

Jean-Louis Pedinielli
Pascale Bertagne

LES TOPOS



LES NÉVROSES

DUNOD

© Armand Colin, 2014, 2016
© Dunod, 2024, nouvelle présentation
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
ISBN : 978-2-10-087700-3

Sommaire

Introduction	7
Histoire des névroses	9
I. Caractéristiques sémiologiques et psychopathologiques	13
1. Sémiologie des névroses	13
1.1. Modalités cliniques de l'anxiété	14
• Anxiété et subjectivité	14
• Anxiété et comportement	15
• Les expressions somatiques de l'anxiété	15
• L'anxiété et la personnalité	16
1.2. Le corps dans la névrose : symptômes d'allure somatique	17
1.3. Les troubles de la pensée (cognitifs)	20
1.4. Traits de personnalité névrotique	23
2. Psychopathologie des névroses	25
2.1. Freud et les névroses	25
• Origine dans l'Œdipe	26
• Le refoulement : solution du conflit entre le moi et les pulsions sexuelles ?	27
• Le retour du refoulé produit la maladie (névrose)	28
• L'avènement du symptôme	29
• Les théories de l'anxiété	30
2.2. Différents types de névroses ?	32
• « Névroses actuelles »	32
• « Psychonévroses de transfert »	33
2.3. Une « structure » névrotique ?	34

2. L'hystérie	39
1. La longue histoire de l'hystérie	39
2. Sémiologie	44
2.1. Symptômes d'allure somatique	45
• Troubles de la motricité et du tonus	45
• Troubles sensitifs	46
• Troubles neurovégétatifs	47
2.2. Symptômes « psychiques »	47
2.3. Contexte relationnel du symptôme	48
2.4. Traits de personnalité(s) hystérique(s)	49
3. Formes cliniques et problèmes de classification	52
3.1. « Trouble symptôme somatique et troubles associés »	52
3.2. Les « Troubles dissociatifs »	54
4. Interprétations psychopathologiques	56
4.1. L'hystérie pour la psychanalyse	56
4.2. L'hystérie de conversion	58
4.3. L'hystérie d'angoisse	61
4.4. Le « désir hystérique »	63
4.5. Conclusion	66
3. Névrose obsessionnelle et troubles obsessionnels-compulsifs	69
1. Histoire du concept	70
2. Sémiologie de la névrose obsessionnelle	72
2.1. L'obsession	72
2.2. Les compulsions	73
2.3. Les rituels, le doute et les vérifications	73
2.4. Les thèmes	75
3. Sémiologie de la personnalité	76
3.1. La psychasthénie de Janet	76
3.2. Le caractère compulsif (ou anal)	77
3.3. Personnalité obsessionnelle-compulsive	79
4. Classifications	80
4.1. La « névrose obsessionnelle »	80
4.2. Le DSM-5 et les TOC	80

4.3. La CIM-10.....	82
4.4. Ne pas confondre	82
5. Psychopathologie	83
5.1. Le modèle cognitivo-comportemental	84
5.2. Le modèle phénoménologique	86
5.3. L'« Homme aux Rats »	86
5.4. La théorie de Freud	93
• Mode de constitution de l'obsession.....	93
• Le psychisme de l'obsessionnel	98
• L'interdit, la culpabilité et la mort.....	99
• Conclusion sur la pensée freudienne.....	100
5.5. Après Freud	100
• Melanie Klein et la défense contre la psychose	100
• Fenichel et la régression	101
• Bouvet et la défense contre la dépersonnalisation.	101
• Serge Leclaire... avec Lacan	102
6. Orientations thérapeutiques	104
 4. Les états anxieux et les autres névroses	 107
1. Les troubles anxieux.....	107
1.1. La « névrose d'angoisse » et les troubles apparentés.....	109
1.2. Les phobies	113
1.3. Les « états de stress post-traumatiques »	116
2. Les troubles « névrotiques » et les formes inhabituelles	119
2.1. L'hypocondrie « névrotique ».....	119
2.2. La neurasthénie	121
 Conclusion.....	 123
 Bibliographie.....	 125

Introduction

La psychopathologie est l'étude, la théorie, la thérapie psychologiques, des formes de souffrances quelles que soient leurs causes. Elle se fonde sur l'expérience concrète de l'écoute des patients, et produit une interprétation psychologique de la souffrance rencontrée. La psychopathologie des névroses comporte deux niveaux complémentaires : 1) *description* des aspects psychologiques des faits pathologiques, 2) production de théories *explicatives* psychologiques des troubles, ce qui n'implique pas qu'elles soient des théories de la cause des maladies. La psychopathologie est aussi une discipline concrète, pratique, clinique. Elle permet de relever, analyser, interpréter, les éléments qui s'échangent avec le patient, ensemble d'hypothèses, d'analogies que fait le praticien et qui lui permettent d'entendre d'autres dimensions dans le discours du sujet. La psychopathologie clinique permet donc de susciter le discours du patient, d'entendre ses implicites, de s'interroger sur sa logique et de l'interpréter.

Sous le terme de « névroses » on place des troubles comme : l'hystérie (« névrose hystérique »), la névrose obsessionnelle, la névrose d'angoisse, la névrose phobique, mais le mot sert aussi à qualifier certains troubles n'entraînant pas de rupture avec la réalité (« névrose hypocondriaque », « névrose traumatique »).

Dans l'usage classique, les névroses s'opposaient aux psychoses, aux démences, aux débilités, aux troubles psychosomatiques et aux troubles du comportement. L'ambiguïté du terme tient à ce qu'il désigne autant un type de troubles constatables (névrose hystérique, névrose obsessionnelle, névrose d'angoisse...) qu'un mode particulier d'organisation psychique (défini par la psychanalyse à partir du refoulement œdipien).

Traditionnellement, dans une perspective psychiatrique, les caractéristiques distinctives des névroses sont précises :

- ce sont des troubles mentaux (quelle que soit leur expression),
- elles ne comportent aucune étiologie organique démontrable,

- elles ne perturbent pas le rapport à la réalité et le sentiment d'identité,
- les symptômes sont ressentis par le patient comme des phénomènes indésirables en rupture avec l'idée qu'il se fait de lui-même (exemple : l'obsession qui s'impose au sujet alors qu'il en reconnaît le caractère pathologique).

Naturellement, à ces caractéristiques il faut ajouter des manifestations communes aux névrosés mais pouvant se retrouver aussi chez d'autres patients : sentiment subjectif de « mal-être », survenue d'angoisse, perception d'un conflit interne, difficultés relationnelles, intégration des symptômes gênants à la vie du malade, conscience de difficultés sexuelles et/ou affectives.

Le mot « *névroses* » a été remis en cause par les classifications internationales. La CIM-10 lui préfère la notion de « *trouble névrotique* », sans préjuger de l'étiologie. Quant au DSM, il n'emploie pas le terme pour classer les multiples troubles auparavant rangés dans la catégorie « *névroses* ». En clinique, nous sommes à l'intersection entre deux conceptions d'un trouble. 1) Une conception *syndromique* (un trouble se définit par un ensemble de signes, les étiologies pouvant être multiples et ne prenant pas en compte les conceptions psychopathologiques). Elle vise à décrire des maladies, réalités définies par la présence de signes fréquemment associés entre eux. La CIM, le DSM illustrent cette conception et trouvent peu de cohérence à la notion de névrose. 2) Une conception *psychopathologique* (un trouble suppose une étiologie et une pathogénie spécifiques qui permettent d'expliquer – ou de comprendre – les différents signes). Cette conception raisonne parfois en termes de maladie, mais surtout d'organisation, de structure, et elle est dépendante d'un courant théorique (psychanalytique, phénoménologique, cognitiviste, comportementaliste...) qui lui fournit ses concepts et son mode d'interprétation : il y a ainsi plusieurs modèles de l'hystérie, de la névrose obsessionnelle, de la phobie, voire d'autres termes pour désigner ces phénomènes... Or, paradoxalement, ces deux conceptions ne sont pas toujours complémentaires. Il existe un niveau de lecture sémiologique et un niveau de lecture psychopathologique qui, bien qu'emplantant les mêmes termes, ne sont pas superposables.

Actuellement, lorsque l'on parle de « névrose », il convient donc d'être prudent dans le passage entre le niveau descriptif (sémiologique) et le niveau interprétatif (psychopathologique). Les termes « névrose » et « névrotique » peuvent en effet être utilisés dans les sens suivants :

- groupe de maladies qui s'oppose à celui des psychoses,
- forme particulière d'organisation de la personnalité ou de structure (personnalité névrotique, structure névrotique) qui ne correspond pas automatiquement à une pathologie avérée, reconnaissable à des signes précis.

Quelle que puisse être la nature de la difficile cohabitation culturelle entre conceptions descriptives fondées sur le recueil de signes et conceptions explicatives (psychopathologiques) fondées sur l'interprétation, le terme névrose est plutôt employé par les psychopathologues d'orientation psychanalytique qui renouent avec la tradition. Mais la perspective psychopathologique repose sur la reconnaissance de particularités symptomatiques dont la forme doit être précisément décrite : il est hors de question de confondre une obsession et une idée délirante, une phobie hystérique et une angoisse psychotique...

Histoire des névroses

Dans l'Antiquité, chez Hippocrate, Galien... l'entité « névroses » n'existe pas, mais l'hystérie est déjà décrite. Le terme « *névrose* » est attribué au médecin écossais William Cullen (1712-1790) qui, en 1769, l'utilise pour désigner des perturbations d'origine *nerveuse* en l'absence de fièvre ou de lésion décelable. Le terme est plus ancien que celui de *psychose* qui n'apparaît que vers 1845. Jusqu'à une date récente, la notion de névrose est d'ailleurs restée associée à cette conception assez étonnante du « *nerveux* » qui, pourtant, n'a rien à voir avec la neurologie. Pinel, traducteur de Cullen, reprend l'idée et les inclut dans sa classification

Bien que le mot figure dans la plupart des classifications psychiatriques du XIX^e siècle, les névroses ne représentent pas un objet essentiel pour la psychiatrie de l'époque. Ce ne sont pas de « vraies » maladies

mentales, elles ont une sémiologie instable et elles ont mauvaise presse auprès des psychiatres avant tout préoccupés de l'aliénation (folie). Rappelons cette phrase des rédacteurs des *Annales médico-psychologiques* en 1843 : « *il faut s'occuper de la folie, il faut aussi s'occuper des névroses, mais comme c'est difficile, parce que ce sont des troubles fugitifs, variés, protéiformes, exceptionnels, difficiles à analyser et à comprendre, on les bannit de l'observation, on les en éloigne, comme on écarte de la mémoire les souvenirs importuns* ».

À cette époque, dans le savoir psychiatrique en constitution, les névroses sont donc un problème secondaire et sans doute néfaste. Elles ne permettent pas de fonder une classification rigoureuse, n'ont pas d'origine organique et peuvent apparaître comme des exagérations trompeuses des troubles communs (« petites manies », craintes excessives, excès d'émotivité, « crises »...). Leur sémiologie et leur étiopathogénie sont à l'opposé de ce que la psychiatrie souhaite fonder comme savoir objectif pour se faire reconnaître de la médecine organiciste. Elles sont toutefois présentes dans les classifications de Falret, de Morel, de Magnan, parfois confondues avec d'autres troubles, souvent sous le terme « psychonévroses ». La doctrine d'auteurs de l'époque (Morel, Magnan et leurs élèves) en fait des manifestations atténuées de la dégénérescence et l'hypothèse purement psychologique (psychogénèse) est rare. La question de la psychopathologie des névroses apparaît vers 1880, notamment sous l'influence des travaux de *Beard* sur la neurasthénie (asthénie, fatigabilité, troubles de l'humeur, troubles d'allure somatique avec insomnies, céphalées, rachialgies) qualifiée de « névrose des temps modernes », ou de « névrose américaine » ; *Charcot* prêter une grande attention à cette entité. Mais ce sont ses travaux sur l'hystérie qui constituent une avancée essentielle dans le domaine de la névrose, rupture fondamentale dans les connaissances en réhabilitant l'hystérie. Il restera cependant toujours attaché à la recherche d'une cause organique des névroses, considérées comme des maladies du système nerveux, mais il est le symbole de l'entrée des névroses dans le savoir médical officiel ; l'hystérie en est le vecteur. La clinique des névroses est ainsi apparue à la fin du *xix^e* siècle lorsque la psychiatrie a pu se dégager de son intérêt exclusif pour l'aliénation (psychose, folie) et que certains types de malades sont parvenus jusqu'à elle. Elle s'est