

# Névroses

# Définition

- Les névroses se manifestent par des symptômes “compréhensibles”: on peut les comprendre en fonction de l’histoire du sujet et des événements qui l’ont marquée.
- Ces événements représentent un mode de defense contre l’angoisse liée à des conflits inconscients et réalisent une sorte de compromise (signification symbolique des symptômes) tendant à neutraliser cette angoisse.

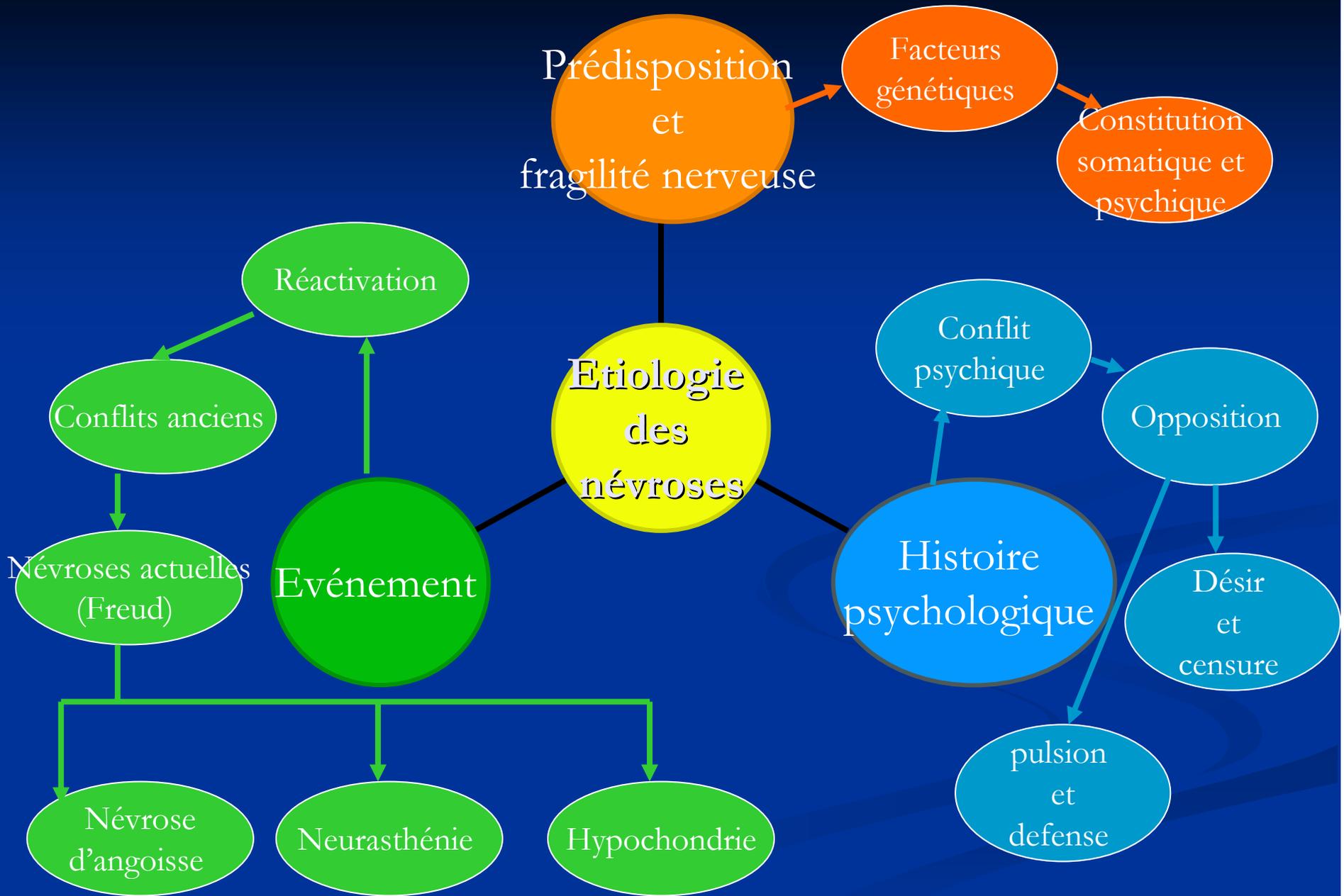
# Définition (suite)

- La fréquence extrême des névroses en fait un problème quotidien pour le médecin praticien.
- Une névrose est caractérisée par la possibilité que le patient conserve toujours de constater le caractère anormal de ses troubles et de les critiquer.

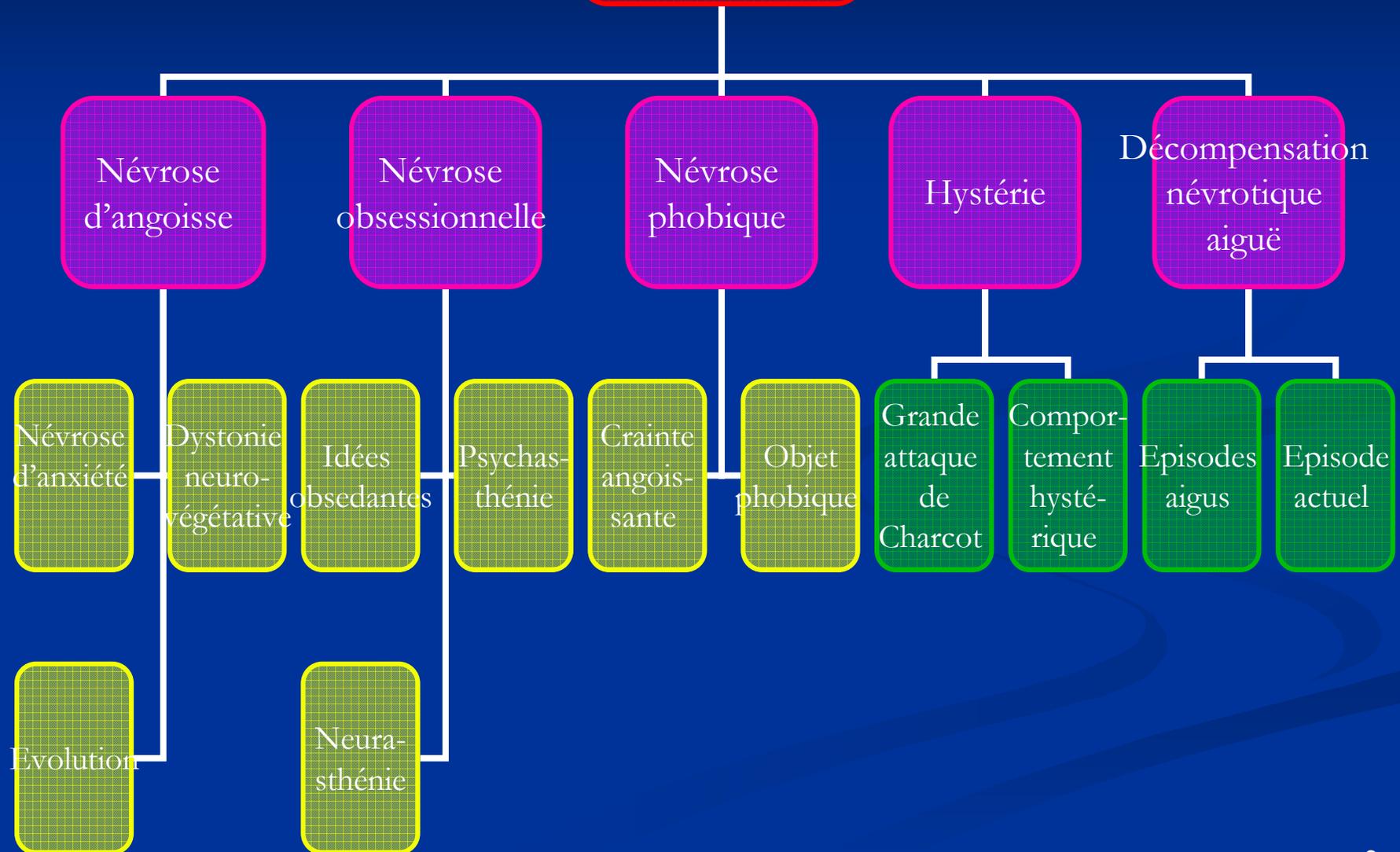
# Définition (suite)

- Cette position d'observateur lucide n'implique pas le malade soit à même de contrôler son comportement:
  - les impulsions,
  - les compulsions

échappant à sa volonté mais du moins n'en ignore-t-il pas le caractère inutile ou absurde, ce qui marque la différence avec les psychoses.



# Formes cliniques



# Névroses d'angoisse

- A la différence de la peur, l'angoisse n'a pas d'objet réel.
- C'est un malaise total, à la fois psychologique et organique.
- Il ne faut pas confondre angoisse et dépression:
  - L'anxieux peut être triste, mais il n'est pas pessimiste. Il espère et attend la fin de son malaise et une fois soulagé, son humeur est normale.
  - L'angoisse peut être libre et flottante. C'est une angoisse inexpliquée. Ou bien l'angoisse peut être fixée, associée à certains objets. C'est alors **une angoisse phobique**.

# Névrose d'anxiété

- C'est le phénomène le plus caractéristique de la névrose anxieuse d'où la **crise**. Elle motive l'appel au médecin.
- Les signes cliniques observés sont les suivants:
  - *L'angoisse* submerge le patient.
  - *Les troubles somatiques* d'accompagnement sont importants et se manifestent sous forme de: précordialgie, oppression thoracique et dyspnée, sudation pouvant orienter vers le diagnostic d'un malaise organique.
- Malgré l'intensité des réactions, l'examen est rassurant. La présence du médecin apaise et il y a souvent la notion d'épisodes antérieurs qui sont terminés favorablement.

# Névrose d'anxiété (suite)

- Les crises peuvent survenir dans la journée ou durant la nuit. lorsqu'elles se succèdent sans intervalle libre suffisant, il s'agit **d'attaques d'angoisse** qui s'étendent sur plusieurs jours.
- Dans l'intervalle, le patient est inquiet, préoccupé par la possibilité du retour de ses maux.
- Les circonstances quotidiennes peuvent faire renaître l'anxiété: l'insomnie ou au contraire le réveil avec les obligations de la journée, les contacts humains, les orties, la prise de médicaments, etc.

# Dystonie neuro-végétative

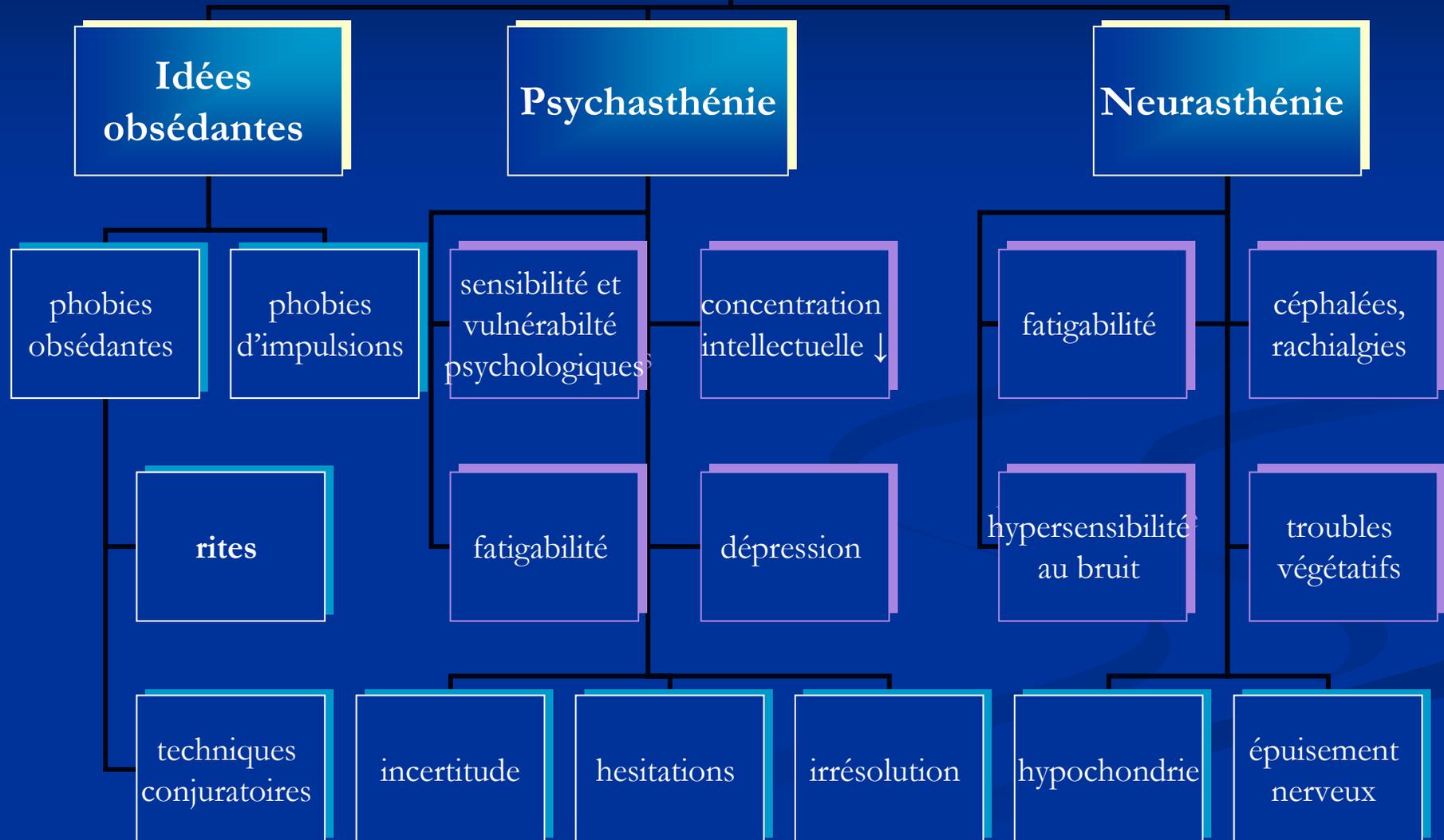
- Les équivalents somatiques sont nombreux et servent d'appel à des fixations **hypochondriaques** tels que:
  - les palpitations du cœur irritable,
  - le phénomènes pseudo-colitiques,
  - certains épigastalgies,
  - certaines dyspnées pseudo-asthmatiques,
  - des vertiges et tremblements.
- Il est commode de grouper ces manifestations sous le nom de **dystonie neuro-végétatives** pour attirer l'attention sur:
  - l'efficacité de la thérapeutique vagolytique ou synpatholytique.
  - Réciproquement, devant un ballonnement post-prandial, des extrasystoles ou un pseudo-asthme, il ne faut pas méconnaître l'importance de l'angoisse.

# Evolution

L'évolution de la névrose anxieuse répond à quelques principes simples.

- Les crises peuvent être apaisées par:
  - Une “*psychothérapie de présence*” du médecin,
  - Et l'adjonction des médicaments sédatifs.
  
- Lorsque la crise est très forte, il faudra employer la voie parentérale:
  - Méprobamate intramusculaire,
  - Diazepam intramusculaire ou intraveineux.
  
- En dehors des crises, le traitement doit mettre en œuvre:
  - La psychothérapie (psychothérapies de soutien, psychothérapies d'inspiration analytique)
  - Et parfois une chimiothérapie: la subnarcose barbiturique amène une véritable détente. La chimiothérapie longtemps poursuivie est également efficace. Tous les tranquillisants ont pu être employés. Il faut parfois tâtonner ou changer. Les neuroleptiques à petites doses donnent des résultats durables: lévomépromazine 2 mg...
  
- Il faut s'abstenir de toute medication psychotonique qui aggraverait l'angoisse. C'est le cas des anorexigènes, de certains produits hormonaux, vitaminiques, mal supportés par les anxieux.

# Névrose obsessionnelle



# Névrose phobique

- Elle se définit par une crainte angoissante qui apparaît en présence d'un objet ou d'une situation déterminée.
- L'objet phobique ou la situation ne sont ni dangereux, ni menaçant directement:
  - le sujet en est conscient
  - l'agoraphobique ne peut pas traverser les espaces découverts,
  - le claustrophobique ne peut ni rester dans une pièce close, ni prendre l'ascenseur ou le metro
  - l'éreuthophobique craint de rougir en public
  - une mere redoute les instruments tranchants, la proximité d'une fenêtre, toutes les circonstances où elle pourrait blesser son enfant.

# Névrose phobique (suite)

- On distinguera donc des phobies:
  - d'objets, d'animaux,
  - de lieux,
  - de situation, etc.
- Hors de la présence de l'objet phobique, l'individu est normal.
- Dans certains cas douteux, on observe une véritable multiplication des objets phobiques: **pantophobie**.
- Le traitement comporte:
  - les petites doses d'anti-dépresseurs,
  - les tranquillisants
  - la psychothérapie est indispensable: soutien, relaxation, thérapie comportementale, cure analytique.

# Hystérie

Pites assignait à l'hystérie, cinq caractères:

- troubles fonctionnels
- troubles labiles
- structure mentale particulière
- évolution irrégulière
- n'affectant pas l'intégrité physique du patient.

# Grande attaque de Charcot

- Survenant brutalement après quelques jours de malaises, ou à la suite de difficultés psychologiques ou par simple imitation.
- Chez un sujet prédisposé par pression d'une **zône hystérisogène**:
  - milieu de la tête
  - Sternum
  - fosse iliaque, etc.).

## 5 phases de la crise De Charcot



Plus souvent la crise se réduit à la boule suivie d'une attaque pseudo-syncope suivie d'une crise de larmes. Pendant la crise, la patiente "entend tout". Malgré les apparences, il ne s'agit pas d'une crise épileptique.

■ Le second élément de la séméiologie hystérique est la **conversion somatique.**

- les pseudo-paralysies n'étant confirmées par aucun signe neurologique objectif,
- les anesthésies,
- les aphonies hystériques,
- la crise hystérique, les spasms,
- les contractures cataleptiques,
- l'astisie-abasie, etc.
- dans la grossesse nerveuse, on observe:
  - le météorisme abdominal,
  - une amenorrhée,
  - le gonflement des seins,
  - une pigmentation même.

- En troisième lieu, chez certains patients, on assiste à l'apparition de **troubles mentaux**:
  - états somnambuliques,
  - états crépusculaires de la conscience,
  - états de dépersonnalisation avec syndrome de Ganser (réponses à côté)
  - parfois des délires mystico-érotiques, avec ou sans hallucination.

# Comportement hystérique

- L'hystérie n'est ni une faitaisie, ni un mensonge
- C'est d'abord une maladie influencée par l'ambiance:
  - l'isolement,
  - la persuasion apaisant les troubles.
- C'est ce qu'exprime la notion de **pithiatisme** (Babinski).
- Ensuite, le symptôme organique; pourtant il ne s'agit pas d'une stimulation volontaire.

# Comportement hystérique (suite)

- Quelque soit son trouble, l'hystérique n'est ni anxieux, ni triste: il paraît indifférent mais parce que le symptôme lui-même est une défense contre l'angoisse.
- Le choix du symptôme (paralysie, vertige, etc.) met souvent en jeu:
  - la simple imitation
  - ou la contagion
  - ou des souvenirs du patient.

# Origine de l'hystérie

- On a longtemps considéré l'hystérie comme:
  - une maladie de l'imagination,
  - un effet de la suggestion,
  - des idées fixes.
- Pierre Janet insistant sur le rétrécissement du champ de conscience caractéristique de la mentalité hystérique, y voit un effet de la faiblesse et l'épuisement nerveux.
- Freud a montré que les symptômes corporels les plus divers expriment symboliquement les conflits psychiques:
  - la conversion est un mécanisme de défense qui investit le corps pour soulager le psychisme.

# Origine de l'hystérie (suite)

- Predisposition à l'hystérie mais son origine est variée:
  - difficultés éducatives,
  - troubles du développement nerveux,
  - troubles glandulaires.
- L'homme est rarement atteint sauf en **pathologie de guerre**, quand le traumatisme émotionnel est intense.
- La crise hystérique se voit dans toutes les civilisations auxquelles elle emprunte seulement des oripeaux culturels:
  - crise de loa (vaudou haïtien),
  - tarentisme (Italie du Sud),
  - amok (Malaisie),
  - piblotok des esquimaux,
  - susto (Amérique du Sud), etc.

# Origine de l'hystérie (suite)

Il ne faut pas méconnaître enfin l'hystérie avec:

- une psychose authentique (schizophrénie),
- une affection neurologique (épilepsie, tumeur),
- une maladie organique.

Les réactions hystéroïdes appartiennent:

- à la pathologie des encephalites,
- à la spasmophilie,
- aux porphyries aiguës.



# Décompensation névrotique aiguë

évolution de la plupart des névroses modifiée par des épisodes aigus pour lesquels le médecin praticien est appelé à intervenir

anxiété panique, spectaculaire, crises d'excitation et d'irritation, surtout manifestations dépressives avec auto-dépréciation, idées de suicide et expression bruyante

pas d'idées de culpabilité; le patient reste conscient du caractère pathologique de ses troubles et accepte qu'on l'assiste

diagnostic confirmé par des antécédents névrotiques, des crises nerveuses

épisode actuel est une exagération des traits antérieurs

caractère incertain de l'évolution

une fois passée la crise, le retour au régime névrotique ne permet pas une guérison franche

# Décompensation névrotique aiguë (suite)

Le traitement de tels états est assez bien codifié:

- isoler ou au moins mettre à distance du milieu habituel;
- pacifier l'agitation émotionnelle à l'aide de tranquillisants, injectables si possible, poursuivis durant 4 à 8 jours;
- agir sur la dépression avec un anti-dépresseur du type chlorimipramine ou amitryptiline;
- aider le patient à analyser la situation de crise et les difficultés du moment et, éventuellement, orienter vers une psychothérapie.