



UE : 2.6
SEMESTRE N°5

FILIERE INFIRMIER.E

PROCESSUS

PSYCHOPATHOLOGIQUE A EXPRESSION SOMATIQUE

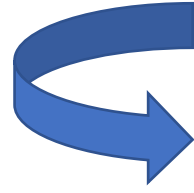
Formateur:

Isabelle MONTELEONE

Cadre de Santé Formateur

Année scolaire : 2026/2027

Dates : 10/09/2026



Les troubles somatoformes

Les troubles à expression somatique

Dans le DSM-5, la notion de « troubles somatoformes » a été remplacée par celle de « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ».

👉 Il s'agit des troubles mentaux dont la caractéristique principale est la prééminence de symptômes physiques associés à une détresse et à un handicap significatif.

Les troubles à expression somatique

Ces troubles sont souvent insuffisamment considérés en médecine non psychiatrique, notamment du fait que :

- ☞ Ils étaient surtout définis par l'absence de cause organique sous-jacente, réduisant de fait l'hypothèse d'un mécanisme physiopathologique supposé (identifié ou non) dans le processus de définition d'une maladie. Les mécanismes physiopathologiques sont de mieux en mieux identifiés, permettant d'envisager des prises en charge innovantes et adaptées

Les troubles à expression somatique

- L'évolution des critères dans le DSM5 situe plus clairement les troubles à expression somatique dans le champ médical.
- Les troubles à expressions somatique recouvrent différentes entités diagnostiques, dont la pec concerne tout autant les somaticiens que les psychiatres.
- Sur le plan thérapeutique, l'accent est mis sur la qualité de la collaboration entre somaticiens et psychiatres, dans le cadre de suivis de longue durée.

Les troubles à expression somatique

Plus simplement

La personne ressent réellement des symptômes physiques, mais leur origine, leur maintien ou leur intensité sont fortement influencés par des facteurs psychiques, émotionnels et relationnels

Mais surtout, n'oublions pas que

LES SYMPTOMES SONT REELS ET VECUS COMME TELS PAR LA PERSONNE.

Les troubles à expression somatique

- Définition

↳ Le terme général de trouble à expression somatique recouvre un ensemble de diagnostic ayant, comme point commun, l'existence de plaintes somatiques importantes et invalidantes qui, soit ne peuvent être totalement expliquées par la présence d'un substrat somatique retrouvé, soit ne correspondent à aucun substrat somatique identifiable.

Les troubles à expression somatique

Ainsi, les « troubles à expression somatique » ne constituent pas à proprement parler un diagnostic unique.

Ils correspondent plutôt à un **ensemble de troubles regroupés sous le chapitre des « troubles à symptomatologie somatique et apparentés »**.

Les troubles que nous allons aborder aujourd'hui

- La confusion mentale
- Les troubles hypochondriaques
- Les symptômes de conversion
- Les troubles de la personnalité histrionique

LA CONFUSION MENTALE

- Définition :

La confusion mentale est un **syndrome clinique fréquent caractérisé par la désorganisation aiguë de l'ensemble des fonctions cognitives et comportementales**, mais n'étant pas due à des lésions structurelles du cerveau.

LA CONFUSION MENTALE

- Signes cliniques :

- la désorientation temporo-spatiale, toujours présente, très évocatrice,
- des troubles de la mémoire,
- une altération de la reconnaissance de l'environnement,
- une altération de la pensée avec baisse de l'efficacité intellectuelle, propos incohérents, fuite idéique, défaut de pensée logique,
- une perte du contrôle de soi,
- les perturbations émotionnelles et affectives sont fréquentes,
- une anosognosie. (trouble neuropsychologique qui empêche une personne de prendre conscience de la propre maladie ou de son handicap)

LA CONFUSION MENTALE

- Signes cliniques :

La présence d'éléments oniriques (« rêve éveillé » pathologique) définit l'état confuso-onirique, orientant vers des causes toxiques, médicamenteuses ou le delirium tremens. Le tableau peut s'enrichir d'hallucinations souvent angoissantes, de délires, d'un état d'agitation parfois violente, ou au contraire d'un état stuporeux.

LA CONFUSION MENTALE

- Les critères de la confusion mentale, selon DSM-5, sont :

- ↳ perturbation de l'attention (difficulté à focaliser, maintenir, ou changer son attention) et de la conscience,
- ↳ trouble cognitif (trouble mnésique, désorientation, difficulté d'expression ou de perception), non expliqué par une démence préexistante établie, ou en évolution,
- ↳ la perturbation se développe au cours d'une période courte (quelques heures ou jours) et a tendance à fluctuer dans la journée,
- ↳ présence d'arguments lors de l'interrogatoire, de l'examen physique, ou lors du bilan biologique en faveur d'une cause directe médicale, d'une intoxication, de l'utilisation de médicament ou d'un sevrage, expliquant la perturbation.

LA CONFUSION MENTALE

- Le diagnostic est purement clinique.
Il s'agit d'un trouble aigu ou subaigu (installé en quelques heures ou jours).
 - ↳ Etat confusionnel aigu (ECA)
- Deux grands ordres de symptômes et signes peuvent s'observer :
 - ↳ Un syndrome déficitaire
 - ↳ Un syndrome « productif »
 - +
 - ↳ Le délire onirique ou onirisme

LA CONFUSION MENTALE

- **Le syndrome déficitaire (1)**

- ↳ Le malade est « perdu » ; il n'a pas « les idées en place » et tient des propos non cohérents.
- ↳ La désorientation temporo-spatiale est constante.
- ↳ Les troubles de la mémoire et de l'attention sont également constants et majeurs.
- ↳ L'efficacité intellectuelle est globalement atteinte, affectant notamment le jugement et le raisonnement. Le sujet est incapable de soutenir un échange cohérent

LA CONFUSION MENTALE

- **Le syndrome déficitaire (2)**

- ⇒ Le comportement est anormal : visage hagard ou lointain, agitation, agressivité, déambulations, ou au contraire prostration, avec « perplexité anxieuse », consécutive à une vague conscience du trouble.
- ⇒ La perplexité est caractéristique de la recherche et des efforts du confus.
- ⇒ État de doute précédant une évolution psychotique aiguë, surtout confusionnelle.

LA CONFUSION MENTALE

- **Le syndrome déficitaire 3**

- ↳ Il existe une fluctuation des troubles, avec une recrudescence vespérale et nocturne
- ↳ Des troubles de la vigilance peuvent être associés (accès de somnolence diurne)
- ↳ La présentation du malade peut être « négligée », et l'ensemble de ce syndrome déficitaire rend illusoire tout examen des fonctions cognitives.

LA CONFUSION MENTALE

- **Le syndrome « productif »**

Des hallucinations, visuelles ou auditives (attitudes d'écoute, frayeurs, pleurs) sont fréquentes.

Des éléments délirants peuvent également s'observer car la réalité extérieure est mal perçue et mal interprétée (on parle alors de syndrome confuso-onirique – le « delirium » des anglosaxons).

Un passage à l'acte est possible.

LA CONFUSION MENTALE

- **Le délire onirique ou onirisme :**

↳ Délire comparé à un mauvais rêve, vécu intensément, que l'on poursuit à l'état de veille avec une grande anxiété.

Il comprend des hallucinations essentiellement visuelles (scènes d'animaux : zoopsies, thèmes professionnels) mais aussi auditives, tactiles et cénesthésiques.

Elles sont mobiles, variables dans leurs thèmes et leur intensité, polymorphes, incohérentes. Cet onirisme est un délire vécu, actif : le sujet vit pleinement l'expression avec une obnubilation intellectuelle une désorientation temporo spatiale, des troubles de la mémoire.

LA CONFUSION MENTALE

- **Facteurs étiologiques primaires**

- ↳ Infection 43 %
- ↳ Accident vasculaire cérébral 25 %
- ↳ Pathologie cardiovasculaire 18 %
- ↳ Médicamenteuse 12 %
- ↳ Autres 2 %

LA CONFUSION MENTALE

- **Les causes peuvent être :**

- ↳ • des troubles métaboliques,
- ↳ • des infections (pneumonie, infection urinaire, septicémie...),
- ↳ • des maladies ou accidents neurologiques (AVC, dépression),
- ↳ • des opérations chirurgicales (choc opératoire, immobilisation, anesthésies générales),
- ↳ • des problèmes cardiaques (insuffisance cardiaque, infarctus, trouble du rythme cardiaque),
- ↳ • des traumatismes,
- ↳ • des affections somatiques (rétention d'urine, fécalome),
- ↳ • des causes psychologiques,
- ↳ • la prise de plusieurs médicaments ou l'utilisation de médicaments psychoactifs (risque accru de 4,5 fois),
- ↳ • le sevrage d'une substance ou d'un médicament

LA CONFUSION MENTALE

- **Et trois éléments sémiologiques constants et spécifiques:**

- ↳ - Les troubles de la vigilance et de l'attention,
- ↳ - Les altérations du rythme veille-sommeil,
- ↳ - Le caractère fluctuant de l'ensemble des signes

LA CONFUSION MENTALE

- **Prise en charge générale**

- Reconnaître le syndrome confusionnel: avoir une vigilance constante,
- Rechercher LES facteurs étiologiques et les traiter,
- Apaiser les symptômes,
- Toujours favoriser la prise en charge non médicamenteuse,
- Instaurer une surveillance et un suivi

LA CONFUSION MENTALE

- **Prise en charge globale**

- ↳ Stabilisation de signes vitaux et traitement rapide des facteurs précipitants;
- ↳ Réduire les traitements antérieurs;
- ↳ Assurer un soutien et un sentiment de sécurité et d'orientation:
 - ↳ Communication claire et concise,
 - ↳ Corriger les troubles sensoriels (vue, audition, ...),
 - ↳ Rappeler le jour, l'heure et le lieu,
 - ↳ Une cohérence de l'équipe et de l'environnement,
 - ↳ Éclairage et bruit,
 - ↳ Membres de la famille.
- ↳ Contention physique uniquement si urgence et transitoire;
- ↳ Prise en charge chimique, dose la plus faible possible.

SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU

Etat Confusionnel Aigu (ECA) ou Délirium

- Apparition soudaine et transitoire d'un ensemble de changements comportementaux accompagnés de perturbations touchant l'attention, l'activité psychomotrice, le niveau de conscience et/ou le cycle veille/sommeil
- **Début brusque**
- **Fluctuation pendant la journée**

SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU (ECA)

- **les étiologies possibles d'un ECA**

Les ECA peuvent être divisés en 4 groupes étiologiques.

❶ Atteintes du SNC : état de mal non convulsivant, tumeur, hématome sou-dural, encéphalopathie hypertensive, AVC, troubles dégénératifs, migraine..

❷ Troubles métaboliques : hypoxémie, hypoglycémie, hypo/hypernatrémie, hypercalcémie, urémie, insuffisance hépatique, anémie, acidose, troubles endocriniens (hyper ou hypothyroïdie, hypopituitarisme), hypovolémie...

SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU (ECA)

③ Toxiques :

↳ Médicaments : intoxication ou sevrage (tout médicament ayant des effets anti cholinergiques, analgésiques, anticonvulsivants, antihistaminiques, stéroïdes, myorelaxants, antibiotiques, digoxine, lithium..)

↳ Prise aiguë ou sevrage d'alcool ou de drogue (opiacés, cannabis, cocaïne, amphétamines, sédatifs, hypnotiques)

↳ Intoxication au CO

④ Autres : infections, douleur (globe vésical, fécalome...), insuffisance cardiaque, IDM...

SYNDROME CONFUSIONNEL AIGU (ECA)

Une évaluation systématique de ces patients permet de poser un diagnostic étiologique clair dans 90% des cas .

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

Formé du préfixe «hypo» (en-dessous) et de «chondros» (cartilage), le terme «hypocondrie» désignait autrefois les parties latérales de l'abdomen.

On les soupçonnait de loger la tristesse et les préoccupations morbides

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

- **Attention au terme « hypocondrie »**

« **hypocondrie** » est aujourd'hui un terme ancien dans les classifications diagnostiques.

Dans le **DSM-5**, les anciennes situations regroupées sous le terme d'hypocondrie sont principalement réparties entre :

- ↳ le **trouble à symptomatologie somatique** ;
- ↳ le **trouble anxieux concernant la maladie**.

Le terme « **hypocondrie** » reste cependant très utilisé dans le langage courant et dans certains écrits cliniques.

↳ *C'est pour cela que dans ce cours nous garderons l'utilisation de ce terme*

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

L'hypocondrie ou trouble hypocondriaque est un **SYNDROME** caractérisé par une anxiété excessive et bouleversante concernant la santé et le bon fonctionnement du corps d'un individu.

Une écoute **OBSESSIONNELLE** de son corps amène l'hypocondriaque à interpréter la moindre observation comme le signe d'une maladie grave.

On répertorie une forme clinique névrotique de l'hypocondrie, hypochondria minor, caractérisé par l'absence de délire mais par une préoccupation obsessionnelle centrée sur l'idée d'être atteint d'une maladie grave

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

Pour le Pr Jean Pierre OLIÉ, psychiatre, Hôpital SainteAnne :

"Il existe deux types d'hypocondrie :

l'hypocondrie délirante, forme grave mais rare, représente 1% des cas d'hypocondrie ;

l'hypocondrie non délirante est une forme extrême d'anxiété cristallisée sur le thème de la santé ou de la maladie, où le sujet n'arrive pas à se rassurer durablement sur son état de santé»

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES



TROUBLES HYPOCHONDRIQUES – *Troubles anxieux concernant la maladie*

Définition :

Il s'agit de la conviction d'être atteint d'une ou plusieurs maladies somatiques graves, conviction fondée sur la présence d'un ou de plusieurs symptômes persistants alors que les investigations répétées ne mettent en évidence aucune cause organique plausible.

On y inclut aussi la dysmorphophobie, à savoir une préoccupation persistante concernant un défaut ou une disgrâce physique.

Dans les deux cas, on retrouve un refus persistant d'accepter les conclusions rassurantes des médecins confirmant l'absence de tout problème somatique pouvant rendre compte des symptômes.

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

- **Critères diagnostics de l'Hypochondrie**

A - Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave, fondée sur l'interprétation erronée par le sujet de symptômes physiques.

B – La préoccupation persiste malgré un bilan médical approprié et rassurant

C – La croyance exposée dans le Critère A ne revêt pas une intensité délirante (comme dans le trouble délirant type somatique) et ne se limite pas à une préoccupation centrée sur l'apparence.

TROUBLES HYPOCHONDRIQUES

- **Critères diagnostics de l'Hypochondrie (suite)**

D – La préoccupation est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E – La durée de la perturbation est **d'au moins 6 mois**

F – La préoccupation n'est pas mieux expliquée par une anxiété généralisée, un TOC, un trouble panique, un épisode dépressif majeur, une angoisse de séparation ou un autre trouble à expression somatique.

LA SOMATISATION – *Troubles à symptomatologie somatique*

Présence de symptômes somatiques gênants, associés à des pensées, émotions ou comportements concernant ces symptômes

⇒ « J'ai des symptômes et ils prennent beaucoup de place ! »

⇒ Ce sont surtout les symptômes corporels qui sont au 1^{er} plan

LA SOMATISATION – *Troubles à symptomatologie somatique*

Lipowski (Psychiatre de Toronto) définit le processus de somatisation comme « une tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale. » Ce processus de somatisation interviendrait en réponse à un « stress psychosocial ou une souffrance psychologique ».

LA SOMATISATION – *Troubles à symptomatologie somatique*

Ainsi, le diagnostic de la « **somatisation** » repose sur chacun des éléments suivants :

- a. des antécédents de plaintes somatiques multiples et variables **pendant au moins deux ans**, ne pouvant être expliquées par un trouble somatique identifiable,
- b. un refus persistant d'accepter les conclusions des médecins concernant l'absence de toute cause organique et
- c. une perturbation du comportement et une altération du fonctionnement social et familial.

Pour faire un petit résumé....

- Entre somatisation et trouble hypochondriaque

	Somatisation	Trouble hypochondriaque
Ce qui domine	Les symptômes physiques	La crainte d'avoir une maladie
Symptômes physiques	Généralement présents et au premier plan	Peuvent être absents ou faibles
Préoccupation concernant la santé	Peut être présente, mais secondaire	Centrale et persistante
Exemple	« J'ai mal au ventre tous les jours, je suis épuisé(e), j'ai des nausées... »	« Je suis certain(e) d'avoir un cancer malgré les examens rassurants »
Rapport au corps	Le corps devient le support de la souffrance	Le corps est constamment surveillé et interprété
Comportements possibles	Consultations répétées, recherche d'explications aux symptômes	Vérification du corps, consultations répétées ou évitement des médecins

LES TROUBLES DE CONVERSION- Troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle

Il 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

LES TROUBLES DE CONVERSION

- **Les critères diagnostiques actuels des troubles de conversion sont les suivants:**
- ✓ Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensibles ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.
- ✓ On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.
- ✓ Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint (comme dans le trouble factice ou la simulation).

LES TROUBLES DE CONVERSION

- ✓ Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit 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 déterminée.
- ✓ Le symptôme ou le déficit 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.
- ✓ Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l'évolution d'un trouble somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

- **Ainsi on parlera de trouble de conversion :**

- ⇒ de type moteur,
- ⇒ sensitif/sensoriel,
- ⇒ de type malaise/convulsion.
- ⇒ Les médecins non psychiatres qui ont affaire fréquemment à des troubles de conversion ont proposé leur propre appellation, utilisant le plus souvent le terme de trouble psychogène. Ainsi on retrouvera donc les paralysies psychogènes, les aphonies psychogènes, les surdités psychogènes, les crises non épileptiques psychogènes, etc...

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

- **Les traitements**

Il serait certainement plus exact de parler de prise en charge de ces troubles plutôt que de traitement au sens strict du terme.

Ces prises en charge, dont il est clair qu'elles s'inscriront dans la durée, seront de meilleure qualité si elles s'inscrivent avant tout dans le cadre d'une étroite collaboration entre somaticiens et psychiatres.

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

- **Les traitements**

Le Quality Assurance Project Australian and New-Zealand Worldwide College of Psychiatry préconise les prises en charge suivantes :

- **pour l'hypocondrie** : une association de thérapie brève dynamique individuelle, thérapie de famille, consultation médicale.
- **pour les somatisations** : une psychothérapie de soutien à moyen terme associée aux consultations médicales.
- **pour les douleurs chroniques** : un soutien psychothérapeutique et une forte collaboration entre médecins, un soulagement antalgique.

Dans les trois cas, il préconise de la physiothérapie et une éducation des patients au niveau de la qualité de leur perception.

Dans ces guidelines, il est mentionné que les thérapies cognitivo-comportementales et les benzodiazépines ne présentent pas d'intérêt.

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

- **Les traitements médicamenteux**

Les traitements médicamenteux portent essentiellement sur le traitement de la dépression. Fishbain 36 a présenté une étude de l'effet antalgique de différents antidépresseurs dans les douleurs chroniques et les troubles somatoformes.

Les conclusions ont été celles d'une diminution de la douleur supérieure à celle obtenue par placebo.

Les antidépresseurs de différentes familles, y compris les sérotoninergiques, et non pas seulement comme il était jusqu'ici de tradition les antidépresseurs tricycliques, semblent donc avoir un effet positif.

Par contre, les benzodiazépines ne sont pas mentionnées, voire clairement déconseillées comme traitement des troubles anxieux adjoints des troubles somatoformes.

Dans les cas de psychoses, nous parlons, bien évidemment des antipsychotiques de classe III de préférence.

TROUBLES A EXPRESSION SOMATIQUE

- **Psychothérapie**

Thérapie familiale, dont une TF brève

Troubles de la personnalité Histrionique.

- Le trouble de la **personnalité histrionique**, anciennement **hystérique** est défini par l'Association américaine de psychiatrie (AAP) comme un trouble de la **personnalité** caractérisé par un niveau émotionnel et de besoin d'attention exagéré.

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- La névrose hystérique est une forme majeure de névrose. Elle fait partie des psychonévroses, ou névroses de transfert (dont l'origine est liée à un conflit ancien, contrairement aux névroses dites actuelles, provoquées par un traumatisme récent ou une souffrance narcissique).
- La névrose hystérique est une affection psychiatrique se caractérisant par des troubles du comportement dont le malade est conscient, mais qu'il ne peut dominer

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- Dans la névrose hystérique, l'angoisse refusée est détournée, à l'insu du sujet, sur la voie somatique. Elle se matérialise, s'exprime dans des troubles fonctionnels qui peuvent à la longue devenir organiques et dont l'origine risque d'échapper au médecin.
- Freud a établi l'origine sexuelle des conflits et les rôles du refoulement et de la conversion, avec la résolution défectueuse du complexe d'Œdipe. *(La conversion est le mécanisme de défense destiné à lutter contre l'angoisse, qui spécifie que l'on se trouve dans le registre de l'hystérie. Ce mécanisme consiste en une transposition d'un conflit psychique et une tentative de résolution de celui-ci dans des symptômes somatiques)*

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

De nos jours, les chercheurs et cliniciens trouvent qu'il est plus juste et moins discriminatoire de parler de troubles histrioniques, sans rapport avec l'utérus ou le sexe de la personne, car histrionique est tiré du grec Histrio qui veut dire acteur de théâtre

Ainsi, le courant psychanalytique penche plutôt pour l'appellation d'hystérie alors que la psychiatrie parle d'histrionie.

➔ 2 mots pour parler de la même chose finalement.

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- **L'hystérie n'est pas de la simulation. Le simulateur veut tromper alors que l'hystérique se trompe lui-même en même temps qu'il trompe l'entourage.**
- Certains troubles sont durables. Ce sont des atteintes motrices ou sensorielles qui diminuent les possibilités d'action du patient.

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- Elle se caractérise essentiellement par ce que l'on appelle l'**hyper expressivité somatique**, se traduisant par :
- Du **théâtralisme** (comportement excessif, qui vise à attirer l'attention).
- Erotisation des rapports sociaux

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- **Des atteintes motrices :**

- ↳ L'astésie-abasie ou incapacité de la station debout avec sensations vertigineuses ;
- ↳ Des paralysies et des crampes localisées, capricieuses, sans signe objectif.
- ↳ L'impossibilité pour le malade de se déplacer, ou de se tenir debout sans cause pathologique

- **Des atteintes sensibles :**

- ↳ Anesthésies localisées non systématisées ;
- ↳ Douleurs fréquentes...

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- **Des atteintes sensorielles :**

- ↳ Des troubles visuels : brouillard visuel, diplopie...

- ↳ Surdité...

- ↳ Spasmes des muscles lisses (système neurovégétatif)...

- ↳ Des baisses de la sensibilité (du toucher, du goût).

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- Des hallucinations visuelles ou auditives peuvent être observées
- Les troubles paroxystiques sont des crises syncopales, tétaniques.
Des troubles de la conscience sont possibles ainsi que des troubles de la mémoire, de la sexualité, une inhibition intellectuelle.
- La dépendance à autrui est un trait fondamental de la personnalité histrionique: les relations sont superficielles, marquées par des moments intenses, les frustrations et remarques sont souvent mal tolérées, provoquant le conflit et évitant les responsabilités et remises en question.
- ++ Mécanismes de défenses présents dans l'hystérie :
↳ conversion, clivage, refoulement...

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- **Les conversions**

Les somatisations sont appelées "conversion" depuis Freud (1895) pour signaler que le problème psychique se « convertit » dans le somatique. Les conversions somatiques ne sont pas présentes chez toutes les personnalités hystériques.

Les manifestations sont diverses. Ce peut être la paralysie d'un membre, l'impossibilité se tenir debout (astasie, abasie), l'incapacité de parler (aphonie). Parfois, le sujet présente une insensibilité partielle ou totale, des sensations bizarres (fourmillements, brûlures), des douleurs diverses, des céphalées.

NEVROSE HYSTERIQUE ou personnalité histrionique

- **Les conversions**

Les symptômes ont une valeur expressive, on peut leur trouver un sens même s'il est flou, vague et incertain.

Ils sont rapport avec l'époque et la culture.

Les aspects somatiques sont des troubles purement fonctionnels, c'est-à-dire réversibles. Ils ne s'autonomisent pas en syndromes physiopathologiques ou en maladies somatiques avérées



