

Modèles étiopathogéniques et traitements de l'hystérie

C. Boulanger¹

¹ Assistant - Chef de clinique - Service du Pr. Lançon - SHU de psychiatrie, hôpital Sainte-Marguerite, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

Résumé

L'hystérie est une maladie rare, complexe et protéiforme. Elle est caractérisée par des troubles impliquant un mouvement ou une action réalisée inconsciemment (non intentionnelle). Actuellement, l'avènement des neurosciences permet une meilleure compréhension des phénomènes psycho-affectifs. Mais l'hystérie n'a jamais cessé de poser des difficultés de prise en charge. Elle nécessite alors une compréhension empathique du patient dans son environnement propre, son contexte socioculturel et son histoire personnelle. Nous insisterons également sur l'intérêt de l'utilisation des psychothérapies à médiation corporelle dans le dispositif de soin chez le patient hystérique.

Mots clés : Troubles conversifs - Trouble de la conscience - Empathie - Hystérie - Neurosciences - Thérapies à médiation corporelle

1. Modèle médical

Hippocrate a donné ce nom d'hystérie d'après un modèle de représentation où l'utérus, se mouvant dans le corps, stoppait par moments les transmissions nerveuses. Les crises hystériques, ressemblant à l'épilepsie, nourrissaient une « aura » divine autour de leur détenteur. Au moment de l'inquisition, les hystériques sont vécus comme possédés et finissent souvent brûlés. Vers la fin du 19^{ème} siècle, Charcot, Freud et Babinski révolutionnent le concept d'hystérie. Ils constatent que la grande attaque hystérique. Ses Etudes sur l'hystérie ont donc montré que la suggestion sous hypnose constituait une forme expérimentale de maladie hystérique. Charcot faisait alors de l'hystérie l'expression médicale de l'imagination. Babinski pensait que l'hystérique était un simulateur. Et Freud croyait à la conviction du malade et insistait donc plutôt sur l'aspect psychologique.

2. Modèle psychologique

La métapsychologie freudienne a fait de l'hystérie le prototype des névroses. La théorie générale de la névrose repose sur l'existence d'un événement traumatique déclencheur qui peut réactiver un traumatisme infantile ancien (abus le plus souvent). L'hystérie se situe alors au centre de l'histoire psychanalytique et repose sur les notions d'identité sexuelle, de défense névrotique comme les mécanismes de refoulement (*Verdrängung* - maintien dynamique de représentations hors de la conscience), de condensation et de déplacement, de transfert névrotique d'allure oedipienne. Selon la théorie psychanalytique, dans la névrose hystérique les conflits psychiques inconscients s'expriment dans le corps ou dans le psychisme lui-même sous la forme de symptômes de conversion (*Konversion*). La conversion survient sur une personnalité prédisposée : la personnalité hystérique. L'origine de la personnalité hystérique remonterait à un traumatisme psychique de l'enfance qui aurait provoqué un arrêt du développement psycho-sexuel-affectif (fixation) au début du stade génital (conflit oedipien). La personnalité hystérique ou histrionique se manifeste par la séduction hypersexualisée et l'hyperérotisation du corps « total ». La conversion somatique pourrait alors être comprise comme l'échec de l'organisation défensive histrionique. Tandis que les troubles dissociatifs seraient dus à un échec défensif de la conversion ou un équivalent de la conversion au plan somatique. Pour Freud, l'hystérie a une fonction structurelle reposant sur des fantasmes originaires.

Freud a ainsi inscrit l'hystérie dans le cadre des névroses structurées ou névroses de transfert. Parallèlement aux travaux de Freud, Janet précise l'étiologie traumatique et la dimension symbolique du symptôme hystérique. Il confirme alors la théorie de Charcot, considérant l'hystérie comme une maladie mentale autonome. Les études de Janet sur l'hystérie influent par la suite sur le développement de la psychopathologie clinique et de la psychanalyse. Actuellement, toute référence à la névrose hystérique tend à être balayée par la catégorisation du symptôme, laissant place dans les classifications internationales (DSM-IV, CIM-10) à la notion plus vague de trouble psychiatrique.

3. Modèle neuropsychologique

3.1. Modèle explicatif intégratif

Les troubles de conversion hystériques sont caractérisés par un déficit neurologique sans substrat lésionnel organique, typiquement liés à une origine psycho-affective. Nous pouvons désormais modéliser l'hystérie comme un processus qui suite à un psychotraumatisme récent ou ancien (réactivé) survenant sur un terrain dit de vulnérabilité « mixte » (psychologique et neurologique), déclenche de façon automatique et inconsciente des troubles hystériques, conversifs et/ou dissociatifs.

L'émergence des troubles hystériques dépend de l'interaction entre trois niveaux hiérarchiques différents. Le niveau clinique ou *symptomatologie* est le reflet du niveau cognitif ou *conscience de soi* (*self awareness* ou *insight*) qui lui-même dépend d'un niveau cérébral ou *substratum neurologique fonctionnel*.

Plus généralement, ce modèle converge avec les résultats de recherches en neuroscience qui suggèrent que des processus psycho-affectifs peuvent opérer de façon « automatique » et inconsciente, indépendamment de la volonté du sujet, potentiellement capable de moduler l'activité d'aires cérébrales impliquées dans la perception sensorielle ou également dans la programmation du mouvement et du comportement (i.e. thalamus, noyaux striés).

3.2. L'hystérie revisitée par les neurosciences : Vers une meilleure compréhension

L'avènement des neurosciences et l'essor récent de la neuro-imagerie cérébrale ont apporté un nouvel éclairage au champ psychiatrique, y compris dans le domaine de l'hystérie. Les nombreux travaux sur les corrélats neuraux en neuro-imagerie fonctionnelle permettent une meilleure compréhension de l'hystérie, de sa psychopathologie et de sa clinique et l'élaboration d'une psychopathologie scientifique. Vuillemier et *al.* ont montré en neuro-imagerie fonctionnelle (SPECT = tomographie computerisée par émission de photons) des anomalies cérébrales fonctionnelles associées à une paralysie transitoire (unilatérale souvent accompagnée d'une perte de sensation subjective pour le même membre) chez des patients avec un trouble de conversion. Les résultats révèlent qu'une paralysie d'origine hystérique est associée à une anomalie fonctionnelle dans des relais cérébraux majeurs du système moteur (noyaux striés et thalamus). Ceux-ci sont spécifiquement reconnus comme participant à l'initiation et à la programmation des mouvements volontaires. Des lésions cérébrales organiques touchant ces mêmes régions (accidents vasculaires par exemple) peuvent entraîner un « syndrome d'héminégligence motrice » et/ou une « anosognosie » (neurologique), qui se caractérisent respectivement par l'absence de mouvements volontaires sans vraie paralysie ou par l'absence d'expérience consciente et le déni d'une paralysie réelle (modèle de la négligence motrice). Ceci suggère que l'activité de ces circuits de préparation motrice est probablement impliquée dans la génération de l'expérience subjective consciente de notre « volonté » motrice. Sans réduire le phénomène de conversion hystérique à une simple anomalie cérébrale fonctionnelle, cette étude contribue à une meilleure compréhension des liens entre l'expérience subjective et l'expression neurobiologique des troubles psychiatriques. Par ailleurs, Anderson et *al.* ont récemment étudié en IRM cérébrale fonctionnelle les bases neurales du refoulement. Ils proposent ainsi un modèle neurobiologique du refoulement où l'oubli d'un mot pourrait alors être la conséquence d'efforts conscients de refoulement. L'oubli d'un souvenir traumatique tel qu'il est formulé dans le refoulement freudien serait lié à un mécanisme similaire : refoulement (processus) conscient puis refoulement (résultat) inconscient. Enfin, ces résultats fournissent un marqueur « objectif » pour des troubles essentiellement « subjectifs » chez des patients avec

un trouble de conversion hystérique. Ceci peut non seulement servir à mieux convaincre les médecins qu'un déficit de conversion hystérique est plus qu'une « maladie de l'imagination » ; et pourrait aussi être utile dans le futur pour mieux guider des procédures diagnostiques et thérapeutiques.

L'hystérie est alors un authentique état psychoneurologique dans lequel les symptômes hystériques seraient dus à un trouble de la conscience dont l'origine demeure encore obscure. L'ère de la psychobiologie de l'hystérie a donc débuté.

2. IMPLICATIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

2.1 Implications cliniques et pronostiques

Les nombreux remaniements nosographiques et conceptuelles ont donné un nouveau visage à l'hystérie et rendent nécessaire l'élaboration d'un construct clinique indépendant. Il importe donc de redéfinir une clinique de l'hystérie indépendante des modes, des époques et des cultures. Les découvertes récentes en neurosciences augurent d'un meilleur pronostic futur dans l'hystérie.

2.2. Implications thérapeutiques

Les patients souffrant d'hystérie consultent rarement en psychiatrie. Les psychiatres et le monde psychiatrique les discréditent très souvent et les disqualifient tout en les renvoyant à la folie. Les patients se dirigent alors vers la médecine générale voire des spécialités comme la neurologie, la médecine interne ou les médecines dites « parallèles ». Par ailleurs, la complexité et la diversité des formes cliniques ne permettent pas une codification précise des indications thérapeutiques. A ce jour il n'y a pas de consensus et il n'existe pas de *guidelines* pour les troubles hystériques.

- Des traitements pharmacologiques seront employés de manière prudente lors des complications dépressives ou des manifestations anxieuses. Il faudra être vigilant quant au risque de dépendance ou de surconsommation médicamenteuse.
- L'essentiel de la thérapeutique repose sur la psychothérapie (psychanalyse, psychothérapie d'inspiration analytique, thérapies cognitivo-comportementales et méthodes cathartiques).

2.2.1. Principes Généraux

Les moyens thérapeutiques sont divers, variés et non spécifiques. Ils demandent l'instauration d'une véritable stratégie de soins adaptée à chaque patient et limitée le plus possible en intervenants et en médicaments. Si la prise en charge est multiple, un médecin devra coordonner les différentes actions, rôle dévolu naturellement au médecin de famille.

Par définition le patient hystérique modifie les rapports sociaux alternant des phases de séduction avec des moments de rejet parfois bruyants. Face à cette instabilité émotionnelle, le médecin doit éviter les contre-attitudes rejetantes et inadéquates. Il doit adopter une attitude neutre et bienveillante, afin de préserver la relation thérapeutique.

Nous aborderons la prise en charge en situation aiguë (conversion, trouble dissociatif), puis à plus long terme (maladie hystérique).

2.2.2. Approche pharmacologique de l'hystérie

Quand hospitaliser l'hystérique ? Toutes les études rapportent les risques accrus de l'incapacité et de la chronicisation des symptômes. L'hospitalisation devra être la plus courte possible et nécessite une équipe adaptée à ce type de prise en charge.

Jusqu'à ce jour, aucun traitement médicamenteux n'a permis de soigner l'hystérie de façon globale. L'approche pharmacologique est purement symptomatique. En règle générale, on limite le plus possible la prescription chez ces patients et l'on aura pris le soin d'identifier clairement avec eux les symptômes cibles, les mettre en garde sur les risques d'un traitement psychotrope. Différents essais cliniques mettent en évidence la réponse placebo très fréquente chez l'hystérique, certains y verront une possibilité thérapeutique.

2.2.3. Approche psychothérapique des symptômes hystériques

- Dans un premier temps, on s'assurera d'éliminer une véritable affection somatique (diagnostic différentiel)
- Concernant l'annonce du diagnostic au patient, il faudra reconnaître la réalité de la plainte, le rassurer sur l'absence d'affection organique grave évidente et

annoncer avec prudence une hypothèse étiologique psychologique (« négocier la psychogenèse ») en lien avec un événement traumatisant ou stressant.

• Parmi les méthodes psychothérapeutiques, on pratique :

- La réduction du symptôme par la prise de conscience selon Charcot où le malade est forcé à prendre conscience du fonctionnement normal de l'organe jugé atteint : après une étape permettant de mobiliser la partie atteinte, l'utilisation de celle-ci est renforcée par la suggestion verbale.
- L'hypnose selon Erickson permet également par sa suggestibilité de remplacer ou supprimer le symptôme de conversion. Dans le cadre du trouble dissociatif, elle tente de reconstruire une personnalité devenue multiple.
- Enfin, les psychothérapies comportementales et cognitives (TCC) cherchent à évoquer les souvenirs traumatisants dans un contexte rassurant et détendu et à renforcer les comportements positifs.

2.2.4. Approche thérapeutique au long cours

L'approche psychothérapeutique reste centrale et essentielle.

Il existe différentes méthodes pouvant être utilisées dans le trouble hystérique. Il faut souligner l'intérêt des thérapies à médiation corporelle et des thérapies physiques qui répondent, par le biais du corps, à une symptomatologie d'expression somatique refoulée et non verbalisable permettant d'éviter la confrontation directe aux symptômes dont on connaît le risque de fixation névrotique.

En effet, l'abord corporel thérapeutique est une possibilité de réguler des situations anxiogènes à forte valence émotionnelle. Le cadre thérapeutique doit être établi à l'issue d'un examen psychomoteur standardisé, pratiqué de préférence par un psychomotricien. Les thérapies sensorielles stimulent les cinq sens de façon globale ou plus spécifique. Elles sont fondées sur l'induction de stimulations (tactiles par massages, mobilisation active et passive, ...) et ont comme intérêt de la différenciation et l'identification des stimuli. Les techniques gestuelles et sensori-motrices (yoga, Qi Gong, gymnastique douce, balnéothérapie) sont plus dynamiques. Elles consistent en un entraînement à la proprioception et reposent sur la respiration et la posture. Les techniques de relaxation sont actives. Enfin, les techniques expressives sont équivalentes à la *sublimation hystérique*.

Ces différentes thérapies axées sur le corps et son environnement permettent :

- une restructuration du schéma corporel,
- un développement de la dimension expressive corporelle,
- un éveil ou un renforcement de l'empathie.

2.2.5. Attitude relationnelle

Les patients souffrant d'hystérie sont souvent victimes dans la relation médecin-malade de phénomènes de contre-transfert négatif (en psychiatrie) et d'attitudes négatives (en médecine praticienne). Le discours doit essayer de dévaloriser la maladie et d'hypervaloriser la guérison. L'écoute doit être empathique et bienveillante et l'attitude générale valorisante. Il s'agit d'adopter une posture rassurante et douce et de privilégier l'accès au corps par le toucher par exemple. Par conséquent, les praticiens de la santé doivent comprendre les aspects relationnels et les enjeux de l'intersubjectivité, les notions de vulnérabilité et de souffrance. L'éthique relationnelle, qui a pour fondement nos relations et engagements réciproques, est notre capacité d'être attentif, réceptif et soucieux de l'autre. L'éthique relationnelle est alors une condition nécessaire et une dimension indispensable pour que la rencontre ait lieu dans l'hystérie.

L'hystérie est une pathologie rare et complexe, source de souffrance et d'invalidité. Les troubles hystériques sont encore trop souvent considérés comme une « maladie de l'imagination » dans la pratique médicale courante. L'existence d'anomalies cérébrales fonctionnelles souligne la « réalité » du trouble, tant du point de vue du patient que de son fonctionnement cérébral. Dans une redéfinition du concept et avec l'apport des neurosciences, l'hystérie peut se manifester comme un trouble bref de la conscience de soi imposant alors une attention toute particulière.

Enfin, nous insistons sur l'importance des psychothérapies à médiation corporelle et des thérapies physiques qui doivent cependant rester complémentaires d'une approche médicale dans le dispositif de soin de l'hystérie.