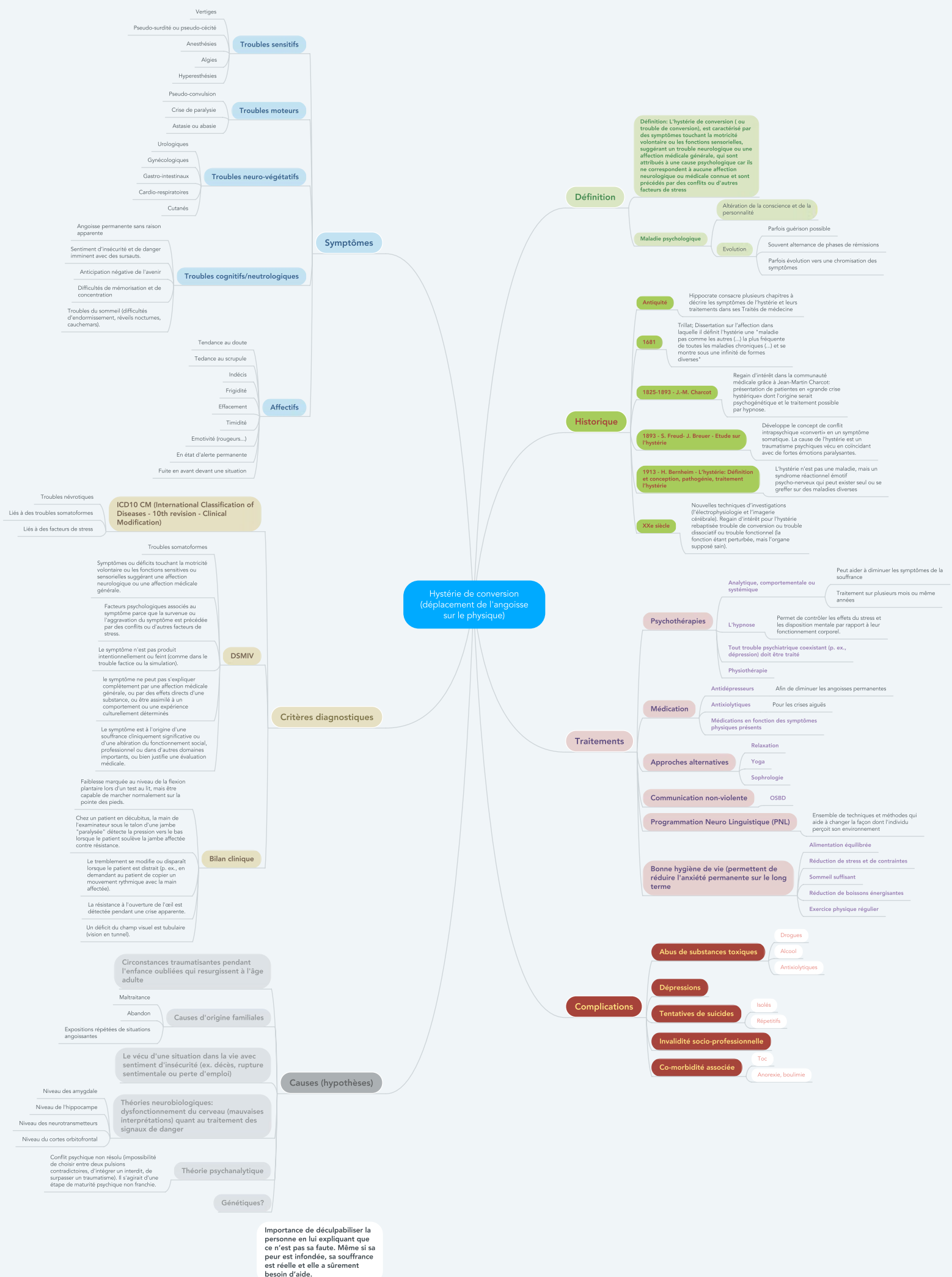


L'anxiété est tellement présente que inconsciemment l'hystérique de conversion déplace celle-ci sur une trouble physique réel (à traiter comme une maladie physique réelle par médication ou hospitalisation en cas de crise aigue)



Hystérie de conversion (déplacement de l'angoisse sur le physique)

1. Définition

1.1. Définition: L'hystérie de conversion (ou trouble de conversion), est caractérisé par des symptômes touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensorielles, suggérant un trouble neurologique ou une affection médicale générale, qui sont attribués à une cause psychologique car ils ne correspondent à aucune affection neurologique ou médicale connue et sont précédés par des conflits ou d'autres facteurs de stress

1.2. Maladie psychologique

1.2.1. Altération de la conscience et de la personnalité

1.2.2. Evolution

1.2.2.1. Parfois guérison possible

1.2.2.2. Souvent alternance de phases de rémissions

1.2.2.3. Parfois évolution vers une chronicisation des symptômes

2. Historique

2.1. Antiquité

2.1.1. Hippocrate consacre plusieurs chapitres à décrire les symptômes de l'hystérie et leurs traitements dans ses Traité de médecine

2.2. 1681

2.2.1. Trillat; Dissertation sur l'affection dans laquelle il définit l'hystérie une "maladie pas comme les autres (...) la plus fréquente de toutes les maladies chroniques (...) et se montre sous une infinité de formes diverses"

2.3. 1825-1893 - J.-M. Charcot

2.3.1. Regain d'intérêt dans la communauté médicale grâce à Jean-Martin Charcot: présentation de patientes en «grande

crise hystérique» dont l'origine serait psychogénétique et le traitement possible par hypnose.

2.4. 1893 - S. Freud- J. Breuer - Etude sur l'hystérie

2.4.1. Développe le concept de conflit intrapsychique «converti» en un symptôme somatique. La cause de l'hystérie est un traumatisme psychiques vécu en coïncidant avec de fortes émotions paralysantes.

2.5. 1913 - H. Bernheim - L'hystérie: Définition et conception, pathogénie, traitement l'hystérie

2.5.1. L'hystérie n'est pas une maladie, mais un syndrome réactionnel émotif psycho-nerveux qui peut exister seul ou se greffer sur des maladies diverses

2.6. XXe siècle

2.6.1. Nouvelles techniques d'investigations (l'électrophysiologie et l'imagerie cérébrale). Regain d'intérêt pour l'hystérie rebaptisée trouble de conversion ou trouble dissociatif ou trouble fonctionnel (la fonction étant perturbée, mais l'organe supposé sain).

3. Traitements

3.1. Psychothérapies

3.1.1. Analytique, comportementale ou systémique

3.1.1.1. Peut aider à diminuer les symptômes de la souffrance

3.1.1.2. Traitement sur plusieurs mois ou même années

3.1.2. L'hypnose

3.1.2.1. Permet de contrôler les effets du stress et les disposition mentale par rapport à leur fonctionnement corporel.

3.1.3. Tout trouble psychiatrique coexistant (p. ex., dépression) doit être traité

3.1.4. Physiothérapie

3.2. Médication

3.2.1. Antidépresseurs

3.2.1.1. Afin de diminuer les angoisses permanentes

3.2.2. Antixiolytiques

3.2.2.1. Pour les crises aiguës

3.2.3. Médications en fonction des symptômes physiques présents

3.3. Approches alternatives

3.3.1. Relaxation

3.3.2. Yoga

3.3.3. Sophrologie

3.4. Communication non-violente

3.4.1. OSBD

3.5. Programmation Neuro Linguistique (PNL)

3.5.1. Ensemble de techniques et méthodes qui aide à changer la façon dont l'individu perçoit son environnement

3.6. Bonne hygiène de vie (permettent de réduire l'anxiété permanente sur le long terme)

3.6.1. Alimentation équilibrée

3.6.2. Réduction de stress et de contraintes

3.6.3. Sommeil suffisant

3.6.4. Réduction de boissons énergisantes

3.6.5. Exercice physique régulier

4. Complications

4.1. Abus de substances toxiques

4.1.1. Drogues

4.1.2. Alcool

4.1.3. Antixiolytiques

4.2. Dépressions

4.3. Tentatives de suicides

4.3.1. Isolés

4.3.2. Répétitifs

4.4. Invalidité socio-professionnelle

4.5. Co-morbidité associée

4.5.1. Toc

4.5.2. Anorexie, boulimie

5. Importance de déculpabiliser la personne en lui expliquant que ce n'est pas sa faute. Même si sa peur est infondée, sa souffrance est réelle et elle a sûrement besoin d'aide.

6. Causes (hypothèses)

6.1. Circonstances traumatisantes pendant l'enfance oubliées qui resurgissent à l'âge adulte

6.2. Causes d'origine familiales

6.2.1. Maltraitance

6.2.2. Abandon

6.2.3. Expositions répétées de situations angoissantes

6.3. Le vécu d'une situation dans la vie avec sentiment d'insécurité (ex. décès, rupture sentimentale ou perte d'emploi)

6.4. Théories neurobiologiques: dysfonctionnement du cerveau (mauvaises interprétations) quant au traitement des signaux de

danger

6.4.1. Niveau des amygdale

6.4.2. Niveau de l'hippocampe

6.4.3. Niveau des neurotransmetteurs

6.4.4. Niveau du cortex orbitofrontal

6.5. Théorie psychanalytique

6.5.1. Conflit psychique non résolu (impossibilité de choisir entre deux pulsions contradictoires, d'intégrer un interdit, de surpasser un traumatisme). Il s'agirait d'une étape de maturité psychique non franchie.

6.6. Génétiques?

7. Critères diagnostiques

7.1. ICD10 CM (International Classification of Diseases - 10th revision - Clinical Modification)

7.1.1. Troubles névrotiques

7.1.2. Liés à des troubles somatoformes

7.1.3. Liés à des facteurs de stress

7.2. DSMIV

7.2.1. Troubles somatoformes

7.2.2. Symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.

7.2.3. Facteurs psychologiques associés au symptôme parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.

7.2.4. Le symptôme n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).

7.2.5. le symptôme ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par des effets directs

d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés

7.2.6. Le symptôme est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.

7.3. Bilan clinique

7.3.1. Faiblesse marquée au niveau de la flexion plantaire lors d'un test au lit, mais être capable de marcher normalement sur la pointe des pieds.

7.3.2. Chez un patient en décubitus, la main de l'examineur sous le talon d'une jambe "paralysée" détecte la pression vers le bas lorsque le patient soulève la jambe affectée contre résistance.

7.3.3. Le tremblement se modifie ou disparaît lorsque le patient est distrait (p. ex., en demandant au patient de copier un mouvement rythmique avec la main affectée).

7.3.4. La résistance à l'ouverture de l'œil est détectée pendant une crise apparente.

7.3.5. Un déficit du champ visuel est tubulaire (vision en tunnel).

8. Symptômes

8.1. Troubles sensitifs

8.1.1. Vertiges

8.1.2. Pseudo-surdité ou pseudo-cécité

8.1.3. Anesthésies

8.1.4. Algies

8.1.5. Hyperesthésies

8.2. Troubles moteurs

8.2.1. Pseudo-convulsion

8.2.2. Crise de paralysie

8.2.3. Astasie ou abasie

8.3. Troubles neuro-végétatifs

8.3.1. Urologiques

8.3.2. Gynécologiques

8.3.3. Gastro-intestinaux

8.3.4. Cardio-respiratoires

8.3.5. Cutanés

8.4. Troubles cognitifs/neurologiques

8.4.1. Angoisse permanente sans raison apparente

8.4.2. Sentiment d'insécurité et de danger imminent avec des sursauts.

8.4.3. Anticipation négative de l'avenir

8.4.4. Difficultés de mémorisation et de concentration

8.4.5. Troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars).

8.5. Affectifs

8.5.1. Tendance au doute

8.5.2. Tendance au scrupule

8.5.3. Indécis

8.5.4. Frigidité

8.5.5. Effacement

8.5.6. Timidité

8.5.7. Emotivité (rougeurs...)

8.5.8. En état d'alerte permanente

8.5.9. Fuite en avant devant une situation

9. L'angoisse est tellement présente que inconsciemment l'hystérique de conversion déplace celle-ci sur un trouble physique réel (à traiter comme une maladie physique réelle par médication ou hospitalisation en cas de crise aiguë)