

# QU'EST-CE QU'UNE NÉVROSE ?

A. LUTS,  
D. OGEZ<sup>1</sup>

Mots-clefs : enseignement, médecine, psychiatrie, névrose



## Correspondance :

Pr A. Luts  
Université catholique de Louvain  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Service de Psychiatrie adulte  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Burxelles

Le concept de névrose paraît indispensable dans la compréhension du psychisme humain. Cet article propose une nouvelle méthode d'enseignement des névroses en faculté de médecine. Afin d'illustrer cette approche, nous allons nous centrer sur la névrose hystérique. Si les étudiants en médecine pouvaient intégrer cette manière originale de concevoir les névroses, la compliance se verrait améliorée.

## SUMMARY

The concept of neurosis is highly relevant in the comprehension of the human psychism. We propound a new approach for teaching neurosis in medical schools. By way of illustration, we expose and discuss the most important clinical criteria for hysteria. If medical students could integrate this original conception of neurosis, they could improve their medical treatments.

### Key-words :

Teaching, medicine, psychiatry, neurosis.

## INTRODUCTION

L'enseignement de la psychiatrie en école de médecine est difficile. Les pré-requis sont frustes et les heures accordées à cet enseignement sont minimales. En outre, le coefficient qui est accordé à l'examen incite souvent les étudiants à ne pas trop s'en préoccuper (7).

Pourtant, les troubles névrotiques sont régulièrement présents en médecine générale, comme dans toute autre spécialité. Il est regrettable que le manuel de référence de l'association américaine de psychiatrie aboutisse, au fil de ses nombreuses révisions, à un éclatement de ces troubles (1). Ce manuel se veut a-théorique et laisse ainsi de côté des concepts hérités de la psychanalyse.

Il est donc nécessaire d'adapter l'enseignement de la psychiatrie à ce nouveau contexte. Nous nous attacherons, dans cet article, à dégager une méthode pédagogique visant à expliquer ce qu'est une névrose ; cette méthode ne s'adressera pas à un étudiant en psychologie ayant un bagage suffisant pour appréhender un exposé exhaustif, mais devrait permettre aux futurs médecins de reconnaître une névrose, de la comprendre et d'évaluer son impact sur le traitement médical, quel qu'il soit.

Il ne nous sera évidemment pas possible ici de détailler les quatre névroses. Nous prendrons comme modèle l'hystérie qui comme chacun le sait complique singulièrement les soins.

<sup>1</sup> Psychologue, Service de Psychiatrie, Cliniques Universitaires Saint-Luc, 1200 Bruxelles

Après une explication traditionnelle de la névrose hystérique, nous envisagerons notre nouvelle méthode pédagogique. Ensuite, nous verrons comment cette même méthode peut s'appliquer à la névrose d'angoisse, à la névrose phobique et à la névrose obsessionnelle.

## L'APPROCHE TRADITIONNELLE DE LA NÉVROSE HYSTÉRIQUE

### 1. DÉFINITION

Si nous nous référons au Dictionnaire de la Psychanalyse de Laplanche et Pontalis, « L'hystérie est une classe de névroses présentant des tableaux cliniques très variés. Les deux formes symptomatiques les mieux isolées sont l'hystérie de conversion, où le conflit psychique vient se symboliser dans les symptômes corporels les plus divers, paroxystiques (exemple : crises émotionnelles avec théâtralisme) ou plus durables (anesthésies, paralysies hystériques, etc ...), et l'hystérie d'angoisse où l'angoisse est fixée de façon plus ou moins stable, à tel ou tel objet extérieur (phobies) » (9).

Le processus de refoulement, que nous définissons comme étant la mise hors de la conscience de désirs, de fantasmes ou de souvenirs inacceptables par le malade, est suivi d'un retour du refoulé qui s'impose au patient sous une forme déguisée suite à la conversion de l'énergie psychique en énergie somatique. La conversion hystérique crée ainsi des phénomènes tels que décrits précédemment.

Le patient hystérique, se complaisant dans ses difficultés, s'attache à ses symptômes et résiste dès lors aux thérapeutiques proposées par le soignant. Les bénéfices primaires portent essentiellement sur la capacité du symptôme à réduire voire faire disparaître l'angoisse née du conflit intrapsychique. Les bénéfices secondaires représentent tous les avantages conscients que le patient retient de son symptôme. L'intérêt que l'autre nous porte est essentiel dans la névrose hystérique. « Aussi longtemps que je suis malade, on s'occupe de moi ». Ces mêmes bénéfices secondaires, s'ils sont importants, contribuent à la perpétuation des symptômes et des plaintes.

### 2. HISTORIQUE

Dans l'Antiquité, l'hystérie trouve son origine dans son étymologie ; maladie de l'hystera, c'est-à-dire de la matrice. Ainsi, à partir de cette définition, l'hystérie se caractérisait par deux traits :

déficit fonctionnel d'un organe sexuel et déficit concernant les femmes.

Si au Moyen-âge, le christianisme a bouleversé cette étiologie, ce qui était appelé hystérie prend le nom de possession diabolique, c'est avec la Renaissance que ce concept va évoluer. A cette époque, s'instaure un retour à l'antiquité. L'hystérie est de nouveau considérée comme une maladie. Elle relève de causes internes et naturelles. C'est de ce fait que peut naître une science théorique et thérapeutique. A partir du XVII<sup>ème</sup> siècle vont apparaître trois courants distincts s'intéressant à l'étiologie hystérique.

En Grande-Bretagne, un premier courant, organiciste, va voir le jour. Jorden, Burton et Cullen vont émettre l'hypothèse que l'hystérie vient d'un trouble nerveux du cerveau.

Suite à cette théorie, Sydenham et Pinel, un anglais et un français, vont donner à l'hystérie un fondement psychique. Cette maladie est dès lors curable. Elle n'est non pas une maladie organique du cerveau mais un désordre des passions, ayant des conséquences somatiques.

Mesmer, Braid et, surtout Charcot vont démontrer, aux alentours du XVIII<sup>ème</sup> siècle, le pouvoir de l'hypnose sur les symptômes hystériques. Charcot va innover dans ce domaine. Selon lui, le symptôme n'est pas l'expression d'une émotion cachée mais il est à réduire à un ensemble de signes, chacun n'ayant de valeur que dans son rapport aux autres. Dans ce contexte, la voix de l'hypnotiseur et la suggestion ont le pouvoir de faire et de défaire le symptôme.

Lors des nombreuses leçons de Charcot, à la Salpêtrière, Freud va découvrir cette innovation médicale et débiter ses travaux qui donneront naissance à la psychanalyse. L'intérêt de Freud à cette époque porte essentiellement sur l'inconscient et la sexualité infantile.

### 3. L'APPORT FREUDIEN

En 1895, Freud écrit avec Breuer « les études sur l'hystérie » (3). A cette époque, Breuer traite une patiente, Anna O., qui permit à Freud de parfaire ses conceptions théoriques et thérapeutiques. Ainsi, la cause de la plupart des symptômes hystériques mérite d'être qualifiée de traumatisme psychique. Le souvenir d'un choc, devenu autonome, agit à la manière d'un corps étranger dans le psychisme. L'hystérique souffre de réminiscences. Dans ce cas, l'affect lié à l'incident causal n'a pas trouvé de décharge d'énergie par la voie verbale

ou somatique parce que la représentation psychique du traumatisme était absente, interdite ou insupportable. Freud affirme qu'un « noyau d'un second conscient » est constitué. Celui-ci serait à la source des phénomènes somatiques. Le mécanisme de défense conduisant à la formation du symptôme hystérique est qualifié alors de refoulement d'une représentation incompatible avec le moi. En parallèle, Freud affirme que le traumatisme en cause est toujours lié à une expérience sexuelle précoce vécue dans le déplaisir, y compris chez les jeunes garçons. De ce fait, l'hystérie n'est pas exclusivement féminine (12).

Les difficultés rencontrées dans les cures ont conduit Freud à la mise en place d'une seconde topique de l'appareil psychique. En ce qui concerne « des nouvelles études sur l'hystérie », celles-ci ne verront jamais le jour. Lacan traitera, à travers ses lectures des textes de Freud, de l'évolution de ce concept.

Nous traitons principalement dans notre réflexion de l'hystérie de conversion. Celle-ci se distingue classiquement par l'intensité des crises émotionnelles et la diversité des effets somatiques qui tiennent la médecine en échec.

#### 4. CLINIQUE

Parler de symptomatologie en ce qui concerne la maladie hystérique, c'est traiter de deux types de symptômes : somatiques et psychiques (8).

##### a. Les symptômes somatiques

Même, s'il ne s'agit pas des manifestations les plus fréquentes de l'hystérie, les symptômes de conversion ont d'abord été décrits sur le plan médical.

Nous pouvons d'ailleurs constater chez ces patients des troubles d'allure neurologique. Ainsi, les paralysies sont les plus fréquentes. Elles peuvent atteindre soit les deux membres inférieurs, soit un membre, voire même les cordes vocales. Des symptômes d'anesthésies mais aussi des manifestations algiques, qui posent des problèmes avec les douleurs hypochondriaques, peuvent également être observés.

Nous pouvons également observer chez le patient hystérique des accidents paroxystiques. Lors de ses nombreuses observations cliniques, Charcot a mis en évidence ce qu'il appela « la grande crise ». C'est une crise d'agitation spectaculaire dont la symbolique sexuelle est souvent présente.

Nous pouvons par ailleurs identifier chez l'hystérique, des crises nerveuses allant de l'agitation à l'évanouissement, de la spasmophilie (dont les liens avec l'hystérie sont évidents) ou encore des narcolepsies (états de sommeil diurnes).

##### b. Les symptômes psychiques

Les symptômes psychiques se suffisent le plus souvent à eux-même. Ils sont par ailleurs plus fréquents que les classiques accidents de conversion. Nous retiendrons deux catégories de symptômes.

D'une part, la séduction et l'avidité affective qui se traduit le plus souvent par les besoins d'attirer l'attention sur soi, l'égoïsme, la dépendance affective, l'érotisation de la relation, le manque de contrôle émotionnel, la provocation, etc.

D'autre part, la fuite ou l'amnésie se traduit par les troubles de la mémoire, la distractivité (le patient ne peut pas se concentrer sur une activité), le somnambulisme, voire même des états seconds : fugues amnésiques.

## 5. TRAITEMENT

La psychothérapie, voire même principalement la psychanalyse, est le traitement le mieux indiqué pour l'hystérie (4,10). Si l'on résume très brièvement le travail psychanalytique, c'est par la technique d'association libre qui consiste à laisser le patient librement associer des éléments de sa vie récents ou anciens, que les représentations refouillées et reconverties en symptômes peuvent redevenir conscientes. De ce fait, nous tendons vers un mieux être et une disparition des symptômes.

Toutefois, la psychanalyse est un courant qui nécessite un engagement. Si ce n'est pas le cas, cette technique est inefficace. D'autres courants psychothérapeutiques peuvent d'ailleurs apporter une aide aux hystériques. Ainsi, d'autres thérapies individuelles voire de groupe ou des thérapies de soutien peuvent aider le patient, voire l'orienter.

## II. UNE NOUVELLE APPROCHE DE LA NÉVROSE HYSTÉRIQUE

Nous allons construire notre nouvelle méthode en recentrant l'approche traditionnelle autour de l'avidité affective.

Nous pouvons ainsi définir la névrose hystérique (ou hystérie) comme l'amplification de la peur fondamentale de ne pas être aimé.

Une peur fondamentale est une peur que chacun d'entre nous a déjà connue à minima. Dans le jeu amoureux, nous ne sommes pas toujours sûrs d'être aimés en retour. Lorsque nous sommes conviés à un dîner, si nous ne connaissons pas les autres convives, nous sommes tracassés ; seront-ils sympathiques, l'ambiance sera-t-elle chaleureuse ? En d'autres termes, vont-ils m'apprécier, vont-ils m'aimer ?

L'hystérie est en fait l'amplification de cette peur au point qu'elle envahit toute la vie privée et professionnelle de la personne. Ainsi, nous pouvons en comprendre les traits de caractère. Ils sont comparables à ceux évoqués dans l'approche traditionnelle.

- La psychoplasticité est la capacité de changer d'attitude en une seconde. Comment comprendre qu'un patient faisait rire tout le monde en salle d'attente et, dès qu'il se trouve seul avec le médecin, il s'effondre en larmes ?  
Se faire aimer en salle d'attente, c'est amuser, être agréable ; mais pour être aimé d'un médecin, il faut lui signifier qu'on souffre énormément. Voilà ce que croit l'hystérique.
- La mythomanie, ou la falsification de l'existence, est également fréquente chez l'hystérique. Ainsi, s'il rencontre de grands voyageurs, il va inventer des voyages qu'il n'a pas faits ou travestir ceux qu'il a faits, dans le but de leur plaire, d'être comme eux.
- La séduction se comprend très bien puisque l'hystérique vit sans arrêt dans la crainte de ne pas être aimé ou de ne plus l'être.
- La suggestibilité correspond à ce que nous appelons dans le langage courant « être influençable ». Un hystérique qui fait du shopping avec un ami aura tendance à suivre systématiquement ses conseils. Non seulement par peur de lui déplaire, mais également parce qu'il est fragile. Si cet ami lui assure qu'une chemise noire le met davantage en valeur qu'une chemise blanche, il n'hésite plus, même s'il était prêt à acheter la blanche.
- Le théâtralisme est une manière d'attirer l'attention des autres sur soi. Lors d'une soirée entre amis, l'hystérique veut que tous les regards se tournent vers lui. Si ce n'est pas le cas, il panique et doute de l'affection de ses amis. Il parle ainsi à voix haute et fait énormément de gestes pour capter le regard.

Ces cinq traits de personnalité vont se retrouver dans la relation entre le médecin et le malade. Ils

permettent au médecin de reconnaître la névrose et d'estimer ce qui la sous-tend.

Nous rappelons qu'il s'agit d'une approche didactique ; elle est novatrice et n'a encore fait l'objet d'aucune publication.

### III. LES AUTRES NÉVROSES

Nous pouvons considérer qu'il existe trois autres peurs fondamentales.

- La peur de la séparation : lorsqu'un être cher se déplace pour un voyage, nous ne pensons pas qu'il ne nous aime plus et pourtant, nous souffrons de cet éloignement.
- La peur qu'un tiers nous empêche d'obtenir ce que nous désirons : lorsque nous envisageons un achat conséquent et que nous nous rendons chez notre banquier pour lui demander un prêt, nous craignons qu'il le refuse.
- La peur de mal faire : chaque étudiant en médecine a connu cette peur la première fois qu'il a pratiqué un acte technique ; lorsqu'il s'est apprêté à une ponction lombaire, il a eu peur de la rater, de faire mal au patient.

Nous pouvons considérer les névroses comme l'amplification d'une de ces peurs fondamentales.

- La névrose d'angoisse est l'amplification de la peur de la séparation
- La névrose phobique est l'amplification de la peur qu'un tiers nous empêche d'obtenir ce que nous désirons
- La névrose obsessionnelle est l'amplification de la peur de mal faire.

Nous ne pouvons développer ces trois névroses en un seul article. Néanmoins, il est important de garder à l'esprit qu'une névrose n'en exclut pas une autre (tout comme une peur fondamentale n'en élimine pas une autre) et que le psychisme évolue au fil de la vie. Une névrose peut céder le pas à une autre.

La névrose n'est pas un phénomène dont l'intensité est stable dans le décours du temps. Selon l'importance des frustrations rencontrées, selon aussi l'importance des satisfactions obtenues dans son milieu familial, professionnel et social, l'angoisse vécue par un sujet variera beaucoup. Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène banal : qui n'a pas ses bons et ses mauvais jours, ses bonnes et mauvaises périodes ? Pour ces raisons, les troubles névrotiques, dans l'immense majorité, sont

variables dans le temps. Ils peuvent apparaître et disparaître, augmenter ou diminuer d'intensité. Il sera donc toujours important, sur le plan clinique, de repérer chez un patient si on a affaire à un trouble névrotique fluctuant peu ou à un trouble névrotique intermittent (d'apparition accidentelle dans la vie du sujet). L'attitude thérapeutique variera en effet selon cet aspect de déroulement dans le temps.

Ce sont ces fluctuations d'intensité dans le temps qui conduisent également certains auteurs à faire la distinction, chez les patients, entre la personnalité névrotique stable de base et les phénomènes aigus de décompensation. Dans la clinique quotidienne, toutes les nuances et formes de transition peuvent être rencontrées.

## CONCLUSION

Dans sa pratique quotidienne, le médecin est sans arrêt confronté aux névroses. L'enseignement de celles-ci lui permettra de mieux gérer ses prises en charge.



## RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, fourth edition, text revision Mental*. Washington DC, 2000.
2. De Mijolla A. & coll. *Psychanalyse*. PUF, Paris, 1996.
3. Freud S. & Breuer J. *Études sur l'hystérie*. PUF, Paris, 1956.
4. Freud S. *La technique psychanalytique*. PUF, Paris, 1953.
5. Freud S. *Métapsychologie*. Gallimard, Paris, 1968.
6. Gori R. *Malaise dans la psychiatrie ? Cliniques méditerranéennes*, 78, pp 49-64, 2008.
7. Hyler S : Using commercially available films to teach about borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 1997; **61** (4) : 458-468.
8. Israël L. *L'hystérie, le sexe et le médecin*. Masson, Paris, 2001.
9. Laplanche J , Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF, Paris, 1967.
10. Leichsenring F, Rabung S : Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA*. 2008 ; **300** (13) :1551-1565.
11. Maleval JC. *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Payot, Paris, 2007.
12. Soler C. *L'hystérie, Les hystériques : Retour à la clinique*. Sciences, Dunod, Paris, janvier 2007.

Cet article met en évidence qu'en quelques heures de cours, nous pouvons donner au futur praticien une connaissance de ces troubles de la personnalité.

Tout être humain connaît l'angoisse. Ces différentes manières, décrites comme pathologiques, de vivre l'angoisse et de s'en défendre par des processus inconscients existent en réalité chez tous les êtres humains, y compris chez les gens normaux. Il n'y a donc pas de transition tranchée dans ce domaine, entre le normal et le pathologique. C'est l'intensité de l'angoisse, l'intensité de tel ou tel phénomène de défense contre celle-ci, la souffrance éprouvée par le patient, la perturbation éventuelle suscitée dans sa vie familiale, professionnelle et sociale qui fait désigner certains tableaux cliniques comme pathologiques.

Tout être humain vit non seulement l'angoisse mais vit aussi inconsciemment les trois types principaux de défense contre cette angoisse : phobique, obsessionnel et hystérique. De manière atténuée, ces trois réactions de défense et l'angoisse elle-même sont présentes chez tous.

## En pratique ...

- *L'enseignement des névroses est indiqué pour tout étudiant en médecine, quelle que soit la spécialité à laquelle il se destine.*
- *Tout traitement médical peut être compliqué par un trouble de la personnalité.*