avec la réalité et son sentiment d'identité.
- La névrose de manière générale est mieux tolérée par l'entourage et moins invalidante que la psychose. Les difficultés des patients sont généralement d'ordre relationnel.
- Les symptômes névrotiques peuvent apparaître à tous moments de la vie du sujet cependant il existe des périodes charnières : adolescence, crise du milieu de la vie, ménopause, passage à la retraite, deuil, réussites... tous ce qui est de l'ordre des bouleversements psycho-affectifs.
- Il existe une conception unitaire de la névrose et 3 formes ; phobique, hystérique, obsessionnelle.
- Prudence avec les termes, une structure névrotique peut référer un état névrotico-normal ou un état pathologique avéré.
- Dans la rencontre on s'identifie plus facilement avec un sujet névrotique qu'avec un sujet psychotique.

Qu'est-ce que la névrose ? Réponse minimum ces points fondamentaux !

II. NEVROSE HYSTERIQUE ou HYSTERIE DE CONVERSION

A. Evolution des idées sur l'hystérie

L'hystérie était considéré dans l'antiquité comme essentiellement féminine car elle était situé au niveau de l'utérus et cette hystérie était lié à son déplacement dans le corps de la femme. Ce déplacement était dû à l'abstinence et donc le remède était la pratique sexuelle.

Du moyen-âge à la renaissance le regard porté sur les hystériques ne s'améliore pas car elles sont accusé de possession démoniaque, et c'est associé à la sorcellerie.

Vers le 17^{ème} siècle T. SYDEHAM pense trouver le siège cérébral de l'affection hystérique, donc au début du 19^{ème} plusieurs hypothèses s'opposent, organogénèse vs psychogénèse. C'est CHARCOT, un neurologue qui va considérer l'hystérie comme une maladie, ce qu'il met en avant c'est l'idée qu'elle n'est pas liée à la dégénérescence mais plutôt à un trouble physiologique du SN. Il va notamment être conduit à différencier hystérie et épilepsie. CHARCOT est un organiciste, il utilise l'hypnose comme moyen d'investigation pour poser le diagnostic d'hystérie. Il va également s'intéresser à l'hystérie chez l'homme.

BABINSKI (1857-1932) est un élève de CHARCOT, il remet en cause sa théorie, pour lui l'hystérie résulte de l'autosuggestion, il propose de remplacer le terme d'hystérie par celui de pithiatisme qui signifie persuader en grec, il veut souligner ici que la patiente est maitresse de ses troubles, qu'elle simule son état. Il faut noter que chez le simulateur il y a une intention consciente de tromper l'autre alors qu'avec l'hystérique nous sommes trompés mais elle se trompe aussi, cette tromperie est inconsciente.

FREUD apporte un point de vue nouveau, notamment avec ses premiers travaux, « les études sur l'hystérie » en 1895. Il met le traumatisme sexuel à la source de la névrose. Il construit donc une théorie de la séduction, ce qu'il y a de nouveau c'est l'articulation entre hystérie et sexualité, c'est sur ce point que BRUYER n'est pas d'accord et qu'il va s'éloigner de FREUD. Il met en avant l'idée qu'il existe un langage du corps chez l'hystérique, en apparence c'est indéchiffrable mais qu'il suffit de décoder pour y voir un sens, il a donc une dimension symbolique.

Cas d'Anna O. : C'est une patiente de BRUYER, FREUD se remémore ce cas des années après, elle présente des symptômes impressionnant ; toux nerveuse chronique, troubles oculaires, anesthésies locales, paralysie, mutisme... pour lesquels il n'y a aucune explication biologique. Il remarque que le symptôme disparaît lorsque celle-ci évoque les circonstances de la première apparition de celui-ci. Il va tenter d'instaurer une cure par la parole (inaugure la cure cathartique). Les deux hommes se retrouvent autour de l'importance de la parole mais sont toujours en désaccord sur l'aspect sexuel du traumatisme. FREUD reprendra cette cure en ajoutant l'association libre. Pour lui l'hystérique tente de se défendre d'une angoisse lié à la sexualité. Ce ça viens signer la méthode cathartique.

Cas de Katarina et théorie de la séduction : Il se propose de comparer les symptômes des hystériques, ce langage du corps, ce code résulterait d'un travail de mystification visant à camoufler le désir œdipien interdit et inconscient. Il va chercher à déchiffrer ces symptômes de conversion ; pour cela il s'appuie sur la théorie de la séduction. Depuis son retour de vacances elle souffre d'angoisse, de peur de la mort, d'étouffement... Il va découvrir qu'à 14ans elle aurait subi un traumatisme sexuel : son père a tenté d'abuser d'elle. Pour FREUD elle aurait éprouvé un effroi sexuel, plus tard ce traumatisme serait venu prendre sens du fait d'un autre évènement de même nature : elle surprend son père partageant un acte sexuel avec sa jeune cousine. Il va alors expliquer qu'à cette occasion il y a un effet associatif entre les deux évènements ce qui va engager le refoulement. Cependant ce refoulement n'est pas suffisamment efficace, ce qui explique les symptômes hystériques de la patiente qui dit-il sont l'expression d'une défense contre l'angoisse. Son premier objectif thérapeutique va être de retrouver le souvenir inconscient de cette expérience traumatique.

Il construit cette occasion sa théorie de la séduction : la neurotica. Elle s'articule en 2 temps, premièrement pendant la période pré pubère il y a une scène de séduction d'un adulte sur un enfant qui provoque une excitation sexuelle chez l'enfant qui ne sera pas refoulé, deuxièmement se produit un événement de même nature qui réveille le traumatisme et c'est à ce moment-là que se produit le refoulement.

Il va renoncer à sa neurotica lors de son travail d'auto-analyse (correspondance avec FLIESS) ??? En 1897 il écrit qu'il ne croit plus en sa neurotica, il évoque plusieurs raisons :

- Cette cure s'achève difficilement, efficacité thérapeutique relative
- Si toutes les femmes hystériques ont subis des abus cela signifie qu'il y a beaucoup trop de père pervers ce qui n'est pas plausible.
- Il est difficile de savoir si les patientes disent la vérité ou si cela relève de l'imagination.
- Toutes les patientes n'évoquent pas nécessairement de traumatisme sexuel.

Parallèlement il travaille sur ses rêves et découvre chez lui des sentiments d'amour inconscient à l'égard de sa mère et l'austérité à l'égard de son père. Il va donc se rendre compte que ces sentiments ne se retrouvent pas seulement chez les hystériques mais chez tout le monde. A partir de là il construit sa théorie sur le complexe d'œdipe et il souligne son caractère universel. Il va introduire la notion de fantasme, en effet les scènes de séduction évoqué par ses patientes ne relèvent pas nécessairement de la réalité mais peut être est ce de l'ordre du fantasme.

Les travaux de FREUD mettent en avant que ce dont souffre l'hystérique c'est un conflit psychique de nature sexuelle qui vient se figurer dans le corps. Et il met en avant l'idée de la conversion.

B. La conversion hystérique

Elizabeth Von Hair : Jeune fille de 24 ans qui souffre de crampes aux jambes qui l'empêche de marcher. Elle vient avec une inquiétude d'allure somatique, c'est que Freud appellera « la belle indifférence ». Ce qu'il met en avant c'est en lien avec des désirs inconscients qui engage chez elle un sentiment de culpabilité et ce désir concerne un homme vis-à-vis duquel elle s'interdit d'aller. Pour Freud ces crampes ont un sens symbolique au titre où elles viennent signifier l'impossibilité de satisfaire son désir inconscient, il n'y a pas de raison physiologique. Elle évoque en séance des souvenirs de son désir inconscient notamment aux soins qu'elle portait à son père malade, il avait l'habitude de poser sa jambe malade sur la cuisse droite d'Elizabeth afin qu'elle lui fasse ses bandages. La première crampe qu'elle a ressentie était dans la jambe droite.

C'est une figure du discours qui s'inscrit dans le corps ; la douleur physique témoigne de la douleur morale. S'il y a un symptôme c'est qu'il y a un conflit psychique, deux tendances contraires s'opposent : désirer et s'interdire de désirer. Freud va tenter de dégager les enjeux œdipiens. L'angoisse liée au conflit psychique est donc convertie au niveau du corps, c'est le mécanisme de conversion.

1. Caractéristiques générales de la conversion

C'est la traduction corporelle du conflit psychique, le malaise psychique se traduit par cette plainte d'allure somatique sans cause organique repérable. Le plus souvent c'est un déficit fonctionnel et non lésionnel. Ceci conduit à dire traditionnellement que l'hystérique parle le langage du corps. L'avantage pour la patiente c'est d'évacuer l'angoisse mais aussi d'ignorer le conflit psychique inconscient à l'origine.

Ces atteintes physiques peuvent prendre des formes et des expressions différentes (durée, gravité, fréquence). Elles varient en fonction du contexte relationnel et des circonstances de vie. Elles sont souvent spectaculaires et réversibles. La localisation du symptôme dépend de facteurs multiples, il peut y avoir une identification à un parent ou une expérience infantile de maladie par exemple. Il y a transformation d'une représentation refoulée en symptôme que le corps met en scène. Le corps en question est sexué et fantasmé, l'état d'anxiété qui accompagne le symptôme de conversion peut être variable et cette **surprenante tolérance affective du symptôme que l'on qualifie de belle indifférence**. Les sujets sont suggestibles, très influençables c'est pourquoi les symptômes sont très variables. Attention ce n'est pas parce que le sujet est influençable que le sujet simule, même s'il peut en donner l'impression.

Parfois on ne trouve pas de symptômes somatiques.

2. Les symptômes d'allure somatique

On peut observer des épisodes aigus et transitoires ou durables

a. Les manifestations paroxystique ou crises

La crise hystérique qui est typique de la problématique hystérique mais elle varie dans son intensité et ses formes. Aujourd'hui on observe plus les crises comme Charcot a pu les observer son époque, on observe plutôt des équivalents mineurs de la crise.

Charcot décrivait la grande crise, la grande attaque ou la grande crise épileptoïde-pseudo-convulsive. La patiente se retrouve dans un état d'agitation spectaculaire marquée notamment par des attitudes de provocation sexuelle. Charcot observe 5 étapes :

- 1- La crise s'annonce avec des symptômes précurseurs (prodromes) et une perte de conscience: modification de l'humeur, palpitation cardiaque et boule dans la gorge. C'est une chute douce du corps. On peut voir des similarités avec l'épilepsie cependant des différences nettes existent ; pas de morsure de langue, pas d'émission d'urine, EEG normal.
- 2- Phase épileptoïde marqué par 2 temps, tonique et chronique
 - Phase tonique : attitude de raideur généralisée avec immobilisation tétanique du corps, il y a un renversement de la tête et parfois un arrêt respiratoire
 - Phase clonique : agitation sporadique du corps, des mouvements plus souvent désordonnés
- 3- Phase du clownisme, le corps se tord
- 4- Phase de transe dans laquelle le sujet exprime des scènes violentes et érotiques, agitation frénétique et attitude extatique.
- 5- Phase terminal ou verbal où le sujet passe à l'expression verbal et reviens à son état normal qui s'accompagne de pleurs de sanglot et parfois d'un état de sommeil.

C'est surtout dans des situations d'hystérie collective que ces crises atteignent son paroxysme. Aujourd'hui on observe des formes mineures, dégradés, de la crise. On peut observer toute les gravités possibles qui vont d'une crise de nerf classique à la grande crise, par exemple des crises tétaniformes, de spasmophilie, de tremblement, de tic, la tentative de suicide... Ces état de crise relève d'accès d'angoisse et sont toujours d'allure de causalité inexplicé à un moment inattendu. Elles sont en générale brève et ponctuelle.

b. Manifestation durables

L'atteinte motrice : Elle recouvre 3 types de manifestations

- les paralysies et les contractures (asthme, crampe...)
- les mouvements anormaux (tic et tremblement)
- faiblesses musculaires et asthénie (fatigue)

Les atteintes sensitives : Elle recouvre 3 types d'atteintes :

- Anesthésies, perte de la sensation (vaginisme = perte de sensation qui entraîne frigidité)
- Points hyperesthésiques, zones d'hypersensibilités
- Algies, douleurs sans cause organique (céphalée, algies dentaires)

Les atteintes sensorielles :

- Vision : cécité temporaire, brouillard visuel, strabisme...
- Audition : acouphènes, pseudo-surdité
- Phonation : aphonie, bégaiement, mutisme
- Goût : agueusie

Les atteintes du système neurovégétatif :

- Spasmes, spasme pharyngienne (boule dans la gorge)
- « Gros ventre hystérique », la grossesse nerveuse
- Troubles vasomoteurs et trophiques provoque fièvre, hémorragies, oedèmes...

C'est tout un langage du corps qui par le biais de la conversion viens exprimer de façon symbolique le conflit psychique inconscient.

C. Les symptômes d'expression psychique

1. Troubles de la mémoire

Ce qui est caractéristique de l'hystérique c'est sa difficulté à se souvenir et à évoquer ses souvenirs, il présente ce que l'on appelle une « particulière faculté à l'oubli ». Ceci relève d'une amnésie psychogène. Il oublie principalement les événements de sa vie qui ont été particulièrement douloureux ou honteux. Pour combler le trou de sa mémoire le sujet a tendance à recourir à la fabulation. Cet oubli est le travail du refoulement.

2. L'inhibition intellectuelle

Souvent le sujet est en difficulté du côté de l'effort intellectuel, ce qui se traduit par des mots de têtes qui rendent impossible ce travail intellectuel, parfois on observe des déficits intellectuels légers. Il ne peut pas utiliser ses capacités intellectuelles car elles sont utilisées par autre chose, par exemple les enfants qui n'ont pas résolu leur conflit œdipiens.

3. Troubles de la conscience et de la vigilance

On retient 3 troubles :

- La distraction : le sujet hystérique est « tête en l'air », il présente une tendance à la frivolité qui a l'excès peu prendre la forme de l'attaque de sommeil. Ceci permet au sujet de se mettre à distance des événements déplaisants de la vie
- Somnambulisme et fugue psychogènes
- « l'Etat second » que l'on retrouve dans l'état de transe.

D. Le caractère de l'hystérique

Ils correspondent aux caractères du sujet, le DSM4 parle de personnalité histrionique, le sujet cherche constamment à attirer l'attention sur lui.

1. La théâtralisation ; la mise en scène permanente de l'intime, du sexuel

Le désir de plaire poussé à l'extrême, il se traduit par une exagération de la coquetterie, ces efforts sont faits dans le but de ne pas rencontrer l'autre. Ceci peut aussi se traduire dans le discours, on observe une générosité relationnelle. L'hystérique garde une peur de rencontre sexuel de l'autre, si l'autre répond à l'appel l'hystérique se met en fuite. Il est donc important de garder une certaine distance avec un patient hystérique car sinon il ne reviendra pas. Cette attitude séduction-retrait caractérise l'hystérique car une des caractéristiques de l'hystérique est l'ambivalence. Le sujet ressent un certain dégoût du sexuel. Chez les hommes l'impuissance sexuelle ou l'éjaculation précoce reflète cette ambivalence.

2. Le jeu entre vérité et mensonge

L'hystérique est très à l'aise avec la fabulation, il en rajoute, se réfugie dans la mythomanie, dans un univers de faux-semblants, d'artificialité. C'est quelqu'un qui aime falsifier ses rapports avec autrui. Cependant il reste ancré dans la réalité.

3. La plasticité qui privilégie le personnage à la personne

Les sujets hystériques sont très sociables, ouverts aux autres, accueillants, ils ont de grandes facilités relationnelles. Ce sont des sujets hyperémotif, versatiles (changement d'humeur), suggestibles ; c'est-à-dire qu'ils peuvent s'engager passionnément. C'est un caméléon grâce à la capacité de passer d'un personnage à un autre. On appelle ceci le « côté dévorateur d'identification ». Elle est dans la mystification, la passion. De plus l'hystérique change souvent de sujet (passe du coq à l'âne), d'avis... ceci rappelle la « belle indifférence » de l'hystérique qui lui donne une apparence insouciance.

Il est important de noter que l'hystérique doute toujours de sa vraie valeur et c'est pourquoi l'attention de l'autre est indispensable et qu'elle fournit autant d'effort. Elle est affectivement dépendante à l'autre, ceci révèle une certaine immaturité psychologie-affective. Ce que l'on pourrait relever comme de l'égoïsme témoigne d'une fragilité narcissique du sujet, une fragilité du Moi, il a besoin d'une reconnaissance de l'autre pour se sentir exister. Classiquement on associe l'hystérie à la femme car chez l'homme elle s'exprime différemment, par exemple le « Don Juan », la ventardise...

III. LA NEVROSE PHOBIQUE OU HYSTERIE D'ANGOISSE

Introduction : aperçu historique

Dans l'histoire de la psychopathologie on a identifié depuis longtemps les symptômes, cependant les termes utilisés pour les décrire ont variés. Les phobies étaient appelées manie sans délire ou monomanie. Les symptômes phobiques et obsessionnels ont été assimilés pendant un certain temps.

WESTPHAL en 1871 utilise pour la première fois le terme de phobie, notamment en parlant d'agoraphobie pour la peur des lieux publics, ensuite on va voir naître une quantité de termes pour décrire les différentes phobies :

- Claustrophobie : peur des espaces clos
- Ereutrophobie : peur de rougir en public
- Sidérodromophobie : peur des chemins de fer
- Erythrophobie : peur de la couleur rouge

FREUD va distinguer la phobie et l'obsession, il propose l'appellation d'hystérie d'angoisse pour souligner qu'il existe une autonomie nosographique (pathologie distincte) afin de la distinguer.

Ce qui caractérise la **phobie** c'est la notion de peur intense lié à une situation, une personne ou un objet. C'est une situation que le sujet va tenter d'éviter afin de s'affranchir du surgissement de l'angoisse. Elle se manifeste toujours dans une situation spécifique, ciblée, face à un objet lui-même spécifique qui génère une crainte subjective et involontaire. Cette crainte disparaît quand le sujet n'est plus exposé à l'objet ou la situation phobogène. La phobie correspond à une peur non justifiée, disproportionnée, démesurée au regard du danger réel encouru. Il y a d'autres signes cliniques à repérer, notamment des **conduites phobiques et des traits de caractère spécifique**.

Pour parler de névrose phobique il y a toujours création d'un objet ou d'une situation phobique qui implique un mécanisme d'extériorisation et de déplacement. Ce mécanisme est lié à l'angoisse interne du sujet, elle est projetée sur la scène extérieure en particulier sur un objet ou une situation spécifique. Ceci est lié au fait qu'il est plus facile pour le sujet de lutter contre une angoisse externe qu'interne. La phobie est donc une barrière de protection pour le sujet, il peut alors trouver un compromis à son conflit psychique inconscient. La phobie peut donc être extrêmement envahissante et perturber l'épanouissement du patient, c'est à partir de ce moment qu'elles prennent un caractère pathologique. Il existe 2 grandes catégories de phobies que nous allons étudier : typique et atypique.

A. Les phobies typiques

1. Les phobies de situation

Concernent des situations spécifiques qui génèrent un état de panique.

La plus connue est l'**agoraphobie**, elle traduit la crainte des lieux publics, de la foule. La crainte panique se traduit chez le sujet par un sentiment de vertige, une peur de s'évanouir ou de mourir, un souffle court, sentiment d'étouffement...

La **claustrophobie** est la peur des lieux clos qui paraissent condamner le sujet, l'angoisse du sujet est liée à la crainte de ne pas pouvoir quitter ce lieu, il va par exemple prendre l'escalier, s'asseoir près d'une porte ou d'une fenêtre.

Dans les exemples les plus courants on peut retrouver la phobie des moyens de transport, le sujet redoute l'enfermement et l'absence de contrôle de la situation.

On trouve aussi la phobie du vide, l'**acrophobie**.

2. Les phobies sociales

Elles sont plus fréquentes chez les femmes, elles se développent après la puberté. Elles sont liées à des craintes paniques qui se manifestent dans situation relationnelle. Elle se traduit par la crainte du ridicule, de ne pas avoir une conduite adaptée à la situation, du conflit, de rougir en publique. Ce qui génère les phobies sociales c'est la crainte du regard de l'Autre, d'être vu.

Ereutophobie, le sujet redoute de laisser voir au dehors quelque chose du dedans, notamment des éléments intimes.

3. Les phobies simples

On retrouve par exemple la **phobie des animaux**, des chiens, des chats, des souris, des serpents, des araignées... Ce sont des peurs typiquement féminine très présente chez l'enfant, il est normal d'observer ces peurs, on est dans la normalité cependant lorsqu'elles se cristallisent et réapparaissent à l'âge adulte on est dans la pathologie. Phobie des objets, pointus, coupants, des plumes, du velours... Phobies des orages, du sang, des odeurs, des piqures, du noir, des bruits...

Le cas du petit Hans, FREUD met en évidence que le cheval représente le père car il craint la castration paternelle.

B. Les phobies atypiques

1. Les phobies à caractère impulsif ou d'impulsion

2. Les phobies limites

C. Le caractère phobique

1. L'anxiété et l'état d'alerte permanent

2. L'immaturation du Moi

3. L'inhibition et la fuite

D. Les conduites phobiques

1. Les conduites d'évitement

2. Les conduites rassurantes ou de réassurance