

Notes sur " Les NEVROSES "
De Jean-Louis Pedinielli & Pascale Bertagne
Jacques Sanna – Juillet 2008

La fiche de lecture que je présente est issue du livre « Les névroses » de Jean-Louis Pedinielli et Pascale Bertagne Ed. Armand Colin 2006 et Nathan/VUEF 2002(1^{ère} Ed.)

J'ai trouvé le contenu de cet ouvrage clairement structuré. La présentation simple et aérée des caractères sémiologiques, nosologiques, cliniques et psychopathologiques des névroses(dans leurs ensemble et individuelles), tant au niveau de la description des maladies que de leurs aspects psychologiques, m'a rendu agréable cet apport de connaissances sur les névroses.

Reconnaître l'entité pathologique qui se présenterait à moi(en tant que psychothérapeute) me semble un travail impossible sans avoir suivi un enseignement, sans avoir étudié et compris les stades d'un développement psychique harmonieux et ses destructurations morbides, et aussi sans avoir pratiqué auprès de personnes qui souffrent de ces difficultés psychologiques.

Cette aparté vient là car je me rend compte(encore plus après la lecture de cet ouvrage) de la complexité des différences entre les pathologies, de l'aspect intellectuel de mes acquis et aussi de l'appréhension que je peut avoir concernant la mise en pratique de ces acquis...

Ce qui m'a donc plu dans ce livre c'est, dès le 1^{er} chapitre concernant les spécificités symptomatologiques et psychopathologiques, la [sémiologie des névroses](#) qui commence par ces phrases :

« Les névroses se reconnaissent à partir de signes qui portent sur l'affectivité (ex. angoisse), le comportement(ex. évitement), la pensée(ex. obsession), la communication (ex. quête affective) et sur la personnalité. Par ailleurs, le sujet névrosé se rend compte que ses symptômes sont pathologiques, il est fréquemment angoissé, sa vie(affective, sexuelle, professionnelle...) est limitée par sa maladie, il se sent incapable de lutter contre ses symptômes, sa façon d'être(personnalité) est elle-même structurée d'une manière qui entraîne de notables difficultés dans la vie quotidienne. »(11)

Jusque là, je pense que la reconnaissance de cette forme de pathologie comporte des spécificités symptomatiques vraiment évidentes, au premier abord. Mais je m'aperçois très vite qu'il n'en est rien, avec ce qui suit desuite après :

« Toutefois, la plupart des symptômes névrotiques peuvent se retrouver aussi dans d'autres troubles(psychoses par ex.) mais leurs formes sont alors différentes et ils sont accompagnés d'autres troubles. »(11)

Donc, je commence à me dire qu'il est vraiment nécessaire de savoir(et de garder en mémoire) une grande partie des registres nosologiques définissant les principales affections psychopathologiques.

Puis, s'agissant des symptômes d'allure somatique rencontrés dans les névroses, la distinction de la juste classification de la pathologie(l'identification, la nomination) me semble se compliquer car ces troubles somatiques ne sont pas des maladies somatiques d'origine organique.

En effet, les auteurs soulignent cet aspect « labyrinthique » que peut prendre la reconnaissance de l'entité dérangeante en cause :

« Outre les manifestations somatiques de l'angoisse, les névroses peuvent comprendre des troubles qui peuvent sembler très proches les uns des autres, voire être confondus : somatisations, conversions, douleurs psychogènes, plaintes hypocondriaques, dysmorphophobies. »(16)

La subtilité de cette identification(quel est le nom de la névrose en action chez ce patient ?) est d'autant plus renforcée par le fait que dans cette recherche, la prudence est de mise car :

« ... Si ces troubles(d'allure somatiques) sont fréquents dans les névroses, on ne les trouve pas dans **toutes** les névroses, ni chez **tous** les patients... Des phénomènes proches peuvent apparaître dans d'autres pathologies que les névroses(psychoses)... Chacun de nous peut avoir des idées hypocondriaques, somatisations ou douleurs psychogènes... La névrose est donc un état proche de ce que nous ressentons, elle prend son caractère pathologique dans la mesure où il ne s'agit pas de phénomènes transitoires mais de constantes qui limitent la vie des individus et leurs capacités de plaisir. »(19)

Suite à ce passage qui éclaire mon entendement, ma réflexion me mène à penser que pour arriver à distinguer la forme pathologique du sujet consultant, il est nécessaire d'écouter la personne souffrant de ces troubles, et qui demande de l'aide.

Ecouter ce qui vit en elle/lui, son degré de souffrance physique et psychique(sur son échelle de valeur), l'handicap(effectif) que cela entraîne dans le maintien de ses conduites habituelles, servira à révéler « l'image » de la pathologie et le plan d'action thérapeutique à mettre en place.

Dans les *troubles de la pensée(croyances irrationnelles et pensées magiques, obsessions, compulsions, ruminations mentales, idées fixe, troubles de la mémoire, sentiment d'insécurité, mécanismes de défense)*, c'est, celui du *doute* qui éveille en moi le fait que si dans la psychose le sujet vit *dans la certitude inébranlable, dans la conviction*, dans la névrose le sujet n'est *jamais réellement sûr de ce qu'il pense, de ce qu'il désire, de ce qu'il attend ou de l'attitude des autres.*(20.21)

C'est, il me semble, la mise en évidence de cet état permanent d'incertitude chez la personne atteinte d'une névrose, qui permettra de faire la différence avec cette autre pathologie qu'est la psychose. Le doute est, pour moi, l'ingrédient qui va pousser le sujet à se remettre en question, à reconsidérer son état et ses troubles, à prendre conscience de l'aspect « anormal » de son fonctionnement et qui va l'aider à vouloir reconstruire l'équilibre de sa personnalité.

Au niveau psychopathologique il est reconnu, d'après les théories freudiennes, que l'origine des névroses est infantile(oedipienne et/ou pré-oedipienne).

Les conflits et fixations, qui résultent de ces phénomènes précoces, étant ingérables pour le Moi à ce moment là, vont être tout simplement placés dans l'inconscient.

Ce refoulement constitue une sauvegarde temporaire, pour l'enfant qui ne peut faire face à ces tensions psychiques déplaisantes, car, dès l'adolescence et ses réactivations pulsionnelles sexuelles, le retour des éléments refoulés vers le Moi va entraîner une nouvelle défense de sa part (*refoulement des représentations et conversions, ou déplacement, ou transformation en angoisse des affects* (28)).

La névrose avérée apparaît (hystérique, obsessionnelle ou phobique).

(((J'ai pris note que pour Jean Bergeret (La dépression et les états-limites – Payot 1992), il n'existerait non pas 3 formes de processus différents (obsessionnels, phobiques, hystériques) au sein de la structure névrotique, mais seulement 2 groupes de processus authentiquement *névrotiques* : le groupe obsessionnel et le groupe hystérique.)))

Dés lors, cet état conflictuel réinstallé peut vouloir signifier au sujet concerné qu'un remaniement structurel est vivement demandé à lui-même par lui-même. Les symptômes (compromis) qui l'accompagnent sont un moyen pour tenter de résoudre le mal-être qui caractérise cette « guerre du sens » et leurs manifestations seront à la hauteur de la gravité de cette zizanie organisationnelle précoce.

Au niveau de la **notion de structure**, chaque structure (névrotique, psychotique, perverse...) est exclusive d'une autre, inconsciente (ne se perçoit pas en observant le sujet mais à partir des répétitions de son discours), et n'implique pas l'existence de symptômes clairement repérables. (32)

Ainsi, pour Jean Bergeret, mentionné par les auteurs :

« Dans la structure névrotique, la relation d'objet est génitale (alors qu'elle est fusionnelle dans la structure psychotique et anaclitique dans celle de l'état-limite). L'angoisse de castration domine (alors qu'il s'agit d'une angoisse de morcellement dans la structure psychotique et de perte d'objet dans l'état-limite. Le mécanisme principal est le refoulement. » (33)

Le chapitre 2 traite de **l'hystérie** et je suis surpris de constater, suite à sa lecture, que : « L'histoire de son statut dans la médecine ou la science, est marqué par un mouvement constant d'inclusion-exclusion dont elle est l'objet ; rejetée par la psychiatrie, réintroduite par Charcot, rejetée par Babinski, réhabilitée par Freud et Janet, rejetée par certains psychanalyste, réintroduite par Lacan, exclue du champ de la psychiatrie par le DSM III... » (39)

Cet apparent désaccord au sujet de la classification de l'hystérie laisse les problèmes de son action entiers et ce que je peux en retenir, c'est que cette maladie présente une sémiologie multiple (détaillée pages 40 à 50) et qu'il n'est pas nécessaire que cette multiplicité de signes se présentent tous pour que le diagnostic d'hystérique soit justifié.

Dans l'hystérie de conversion, je trouve très puissant le rôle que joue l'aspect psychique de la personne. Il va produire un phénomène somatique indépendamment des activations nerveuses habituelles (ne provenant pas d'un dysfonctionnement organique) : « La représentation intolérable au Moi est refoulée et l'affect (le sentiment qui lui est associé) est transformé en symptôme d'allure somatique (conversion) en répétant un phénomène somatique antérieur (complaisance somatique) ; le symptôme semble l'expression corporelle d'une métaphore. » (56.57)

A la conclusion de ce chapitre sur l'hystérie, je peux m'en faire la définition suivante : Façon d'être, face aux autres, à sa sexualité, à ses désirs, à son plaisir, rendue désagréable par soi-même dans le but de réajuster les bases erronées de son développement et rééquilibrer le fonctionnement de sa personnalité.

Dans le chapitre 3 il s'agit de la **névrose obsessionnelle et des troubles obsessionnels-compulsifs**(TOC).

L'obsession est certainement une attitude pensée et agie, récurrente et utilisatrice d'énergie. Le fait qu'elle soit associée au mot névrose lui donne un caractère pathologique, et comme dans toutes névroses, le sujet en est conscient.

Comme sa signification latine est très significative : *obsidere = assiéger* (69), le sujet est absolument pris par diverses mentalisations et actes irrationnels persistants qui vont transformer sa réalité en cauchemars fictifs.

Heureusement que, pour arriver à identifier cette entité pathologique particulière, la suite du chapitre me donne toute la sémiologie qui la dévoile ainsi que celle de la personnalité obsessionnelle(*psychasthénique et compulsif ou anal* (73)).

Je relève encore, et je le répète peut être aussi, mais cela me semble très important : « la « personnalité pathologique » n'existe que s'il y a exagération des traits qui ont alors un effet inhibant ou inverse. »(75)

Puis suivent **les classifications**(DSM et CIM) qui me donnent vraiment toute la mesure des variantes et des usages différents en termes, formes, troubles, descriptions, spécifications qui me laissent un peu pantois devant tant de diversité morbide.

Pour clore cette liste luxuriante, le petit sous chapitre « diagnostic différentiel » va compléter le risque d'erreur dans l'identification de cette pathologie :

« Bien que, dans les différentes classifications, on retrouve pratiquement les mêmes troubles, et que, en conséquence, la névrose obsessionnelle possède une évidente unité, certains symptômes doivent être distingués de ce que l'on peut retrouver dans d'autres troubles...(le mentisme, l'idée fixe, les phobies, l'idée délirante, l'automatisme mental, les tics, les troubles des conduites)... On a aussi noté la présence de symptômes d'allure obsessionnels dans d'autres affections comme : la schizophrénie, les états-limites, les états dépressifs... »(80.81)

Au sujet de la provenance de cette maladie(interprétation psychopathologique) je retiens que pour **Freud**, « l'obsessionnel(comme l'hystérique) est « victime » d'un refoulement massif qui, s'il soulage l'angoisse et la culpabilité du futur malade, laisse intact les désirs amoureux et agressifs qui ne manqueront pas de s'exprimer à nouveau dès que la pulsion connaîtra une réactivation. »(100)

Pour **Mélanie Klein**, « la névrose obsessionnelle est la cicatrisation d'angoisses paranoïdes de la phase orale, elle aurait alors pour rôle de guérir l'état psychotique qu'elle recouvre. », pour **Bouvet** qui se rapproche de la conception kleinienne :

« La névrose obsessionnelle viendrait protéger le sujet contre les risques de dépersonnalisation, donc des risques psychotiques ».

Tandis que pour **Serge Leclaire et Lacan** : «... l'obsessionnel est un esclave dont la seule raison d'être est l'attente de la mort de celui qu'il a constitué comme maître... quand le maître sera mort, tout commencera... »(101.102)

Les thérapies à mettre en œuvre seront fonction de la demande du patient, même si, dans le cadre d'une psychanalyse :

« S'il y a bien un effet thérapeutique(difficile à atteindre dans le cas de la névrose obsessionnelle avérée), s'il peut y avoir modification des effets de la structure obsessionnelle, il faut qu'il y ait une demande du sujet et une capacité à supporter les mouvements affectifs qu'implique une psychanalyse, pour des sujets parfois très invalidés. »(104)

Comme dans tous les cas où l'individu souffre d'une pathologie affligeante, les psychothérapies d'inspiration analytiques(ou humanistes, de soutiens, systémiques...) seront utiles, sans que leurs efficacités soient affirmées.

Le dernier chapitre, qui traite des **états anxieux** et des **autres névroses**(névrose d'angoisse, les phobies, les états de stress post-traumatique), est qualifié de « *domaine extrêmement difficile* ». (107)

Ceci, encore une fois, de par leurs grandes différences de classification.

J'ai bien pris en compte le degré élevé de complication amené par le fait que la forte différence, non pas des symptômes mais des jeux de symptômes(syndromes), influençait la juste identification, par le thérapeute, de l'entité en action chez le sujet consultant.

Je note aussi qu'une distinction importante est à faire concernant la névrose d'angoisse qui a le statut de « névrose actuelle », c'est-à-dire, non issue d'un stade précoce du développement du sujet, mais relatif à des dérèglements récents dans la vie(post développement) de celui-ci.

Tout au long de cette lecture, courte mais intensément concentrée, j'ai la confirmation de la nécessité d'utiliser les mots justes pour désigner ce qui se présente à moi(une fois l'identification faite et confirmée).

En effet si je parle de personnalité « *névrotique* », il ne s'agit pas pour autant d'une personne atteinte d'une « *névrose franche* »(119).

En conclusion, les auteurs déclarent que : « La société a changé et l'hystérique(figure de la femme victime dans sa lutte contre les interdits), l'obsessionnel(figure de l'homme aliéné à son travail) ne représentent plus l'essentiel des effets des contraintes sociales. Enfin, même dans la psychanalyse, l'extension excessive – et non pertinente – du paradigme de la névrose à des troubles totalement différents a entraîné ce que Wildocher appelle « l'effacement du concept ». Pourtant, la névrose n'est pas un concept dépassé. Même si son hégémonie psychiatrique et psychopathologique peut être, à juste titre, contestée, elle désigne une réalité clinique heuristique et un mode particulier de fonctionnement psychologique...

La névrose est cette subtile organisation qui fait que, quels que soient les événements, ils seront lus à travers l'opposition désirs-interdits, et que, quels que soient les symptômes, ils représentent un compromis qui limite la liberté psychique du sujet. » (124.125)

Alors ici, je me dis que l'avancée des connaissances fait modifier certaines théories liées à une époque, à des contextes sociaux, religieux, culturels, au type psychologique du chercheur et à son histoire... Mais je m'aperçois aussi que l'origine des pathologies psychiques les plus nuisibles, ne change pas, elle est bien la résultante d'un début de développement piégé par des mines à retardement.

C'est lorsque l'être humain ressent intuitivement, au fond de lui-même, le danger causé par la présence de ces pièges, quand la souffrance d'un mal-être(et agir) va le pousser à remettre en question ses fonctionnements et sa conduite existentielle, qu'il pourra retrouver un équilibre satisfaisant et donner un sens cohérent à son avancée.

A mon avis, dans ce cas de figure là, les névroses en général et/ou les troubles névrotiques, seraient ce danger... et le réajustement, désiré par le sujet, pourrait recevoir l'aide d'une personne(thérapeute), si demande il y a...