

Introduction à la psychologie dynamique

Jean Mélon et Martine Stassart

POSITION DE FREUD.

Sigmund FREUD (1856-1939) occupe, à l'aube du XXe siècle, une position unique, en ce sens qu'il élabore une pratique théoricoclinique¹ apte, pour la première fois dans l'histoire de la médecine, à faire confluer les deux courants qui, depuis les origines et jusqu'à ce jour, divisent les praticiens de l'art de guérir :

¹ La clinique psychanalytique, puisque c'est elle qui est ici privilégiée, est avant tout pour ne pas dire exclusivement, une clinique du « transfert », qui réclame une (ré)élaboration « théorique » permanente qui ne saurait faire l'économie de la démarche « nosographique ». Ce qui distingue la démarche nosographique spécifiquement analytique c'est que dans son cas le « Treiben Nosographie » s'enracine toujours profondément dans l'expérience du transfert, au point qu'au terme de sa démarche proprement nosographique, Freud oppose essentiellement les « névroses de transfert » à celles qui ne sont pas « de transfert » et qu'il appelle « narcissiques ».

Sur cette nécessaire conjonction de la « théorie » et de la « clinique », nous nous rallions entièrement à la position exprimée par Jean Laplanche dans sa préface au recueil « Névrose, psychose et perversion » paru aux Presses Universitaires de France en 1973:

«

Théorie et clinique : nulle part on ne trouverait trace ici d'un clivage entre ces deux aspects, ni à plus forte raison d'un privilège accordé à l'un ou l'autre. Freud aime à répéter la formule de Charcot : « La théorie, c'est bon mais ça n'empêche pas d'exister. » Sa leçon est d'admettre l'existant, le « cas », dans sa brutalité, son atonie, voire sa « contradiction avec la théorie » (comme le rappelle précisément le titre d'un article), non pas pour jeter par-dessus bord tout effort théorique, mais bien pour contraindre dialectiquement la théorie à des remaniements, des éclatements ou des révolutions. Maxime élémentaire de toute démarche scientifique, que Freud après d'autres n'a fait que mettre en oeuvre ; mais on voit la distance qui le sépare de tous ceux qui aujourd'hui, d'un vagissement ininterrompu, réclament toujours plus de « clinique », et proclament qu'il faut purger la psychanalyse de son démon philosophique (germanique ou cartésien, peu importe). Ici la « clinique » n'est trop souvent qu'alibi pour un retour à la platitude préanalytique, ou camouflage d'une théorie indigente qui craint de s'exposer ouvertement ; là, chez Freud, le « cas » est défi (qui doit être relevé) à la théorie, le « manifeste » n'a d'intérêt que comme provocation à l'interprétation et à la construction.....

A l'inverse (ici encore) d'une certaine tendance contemporaine, Freud porte un intérêt particulièrement attentif aux distinctions nosographiques; on ne saurait même sous-estimer l'importance de ses contributions pour la délimitation des grandes catégories utilisées par la psychiatrie moderne. Un texte comme « Qu'il est justifié.. » (de distinguer la névrose d'angoisse de la neurasthénie), est un exemple, parmi d'autres, de cette attention. A sa lecture, et malgré un certain style « question de concours », on repérera vite ce qui distingue ce souci nosographique d'une attitude classificatoire banale, extérieure à son objet. Non seulement le cadre nosologique doit rendre compte, **selon un principe d'économie**, de faits constatés, mais surtout il n'a de sens que s'il peut être rapporté à une « structure » précise et univoque, et si, à son tour, cette structure entre en rapport avec celles d'autres affections, selon des relations bien définies : correspondances, oppositions, complémentarité, etc. Ainsi, entre névrose et psychose, entre névrose et perversion, entre psychonévroses et névroses actuelles, se tendent des liens structuraux, sans doute fréquemment brouillés par la complexité des cas concrets, mais que Freud s'attache constamment à repréciser. A l'aube de sa théorie, dans les lettres à Fliess, on trouve déjà le souci de situer selon les mêmes dimensions, dans un même tableau, hystérie, névrose obsessionnelle, paranoïa, confusion hallucinatoire et psychose hystérique : souci qu'on retrouve inchangé en 1924 (« La perte de la réalité dans la névrose et dans la psychose »). Les axes de référence majeurs qui orientent ce tableau des structures, on sait que ce sont les dimensions principales de la métapsychologie, celles selon lesquelles s'organise et se joue le conflit psychique : champ topique, référence génétique, facteurs économiques. Quant à ce qu'on désigne comme **point de vue dynamique**, on peut aussi bien le considérer comme résumant et englobant tous les autres : c'est précisément la prise en considération du **conflit défensif** dans ce qu'il a de particulier à chaque type nosologique. Définition, délimitation, description des modes de défense spécifiques des névroses, des psychoses et des perversions, c'est la tâche centrale que se propose Freud tout au long de l'élaboration de sa psychopathologie. »

- le courant que nous appellerons réductivement « nosographique », majoritaire , consacré par la Science officielle et l'Université, qui se préoccupe avant tout de connaître les maladies, d'en repérer les sièges, hier anatomiques, aujourd'hui biochimiques, et d'en identifier les causes ; et,
- le courant « thérapeutique » qui trouve le principe de son efficacité dans le « rapport » que le « soignant » établit avec le « soigné ».

Il n'est pas question de nier les progrès de la médecine « scientifique », encore moins de cultiver un quelconque passéisme mais seulement de constater un divorce essentiel, partout facilement observable, et qu'on ne résoudra pas aussi longtemps que, de part et d'autre, la question de l'inconscient continuera d'être ignorée.

Invoquer FREUD, ce n'est pas , psalmodiant la parole d'un maître exceptionnel, s'abriter à l'ombre du génie, c'est, à l'exemple du tenant d'un réalisme implacable, ne rien méconnaître de ce qui agite l'homme, ses désirs, ses craintes, ses idéaux, en un mot les pulsions qui le font vivre et mourir, pour le meilleur et pour le pire.

Le hasard a voulu que le conflit dont nous parlons se cristallisât, entre 1880 et 1890, autour de la querelle de l'hypnotisme qui devait opposer l'Ecole de la Salpêtrière, dirigée par CHARCOT, à celle de Nancy, où professait BERNHEIM ; et ce, au moment précis où FREUD, neurologue et pathologiste, comme CHARCOT, se passionnait pour l'énigme de l'hystérie.

De cette bataille, CHARCOT devait sortir vaincu, ridiculisé même.

Il est significatif que FREUD, bien qu'il donnât raison à BERNHEIM sur le fond, n'en conservât pas moins toute son estime et son admiration à son « maître » CHARCOT, « prince » incontesté de la méthode anatomo-clinique et champion du courant nosographique. Quoique sorti vainqueur de cette querelle, BERNHEIM n'apparaîtrait jamais, aux yeux de l'histoire de la Science, que comme un nain, comparé à CHARCOT. Certes, CHARCOT s'était trompé, sa méthode avait échoué à rendre compte des mécanismes en jeu dans l'hystérie, mais il avait le mérite d'avoir cherché à comprendre, tandis que l'autre s'était limité à dénoncer ses erreurs sans ambitionner de rien découvrir de réellement nouveau. Après lui, on se contentera, suivant BABINSKI, de rebaptiser les hystériques du néologisme « pithiatique » (sensible à la suggestion), manière, somme toute, de donner raison à l'un et à l'autre, puisque CHARCOT pensait que les hystériques étaient seuls hypnotisables tandis que BERNHEIM prétendait que l'hypnose n'était qu'une forme de la suggestion, applicable à quiconque ; les hystériques seraient seulement un peu plus suggestionnables (ce qui est loin d'être évident).

Pour comprendre mieux l'enjeu et la nature de ce conflit séculaire, il faut remonter un siècle ou deux en amont, au moment où :

- SYDENHAM (1624-1689), l' « Hippocrate anglais », jette les bases de la doctrine médicale moderne ; et,
- MESMER (1734-1815), fonde le courant « thérapeutique » moderne, aux dépens du monopole clérical des exorcistes.

LE COURANT NOSOGRAPHIQUE

Nous devons, écrit SYDENHAM, identifier et classer chaque maladie avec le même soin et la même rigueur que mettent les botanistes à distinguer les différentes espèces de plantes.

Il faut donc pouvoir classer les espèces morbides (*species morbosae*) de la même manière que les botanistes classent les espèces végétales, et pour réussir dans cette entreprise, découvrir les principes taxinomiques qui autorisent une

classification raisonnée et authentiquement différentielle, universellement reconnue parce que rationnellement inattaquable.

C'est une entreprise qui ne peut être qu'exhaustive, ne laissant hors de son champ aucune espèce inconnue. Ainsi pourra-t-on atteindre l'idéal, défini au siècle suivant par CONDILLAC, d'une science comme « langue bien faite » où un mot précis correspond à une chose précise, sans équivoque possible.

Il est évident, par exemple, que le terme de « maladie des vapeurs » qui, dans la nosographie du XVIII^{ème} siècle, regroupait l'hystérie, l'épilepsie et l'hypocondrie, était beaucoup trop confus pour servir à l'édification d'un système de classification raisonnée des maladies nerveuses doté d'un grand pouvoir discriminatif. Comme exemples typiques de classifications réussies, on peut citer les découvertes de LINNE (1707-78) pour la botanique, de CUVIER (1769-1832) pour la zoologie et de MENDELEJEFF (1834-1907) pour la chimie.

L'entreprise nosographique vise donc à définir, nommer et classer, à travers la constitution d'une nosologie différentielle, la totalité des espèces morbides.

En fait c'est la vieille doctrine d'HIPPOCRATE, inspirée d'un idéal d'équilibre entre les humeurs (sang, bile, phlegme, lymphe) et les états (chaud, froid, sec, humide) qui doit être abandonnée au profit d'une classification raisonnée des maladies définies comme autant d'espèces déterminées.

Chaque « species morbosa » sera soigneusement définie et répertoriée. Le siège en sera cherché dans un organe particulier.

Les découvertes de l'anatomie pathologique autorisent l'assimilation de la notion de cause à celle d'une lésion organique bien délimitée, siégeant dans un organe déterminé.

Le triomphe de l'idéologie localisationniste-causaliste s'atteste aujourd'hui de la prolifération des spécialités : cardiologie, pneumologie, neurologie etc. Ce n'est pas un hasard si la notion de « névrose » apparaît pour la première fois en 1777, introduite par un autre médecin écossais, CULLEN, qui n'a pas laissé d'autre trace dans l'histoire. L'hystérie que les anciens considéraient comme une maladie d'origine sexuelle change de siège anatomique. Elle est devenue une maladie nerveuse : ses symptômes sont en rapport avec l'appareil neurologique et leur substrat matériel doit nécessairement se trouver du côté du cerveau.

Cette évolution est générale. Si le terme de maladie mentale ou de maladie de l'esprit (*Geisteskrankheit*) se maintient malgré tout, KANT en 1764, parle des maladies « de la tête » et MEYNERT, le professeur de psychiatrie de FREUD, déclare péremptoirement : « les malades mentaux sont des malades du *cerveau* (*Die Geisteskranken sind Hirnkranken*) ». Les hystériques que le Moyen Age tenait pour des possédés du diable, ne profitent pas des progrès de la médecine moderne dans la mesure où celle-ci ne parvient pas à leur assigner un siège anatomique, ni dans le cerveau ni ailleurs. Le médecin arrive à la conclusion que le sujet « n'a rien ». De nos jours, il ajoutera : « C'est psychologique ». L'assimilation du psychologique avec le rien n'est pas pour rien (!) dans la dévalorisation du psychologique aux yeux de la médecine et, par ricochet, dans la grande masse de la population. « L'hystérique rate lamentablement, selon l'expression de Lucien Israel, son examen de passage médical ».

Etant défini comme celui qui « n'a rien », l'hystérique est volontiers considéré comme un simulateur ou un menteur. Mais « c'est un mensonge qui dit la vérité ». Quelle vérité ? Celle d'un désir ancien, qui faute d'avoir trouvé la satisfaction, aura provoqué du déplaisir, c'est-à-dire un malaise, une sensation physique désagréable, du dégoût.... De cet événement ancien, souvent anodin d'ailleurs, la mémoire n'a pas totalement perdu la trace.

Plus tard, à la puberté, lorsqu'un événement analogue se produira auquel le « moi » ne pourra faire face efficacement, par la pensée, le jugement et l'action, l'affect pénible sera réactivé. Mais le moi, incapable d'en situer la véritable origine, qui est dans la trace mnésique infantile, l'attribuera à un événement actuel ou à une « maladie » présente. C'est ce que FREUD appelle le « premier mensonge hystérique » (*Prôton pseudos*), terme qui apparaît pour la première - et dernière - fois dans « L'Esquisse d'une psychologie scientifique à l'usage des neurologues » (1895). C'est là l'origine de la « complaisance somatique »².

² Le terme de complaisance somatique est couramment utilisé pour désigner la tendance hystérique à se servir des moindres troubles physiques pour exprimer une plainte qui renvoie toujours en dernière analyse à un désir inassouvi parce qu'impossible ou interdit. C'est dans le « Cas Dora », à propos de l'aphonie, que le terme de « complaisance » est utilisé pour la première fois comme concept théorique. Complaisance somatique est une traduction de l'anglais « *somatic compliance* » davantage que du terme allemand « *somatisches Entgegenkommen* ». En tant que verbe, « *entgegenkommen* » signifie « venir à la rencontre ». En ce sens, le malaise somatique « vient à la rencontre » du sujet comme le sujet va à sa rencontre. Le verbe substantivé, « *das Entgegenkommen* », tel que FREUD l'utilise, a le sens

C'est bien pour être à même de rendre compte de la spécificité de la pathologie hystérique, et, plus largement, « psychonévrotique », que FREUD va inventer la notion d'un « appareil » psychique (« *Psychischer Apparat* ou *Seelischer Apparat*, appareil de l'âme »), qui peut évoquer celles d'appareil cardiovasculaire, respiratoire, urinaire etc.. mais qui renvoie surtout aux métaphores des appareils téléphonique et photographique que FREUD utilisera très souvent pour illustrer le mode de fonctionnement du psychanalyste (être à l'écoute de l'inconscient) et la différenciation topique de l'appareil psychique (où se fixent les images ? et les sons ?).

Dans la notion **d'appareil** se trouve incluse celle **d'un travail**³ portant sur le traitement d'une certaine forme ou quantité d'énergie et visant à sa transformation en une autre forme d'énergie, de qualité et de quantité différentes. Au « travail » d'élaboration (*Verarbeitung*) du rêve répond le « travail » d'interprétation (*Bearbeitung*). L'appareil psychique n'est pas matériellement identifiable. C'est une fiction, même s'il nécessite, pour fonctionner correctement, l'intégrité du système nerveux central. Les altérations anatomiques ou biochimiques (drogues) du cerveau retentissent sur le fonctionnement de l'appareil psychique mais celui-ci ne saurait se confondre avec celui-là. FREUD lui-même a voulu croire, dans l'Esquisse de 1895 (jamais publiée par lui) que la psychologie pouvait se réduire à la neuro-physiologie. Elle lui aura servi de modèle analogique pour la construction de l'appareil psychique.

En définitive, à quoi tient la spécificité du psychique ? Au fait que la psyché, si elle entretient des rapports certains avec le soma, n'en est pas moins en prise sur un troisième terme, que Saint Paul désignait comme étant l'esprit (*pneumatikos*) et que LACAN a réintroduit dans la théorie par le biais du Symbolique.

Au fond, la trilogie lacanienne du Réel, de l'Imaginaire et du Symbolique remet en honneur la vieille tripartition d'origine paulinienne entre le corps, l'âme et l'esprit. Et les psychologues, qu'ils le veuillent ou non, s'occupent de l'âme en théorie et des âmes en pratique⁴.

figuré d'un mouvement de bienveillance excessive envers quelqu'un et désigne notamment le fait de « faire des avances ». On pourrait donc évoquer à propos du symptôme hystérique en général cette notion de « séduction » physique métaphoriquement travestie qui est implicitement comprise dans le « *somatisches Entgegenkommen* ». Toujours à propos de ce terme, notons que dans la lettre à JUNG du 16-04-09, FREUD fait un rapprochement intéressant entre « la complaisance du hasard » (*das Entgegenkommen des Zufalls*) qui joue pour la formation du délire le même rôle que la complaisance somatique dans le symptôme hystérique et la complaisance de la langue dans le jeu de mots » (Tome 1 de la Correspondance, p. 297).

³ On voit que, s'il est question de travail dans les deux cas, l'allemand emploie des substantifs différents quant au préfixe. La désinence « **ung** » évoque un mouvement, une action en train de s'accomplir, un processus. Le préverbe « **ver** » apparaît dans un grand nombre de concepts fondamentaux de la psychanalyse (*Verdrängung*-refoulement, *Verleugnung*-reniement, *Verwerfung*-rejet, *Verschiebung*-déplacement, *Verdichtung*-condensation...). Le « ver » est lié à l'idée d'un mouvement qui se prolonge pendant un certain temps dans une certaine direction jusqu'à un point limite où la chose qui subit le mouvement s'en trouve changée, altérée ou détruite, en tout cas transformée. *Verdrängen*-refouler, c'est « pousser » (*drängen*) quelque chose au-delà d'une limite de telle sorte que cette chose va acquérir des propriétés nouvelles, ou perdre ses propriétés antérieures ou bien même disparaître à jamais. Ainsi, dans le « travail » du rêve, le « ver » de « *verarbeiten* » a le même sens de transformation radicale d'une chose en une autre; en l'occurrence, l'excitation liée au contenu latent disparaît dans la fable du contenu manifeste. Tandis que « be » dérive de « bei », près, auprès. « Be » est un préverbe qui indique un rapport de proximité accentuée où l'action est en prise sur une chose qui est à peine une chose pour le sujet, qui ne l'est pas encore mais qui pourrait le devenir à condition que le travail soit suffisamment « bei ». Dans cette opposition du « ver » et du « be », on peut voir un des sens même de la cure analytique : à un travail « ver » qui correspond au processus primaire et qui a souvent un caractère péjoratif-destructeur, en tout cas déréalisant, répond un travail « be » qui a le sens **d'amener** quelque chose à l'existence, oeuvrant à un plus de réalité, ce qui correspond au processus secondaire.

L'insistance mise sur ces particularités de langue n'est pas gratuite. Elle permet dans le cas présent de ressaisir à quel point, dans le style de Freud, la **dimension poétique** de la langue est présente, dimension qui est seule à même de nous faire « goûter » la « chose » de la chose. A propos des trois composants majeurs du style de Freud (l'analytique, le poétique et le rhétorique) on lira avec profit l'article de François Roustang : « Les composantes du style de Freud », in « Comment faire rire un paranoïaque », Paris, Odile Jacob, 1996, pp. 111-123.

⁴ A propos de la trilogie soma-psyché-esprit et de ce qu'elle implique de connotation épistémologique, voir notre article: « Un déclin qui n'en finit pas. A propos de l'identité européenne », Cahiers du CEP n°7, mars 1996, pp. 60-67.

LE COURANT THERAPEUTIQUE

L'acte de naissance du courant thérapeutique moderne en tant qu'il veut trouver son fondement dans le rapport singulier entre le soignant et le soigné, se situe idéalement en 1775, date à laquelle le médecin viennois Franz Anton MESMER, requis par l'autorité ecclésiastique comme expert dans l'affaire GASSNER (prêtre catholique, exorciste célèbre pour ses guérisons miraculeuses) déclare péremptoirement que le pouvoir de l'exorciste ne s'exerce pas sur des forces surnaturelles mais sur des forces purement physiques, ce qui, soit dit en passant, convenait parfaitement à de nombreux prélats de l'époque, acquis aux Idées des Lumières.

Pour MESMER, n'importe quel état morbide résulte d'une mauvaise répartition de l'énergie électromagnétique (phénomène dont on commence alors à deviner la nature et à comprendre les lois) à l'intérieur du corps et entre le corps et l'environnement.

GASSNER n'est donc plus considéré comme un exorciste mais comme un magnétiseur qui s'ignore. MESMER laïcise l'exorcisme.

Mais n'est pas magnétiseur qui veut. Il faut avoir un certain don au départ et le cultiver ensuite avec la plus grande assiduité. Seul un magnétiseur de talent peut en reconnaître un autre. Il est donc inévitable que les magnétiseurs se cooptent entre eux et constituent des sociétés fermées, comme le sont très évidemment de nos jours les sociétés de psychothérapeutes. Ce besoin d'appartenance à un « groupe » est typique de toutes les tendances psychothérapeutiques et s'explique par la nécessité inhérente à la profession de s'ancrer dans une identification « solide » qui, dans le domaine en question, ne peut guère s'acquérir qu'au sein d'un groupe ni se maintenir que dans la confrontation constante avec la pensée dominante dans tel ou tel groupe.

Pour MESMER, le prérequis de l'effet thérapeutique réside dans le « rapport » qui unit le soigné au soignant. Hors du « rapport », pas de salut ! Tous les « thérapeutes » sont d'accord là-dessus. Les divergences ne tiennent pas à cet élément intangible de la doctrine mais aux tentatives d'explication théorique visant à désigner les différents éléments qui entrent en jeu dans ledit rapport, et à en définir l'importance respective.

D'une manière générale, les magnétiseurs se soucient peu de poser des diagnostics nosologiques précis. La formule célèbre de MESMER : « Une seule maladie, une seule cause, un seul remède », indique assez son mépris des classifications. La même tendance antinosographique est commune à toutes les médecines dites « parallèles », et notamment à l'homéopathie, dont le fondateur, Samuel HAHNEMANN (1755-1843), a remis en honneur les principes de la médecine hippocratique.

Il était inévitable que MESMER et ses disciples fussent tenus en suspicion par les Académies de Médecine, lesquelles, si elles avaient admis les magnétiseurs en leur sein, auraient dû reconnaître implicitement qu'une bonne partie de la science médicale était inutile puisqu'il suffit de manier les fluides pour guérir la plus grande part des maux dont s'occupe ordinairement le médecin.

Les séances de magnétisme avaient lieu en groupe autour d'un baquet qui n'était rien d'autre qu'un genre de bouteille de Leyde, premier modèle d'un condensateur électrique.

La théorie du magnétisme « animal », l'adjectif animal signifiant ici qu'il s'agit du phénomène magnétique en tant qu'il s'applique aussi aux êtres vivants doués d'une âme (anima), cette théorie développée par MESMER pour la plus grande part, fut l'objet de multiples critiques dans les années 1780-1800. Certaines ne manquaient pas de perspicacité.

On fit remarquer que le rapport magnétique ressemblait furieusement à la passion amoureuse. On suspectait déjà le fluide magnétique de n'être pour rien dans le processus thérapeutique. Le véritable agent curatif, c'était tout simplement l'amour, cette arme à double tranchant qui d'une part faisait des miracles mais qui, d'autre part, rendait souvent le miraculé excessivement dépendant de son sauveur au point de ne plus pouvoir s'en séparer. C'est ainsi qu'on vit nombre de magnétiseurs entourés, le plus souvent contre leur volonté, d'une cour de partisans enthousiastes et de ferventes admiratrices. La passion amoureuse n'étant pas toujours à sens unique, beaucoup de magnétiseurs succombaient ou avaient la réputation de succomber aux charmes de leurs patientes, ce qui entourait la profession d'une aura scandaleuse.

De ce point de vue, MESMER fut victime de son succès. Le mesmérisme fut condamné par l'Académie Royale de Médecine de Paris, peut-être avant la révolution de 1789, non parce que ses bases scientifiques étaient caduques, mais parce

qu'il entraînait à la débauche. Faut-il rappeler qu'un des chefs d'accusation retenus contre Marie-Antoinette par le Comité de Salut Public, fut sa participation à des séances de magnétisme organisées par Mesmer ?

Aussi la corporation naissante des magnétiseurs dût-elle se donner rapidement des principes déontologiques sévères, ne fût-ce que pour préserver la dignité de ses membres.

Henri ELLENBERGER cite un certain Aubin GAUTHIER, auteur d'un manuel pratique du magnétiseur paru à Paris en 1845. A la lecture de ces lignes, on ne sera pas peu surpris de constater que les questions éthico-déontologiques se posaient aux thérapeutes de cette époque à peu près dans les mêmes termes qu'aujourd'hui : nécessité pour le thérapeute de se former auprès d'un autre plus expérimenté, lecture assidue des ouvrages classiques, recyclage permanent pour garder la forme, fixation scrupuleuse du cadre (temps, honoraires), mise en garde contre la séduction et le danger de relations interminables etc...

« Le magnétiseur, dit Gauthier, doit être en bonne santé pour ne pas rendre malade son sujet ; s'il lui arrive de tomber malade, il faut qu'il se « purifie » avant de reprendre son travail. Il doit mener une vie sage et bien réglée, vivre sobrement, tout faire pour être dans un état de calme et de repos constant ; être digne et réservé, parler peu. Il doit aussi être rigoureusement honnête, voire scrupuleux. Pour devenir magnétiseur, il faut passer par une formation appropriée, lire les oeuvres de Mesmer, Puységur, et tous les classiques du magnétisme. L'ancien principe de Puységur d'après lequel le magnétiseur ne devait jamais accepter aucun honoraire pour son traitement, n'est plus recevable, dit Gauthier, parce qu'un homme qui a consacré autant de temps à l'étude du magnétisme ne peut pas se charger de traitements gratuits. Le magnétiseur est même en droit de demander des honoraires plus élevés que le médecin, puisqu'il doit avoir toutes les qualités du médecin, plus une bonne santé et la connaissance du magnétisme. Un médecin, en effet, ne donne que ses connaissances et ses talents personnels, tandis que le magnétiseur donne sa propre vie : il donne sa santé au malade en le magnétisant. Il est de la plus haute importance pour le malade qu'il sache choisir le magnétiseur approprié : certains magnétiseurs guérissent mieux certaines maladies que d'autres. Un magnétiseur ne doit jamais commencer un traitement s'il n'est pas sûr de pouvoir le terminer car il est souvent très dangereux d'interrompre un traitement commencé. Avant de commencer le traitement, le magnétiseur et le patient doivent s'entendre sur les honoraires, fixer le jour et l'heure des séances. Il faut être exact et exiger que le malade le soit. Le malade n'aura aucun secret pour son magnétiseur en ce qui concerne sa maladie, et ne lui cachera aucun fait susceptible d'aider à la comprendre. Pendant la durée du traitement, le malade renoncera à tout excès, mangera modérément et s'abstiendra de fumer. La durée du traitement sera variable, d'une semaine à six mois ou même davantage, mais on ne devra jamais donner à un malade plus de deux séances par jour. Le magnétiseur tiendra un journal pour chacun de ses malades, où il consignera l'essentiel de chaque séance. On ne devra jamais hypnotiser une femme qu'en présence de son mari ou d'un autre témoin. Il faut s'imposer comme règle absolue de ne jamais se livrer à une expérience quelconque sur ses patients. Les observations cliniques suffiront largement à satisfaire la curiosité scientifique du magnétiseur. Gauthier proposait pour les magnétiseurs un serment du magnétiseur inspiré du serment d'Hippocrate.

Les sociétés médicales soulevèrent un autre problème à cette époque en prétendant réserver la pratique du magnétisme aux docteurs en médecine. Les magnétiseurs non-médecins s'opposèrent énergiquement à cette prétention. En 1831, l'Académie de Médecine de Paris déclara que les magnétiseurs non-médecins pouvaient être autorisés à pratiquer à condition qu'ils se soumettent à une surveillance médicale : ils devaient périodiquement faire contrôler leur journal par des médecins. Mais cette disposition resta pratiquement lettre morte » (Extrait de Henri ELLENBERGER : « A la découverte de l'inconscient », Simep, Paris, 1974, pages 134-35).

La tradition thérapeutique héritée de MESMER se maintient vivace tout au long du XIXe siècle mais les théories explicatives changent. A la théorie du magnétisme animal succèdent celles du somnambulisme (PUYSEGUR), du spiritisme (en Amérique du Nord) et finalement de l'hypnotisme (LIEBEAULT et BERNHEIM).

LIEBEAULT n'aurait laissé aucune trace dans l'histoire de la médecine si Hyppolite BERNHEIM (1837-1919) ne s'était pas servi de ses résultats pour détruire la théorie de l'hystérie développée par CHARCOT. BERNHEIM soutiendra avec succès la thèse selon laquelle la valeur thérapeutique de l'hypnose réside dans la seule suggestion.

En définitive la suggestion apparaît comme le seul et unique ressort thérapeutique du « rapport ».

En prônant la suggestion comme arme thérapeutique digne d'intérêt et de respect, BERNHEIM ouvrait la voie aux méthodes d'action psychologique qui depuis la célèbre et simplissime méthode d'Emile COUE (1912) ne sauraient manquer de se développer indéfiniment, requérant de la part du soigné une adhésion voire une croyance sans faille, et, de la part du soignant, une volonté de pouvoir et de persuasion absolument indispensables. Dans ce domaine, le scepticisme s'avère dissolvant et le charlatanisme devient presque une vertu nécessaire.

Dans la mesure où elle refuse l'arme de la suggestion, en quoi elle se distingue de toutes les autres, la méthode psychanalytique trouve une composante essentielle de son originalité mais, faut-il le dire, à l'instar de la vérité sortie du puits, elle oeuvre radicalement dans le sens du « désenchantement » du monde annoncé par SCHILLER et dans lequel Max WEBER voyait, avec la disparition de la pensée magique, le triomphe du rationalisme et de la pensée mécanique.

Pendant un temps assez court, FREUD a été un adepte, guère enthousiaste, de l'hypnose puis de la suggestion. Il se considérait comme un piètre hypnotiseur, n'ayant aucun goût pour cette forme de domination apparentée à celle du magicien ou du prêtre. La psychanalyse, en tout cas celle de FREUD, est évidemment fille du rationalisme. Cependant, les forces qu'elle libère à travers le processus transférentiel et qui font qu'elle est efficace, ne portent pas la marque de la rationalité.

Jean-Martin CHARCOT (1825- 1893)

Anecdote : en 1925, l'Académie des Sciences dont il avait été membre, célébra le centième anniversaire de la naissance de Jean-Martin CHARCOT. Elle passa pudiquement sous silence ses écrits sur l'hystérie. Le groupe surréaliste, mené par André BRETON, organisa une manifestation parallèle où CHARCOT fut loué comme le plus grand artiste du XIXème siècle pour avoir « créé » l'hystérie, « la seule oeuvre d'art digne d'intérêt produite par le siècle le plus stupide de l'histoire de l'humanité ». Cette proclamation faisait écho à divers passages de l'oeuvre de FREUD, notamment celui de « Totem et Tabou » où un parallélisme est établi entre les trois psychonévroses : névrose obsessionnelle, hystérie et paranoïa, et, respectivement, la religion, l'art et la philosophie. En quoi l'hystérique est-il artiste ? Il est assez facile de le deviner si on le compare au moraliste qu'est l'obsessionnel et au rationaliste qu'est le philosophe. L'art préserve quelque chose - le plaisir des sens - pour quoi l'homme moral et l'homme rationnel n'ont que dédain.

Charcot représente une manière de génie dans l'art de classer les maladies. Ce n'est pas sans raison qu'il fut appelé le « prince de la méthode anatomo-clinique ». Son nom reste accroché à quelques syndromes neurologiques typiques, telle la sclérose latérale amyotrophique.

A partir de 1870, devenu médecin-chef à la Salpêtrière, il entreprend d'examiner les hystériques en leur appliquant la méthode des corrélations anatomo-cliniques.

Il ne fait aucun doute que, depuis cette date jusqu'à sa mort, Charcot a voulu considérer les hystériques comme des malades neurologiques à part entière, comme il ressort des écrits suivants qui s'échelonnent de 1880 à 1889⁵.

« Quelques-uns ne voient dans plusieurs de ces affections qu'un assemblage de phénomènes bizarres, incohérents, inaccessibles à l'analyse et qu'il vaudrait mieux peut-être reléguer dans la catégorie de l'incognisble. C'est l'hystérie qui est surtout visée par cette sorte de proscription. Seule une observation superficielle a pu conduire à l'opinion que je viens de signaler ; une étude plus attentive nous fait voir les choses sous un tout autre aspect. L'hystérie reconnaît elle aussi, au même titre que les autres états morbides, des règles, des lois qu'une observation attentive et suffisamment multipliée permettra toujours de dégager. Pour ne citer qu'un exemple : la description de la grande attaque hystérique aujourd'hui réduite à une forme très simple... Quatre périodes se succèdent dans l'attaque complète avec la régularité d'un mécanisme : 1) épileptoïde ; 2) grands mouvements (contradictoires, illogiques) ; 3) attitudes passionnelles (logiques) ; 4) délire terminal. L'attaque peut être incomplète mais toujours il sera facile à celui qui possède la formule de ramener toutes les formes au type fondamental... (1880). »

« Entre l'hémianesthésie vulgaire des hystériques et celle qui relève d'une lésion en foyer, l'analogie est frappante. Au fond, c'est le même syndrome. Même ressemblance entre la paraplégie spasmodique des hystériques et celle qui relève

⁵ Les citations de Charcot sont empruntées à l'ouvrage de Paul Bercherie, « Genèse des concepts freudiens », Paris, Navarin-Seuil, 1983, pp. 62-63.

d'une lésion organique spinale. Or, cette ressemblance qui désespère parfois le clinicien doit servir d'enseignement au pathologiste qui, derrière le siège commun, entrevoit une analogie anatomique et, mutatis mutandis, localise la lésion dynamique d'après les données fournies par la lésion organique correspondante » (1884).

« Il importe qu'on le sache, l'hystérie a ses lois, son déterminisme, absolument comme une affection nerveuse à lésion matérielle. Sa lésion anatomique échappe encore à nos moyens d'investigation, mais elle se traduit d'une façon indéniable à l'observateur attentif par des troubles trophiques analogues à ceux qui se voient dans les cas de lésions organiques du système nerveux central ou des nerfs périphériques. Désormais, la voie est largement ouverte, et j'ose espérer qu'un jour ou l'autre, la méthode anatomo-clinique, en matière d'hystérie, comptera un succès de plus à son actif, en permettant de déceler enfin l'altération primordiale, la cause anatomique dont on connaît aujourd'hui tant d'effets matériels » (1889).

FREUD n'a jamais dissimulé sa dette envers CHARCOT, qu'il rencontre à Paris pendant l'hiver 85-86. L'article nécrologique qu'il rédige en 1893, immédiatement après la mort du maître, en témoigne éloquemment.

Mais en même temps, il montre clairement sur quels points il est en désaccord avec Charcot. Se mesurer au grand homme, c'est du même coup faire acte d'originalité et marquer par là son identité. S'il est vrai, comme l'a dit Michel BUTOR, que tout artiste authentique fait l'Art en se confrontant à tous les artistes qui l'ont précédé, c'est encore plus évident et même incontournable dans le cas de celui qui a l'ambition de faire oeuvre scientifique. FREUD était l'un et l'autre, dans un domaine, le seul peut-être qui subsiste encore, où il est permis de faire l'un et l'autre, art et science. Ce n'est pas un hasard si, dans notre aire de culture, la psychologie a du mal à se situer entre les Lettres et les Sciences. En définitive, elle ne perd rien à rester dans l'entre-deux. La psychanalyse en tout cas se revendique des deux.

Dans l'article nécrologique qu'il lui consacre, FREUD commence par rappeler les éminentes qualités du grand clinicien qu'était CHARCOT : observateur patient capable d'analyser un tableau syndromique mais d'abord de le constituer dans sa totalité achevée : la forme typique, un peu à la manière d'un peintre qui « voit » l'ensemble avant de donner les premières touches. Chez le « vrai » peintre, l'esquisse est déjà révélatrice d'un style qui lui appartient en propre et qui permet de l'identifier. Les formes « frustes » seraient comme un tableau inachevé, mais, pour l'expert, déjà parfaitement identifiable

Autre qualité de Charcot : son indépendance d'esprit qui lui permettait de découvrir des choses jamais vues avant lui, tandis que l'énorme majorité des médecins, comme tous les autres hommes d'ailleurs, ne retrouvent jamais dans la perception des phénomènes que ce qu'ils en ont appris sur les bancs de l'école, ce qui montre à quel point le phénomène de la perception est loin d'être neutre. Comme on dit, on ne voit ou n'entend le plus souvent que ce que l'on veut bien - ou peut, ou doit - voir ou entendre.

Cette indépendance d'esprit, FREUD la revendiquera pour lui-même lorsque, sans fausse modestie, il osera se comparer à COPERNIC et DARWIN en tant que pourfendeur du narcissisme anthropocentriste.

En évoquant CUVIER, FREUD installe CHARCOT au rang des classificateurs de génie. Sans premier ordonnancement rationnel, pas de science possible.

Encore faut-il pouvoir s'arracher au « bonheur des classifications », qui, si on n'y prend garde, conduit tout droit au dogmatisme. On a assez répété que la mise en ordre aristotélicienne du monde avait figé la recherche scientifique pour deux millénaires. Et on sait bien aussi qu'on peut mourir de classification : « *Classificando mortuus* », disait-on au 17^{ème} siècle : « Il est mort de classification ».

CHARCOT est présenté comme un grand clinicien mais ce n'était pas pour autant un pur empiriste. La formule, devenue célèbre depuis que FREUD lui a fait un sort : « La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister », situe parfaitement la position épistémologique des deux hommes : l'empirie et la théorie sont convoquées au dialogue sans qu'aucune puisse revendiquer la préséance, bien que, comme FREUD le notera plus tard dans l'introduction à « Pulsions et destins des pulsions » (1915), il est impossible d'aborder les faits sans un minimum d'idées préconçues, sans avoir une sorte de pré-concept de la chose qu'on étudie. Qu'on le veuille ou non, on a toujours une hypothèse ou une théorie préalables. EINSTEIN lui-même admettait qu'« Il n'y a pas de méthode inductive qui puisse mener aux concepts fondamentaux de la physique ». Et Gaston BACHELARD : « La science se forme plutôt sur une rêverie que sur une expérience et il faut bien des expériences pour effacer les brumes du songe ». Bref, c'est toujours l'imagination qui donne le branle. Ensuite il faut vérifier et revérifier sans cesse, « y retourner et y rester ».

Cette passion pour la vérification expérimentale, dans ce domaine où c'est la mort qui est l'expérimentateur, CHARCOT en était possédé au plus haut point.

Toute proportion gardée, le psychanalyste agit de même lorsqu'il fait en sorte que se développe chez son analysant, la névrose de transfert qui va jouer ce rôle d'expérimentateur ana-lytique. C'est quand le cristal se brise⁶ que se révèlent les lignes de sa structure. En ce sens, la psychanalyse est une science expérimentale bien davantage qu'une science d'observation.

FREUD en vient ensuite à magnifier les qualités humaines de CHARCOT qui n'hésita pas à jeter tout le poids de son autorité dans la balance pour rendre aux malheureux hystériques l'inestimable service d'être enfin, pour la première fois dans l'histoire, pris au sérieux, par les médecins d'abord, par leur entourage ensuite.

FREUD sait de quoi il parle lorsqu'il évoque « la crainte aveugle d'être mystifié » par les hystériques, crainte qui n'est certes pas sans fondement puisque CHARCOT fut lui-même victime des hystériques jusqu'à y perdre son aura scientifique, mais crainte injustifiée quand on sait de quoi s'alimente le conflit intrapsychique de l'hystérique. Ceci,

⁶ S.FREUD (1932). « Die Zerlegung der Persönlichkeit », Nouvelles Conférences , XXXI. Trd. fr., Gallimard, Idées, 1971, pp. 80-82.

« La situation dans laquelle nous nous trouvons au début de notre étude nous impose elle-même la voie à suivre. C'est notre moi que nous allons disséquer, notre moi le plus intime. Mais la chose est-elle possible ? Le moi, étant le sujet proprement dit, pourra-t-il devenir l'objet? Eh bien, il n'y a pas à en douter, le moi peut se prendre pour objet, se comporter vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis d'autres objets, s'observer, se critiquer, etc. En même temps une partie du moi s'oppose à l'autre. Le moi est donc susceptible de se scinder et il se scinde en effet, tout au moins temporairement. Les parties scindées peuvent ensuite s'assembler de nouveau. Dans tout cela, rien qui ne soit déjà connu. Il s'agit simplement de souligner des faits patents. D'autre part, nous savons que la pathologie est capable, en amplifiant les manifestations, en les rendant pour ainsi dire plus grossières, d'attirer notre attention sur des conditions normales qui, sans cela, seraient passées inaperçues. Là où la pathologie nous montre une brèche ou une fêlure, il y a peut-être normalement un clivage (*Gliederung*, littéralement: une articulation). Jetons par terre un cristal, il se brisera, non pas n'importe comment, mais suivant ses lignes de clivage (*nach seinen Spaltrichtungen*), en morceaux dont la délimitation, quoique invisible, était cependant déterminée auparavant par la structure du cristal. Cette structure fêlée (*Solche rissige und gesprungene Strukturen sind auch die Geisteskranken*) est aussi celle des malades mentaux (*rissig et gesprungen* sont presque des synonymes qui, lorsqu'ils se rapportent à une matière en verre, signifient que celle-ci est fissurée de manière invisible et qu'elle est prête à éclater, à « sauter » : *springen*). Vis-à-vis des déments, nous conservons un peu de la crainte respectueuse qu'ils inspiraient aux peuples anciens. Ces malades se sont détournés de la réalité extérieure et c'est pourquoi justement ils en savent plus long que nous sur la réalité intérieure et peuvent nous révéler certaines choses qui, sans eux, seraient restées impénétrables. Nous disons d'une catégorie de ces malades qu'ils souffrent de la folie de la surveillance. Ils se plaignent d'être sans cesse observés par des puissances inconnues - qui ne sont, sans doute, après tout, que des personnes - ils s'imaginent entendre ces personnes énoncer ce qu'elles observent : « Il dira cela maintenant, voilà qu'il s'habille pour sortir... etc. » Cette surveillance, tout en n'étant pas encore de la persécution, s'en rapproche beaucoup. Les malades ainsi observés croient qu'on se méfie d'eux, qu'on s'attend à les surprendre en train de commettre quelque mauvaise action pour laquelle ils devront être châtiés. Que se passerait-il si ces délirants avaient raison, si chacun de nous possédait dans son moi une semblable instance pour le surveiller et le menacer? Une instance qui se serait nettement séparée du moi et qui, par erreur, aurait été déplacée vers la réalité extérieure ?

J'ignore s'il en sera pour vous comme pour moi.

Impressionné par la maladie que je viens de décrire, l'idée m'est venue que, peut-être, la séparation d'une instance observatrice d'avec le reste du moi était, dans la structure du moi, une particularité habituelle. Depuis, cette idée ne m'a plus quitté et m'a incité à rechercher les autres caractères, les autres relations, de l'instance ainsi isolée. Il n'est pas difficile de poursuivre. A lui seul le contenu de la folie de la surveillance nous indique que cette surveillance n'est qu'une préparation au jugement et au châtement et nous devinons qu'une autre fonction de cette même instance doit s'exercer là, celle que nous appelons notre conscience. C'est justement la conscience que nous isolons le plus fréquemment du moi et que nous lui opposons le plus facilement. J'ai envie d'accomplir tel acte propre à me satisfaire, mais j'y renonce, par suite de l'opposition de ma conscience. Ou bien encore, j'ai cédé à quelque grand désir et pour éprouver une certaine joie, j'ai commis un acte que réprouve ma conscience : une fois l'acte accompli, ma conscience provoque, par ses reproches, le repentir. L'instance particulière que je commence à discerner dans le moi, je pourrais dire simplement que c'est la conscience (*das Gewissen*). Toutefois, il est plus prudent de penser que cette instance est indépendante et d'admettre que la conscience n'est qu'une de ses fonctions. L'auto-observation, indispensable à l'activité critique de la conscience, est alors une autre fonction. Et comme il convient, quand on veut indiquer qu'une chose existe en soi, de lui donner un nom propre, j'appellerai désormais cette instance dans le moi: « *le surmoi* ».

CHARCOT, piètre psychologue, ne pouvait pas le savoir, l'idée de conflit endopsychique lui étant étrangère, comme elle continue à l'être aux yeux et aux oreilles de tous ceux qui, sensibles à la seule notion de cause, méconnaissent la question du sens.

Méconnaissance et non pas ignorance. Car CHARCOT, comme FREUD le note dans « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique » (1914), savait parfaitement quel rôle capital jouait la sexualité dans les névroses, mais c'était seulement dans des propos de table et sur le mode de la gauloiserie qu'il affirmait la chose. Quand il avait franchi le seuil d'un amphithéâtre, il n'en était plus question.

A ce sujet, FREUD note : « Exprimer une idée une ou plusieurs fois, sous la forme d'un rapide aperçu, est une chose ; la prendre au sérieux, dans son sens littéral, la développer à travers toutes sortes de détails, souvent en contradiction avec elle, lui conquérir une place parmi les vérités reconnues, en est une autre. Il y a là une différence analogue à celle qui existe entre un flirt léger et un mariage honnête, avec tous les devoirs et toutes les difficultés qu'il comporte. « Epouser les idées de. », disent avec raison les Français ». (Contribution... 1914)

Pour comprendre le névrosé, il faut adopter la position d'un sujet naïf, non prévenu.

Si quelqu'un présente des manifestations émotives dont il ignore le motif, cette personne se révèle par là être hystérique. « Je ne sais pas pourquoi » est le signe du refoulement et de la résistance.

L'irruption d'affect est le signe d'un retour du refoulé.

Le sujet « naïf » se dira qu'il n'y a pas de fumée sans feu. Si quelqu'un pleure, c'est qu'il a du chagrin, même s'il ne sait pas lequel. Concernant l'hystérique, c'est le naïf qui a raison. Et le psychanalyste, à la suite de FREUD, adoptera la position de principe que : « Le patient a toujours raison ». Formule radicalisée par LACAN : « Il n'y a de résistance que de l'analyste », ce qui est trop radical évidemment, mais justifié dans la pratique.

En fait l'hystérique sait mais il préfère ne pas savoir qu'il sait. Il y a un savoir particulier à la névrose qui est donné dans la formule canonique : « Ein Wissen ohne Wissen », un savoir sans savoir. Le névrosé -ne veut pas, ne doit pas ou ne peut pas- savoir. Vouloir, devoir et pouvoir sont les trois verbes « pathiques » de la langue française (« pathique » renvoie à la notion d'éprouver et, par dérivation, à celle de souffrir, pâtir ; en grec : « pathein », « patior » en latin, tous deux à la voix moyenne, réflexive, qui indique que le sujet s'impose ou s'inflige l'action, qu'il ne la subit pas seulement de manière passive comme on pourrait croire).

Dans certains cas, l'hypnose permet d'accéder directement à ce savoir celé, parce que l'état hypnotique correspond à une « absence anormale de résistance ». Autrement dit, puisque la résistance émane toujours du moi, le sujet abandonne son moi à l'hypnotiseur qui peut alors, « miraculeusement » le décharger de son secret.

Mais la révélation sous hypnose du savoir perdu (pensée secrète, idée honteuse, souvenir traumatisant etc. .) ne permet qu'une victoire à la Pyrrhus, car, passé le moment de l'abandon hypnotique - analogiquement comparable à la perte de conscience orgasmique -, le moi se reprend, la résistance s'installe à nouveau, voire se renforce, et la méconnaissance reste intacte.

La résistance émane toujours du moi qui se dissocie de l'idée (représentation) inacceptable.

Le moi est ici conceptualisé comme un « groupe de processus psychiques », assimilé à la conscience.

Lorsque l'hystérie est « réussie », le sujet se comporte vis-à-vis de ses symptômes ou autres manifestations insolites comme si cela arrivait à un autre. Il adopte l'attitude classique de « la belle indifférence ». Celle-ci clame la victoire de l'hystérique, la réussite du refoulement, soit le « clivage » de la conscience.

Si l'hystérie « rate », il y a production d'angoisse. Celle-ci trahit le mieux son contenu lorsqu'elle reste liée à la crainte d'être « possédé » par un mauvais génie, le diable qui incite aux comportements sexuels illicites.

Un pas de plus et l'hystérique s'abandonne au démon - là où l'obsessionnel, à l'instar de Faust, fait un « pacte » avec le diable. Si possession il y a - « Souvent le diable obsède, parfois il possède », disait-on autrefois - alors se dévoile le tableau de la « folie hystérique », jadis si fréquente et si appréciée des Inquisiteurs pyromanes.

Néanmoins, la défense continue d'agir - n'est pas pervers qui veut ! - et se manifeste alors, dans les cas de « psychose hystérique », bien différente de la schizophrénie, par le « clivage de la conscience » dont les symptômes - devenus rares aujourd'hui, du moins dans leurs formes « typiques » - sont bien connus : état second ou crépusculaire, amnésie lacunaire, confusion mentale, hallucinations oniroïdes à contenu érotico-mystique, dédoublement de la personnalité etc. La grande attaque « à la Charcot » en fait partie.

Ce qui distingue la psychose hystérique des autres formes de psychose, c'est que, en dehors de son contenu thématique presque toujours érotico-mystique, elle « éclate » par « crises » et sur fond de crise, c'est à dire dans une ambiance de conflit où le sexuel est tout entier traversé par la question du bien et du mal, de la faute irrémédiable et de la rédemption. C'est ce « clivage » (*Spaltung*) que pointe FREUD quand il évoque « la dissemblance bien connue entre le sommeil et la veille ». Mais sommeil et veille figurent ici les métaphores des Ténèbres et de la Lumière, de Satan et de l'Ange.

D'une certaine façon, la théorie freudienne des névroses réhabilite leurs conceptions médiévale et antique, qu'elle conjoint :

- la conception « médiévale » pour ce qui concerne le clivage de la conscience qui appelle le point de vue « topique » (topos, lieu). Le point de vue topique postule l'existence de plusieurs « lieux » ou régions dans l'organisation structurelle globale du psychisme. Ces lieux recevront ultérieurement les appellations de Conscient (Bewusst), Inconscient (Unbewusst) et Préconscient (Vorbewusst) qui constituent la « Première topique », relayée à partir de 1923 par la « Seconde topique », mieux connue : « ça-moi-surmoi ».
- la conception « antique » en ce qui concerne le point de vue « étiologique » sur l'hystérie, considérée depuis les Egyptiens du XIX^{ème} siècle avant notre ère, comme un désordre lié à l'insatisfaction sexuelle.

On retrouve aussi quelque chose de la conception antique de la maladie dans la théorie des pulsions. En effet, dans la tradition hippocratique, la santé est définie par un état d'équilibre harmonieux entre les différentes « humeurs ». De même la santé psychologique est le produit d'un mélange harmonieux entre pulsions sexuelles et pulsions du moi (autoconservation) ou entre pulsions de vie (Eros) et pulsions de mort (Thanatos) ou encore entre libido narcissique et libido objectale. Dans les termes de la seconde topique, qui intègre la dynamique pulsionnelle (ce que ne fait pas la première), on dira communément que la santé psychologique est le produit d'un bon équilibre entre les revendications du ça, du moi et du surmoi

La désintrinsication pulsionnelle (*Triebentmischung*) de FREUD fait écho à la notion de « dyscrasie » (*krasis=Mischung*=mélange ou fusion) chère aux anciens.

La bonne santé correspond toujours à un bon mélange, la maladie à un mauvais mélange, un démélange.

Entre la santé et la maladie, comme entre le normal et le pathologique, il n'y a pas de frontière nette. La différence entre les deux états doit être relativisée, surtout dans le domaine psychologique où il tombe sous le sens que des états que tout le monde considère comme gravement morbides - qu'on songe à la manie, au délire, aux perversions, aux états passionnels, à la délinquance etc. sont généralement éprouvés par ceux qui en sont la proie comme le summum de la bonne santé.

C'est une constante chez FREUD : la relativisation des notions oppositives de normal (sain) et de pathologique (malade) se traduit par trois options théoriques fondamentales :

1. Le concept de maladie comme entité substantifiée (*Krankheit*) cède le pas devant la notion « processuelle » d'un « devenir » ou « tomber » malade (*Erkrankung*, le préfixe er- indiquant le franchissement d'un seuil et la désinence - ung évoquant une action déroulée dans le temps), tant il est vrai que tout un chacun franchit plusieurs fois dans les deux sens, et tout au long de l'existence quand ce n'est pas tout au long de la journée, le seuil qui sépare l'être-malade de l'être-en-bonne santé.
2. Tous les concepts théoriques de la psychanalyse, sans exception aucune, sont neutres par rapport à l'opposition normal-pathologique. Autrement dit, ils rendent compte aussi bien du fonctionnement normal que du fonctionnement pathologique. Autrement dit encore, ils sont dénués de valeur péjorative aussi bien que méliorative.

Par exemple, si FREUD peut dire que dans l'état hypnotique, il y a une « absence anormale de résistance », il veut dire aussi bien que le fait de « résister » est normal, mais il ne dit pas que ce soit une bonne ou une mauvaise chose.

Cette neutralité des concepts ne se retrouvent pas chez beaucoup de psychanalystes post-freudiens, notamment chez Mélanie KLEIN et Jacques LACAN, qui « pathologisent » volontiers certains concepts (position paranoïde, forclusion. .).

3. L'étude du fonctionnement normal (à travers l'interprétation des rêves, du mot d'esprit, de l'oubli, des lapsus etc.) et celle du fonctionnement morbide (névroses, psychoses, perversions. .) se conjuguent pour concourir à un éclairage réciproque du normal par le pathologique et vice-versa. Mais dans tous les cas c'est la métaphore du « cristal brisé » qui prévaut (voir plus haut).

C'est le refus d'opposer le normal et le pathologique qui conduit FREUD à prendre ses distances à l'endroit de la théorie de l'étiologie héréditaire des maladies mentales et de la notion de dégénérescence qui prévalait à son époque non seulement dans la science médicale mais aussi dans la culture. Qu'on pense au naturalisme dont Emile ZOLA fut la figure de proue.

La nouveauté consiste à poser la maladie mentale, et singulièrement l'hystérie, non plus essentiellement et uniquement comme une maladie en soi, une « species morbosa » au sens de SYDENHAM, mais bien, pour parler comme les phénoménologues, comme une possibilité existentielle ou destinale, comme telle universelle, virtualité présente et actualisable chez tous les êtres humains.

Car il suffit pour devenir névrosé de tomber sous l'empire d'une représentation soustraite à la conscience, de même qu'il suffit, en principe du moins, que ladite représentation, lestée des émois dont elle est porteuse, soit à nouveau admise dans le champ de la conscience - ou, mieux, tolérée par le moi, dont on verra plus loin qu'il ne se confond pas avec la conscience, car il y a du moi inconscient - pour redevenir sain ou normal. Bien entendu ceci ne vaut que pour le névrosé ou le sujet dit normal dans la mesure où on le considère comme un cryptonévrosé, ce qui est le cas dans la conception psychanalytique de l'être-homme.

En aucun cas, la relativisation de l'opposition normal-pathologique ne signifie la négation du pathologique. La psychanalyse a fait beaucoup pour humaniser la maladie mentale. Elle ne l'a jamais niée. C'est plutôt le normal qui est contesté dans sa prétention narcissique. En cette matière, l'adage est plus vrai qu'ailleurs : tout homme bien portant est un malade qui s'ignore. Davantage : au regard de la psychanalyse, l'incapacité de développer une névrose de transfert est l'indice indubitable d'une fixation narcissique (cfr: « l'armure caractérielle » de Wilhelm REICH si fréquente dans la population générale) qui signe une pauvreté psychique certaine.

Revenons à CHARCOT. Il a commis l'erreur d' « avoir limité l'étude de l'hypnose aux hystériques ». Victime du préjugé qui voulait que les hystériques fussent des anormaux, des « dégénérés », CHARCOT croyait ferme que l'hypnose ne pouvait s'exercer que sur des cerveaux malades, si bien que la prédisposition hypnotique était pour lui synonyme d'hystérie. Aussi ne s'est-il jamais servi de l'hypnose qu'à des fins diagnostiques. L'hypnose permettait, croyait-il, de révéler le siège des lésions nerveuses en facilitant leur manifestation tangible.

BERNHEIM (1837-1919), Professeur de clinique médicale à l'Université de Nancy, n'eut aucune peine à détruire l'édifice monumental patiemment élaboré par CHARCOT sur la clinique de l'hystérie. En 1882, instruit par hasard de la pratique hypnotique d'un obscur médecin généraliste, LIEBAULT, il fit le constat que 3% seulement des individus étaient réfractaires à l'hypnose.

Il put dès lors facilement démontrer, s'étant lui-même lancé dans la pratique de l'hypnose, que l'hypnose n'avait aucune valeur diagnostique ;

- son intérêt était exclusivement thérapeutique ;
- le ressort de l'hypnose résidait toujours et uniquement dans la suggestion.

C'est la suggestion qui induit l'hypnose, laquelle en retour facilite la suggestion.

Selon BERNHEIM, la suggestion était à elle seule efficace, voire même plus efficace sans hypnose qu'avec hypnose, si bien que celle-ci tomba dans le discrédit le plus total et fut partout abandonnée.

Il y a au fond de toute cette histoire un étonnant paradoxe. Si CHARCOT n'avait pas envisagé l'hystérie sous un angle exclusivement neuropathologique, lui conférant une exceptionnelle dignité, celle-ci n'aurait pas été projetée sous les feux de l'actualité et la nécessité d'une compréhension psychologique des phénomènes hystériques n'aurait peut-être pas germé dans l'esprit de FREUD, à qui revient incontestablement le mérite d'en avoir élucidé le mécanisme psychogénétique. Il faut dire qu'entretemps, il avait été instruit de la rocambolesque histoire d'Anna O. et des critiques incontournables de BERNHEIM.

On peut dire que l'élucidation de l'énigme de l'hystérie constitue l'acte de naissance de la psychologie clinique⁷.

Ce que FREUD évite de dire dans son article nécrologique, sans doute par respect pour la mémoire du grand homme, c'est que CHARCOT, d'observateur génial qu'il fut, se transforma insensiblement, au contact des hystériques, en spectateur abusé.

CHARCOT se faisait une conception, mieux vaudrait dire une « image » de l'hystérie, que les hystériques de la Salpêtrière, en réponse à la suggestion (inconsciente) du maître, incarnèrent littéralement, selon les vœux de celui-ci.

Aussi ne doit-on pas s'étonner que l'hystérie à la mode de CHARCOT - la « grande » attaque - ait quasiment disparu avec lui. Elle a en tout cas perdu son caractère épidémique.

Le jeu de séduction réciproque qui fait partie intégrante de la dynamique hystérique est une donnée essentielle qui n'avait pas échappé à notre concitoyen Joseph DELBOEUF, Professeur de Philosophie à l'Université de Liège. DELBOEUF séjourna dans le service de CHARCOT exactement à la même époque que FREUD. Il n'est pas impossible qu'ils se soient rencontrés. En tout cas, FREUD cite plusieurs fois DELBOEUF dans la Traumdeutung.

⁷ La paternité de la notion de "Psychologie clinique" est attribuée à l'américain Lightner WITMER, fondateur d'une ligue américaine d'hygiène mentale et qui utilisa le terme de « psychologie clinique » pour la première fois en 1896 afin de donner un nom au type d'activité qu'il souhaitait mettre en oeuvre dans ses centres de santé mentale. C'est en 1896 également que le terme de Psychanalyse apparaît pour la première fois sous la plume de FREUD dans "Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense". Curieusement, il semblerait que FREUD aurait pu lui préférer le terme de "psychologie clinique", indépendamment de WITMER qu'il ne connaissait probablement pas. En témoigne ce passage de la lettre du 30/1/99 adressée à son ami Wilhelm FLIESS: « Maintenant, la connexion avec la psychologie telle qu'elle se présente dans les Etudes (sur l'hystérie) sort du chaos; j'aperçois les relations avec le conflit, avec la vie, tout ce que j'aimerais appeler psychologie clinique... »

Il faut reconnaître à DELBOEUF le mérite d'avoir immédiatement pressenti l'ambiance de cirque qui régnait à la Salpêtrière. Il s'en retourna dégouté.

En 1886, dans un article paru dans la Revue Philosophique (« De l'influence de l'éducation et de l'imitation dans le somnambulisme provoqué »), DELBOEUF fait judicieusement remarquer que la relation hypnotique s'exerce dans les deux sens : l'hypnotisé n'influence pas moins l'hypnotiseur que l'inverse. Ce qui fait dire à DELBOEUF : « Tel maître, tel disciple ! d'accord, mais : Tel disciple, tel maître ! tout autant ».

C'est une formule que tout thérapeute risque d'apprendre à ses dépens. L'hystérique se met volontiers « dans tous ses états », mais il faut bien savoir que le drame est pour ainsi dire son milieu naturel, et s'il y plonge, c'est dans le but inconscient d'y plonger l'autre afin de partager son drame avec lui.

L'HERITAGE DE CHARCOT.

Anecdote : en avril 1937, Edouard PICHON, un des fondateurs de la première société française de psychanalyse, la Société Psychanalytique de Paris, écrit à FREUD pour lui demander de recevoir son beau-père. Le beau-père en question n'était autre que Pierre JANET (1859-1947). JANET était alors célèbre dans le monde de la psychologie française. Le chauvinisme français prétendait volontiers que JANET était le véritable inventeur de la Psychanalyse, que FREUD lui avait simplement volé ses idées et les avait trafiquées à la sauce juive-allemande, bref, un brochet détestable. FREUD ne répondit pas à PICHON. Il fit simplement ce commentaire à Marie BONAPARTE, autre membre fondatrice de la Société Psychanalytique de Paris : « Non, je ne verrai pas Janet. Je ne puis m'empêcher de lui reprocher de s'être conduit injustement envers la psychanalyse et aussi envers moi personnellement et de n'avoir jamais rien fait pour réparer cela. Il fut assez bête pour dire que l'étiologie sexuelle des névroses ne pouvait germer que dans une ville comme Vienne. Puis, lorsque les écrivains français répandirent la rumeur selon laquelle j'aurais suivi ses conférences et lui aurais volé ses idées, il aurait pu, d'un mot, mettre fin à de tels commérages puisqu'en fait je ne lui ai jamais parlé ni n'ai entendu prononcer son nom durant la période Charcot ; il ne l'a jamais fait. Vous pouvez vous faire une idée de son niveau scientifique d'après sa déclaration selon laquelle l'inconscient n'est « qu'une façon de parler ». Non, je ne le verrai pas. Je n'ai aucune raison de faire un sacrifice pour lui. Honnêteté, seule chose possible. Impolitesse tout-à-fait acceptable ».

La faillite des idées de CHARCOT devait entraîner ses successeurs dans deux directions de recherche différentes.

D'une part, BABINSKY, neurologue, s'attacha à repérer les signes qui devaient permettre à coup sûr de faire la différence entre un symptôme hystérique et un symptôme neurologique. C'est à lui qu'on doit le néologisme « pithiatique » destiné à remplacer l'adjectif « hystérique » dans le jargon médical.

D'autre part, JANET se voue à l'étude de l'« état mental » des hystériques.

Né en 1859, Pierre JANET fait l'Ecole Normale Supérieure et termine son agrégation en 1882. Il enseigne au Havre jusqu'à la présentation de sa thèse de doctorat ès lettres : « L'automatisme psychologique » (1889). C'est ce travail, remarqué par Charcot, qui le fait nommer directeur du laboratoire psychologique de la Salpêtrière. Il termine ses études de médecine avec une thèse de doctorat sur : « L'état mental des hystériques » (1894). En 1895, il obtient la suppléance du cours de Théodule RIBOT au Collège de France. En 1898, il publie « Névroses et idées fixes » et en 1902, l'année où il est titularisé comme professeur au Collège de France, « Les obsessions et la psychasthénie ».

Chez l'un comme chez l'autre, les hystériques sont redevenus des individus « anormaux » dont il y a lieu de se méfier.

Quel que soit le mérite de JANET, dont les observations cliniques sont remarquables et conservent toute leur valeur aujourd'hui, on ne trouve pas chez lui le climat d'empathie si perceptible chez FREUD. L'empathie (*Einfühlung*), nécessaire à une véritable compréhension de la souffrance névrotique est ce qui, à travers l'analyse du couple transfert/contre-transfert, permet d'aller au delà de l'attitude « objectivante » caractéristique de la position nosographique classique qui est celle de la psychologie et de la psychiatrie académiques.

Au-delà, « méta » en grec. D'où la nécessité d'une « méta-psychologie » qui puisse intégrer les notions d'inconscient, de transfert et de résistance.

Le terme de « résistance » (*Widerstand*) qui est souvent confondu avec celui de « défense » (*Abwehr*) voire de « refoulement » (*Verdrängung*), doit être réservé pour tout ce qui s'oppose à la reconnaissance du refoulé dans le moment où il se manifeste (dans le « retour du refoulé ») ; plus particulièrement dans le transfert considéré lui-même précisément comme la résistance majeure.

Ce qui différencie fondamentalement la position de FREUD de celle de JANET, c'est, chez celui-ci :

- l'absence de point de vue dynamique : l'idée de conflit intrapsychique lui est étrangère ;
- le maintien de l'étiologie organique (« faiblesse cérébrale ») contre l'idée de « défense » ;
- la minimisation de la notion d'inconscient et de l'importance du facteur sexuel, la négation de la sexualité infantile en particulier ;
- la limitation de l'action thérapeutique à son aspect orthopédagogique, sans considération pour ce qui se passe au sein de la relation patient-thérapeute ; méconnaissance des aspects transférentiels et contretransférentiels de tout traitement psychologique ;
- l'évacuation de la question du sens du symptôme.

Voici comment on pourrait résumer brièvement la méthode et les théories de JANET :

(Le texte qui suit est emprunté à l'ouvrage de Paul Bercherie: « Genèse des concepts freudiens »)

C'est avec une formation d'abord exclusivement philosophique et un esprit très orienté par l'idée d'une nouvelle psychologie, physiologique et expérimentale comme la voudrait son maître Ribot que Janet aborde l'étude des phénomènes hypnotiques puis hystériques. Diverses publications, à partir de 1886, entament l'élaboration d'une conception générale exposée, avec le matériel clinique très riche qui la sous-tend, dans sa thèse de philosophie *L'Automatisme psychologique* (1889), pour ce qui est des concepts proprement psychologiques, et dans sa thèse de médecine *L'État mental des hystériques* (1892), pour la théorie de l'hystérie et de l'hypnose.

Si la plus grande partie des phénomènes hystéro-hypnotiques lui paraissent d'emblée d'ordre psychique et non somatique, l'influence de Charcot reste très nettement perceptible dans l'aspect *d'objectivité* qu'il leur reconnaît toujours et dans la sorte de matérialité qu'il est ainsi amené à attribuer aux phénomènes psychologiques, en particulier morbides. Nous avons vu que la reconnaissance du caractère non somatique des symptômes hystériques tendait à leur ôter toute valeur dans l'esprit des cliniciens ; de même que pour Freud, l'attitude inverse va permettre à Janet une démarche psychopathologique extrêmement féconde, fondement d'une oeuvre immense et passionnante dont nous n'examinerons ici que les débuts encore modestes. C'est par la voie de l'expérimentation que Janet démontre d'abord que les phénomènes d'apparence neurologique de l'hystérie (anesthésies, paralysies, amnésies) dépendent d'une **dissociation de la personnalité** et non d'une véritable atteinte fonctionnelle : les sensations sont en fait toujours perçues sur le membre anesthésié ou par l'oeil aveugle ; on peut d'ailleurs les rappeler sous hypnose, voire les objectiver dans l'instant même par divers procédés parfois naïfs, par exemple le témoignage écrit obtenu du membre anesthésié (écriture automatique) sans que le sujet conscient en ait connaissance. Le modèle de cette conception est d'ailleurs classique : c'est la suggestion post-hypnotique (exécution d'une tâche après le réveil) qui pointe l'existence d'une part dissociée de la personnalité ; celle-ci reçoit l'ordre hypnotique et en conserve la connaissance pendant toute la phase de « latence » qui précède chez le sujet éveillé l'exécution d'un acte dont il n'a nulle conscience et dont il forgera souvent une explication rationalisante *a posteriori*. En fait donc, les phénomènes psychologiques élémentaires impliqués dans les symptômes sont toujours existants ; le problème est qu'ils ne viennent pas s'agréger à la personnalité consciente, à *la synthèse* personnelle : ils persistent à l'état subconscient (terme que Janet préfère à celui d'inconscient qui lui semble trop tranché). L'étude de ces cas fameux de « personnalités alternantes » appelés depuis Charcot somnambulismes spontanés, où alternent chez le même sujet plusieurs personnages de caractères différents n'ayant pas les mêmes souvenirs en mémoire (cf. Anna O...) comme l'examen du somnambulisme hypnotique provoqué semblent pointer le même phénomène sous une forme plus complète : synthèses personnelles multiples, se succédant, alternant, concurrentes l'une de l'autre. A ces « existences psychologiques successives » se rattachent nombre de phénomènes hystériques, comme « existences psychologiques *simultanées* » : coexistant avec la personnalité consciente, une sous-personnalité subconsciente tient alors sous sa dépendance les phénomènes morbides, perçoit les sensations des zones anesthésiques, se souvient des événements couverts par l'amnésie, peut faire mouvoir les muscles paralysés, etc. Elle peut d'ailleurs

s'objectiver artificiellement : Janet entre en contact avec elle par divers procédés, dont l'écriture « automatique » et surtout l'hypnose (le dialogue est alors possible et permet souvent de mettre en évidence une véritable « **personnalité seconde** ») ; une crise spontanée donne d'ailleurs parfois aussi les mêmes résultats : simultané ou successif, le phénomène est donc bien identique. Cette sous-personnalité est cependant d'extension variable : certes, elle peut atteindre le degré de cohésion de la personnalité consciente et entrer en concurrence avec elle comme dans les cas de personnalités alternantes ; le plus souvent, elle est notablement plus restreinte, parfois réduite à des automatismes réflexes assez élémentaires.

Les phénomènes de suggestion prennent alors leur véritable signification : ils consistent à utiliser une dissociation déjà existante de la personnalité, une sous-personnalité déjà présente, ou souvent à en provoquer la formation en utilisant donc la faculté qu'ont certains sujets de présenter de tels états, faculté qui semble justement définir l'hystérie. L'hypnose est alors un état facilitateur mais, en tant que désagrégation provoquée, il appartient à l'évidence au même type de phénomènes : l'hystérie et l'hypnose reposent bien, comme l'enseignait Charcot, sur la même base.

L'analyse de la plus grande partie des symptômes hystériques fait donc apparaître l'existence d'un « système psychologique » subconscient qui les détermine : ce système est constitué d'*idées fixes*, ensemble de pensées et de souvenirs à forte charge émotionnelle dont le contenu explique la nature et la répartition des symptômes, dans la mesure même où ces derniers en sont une représentation plus ou moins directe. Divers procédés permettent la mise à jour des idées fixes : elles apparaissent souvent clairement dans les attaques d'hystérie ou pendant le somnambulisme hypnotique mais se manifestent aussi dans les rêves, dans l'écriture automatique ou le *crystal gazing* (méthode projective utilisant une surface brillante modérément éclairée où le patient voit défiler diverses hallucinations significatives). Janet publie ainsi dès 1886 plusieurs « analyses psychologiques » de grands cas d'hystérie, d'un caractère tout à fait comparable à ceux que Breuer et Freud exposeront dans les *Études sur l'hystérie*. Cependant sa conception générale fait qu'il opère d'une manière différente sur le plan thérapeutique et ne prête aucune attention à la « catharsis » : il tente de faire disparaître les idées fixes par suggestion ou, si cela se révèle insuffisant, les dissocie pièce par pièce, remplaçant les souvenirs traumatiques par des éléments anodins suggérés.

La constitution des idées fixes rend ainsi compte de ce que Charcot appelait les accidents hystériques : paralysies, contractures, tics et grands mouvements choréiformes, attaques, phénomènes hypnotiques et suggestifs (idées fixes provoquées). Janet pense cependant qu'un certain nombre de symptômes, pour lesquels il conserve le terme de stigmates, ne peuvent s'expliquer ainsi, tout en restant d'ordre psychologique : les anesthésies, les amnésies, les catalepsies lui paraissent souvent, surtout dans les cas récents, ne dépendre d'aucune idée fixe mais traduire plutôt le caractère psychologique fondamental de l'hystérie : la distractibilité, le *rétrécissement du champ de la conscience* que manifestent également certaines particularités psychologiques (modifications de caractère, aboulies) que Janet adjoint aux stigmates.

Le champ de la conscience représente « le nombre le plus grand de phénomènes simples ou relativement simples qui peuvent être réunis à chaque moment, qui peuvent être simultanément rattachés à notre personnalité dans une même perception personnelle ». L'hystérie est une manifestation d'un épuisement cérébral particulier, constitutionnel ou acquis, qui se manifeste par « l'impuissance que présente le sujet de réunir, de condenser ses phénomènes psychologiques, de les assimiler à sa personnalité ». « Les choses se passent comme si les phénomènes psychologiques élémentaires étaient aussi réels et aussi nombreux que chez les individus les plus normaux mais ne pouvaient pas, à cause d'une faiblesse particulière de la faculté de synthèse, se réunir en une seule perception, en une seule conscience personnelle. » Ainsi « un certain nombre de phénomènes élémentaires, sensations et images, cessent d'être perçus et paraissent supprimés de la perception personnelle ; il en résulte une tendance à la division permanente et complète de la personnalité, à la formation de plusieurs groupes indépendants les uns des autres ; ces systèmes de faits psychologiques alternent les uns à la suite des autres ou coexistent ; enfin ce défaut de synthèse favorise la formation de certaines idées parasites qui se développent complètement et isolément à l'abri du contrôle de la conscience personnelle et qui se manifestent par les troubles les plus variés ».

Il faut préciser que cette conception de l'hystérie qui est fort proche de celle de Breuer, s'appuie sur une théorie psychologique déjà très élaborée, inspirée de Spencer et Jackson (via Ribot) mais aussi de la tradition spiritualiste. Elle oppose les activités psychologiques inférieures, de type réflexe ou automatique, régies par les lois d'association, à l'activité *synthétique* de la conscience qui, dans sa tension adaptative, effectue toujours de nouvelles synthèses des éléments psychologiques (perceptions, actes, souvenirs, habitudes acquises), synthèses qui deviendront ensuite des habitudes puis des automatismes que la conscience pourra un jour déconstruire ou réunir à une synthèse plus vaste. Les formes de la faiblesse ou de l'affaiblissement, de la « misère psychologique » (hystérie, psychasthénie et autres psychonévroses), se caractérisent par une diminution de la faculté de synthèse et une libération des formes psychologiques inférieures, automatiques et peu adaptatives .

Il faut d'ailleurs préciser que, si l'hystérie est une maladie mentale, il ne faut pas oublier pour autant « les nombreux symptômes organiques que présentent ces malades » et qui viennent rappeler qu'on a affaire à une *maladie cérébrale*. Troubles viscéraux, vasomoteurs, trophiques, s'ils sont incontestablement souvent la conséquence d'idées fixes, en particulier par le biais de la reproduction de manifestations émotives, pointent tout de même un fond de déséquilibre physiologique que Janet laisse dans le vague mais qui évoque immédiatement l'ancien « nervosisme » que tous les observateurs ont reconnu faire le lit de l'affection.

A son point de départ, l'hystérie se manifeste donc par une diminution de l'étendue du champ de conscience ; ne pouvant prendre en compte l'ensemble des perceptions, des souvenirs, des actes moteurs, la malade prend l'habitude d'en négliger certains et ainsi se constituent les premiers stigmates dont le sujet n'a souvent pas conscience, comme l'avaient souligné Charcot et ses élèves. Ces symptômes n'ont donc pas de corrélat idéique subconscient, de sens ; leur localisation s'expliquerait plutôt par des habitudes ou des considérations pratiques : négligence des perceptions tactiles (tendance aux anesthésies) au profit des visuelles, du côté gauche au profit du côté droit, etc. Cette thèse tient aux positions doctrinales de Janet et à sa fidélité à Charcot ; elle l'oppose déjà à Breuer et Freud d'une manière homologue au différend qui divisera ensuite ces derniers. Elle lui permet par contre de mettre l'accent sur **les caractéristiques de la personnalité de ses malades** et, sur ce plan, les observations de Janet sur les hystériques et bientôt les psychasthéniques vont lui donner, sur un plan surtout clinique certes, des décades d'avance sur la psychanalyse.

Ainsi va-t-il insister sur :

- l'aboulie des hystériques, caractère manifeste dans leur paresse apparente, leur lenteur, leurs hésitations, leurs difficultés devant l'action et surtout les actions nouvelles ; sur le plan intellectuel, l'aprosodie, la difficulté à se concentrer, la faible capacité d'attention, la grande distractibilité, l'indécision et la tendance au doute y font pendant. Partout l'on constate la conservation des habitudes et des automatismes et la réduction des actions volontaires qui demandent adaptation nouvelle et initiative. A l'aboulie se rattache un caractère que Janet appellera plus tard le *besoin de direction* : « Les malades font sans cesse appel à l'aide d'autrui. Tous ceux qui se sont occupés des hystériques ont bien vite remarqué une manière d'être qui est bien caractéristique [...] : c'est l'attachement extraordinaire de ces malades pour leur médecin. Celui qui s'occupe d'eux n'est plus un homme ordinaire ; il prend une situation prépondérante auprès de laquelle rien ne peut entrer en balance. » Il note le caractère d'aveuglement, de jalousie et d'exclusivité de cet attachement et son extrême développement par les pratiques de l'hypnose et de la suggestion. Cette direction de conscience est une sorte de parade aux problèmes et à l'angoisse que cause l'aboulie ;
- leurs troubles du caractère : « Leurs enthousiasmes passagers, leurs désespoirs exagérés et si vite consolés, leurs convictions irraisonnées, leurs impulsions, leurs caprices, en un mot ce caractère excessif et instable nous semblent dépendre de ce fait fondamental qu'elles se donnent tout entières à l'idée présente, sans aucune de ces réserves, de ces restrictions mentales qui donnent à la pensée sa modération, son équilibre et ses transitions. » C'est donc encore l'étroitesse du champ de conscience qui explique le caractère mobile et contradictoire des hystériques : chaque impression nouvelle efface brusquement toute autre idée, n'est contrebalancée par rien et se manifeste immédiatement. Mais derrière cette apparente fluidité, Janet met en évidence le fond de vide émotionnel, d'indifférence et d'apathie, de rétrécissement égoïste, et l'importance de la dépression : « Toutes les malades dont j'ai parlé sont tristes et désespérées ; l'ennui continu, le dégoût de la vie, la peur, les terreurs, l'extrême désespoir, voilà ce qu'elles expriment continuellement. Les éclats de gaieté folle sont des accidents au milieu d'une tristesse très monotone. » Les émotions bruyantes se révèlent alors rigides, stéréotypées, monotones ; au reste la *rêverie* est devenue l'activité principale, quasi permanente, de ces malades toujours distraites (nombre d'idées fixes s'y originent d'ailleurs).

Par contre, comme Briquet, comme Charcot et l'école de la Salpêtrière, il rejette l'érotisme traditionnellement attribué aux hystériques, elles lui paraissent plus souvent négligentes que coquettes, plus frigides que sensuelles : « Il ne faut pas se tromper grossièrement, prendre pour de l'amour ce besoin enfantin qu'elles ont d'être conduites et consolées. » De même, les tendances au mensonge et à la simulation, si on les rencontre parfois, ne sont pas caractéristiques ; cette réputation provient de divers éléments mal interprétés (hallucinations, amnésies fluctuantes, bizarrerie et mobilité des symptômes) et de la confusion entre l'imaginaire et un réel toujours indistinct et mal perçu chez ces malades toujours rêveuses. S'y ajoutent les aveux rétrospectifs de malades vieillies, chez lesquelles la dissociation a disparu et qui s'expliquent elles-mêmes les souvenirs qu'elles retrouvent par « l'hypothèse grossière du mensonge ».

On sait que Freud rejettera ce tableau de l'affaiblissement psychologique des hystériques ; outre la disparité probable des cas de leur pratique (Janet voit beaucoup de malades graves, en institution), cela tient probablement aussi à un malentendu : il s'agit du caractère des malades en pleine *phase morbide* et Janet ne méconnaît pas les métamorphoses psychologiques que peut amener la guérison ou simplement une amélioration de leur état mental.

La conception du traitement de l'hystérie tel que le préconise Janet découle directement de sa conception générale de la maladie. La mise à jour et la dissociation des idées fixes lui paraissent un moment capital du traitement : en effet, si leur formation découle directement de la faiblesse de la synthèse mentale, il est certain qu'elles l'aggravent ensuite très fortement en absorbant une grande partie de l'énergie psychique, en provoquant sans cesse des états dissociatifs et finalement en épuisant un malade déjà affaibli. Il faut donc absolument les découvrir et les détruire ; nous avons vu que sur ce dernier point, Janet utilisait des méthodes particulières et ne pensait pas « que la guérison soit aussi facile et qu'il suffise de faire exprimer l'idée fixe pour l'enlever » (à propos de la catharsis de Breuer et Freud). Les indications du traitement général, celui du fond « diathésique » de la maladie sont plus banales : toniques, hydrothérapie et massages, agents aësthésiogènes, sommeil prolongé et hypnose, isolement ; s'y ajoutent une direction morale et une simplification du régime de vie (éviter des situations trop complexes, trop riches en émotions) qui s'intègrent dans ce que Janet appellera vingt ans plus tard les « économies psychologiques ».

(Paul Bercherie, *Genèse des concepts freudiens*, Bibliothèque des Analytica, Navarin-Seuil, 1983, pp. 94-99)

En 1893, peu avant le décès de CHARCOT, FREUD écrit un article consacré au diagnostic différentiel entre les paralysies motrices hystériques et organiques. Il fait paraître cet article, rédigé en français, dans les « Archives de Neurologie ».

Le souci de maintenir voire de renforcer le dialogue avec JANET, devenu l'héritier en titre de la pensée de CHARCOT, est manifeste. La définition que FREUD donne du moi est assez proche de la « fonction synthétique de la conscience » de JANET.

Cependant, l'insistance de FREUD sur la notion d' « *Affektbetrag* », du « montant » d'affect à liquider ou à « acquitter », permet de pointer la différence d'esprit entre les deux hommes.

JANET sera toujours insensible aux notions de conflit, de faute, de **dette**, et donc à la culpabilité liée au désir qui travaille toujours inconsciemment le névrosé. Cette **culpabilité** (en allemand, « *die Schuld* » signifie aussi bien dette que culpabilité) qui fait le fond de toute névrose, FREUD, à travers le vocabulaire même qu'il emploie, est déjà en passe de la découvrir. Mais il faudra l'épreuve de son auto-analyse pour donner tout son poids à cette conception.

Critiquant la notion de « lésion dynamique ou fonctionnelle », FREUD revendique le droit de passer sur le terrain de la psychologie. Cet article écrit en français pour le public neurologique français doit ménager l'esprit organiciste qui règne alors en maître. Evoquer le monde des conceptions vulgaires que le sens commun se fait des organes sans se référer aux enseignements de la science anatomique risque d'apparaître comme une démarche préscientifique. Pourtant il est évident que la représentation populaire du bras, par exemple, n'a aucun rapport avec sa représentation neuromusculaire, que connaissent les seuls anatomistes.

Lorsque l'hystérique présente une paralysie du bras, c'est le bras au sens commun du terme, qui est atteint dans sa fonction. L'hystérique ne peut plus éventuellement « donner le bras », ou le prendre ou embrasser etc. Ce seul critère suffit à différencier les deux types de paralysie.

Si la conception que le sujet se fait de son bras est dotée d'une valeur affective et que l'affect en question n'agrée pas le moi, le bras est atteint dans sa fonction habituelle : insensibilité, douleur, paralysie, contracture, mouvements anormaux (chorée ou danse de Saint Guy), etc...

On voit que FREUD, pour ménager la susceptibilité française, n'évoque pas ici les termes de refoulement et de défense qui font pourtant déjà partie de son arsenal conceptuel. Il parle seulement de « moyens psychiques appropriés » mais ne dit pas lesquels.

De même il utilise l'adjectif subconscient au lieu d'inconscient, parce qu'au pays du cartésianisme, la notion d'une « conception » inconsciente serait inconcevable : qui dit pensée dit conscience.

Si une conception quelconque doit être maintenue à l'écart de la conscience, c'est parce qu'une « valeur » affective lui est attachée. D'autre part l'idée est suggérée d'un rapport singulier de cette conception avec un événement et donc avec l'histoire du sujet.

FREUD utilise le mot « conception » là où en allemand, il emploierait certainement « *Vorstellung* », qu'on ne peut traduire en français que par « représentation ».

Le terme de conception a sur celui de représentation l'avantage de mettre l'accent sur la contribution personnelle du sujet dans l'activité de pensée.

Pour reprendre l'exemple cité, on peut dire que si le sujet « conçoit » ainsi son bras, c'est parce que ledit bras est entré dans un nouveau système de représentation qui pousse le sujet à lui donner une valeur affective telle que désormais il ne pourra « concevoir » qu'il puisse servir à autre chose qu'à commémorer l'événement qui aura fait que ce n'est plus un bras comme un autre. On ne conçoit pas davantage que le chapeau de Napoléon puisse se trouver ailleurs que dans un musée. La métaphore du musée convient assez bien pour souligner une dimension essentielle du symptôme névrotique: commémoratif, précieux, symbolique, intouchable, artificiel ou artificieux (ce qui rend notamment compte de l'analogie entre l'art et l'hystérie). La traduction allemande littérale de valeur affective serait « *Affektwerte* ». Si FREUD éprouve le besoin de noter entre parenthèse « *Affektbetrag* », ce ne peut être que parce que l'idée qu'il veut exprimer n'a pas d'équivalent en français. D'habitude, on traduit par « quantum d'affect ». Il vaudrait mieux traduire « montant » d'affect, « Betrag » étant le mot allemand qui signifie le montant d'une note à payer. Il devient dès lors compréhensible que FREUD évoque immédiatement après, l'obligation de « s'acquitter du surcroît ».

Le halo sémantique qui entoure les mots « *Betrag* » (somme due), « *Zuwachs* » (supplément) et « *Reiz* » (excitation mais aussi charme, séduction) n'est pas accessible dans le texte français.

Nous sommes introduits par là au sens de la « valeur affective » dont il est le plus souvent question chez l'hystérique. L'affect pathogène inconscient est un affect de culpabilité. Sans en faire une règle générale, on peut dire que l'hystérique tombe souvent malade parce qu'il ne veut pas « payer le supplément » exigible dans le cas où il s'est offert un « extra ».

L'hystérique se révolte à l'idée qu'il faille payer du sentiment de culpabilité le fait d'en demander trop, le trop dont il s'agit étant toujours de nature sexuelle.

D'où il faut conclure que la guérison de la souffrance hystérique passe nécessairement par la reconnaissance (versus méconnaissance) du sentiment de culpabilité sexuelle.

« Nous ne pouvons que substituer à la misère névrotique l'acceptation du malheur commun » (FREUD). Cette petite phrase célèbre est celle qui met le point final aux *Etudes sur l'Hystérie*.

Le dialogue avec JANET sera très vite interrompu. Déjà dans les « *Etudes sur l'hystérie* » (1895), à propos du cas Emmy von N. , la notion de faiblesse du moi, tenue par JANET pour condition primaire de la névrose, est sévèrement critiquée (p. 81 de l'édition française). En 1905, dans le cas Dora, la notion d' « idée fixe » est qualifiée d'idée pauvre (p. 85). Enfin, en 1909, dans la deuxième conférence donnée aux Etats-Unis, il écrit : « La théorie de Janet repose sur les doctrines admises en France relatives au rôle de l'hérédité et de la dégénérescence dans l'origine des maladies. D'après cet auteur, l'hystérie est une forme d'altération dégénérative du système nerveux, qui se manifeste par une faiblesse congénitale de la synthèse psychique. Voici ce qu'il entend par là : les hystériques seraient incapables de maintenir en un seul faisceau les multiples phénomènes psychiques. Si vous me permettez une comparaison un peu grossière, mais claire, l'hystérique de Janet fait penser à une femme qui est sortie pour faire des emplettes et revient chargée de boîtes et de paquets. Mais ses deux bras et ses dix doigts ne lui suffisent pas pour embrasser convenablement tout son bagage, et voilà un paquet qui glisse à terre. Elle se baisse pour le ramasser, mais c'est un autre qui dégringole, et ainsi de suite.... C'est en ceci que notre conception diffère de celle de Janet : **pour nous, la dissociation psychique ne vient pas d'une inaptitude innée de l'appareil mental à la synthèse**. Nous l'expliquons dynamiquement par le conflit de deux forces psychiques, nous voyons en elle le résultat d'une révolte active de deux constellations psychiques, le conscient et l'inconscient, l'une contre l'autre ». Ces trois passages de l'oeuvre de Freud sont, à notre connaissance, les seuls où JANET est nommément cité.

FREUD NOSOGRAPHE

FREUD a d'abord été neuropathologiste. Si la nécessité de gagner son pain ne l'avait pas contraint à la pratique clinique, il aurait sans doute continué à disséquer des cerveaux.

Quand il se résout à traiter les hystériques et autres névrosés qui constituent la majorité écrasante de la clientèle d'un neurologue, c'est avec la volonté -qu'il découvre chez son maître CHARCOT, ce pourquoi il l'admire - d' « expliquer » cette pathologie, c'est-à-dire d'en dévoiler la ou les causes (« étiologie ») mais aussi les mécanismes ou processus (« pathogénèse ») qui produisent la maladie afin de mettre au point une thérapeutique rationnelle qui ne se contente pas seulement de soulager la souffrance mais qui vise à éradiquer la maladie ou du moins à en faire apparaître les vraies racines. Bref, dès le départ, il y a une fureur de savoir qui ne se démentira jamais et qui luttera sans cesse contre ce qui constitue la caricature de la rationalité : **contre la rationalisation**⁸.

Nous avons vu qu'il avait rejeté la théorie anatomique de CHARCOT mais aussi celle d'une faiblesse mentale (JANET, MOEBIUS, BREUER et presque tous les psychiatres du XIX^{ème} siècle), qui, toutes deux, situaient l'étiologie du côté d'une vague dégénérescence héréditairement transmise.

8

Est-ce que la psychanalyse est une science? Vieux débat qui n'en finit pas! Freud voulait que ce fût une science au sens positiviste du terme, et c'est pourquoi il a toujours décrété que la psychanalyse faisait partie des sciences de la nature (Naturwissenschaft) plutôt que des sciences de l'esprit (Geisteswissenschaft), cette distinction étant classique en Allemagne depuis le début du 19^{ème} siècle, calquée sur la dichotomie kantienne entre « raison théorique » et « raison pratique ». D'autres oppositions duelles se sont superposées à celle-ci comme la distinction classique entre « Erklären » et « Verstehen » (expliquer et comprendre) promue par Drosen (1854) et reprise par Karl Jaspers dans sa Psychopathologie (1906). Autre distinction célèbre, celle proposée par Windelbrand (1891) entre sciences « nomothétiques » (qui posent des lois) et sciences « idéographiques » (qui exposent des idées). A notre avis, tant qu'on reste fixé à un système duel d'opposition, il n'y a pas moyen de sortir du dialogue de sourds.

Un épistémologue comme Jürgen HABERMAS (Voir: « Connaissance et intérêt », Tel , Gallimard, 1976, notamment le chapitre 10: « L'auto-réflexion comme science: la critique psychanalytique du sens par Freud ») distingue **trois** types de sciences: empirico-analytiques, historico-herméneutiques et "critiques". La psychanalyse fait partie des sciences "critiques" au même titre qu'un certain marxisme retouché par le biais de Max WEBER. Les sciences empirico-analytiques sont les sciences dites exactes ou, dans la tradition allemande, les « *Naturwissenschaften* ». Elles sont avant tout expérimentales et se veulent obéir, dans leur élaboration théorique, aux critères de « falsifiabilité » énoncés par Karl POPPER. Leur idéologie est positiviste. Les sciences historico-herméneutiques sont, en gros, les sciences dites humaines ou, dans la tradition allemande, les sciences de l'Esprit (*Geisteswissenschaften*). Elles visent essentiellement à maintenir ou rétablir la communication entre le sujet présent et les sujets passés. L'interprétation, qui est leur outil, repose nécessairement sur des présuppositions voire des préjugés (*Vorverständnis*, précompréhension) qui sont en fait des autointerprétations (*Selbstverständnis*) , c'est-à-dire que ce qui motive ce type de démarche scientifique est un besoin de se comprendre soi-même à travers la confrontation entre soi et un sujet passé (Socrate, Jésus, Napoléon, Freud ...) auquel le sujet présent accorde une importance culturelle-symbolique. L'originalité d'un auteur comme HABERMAS réside justement dans le fait qu'il introduit une troisième variété de "science" qui permet de court-circuiter l'ennuyeux débat sur le statut scientifique de la psychanalyse, et, par ricochet, de la psychologie toute entière. En la situant du côté des sciences qu'il nomme "critiques", il en fait **l'héritière des Lumières** (*Aufklärung*). L'idéal des Lumières, qui est aussi celui de la "modernité" -"Un projet inachevé" selon l'expression de HABERMAS - est avant tout "critique". **Comme tel il tend à promouvoir une réflexion du sujet sur lui-même (Selbstreflexion) en vue de la dissolution (Lösung) des blocages que représentent la rationalisation, perversion de la rationalité, et les idéologies de classe, perversions des idéaux et des valeurs.** Maintenir vivante la tradition des Lumières c'est refuser la destruction de toutes les valeurs (*Wertfreiheit*) dont NIETZSCHE s'est fait le héraut et que prône l'anarchisme postmoderne (BATAILLE, FOUCAULT, DELEUZE en France) mais c'est tout autant refuser la contrainte des choses (*Sachszwang*) d'un néoconservatisme qui n'est que partiellement rationnel dans la mesure où sa prétendue rationalité est subordonnée à une fin prédéterminée (*Zweckrational*). La critique du positivisme néoconservateur prolonge celle de l'objectivisme dénoncé par HUSSERL (voir notre article sur « L'identité européenne »). Ce qui fait encore l'originalité de la pensée de HABERMAS, c'est qu'il ne dissocie pas la connaissance de l'intérêt - du désir - qui l'anime et la porte. Les trois types de sciences sont corrélatifs de trois types d'intérêts. Les sciences empirico-analytiques sont commandées par l'intérêt technique qui vise à la maîtrise des choses (et des hommes à travers les choses, si le point de vue éthique n'est pas pris en compte). Les sciences historico-herméneutiques sont gouvernées par l'intérêt pratique (au sens de la raison pratique de KANT), c'est-à-dire la mise en lumière et la juste compréhension de l'ensemble des règles qui président à l'action, autrement dit la morale. Les herméneutes sont donc avant tout des moralistes. Enfin, c'est un intérêt émancipatoire, libérateur, qui anime les sciences critiques. L'idéal est ici celui de la raison (*Vernunft*) qui veut la raison. C'est un idéal éthique commandé par l'impérieux **besoin de vérité** que la raison commande et qui commande la raison.

Ces trois types d'intérêts (supérieurs) ne sont pas à considérer comme des intérêts contingents, empiriques, psychologiques, culturels, historiques ou idéologiques; ce sont des invariants (des catégories) anthropologiques fondamentaux, essentiels, ayant comme tels un statut quasi transcendantal, ce que les phénoménologues nomment des "existenciaux". Exigence de vérité à trois niveaux finalement, dans le rapport aux choses matérielles (science au sens strict), dans le rapport aux autres (morale) et dans le rapport à soi-même (règle fondamentale=absolue sincérité par rapport à soi-même, mais impossible sans la médiation de la « troisième oreille »). Pour en revenir à la question de la rationalisation dont nous sommes partis, il est assez clair qu'on rationalise chaque fois qu'on tente d'escamoter le rapport à soi-même en invoquant le rapport à « quelque chose d'autre ».

A l'étiologie organique, FREUD substitue une étiologie psycho-sexuelle prédominante, limitant cependant celle-ci au champ des névroses. Mais ce champ, à son époque et quand il entreprend d'y mettre un peu d'ordre, apparaît extrêmement chaotique.

Certes, vers 1890, la distinction entre psychose et névrose est acquise, du moins dans la littérature psychiatrique de langue allemande où Emil KRAEPELIN commence à exercer une influence considérable. Mais cette distinction reste très vague, fautive, précisément, de toute conception étiopathogénique autre que dégénérative.

Ce qui distingue la névrose de la psychose est alors essentiellement un critère de gravité.

On remarquera que le DSM III, et maintenant le DSM IV que certains considèrent comme un progrès décisif, renonce délibérément à toute perspective étiopathogénique pour se cantonner exclusivement au point de vue descriptif. Il est symptomatique de cette obsession classificatoire que, du DSM3 au DSM4, soit en l'espace d'une décennie, le nombre d'entités répertoriées a doublé. Une telle inflation est inévitable à partir du moment où on fait fi de tout principe catégoriel et de la notion de structure. Une des conséquences en est que le concept de névrose, dont FREUD a produit une théorie qu'on pouvait croire assise pour longtemps, est purement et simplement expulsé de la nomenclature. On est prié de ne plus parler de troubles névrotiques mais de « troubles affectifs, anxieux, somatoformes, dissociatifs et psychosexuels ». Le terme « hystérique » a disparu. Par contre, on voit revenir la notion de personnalité « histrionique », qu'on n'ose pas utiliser (« pithiatique » ne valait guère mieux mais au moins, les gens ne comprenaient pas ce que cela voulait dire) et qui, pour cette raison, est condamnée à disparaître. Le DSM 4 constitue le point d'aboutissement, ou plutôt d'épuisement, d'un effort classificatoire qui commence avec PINEL (1745-1826), culmine dans l'oeuvre de KRAEPELIN (1855-1926) et qui n'a jamais pu se donner d'autre principe taxinomique que purement empirique.

FREUD, tout au contraire, commence par limiter son intérêt au champ des névroses et parvient à le constituer dans sa spécificité, en l'opposant à tous les autres. En même temps, il en produit une théorie qu'il tente de mettre à l'épreuve des vérifications cliniques.

Les **éléments fondamentaux** de la théorie freudienne des névroses sont exposés dans une série d'articles, considérés à tort comme pré-analytiques et qui s'échelonnent de 1894 à 1898 : « Les Psychonévroses de défense »(1894), « Etudes sur l'hystérie » avec Joseph BREUER (1895), « Sur la justification de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse » (1895), « Obsessions et phobies »(1895), « A propos des critiques sur la névrose d'angoisse »(1895), « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense »(1896), « L'hérédité et l'étiologie des névroses »(1896), « Sur l'étiologie de l'hystérie »(1896) et « La sexualité dans l'étiologie des névroses »(1898).

Ces éléments fondamentaux peuvent être résumés comme suit :

1) Toutes les névroses ont une origine - une étiologie- sexuelle

2) Il y a deux sortes de névrose, les névroses actuelles et les « psycho »-névroses.

3) L'origine de la névrose est « actuelle » dans les névroses ainsi nommées, « préhistorique » dans les psychonévroses.

4) Le « psychisme » n'est concerné que dans le cas des psychonévroses.

5) Il faut distinguer plusieurs types de sexualité : somatique, psychique (libido= sexualité « psychisée »), infantile...

6) Bien que ce ne soit pas explicitement formulé, deux autres principes différenciateurs interviennent dans cette classification : la différence des sexes et la différence des générations.

Le tableau suivant résume ces propositions:

Névroses actuelles et psychonévroses					
	Nuisance sexuelle actuelle	Conflit sexuel infantile	Participation du psychique	Prépondérance du masculin/féminin	Conflit des générations
Neurasthénie	certaine	pas évident	faible ou nulle	masculin (actif)	pas évident

Névrose d'angoisse	certaine	pas évident	faible ou nulle	féminin (passif)	pas évident
Hystérie	aléatoire	certain	importante	féminin (oral)	oui (séduction)
Névrose obsessive	aléatoire	certain	très importante	masculin (anal)	oui (meurtre)

Les remarques qui suivent se rapportent à l'article sur la névrose d'angoisse (« Qu'il est justifié... »).

Le psychiatre américain George BEARD (1839-1883) serait sans doute resté inconnu s'il n'avait pas eu la bonne fortune d'inventer le terme de « neurasthénie » (« Neurasthenia or nervous exhaustion », 1880).

La neurasthénie a connu une vogue extraordinaire à la fin du XIX^{ème} siècle. Comme c'est aujourd'hui le cas avec la notion de cas-limite (borderline), la neurasthénie a rapidement servi à désigner toute une cohorte de syndromes combinant anxiété, dépression et somatisation. D'où la nécessité soit d'abandonner le terme, soit d'en élaborer plus rigoureusement la définition. C'est cette deuxième solution que choisit FREUD.

L'allusion à la « névrose nasale réflexe » n'est qu'une fleur faite par Freud à son ami Wilhelm FLIESS car il n'y croira plus par la suite.

Par contre l'allusion à la mélancolie pointe la nécessité d'établir une différence nette entre un syndrome dépressif d'origine psychique très probable -la mélancolie- et un autre -la neurasthénie- où la composante dépressive obéit à un déterminisme non-psychique, toxique en l'occurrence.

Rappelons que c'est seulement en 1851 que le psychiatre français FALRET a suggéré l'unicité probable de l'affection appelée par lui « folie circulaire ». MAGNAN, autre psychiatre français célèbre consolide cette conception de toute son autorité en 1890, au Congrès de Berlin. Mais ce n'est qu'en 1899, dans son septième traité de psychiatrie que KRAEPELIN asseoit définitivement la notion de « psychose maniaco-dépressive » en la distinguant de, et en l'opposant à la démence précoce, qui sera elle-même rebaptisée schizophrénie par Eugen BLEULER en 1911.

Après avoir minutieusement décrit les complexes symptomatiques de la neurasthénie et de la névrose d'angoisse, FREUD s'interroge sur leur pathogenèse.

Dans la névrose d'angoisse, l'excitation sexuelle augmente en raison d'une impossibilité d'obtenir la satisfaction pleine et adéquate, autrement dit l'orgasme. L'exemple le plus courant est celui du coït interrompu, et dans ce cas, c'est la femme qui développe une névrose d'angoisse ; à moins que ce soit l'homme qui sacrifie son plaisir en pratiquant le coït réservé. Dans les deux cas, l'accumulation d'excitation, parce qu'elle ne se décharge pas normalement, se transforme « directement », « automatiquement » en angoisse.

L'« impossibilité » matérielle est évidemment imposée par la nécessité contraceptive. Il faut bien sûr tenir compte des circonstances qui régnaient à l'époque : absence de méthode contraceptive efficace d'une part, et péril syphilitique galopant d'autre part. Depuis que le Sida menace, nous ne sommes pas mieux lotis, bien au contraire.

Dans la neurasthénie, c'est l'inverse qui se produit. La décharge a lieu, mais de manière inadéquate, de sorte qu'il en résulte un appauvrissement en excitation : le sujet est perpétuellement épuisé.

On peut voir que dans les deux cas, l'accent est mis par FREUD sur le facteur « quantitatif » : c'est donc le « point de vue économique » qui prédomine. Ainsi donc, la constitution est largement prise en considération, la névrose d'angoisse affectant les sujets à sexualité « forte », l'inverse valant plutôt pour la neurasthénie.

Une différenciation capitale est introduite entre deux types d'excitation - ou d'énergie - sexuelle : la sexualité somatique et la sexualité psychique.

A l'origine, l'excitation sexuelle est toujours somatique.

Elle devient psychique pour autant qu'elle subit une élaboration, dite psychique, précisément, parce que cette « élaboration » (*Bearbeitung*) fait entrer l'excitation « brute » dans un « système de représentations et d'affects » par quoi se trouve défini le « psychisme » même du sujet.

Si le « travail » psychique est efficace, alors la sexualité somatique est l'objet d'une transformation qualitative : elle est métabolisée en « libido ».

Le terme de libido, qui a l'avantage de conserver une connotation énergétique, semble aujourd'hui se faire rare dans la littérature psychanalytique de langue française où il est malheureusement supplanté par la notion de « désir », devenue envahissante depuis que LACAN lui a conféré un statut quasi mythique.

La sexualité somatique est génératrice d'une excitation qui opère de façon continue.

Plus tard, la pulsion (*Trieb*) sera présentée de même par FREUD comme une force agissant de manière continue, à la limite (charnière, frontière) du somatique et du psychique, et réclamant sans cesse de l'appareil psychique, un travail également continu.

C'est pourquoi aussi, le refoulement est envisagé comme un processus qui s'exerce en permanence.

On peut dire qu'à un moment donné, à partir des « Trois Essais sur la théorie de la sexualité »(1905), le concept de pulsion englobe la notion de sexualité somatique si bien que celle-ci n'apparaît plus sous la plume de FREUD. Toutefois, il est important de souligner que la dichotomie initiale établie entre les sexualités somatique et psychique sera constamment maintenue, comme on peut le voir dans les « Conclusions de la discussion sur l'onanisme »(1912) et dans le maintien de la théorie de l'« angoisse automatique » à côté de celle de l'« angoisse-signal », en 1926, dans « Inhibition, symptôme et angoisse ».

On peut se représenter le processus complet de la manière suivante :

- 1.Accumulation de l'excitation sexuelle somatique.
- 2.Transformation en libido.
- 3.Accumulation de tension libidinale.
- 4.Mise en jeu de l'« action spécifique adéquate » impliquant l'investissement (*Besetzung*, occupation) du mode de satisfaction adéquat (=génital).
- 5.Jouissance (*Genuss*)⁹.
- 6.Diminution conjointe de l'excitation libidinale et de l'excitation sexuelle somatique.

Les formulations de FREUD concernant la genèse de l'angoisse ne sont pas tout-à-fait claires. Dans le présent texte, l'angoisse est présentée comme la conséquence d'un manque d'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique. Ailleurs elle est définie comme le produit d'une stase libidinale (*Libidostauung*).

La contradiction peut être levée si on veut bien admettre que faute d'« action spécifique », la tension libidinale devient intolérable d'autant qu'elle se transforme alors insensiblement mais « automatiquement » en angoisse. Devant la montée de l'angoisse, l'appareil psychique démissionne, d'où l'analogie du court-circuit évoquant une surcharge suffisante pour « disjoncter » - et la libido est resomatisée.

C'est parce que l'appareil psychique est hors-circuit que la libido tend à disparaître.

Si la panne est définitive, alors il se produit « toutes sortes d'autres choses ». Il est bien dommage que FREUD ne dise rien de ces « autres choses ».

Aujourd'hui, on tendrait, dans le sillage d'un auteur comme MARTY¹⁰, à considérer que la neurasthénie et la névrose d'angoisse telles que FREUD les a différenciées, correspondent à ce que nous désignons le plus souvent comme

⁹ En allemand, l'homophonie entre « *genug* » (assez) et « *Genuss* » (jouissance) appelle des associations d'idées qui n'ont pas d'équivalent en français. « *Ge-nug* », pour autant qu'on s'abandonne à l'étymologie ludique, voudrait dire que le « *nug* » (= *noch*, encore) est un état qui est dépassé (sens général de « *ge* » dans les langues germaniques) parce que « assez » (*satis*) a été fait (*factum*). D'où on déduit que sans jouissance il ne peut pas y avoir de satisfaction.

¹⁰ Chez un psychanalyste comme Pierre MARTY, depuis « L'investigation psychosomatique » (PUF, 1963) jusqu'à « Mouvements individuels de vie et de mort » (Payot, 1976) et « L'ordre psychosomatique » (Payot, 1980), on voit se dessiner très clairement la tendance à rapprocher, voire à assimiler les désordres dits psychosomatiques avec la dépression dite essentielle, c'est-à-dire ni névrotique ni psychotique, à travers la notion de « désorganisation progressive » qui correspond à l'extinction plus ou moins rapide et irréversible des fonctions psychiques.

« La dépression essentielle s'établit lorsque des événements traumatiques désorganisent un certain nombre de fonctions psychiques dont ils débordent les capacités d'élaboration... Des angoisses diffuses précèdent souvent la dépression essentielle. Automatiques au sens classique : envahissantes... elles traduisent la détresse profonde de l'individu, détresse provoquée par l'afflux de mouvements instinctuels non maîtrisés. . Le moi submergé montre ainsi sa désorganisation. L'angoisse ne représente pas ou ne représente plus le signal d'alarme... Elle est l'alarme... Automatiques, ces angoisses

dépression ordinaire ou essentielle, et affections psychosomatiques. Dans ces deux cas en effet, on observe une carence de l'activité psychique avec son corollaire de pauvreté fantasmatique, et une extinction de la libido entendue dans le sens de tension de désir érotique.

A vrai dire, dans bon nombre de cas, neurasthénie et névrose d'angoisse correspondent à des états de crise dont l'issue est incertaine. Si le sujet appelle à l'aide, c'est qu'il est encore capable de « transfert » et qu'il continue donc de s'accrocher à la possibilité de retrouver la satisfaction libidinale perdue.

FREUD a toujours considéré que les psychonévroses se développaient à partir d'un germe de névrose actuelle. Ce n'est que dans le cas où ce germe n'éclot pas sous forme de psychonévrose que le risque existe d'une évolution dans le sens de la « désorganisation progressive », de la dépression chronique et de la somatisation irréversible.

Une fois qu'un mot comme celui de neurasthénie acquiert une notoriété universelle, il tend à bénéficier d'une valeur explicative qui est évidemment usurpée aussi longtemps qu'il reste un concept purement descriptif. On voit que pour FREUD, un concept nosographique, comme c'est le cas partout ailleurs dans la science médicale, doit combiner les trois dimensions : descriptive, étiologique et pathogénique.

Par exemple, dans le cas de la neurasthénie, le diagnostic ne sera posé que si :

1. il existe un ensemble de signes typiques : céphalées, lombalgies, fatigabilité, dyspepsie etc...
2. la vie sexuelle est actuellement « inadéquate » ;
3. c'est le mode de satisfaction, la manière de traiter l'excitation, qui est en cause.

Dans le domaine des névroses, la démarche diagnostique est rendue difficile du fait que plusieurs pathogénies interviennent ensemble et simultanément si bien que le nombre de cas mixtes l'emporte largement sur celui des cas purs qui font presque figures d'école. Mais ce n'est pas une raison pour tourner le dos à cette démarche diagnostique indispensable à un traitement rationnel. Ce qui complique encore énormément les choses, c'est qu'ici la démarche diagnostique ressemble beaucoup moins à une enquête qu'à un âpre combat mené par le psychothérapeute pour amener le patient à reconnaître, dans le sens d'avouer, ses pratiques « inadéquates » en ce qui concerne les nuisances actuelles, et à prendre conscience, à travers la reviviscence transférentielle, de ses conflits infantiles pour ce qui intéresse la part « psycho »névrotique de ses troubles. Lorsque le processus thérapeutique évolue heureusement, on peut considérer que l'activité de **recherche** (enquête, anamnèse, remémoration), l'**activité théorique** (re-construction autoréflexive) et l'**activité thérapeutique** (qui se confond en définitive avec une activité de formation-*Bildung*) se recouvrent complètement. Cette triplicité constitue l'originalité de cette forme de traitement et lui confère sa spécificité.

L'entreprise analytique ne peut pas se soustraire à l'impératif, éthique en définitive, d'une recherche qui interpelle le sujet dans son rapport à la vérité de ce qu'il veut et ne veut pas, donc à la vérité de son désir.

Comme on le verra plus loin, ce combat ne peut se dérouler vraiment que dans l'« arène du transfert ».

En définitive, ce sont les facteurs pathogéniques (« conditions étiologiques d'apparition ») qui sont déterminants pour ce que FREUD appelle ailleurs le « choix » de la névrose (*Neurosenwahl*).

Par exemple :

1. Le fait d'opter pour la décharge inadéquate conduira plutôt à la neurasthénie, le refus de la décharge, à la névrose d'angoisse ;

diffuses reproduisent un état archaïque de débordement (d'où l'invocation d'un faillite ancienne et précoce du pare-excitation que constitue la mère contenante comme facteur étiopathogénique dominant).

... On note l'effacement fonctionnel des deux systèmes topiques freudiens.... On cherche en vain des désirs ; on ne trouve que des intérêts machinaux... Le moi paraît coupé de l'inconscient... Un signe en est la disparition des sentiments inconscients de culpabilité, qui constitue sans doute l'un des signes principaux de la dépression essentielle.... L'inconscient reçoit mais n'émet pas... C'est au niveau du préconscient, dans l'effacement de ses fonctions habituellement actives que se constatent surtout les dommages... notamment la suppression des relations originales avec les autres et avec soi-même..... la perte de l'intérêt pour le passé et pour le futur. . . L'absence de communication avec l'inconscient constitue une véritable rupture avec sa propre histoire. Le factuel et l'actuel s'imposent à l'ordre de chaque jour..... (L'ordre psychosomatique) ».

2. L'insuffisance psychique, c'est-à-dire, en l'occurrence, le fait de laisser s'accumuler la libido sans mettre en oeuvre l'« action spécifique », conduira à la névrose d'angoisse d'abord, éventuellement à la neurasthénie ensuite, puis à l'extinction de la libido, à la perte du désir, la dés-imagination, le renforcement compensatoire de la pensée opératoire, la banalisation de l'existence, la dépression etc. Dans tous les cas, c'est l'appareil psychique qui est en panne.
3. La défense (*Abwehr*) contre une motion de désir génératrice de conflit conscient ou inconscient, avec substitution - de la réalisation de désir qui devra se contenter de l'Ersatz du symptôme - conduira à une psychonévrose dans la mesure où le conflit actuel ne fait que répéter le conflit infantile et subit son attraction.

Le terme de « choix » de la névrose, ou du symptôme, implique qu'on admette, sinon la responsabilité du sujet, du moins une certaine participation (complaisance-*Entgegenkommen*) dans la mise en route du processus morbide. Si le sujet n'avait pris aucune part dans la précipitation de son « devenir malade », s'il n'en était partiellement l'auteur, il ne pourrait pas davantage être l'auteur de sa guérison.

C'est parce qu'on sait pourquoi on est devenu malade qu'on sait bien aussi pourquoi on ne guérit pas.

Les notes qui suivent se rapportent principalement à l'article de 1898: « La sexualité dans l'étiologie des névroses ».

En 1923, FREUD donne la définition suivante de la Psychanalyse :

« Psychanalyse est le nom :

1) D'un procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement ; 2) D'une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement de désordres névrotiques ; 3) D'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui s'accroissent ensemble pour former progressivement une nouvelle discipline scientifique ».

Lorsqu'il écrit « La sexualité dans l'étiologie des névroses » en 1898, FREUD a déjà abandonné le traitement hypnotique parce que celui-ci, outre qu'il entraîne une dépendance gênante et ne débouche le plus souvent que sur une amélioration transitoire, ne permet pas l'abord de ce qui constitue vraiment le noyau de l'inconscient, c'est-à-dire la sexualité (infantile) refoulée et moins encore l'analyse des résistances auxquelles se heurte la reconnaissance des émois réprimés.

On comprend pourquoi le gain obtenu par hypnose est faible et fragile : le moi n'y est pour rien. Parce qu'il n'a pas « travaillé » (*Be- et durch-*), qu'il n'a pas réélaboré ses résistances, il en sort Gros-Jean comme devant.

Nous avons déjà dit que l'origine sexuelle des névroses, de l'hystérie en tout cas, était une opinion commune dans l'antiquité. Au moment même où BEARD introduit le terme de neurasthénie en attribuant l'origine de la maladie au mode de vie américain (« American nervousness », 1882) qui réduit les mâles yankees à n'être plus que des travailleurs perpétuellement surmenés, de nombreux auteurs incriminent plutôt la masturbation si bien que BEARD lui-même, dans un ouvrage posthume (« Sexual Neurasthenia », 1883), révisé son point de vue étiologique.

En liant étroitement neurasthénie et masturbation, FREUD reprend donc à son compte une opinion très largement répandue.¹¹

Dans la suite de l'article, FREUD s'en prend au corps médical qui, complice de l'hypocrisie générale, n'ose pas soulever la question sexuelle. Parler de neurasthénie, épuisement nerveux, surmenage, stress etc. , n'est qu'euphémisme commode.

¹¹ A la fin du XIXème siècle, on peut lire dans le Grand Larousse, tome X, le texte suivant : « Combien d'enfants sont morts à la suite de la masturbation ? Elle prédispose à un grand nombre de maladies, surtout au développement de la phtisie avec consommation et à l'apparition de troubles variés du côté du système nerveux. Les fonctions digestives se dérangent bientôt chez les individus qui abusent des plaisirs vénériens. Le masturbateur ne tarde pas à sentir ses forces diminuer, à perdre les couleurs de la santé, à maigrir, et, s'il est encore jeune, son organisme subit fatalement un arrêt du développement. Les yeux se cernent et s'excavent, la peau et les muqueuses se décolorent. Les malades deviennent paresseux ; ils sont opprimés dès qu'ils marchent et il leur arrive très facilement de tomber en syncope. Leurs forces musculaires diminuent de plus en plus et on les voit marcher, chancelants, le tronc déjà courbé alors qu'ils sortent à peine de l'adolescence..... C'est moins un être vivant qu'un cadavre, un être bien au-dessous de la brute, donnant le spectacle dont on ne peut concevoir l'horreur, celui d'un malheureux qui avait appartenu autrefois à l'espèce humaine. »

Reconnaître une névrose actuelle, neurasthénie ou névrose d'angoisse, ne présente pas de grande difficulté. Dès qu'il est sûr du diagnostic, le médecin n'a pas à douter de l'étiologie. En conséquence, si le patient ne soulève pas lui-même le problème, il est de son devoir de l'aborder franchement. Couvrir la chose d'un voile pudique, soi-disant pour respecter la vie privée d'autrui, c'est faillir à sa tâche. De nos jours, faut-il le dire, rien n'a changé. C'est bien pire, dans la mesure où l'hydrothérapie qui offrait au moins l'avantage de changer d'air et de voir du monde a été remplacée par la prescription automatique de quantités astronomiques de benzodiazépines, et désormais de l'inévitable « Prozac », transformant des millions de petits déprimés anxieux en toxicophiles chroniques.

FREUD revient avec insistance sur la nécessité de poser un diagnostic rigoureux afin de mettre en place une stratégie thérapeutique rationnelle. Dans les névroses actuelles, la nuisance est « actuelle » et connue du sujet. Dans les psychonévroses, l'origine du trouble est ancienne. Les événements qui ont provoqué le traumatisme (« sexuel »¹²) dans la petite enfance sont oubliés ; recouverts par l'amnésie infantile, ils sont devenus inconscients.

L'époque de la vie où ces événements se sont produits est dite « préhistorique ».

C'est un thème constant chez FREUD : la préhistoire de l'individu est assimilable à la préhistoire de l'humanité, qu'elle tend à répéter : « l'ontogenèse répète la phylogenèse », au plan psychologique comme au plan biologique.

A la différence de l'histoire qui nécessite des repères chronologiques suffisamment précis et des récits de faits incontestables, certifiés par plusieurs témoins ou consignés par écrit, la préhistoire, faute d'indices fiables, appelle des reconstructions hypothétiques, que content les légendes et les mythes, plus soucieux d'édifier à coup de merveilleux que de rapporter des faits réels, nécessairement prosaïques.

L'histoire commence notamment à partir du moment où le récit des exploits des hommes illustres prend le pas sur l'exaltation des héros mythiques ; par exemple, lorsque les hauts faits d'Achille apparaissent moins intéressants que le récit de la bataille des Thermopyles¹³.

Les héros mythiques ont peut-être existé (Achille, Ulysse, Oedipe etc.) mais leur histoire événementielle est devenue secondaire par rapport au drame humain spécifique auquel chacun d'eux a prêté sa figure.

Si FREUD a choisi Oedipe comme héros mythique-préhistorique, c'est que le drame d'Oedipe est particulièrement exemplaire du drame « préhistorique » de tout sujet, au moins dans l'aire de notre culture, car c'est au sein de ce drame que précipitent les plus puissantes identifications infantiles, pour être ensuite remaniées au fil des rencontres désormais datables que le sujet va faire au long de son histoire¹⁴.

¹² Le traumatisme infantile ne prend une signification sexuelle qu'après-coup: exemples bien connus de l'enfant qui a subi une amygdalotomie ou à qui on a simplement coupé une mèche de cheveux....

¹³ Voir à ce sujet « Naissance de l'Histoire » de François CHATELET, Editions de Minuit, 1962.

¹⁴ C'est l'Oedipe de Sophocle que FREUD a élu, c'est-à-dire l'Oedipe tragique. Ce choix n'est certainement pas innocent. Il signifie implicitement que notre histoire se développe sur fond de tragédie, de désir impossible, de souhait meurtrier et de culpabilité inaliénable. Tel est l'homme occidental, pétri par le tragique. Mais ce n'est sans doute pas le cas pour le reste de l'humanité, dite sauvage, primitive ou archaïque, de notre point de vue jugé vaniteusement supérieur. Comme le note Jean-Pierre VERNANT : « Le mythe, dans sa forme authentique, apportait des réponses sans jamais formuler explicitement les problèmes. La tragédie, quand elle reprend les traditions mythiques, les utilise pour poser, à travers elles, des problèmes qui ne comportent pas de solutions » (Raisons du mythe, in « Mythe et société en Grèce ancienne », Seuil, Points, 1992). Oedipe : un problème sans solution ! Effectivement ! C'est sans doute pourquoi la psychanalyse n'a pas d'autre ambition que la « transformation de la misère hystérique en malheur ordinaire (Gemeines Unglück) », GW, 1, 312. Mais cette conception du destin n'est pas la seule. Les Grecs en avaient au moins une autre, incarnée par Ulysse, un héros qui est à mi-chemin entre la tragédie et le mythe, et qui apparaît à l'analyse comme celui qui opère la transition entre un monde enchanté, habité-créé par le mythe et un nouveau monde déjà dominé par la raison. Dans leur analyse de l'Odyssée (Dialectique de la raison, « Dialektik der Aufklärung » (1944), Gallimard, Tel), Horckheimer et Adorno font apparaître Ulysse comme le premier héros de la raison, qui ne cède aux charmes des figures mythiques que pour mieux s'en déprendre. Ce faisant, il renonce à un certain monde en même temps qu'il développe un sentiment inconnu jusque là : la « **nostalgie** », le mal du pays, qui devient sa motivation principale pour en faire finalement le prototype du propriétaire endurci : quand il a retrouvé « sa » terre, « son » trône, « sa » femme, « son » fils, « son » chien etc... l'histoire est finie. C'est devenu un homme commun, « sans qualité », « gemein ».... Analyse partielle, engagée, typiquement freudo-marxiste, idéologiquement orientée, mais qui ne manque certes pas d'acuité. Ulysse comme prototype du capitaliste, il fallait y penser!

Ce qui par Freud est nommé préhistorique est en définitive la période de la vie qui est recouverte par l'amnésie infantile. Freud n'est pas le premier à avoir soulevé la question de l'amnésie infantile, Emmanuel Kant l'avait fait avant lui, considérant à juste titre que l'amnésie se rapportait à l'époque de la vie où le sujet humain n'avait pas encore acquis la notion du temps ni non plus celle du moi, les deux notions, celles de temps et de moi étant indissolublement liées aux yeux de Kant.

FREUD parle très peu de la toxicomanie, cette manière commode et commune d'abolir, justement, et le moi et le temps. C'est ici le seul passage de son oeuvre où il y fait nommément allusion, à l'exception d'une brève évocation de l'autoérotisme oral dans les « Trois essais sur la théorie de la sexualité ».

La toxicomanie est assimilée à la masturbation dans la mesure où c'est un moyen de faire tomber la tension pulsionnelle sans recourir à un travail psychique.

Toute toxicomanie, de la plus grave à la plus légère, correspond à une tentative de guérison de la névrose actuelle, qu'elle soulage pour un temps bref mais qu'elle aggrave dans un deuxième temps, d'autant mieux qu'elle se répète, rendant toujours plus aléatoire la remise en route d'un travail psychique.

Toutes les drogues ont un effet double, psychotonique et anxiolytique, si bien qu'elles constituent un remède efficace dans les états de tension (névrose d'angoisse) comme dans les états dépressifs (neurasthénie). C'est leur efficacité qui fait leur dangerosité. On comprend que la tentation d'y recourir est forte lorsque se font sentir les désagréments d'un état névrotique actuel.

Si l'usage des drogues est proscrit dans la cure analytique, c'est bien parce qu'elles augmentent artificiellement les résistances : le sujet n'associe plus, ne rêve plus mais surtout ne prête plus d'intérêt à son activité psychique et donc à ce qui peut lui être signifié au départ de son inconscient. Dans le même temps, le potentiel libidinal a tendance à se tarir.

Il faut bien faire la différence entre une drogue et un médicament. Les drogues soulagent immédiatement la tension ou la douleur mais elles ne modifient pas le déséquilibre sous-jacent. Au contraire elles l'aggravent. Un médicament digne de ce nom restaure, d'une façon graduelle le plus souvent, un équilibre physiologique perdu. A notre avis, les tranquillisants et les psychotoniques sont plutôt des drogues, les antidépresseurs plutôt des médicaments mais la limite n'est pas claire, les variations individuelles sont énormes.

Par ailleurs, les drogues modifient l'état du moi dans le sens d'un affaiblissement des possibilités de « prise de conscience ». Toute toxicomanie vraie tend en définitive à évacuer le moi dans la mesure où celui-ci, pour son activité essentiellement médiatrice, est ressenti comme un empêcheur de danser en rond. Dans les cas où se produit une effervescence de la pensée (amphétamine, cocaïne, hashich) les associations libres prennent un tour maniaque et ne remplissent plus dès lors leur fonction analytique.

Au bout du compte, ce qui s'émousse progressivement dans tous les cas est la liaison entre les affects et les représentations, liaison (*Bindung*) qui est au plus haut point l'oeuvre du moi. Considéré de ce point de vue, le tabac est une drogue mineure car il n'altère pas les capacités de synthèse du moi (ceci n'est pas un argument en sa faveur: le tabac est une vraie saloperie, cancérigène et vasculotoxique au plus haut point).

A l'étiologie héréditaire ordinaire, FREUD substitue la notion d'une hérédité paradoxale dont rend compte la formule consacrée : « L'enfant est le père de l'homme ».

Ce qui est au coeur des psychonévroses, ce n'est pas seulement l'héritage des ancêtres, c'est aussi l'héritage des expériences vécues de l'enfance qui, refoulées et tombées dans l'oubli, continuent d'agiter le sujet du fond de son inconscient.

Sans la sexualité infantile, sans l'hypothèse d'une vie sexuelle déjà intense et très développée dans la petite enfance, il est impossible d'expliquer le mécanisme des psychonévroses, sauf à recourir encore et toujours à la théorie de la dégénérescence héréditaire-constitutionnelle.

Cette sexualité précoce décline ou sombre (*Untergang*) sous l'effet du complexe de castration, dernier levier de la série des refoulements primaires, mais les impressions qu'elle a laissées sont conservées dans l'inconscient où elles contribuent à façonner l'univers fantasmatique du sujet en lui conférant son cachet singulier.

Cependant, l'ensemble du complexe sexuel infantile, c'ad l'ensemble du monde fantasmatique inconscient, ne produira ses effets qu'après-coup - *nachträglich* - c'ad au moment de la pensée pubertaire ou plus tard.

En effet, pour qu'une psychonévrose éclore au départ de la reviviscence d'une névrose infantile, il faut :

- 1) une excitation sexuelle (somatique) suffisante ;
- 2) une contre-force dont la constitution progressive s'est réalisée tout au long de la **période de latence** (de 5-6 à 10 ans environ) et qui consiste d'une part dans le contre-investissement de la réalité extérieure versus le monde des fantasmes et d'autre part dans un système d'identifications complexes que FREUD désignera plus tard comme le système du Surmoi-Idéal du moi , d'essence foncièrement paternelle et essentiellement dirigé contre les manifestations de l'érotisme primitif.

Le « développement considérable de l'appareil psychique » peut être mis en correspondance avec celui du système préconscient (première topique) et du surmoi (deuxième topique)

dont nous verrons qu'ils ont un rapport privilégié avec les représentations(de)mots, tandis que l'inconscient est plutôt constitué des représentations(de)choses, tout comme le ça.

C'est dire que l'enfant d'avant l'âge dit de raison, bien qu'il puisse développer un conflit névrotique qualifié (cfr les cas du Petit Hans et de l'Homme aux Loups), n'a pas vraiment les moyens de développer une psychonévrose accomplie, car :

- 1) la quantité d'excitation sexuelle est trop faible (point de vue économique) ;
- 2) le système des identifications interdictrices et axiologiques (éthico-morales) n'est pas suffisamment élaboré pour alimenter durablement le conflit intrapsychique (point de vue dynamique) ;
- 3) les régions de l'appareil psychique (CS-PCS-ICS ou ça-rmoi-surmoi) ne sont pas encore bien délimitées (point de vue topique).

Tous ces éléments concourent à ce que les événements (*Ereignis*) de l'enfance qui ont laissé des traces mnésiques (*Errinerungsspur*) inconscientes soient après-coup réinterprétés, remaniés d'une part (effet de sens qualitatif) et surdramatisés d'autre part (effet quantitatif) en sorte qu'ils acquièrent un pouvoir pathogène destiné à perdurer aussi longtemps que persistera le caractère inconscient du souvenir-fantasme. Encore faut-il ajouter que la prise de conscience ne résout rien. Il faut « perlaborer » (*durcharbeiten*). On a beau connaître les données d'un conflit, la paix n'est pas assurée pour autant. Longues sont les négociations et plus longtemps tarde encore le temps de la réconciliation (*Versöhnung*).

On se rend compte que dès cette époque, en 1898 donc, tous les éléments sont en place qui vont constituer les pierres d'angle de la doctrine psychanalytique, c'est-à-dire :

1. Le déterminisme psychique : réalité psychique, fantasme.
2. Le refoulement et la résistance.
3. L'inconscient.
4. La sexualité infantile.

Tous ces éléments sont étroitement corrélés entre eux.

Ce sont des éléments de **doctrine** (*Lehre*) et non de théorie, car on ne peut les abandonner sans cesser de fonctionner comme psychanalyste. Plus tard s'y ajoutera le transfert.

Nous sommes en présence de faits ou de principes que tout analysant peut facilement découvrir en lui-même pourvu qu'il accepte la règle fondamentale et - selon l'expression très juste de Jean Laplanche - la « transcendance du transfert ». On découvre ça en soi-même, par soi-même, sur soi-même et pour soi-même sans qu'il soit besoin d'en faire une théorie spéculative, mais la « troisième oreille » (celle du psychanalyste ou d'un lieu-tenant) est indispensable.

On peut dire qu'à partir d'ici, la doctrine étant définitivement assise, le travail théorique commence.

Plus avant, c'est l'exploration des mécanismes du rêve qui va permettre de découvrir le paradigme qui servira à élaborer une théorie globale du fonctionnement psychique normal aussi bien que pathologique.

Commentaires à propos de la « Discussion sur l'onanisme ».

Le rapport de causalité étroit établi, ou reconnu par FREUD, entre la masturbation et la neurasthénie, de même que la distinction oppositive entre névrose actuelle et psychonévrose, ont été fortement contestés par les premiers psychanalystes, notamment par Wilhelm STEKEL qui a nié complètement la nocivité de la masturbation et l'existence même des névroses actuelles, ce qui revient à dire qu'il n'y a que des psychonévroses et que tout est psychogénétique.

La réponse de FREUD est clairement exposée dans le texte de la discussion. Elle tient en trois points :

1) Les éléments pulsionnels qui entrent dans la composition de la névrose sont les mêmes chez tout le monde. Ce qui différencie les individus, c'est la **proportion quantitative** des éléments - homosexualité forte ou faible, par exemple - et les mécanismes qui président aux **liaisons** que chaque élément entretient avec les autres pour constituer une totalité structurée - la névrose constituée ou la personnalité névrotique, par exemple. La démarche « analytique » va dans le sens d'une déconstruction du tout qui permet idéalement de rendre perceptible la force de chaque élément et de mettre en évidence le mode de liaison que cet élément entretient avec les autres. On comprend dès lors pourquoi la métaphore pertinente est celle de l'analyse chimique et pourquoi elle s'impose d'elle-même à Freud..

2) La pulsion sexuelle doit elle-même être décomposée entre son constituant somatique (excitation sexuelle brute) et sa dérivation psychique (excitation libidinale qui alimente le désir).

3) Les symptômes produits par l'excitation somatique sexuelle accumulée et non convertie en libido sont le résultat d'une véritable intoxication. Ces symptômes - angoisse, douleurs diverses, fatigue...- ne sont pas analysables en termes de conflits de désirs. Ils ne signifient donc rien, ils ne véhiculent aucun sens, ils ne sont que le signe d'un dysfonctionnement toxicogène. Si on s'en tient à une définition stricte du symptôme, on n'a affaire ici qu'à des signes.

Les questions posées par l'onanisme et ses conséquences gagnent à être traitées dans une perspective élargie. La masturbation et la question de ses fonctions -à quoi ça sert ?- doivent être envisagées du point de vue historico-génétique dans leur rapport à l'auto-érotisme, à l'inconscient, aux fantasmes et à ce qu'il est convenu d'appeler les « équivalents ». Par équivalent masturbatoire il faut entendre toute activité en apparence non sexuelle dont le but est de réduire la tension sexuelle.

Enfin on peut aussi envisager l'activité masturbatoire d'un point de vue téléologique, c'est-à-dire se demander à quoi peut bien servir la solution masturbatoire au regard de l'évolution de l'espèce humaine en général et de la culture à un moment donné.

Du point de vue génétique, il y a lieu de distinguer trois types d'onanisme, celui du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent.

Chez le nourrisson, l'onanisme est ubiquitaire, c'est-à-dire que n'importe quelle région du corps peut devenir le siège d'une excitation et d'une activité auto-érotique.

Chez l'enfant, certaines zones sont investies de façon privilégiée, la bouche et l'anus principalement.

Les fixations qui résultent de cet hyperinvestissement peuvent, déjà à ce stade, entraîner un clivage de la sexualité, son courant tendre-amoureux (préambivalent) rejoignant plutôt la tendance orale (avidité, dépendance, impatience ...), le courant agressif-sadique (méfiance, égoïsme, indépendance, possessivité, rétentivité, conservatisme etc..) s'imbriquant avec la composante anale.

Chez l'adolescent, la tendance génitale éprouve les plus grandes difficultés à trouver une issue dans le réel. La régression dans le fantasme est quasiment inévitable et de plus, en raison des interdits qui frappent le désir génital, il se produit facilement une régression libidinale (prégénitale) qui peut créer un point d'appel pour la constitution d'une psychonévrose hystérique (orale) ou obsessionnelle (anale).

L'acte masturbatoire vise à réduire la tension auto-érotique alimentée par le fantasme.

Cependant il faut faire quelques remarques :

1) l'onanisme est le seul acte sexuel dont l'enfant soit capable ; 2) l'autoérotisme primaire ne peut s'instaurer qu'à partir d'un premier alloérotisme soutenu - étayé - par les soins de la mère érotisante. René SPITZ a montré que les enfants gravement carencés (hospitalisme) ne développaient pas d'activité auto-érotique. C'est sans doute l'exemple le plus précoce d'une toxicité induite par l'excitation « sexuelle » somatique lorsque celle-ci ne parvient pas à se métaboliser en autoérotisme puis en libido soutenue par l'activité de désir qui s'enracine toujours dans un fantasme ; 3) il est difficile de dire si le premier autoérotisme qui consiste à suçoter s'accompagne d'un fantasme ou non (le sein halluciné) mais on est déjà dans le « principe de plaisir » qui veut le soulagement immédiat de la tension sexuelle libidinale ; 4) le fantasme est un « royaume intermédiaire » entre le principe de plaisir et le principe de réalité.

Qu'est-ce à dire ?

En attendant une définition plus précise du fantasme, on peut dire que le fantasme embellit ou ennoblit l'onanisme du fait qu'il fait intervenir un partenaire imaginaire. Ainsi se trouve réalisée la possibilité d'une percée vers la réalité mais aussi le danger s'accroît d'un enfermement dans l'imaginaire conforme à la loi du moindre effort. Le recours à

l'onanisme est préjudiciable dans la mesure où il remet en honneur la sexualité infantile et avec elle le mode de fonctionnement psychique qui lui est propre, infantile lui aussi, dominé par le principe de plaisir.

Si la libido ne réussit pas à réaliser la percée vers l'extérieur que réclame le désir génital, elle retourne inévitablement à l'autoérotisme, oscillant entre la fixation spéculaire (Narcisse) et le morcellement prégénital (oral, anal, urétral..).

Normalement, ces tendances partielles sont intégrées dans la tendance génitale dominante pour contribuer aux préliminaires de l'acte sexuel.

Le retour à l'autoérotisme mine l'intégration, si bien que les pulsions partielles - voyeurisme, exhibitionnisme, sadisme, masochisme, masturbations anale et orale.- s'autonomisent et se soumettent la satisfaction génitale ou la remplacent.

On voit à quoi aboutit ce morcellement :

1) la sexualité est globalement affaiblie ;

2) la transformation en libido est hypothéquée, parce que le désir, de l'objet extérieur, revient vers le corps propre, avec le risque d'une « désimagination » généralisée ;

3) les tendances partielles, même devenues perverses, ne sont pas suffisamment puissantes pour empêcher la resomatisation des pulsions sexuelles.

Si le désastre aboutit au tarissement de la libido (par absence de désir), il n'y a plus que de l'excitation sexuelle brute qui ne peut que devenir psychologiquement et physiquement toxique. C'est ce qu'on constate, de visu pour ainsi dire, dans les névroses actuelles, aujourd'hui communément appelées angoisse et dépression.

La masturbation et les drogues sont des remèdes provisoirement efficaces au malaise produit par l'intoxication, mais à long terme ces remèdes se révèlent pernicieux en ce sens qu'ils prolongent et aggravent l'état toxique.

La sexualité humaine a ceci de tout-à-fait spécifique : en raison de notre prématurité extrêmement prolongée, son développement se réalise tout entier, y compris à la phase génitale, dans la sphère de l'autoérotisme et corrélativement du fantasme. Ceci explique que la génitalité qui marque son point d'aboutissement idéal dans la retrouvaille d'un alloérotisme hétérosexuel, conforme au principe de réalité, ne peut pas réussir complètement. Il y a toujours un reste, un manque de satisfaction « coïtale » qui constitue le point d'appel névralgique pour une stase anxieuse, une régression perverse, une névrose qualifiée (par défense contre la réalisation perverse) ou ... une sublimation. Ceci ne constitue pas le moindre paradoxe du développement « psychosociobiosexuel » de l'être humain.

Les sublimations dérivent toutes des pulsions partielles ; elles ont donc une origine prégénitale. Par exemple, la curiosité intellectuelle dérive du voyeurisme etc...

La sublimation implique une déssexualisation qui est l'oeuvre du moi, lequel, par cette métamorphose, se soumet la tendance perverse, en tout ou en partie, transformant ainsi l'activité et le plaisir sexuels en activité et en plaisir du moi, joignant le beau (*schön*) à l'agréable (*angenehm*).

On comprend par là que :

1. la sublimation n'est possible que parce que, du fait de l'orientation inaugurale de la sexualité dans les voies de l'autoérotisme, du morcellement partialisant, de la dissipation fantasmatique, la pulsion génitale est gravement amputée et affaiblie (affaiblissement souvent proportionnel au degré de civilisation) ce qui a pour résultat paradoxal que le renforcement des courants prégénitaux, potentiellement pervers, apparaît comme une des conditions de possibilité de toute sublimation.

2. les tendances sublimées sont le meilleur atout du moi dans le combat social puisqu'elles sont, à partir d'un certain niveau de culture, généralement prisées par l'entourage ; encore qu'on s'en méfie, parfois à juste titre comme nous venons de voir ... En effet, du fait de leur commune origine avec les tendances perverses, elles sont fragiles. Comme les sublimations se soutiennent d'autant mieux qu'elles jouissent du support social, elles sont souvent menacées en cas d'échec social.

Enfin, dans bien des cas, on a affaire à des pseudosublimations parce que l'activité apparemment sublimée n'est pas suffisamment déssexualisée voire constitue un équivalent masturbatoire. Dans ces cas, le sujet s'en sert pour lutter contre l'état toxique évoqué plus haut, recourant parfois simultanément aux drogues, à l'onanisme etc.. C'est un destin qui est malheureusement fréquent à l'adolescence, notamment chez un type bien connu de schizophrènes dont la brusque débâcle intellectuelle est à la mesure de leur brillante antérieure. Qu'on pense à Hölderlin, Rimbaud et une pléiade d'autres génies précoces qui ne connurent qu'un seul été.

Ils vérifient la superstition populaire qui veut qu'on peut devenir fou d'avoir trop « tusé ».

ANNA 0. ou l'invention spontanée de la méthode psychanalytique.

Pendant un temps (de 1885 à 1895), FREUD a été un adepte de l'hypnose et de la suggestion. Cependant l'histoire d'Anna 0. , alias Bertha PAPPENHEIM, lui avait appris qu'une autre voie était possible.

Joseph BREUER (1842-1926), ami de FREUD et médecin généraliste d'excellente réputation - le médecin de ses confrères et de leurs épouses, c'est tout dire ! - était devenu par le hasard des circonstances, le confident patient et attentionné - au moins aussi attentionné qu'attentif - d'une jeune femme de 21 ans atteinte d'hystérie majeure.

Cette patiente traversait des moments somnambuliques induits par auto-hypnose. Quand elle était dans ces états crépusculaires, elle se débarrassait, par la parole, de toute sa « réserve de fantasmes » - le plus souvent effrayants - qu'elle avait accumulés dans les jours précédents.

Lorsqu'elle avait réussi à exprimer les affects liés à ces fantaisies, fantasmes ou fantasmagories, elle émergeait de l'état « hypnoïde » et se trouvait provisoirement guérie.

BREUER s'aperçut que les symptômes hystériques disparaissaient chaque fois que, au terme de sa « narration dépurative », nommée par elle-même « talking cure with chimney sweeping » (ramonage de cheminée), la malade retrouvait le souvenir de la scène où le symptôme avait pris naissance.

Dès lors, considérant qu'il y avait peut-être là un lien de cause à effet (*Post hoc ergo propter hoc* !), tout en demeurant fondamentalement sceptique, BREUER invita Bertha à pratiquer de même pour chacun des symptômes pris isolément.

FREUD a pu dire, dans *Selbstdarstellung* (Autoprésentation, 1925), que la psychanalyse était sa création, et personne ne le contestera, mais pour ce qui est de l'invention de la méthode ou du procédé, de la manière de faire, il a longtemps prétendu que le mérite en revenait à Joseph BREUER.

C'est BREUER en effet qui le premier avait eu l'idée de prendre en considération chaque symptôme isolément et d'en faire le point de départ d'une narration et d'une enquête historiques à chaque fois singulières.

Ainsi pour la première fois dans l'Histoire, les symptômes hystériques étaient envisagés dans une perspective inédite, celle du sens et de l'histoire, histoire qui n'est d'ailleurs qu'une façon de raconter les choses en leur donnant un sens, en les soumettant à une direction de sens. En ce sens (!), l'histoire ne peut jamais être totalement objective. Autrement dit, le seul fait de se mettre à l'écoute de celui qui raconte est déjà une promotion de sa subjectivité. Inversement, le parti inverse - « tout ça, c'est des histoires ! » - , sous prétexte d'objectivité, aboutit à néantiser le sujet.

Du coup, on ne se trouve plus en présence d'un tableau morbide correspondant à un ensemble **abstraitement cohésif** - comme ceux que dressent tous les traités de psychiatrie - idéalement rapportable à une cause présumée organique,

on obtient désormais un ensemble **concrètement** cohésif de récits historiques qui tiennent *ensemble* (*Zusammenhang*) parce qu'ils sont traversés par une direction de sens (« *Bedeutungsrichtung* », l'expression est de Ludwig BINSWANGER).

C'est pourquoi, dans la mesure où ils racontent ce qui provisoirement ne peut pas se dire autrement, les symptômes, les lapsus, les actes manqués, les rêves etc... (ce qu'on désigne par « formations » -*Leistung* - de l'inconscient) ont un **sens**. Ou plutôt, ils sont en attente de sens puisqu'ils correspondent en quelque sorte aux « blancs » de l'histoire officielle, à la partie censurée de celle-ci.

En principe, « ça » veut dire quelque chose, « ça » parle, c'est « signifiant », et donc c'est « important ». Notons qu'en allemand, « *Bedeutend* » a ces deux sens: signifiant, et important.

On peut dire que c'est Anna 0. qui spontanément a ouvert la nouvelle voie.

Avec elle, la méthode ana-lytique - par analogie avec l'analyse chimique qui est ici la métaphore directrice - est pratiquement inventée. L'analyse procède par dissociation et fragmentation, d'où peuvent naître explications et ré-agencements nouveaux.

Dès lors, par une sorte de renversement ironique, la dissociation dans laquelle on pouvait voir un des symptômes cardinaux de l'hystérie, acquiert une valence positive.

C'est la capacité de dissocier - « lyser » - qui devient la condition de possibilité du pouvoir d' « associer », en sorte qu'on pourrait défendre la thèse suivante : la réussite de la cure psychanalytique est fonction de la capacité associative - au sens des « associations libres » - du sujet, et cette capacité devrait idéalement atteindre sa plénitude au terme de la cure. Ainsi, la règle fondamentale : « Dites tout ce qui vous vient à l'esprit », constitue à la fois *l'archè* et le *télos* de la cure psychanalytique.

Si nous choisissons de nous attarder sur le cas d'Anna O., c'est parce que tous les problèmes majeurs soulevés par cette méthode inédite qu'est la cure analytique, à commencer par ceux de l'interprétation et du transfert, y sont déjà massivement présents, d'autant plus manifestement qu'ils échappent totalement à l'observateur honnête et scrupuleux que fut Joseph BREUER. Paradoxalement, c'est parce que BREUER n'y comprend goutte que son observation est tellement captivante.

Aujourd'hui, pareil compte-rendu n'est plus concevable, trop d'interprétations ayant coulé sous les ponts de notre « libido sciendi ».

Dans notre commentaire, nous nous référons très largement au premier chapitre du livre d'Olivier FLOURNOY, « Le temps d'une psychanalyse » paru chez Belfond à Paris en 1979.

Freud a toujours considéré le cas d'Anna O. comme le point de départ de la psychanalyse. C'est pourquoi, de manière incontournable, l'exposé le plus élémentaire sur la psychanalyse commence toujours par l'histoire de cette jeune femme dont, assure-t-on, « les nombreux symptômes hystériques disparurent l'un après l'autre à mesure que Breuer lui faisait évoquer les circonstances de leur apparition ». Mais, en dépit des enseignements précieux qu'apporte le récit extraordinaire de la cure d'Anna O., la recherche objective des historiens a commencé à dissiper les brumes de légende qui entourent cette histoire. La reconstitution la plus fidèle du fameux épisode est celle qui a été faite par Henri Ellenberger dont le texte figure ci-après.

Ernest Jones a révélé le véritable nom de la malade : Bertha Pappenheim (1860-1936). Nous disposons à son sujet d'une brève notice biographique publiée après sa mort et d'une courte biographie par Dora Edinger. Bertha Pappenheim était issue d'une vieille et respectable famille juive. Son grand-père, Wolf Pappenheim, un personnage important du ghetto de Pressburg, avait hérité d'une grosse fortune. Son père, Siegmund Pappenheim, était un riche marchand de Vienne. On sait peu de chose de son enfance et de sa jeunesse. Elle parlait anglais parfaitement, lisait le français et l'italien. D'après son propre récit, elle menait la vie habituelle d'une jeune femme de la haute société viennoise, pratiquait quelques exercices de plein air tels que l'équitation, et s'adonnait à de nombreux travaux d'aiguille. On ajoute qu'après la mort de son père en 1881, elle quitta Vienne avec sa mère pour s'établir à Francfort-sur-le-Main. Vers la fin des années 1880, Bertha s'intéresse de plus en plus à des activités humanitaires. Pendant environ douze ans, elle fut la directrice d'un orphelinat juif à Francfort. Elle voyagea dans les Balkans, le Proche-Orient et la Russie, pour faire une enquête sur la prostitution et la traite des blanches. En 1904, elle fonda le *Jüdischer Frauenbund* (Ligue des Femmes Juives) et en 1907, un établissement d'enseignement affilié à cette organisation. Ses écrits comprennent des comptes rendus de voyages, des études sur la condition des femmes juives et la criminalité des Juifs, ainsi qu'un certain nombre de nouvelles et de pièces de théâtre (plus remarquables par leur idéal moral que par leur talent littéraire). Vers la fin de sa vie, elle réédita d'anciens ouvrages religieux juifs sous une forme modernisée et elle écrivit l'histoire d'une de ses illustres ancêtres. On la décrit comme étant à cette époque une personne profondément pieuse, stricte et autoritaire, parfaitement désintéressée et vouée à son oeuvre, qui avait gardé de son éducation viennoise un vif sens de l'humour, le goût de la bonne chère, l'amour du beau, et qui possédait une remarquable collection de broderies, de porcelaine et de verrerie. Lorsque Hitler saisit le pouvoir et commença à persécuter les Juifs, elle se prononça contre leur émigration vers la Palestine et d'autres pays. Elle mourut en mars 1936, trop tôt, peut-être, pour se rendre compte qu'elle avait fait fausse route à cet égard. Après la deuxième guerre mondiale, on se souvint d'elle comme d'une figure presque légendaire dans le domaine du travail social, à tel point que le gouvernement de la République Fédérale Allemande honora sa mémoire par un timbre-poste à son effigie.

Aucune des notices biographiques de 1936 ne fait mention d'une maladie nerveuse dans la jeunesse de Bertha. Et certes, il existe une large brèche entre le portrait de Bertha Pappenheim, philanthrope et promotrice du travail social, et celui d'Anna O., la mystérieuse hystérique de Breuer. Si Jones n'avait pas dévoilé l'identité de ces deux personnages, il est possible que personne ne l'aurait découverte. L'histoire d'Anna O. était connue jusqu'ici par deux versions, celle de Breuer en 1895 et celle de Jones en 1953. Mais deux documents nouvellement découverts ont permis de verser une nouvelle lumière sur ce cas étrange.

Au dire de Breuer, Fraulein Anna O. était une jeune femme séduisante et intelligente, douée d'une forte volonté et d'une grande imagination. Elle était aimable et charitable, mais souffrait d'une certaine instabilité affective. Elle avait été élevée dans une famille extrêmement puritaine et il y avait un contraste saisissant entre l'instruction qu'elle avait reçue et la vie monotone qu'elle menait chez elle. D'où son évasion dans des rêveries qu'elle appelait son théâtre privé.

Sa maladie, telle que Breuer la décrivit en 1895, s'était déroulée en quatre périodes chronologiquement bien délimitées.

1. *La période d'incubation latente* (de juillet 1880 au 10 décembre 1880) commença à la suite d'une grave maladie physique de son père-bien-aimé. Bertha se consacra intensément à le soigner, restant debout pendant la nuit et se reposant l'après-midi. Elle s'épuisa ainsi à tel point qu'il fallut la garder éloignée de son père. Là-dessus, elle commença à souffrir d'une toux rebelle, d'accès de somnolence et d'agitation au cours de l'après-midi. S'il faut en croire Breuer, Anna O. eut à cette époque toutes sortes de symptômes cachés que ni sa famille ni elle-même ne soupçonnaient. Mais Breuer ne la vit pas pendant cette période ; sa description de ces symptômes fut une reconstruction ultérieure.
2. *La période de psychose manifeste* (décembre 1880 à avril 1881). Anna O., traitée par Breuer, resta au lit du 11 décembre 1880 au 11 avril 1881. Une multitude de symptômes apparurent en peu de temps : troubles oculaires, paralysies, contractures, avec des zones d'anesthésie cutanée. Elle parlait un jargon agrammatique composé de plusieurs langues. Sa personnalité s'était scindée en une personnalité «normale», consciente et triste, et une personnalité «malade», grossière, agitée, qui avait des hallucinations où elle voyait des serpents noirs. Il advint qu'elle resta complètement muette pendant deux semaines, mais Breuer savait que ce mutisme avait débuté à la suite d'un incident pénible et après qu'il pût l'amener à parler de cet incident, le mutisme disparut. Mais maintenant, elle ne parlait plus qu'en anglais, tout en continuant à comprendre ce qu'on lui disait en allemand. Vers la fin de l'après-midi survenaient ce qu'elle appelait ses nuages «clouds», c'est-à-dire un état de somnolence dans lequel on pouvait facilement l'hypnotiser. Breuer avait coutume de lui faire sa visite à ces moments-là ; elle lui racontait alors ses rêveries qui étaient généralement des histoires d'une jeune fille anxieuse en présence de personnes malades. Au cours du mois de mars, son état s'améliora et elle quitta son lit pour la première fois le 1 avril 1881.

3. *La période de «sommambulisme continu alternant avec des états plus normaux»* (du 5 avril à décembre 1881). La mort de son père, le 5 avril 1881, détermina chez elle deux jours de stupeur intense. Elle manifestait un «instinct négatif» contre ses proches et ne reconnaissait personne sauf Breuer. Elle ne parlait plus qu'anglais et semblait incapable de comprendre l'allemand.

Environ dix jours après la mort de son père, on appela un consultant. Elle se conduisit comme si elle ne percevait pas sa présence. Le consultant essaya de forcer son attention en soufflant un peu de fumée dans la direction de son visage. Cette tentative fut suivie par une terrible attaque de colère et d'anxiété. Le même soir, Breuer dut partir en voyage. Quand il revint, il trouva que l'état d'Anna O. avait beaucoup empiré. Pendant son absence, elle avait refusé de manger, elle avait eu des crises d'angoisse et des hallucinations lugubres. Breuer recommença à l'hypnotiser tous les soirs ; elle lui racontait ses hallucinations récentes, sur quoi elle se trouvait soulagée. Le dédoublement se faisait maintenant entre l'esprit troublé dans la journée et l'esprit clair dans la nuit. Anna O. ayant manifesté des impulsions suicidaires, elle fut transportée, contre son gré, dans une maison de campagne près de Vienne, le 7 juin 1881. Après trois jours de grande agitation, elle se calma. Breuer lui rendait visite tous les trois ou quatre jours. Ses symptômes se manifestaient maintenant selon un cycle régulier, et ils étaient soulagés par les séances hypnotiques de Breuer. Pendant les intervalles entre les visites de Breuer, il fallait lui administrer des doses assez élevées de chloral.

Breuer était le seul à pouvoir effectuer ce qu'elle appelait maintenant sa «talking cure» ou son «chimney sweeping». L'état d'Anna O. s'améliora lentement. Elle jouait avec un chien terre-neuve et allait visiter des pauvres dans le voisinage. A l'automne, elle revint à Vienne dans une autre maison où sa mère avait emménagé. Mais son état empira en décembre 1881, de sorte qu'il fallut la ramener à la maison de campagne.

4. *La quatrième période* (décembre 1881 à juin 1882) fut marquée par deux remarquables changements. Comme précédemment, il y avait bien une personnalité « normale » et une personnalité «malade», mais maintenant la personnalité malade vivait avec un décalage de 365 jours sur la personnalité normale. Grâce au journal que sa mère avait tenu de sa maladie, Breuer put s'assurer que les événements qu'elle hallucinait s'étaient effectivement produits, jour pour jour, exactement une année auparavant. Elle passait parfois spontanément et brusquement d'une personnalité à l'autre et Breuer pouvait provoquer à volonté ce passage en lui montrant une orange. Le second changement se rapportait à la «cure par la parole». Un jour, sous l'hypnose, elle raconta à Breuer que sa répugnance à boire de l'eau avait commencé après qu'elle eût vu un chien boire dans un verre d'eau. Ce récit terminé, le symptôme disparut. Dès lors, elle commença à raconter à Breuer, dans l'ordre chronologique inversé, toutes les manifestations successives d'un certain symptôme avec les dates exactes, jusqu'à ce qu'elle en eût atteint la première apparition ainsi que l'événement qui en avait été la cause, et alors le symptôme disparaissait définitivement. Par exemple. Breuer trouva sept sous-formes du symptôme «états passagers de surdité» ; chacun des sept constituait une des «séries» que Breuer devait traiter séparément. Ainsi, la première sous-forme, «ne pas entendre quelqu'un entrer», était apparue 108 fois, et la malade eut à décrire chacune des 108 manifestations du symptôme dans l'ordre chronologique inversé, jusqu'à ce que Breuer eût atteint la première apparition : un jour elle n'avait pas entendu entrer son père. Mais les six autres sous-formes du symptôme «ne pas entendre», de même que chacun des autres symptômes, durent être traités à tour de rôle de la même façon. C'est par ce procédé fastidieux que Breuer arriva à extirper tous les symptômes. Le dernier symptôme put être rapporté à un incident particulier : un jour qu'elle soignait son père malade, elle avait vu en hallucination un serpent noir ; bouleversée, elle murmura une prière en anglais, la première qui lui était venue à l'esprit. Aussitôt qu'Anna O. eut retrouvé ce souvenir, la paralysie quitta son bras et elle fut de nouveau capable de parler allemand. La malade avait annoncé à l'avance qu'elle serait guérie en juin 1882, pour l'anniversaire de son transfert à la maison de campagne et à temps pour les vacances d'été. Breuer conclut son récit par ces mots : «Elle quitta Vienne pour faire un voyage, mais il

lui fallut beaucoup de temps pour retrouver son équilibre psychique. Depuis lors, elle jouit d'une tout à fait bonne santé.»

Les récits habituels de la maladie d'Anna O. n'en font pas ressortir les traits insolites, tels que, pendant la quatrième période, la forme singulière prise par le dédoublement de la personnalité (une personnalité vivant dans le présent et l'autre 365 jours plus tôt). Et surtout il est absolument inexact qu'il «suffisait de rappeler les circonstances dans lesquelles le symptôme était apparu pour le voir disparaître» (ainsi qu'on le raconte toujours). Breuer déclare expressément qu'Anna O. devait rappeler chacun des cas isolés où le symptôme était apparu, quel qu'en fût le nombre, et exactement dans leur ordre chronologique inversé. La maladie d'Anna O. n'était donc nullement «un cas classique d'hystérie», mais un cas unique dont, à notre connaissance, aucun autre exemple n'a été signalé ni avant, ni après elle.

Dans un séminaire donné à Zurich en 1925, Jung révéla que Freud lui avait dit que la malade, en réalité, n'avait pas été guérie. Jung déclara que ce «fameux cas initial», dont on parlait si souvent comme d'un exemple de brillant succès thérapeutique, n'avait été, en réalité, rien de tel... Il n'y eut pas du tout de guérison dans le sens où le cas fut présenté à l'origine, et cependant, ajoutait Jung, «le cas était si intéressant qu'il n'y avait pas besoin de prétendre à son sujet quelque chose qui ne s'était pas produit».

En 1953, Jones publia une nouvelle version de l'histoire, qui sur bien des points diffère de celle de Breuer. Malheureusement, nous ignorons jusqu'à quel point Jones se documenta dans la correspondance inédite de Freud ou rapporta simplement de mémoire des détails qu'il avait entendus de nombreuses années auparavant. Au témoignage de Jones, Freud lui avait dit que Breuer avait contracté un solide «contretransfert» envers sa malade, de sorte que madame Breuer devint jalouse et que Breuer décida de terminer le traitement. Mais le soir même, il fut appelé chez la malade et la trouva dans les affres d'un accouchement hystérique, terminaison logique d'une grossesse nerveuse qui s'était développée lentement sans que Breuer s'en fût aperçu. Il l'hypnotisa et «s'enfuit de la maison, couvert d'une sueur froide.» Le lendemain, il quittait Vienne avec sa femme pour aller passer à Venise une seconde lune de miel d'où résulta la conception d'une fille, Dora. Bertha fut placée dans une maison de santé à Gross Enzersdorf et resta très malade pendant plusieurs années.

Mais la version de Jones se concilie difficilement avec les faits, tels qu'ils ressortent de recherches objectives. Tout d'abord, le dernier enfant de Breuer, Dora, naquit le 11 mars 1882 (comme nous l'avons constaté dans les archives de l'état civil de Vienne). Il est donc impossible qu'elle ait été conçue à la suite du prétendu incident Final de juin 1882. La date approximative de la conception de Dora (juin 1881) coïnciderait plutôt avec celle du transfert de Bertha à la maison de campagne, mais c'était là précisément le début de la période où Breuer allait la visiter tous les trois ou quatre jours, alors que ses symptômes prenaient la forme d'un cycle régulier. En second lieu, il n'y eut jamais de maison de santé à Gross Enzersdorf. M. Schramm, qui écrivit une histoire de cette localité, nous a expliqué qu'il dut y avoir confusion avec Inzersdorf où il y avait une maison de santé mondaine. Nous apprîmes alors que cette maison de santé avait été fermée et ses archives médicales remises à l'Hôpital psychiatrique de Vienne, où l'on ne put trouver aucun dossier sur Bertha Pappenheim.

Dans la biographie de Bertha Pappenheim écrite par Dora Edinger, se trouvait une photographie de Bertha, portant la date 1882, montrant une jeune femme d'apparence bien portante, en habit d'amazone. Il nous a été possible d'examiner la photo originale qui, suivant la coutume de l'époque, était collée sur un morceau de carton. La date 1882 avait été gravée en relief par le photographe. Le nom et l'adresse de celui-ci ne pouvaient plus être déchiffrés, mais lorsque la photo fut examinée au laboratoire sous lumière spéciale, le nom de la ville, *Konstanz*, apparut avec une partie de l'adresse. Cette constatation amenait à supposer que Bertha était peut-être en traitement dans une des maisons de santé de la région, telles que le Sanatorium Bellevue à Kreuzlingen. Effectivement, le directeur actuel, le Dr Wolfgang Binswanger, nous informa que Bertha Pappenheim y avait été traitée du 12 juillet au 29 octobre 1882. Le dossier de la malade contenait une copie d'un rapport inédit rédigé par Breuer lui-même en 1882, ainsi qu'une observation écrite par un des médecins du Sanatorium Bellevue. Voici tout d'abord un court résumé du rapport de Breuer :

Breuer désigne la malade par son nom véritable et donne une image plus complète de la situation familiale : difficultés avec sa «très sérieuse mère», querelles avec son frère, plusieurs mentions de «son amour passionné pour son père qui la choyait». Breuer déclare que Bertha n'avait jamais été amoureuse, «dans la mesure où sa relation avec son père ne le remplaçait pas, ou plutôt n'était pas remplacé par cela». Breuer souligne son opposition puérile aux prescriptions du médecin et son irrégion totale.

Quant à la «première période de sa maladie» Breuer confirme qu'il ne vit pas Bertha pendant cette période, et que ni sa famille, ni elle-même ne soupçonnaient les nombreux symptômes qui l'affligeaient et qu'il n'apprit que par les révélations que Bertha lui fit plus tard sous hypnose.

La deuxième période commença peu de temps après la première visite de Breuer. Breuer raconte cette période avec force détails et insiste davantage sur «son amour véritablement passionné pour son père». Quant aux deux semaines où elle resta muette (en 1882, Breuer appelait cela une «aphasie»), il mentionne que cela commença après un incident où elle avait été blessée moralement par son père. A cette époque, Breuer pensait au diagnostic d'un tubercule dans la fosse de Sylvius gauche avec une méningite chronique à extension lente, mais voyant combien elle se tranquillisait lorsqu'il l'écoutait parler le soir, il inclina à penser plutôt à une affection purement fonctionnelle».

Le rapport de Breuer de 1882 nous apprend que pendant les deux mois précédant la mort de son père, on lui avait refusé la permission de le voir, et on lui avait menti continuellement à son sujet. Le 5 avril, au moment où le père était mourant, on continuait à la rassurer. Lorsqu'elle apprit que son père était mort, elle s'indigna, on lui avait «volé» son dernier regard et ses dernières paroles et une aggravation marquée survint dans son état. La seule personne qu'elle reconnaissait immédiatement était Breuer. Son attitude envers sa mère et son frère était fortement «négative». Nous apprenons que le psychiatre consultant qui fut appelé environ dix jours après la mort de son père n'était autre que Krafft-Ebing. Malheureusement, aucune mention n'est faite de son diagnostic ni de ses recommandations.

Vu la difficulté de garder Bertha à la maison, on la transféra à Inzersdorf, dans une villa proche de la maison de santé des docteurs Fries et Breslauer, lesquels la traitaient dans les intervalles des visites faites par Breuer tous les quelques jours.

Breuer raconte qu'après une absence de cinq semaines, il trouva Bertha dans un état pitoyable «le moral très bas, indisciplinée, capricieuse, méchante, paresseuse.» Son imagination semblait épuisée. Elle donnait des récits déformés des choses qui l'avaient irritée pendant les jours précédents. Breuer s'aperçut que certains de ses «caprices» disparaissaient lorsqu'on les ramenait aux «incitations psychiques» qui en avaient été le point de départ (comme cela avait déjà été le cas pour son «aphasie»). C'est ainsi qu'elle se couchait en gardant ses bas, parfois elle s'éveillait la nuit et se plaignait qu'on l'eût laissée aller au lit avec ses bas. Un soir, elle raconta à Breuer qu'à l'époque où on lui interdisait de voir son père malade, elle se levait pendant la nuit, mettait ses bas et allait écouter à sa porte jusqu'à ce qu'elle fût une fois surprise par son frère. Après qu'elle eût raconté cet incident à Breuer, le «caprice» disparut. L'événement qui suivit fut l'histoire du petit chien (décrite comme étant le premier incident dans les *Etudes sur l'hystérie*). Breuer s'aperçut que certains «caprices» pouvaient être ramenés simplement à une «pensée fantastique» imaginée par la malade. L'étape suivante fut la constatation, faite par Breuer, que non seulement les «caprices», mais aussi des symptômes d'apparence neurologique pouvaient être amenés à disparaître par le même moyen.

La fin du rapport de 1882 est décevante. Breuer dit en quelques lignes que Bertha revint chez sa mère à Vienne au début de novembre 1881, de sorte qu'il put lui donner sa «talking cure» tous les soirs, mais «pour des raisons inexplicables», l'état de la patiente empira en décembre. Pendant la période des fêtes juives correspondant à Noël, elle était agitée et racontait tous les soirs à Breuer les histoires fantastiques qu'elle avait imaginées à la même époque de l'année précédente : c'étaient, jour pour jour, les mêmes histoires. Le rapport ne contient rien sur la «quatrième période» de la maladie, et s'achève sur cette phrase énigmatique : «Après terminaison des séries, grand soulagement».

Notons encore que ce rapport ne contient aucune mention d'une grossesse hystérique et que le mot de catharsis n'y apparaît nulle part.

L'observation écrite par un des médecins du Sanatorium Bellevue, où la malade séjourna du 12 juillet au 29 octobre 1882, est instructive mais décevante.

Elle consiste surtout dans une longue énumération de médicaments prescrits à la malade en raison d'une névralgie faciale grave. Nous apprenons que cette névralgie avait été exacerbée pendant les six mois précédents (c'est-à-dire pendant la «quatrième période» de sa maladie) et que pendant ce temps, on lui avait administré de fortes doses de chloral et de morphine. A son entrée au Sanatorium, la dose de morphine avait été abaissée à 7 ou 8 cg mais les douleurs étaient si intolérables qu'on était souvent obligé de remonter à 10 cg. A son départ de Bellevue, elle continuait à recevoir un total de 7 à 10 cg par jour. L'observation mentionne les «traits hystériques» de la malade, sa «déplaisante irritation contre sa famille», ses «jugements dénigrants sur l'inefficacité de la science à l'égard de ses souffrances» et son «incompréhension quant à la gravité de son état». Elle passait souvent des heures entières sous le portrait de son père et parlait d'aller visiter sa tombe à Pressburg. Le soir, elle perdait régulièrement l'usage de la langue allemande dès qu'elle avait posé la tête sur l'oreiller ; il lui arrivait même de terminer en anglais une phrase commencée en allemand.

Malheureusement, le mystère subsiste entier quant à la «quatrième période» de la maladie de Bertha. Le rapport de Breuer de 1882 passe complètement sous silence cette période, et l'observation du Sanatorium Bellevue n'en fait non plus aucune mention, elle parle simplement d'un cas neurologique difficile chez une malade passablement désagréable, traitée avec de fortes doses de morphine. Les deux documents nouvellement découverts confirment donc ce que Freud, au dire de Jung, lui avait révélé : la malade n'avait pas été guérie. Le «prototype d'une guérison cathartique» ne fut ni une guérison ni une catharsis. Anna O. était devenue une morphinomane grave qui avait conservé une partie de ses symptômes les plus manifestes.

Les deux documents que nous venons de résumer montrent l'histoire d'Anna O. sous un jour quelque peu différent de celui de la légende. La situation familiale apparaît plus clairement dominée par la rivalité entre la malade et sa mère, et la personnalité de la malade plus complexe, avec son goût pour le théâtre, son opposition aux médecins et son irrégion. Le caractère problématique de la «première période» ressort davantage : Breuer confirme que sa maladie était passée complètement inaperçue de sa famille et qu'elle-même n'en savait que ce que Breuer avait appris d'elle sous hypnose et lui en avait redit. On peut s'étonner que Breuer ait ajouté foi sans l'ombre d'un doute aux révélations de la malade hypnotisée, tandis qu'il note expressément qu'au niveau conscient, elle «donnait des récits déformés des choses qui l'avaient irritée pendant les jours précédents». L'évolution de la maladie de Bertha semble avoir été plus dramatique qu'il n'apparaît dans

le récit de 1895. D'autre part, l'histoire de la grossesse hystérique rapportée par Jones ne trouve aucune confirmation et ne cadre pas avec la chronologie du cas.

L'origine et le développement de ce qui fut nommé plus tard le «traitement cathartique» apparaît plus clairement. Au début et pendant quelque temps, le «ramonage» signifiait simplement que Bertha déchargeait son esprit des histoires qu'elle avait imaginées pendant les jours précédents. En août 1881, arriva un moment où son imagination fut épuisée et alors elle parla des événements qui avaient marqué le début de ses «caprices», lesquels avaient été tout à fait conscients et volontaires. Plus tard, dans une troisième phase, elle appliqua un procédé semblable pour indiquer l'origine de ses symptômes plus graves d'apparence neurologique.

(Henri Ellenberger. A la découverte de l'Inconscient. Simep-Editions, Villeurbane, 1974, pp. 403-409.)

Comme le prouve notre détective, le traitement d'Anna O. ne s'est pas terminé de la manière heureuse que mentionne Joseph BREUER. Il y a là une escroquerie scientifique qui mérite réflexion.

Par une indiscretion de FREUD, rapportée par son biographe Ernest JONES, on sait que le vrai nom d'Anna O. était Bertha PAPPENHEIM, une jeune femme juive aussi proche de la famille BREUER que de la famille FREUD.

Le jour où BREUER mit un terme au traitement, Bertha lui fit cadeau d'un symptôme « énorme » : une grossesse nerveuse. « Voilà l'enfant du Docteur Breuer qui arrive », aurait annoncé Bertha. On ne peut imaginer dénouement plus tragicomique mais c'est presque toujours ainsi que ça se termine avec les hystériques si on n'y prend pas garde. L'hystérique se venge à sa manière - inconsciente - qui n'est d'ailleurs pas très cruelle, faut-il ajouter, puisque c'est elle qui en fait les frais, se contentant au passage de signifier à son thérapeute qu'il n'a rien compris. C'est une manière de lui signifier que le plus « c... des deux n'est pas celui qu'on pense ».

FREUD a raconté que la femme de BREUER, Mathilde, devenue très jalouse à l'égard de Bertha - ce qu'on comprend très bien -, serait intervenue pour précipiter l'arrêt du traitement. C'est ainsi que BREUER, culpabilisé à outrance, aurait tenté de se racheter en emmenant son épouse à Venise, manière de lui offrir un second voyage de noces.

C'est au cours de ce voyage qu'aurait été conçue leur cinquième et dernière fille, prénommée Dora. Mais là, FREUD pousse le bouchon trop loin, aveuglé qu'il est lui-même par son ressentiment à l'égard de BREUER. Dora est née en mars 82 et n'a donc pas été conçue en juillet 82 mais bien un an plus tôt, c'est-à-dire en juillet 81.

Ainsi donc, la conception de Dora ne serait pas un acte réparateur mais bien plutôt l'effet latéral d'une joie triomphatrice dans le chef de Joseph BREUER, s'il est vrai qu'elle coïncide avec la levée du symptôme de Bertha et la découverte concomitante de son explication. Cette interprétation est évidemment gratuite mais elle est en accord avec une observation courante: que d'enfants sont nés d'une poussée de fièvre hypomaniaque dans le chef de leur père!

L'enquête menée par ELLENBERGER a révélé que Bertha avait passé la fin de l'année 1882 à la clinique Bellevue - propriété de la famille BINSWANGER - à Kreuzlingen où elle fut admise avec le diagnostic de morphinomanie grave.

Mais il reste vrai que par la suite, elle a retrouvé la personnalité forte qu'elle avait avant sa maladie puisqu'elle a joué d'une certaine célébrité en Allemagne, pour avoir écrit quelques pièces de théâtre mais surtout pour avoir fondé la profession d'assistante sociale.

Pour le centième anniversaire de sa naissance, en 1960, la Bundesrepublik a frappé un timbre poste à son effigie. Elle s'est principalement occupée du sauvetage des prostituées. Elle ne s'est jamais mariée et on ne lui connaît aucune relation amoureuse.

L'épisode commenté par FLOURNOY a une valeur historique mais surtout heuristique.

C'est le tout premier exemple recensé de la guérison d'un symptôme hystérique en rapport avec la **remémoration** de la **scène originare** associée à l'**abréaction de l'affect** produit dans et par cette scène.

C'est à partir de cette expérience première que BREUER va développer sa **méthode cathartique** basée sur le principe de la « narration dépurative ».

Breuer a donné un récit très détaillé de l'épisode dans les Etudes sur l'Hystérie (page 25 de l'Édition française):

Ma surprise fut très grande la première fois que je vis disparaître un trouble déjà ancien. Nous traversions cet été-là une période caniculaire et la patiente souffrait beaucoup de la chaleur ; tout à coup, sans qu'elle put en donner d'explication, il lui fut impossible de boire. Elle prit dans la main le verre d'eau dont elle avait envie, mais, dès qu'il toucha ses lèvres, elle le repoussa, à la manière d'une hydrophobique. Elle se trouvait évidemment, pendant ces quelques secondes, dans un état d'absence. Pour calmer sa soif ardente, elle ne

prenait que des fruits, des melons, etc. Au bout de six semaines environ, elle se mit un beau jour à me parler, pendant l'hypnose, de sa dame de compagnie anglaise qu'elle n'aimait pas et raconta avec tous les signes du dégoût, qu'étant entrée dans la chambre de cette personne, elle la vit faisant boire son petit chien, une sale bête, dans un verre. Par politesse, Anna n'avait rien dit. Après m'avoir énergiquement exprimé sa colère rentrée, elle demanda à boire, avala sans peine une grande quantité d'eau et sortit de son état hypnotique, le verre aux lèvres; après quoi le symptôme ne se manifesta jamais plus. Certaines marottes étranges et tenaces disparurent de la même manière après le récit de l'incident qui les avait provoquées. Mais nous fîmes un grand pas en avant le jour où, de la même façon, un des symptômes chroniques, la contracture de la jambe droite qui, à vrai dire s'était déjà bien atténuée, fut supprimé. En observant que chez cette malade les symptômes disparaissaient dès que les incidents qui les avaient provoqués se trouvaient reproduits, nous en tirâmes une thérapeutique à laquelle il était impossible de rien reprocher au point de vue des conclusions logiques et de la réalisation systématique. **Chacun des symptômes de ce tableau clinique compliqué fut isolément traité** ; tous les incidents motivants se trouvèrent mis à jour dans l'ordre inverse de leur production, à partir des jours ayant précédé l'alitement de la malade et en remontant jusqu'à la cause de la première apparition des symptômes. Une fois cette cause révélée, les symptômes disparaissaient pour toujours.

La notion de **cause** ne paraît pas faire problème pour BREUER - ni d'ailleurs pour FREUD au début - : l'événement, en tant qu'il est de nature traumatique, est assimilé à une cause. Bien sûr, pour BREUER, ce n'est qu'une cause subsidiaire qui ne produit ses effets que parce qu'on est en terrain propice (dégénéré). Mais enfin on ne se demande pas pourquoi c'est cet événement-là qui traumatise ce sujet-là. On ne met pas non plus en doute la **réalité** de l'événement ni **l'authenticité** du récit.

Tout se passe comme si le sens de l'événement était limpide pour tout le monde.

Bertha proclame son dégoût et Joseph acquiesce.

La **question du sens** n'est pas posée. Il est entendu qu'un chien qui boit dans un verre est quelque chose d'extrêmement dégoûtant.

Dans l'élaboration théorique de FREUD, la question du sens ne prendra le pas sur celle de la cause que du jour (21 septembre 1897) où la notion du fantasme de désir l'aura définitivement emporté sur celle de l'événement-souvenir traumatique.

Mais en 1894, à l'époque où paraissent les « Etudes sur l'Hystérie », la théorie traumatique est toujours à l'honneur, comme l'indique ce passage bien connu :

A notre très grande surprise, nous découvrimus, en effet, que chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale. Un souvenir dénué de charge affective est presque toujours totalement inefficace. Il faut que le processus psychique originel se répète avec autant d'intensité que possible, qu'il soit remis in statum nascendi, puis verbalement traduit. S'il s'agit de phénomènes d'excitation : crampes, névralgies, hallucinations, on les voit, une fois de plus, se reproduire dans toute leur intensité pour disparaître ensuite à jamais. Les troubles fonctionnels, les paralysies, les anesthésies disparaissent également, naturellement, sans que leur recrudescence momentanée ait été perçue.

On pourrait aisément soupçonner là quelque suggestion inintentionnelle ; le malade s'attendrait à ce qu'on le débarrassât de ses maux par ce procédé et ce serait cette attente et non ses révélations verbales qui agiraient alors. Toutefois il n'en est rien. La première observation de ce genre ayant eu pour objet un cas extrêmement complexe d'hystérie date de 1881, donc d'une époque « présuggestive ». L'analyse fut pratiquée de cette façon et les symptômes provoqués par des causes diverses furent isolément supprimés. Or cette observation fut rendue possible par l'auto-hypnose spontanée de la malade et provoqua chez l'observateur le plus grand étonnement.

Contrairement à ce que dit l'axiome : *cessante causa, cessat effectus*, nous pouvons sans doute déduire de ces observations que l'incident déterminant continue, des années durant, à agir et cela non point indirectement, à l'aide de chaînons intermédiaires, mais directement en tant que cause déclenchant, tout à fait à la façon d'une souffrance morale qui, remémorée, peut encore tardivement, à l'état de conscience claire, provoquer une sécrétion de larmes : *c'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique*.

Sans perdre complètement sa valeur, cette formule sera progressivement retouchée au fur et à mesure que le souvenir, d'ailleurs plus souvent neutre que pénible, apparaîtra comme symbolique d'un drame personnel certes, ponctuant l'histoire ontogénétique du sujet, mais en même temps révélateur d'un conflit fondamental, inévitable, d'essence universelle, affrontant le désir du sujet à ce qui le barre, conflit où le sujet trouve à se structurer comme tel et que FREUD baptisera « complexe d'Oedipe ».

Avec Anna 0., on est encore loin d'une telle vision des choses bien que - et c'est l'argument-clé de FLOURNOY - la mésaventure de Bertha et Joseph ne peut s'éclairer que dans la perspective de l'Oedipe.

Dans l'histoire d'Anna 0., on peut repérer trois séries d'incidents-causes :

1. ceux de la période d'incubation ;
2. ceux de la période « psychotique » (décembre 80-avril 81) qui seront remémorés jour par / pour

jour l'année suivante ;

3. ceux qui sont advenus pendant la cure.

L'incident du « sale petit chien » prend place dans la troisième série.

En effet, s'il s'est produit durant l'été, ce ne peut être qu'en 81 puisqu'en été 80, Breuer et Bertha ne s'étaient pas encore rencontrés et qu'à partir de juin 82, ils ne se sont plus revus.

Il n'est pas sans importance qu'un symptôme soit mis en rapport avec un incident survenu pendant la cure car, dans ce cas, on peut légitimement penser, et l'expérience le confirme souvent, qu'un tel incident « prend », acquiert une valeur symbolique significative, en ce sens qu'il est pour ainsi dire « porté à la scène » de manière à figurer - avec tous les déplacements et les condensations d'usage - des affects, des sentiments, des désirs qui pourraient être ceux qui animent les partenaires d'un couple ordinaire.

Une fois que le processus analytique est en route, il n'est guère d'événements de la banalité quotidienne qui ne soient drainés dans/par le transfert, soit directement soit sur le mode du transfert latéral.

Comme le note FLOURNOY, face à l'événement que constitue la levée du symptôme, il n'y a que trois manières possibles de réagir : en médecin, en homme ou en analyste.

Breuer a réagi en médecin, trop heureux de trouver une cause plausible de la maladie et une explication rationnelle de type mécanique renvoyant à un mode de causalité linéaire directe qui a l'avantage de mettre les protagonistes de la scène, c'est-à-dire Bertha et lui-même, **hors-cause**.

S'il avait réagi en homme, on imaginerait bien une effusion réciproque qui à la limite pourrait tourner à l'histoire d'amour pour feuilleton télévisé de série B.

Le type de relation qui se développe entre Joseph et Bertha participe incontestablement du genre amoureux. Quand un honorable praticien de quarante ans se rend quotidiennement au chevet d'une jeune fille de 20 ans, on se pose inévitablement des questions.

Si Breuer, fort de son honnêteté qui n'est pas douteuse, est aveugle au phénomène, Freud par contre le repère immédiatement. Ce qu'il appellera « transfert » (névrose de transfert, amour de transfert) lui apparaîtra d'abord - comme il l'écrit dans les dernières lignes des « Etudes sur l'Hystérie » - comme « le plus grand des obstacles à vaincre », qui joue un « rôle important et gênant » et qu'on « doit s'attendre à rencontrer dans toute névrose importante ».

C'est le terme français de « mésalliance » qui est d'abord utilisé pour qualifier la relation transférentielle.

C'est dire que de prime abord, le transfert est envisagé sous l'angle le plus péjoratif.

Ce que Freud reprochera à BREUER, ce n'est pas ce qu'il a fait mais ce qu'il n'a pas fait, c'est-à-dire reconnaître le fait du transfert - et du contre-transfert - d'abord, l'analyser et l'interpréter ensuite, resituant la symptomatologie de Bertha dans le cadre de la relation transférentielle. La méconnaissance du transfert peut expliquer la durée et la luxuriance exceptionnelles d'une telle cure.

Lorsqu'un médecin aussi distingué que Breuer passe quotidiennement des heures en compagnie d'une charmante et folle jeune fille qui l'embobine par son extravagance, ce médecin doit se demander pourquoi, au lieu de l'envoyer dans une maison de repos comme aurait fait tout autre, il l'entoure d'une si extrême sollicitude. Faute de s'être posé ces questions, Breuer a entraîné Bertha dans une mésaventure désolante pour les deux partenaires. Ensuite, il s'est senti coupable - à tort - et au lieu de tirer la leçon de sa bétise, de s'analyser autrement dit, il a juré qu'on ne l'y prendrait plus, maudissant ce type de traitement qui entraîne au déshonneur. C'est cette pusillanimité que Freud ne lui a pas pardonné.

D'un point de vue éthico-déontologique, la position de l'analyste - et de tout psychothérapeute d'ailleurs - , dans la mesure où elle comporte inéluctablement une dimension séductrice - et castratrice, l'une n'allant pas sans l'autre -est absolument intenable et indéfendable si l'axe transférentiel de la cure n'est pas constamment dégagé.

C'est à partir de l'analyse de la relation de transfert que l'analyste fait un diagnostic, (re)construit l'histoire du sujet et produit les interprétations qui vont dans le sens de cette (re)constitution.

Bertha s'est installée vis-à-vis de Breuer dans un transfert qu'on pourrait qualifier de « paternel positif » mais certains indices sont révélateurs du caractère excessif de son investissement de la personne de Breuer.

Par exemple :

- Breuer devient son seul interlocuteur ;
- les autres personnages de son entourage sont frappés d' « hallucination négative », c'est-à-dire qu'ils sont devenus invisibles pour elle, ce qui équivaut à dire : « Je ne veux plus voir personne sauf lui ».

- l'absence de BREUER entraîne à chaque fois une rechute proportionnelle en gravité à la durée de l'absence.

Tous ces éléments auraient pu - dû - être pointés par Breuer comme autant de signes d'un attachement excessif, lui-même à interpréter comme résistance . On voit très bien ici en quoi le transfert est une résistance.

Au lieu de s'interroger sur le pourquoi et le comment de la violence de l'attachement de Bertha, Breuer répond par un attachement réciproque égal en intensité - c'est l'essentiel de son attitude contretransférentielle - fait de compassion (pour le malheur de Bertha qui lui rappelle le sien propre) d'une part , et d'admiration (pour le caractère entier et l'intelligence de sa patiente qui, si elle n'est pas du même genre, vaut bien celle du médecin réputé) par ailleurs.

D'autre part, les symptômes de Bertha sont révélateurs de ses identifications. Par exemple, en toussant et en mourant de soif, elle s'identifie dans le premier cas à son père malade, dans le second, à un frère cadet privilégié, donc, dans les deux cas à un sujet masculin placé en situation de gratification passive.

Son désir caché pourrait dès lors se formuler ainsi : « Les hommes ont bien de la chance. Je voudrais être un homme pour être gratifié par une femme (maman) ».

Le symptôme est révélateur d'un désir homosexuel passif contre lequel elle aurait d'abord lutté en adoptant la position contraire, hétérosexuelle active (infirmière).

On peut légitimement penser qu'elle a fini par guérir en s'identifiant à son premier objet d'amour, la mère active, puissante, phallique : en se consacrant au sauvetage des prostituées, elle opte de toute évidence pour une identification homosexuelle active si on veut bien admettre qu'elle entre en rivalité avec les hommes pour la possession des femmes.

L'épisode de l'hallucination du serpent, qui la plonge dans l'effroi originaire , peut s'interpréter dans le sens d'une incapacité à occuper la position hétérosexuelle active (faire bander le père).

De telles interprétations sont évidemment gratuites dans la mesure où elles sont posthumes et invérifiables.

On peut toujours espérer que tous les symptômes viendraient à prendre leur place dans une histoire qui révélerait leur sens mais cette assumption du sens n'est finalement réalisable que par la médiation du transfert, de l'interprétation et de la perlaboration.

L'interprétation fait mouche pour autant qu'elle confère aux représentations (souvenirs, événements, sensations) qui surgissent dans la cure, un **sens partageable**, acceptable pour les deux partenaires. Il n'y a pas d'autre possibilité de reconnaître d'abord, de perlaborer ensuite, les affects générés au sein même de la relation transférentielle.

Il ne faut jamais perdre de vue l'aspect quantitatif de l'affect : c'est toujours une certaine quantité d'excitation susceptible d'être reversée au compte d'une relation entre deux personnes - relation intersubjective donc - et métabolisable (psychiquement) dans la mesure où leur organisation psychique est relativement pareille.

Or les affects oediens sont, dans notre aire de culture, ce patrimoine que nous avons en commun avec nos semblables.

Ils sont donc virtuellement compréhensibles et partageables puisqu'ils combinent :

- le désir sexuel-érotique-amoureux dirigé vers l'objet substitutif de l'objet d'amour perdu - ou, dans le langage de FLOURNOY, le parent phallique absent, c'est-à-dire l'objet (imaginaire) supposé satisfaire toutes les aspirations sexuelles-amoureuses du sujet ;
- le désir de mort orienté vers l'objet qui fait obstacle à la rencontre entre le sujet et son objet d'amour.

Par sa bipolarité constitutive, l'Oedipe conjoint le désir d'union (érotique) et le désir de mort (thanatique), son ambiguïté tenant au fait que l'objet érotique n'est pas davantage désigné d'emblée que l'objet thanatique. Autrement dit, père et mère peuvent occuper les deux places alternativement.

Si nous en revenons à l'épisode du verre d'eau, nous pouvons supposer, à la suite de FLOURNOY, qu'il a fallu six semaines pour que Bertha et Breuer arrivent à une sorte de consensus concernant le minimum de sens partageable attribué par l'une et l'autre à la scène en question : « C'est dégoûtant, oui vraiment dégoûtant ! ».

Dans les deux triangles ainsi constitués, Breuer s'identifie immédiatement à Bertha jalouse de son petit frère.

Dame (Mère)

Petit chien (Frère)

Joseph Breuer Bertha

La communion sympathique repose sur l'illusion - inconsciente, faut-il le rappeler - d'être dans une commune situation d'exclusion par rapport au couple mère-frère.

Le triangle dont il s'agit ici est plutôt pré-oedipien puisqu'il fait surgir la jalousie de l'aîné vis-à-vis du cadet.

Mais ce triangle se double de plusieurs autres :

Mathilde Breuer

Joseph Breuer Bertha

où l'épouse légitime de Breuer est porteuse de l'interdit cette fois-ci authentiquement oedipien, de même que dans le triangle suivant :

Petit frère

Joseph Bertha

où il est interdit au père(Breuer) de faire un enfant à sa fille imaginaire Bertha, comme au fils (Joseph) de faire un enfant à sa mère (Bertha), ce qui conduirait à la confusion des générations.

Si on superpose tous les triangles, on trouve , à leur intersection, l'instance du Père Symbolique qui interdit toutes les formes possibles d'inceste :

Mère-épouse Fils

PS

Père-époux Fille

Le symptôme de Bertha est facile à élucider à partir du moment où la scène inaugurale est remémorée.

A un désir violent de boire qui implique une demande d'amour jalouse adressée à la dame(mère) et l'élimination conjointe du petit chien(frère cadet), répond un contre-affect de dégoût égal en violence.

L'affect de dégoût n'étant pas soutenable, il est réprimé tandis que la scène (représentant-représentation) est oubliée (refoulée).

Le quantum d'excitation exprimé par le dégoût est :

- converti en symptôme somatique : soif +adypsie (refus et impossibilité de boire) ;
- transformé en angoisse phobique : peur et évitement de l'acte de boire (sitiophobie).

Par là, on peut constater que la conversion, et donc aussi le refoulement, ont partiellement échoué.

Prise dans son entier, la formation symptomatique implique :

- a) l'autopunition à travers la souffrance ;
- b) la réalisation partielle du désir sur le mode inversé : adypsie versus potomanie ;
- c) la réalisation du désir de vengeance (puiqu'on veut que je boive, je ne boirai pas) ;
- d) la réalisation effective du désir d'étancher la soif sur un mode déplacé (elle mange compulsivement des pêches) ;
- e) le plaisir ascétique de la résistance (*Widerstandlust*) où se manifeste l'essentiel de la jouissance.

Le défaut d'interprétation empêche de comprendre le sens de la scène. On ne peut pas savoir contre quoi Bertha se défend, ni à quoi tend son désir, ni pourquoi il est tellement violent. Bref, le conflit n'apparaît pas. La notion même d'un conflit quelconque échappe à l'entendement du thérapeute, ce qui ne peut que conforter Bertha dans sa défense.

Une interprétation pertinente aurait dû et peut-être pu renvoyer Bertha à sa jalousie infantile, et, rapportée au transfert, jeter quelque lumière sur l'intensité de l'attachement accaparant voire tyrannique de Bertha vis-à-vis de Breuer.

Mais celui-ci n'y voyait goutte ; victime offerte à l'avidité hystérique de Bertha, il pouvait bien, en bon obsessionnel qu'il était sans doute, se retrancher dans la vertu d'une bonne conscience professionnelle au-dessus de tout soupçon. Mais le retour du refoulé se produira pour lui aussi, sous les espèces d'une culpabilité qui lui fera abandonner sa découverte et la conquête, non de Bertha, ce qui serait ridicule, mais d'un petit morceau du territoire de la science.

Remember!

FREUD a toujours soutenu, en dépit de tous les remaniements de la théorie et de l'accent toujours plus grand mis sur le transfert, que le but de la cure ne pouvait jamais être autre, en définitive, que la remémoration.

Le terme allemand « *Erinnerung* » indique mieux que le français « se souvenir » le processus qui consiste à franchir un seuil (c'est le sens le plus originaire du préfixe *er-*) afin de faire (re)passer quelque chose au-dedans (*inner*) en sorte qu'il (re)devienne propriété du Je. Le sens d'« *er-inneren* » doit se comprendre en contrepoint de l'opération inverse du refoulement qui vise au contraire à expulser (*aus-stossen*) quelque chose hors du moi.

Le vieux mot français « rappeler » (analogue au « remember » anglais) est encore plus parlant, d'autant qu'il fait directement référence au corps, dont le moi n'est selon FREUD qu'une projection de la surface, au sens de l'image du corps (l'Imago spéculaire de LACAN) autant que de cette interface qu'est la peau (le moi-peau d'ANZIEU).

L'hystérique donne l'exemple éloquent de ce **morcellement** qui affecte conjointement le corps imaginaire et la pensée - l'activité psychique - dans sa fonction intégrative de l'expérience affective.

Par ailleurs, si ce sont bien des « événements » qu'il s'agit de « rappeler », on peut encore ajouter que le mot allemand « *Ereignis* » (fait, événement) se compose du même préfixe er- qui indique le franchissement d'un seuil et de la racine « eign- »¹⁵ qui évoque la notion de convenance personnelle et d'appropriation.

Au départ de cette étymologie - un brin fantaisiste -, admettons que, de tout ce qui advient au Je, n'accède au statut d'événement que cela qui, lui convenant très bien ou au contraire pas du tout, le marque au point qu'il s'en trouve modifié, c'est-à-dire différent d'avant. Nous dirons que pour un sujet donné, a valeur d'événement tout ce qui, parmi la multitude des faits, l'affecte au point qu'il s'en trouve changé de quelque manière. Ce fait singulier entre dès lors dans ce qu'il est convenu d'appeler son historicité : il se l'est **approprié** au titre d'événement.

Autrement dit, un événement n'est tel, pour un sujet donné, que s'il est chargé de sens.

C'est bien parce que l'événement a un sens qu'il peut prendre valeur de symbole, le symbole étant ce qui fonde une communauté de sens pour au moins deux sujets.

Et c'est aussi pour cette raison que certains événements sont magnifiés tandis que d'autres sont occultés, que certains procès sont publics tandis que d'autres se font à huis-clos etc. . .

C'est en magnifiant certains événements aux dépens d'autres moins reluisants qu'on fait l'histoire d'un peuple.

C'est pourquoi le travail de l'historien, qui est de rétablir la vérité des faits au sens de la relativisation de leur « *Affektbetrag* », est un travail quasiment infini, chaque époque reconstruisant le passé sous un angle différent.

De ce point de vue, l'idéal analytique, en tant qu'il accepte sans condition l'exigence de vérité, est comparable à l'idéal de l'historien.

Evidemment, l'entreprise n'est possible que si cette intention est partagée par l'analysant qui reste souverain dans le choix qu'il fait, à un moment donné, de sursignifier un élément de son histoire et d'en désignifier un autre.

Encore faut-il ajouter que le modèle idéal de l'entreprise de mise en histoire - ou historisation - n'existe pas. Un historien « hystérique » comme MICHELET n'est pas moins respectable qu'un historien « obsessionnel » comme THIERS.

Pour un sujet donné nous définirons son **historicité** par l'ensemble des événements qu'il a vécus au sens fort du terme (*er-lebt*). L'historicité est constituée par la totalité de ce qui est remémorable.

De ces événements, une quantité variable a sombré dans l'oubli. Sont importants les événements porteurs d'un sens que le Je, à un moment donné, n'a pas su, pu, ou voulu assumer, comprendre ou intégrer. La cure analytique permet qu'ils soient réactualisés après-coup.

Cependant, la remémoration ne se produit pas au hasard.

Comme c'est un travail qui se fait à deux, dans une ambiance saturée d'affects - transférentiels et contre-transférentiels -, l'événement oublié ne resurgit dans la mémoire qu'au moment où, comme nous l'avons supposé dans le cas d'Anna O., la situation est mûre pour que les deux protagonistes soient en mesure d'en **partager le sens**.

Et ils ne peuvent tomber d'accord sur le sens de l'événement remémoré que parce qu'ils ont les moyens de se comprendre du fait qu'ils ont une organisation psychique commune liée à une préhistoire semblable structurée selon les grands axes du schéma oedipien.

On n'est jamais sûr que la restauration de l'événement ancien ne gauchit pas le sens originare mais on peut être sûr que hors de la référence commune à l'Oedipe, il n'y a pas de restauration possible. En effet, la restauration dont il est question ici est une **oeuvre commune** qui exige une mutuelle compréhension.

En résumé, si l'historicité appartient en propre à l'analysant, la préhistoire oedipienne est un schème commun à l'analyste et à l'analysant.

Sans cette commune appartenance, le travail d'historisation en quoi consiste la cure analytique, serait impossible.

On peut se représenter le processus de la manière suivante :

¹⁵ *Eigen*: propre, personnel. *Sich eignen*: convenir (*Es eignet sich mir*: ça me convient). *Geeignet*: approprié. *Eignen*: appartenir en propre (*Es eignet mir*: c'est à moi).

Préhistoire (Oedipe)	Historicité	Historisation	Histoire
Temps primaire intemporel	Temps passé événementiel	Temps secondaire mémorial	Temps vécu dans le temps
<i>Er-kennung</i>	<i>Er-eignis</i>	<i>Er-innerung</i>	<i>Er-lebnis</i>
Reconnaissance	Événement	Remémoration	Existence

Une telle catégorisation n'a de sens que dans la mesure où elle permet de situer la spécificité de l'action psychanalytique.

Le processus d'historisation qui signe cette spécificité, équivaut à une (re)mise en sens de l'historicité du sujet en sorte que, idéalement, il s'y (re)trouve.

L'histoire de tout un chacun se fait, se vit, dans le temps et donc au **présent**, temps quasi virtuel (au dire des grammairiens) qui opère la césure en même temps que la jointure entre le **passé** - les identifications, souvenirs, fantasmes, objets internes etc. . . - et le **futur antérieur** (plutôt que le futur simple) auquel se décline « l'idéal du moi », c'est-à-dire « ce que j'aurai été » quand la mort, selon le mot d'André Malraux, aura changé ma vie en destin. L'intégration du temps équivaut à l'intégration de la mort - de la finitude, de la facticité - dans la vie, et c'est la condition pour que la vie soit spécifiquement humaine, qu'elle corresponde à une « existence ». Car seul l'homme existe¹⁶ au lieu que l'animal, la plante et l'eau « sont ». Exister, c'est être là (da-sein) où je suis, c'est-à-dire bien présent - présent « à », comme on dit-, en même temps que « situé dehors »: étymologiquement « sistere », être placé en latin, « ex », dehors. La dialectique dedans-dehors, association-dissociation est aussi celle qui gouverne l'acte de parler quand parler a le sens fort de dia-loguer.¹⁷

En bref, l'entreprise analytique permet que le passé, sous ses différents modes, soit pour l'histoire personnelle qui se déroule au présent, un moteur plutôt qu'une entrave.

La remémoration, c'est encore, à travers l'acte de (se) reconnaître¹⁸, la possibilité offerte de vivre au second degré (*Erleben*), si on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire en **résonance**¹⁹ avec soi-même.

Revenons à BREUER et FREUD.

BREUER s'est fait le confident patient et attentif d'Anna O. qui, grâce à l'autohypnose, arrivait à se purger de ses souvenirs et fantasmes pénibles.

Pour BREUER, il ne faisait pas de doute que les symptômes étaient apparus dans l'état hypnoïde - facteur causal - mais c'est aussi grâce à la cure hypnotique qu'ils pouvaient disparaître, à condition que soit retrouvée la première scène et purgé (catharsis) l'affect en rapport.

¹⁶ C'est parce que l'homme ex-siste que la possibilité existe aussi pour lui de devenir schizophrène, dissocié. La dissociation est sa condition même - « L'homme est un schizophrène-né » (Henry Maldiney) - qui n'apparaît comme maladie flagrante que chez le schizophrène, c'est-à-dire celui chez qui la relation de l'affect et de la représentation est devenue impossible. Le névrosé, par comparaison, n'est pas tant dissocié que malassocié, c'est-à-dire qu'il établit des liaisons inadéquates (c'est le sens du « proton pseudo »).

¹⁷ Cette opération, qui a quelque chose à voir avec l'*Aufhebung* hégélienne, associe étroitement l'histoire et le dia-logue. La cure analytique est un dialogue entre soi et soi. Ce n'est pas un monologue du fait de la présence du tiers-témoin que représente l'analyste, dont la fonction de support du transfert permet la reconnaissance et la perlaboration des résistances, ce qui est inaccessible dans l'auto-analyse. La démonstration de la coïncidence du dialogue et de l'histoire s'obtient "*a contrario*" de la prise en considération du fait psychotique qui se signe de la perte conjointe de la possibilité et d'avoir une histoire et de dialoguer. Le psychotique, d'une certaine manière, ne sait plus ce que parler veut dire. Parler, c'est à la fois séparer et réunir. Comme disaient les Grecs, le *Logos*, c'est *diairesis* et *synthesis*, séparation et réunion.

¹⁸ « Erkennen » a aussi le sens de connaître charnellement.

¹⁹ « Erlebnistypus » est le terme employé par Rorschach pour désigner ce qu'on a traduit en français par « Type de résonance intime ».

Si FREUD a pu soutenir l'affirmation que c'est le tandem Breuer-Anna 0 qui avait inventé la psychanalyse, c'est dans la mesure où ils avaient adopté spontanément la technique consistant à considérer **isolément** chaque symptôme et à raconter à propos de chacun d'eux le maximum d'histoires s'y rapportant.

Bien que l'expérience de BREUER révèle l'importance de l'anamnèse, la question du sens véhiculé par le racontage d'histoires n'est pas vraiment interrogée.

BREUER reste purement causaliste, notamment parce que la notion de conflit psychique lui reste totalement étrangère.

Pour FREUD par contre, cette notion est fondamentale, comme est premier chez lui le point de vue dynamique.

Par exemple :

- l'état hypnoïde n'est pas une cause mais une conséquence du processus hystérique ; le clivage de la conscience qui caractérise cet état est un succédané du refoulement ; c'est dans la mesure où il ne veut (peut ou doit) rien savoir de ce qui se passe que le sujet tombe dans l'état second qualifié selon les auteurs d'hypnoïde, crépusculaire, oniroïde etc....
- s'il y a refoulement d'une représentation (souvenir, fantasme), c'est toujours parce que le sujet doit se **défendre** (*Abwehr*) contre une pensée pénible qui offense son narcissisme, sa pudeur, sa conscience morale ou toute autre instance critique qu'il a fait sienne.

C'est bien pourquoi le symptôme a un sens, produit à partir d'un conflit, d'une contradiction, entre deux tendances opposées : le désir et l'interdit, le masculin et le féminin, le paternel et le maternel, le réel et le possible.....

Ce que FREUD ne dit pas mais qui est dans l'air du temps, c'est que l'Histoire est la résultante d'antagonismes incessants (« Les peuples heureux n'ont pas d'histoire ») qu'il vaut mieux maintenir dans la conscience et le souvenir (Goethe : « Les peuples oublieux de leur histoire sont condamnés à la revivre »). Cette conception de l'Histoire a été portée à son apogée par HEGEL dont on n'a pas manqué de souligner l'énorme influence qu'il a exercée sur notre représentation de ce qu'est l'espèce humaine.

Quoi qu'il en soit, FREUD découvre, non sans étonnement, que la méthode analytique induit l'analysé à devenir romancier sans le savoir.

Je n'ai pas toujours été psychothérapeute. Comme d'autres neurologues, je fus habitué à m'en référer aux diagnostics locaux et à établir des pronostics en me servant de l'électrothérapie, c'est pourquoi je m'étonne moi-même de constater que mes observations de **malades se lisent comme des romans** et qu'elles ne portent pour ainsi dire pas ce cachet sérieux, propre aux écrits des savants. Je m'en console en me disant que cet état de choses est évidemment attribuable à la nature même du sujet traité et non à mon choix personnel. Le diagnostic par localisation, les réactions électriques, importent peu lorsqu'il s'agit d'étudier l'hystérie, tandis qu'un exposé détaillé des processus psychiques, comme celui que l'on a coutume de trouver chez les romanciers, me permet, en n'employant qu'un petit nombre de formules psychologiques, d'acquiescer quelques notions du déroulement d'une hystérie. Ces sortes d'observations doivent être jugées comme celles d'ordre psychiatrique, mais présentent sur elles un avantage : le rapport étroit qui existe entre l'histoire de la maladie et les symptômes morbides, rapport que nous recherchons vainement dans les biographies d'autres psychoses.

Je me suis efforcé d'intégrer les explications que je puis donner sur le cas de Fraulein Elisabeth v. R... dans l'histoire de sa guérison. Peut-être n'est-il pas inutile d'en répéter ici l'essentiel. J'ai dépeint le caractère de la malade, certains indices fréquents chez tant d'hystériques et qu'on ne saurait réellement mettre au compte de la dégénérescence, les dons, l'ambition, la délicatesse morale, le besoin excessif d'être aimée et d'aimer qui trouve en premier lieu sa satisfaction au sein de la famille, l'indépendance de sa nature outrepassant chez elle l'idéal féminin et se traduisant, pour une bonne part, par de la ténacité, de la combativité et une extrême réserve. D'après les renseignements communiqués par mon collègue, on n'avait connaissance, dans les deux familles, d'aucune hérédité morbide.

(Etudes sur l'Hystérie, page 127 de l'édition française)

Comme il le dit lui-même, FREUD n'a pas toujours été psychothérapeute.

Il a commencé par faire confiance à la pharmacothérapie, croyant trouver dans la cocaïne un remède universel aux souffrances névrotiques. Ce fut un échec cuisant.

Puis il utilisa l'hypnose, mais il se considérait comme un piètre hypnotiseur.

L'expérience de Breuer et d'Anna 0. l'incita à utiliser la suggestion pour induire la remémoration.

Jusqu'à ce qu'il s'aperçoive, et que ses propres patientes le lui fassent remarquer, que les choses se passaient encore mieux s'il n'intervenait pas.

La méthode des associations libres était née.

En une dizaine d'années, à partir d'une expérience de médecin classique, où le malade est moins considéré que ne l'est sa maladie (« il a une neurasthénie » comme on a la grippe ou le sida), en passant par l'hypnose et la suggestion qui fonde essentiellement l'action thérapeutique sur le « rapport » médecin-malade (« Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades », disait Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie, un contemporain de Mesmer), FREUD est amené à mettre en place une thérapeutique inédite où , tout bien considéré, le sujet est invité à s'exprimer sans contrainte, **en première personne**.

Si la troisième personne, considérée du point de vue de la grammaire, est avant tout la personne **dont** on parle - et en ce sens, c'est moins une personne qu'un objet - , la deuxième, la personne à **qui** on parle, la première est celle **qui** parle.

La position médicale classique ob-jective la personne, en fait un objet du discours, ou « un cas » , comme on dit. On est alors soumis à l'impératif de lui coller au plus vite la bonne étiquette. L'hypnose ou la suggestion subjective la personne, en fait le sujet de la parole de l'autre, comme on est « sujet » de sa majesté ou assujéti à la sécurité sociale par exemple.

S'il y a une révolution freudienne , elle consiste essentiellement dans le dépassement de l'objectivation aussi bien que de la subjectivation. Elle s'opère à travers un **renversement du sens de la parole** qui ne circule plus du soignant vers le soigné mais en sens inverse. Le soignant n'est plus sensé dire la vérité **sur** le soigné (il) ni **au** soigné (tu), c'est au soigné de prendre la parole. Et le voilà du même coup confronté à sa vérité, à « la vérité qui est la subjectivité » , comme a si bien dit Sören KIERKEGAARD.

Du fait de la **présence** de cet autre sujet qu'est l'analyste - encore faut-il qu'il soit « présent » -l'analysant ne peut pas s'empêcher de parler à cet autre (« la troisième oreille »).

Il **peut** - et **doit**, s'il observe la règle fondamentale - parler librement, comme il y est invité. Mais le **veut-il** ?

Il arrive toujours un moment où le Je rechigne à dire, il ne le veut pas, ou ne le veut plus, parce que cet autre à qui il s'adresse est devenu, sans qu'il y prenne garde, une personne investie de crainte, de désir, d'envie, de jalousie, d'amour ou de haine.

Le silence signe toujours l'impact du transfert.

C'est en revivant sur le mode intersubjectif les affects jusque là réprimés que le Je trouve la possibilité de résoudre ses conflits anciens, soit en récupérant et en sauvant son désir, soit en le condamnant sans équivoque.

Les conflits non surmontés, non seulement restent actifs et nécessitent l'action constante des forces refoulantes, mais la part du Je qui est retenue en permanence dans les conflits est aspirée par le « ça » (Es) dont elle partage le caractère **indéterminé ou impersonnel** (« on », ou « il » ou « elle », dans le cas de l'hystérie) ou bien infantile **inférieur** (« tu » dans le cas de la névrose obsessionnelle , de la paranoïa et de la mélancolie).

Hystérie et Névrose obsessionnelle

L'hystérique.

« La définition de l'hystérie, disait C. E. Lasègue (1878), n'a jamais été donnée et ne le sera jamais. Les symptômes ne sont ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité pour qu'un type même descriptif puisse les comprendre tous. »

Un siècle a passé, l'imprécision demeure ; peu de désordres psychiques ont suscité cependant une telle curiosité, tant de recherches, de discussions passionnées. À en lire le récit, on reste confondu du ton des polémiques ; la bienveillance n'est pas de mise dans ces querelles d'écoles. C'est que l'hystérie, source d'inquiétude autant que d'irritation, défi aux lois de la médecine anatomo-clinique, insaisissable, inclassable, met en cause, plus qu'aucune autre maladie, la subjectivité de celui qui l'aborde. **Avec elle jouent librement, massivement, les phénomènes de transfert et de contre-transfert**²⁰. Les limites mêmes de l'affection sont difficiles à cerner. Si ses aspects typiques, spectaculaires se laissent aisément repérer, il n'en est pas de même des manifestations mineures qui se situent aux confins du normal et du pathologique. Quant aux modalités expressives de l'hystérie, elles tiennent autant du culturel que de l'individuel. Selon l'époque et la culture, le groupe social facilite ou réprime les manifestations les plus bruyantes de la névrose. La civilisation technique les favorisant peu²¹, on est rarement confronté aujourd'hui avec « la grande hystérie » telle qu'elle fut popularisée par l'iconographie de la Salpêtrière au temps de J. M. Charcot, mais l'hystérie n'en a pas disparu pour autant, elle s'est faite plus discrète, elle suit d'autres modes.²²

1. Les manifestations de l'hystérie : un langage

L'hystérie est une névrose à manifestations polymorphes dont l'originalité réside en ce que les conflits psychiques inconscients s'y expriment **symboliquement** en des symptômes corporels variés, les uns paroxystiques comme les attaques (crises convulsives, crises pantomimiques), les autres plus durables (paralysies, contractures, grossesse nerveuse, cécité, etc.). Le symptôme somatique, c'est l'incarnation du fantasme, solution de **compromis** empêchant l'accès à la conscience du conflit refoulé, tout en permettant une **réalisation substitutive** et déguisée du désir interdit. L'épreuve de la réalité est ainsi évitée puisque le symptôme corporel se substitue à une représentation (image, idée, souvenir), lorsque les éléments refoulés, alimentés du dedans par les poussées instinctuelles ou réactivés du dehors par les situations, les événements actuels, tendent à réapparaître au niveau conscient. La diminution de la tension anxieuse que provoquent les conflits internes sera le **bénéfice primaire**, immédiat, de ce que l'on a coutume d'appeler, depuis les premiers textes freudiens, la *conversion hystérique*. La « belle indifférence »²³ qu'affiche l'hystérique vis-à-vis de ses symptômes est bien le signe que cette conversion, lorsqu'elle est réussie, constitue le plus efficace des mécanismes névrotiques de défense contre l'angoisse. Le domaine de l'hystérie, c'est donc celui des intentionnalités inconscientes, celui des interdits et de leur transgression²⁴ ; son langage, c'est le langage du corps, déchiffrable à la manière de l'interprétation du rêve puisque les troubles corporels s'y organisent dans leur forme matérielle en fonction des syntaxes significantes de l'inconscient²⁵. Mais qui dit langage sous-entend interlocuteur, et c'est ici qu'apparaît l'autre fonction du

²⁰ On aime ou on n'aime pas les hystériques mais on ne peut s'empêcher de s'identifier ou de se contre-identifier à eux, ce qui se comprend bien si on admet que le conflit nucléaire de l'hystérique est le conflit oedipien, conflit universel par excellence.

²¹ Il est difficile de dire pourquoi la « conversion » hystérique est aujourd'hui, en Occident du moins, supplantée par la « somatisation » psychosomatique. On peut invoquer, parallèlement au triomphe de la pensée « techniciste », « opératoire », la dévalorisation de l'imaginaire et des explications mythologisantes au profit des explications rationnelles et mécaniques.

²² On peut se demander pourquoi l'hystérie s'empare de ce qui fait problème en médecine, comme par exemple aujourd'hui les troubles alimentaires (obésité, boulimie, anorexie), métaboliques, neuro-endocriniens, la tétanie, la dépression etc. C'est sans doute que l'hystérique se plaît ainsi à dérouter l'autre, déplaçant la question du savoir sur le désir vers la question du désir de savoir (médical) sur le corps. Le non savoir sur le corps n'est qu'un déplacement du non savoir sur le sexe.

²³ La « belle indifférence » est typique de l'hystérie. Elle signe le refoulement et la négation en ce sens que le sujet se comporte vis-à-vis de son symptôme comme si cela arrivait à un autre, ce qui justifie la formule de Lacan : « Le désir (inconscient) est le désir de l'autre (= le sujet de l'inconscient) ».

²⁴ La négation de la transgression - et donc de la faute - justifie la formule freudienne bien connue : « La névrose est pour ainsi dire le négatif de la perversion. »

²⁵ Métaphore (condensation) et métonymie (déplacement) au premier chef.

symptôme hystérique qui est de structurer la relation à autrui. Les **bénéfices secondaires** qui en découlent s'avèrent souvent si importants qu'ils conditionnent largement l'évolution de l'affection.

Le symptôme hystérique est en effet un *message*, inhabituel dans sa forme, mais éloquent dans son contenu, singulièrement efficace en tant **qu'appel à l'Autre**²⁶, parent, médecin, entourage proche ou corps social dans son ensemble, dont il secoue l'indifférence et suscite inévitablement une réponse ; la qualité de cette réponse influera à son tour sur le porteur du message, c'est-à-dire l'hystérique qui, décidé à se faire entendre, modèlera sa demande sur le désir d'autrui²⁷ ; de là viennent cette adéquation des symptômes aux concepts de l'époque et aux stéréotypes de la culture, et cette étonnante fluctuation d'une sémiologie qui reste avant tout un *langage*.

Sans dresser l'inventaire de manifestations si protéiformes qu'elles peuvent simuler à s'y méprendre toute la pathologie, on retiendra plusieurs caractéristiques de l'expressivité hystérique.

Diversité des symptômes

Les crises

L'hystérie est avant tout la « maladie des attaques »²⁸. Plus de la moitié des malades en présentent peu ou prou. Les unes paraissent directement motivées par la conjoncture relationnelle : banales crises de nerfs, évanouissements, qu'une incitation un peu vive, une aspersion d'eau froide calment plus aisément que douceur et pitié. Les autres sont plus mystérieuses, inquiétantes ; vécues dans un état de demi-conscience qui favorise les décharges agressives et orgastiques, elles se déroulent suivant d'étranges scénarios où les fantasmes projetés sont représentés en pantomimes de terreur, de violence ou d'érotisme. Au cours de « la grande attaque » qu'inaugure l'ascension de la *boule hystérique* de la région ovarienne à l'épigastre puis à la gorge se succèdent convulsions désordonnées, contorsions bizarres, clownesques (incurvation du corps en arc de cercle, grandes oscillations salutatoires du tronc), « attitudes passionnelles » figeant le corps dans l'immobilité cataleptique de l'extase ou bien l'agitant frénétiquement de *trances* qui furent autrefois qualifiées de démoniaques.

Les crises observées de nos jours sont généralement tronquées, de courte durée, mais n'en restent pas moins fort spectaculaires. C'est lors d'*hystéries collectives* que les attaques atteignent au paroxysme. L'épidémie de danse de Saint-Guy qui sévit en Allemagne à la fin du Moyen Âge, les sabbats de sorcières relatés dans les procès de sorcellerie, les scènes d'hystérie convulsive autour du baquet de Mesmer ou sur la tombe du diacre Pâris au cloître Saint-Médard, les conversions épidémiques du revivalisme sont autant d'exemples de cette hystérie convulsionnaire épidémique dont la « psychiatrie transculturelle » a fait connaître des équivalents contemporains : le *mal de pelea* à Porto Rico, le *pibloktoq* esquimau.

²⁶ On saisit par là une des différences essentielles entre l'hystérie et la névrose obsessionnelle. Dans celle-ci le rapport à l'Autre - c'est-à-dire à l'Autorité - est fortement intériorisé alors que dans l'hystérie, il est fortement extériorisé et, qui plus est, intensément dramatisé.

²⁷ Qui renvoie à cet autre aphorisme de Lacan : « Le désir est désir du désir de l'Autre ».

²⁸ Le spectacle donné dans l'« attaque » dissimule mal le fait qu'elle simule un coït où l'hystérique joue les deux rôles - masculin et féminin - du violeur et du violé. Ainsi la bisexualité de l'hystérique trouve-t-elle son origine dans la double identification aux protagonistes de la « scène primitive ». Si on admet que celle-ci, en tant que fantasme originaire, promeut la question de la différence des générations et de la rencontre impossible de la sexualité infantile avec la sexualité adulte, alors on comprend que la question de l'exclusion-inclusion dans cette scène est primordiale pour la compréhension de la problématique nucléaire de l'hystérie. Elle rend compte tout ensemble de la régression vers le fantasme de séduction originaire qui lui est (onto)génétiquement antérieur, et du fantasme de régression intra-utérine qui réalise l'inclusion sous une forme régressive (voir l'exemple de l'Homme aux Loups), mais aussi de la prévalence du couple exhibitionnisme-voyeurisme, de l'insistance de la problématique de la victimisation et de l'injustice, de la soi-disant « exhibition de la castration » (pourquoi me punit-on ainsi ?), de l'interpellation de la Loi, de la culpabilité inconsciente, du besoin de vengeance, de la proclamation d'innocence etc.

Les accidents somatiques durables

Les accidents somatiques durables surviennent surtout **au niveau des organes de la vie de relation**²⁹ dont ils paralysent la fonction ; motricité, sensibilité, phonation, activité sensorielle, peuvent être touchés de façon élective ou concomitante.

L'*atteinte motrice* se réalise sous forme de paralysies, de contractures, de mouvements anormaux. Ne s'accompagnant d'aucun signe objectif d'atteinte lésionnelle des voies ou centres nerveux, elle ne respecte pas la systématisation anatomique, mais prend modèle sur les représentations populaires, car elle exprime l'idée que le malade se fait du fonctionnement de son propre corps. D'où ces curieuses paralysies localisées « en manche de veste, en gigot, en manchette », ces contractures reproduisant une attitude expressive. Pierre Janet cite l'exemple d'une jeune fille qui garda pendant un an la main droite contracturée dans la position « d'une main qui tient une aiguille ». La tradition populaire et religieuse transmet le souvenir de gestes agressifs ou sacrilèges, arrêtés par le courroux de Dieu (et la culpabilité inconsciente), et où la main responsable resta figée dans le geste interdit. Le marin du *Pluton*, examiné par J. Delay, gardait depuis le naufrage de son navire, neuf ans auparavant, une plicature du tronc (camptocormie). Au cours d'une narco-analyse, le malade « évoqua pêle-mêle des souvenirs qui étaient tous centrés sur la catastrophe dont il avait été une des victimes : l'explosion du *Pluton*, la mort de son ami Gaston, la chute sur le dos, tous faits dont il ne parlait ni se souvenait à l'état de veille, et qui étaient revécus dans un état de tension émotive extrême... Quand il fut complètement réveillé, il fut très étonné, d'une part, d'avoir retrouvé tous ses souvenirs relatifs à l'explosion et, d'autre part, de ne plus ressentir aucune douleur dorso-lombaire ; en fait, la contracture avait brusquement disparu ».

Les *atteintes sensitives* sont aussi fréquentes que les atteintes motrices, auxquelles elles s'associent souvent. Volontiers méconnues du malade, très variables dans leur localisation, et ce en fonction de l'examineur, les *anesthésies* revêtent une topographie fantaisiste, « en gants », « en bottes », « en manche de veste » ou encore « au cordeau », intéressant la totalité d'un hémicorps. Faut-il rappeler que lors des procès en sorcellerie l'insensibilité au fer rouge était tenue pour stigmate de culpabilité ? À cette anesthésie cutanée et muqueuse (pharyngée, vaginale) peuvent se superposer des points hyperesthésiques, « le clou hystérique » de T. Sydenham au sommet du crâne, les « zones hystérogènes » de Charcot, en particulier les points ovariens dont la compression déclenchait invariablement une attaque. On a insisté récemment sur la fréquence et le caractère rebelle des *algies* hystériques. Qu'elles soient isolées ou qu'elles surviennent dans le sillage d'une atteinte sensitivo-motrice, qu'elles soient fixes ou erratiques, temporaires ou persistantes, elles sont caractérisées surtout par l'impotence fonctionnelle qu'elles entraînent : ce sont des céphalées qui empêchent de lire, des rachialgies qui gênent la marche ou la station debout prolongée, des arthralgies qui condamnent au lit pour des mois. Ces algies expliquent en partie la fréquentation médicale excessive de ces malades, l'abondance des examens paracliniques, l'épaisseur des dossiers radiologiques, la multiplicité des thérapeutiques essayées : chimiothérapie, homéopathie, magnétisation, élongations, massages, cures thermales, etc. Elles peuvent être à l'origine d'interventions chirurgicales abusives et mutilantes, le masochisme forcené de certains malades ne trouvant satisfaction que dans cette solution qui les débarrasse radicalement de l'organe rendu responsable.³⁰

Le langage émotionnel de l'hystérique utilise aussi le système neuro-végétatif dont la dysrégulation est d'ailleurs chez lui habituelle. Tout autant que les symptômes sensitivo-moteurs, les *spasmes* des muscles lisses et des sphincters, boule œsophagienne, vomissements incoercibles, toux nerveuse, rétention d'urine, vaginisme, expriment les émois et les conflits. Le tympanisme abdominal joint au spasme du diaphragme réalise le *gros ventre hystérique* fréquent dans la pathologie nord-africaine et dans l'hystérie de guerre. Il peut être le premier temps d'une *grossesse nerveuse* dont le tableau se complètera par l'arrêt des règles et le gonflement mammaire.

Des troubles vaso-moteurs et trophiques peuvent accompagner certaines paralysies (œdème bleu, phlyctènes, ecchymoses). Une prédisposition somatique (labilité neuro-végétative, tendances hémogéniques) peut les expliquer, mais la supercherie n'est pas toujours exclue, et une surveillance étroite entraîne souvent leur disparition. Il en est de même pour ces fièvres inexplicables, ces hémorragies localisées (sueurs de sang), ces stigmates imitant ceux du crucifié. Il s'agit là d'un domaine très controversé. Une littérature abondante a été consacrée aux cas les plus célèbres, Marie Kœrl, Louise Lateau, Thérèse Neumann ; la discussion reste ouverte, mais la quasi-totalité des cas observés en clinique appartient au domaine de la pathomimie.

²⁹ Ce qui justifie que l'hystérie soit considérée comme la névrose sociale par excellence. L'expression « hystérie collective » a vu le jour à la fin du 19^{ème} siècle pour désigner la révolte du prolétariat contre la classe capitaliste dominante. C'est bien sûr une expression typiquement « obsessionnelle ».

³⁰ La « complaisance somatique », si typique de l'hystérie, sert à situer le symptôme au niveau du corps, ce qui s'explique à la fois par le phénomène de régression formelle - la douleur physique (visible, objective) éveille plus facilement la commisération que la douleur psychique (subjective et invisible) - et la tendance à « exhiber sa castration », autrement dit à se faire passer pour victime innocente de l'arbitraire et de l'injustice de l'Autre.

Les symptômes d'expression psychique

Les domaines de la mémoire et de la vigilance sont les plus souvent affectés. Ce qui est constamment perturbé chez l'hystérique, c'est la possibilité d'évoquer certains souvenirs. L'*amnésie infantile prolongée* en est un des aspects caractéristiques. Ainsi, telle malade qui ne conserve aucun souvenir antérieur à l'âge de quatorze ans ; elle ne peut évoquer aucun lien, aucune figure... Les *amnésies électives* sont l'exagération et la localisation de l'amnésie biographique : oubli d'une expérience honteuse ou pénible, oubli d'une tranche de vie, méconnaissance systématique d'un événement douloureux. Irène, la malade de Janet, avait oublié sa mère d'une manière invraisemblable. « Non seulement elle n'y pensait plus, mais si on la forçait à y penser, on constatait qu'elle ne réussissait pas à se la représenter, à évoquer son image. Si on l'interrogeait sur la mort de sa mère, on voyait qu'elle savait la chose sans y croire : « Je dis qu'elle est morte pour dire comme tout le monde, mais je n'en sais rien ; j'ai dû pourtant la soigner. » Les *illusions de la mémoire* masquent très souvent des lacunes mnésiques en donnant au récit une apparence de vérité. De ces faux souvenirs, le plus caractéristique par sa fréquence et sa signification, c'est l'évocation de scènes infantiles de séduction et de viol. Après avoir longtemps ajouté foi aux récits de ses malades et cru trouver là, dans ces expériences traumatisantes, l'origine du mécanisme du refoulement et de la névrose hystérique, Freud fut conduit progressivement à mettre en doute la véracité des scènes de séduction et à découvrir qu'elles sont souvent le fruit de reconstructions fantasmatiques.

Le refus de la réalité peut aussi bien s'exprimer par des troubles de la vigilance dont une des modalités les plus fréquentes est la *distractivité*, qui permet de scotomiser les perceptions extérieures vécues comme déplaisantes. Si l'on considère que « dormir, c'est se désintéresser », on ne s'étonnera pas que l'hystérique puisse être sujet aux « attaques de sommeil », aux *états léthargiques* qui durent parfois quelques jours ou même plusieurs semaines, et se terminent habituellement par une crise convulsive. Plus étranges sont les phénomènes de clivage de conscience dont les *états somnambuliques* représentent un aspect caractéristique et impressionnant ; en état de demi-sommeil, le malade joue une scène dramatique, soit totalement imaginée, soit construite sur le thème d'un événement qui l'a frappé. L'*automatisme ambulateur* qui associe somnambulisme et fugue amnésique représente l'exemple type de la réaction hystérique aiguë pouvant survenir lors d'une situation fortement traumatisante. Quant aux *états seconds*, si minutieusement décrits à la fin du siècle dernier, ils sont le fait de grands hystériques chez lesquels alternent deux, voire trois personnalités différentes dont chacune ignore les projets, les actes, l'existence même des autres. La littérature et le cinéma se sont emparés de ces faits pathologiques si étranges et à vrai dire rarissimes dont on trouve les premières descriptions cliniques dans les écrits de William James, de Morton-Prince, d'Azam, de Flournoy.

Choix et signification du symptôme

Que l'*imitation* puisse jouer un rôle, cela est indéniable : l'hystérie infantile, l'hystérie collective en offrent des exemples frappants. Que la *suggestion* puisse créer « à la demande » un symptôme hystérique, J. Babinski l'avait bien vu, mais il s'en faut que tous les hystériques soient des suggestibles, des hypnotisables. Ce n'est pas le moindre paradoxe de l'hystérie que l'on puisse y observer une telle mobilité ou une telle fixité des symptômes.

La localisation du symptôme dépend de facteurs multiples. Une moindre résistance constitutionnelle ou acquise peut constituer un point d'appel ; un myope aura des troubles visuels, un spasmophile des crises convulsives. L'identification à un parent, à un « rival heureux », l'identification à soi-même, c'est-à-dire avec un état personnel antérieur, sont souvent retrouvées dans le déchiffrement des symptômes ; certaines algies reproduisent des douleurs éprouvées lors de maladies infantiles et rééditent les conflits mobilisés à cette époque (gain d'amour parental, menace de castration, culpabilité masturbatoire). Il peut même y avoir identifications multiples ; une malade de Freud, au cours d'une crise, essayait de se déshabiller avec sa main droite tout en s'en empêchant avec la gauche, s'identifiant ainsi simultanément à l'homme lui faisant violence et à la femme violente³¹. L'érotisation de certaines fonctions (vision, langage), de certaines zones corporelles, établie durant les premiers stades de la sexualité infantile, explique la nature de quelques choix. Mais souvent le symptôme sera choisi en fonction de son aptitude à exprimer la tendance inconsciente ; une paralysie pourra être une défense contre l'activité sexuelle répréhensible tout en étant son substitut ; un spasme assurera la suppression de l'action et simultanément un substitut tonique de cette action. Un vomissement signifiera « je ne peux pas l'avaler ».

³¹ S.Freud (1908). Les fantasmes hystériques et leur relation à la bisexualité.

Formes cliniques

Selon le sexe

L'hystérie est environ trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle est volontiers, chez l'homme, mono- ou paucisymptomatique. Chez la femme s'observent des tableaux plus riches, plus mobiles, plus polymorphes.

Les circonstances étiologiques diffèrent beaucoup d'un sexe à l'autre. Si l'on admet que l'hystérique laisse son corps négocier une situation qu'il est incapable de surmonter par une conduite active, on peut comprendre aisément que chez la femme dominent les conflits de la sphère affective ou sexuelle alors que chez l'homme les circonstances socio-professionnelles et les faits de guerre sont fréquemment retrouvés. « L'hystérie chez la femme exprime une revendication affective impatiente qu'elle adresse à son entourage (parent, conjoint). Chez l'homme, il se produit un déplacement du besoin de satisfaction affective qui ne s'adresse pas à la femme – dont il est méprisable de quémander l'amour en se faisant plaindre –, mais à la société. L'être social impersonnel satisfait ce désir par le don d'argent. Aussi, si le bénéfice secondaire est souvent matériel chez l'homme, alors qu'il est psychologique chez la femme, il satisfait chez l'un et l'autre la même revendication. La femme attend de son partenaire sa justification par l'amour qui représente son besoin essentiel, tandis que l'homme s'affirme, non pas grâce à la tendresse de sa femme, mais par la réussite sociale qui peut seule lui donner le moyen de revenir vers la femme en vainqueur. L'hystérie traumatique est fréquente chez l'homme alors que chez la femme, même lorsqu'elle travaille, elle est rarissime ; la compensation sociale ne l'intéresse pas. La demande de la femme hystérique s'adresse à l'homme, celle de l'homme à la société » (S. Lisfranc).

Selon l'âge

La moitié des malades présentent leurs premiers symptômes entre quinze et vingt-cinq ans ; 10 p. 100 seulement après quarante-cinq ans.

L'hystérie infantile n'est pas exceptionnelle ; elle n'a pas un pronostic spécialement péjoratif. Les accidents débent souvent après une maladie authentique et le rôle de l'imitation y peut apparaître indéniable tant dans le déclenchement que dans le choix des symptômes. Les crises nerveuses, la boiterie, les contractures, les fièvres inexplicables en sont les aspects habituels. Les motifs inconscients sont généralement évidents : valorisation par la maladie, identification à un parent malade, fuite devant des obligations scolaires, regain d'affection et d'intérêt.

L'hystérie du sujet âgé est assez souvent méconnue. Passée chez la femme la période ménopausique, la première survenue d'accidents hystériques est une éventualité peu fréquente ; c'est presque toujours à l'occasion du décès d'un proche (mère, conjoint) ou du mariage d'un enfant qu'apparaît une réaction de « deuil hystérique », et la béquille sur laquelle s'appuie l'astasiq-ue-abasiq-ue n'est qu'une image du soutien affectif qui fait défaut. Les études sur le vieillissement des hystériques ont montré qu'avec l'âge les épisodes de décompensation avaient moins tendance à se faire sur le mode déficitaire (paralysie) et davantage sur le mode algique. La dépression hypocondriaque est très fréquente dans la vieillesse des hystériques.

Les épidémies d'hystérie

Les épidémies d'hystérie constituent un des aspects les plus étranges de la psychopathologie collective. Dans chaque épidémie, la physiologie des troubles revêt des caractères particuliers par suite de la tendance qu'ont les sujets à se copier les uns les autres. Pendant tout le Moyen Âge, les mouvements choréiformes, les danses frénétiques dominent la scène ; à Louviers, les possédées voyaient, durant leurs transes, des flambeaux, des boules de feu, des animaux fantastiques ; à Loudun, les Ursulines, pendant l'accès démoniaque, proféraient des blasphèmes, disaient des obscénités ; au cours d'une assemblée « revivaliste », on vit s'écrouler plus d'un millier de personnes, apparemment inanimées ; certains, en signe de possession divine, personnifiaient des animaux, sautant comme des grenouilles ou aboyant, tels des chiens. La mise en condition physiologique (jeûne, macérations, veilles prolongées) et la préparation psychologique (attente, prières et chants en commun, rythmes incantatoires, exhortations suggestives) expliquent le caractère explosif de certaines de ces manifestations collectives. Une épidémie d'hystérie peut disparaître aussi rapidement qu'elle est apparue. L'isolement des « meneurs », une contre-suggestion habile, des mesures d'intimidation sont les méthodes les plus propres à calmer ces phénomènes de groupe dont l'extension s'alimente de toute publicité qui peut leur être donnée.

2. Aspects évolutifs et pronostic

Les manifestations hystériques peuvent apparaître comme un accident occasionnel au cours de l'existence ou s'inscrire dans l'évolution d'une névrose hystérique caractérisée. Cette opposition schématique mériterait d'ailleurs d'être nuancée.

Réactions hystériques

Les réactions hystériques sont des accidents isolés survenant à l'occasion d'un traumatisme émotionnel violent ou d'une tension nerveuse prolongée. Elle s'observent surtout chez les sujets frustes ou peu doués présentant des traits caractérologiques d'impulsivité ou de labilité émotionnelle. Les manifestations en sont spectaculaires : crises expressivo-émotives, tremblements, mutisme ; elles sont de courte durée en général, mais il peut y avoir persistance d'un symptôme lorsque le sujet se rend compte des éventuels bénéfices apportés par sa situation de malade. Ces réactions primitives sont fréquentes dans les populations encore peu évoluées sur le plan culturel, où il peut aussi y avoir utilisation secondaire à des fins telles que l'intérêt matériel, le prestige, l'autorité religieuse. Elles sont souvent observées en milieu militaire en temps de paix et en temps de guerre. À longue échéance, le pronostic de ces formes semble très favorable.

Névrose hystérique

Les premières manifestations de la névrose sont fréquemment repérables dès l'enfance : émotivité, suggestibilité, exaltation imaginative, troubles des conduites alimentaires, crises de nerfs, évanouissements, « comédies ».

Les grands accidents hystériques apparaissent par périodes en relation avec des situations vitales que le malade ne peut assumer. **Il n'est pas rare de les voir débiter peu après le mariage, ou la naissance du premier enfant.**³² Tout au long de l'existence, les épisodes conflictuels de la vie conjugale ou familiale, les frustrations affectives, les situations d'abandon ou d'isolement pourront être l'occasion de décompensations transitoires ou durables. Qu'il s'agisse d'obligations à éluder, de gratifications narcissiques à obtenir de la part d'un entourage indifférent, de dangers à éviter en particulier dans le domaine sexuel, le refuge dans la maladie constitue pour l'hystérique une solution à laquelle il recourt lorsque ses autres moyens de défense se révèlent insuffisants à lui procurer la sécurité et la valorisation indispensables.

La durée et l'évolution des accidents hystériques sont très variables : tout peut s'observer depuis l'aphonie de quelques jours jusqu'à la paraplégie clouant le malade au lit pendant des années. Si l'on se réfère aux statistiques portant sur des malades hospitalisés, l'on constate que pour un tiers au moins d'entre eux la durée de l'accident dépasse un an, que pour un quart elle se prolonge au-delà de cinq ans. Parfois, il s'agit de phénomènes répétitifs, de courte durée, utilisant chaque fois le même symptôme préférentiel ou changeant de registre à chaque épisode.

L'hystérie est une maladie dont l'évolution est étroitement conditionnée par le milieu. C'est le jeu des relations interpersonnelles avec les parents, le conjoint, l'employeur, qui en modèle la physionomie, détermine les ruptures et les crises, permet des phases de relatif équilibre. Il y a des milieux gratifiants et d'autres rejetants ; des familles hyperprotectrices, des conjoints masochistes entretiennent comme à plaisir des comportements de dépendance régressive dont ils se satisfont. Si l'hystérie n'est pas au départ une maladie iatrogène, le médecin n'en a pas moins parfois un rôle regrettable dans la fixation des troubles. En octroyant aux symptômes un cachet d'organicité, « il gèle la demande ». Certaines erreurs tactiques seront par la suite difficiles à réparer. Rien de plus ardu que de « déchroniciser » un malade qui a organisé son existence de malade chronique et dont l'assistance sociale favorise le style de vie parasitaire. Bien souvent on sera amené avec de tels malades à adopter une politique de compromis. Il faudra toute l'habileté du thérapeute pour allier les gratifications raisonnables et les exhortations invigorantes dans une cure nécessairement de longue durée et dont il n'est pas facile de garder toujours le contrôle. En revanche, lorsque le symptôme a perdu sa raison d'être ou que les bénéfices secondaires sont devenus négligeables, si la situation de malade s'avère inconfortable, on peut assister à une guérison « en coup de foudre » quasi miraculeuse. L'isolement, privant l'hystérique de son public, a souvent un rôle curateur : « Le rideau est baissé, la représentation s'achève. » L'effet parfois magique de la suggestion tient autant au personnage du thérapeute qu'à la mise en scène qui l'accompagne. Tous les médicaments, des chamans aux curanderos, connaissent les procédés qui, abaissant le seuil de vigilance et frappant l'imagination, permettent une catharsis libératrice, une guérison rituelle (un exorcisme) à laquelle la participation collective du groupe assure une solennité, une publicité, propres à en consolider les effets. Nos techniques ne vont guère plus loin : hypnose, suggestion armée (faradisation du membre malade) et subnarcoses amphétaminées.

3. Évolution des idées sur l'hystérie

De l'Antiquité au Moyen Âge

Conformément à l'étymologie du mot « hystérie » (du grec *ustera*, matrice), et jusqu'à la fin de l'Antiquité classique, l'hystérie fut considérée comme une maladie organique, utérine, mais affectant le corps entier. Sa nature sexuelle n'était pas mise en doute et, la continence étant incriminée, le traitement recommandait, à titre de prophylaxie, le mariage pour les jeunes filles, le remariage pour les veuves ; c'est l'origine d'une conception qui, de nos jours encore, conserve un large crédit populaire.

Le Moyen Âge fut l'époque des grandes épidémies, et sous l'influence des conceptions augustinienes liant plaisir sexuel et péché, on vit dans les manifestations hystériques une intervention du Malin ; en 1484, la bulle d'Innocent VIII institutionnalisa la lutte contre les sorcières et, dix ans plus tard, parut le *Malleus maleficarum*, manuel de détection des cas de sorcellerie, dont la diffusion, favorisée par la récente découverte de l'imprimerie, fut immense (trente éditions en deux cents ans). La chasse aux sorcières dura deux siècles et parmi ses milliers de victimes on ne saurait chiffrer le nombre d'hystériques qui montèrent au bûcher.

Déjà à cette époque, l'opinion médicale résistait à la conception démoniaque de l'hystérie. Au XVII^e siècle, Charles Lepois affirme que le siège de l'hystérie est uniquement le cerveau, et que la théorie utérine est absurde puisque la maladie peut s'observer dans les deux sexes. Parallèlement, on évoque le rôle des émotions à l'origine des troubles, Paracelse entrevoit le rôle de l'inconscient dans la pathogénie des névroses, Sydenham ébauche la première description de la personnalité hystérique.

³² L'explication de ces faits a été donnée par Freud dans son article de 1912 : « Sur les types d'entrée dans la névrose ».

Charcot, Babinski, Janet

Tandis que s'affrontent dans les deux premiers tiers du XIX^e siècle tenants de l'organogenèse de l'hystérie (Griesinger) et partisans de sa psychogenèse (Pinel, Carter, Feuchtersleben), un autre courant de recherches et d'idées va se développer parallèlement, celui du magnétisme. Là aussi s'affrontent un courant organiciste (qui soutient la théorie fluidique de Mesmer et qui aura son plein épanouissement avec Charcot et l'école de la Salpêtrière) et un courant animiste, issu des travaux de l'abbé Faria, et qui fait de l'hypnose « un état psychologique particulier, produit exclusivement par la suggestion », opinion qui sera défendue avec véhémence par l'école de Nancy.

Charcot eut le mérite de redonner à l'hystérie sa dignité de maladie (une maladie comme les autres), d'en fournir des descriptions cliniques précises destinées à démontrer l'origine organique de l'affection par l'existence de stigmates spécifiques (il s'agirait d'une « lésion dynamique »). Sous-estimant le rôle de la suggestion et de l'imitation chez ses malades, abusé par certains de ses élèves, il fut finalement le personnage central de la plus extraordinaire « hystérie de culture » que l'on ait connue. Son œuvre en a reçu un discrédit injustifié.

Il revenait à J. Babinski son élève, de « dynamiter » l'œuvre du maître. Neurologue génial, il réussit à délimiter rigoureusement le domaine de la neurologie lésionnelle de celui de l'hystérie, qu'il rapprocha de la suggestion hypnotique. Pour lui l'essence de l'hystérie, c'est l'autosuggestion ; les phénomènes hystériques sont l'effet du *pithiatisme*. « Ce qui caractérise les troubles, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. »

Dans une œuvre qui reste très vivante par la richesse des descriptions cliniques, Pierre Janet développe une théorie de l'hystérie, maladie due à « un affaiblissement de la faculté de synthèse psychologique... un rétrécissement du champ de conscience », d'où la distractivité, la « tendance à la division permanente et complète de la personnalité ». L'hystérique a une aptitude à vivre intensément les images, à réaliser plastiquement, à « agir ses idées fixes », idées qui sont la manifestation des forces inconscientes émancipées (automatisme psychologique) à la faveur de la faiblesse de la conscience, de la baisse de tension psychologique.

Freud

L'étude de l'hystérie tient une place centrale dans l'histoire de la psychanalyse. La mise au jour de la causalité psychique de l'hystérie va de pair avec les découvertes principales de la psychanalyse (inconscient, conflit, fantasme, refoulement, transfert, identification). À partir de 1893, date de la communication préliminaire avec J. Breuer, les découvertes se succèdent : *Les Psychonévroses de défense*, 1893 ; *Études sur l'hystérie*, 1895 ; publication du cas Dora, 1905. C'est d'abord la mise à jour du *refoulement* (l'idée intolérable est maintenue hors de la conscience), le déchiffrement du sens de la *conversion* (le mot est de Freud) grâce à laquelle l'idée inconciliable se trouve neutralisée par transmutation de l'excitation qui lui est attachée en une forme signifiante d'expression corporelle, la mise en évidence du *transfert* et de son importance primordiale dans le déroulement de la cure. À la théorie traumatique initiale (rôle d'un traumatisme sexuel vécu passivement dans l'enfance) est substituée progressivement la théorie des instincts. Le rôle du *conflit psychique inconscient*³³ est reconnu comme majeur dans l'étiologie de l'hystérie et des autres psychonévroses de défense. Le symptôme hystérique se voit défini comme le produit d'un compromis entre deux groupes de représentations agissant comme deux forces de sens contraire (le désir et l'interdit – le principe du plaisir et le principe de réalité). Parallèlement, Freud poursuit son auto-analyse, et le décryptage des symptômes de ses malades s'enrichit des observations qu'il tire de l'analyse de ses propres rêves. Comme le rêve, le symptôme de conversion est un mode de réalisation du désir ; il subit les mêmes transformations que l'imagerie onirique (condensation, déplacement, intersion, identifications multiples). La découverte de la sexualité infantile permet enfin à Freud de repérer le conflit nucléaire de la névrose hystérique, c'est-à-dire l'impossibilité rencontrée par le sujet de liquider le complexe d'Œdipe et d'éviter l'angoisse de castration. Ainsi se met en place une théorie cohérente de la conversion hystérique, qui fait du symptôme une réalisation déguisée du désir, explique pourquoi cette réalisation substitutive, est souvent représentée par la mise « hors service » de la partie du corps qui justement aurait pu servir à la satisfaction du désir, explique aussi la tolérance au symptôme et l'absence d'angoisse.

³³ Comme on l'a vu plus haut, c'est essentiellement autour de la « scène primitive » avec tout son cortège de théories infantiles que se noue le conflit primaire de l'hystérique, refoulé primaire qui attire ensuite à lui le refoulé secondaire émanant du moi refoulant. Le refoulement rend compte du fait que dans l'hystérie, la régression topique est la régression majeure. Mais les autres modes de régression - formelle, temporelle, libidinale - sont également actifs. Pour ce qui concerne la régression libidinale, l'hystérique se différencie nettement de l'obsessionnel du fait que la régression sadique-anale y joue un rôle mineur, comparée aux régressions phallique et orale.

Freud ne fut jamais entièrement satisfait de son élaboration théorique de l'hystérie ; bien des points lui semblaient obscurs dans le phénomène de conversion. Pour expliquer le passage direct du psychique au somatique, il invoquait « la complicité du corps »³⁴, la conversion ne pouvant se produire que s'il y a conjonction entre dispositions corporelles et conflit psychique.

4. **Personnalité hystérique**

On appelle personnalité hystérique un type de personnalité caractérisée cliniquement par les traits suivants : égocentrisme, histrionisme, labilité émotionnelle, pauvreté et facticité des affects, érotisation des rapports sociaux, frigidité sexuelle, dépendance affective.

L'*histrionisme* est le trait qui frappe dès l'abord ; tout est mis en œuvre pour attirer l'attention, plaire et séduire. L'hystérique ne craint rien davantage que de passer inaperçue et, dans son besoin de paraître, utilise les procédés et artifices habituels au monde du spectacle. Afficher un personnage, jouer un rôle, répond pour l'hystérique à une nécessité impérieuse, celle d'éviter une rencontre authentique avec autrui. Derrière les déguisements qui la masquent, à travers la multiplicité des personnages qu'elle emprunte, la personne de l'hystérique ne se laisse pas connaître. C'est parce qu'elle n'a pu se forger une histoire qui lui soit authentiquement personnelle, ni une identité qui lui soit propre que l'hystérique est amenée à vivre par substitution l'existence d'autrui. Rien n'est pire pour l'hystérique que la rupture de cette relation à l'autre de laquelle lui vient le sentiment d'existence : elle est alors renvoyée à une solitude insupportable dont elle cherche à se sortir en s'engageant dans une nouvelle relation aussi totalement et aussi frénétiquement que dans la précédente. Cela explique l'impression de versatilité et d'insincérité qu'elle donne généralement, encore qu'elle proteste de l'authenticité de ses sentiments, et, dans l'instant, elle a raison.

Le *comportement de séduction* qui caractérise la femme hystérique lui donne une valorisation narcissique permanente tout en lui permettant de se maintenir à distance. Elle affiche une hyperféminité qui lui permet de se cacher à elle-même et de dissimuler à autrui son absence réelle de féminité, son refus profond d'être une femme. Les attitudes de coquetterie, les invites, autant de feintes propres à dérouter « l'adversaire » que laisse désarçonné un retrait ou une fuite dont elle se glorifie. « Qu'elle nie en bloc tout besoin de l'homme, ou qu'elle démontre dans un couple pathologique l'incapacité de son partenaire à la faire jouir, l'hystérique se présente comme celle qui sera toujours « déçue », qui contestera toujours à l'homme sa capacité de la combler, c'est-à-dire sa virilité » (Israël et Gurfein).

C'est essentiellement contre la peur de la castration que sont orientés les mécanismes de défense dont le plus fondamental est ici le refoulement. Les difficultés de résolution du complexe d'Œdipe ont laissé une ambiguïté dans l'identification au père ou à la mère. Les tendances à l'identification féminine chez l'homme, à l'identification masculine chez la femme, sont fortement refoulées, mais restent très actives, entraînant les troubles constants de la sexualité.³⁵

Sans pouvoir élucider complètement les relations existant entre symptômes hystériques et personnalité hystérique, on peut affirmer qu'il existe une certaine concordance entre les deux, mais non une superposition absolue. On trouve des personnalités hystériques chez qui la somatisation est modérée ou transitoire, restant du domaine de l'asthénie, des algies, des céphalées ; les troubles du caractère et de la sexualité domineront la scène. À l'inverse on observe des accidents de conversion hystérique chez des sujets n'ayant pas une personnalité hystérique de base ; les faits de guerre, les épidémies d'hystérie sont là pour le démontrer. En outre, les études de Chodoff, de Stephens, de Ljungberg mettent en évidence l'existence fréquente chez les hystériques de conversion d'un autre type de personnalité, la personnalité *passive dépendante*, *psycho-infantile*, assez proche de la personnalité *orale* des psychanalystes.³⁶

³⁴ La « complaisance somatique » : *das somatische Entgegenkommen*.

³⁵ Ce qui explique le paradoxe fondamental de l'hystérique : brimé-bridé dans sa sexualité, handicapé plus ou moins gravement à ce niveau, du fait du refoulement et de l'inhibition, il met de la sexualité partout, érotisant toutes les relations d'objet, phénomène qui doit être mis en rapport avec un retour massif du refoulé.

³⁶ L'infantilisme fait évidemment partie intégrante du tableau hystérique dont il constitue le versant régressif, toujours présent à un degré ou l'autre, au même titre que les troubles de la sexualité. Ceux-ci peuvent toutefois disparaître passagèrement ou donner même l'impression d'un spectaculaire renversement dans le contraire comme on le voit banalement dans les crises de nymphomanie ou de satyriasis.

5. Frontières de l'hystérie

Hystérie et simulation

L'opposition entre simulation et hystérie n'est pas toujours admise, mais si l'on considère l'hystérique comme un simulateur, il faut bien admettre qu'il n'est pas un simulateur comme les autres. Assurément son insincérité est plus ou moins consciente mais comment parler de mensonge chez un être pour qui la réalité n'existe guère. Son absence d'*insight*, son manque de pénétration psychologique vis-à-vis des autres rendent compte de la puérité de ses subterfuges, de son étonnement enfantin lorsqu'il est démasqué. Mais par une sorte d'érotisation de l'imaginaire, le simulacre et le jeu peuvent devenir source d'un plaisir qui n'est pas sans perversité...

Pathologie cérébrale organique

Certaines affections cérébrales ont avec l'hystérie une évidente parenté d'expression et peuvent donner lieu à des manifestations d'allure hystérisiforme. C'est ainsi qu'une épilepsie psychomotrice peut être prise à tort pour une crise d'hystérie (il semble que ce fut le cas pour un certain nombre des malades de Charcot) et inversement qu'un épileptique peut utiliser sa maladie à des fins névrotiques et joindre à ses crises comitiales des manifestations hystériques. C'est peut-être avec les atteintes infectieuses ou toxiques de la base du cerveau que l'on observe les crises excito-motrices les plus proches de l'expressivité hystérique, mais s'il y a analogie clinique superficielle, il n'y a ni finalité inconsciente ni utilisation secondaire.

Hystérie de conversion et hystérie d'angoisse

Sous le terme *hystérie d'angoisse*, Freud isola une variété particulière de névrose dont le symptôme central est la *phobie* ; il en souligna la similitude structurale avec l'*hystérie de conversion*. En effet, dans l'un et l'autre cas l'action du refoulement tend essentiellement à **séparer l'affect de la représentation**.³⁷ Cependant, Freud souligna une différence fondamentale : dans l'hystérie d'angoisse, « la libido que le refoulement a détachée du matériel pathogène n'est pas convertie... mais libérée sous forme d'angoisse ». Le déplacement de l'angoisse sur un objet extérieur (agoraphobie, phobie d'animaux) est secondaire au surgissement d'une angoisse libre, non liée à un objet.³⁸

Expression émotionnelle

Ainsi que l'ont fait remarquer H. Ey, P. Bernard et C. Brisset, « le contenu manifeste de l'hystérie est une exagération pathologique de certains modes normaux d'expression. À tout un chacun, la peur « coupe la voix ou les jambes », l'attention concentrée nous rend « insensibles à la douleur » ou à certaines perceptions, nous « oublions » certaines réalités qui nous gênent ; la joie, la peur ou la colère « nous font » danser, crier, rougir ou blêmir, serrer les poings, le dégoût nous donne la nausée, etc. Ce sont là des manifestations non verbales de l'émotion. L'hystérique parle ce « langage des organes » avec une éloquence toute spéciale. Il vit les métaphores au lieu de les parler, et c'est là l'essentiel du phénomène de conversion somatique. »

Expression psychosomatique

Faut-il avec F. Alexander séparer radicalement le domaine de l'hystérie de celui de la névrose d'organes ? Il semble préférable d'y voir une différence plus quantitative que qualitative. L'expression somatique de l'affect reste dans l'hystérie facilement déchiffrable quoique symbolique, ce qui n'est pas le cas dans la pathologie psychosomatique. La conversion psychosomatique est beaucoup plus profonde que la conversion hystérique ; elle comporte une atteinte lésionnelle au niveau tissulaire (par exemple un ulcère d'estomac, un infarctus du myocarde), alors que le symptôme hystérique est souvent mobile, toujours réversible, jamais authentifié³⁹. Cependant, certains faits psychosomatiques sont

³⁷ Inversement, le « travail psychique » vise à lier affect et représentations (mots et choses).

³⁸ Il s'agit de ce « quantum » d'angoisse libre que Freud relie à l'insatisfaction sexuelle primaire et qu'il situe à l'origine de toute névrose, qu'il s'agisse de la névrose (actuelle) d'angoisse ou des psychonévroses, la psychonévrose obsessionnelle recelant elle-même un noyau d'hystérie d'angoisse (cfr le cas de l'Homme aux Loups qui est passé insensiblement de la phobie des loups à une névrose obsessionnelle une fois qu'il a introjecté le rapport agressif au père castrateur).

³⁹ Pour beaucoup d'auteurs (Marty, Fain, l'Ecole de Paris) le psychosomatique est « qualitativement » différent de l'hystérique dans la mesure où, à l'instar de ce que Freud a décrit à propos des « névroses actuelles », la somatisation serait la conséquence d'un défaut d'élaboration psychique, d'un clivage insurmontable et donc d'une déliaison incurable

bien proches des réactions hystériques, et il existe une grande similitude entre la personnalité hystérique et la personnalité de certains psychosomatiques comme les allergiques.

Qu'il y ait des particularités neurobiologiques dans l'organisation de la personne hystérique, cela paraît une évidence. Il y a eu des recherches dans ce domaine, inspirées généralement des théories pavloviennes et utilisant les techniques de conditionnement. Les résultats en sont encore fragmentaires et contradictoires, les extrapolations souvent hasardeuses. On peut cependant entrevoir dès maintenant un apport possible de la psychologie expérimentale et de la neurophysiologie au problème de l'hystérie. De là viendront peut-être des éclaircissements sur ce qui entrave au départ la formation des processus symboliques et par là même rend l'hystérique incapable de maîtriser son imaginaire.

© 1995 Encyclopædia Universalis France S.A. Tous droits de propriété intellectuelle et industrielle réservés.

Auteur : Thérèse LEMPERIERE.

L'Obsessionnel (Der Zwangsneurotiker).

"Dès l'âge de six ans, j'ai souffert d'érections et je sais qu'un jour, je suis allé trouver ma mère pour m'en plaindre. Je sais aussi que pour cela, j'ai eu à surmonter des scrupules, car je soupçonnais qu'elles avaient un rapport avec mes représentations et ma curiosité, et pendant quelque temps, j'ai eu l'idée malade que mes parents savaient mes pensées, ce que je m'expliquais en supposant que je les prononçais à haute voix, mais sans les entendre moi-même. Je vois là le début de ma maladie. Il y avait des personnes, des jeunes filles, qui me plaisaient beaucoup et qu'avec une extrême impatience, je désirais voir nues. Mais à propos de ces désirs, j'éprouvais un sentiment d'une inquiétante frayeur, comme s'il devait arriver quelque chose si je pensais cela, et je me disais que je devais tout faire pour l'empêcher". Pour illustrer ces premières craintes, il indique : "Par exemple, que mon père ne vienne à mourir".

S. FREUD. L'Homme aux rats. Journal d'une analyse, p.39.

Mon corps, souvent calme durant des années, fut alors de nouveau secoué, jusqu'à ne plus pouvoir le supporter, par ce désir d'une petite chose dégoûtante, légèrement repoussante, honteuse, sale; également dans les réalités les meilleures qu'il pouvait y avoir pour moi dans ce domaine, il y avait quelque chose de cela, une sorte de très légère mauvaise odeur, quelque chose du soufre, de l'enfer ...

La crasse est ma seule propriété ...

Franz KAFKA. Lettres à Milena.

Il est encore vrai que tu ne m'as pour ainsi dire jamais vraiment battu. Mais tes cris, la rougeur de ton visage, ta manière hâtive de détacher tes bretelles et de les poser sur le dossier d'une chaise, tout cela était presque pire que les coups. Il en va de même pour un homme qui est sur le point d'être pendu. Si on le pend vraiment, il meurt et tout est fini. Mais qu'on l'oblige à assister à tous les préparatifs de la pendaison, qu'on ne lui communique la nouvelle de sa grâce que lorsque le noeud lui pend déjà sur la poitrine, il se peut qu'il ait à en souffrir toute sa vie.

Franz KAFKA. Lettre au père, p. 182.

La névrose obsessionnelle ne commence à exister en tant qu'entité nosologique autonome qu'à partir de 1894, date où FREUD fait paraître « Les psychonévroses de défense ».

Il n'est sans doute pas exagéré de soutenir que la psychanalyse a pour ainsi dire acquis un quasi-monopole des découvertes sur la pathologie obsessionnelle sur le plan clinique et psychopathologique. Cette

entre les affects et les représentations, ce qui explique l'inefficacité du traitement psychique. Mais il est incontestable qu'il y a des cas mixtes, dont notamment les allergiques.

fécondité et ce succès sont dus à l'originalité de FREUD, au fait que celui-ci ne cessa de mettre au centre des symptômes obsessionnels **le désir et ses avatars**. Cependant, FREUD comprit qu'il ne fallait jamais scinder totalement, dans l'expression de la pulsion qui est en cause dans l'obsession, **l'affect** qui en connote le message et qui sous-tend le dynamisme obsessionnel pour le relancer indéfiniment, et le **représentant pulsionnel, le signifiant**, qui permet la lecture des jeux du refoulant et du refoulé . . . (André GREEN, Encyclopédie Médico-chirurgicale, Obsessions et psychonévrose obsessionnelle, 1962).

En 1903, JANET proposait le concept de psychasthénie pour désigner un groupe d'affections analogues, tout en se référant à des conceptions étiopathogéniques complètement différentes. Là où FREUD adopte d'emblée un schéma d'interprétation dynamique, considérant les symptômes de la névrose obsessionnelle comme l'expression d'un conflit de forces antagonistes, JANET - qui se situe dans le prolongement des théories organicistes, constitutionnelles et dégénératives - invoque un état déficitaire, une baisse de tension psychologique, la faiblesse des fonctions de synthèse mentale.

La démarche intellectuelle de FREUD lui a sans doute été partiellement facilitée par la signification particulière du "*Zwang*" en allemand, si difficile à traduire en français.

La même difficulté de traduction existe pour la notion de "*Trieb*" qui lui est coextensive; en effet, il y a dans le "*Zwang*" comme dans le "*Trieb*" une idée de tension dynamique qui n'est que faiblement rendue par le terme français d'obsession.

Les obsessions, ou les compulsions, désignent des pensées (*Zwangsvorstellungen*) qui assaillent un sujet, ou des actes (*Zwangshandlungen*) qu'il se contraint (*Zwingen* = contraindre) ou qu'il s'interdit de commettre en dépit du caractère absurde qu'il leur attribue. De telles manifestations peuvent survenir en dehors du cadre de la névrose obsessionnelle vraie. A fortiori, elles n'impliquent pas l'existence d'une structure obsessionnelle, laquelle peut d'ailleurs être complètement asymptomatique.

A l'origine de la névrose obsessionnelle, comme de toute névrose, il y a le **refoulement**. C'est pourquoi on peut dire que toute névrose obsessionnelle se développe autour et à partir d'un **noyau hystérique**. Hystérie et névrose obsessionnelle qui figurent aux pôles opposés de l'axe névrotique, ont cependant une commune origine.

Au départ, il y a, dans les deux cas, l'écueil oedipien et **l'angoisse de castration qui entraîne le refoulement**. Celui-ci ne réussit que dans l'hystérie de conversion. Dans l'hystérie d'angoisse (névrose phobique) et la névrose obsessionnelle, la persistance de l'angoisse est le signe de l'échec du refoulement.

Dans l'hystérie, cependant, la régression est essentiellement **topique** et affecte principalement le moi, c'est-à-dire que celui-ci va se défendre essentiellement et quasi uniquement par le refoulement et sur le mode inconscient. Le moi hystérique ignore de larges pans de la réalité, scotomisant toutes les perceptions chargées de désir prohibé, il **privilégie le fantasme** dans l'expression du désir et se trouve périodiquement débordé par le retour du refoulé qui s'exprime dans le passage à l'acte, l'angoisse ou le symptôme de conversion; quoique débordé, il s'efforce de maintenir tant bien que mal, et plutôt mal que bien, le primat du génital.

Chez l'obsessionnel, il se produit en plus une régression libidinale, du stade phallique au stade sadique-anal. Il en résulte notamment une **désintringation** (*Entmischung*) des composantes agressives et des composantes érotiques de la libido avec une nette prévalence des premières. La gravité de la névrose obsessionnelle se mesure au degré de cette désintringation.

D'autre part, l'opposition masculin-féminin ou phallique-châtré, qui spécifie la névrose hystérique, cède ici la place au couple plus primitif du **passif et de l'actif**, caractéristique de l'érotisme anal, lié au conflit de la rétention et de l'expulsion et centré sur la « **demande de l'autre** »

La sexualité génitale est appauvrie au profit de la recherche de satisfaction des pulsions partielles, pré-génitales, qui sont notablement renforcées.

Tandis que, chez l'hystérique, le ressort principal à l'oeuvre dans la formation des symptômes est représenté par la condensation métaphorisante (intrication amour-haine, « hainamoration », homme-femme etc), chez l'obsessionnel, ce rôle est dévolu au déplacement. Le symptôme obsessionnel est métonymique : il privilégie la partie aux dépens du tout (l'obsessionnel s'intéresse aux détails, aux boutons de guêtre, aux point-virgules ...) et tend à investir des signifiants de plus en plus éloignés du signifiant premier.

La régression pré-génitale est utilisée par le moi pour fuir les émois érotiques oedipiens sur les injonctions d'un Surmoi particulièrement cruel qui se comporte à son égard comme si le refoulement (au sens d'un renoncement) n'avait pas eu lieu.

Au moins en s'installant dans l'univers sadique-anal le Moi en tire-t-il certains bénéfices : il ne subit pas la même régression que le moi hystérique. Il conserve la faculté de contrôler la situation, contrôle qui échappe presque totalement à l'hystérique du fait que ses défenses fonctionnent à un niveau plus inconscient et lui sont ainsi dérobées.

Ceci explique que l'obsessionnel, en dépit de la tyrannie surmoïque, se suicide rarement, à la différence de l'hystérique, chez qui le surmoi, tapi dans l'ombre, est d'autant plus meurtrier qu'il agit masqué et à l'improviste. Sisyphe est moins menacé que Phèdre.

Ce contrôle, le moi l'exerce, d'une part en inhibant la motricité, au point que le non-agir devient la devise de l'obsessionnel, et, d'autre part, en aiguisant ses facultés de pensée consciente.

Au non-agir répond la compulsion à penser : c'est ce que Freud appelle la « régression de l'acte à la pensée » (voir infra). Impuissant dans ses actes, l'obsessionnel se récupère dans la toute-puissance de la pensée. La valorisation narcissique du Moi en tant qu'agent de la pensée consciente est une caractéristique majeure de la personnalité obsessionnelle : « Je pense donc je suis ».

Tous les symptômes obsessionnels sont teintés de l'ambivalence profonde qui caractérise l'analité : retenir/expulser, conserver/détruire, garder/ perdre, valoriser/ dévaloriser, aimer/ haïr, se soumettre/ se révolter etc .

En la répétant indéfiniment dans le registre de l'analité, le sujet se condamne à revivre perpétuellement l'expérience de la castration, tout en protestant énergiquement contre elle et en se consolant par ce paradoxe : si elle se répète sans arrêt, il se pourrait bien qu'elle n'eût jamais lieu.

Mais la crainte de la castration-punition n'est jamais apaisée. Souvent elle se déplace sur la pensée de la mort.

La procrastination et l'impossibilité de terminer certaines tâches procèdent de cette assimilation du « fini » et du « mortel ». En remettant toujours le terme à plus tard et en ne terminant jamais rien, **l'obsessionnel conjure la fatalité de la mort.**

Une autre conséquence de la régression anale est que la satisfaction de **posséder**, de dominer, de contrôler, d'affirmer sa maîtrise, prend le pas sur le désir de fusion érotique qui réclame une éclipse du moi (« Là où naît l'amour, périt le moi, ce sombre tyran ! »).

L'obsessionnel est travailleur, sourcilieux sur le chapitre de la propriété et peu enclin aux émois amoureux et à l'abandon de soi.

Les affects éprouvés par l'obsessionnel sont moins l'angoisse que la culpabilité et le remords, lesquels permettent précisément de **lier l'angoisse**.

Du fait de la régression sadique-anale, le retour du refoulé se produit sous des aspects destructeurs; dès lors, le moi s'oblige à lutter contre ses tendances sadiques en usant de mécanismes particuliers, quasi spécifiques de la névrose obsessionnelle, tels que **l'isolation, l'annulation rétroactive et la formation réactionnelle**.

L'isolation, qui constitue le mécanisme le plus caractéristique de la névrose obsessionnelle, consiste à dépouiller certains événements ou certaines pensées de leur charge en affects, de séparer l'action de la pensée et de supprimer les rapports associatifs entre certaines représentations.

Pour ces différentes raisons, l'isolation, et l'intellectualisation qui en est le corollaire, ont pu être assimilés par FREUD aux principes fondateurs de la pensée scientifique, rationnelle et désaffectée.

L'isolation correspond à un mode archaïque de défense contre la pulsion : **l'interdiction de toucher** ; le toucher figure, on le comprend sans peine, la condition sine qua non de toute satisfaction sexuelle, "le contact corporel étant le but immédiat de l'investissement d'objet aussi bien agressif que tendre" (FREUD). La relation d'objet de l'obsessionnel a été définie par Maurice BOUVET⁴⁰ comme une « relation à distance ». Le Moi, extrêmement attaché à ses objets,

⁴⁰ Maurice Bouvet (1953). Le moi dans la névrose obsessionnelle. Oeuvres Psychanalytiques 1 . Payot, Paris, 1967.

collant à eux, les vivant souvent comme autant de prolongements narcissiques, n'ose cependant les étreindre en raison des craintes destructrices qu'il nourrit à leur endroit. La peur de détruire l'objet en l'étreignant oblige le moi à désaffecter la relation et à la maintenir à distance. **Lorsque l'isolation échoue, le moi est obligé de recourir à des modes de défenses plus primitifs : annulation, rituel, vérification, toute-puissance de la pensée, magie .**

L'« annulation rétroactive » (*Ungeschehen machen, undoing what has been done*) a le sens de faire en sorte, comme par magie, que ce qui a été, au sens d'un acte posé, soit considéré comme non advenu.

Enfin, le moi se défend encore contre les pulsions sadiques en développant des formations réactionnelles : à la haine, à l'égoïsme et au cynisme, il substitue la pitié, l'altruisme et le souci. Il n'est pas rare cependant que sous les dehors de la formation réactionnelle, le besoin sadique primitif continue de se manifester et de trouver une satisfaction déguisée : "*Summum jus, summa injuria*".

Les formations réactionnelles, hautement investies par le moi qui tend à se les assimiler, contribuent à façonner une carapace caractérielle d'une grande valeur narcissique.

Les **bénéfices secondaires** de la névrose obsessionnelle résident dans cet investissement narcissique des défenses, qui a tendance à se renforcer avec l'âge et qui constitue, avec l'isolation qui empêche la réintégration des affects, l'obstacle le plus important auquel se heurte l'entreprise thérapeutique.

L'entité clinique la plus proche de la névrose obsessionnelle, celle aussi avec laquelle elle se combine le plus volontiers, est sans conteste la névrose phobique.

Entre ces deux névrotes, les analogies sont nombreuses -

- l'angoisse de castration est très vive dans les deux cas,
- le moi s'exerce à une vigilance extrême vis-à-vis du danger pulsionnel; n'usant que modérément du refoulement, il se laisse, tel un agent double, prendre au conflit;
- tandis que le moi obsessionnel installe au dedans de lui l'ambivalence moi-surmoi - ou, pour parler comme FAIRBAIRN, le conflit entre le moi libidinal et le moi anti-libidinal - , le moi phobique "projette" ces qualités dans l'objet phobogène, lequel représente à la fois un objet d'attraction (libidinale) et de répulsion (anti-libidinale-surmoïque)

La "projection" phobique n'a évidemment rien à voir avec la projection paranoïaque. Le phobique, d'ailleurs, considère presque toujours son symptôme comme absurde, en quoi il se comporte comme l'obsessionnel.

Les infiltrations psychotiques qui se produisent chez l'obsessionnel n'ont pas échappé à FREUD. C'est un des éléments qui l'incitait à considérer la névrose obsessionnelle comme un Eldorado promis à l'explorateur des profondeurs de l'inconscient dynamique.

Mélanie KLEIN, pour sa part, considérait la névrose obsessionnelle comme une forme cicatricielle de psychose infantile.

Maurice BOUVET, quant à lui, y voit essentiellement une défense contre la dépersonnalisation, marge de la faillite psychotique.

Si, par exemple, dans la mélancolie et la paranoïa, comme dans la névrose obsessionnelle, on rencontre la même ambivalence amour-haine à l'égard de l'objet, les techniques défensives employées par chacun sont bien différentes : le paranoïaque projette, le mélancolique introjecte, l'obsessionnel isole.

Karl ABRAHAM a conféré quelque consistance à l'analogie entre mélancolie et névrose obsessionnelle. Considérant que de nombreux mélancoliques montrent en phase intercritique des traits de fixation anale, tout comme les obsessionnels, il a cherché à expliquer les destinées variées d'une même fixation. Le plaisir d'expulser et de retenir les fèces, considéré sous l'angle de l'érotisme anal, lui est apparu comme l'analogie, sous l'angle de la relation objectale, du plaisir de contrôler possessivement l'objet et de le rejeter en le détruisant. Les points de fixation du mélancolique se situent vers le pôle sadique-anal primaire (expulsion-destruction) qui lui ouvre la voie de la régression orale en cas de crise, tandis que "la fixation obsessionnelle n'entraîne ni abandon ni destruction de l'objet mais oeuvre toujours dans le sens d'une **hégémonie conservatrice** à l'égard de celui-ci" .

Rappelons que ce qui spécifie la relation d'objet mélancolique est le fait que celle-ci est profondément ambivalente mais surtout que l'objet du mélancolique est avant tout un objet narcissique, c'est-à-dire un objet d'identification beaucoup plus qu'un objet libidinal, et qui plus est, un objet identificatoire qui sustente la valeur intrinsèque du sujet et lui est de ce fait indispensable. Ainsi par exemple celui qui se suicide après que son pays ou son parti a subi une défaite, commet un suicide mélancolique du fait que lui-même est atteint dans sa valeur narcissique, proprement avili, néantisé. Dès lors on comprend ce que Freud veut dire lorsqu'il affirme, dans « Deuil et mélancolie » (1915) que les accusations portées par le sujet contre lui-même sont en fait des accusations portées contre l'objet. Les officiers français qui se sont suicidés en juin 40 se trouvaient déshonorés ; en fait ils accusaient la France d'avoir perdu l'honneur.

Chez l'obsessionnel, pour ce qui concerne la relation à l'objet, conservation et destruction-expulsion ne sont jamais séparés : l'objet, tout comme le moi, est à la fois, et en même temps, valorisé et dévalorisé, investi et désinvesti, sans cesse détruit et reconstruit.

L'obsessionnel qui n'arrête pour ainsi dire jamais de penser la destruction, peut bien être qualifié de dépressif latent mais il est en quelque sorte vacciné contre la mélancolie et le suicide.

La « **régression de l'acte à la pensée** » doit s'entendre en référence aux deux schémas de l'arc réflexe et de la production onirique. Lorsque l'excitation - qu'elle soit le produit des stimuli internes (pulsionnels) ou externes - suit la voie de l'arc stimulus-réponse, elle aboutit en action motrice et ou en décharge, corporelle, d'affect. Au cours du rêve, l'excitation suit une voie régrédiente - « régressive » - qui, au départ de l'investissement des représentations-mots (restes diurnes préconscients) et de leur transformation en représentations-choses (images), aboutit en représentation hallucinatoire.

Or la pensée est conçue par Freud comme dérivée de l'hallucination.

Les pensées sont pour ainsi dire des hallucinations qui ont perdu leur intensité perceptive. Des impressions, fortes à l'origine, se dégradent en idées, d'intensité faible (David HUME, voir fin du cours pour ceux qui en ont le courage).

De ce point de vue, les pensées obsessionnelles occupent une position intermédiaire entre l'hallucination et la pensée ordinaire ; elles n'atteignent en tout cas jamais la vivacité hallucinatoire ; c'est ce qui a fait dire à Freud que l'attitude obsessionnelle était proche de l'attitude scientifique dans la mesure où, procédant d'un doute fondamental - mais non méthodique (Descartes) -, elle tend à produire une pensée totalement désaffectée, « isolée ».

L'hystérique diffère sur ce point de l'obsessionnel en ce sens qu'il ne parvient pas à « isoler » l'affect des « représentants représentatifs de la pulsion » (*Triebvorstellungrepräsentanz*) rebaptisés « signifiants » par LACAN ; ou bien l'affect est converti en symptôme somatique, ou bien il s'exprime dans les crises et les attaques, aboutit en hallucination dans la psychose hystérique, ou bien encore, il nourrit le passage à l'acte qui prend alors valeur de décharge affective.

On se rend compte que les multiples déplacements d'une idée à l'autre servent chez l'obsessionnel à « isoler » l'affect - comme l'isolant préserve de la décharge électrique - mais l'isolation ne peut jamais réussir complètement. Le retour du refoulé intervient tôt ou tard sous forme de raptus anxieux, de crise de fureur, de passage à l'acte agressif ou d'accès de dépersonnalisation.

Ajoutons que l'hyperinvestissement de la pensée par l'obsessionnel explique que celle-ci soit sexualisée (ou érotisée, c'est-à-dire que l'obsessionnel y trouve son plaisir, ce qui fait qu'il est volontiers cuistre, pédant et précieux jusque dans sa manière de parler en cul de poule, d'articuler les mots comme s'il expulsait des crottes de lapin), sexualisation qui en retour rend compte du fait que cette pensée exagérément sexualisée est sans cesse combattue par le moi. Ainsi l'obsessionnel n'en finit-il pas de penser tout en critiquant sa manière de penser, se perdant en circonlocutions interminables. La conflictualité de base est transposée presque totalement au niveau de la production mentale. Comme disait Poincaré : « La science est un cimetière d'hypothèses ». Cela plaît à l'obsessionnel, cette odeur de cimetière qui se dégage de la « chience ».

La régression au stade sadique-anal est la pierre d'angle de la névrose obsessionnelle.

Cette régression ne doit toutefois pas s'entendre comme une régression pure et simple à une fixation antérieure bien que - du moins en théorie -, toute régression implique une fixation préalable.

Si le névrosé régresse, et il régresse toujours, c'est pour retrouver une contenance, tant objectale que narcissique, qu'il a perdue **du fait de l'échec** - à vrai dire inévitable - au niveau génital.

L'hystérique tente de maintenir ses prétentions génitales mais il régresse aussi non rarement au stade sadique-anal bien que, le plus souvent, la régression libidinale s'arrime plutôt en ce qui le concerne au stade phallique et au stade oral (le langage de l'oralité étant plus proche d'Eros que le langage anal, la régression « orale » a ici le plus souvent une connotation métaphorique), le tout s'encadrant dans le fantasme de régression intra-utérine (qui est un substitut déssexualisé du fantasme de scène primitive et qui donne forme au désir de fusion amoureuse avec l'objet).

Comment faut-il comprendre cette régression sadique-anale propre à l'obsessionnel ?

On doit l'entendre dans le sens d'une **intériorisation**, moyennant **transformation** préalable, de la relation d'objet (intrinsèquement séductrice) **sado-masochiste** primitive à la mère et de la relation d'**échange anal** qui l'accompagne presque nécessairement.

L'intériorisation rend compte du fait que l'obsessionnel fait sa névrose tout seul ; en cela, il est bien différent de l'hystérique qui est toujours en prise sur quelqu'un d'autre ou sur une collectivité.

La transformation, quant à elle, résulte d'un **déplacement de la relation d'objet de la sphère maternelle à la sphère paternelle**. L'Autre, dans la névrose obsessionnelle, c'est le père en tant que représentant de l'Autorité, de la Loi, et exécuteur des sentences. Dans la réalité, cette autorité peut bien évidemment continuer d'être incarnée par la mère, cas habituel en ce qui concerne la femme obsessionnelle.

Dans la névrose obsessionnelle, comme chez l'individu présumé normal, le rapport à la Loi est fortement intériorisé, mais ce qui différencie l'obsessionnel du normal est le fait que, dans son cas, ce rapport reste sexualisé du fait de **l'imprégnation pré-génitale sadomasochiste et anale**.

« Normalement », rappelons le, l'Oedipe s'achève par l'identification au Père et l'intronisation de l'instance du Surmoi (« Le Surmoi est l'héritier du complexe d'Oedipe ») qui en est l'analogon. « Normalement », la relation entre le moi et le Surmoi reste aussi inconsciente et muette que l'identification paternelle qui la sous-tend, l'ensemble du processus allant dans le sens de la **déssexualisation. La resexualisation est une marque de la névrose**.

Du fait de l'intériorisation, le rapport sadomasochiste est devenu **intrapyschique**. Dans les termes de la seconde topique, le conflit oppose désormais un Surmoi sadique, tyrannique et impitoyable à un moi devenu masochiste qui rêve tout le temps d'abattre le tyran - reliquat du désir oedipien de tuer le père - mais qui s'arrange masochiquement pour être tout le temps arrêté, puni et condamné aux galères jusqu'à ce que mort s'ensuive.

Il y a chez l'obsessionnel une érotisation de la souffrance et de la mort qui est bien différente de la même érotisation observée chez l'hystérique : l'un meurt d'épuisement, l'autre de plaisir.

Le dressage sphinctériel qui préside à la relation anale avec la mère introduit aux questions, capitales pour le devenir social de l'individu, de **l'échange**, de la nécessité de donner et de recevoir, des « productions » du sujet et de leur **valeur** et, par extension, de la valeur du sujet lui-même, bref tous les problèmes qui gravitent autour de la question de la « dette symbolique ». Qu'est-ce qu'on nous demandera au moment du jugement dernier ? Qu'as-tu fait de tes talents ?

Ce qui est intériorisé ici, c'est le rapport du sujet à la « demande de l'Autre », une fois encore transférée du champ maternel (où règne le petit « autre » de Lacan) au champ paternel (celui du grand « Autre »).

La demande adressée par la mère à l'enfant de lui faire cadeau de ses selles équivaut imaginairement au sacrifice d'une possession du moi dont la connotation corporelle est évidente. En effet, les selles sont vécues d'abord comme faisant partie du corps propre et ultérieurement comme un produit, le plus volumineux et le plus précieux, du corps. C'est pourquoi la défécation éprouvée comme perte-séparation d'une partie du corps propre, a la signification d'un **modèle précurseur du fantasme de castration**. Les autres « précurseurs de la castration » habituellement évoqués par les auteurs (notamment Françoise Dolto qui ne s'est jamais gênée pour parler à tort et à travers de la castration) sont, dans l'ordre, le retrait du sein, le départ de la mère (cfr l'enfant à la bobine), la venue d'un cadet, l'exclusion de la chambre des parents (scène primitive) et toutes les gronderies qu'on subit dans l'âge tendre.

Le manège de la séduction anale peut être vécu après-coup comme le prototype d'un jeu de dupe où on s'est fait avoir jusqu'au manche. Mais le même jeu pourra valoir aussi comme modèle de la séduction future pour un sujet qui, à l'inverse du précédent, survalorisera ses productions et possessions, inondant l'autre de ses cadeaux et de ses oeuvres.

Dans cette affaire, le plus important à prendre en considération est le fait que l'échange anal se déploie tout entier **dans le registre de l'imaginaire** du fait que la valeur du produit « selle » échappe à la loi commune, soumise qu'elle est au seul caprice maternel en tant que celui-ci alimente l'imaginaire de l'enfant : les selles n'ont que la valeur que leur accorde la mère et on s'apercevra bien un jour que cette valeur est nulle en regard de ce qu'elle signifie symboliquement : un don d'amour.

Cependant les traces laissées dans l'inconscient par la dialectique anale primaire sont extrêmement importantes pour l'avenir car elles déterminent le rapport du sujet à sa toute-puissance ; garde-t-il les selles ou les offre-t-il cérémonieusement et le voilà tout-puissant, princier, souverain. Mais garder signifie aussi égoïsme et laderie, donc mauvais (κακοζ). Il arrive aussi que le don soit vécu comme dépossession douloureuse : le sujet se retrouve spolié, démuné, comme plus tard il sera sans le sou, regrettant amèrement d'avoir fait cadeau de ses biens à des ingrats. Faites du bien à un vilain, il vous crache dans la main. *Stront voor dank* ! Les avatars de cette histoire de don et de demande sont innombrables.

La transposition de la question de la dette imaginaire - qui est sans limites comme la demande d'amour - de la sphère maternelle à la sphère paternelle débouche normalement, **par la médiation de la loi tierce** (symbolique, paternelle) sur sa transformation en « dette symbolique », système d'obligations réciproques et limitées.

Chez l'obsessionnel **la question de la dette reste en suspens**, ce qui se manifeste par un rapport irrationnel aux obligations sociales, aux objets de valeur et surtout à l'argent. Celui-ci, comme tous les objets anaux, est ou bien survalorisé ou bien méprisé, suscitant alternativement l'avarice et la prodigalité. De toute manière ce rapport est toujours lourdement grevé d'ambivalence. Par exemple, l'avare aime et déteste l'argent puisque celui-ci est à la fois sa raison de vivre et ce qui l'empêche de vivre.

La névrose obsessionnelle est comme nous venons de le voir, le produit d'une **double intériorisation** : intériorisation du rapport à l'Autorité et intériorisation de la demande de l'Autre.

Par là on peut comprendre que c'est par excellence la névrose des Temps modernes, le modèle dominant de notre civilisation.

Notre culture, en effet, est dominée par les idéaux d'autonomie individuelle (au principe de la démocratie libérale) et de productivité (au principe du capitalisme). La double intériorisation représente la condition de possibilité de la réalisation de ces deux idéaux qui réclament à un niveau élevé des qualités éminentes : sens des responsabilités, initiative personnelle, travail , persévérance, prévoyance, abnégation etc.

On ne s'étonnera donc pas que l'obsessionnel apparaisse comme la caricature de l'individu issu d'une culture qui prône l'individualisation et le progrès à outrance, ni que l'hystérique, en revanche, se pose comme contestataire de celui-ci : à quoi bon travailler si c'est pour vivre ainsi ?

Il y a évidemment du vrai là-dedans : anti-hédoniste et anti-libidinal, l'obsessionnel célèbre inconsciemment le culte du Surmoi et la culture de la pulsion de mort. Mais parce qu'il en est conscient, il est aussi le seul qui œuvre vraiment au progrès de la conscience tandis que l'hystérique ne jouera jamais dans cette pièce d'autre rôle que celui d'aiguillon ou de mouche du coche.

Classiquement donc, l'hystérique et l'obsessionnel, bien qu'issus de la même souche produite par le refoulement névrotisant, figurent aux deux pôles antagonistes de la constellation névrotique. Leur opposition, radicale en principe, ne doit pas masquer le fait que dans la réalité clinique, le mélange est la règle , de la même manière que pulsions de vie et de mort sont toujours intriquées. Ainsi, par exemple, lorsque dans le « Moi et le ça » (1923), Freud dit que le surmoi est « comme une culture pure de la pulsion de mort » - *wie eine Reinkultur des Todestriebes* - il ne faut pas oublier qu'il parle du Surmoi du mélancolique, affection où le Surmoi est devenu le réservoir d'un sadisme démesuré, ce qui est - quantitativement- beaucoup moins évident en ce qui concerne l'obsessionnel.

Comme il a été dit plus haut, le degré de désintrinsication pulsionnelle est un bon indice de la gravité d'un état psychopathologique quel qu'il soit. C'est finalement ce qui justifie la pertinence de la référence au second dualisme pulsionnel - opposition entre pulsion de vie et pulsion de mort - comme ultime élaboration théorique (1920) introduite par Freud.

La liste qui suit n'est évidemment pas exhaustive et doit seulement être considérée comme un aliment pour une réflexion continuée.

Hystérie		Névrose obsessionnelle
refoulement		refoulement + isolation etc
intrication	>	désintrication
vie	>	mort
libido d'objet	>	libido du moi
affect	>	pensée, représentation
affecté	>	désaffecté
« corps présent »		« corps absent »

oedipe positif (inceste)	oedipe négatif (meurtre)
féminité	masculinité
dépendance	indépendance
« subjectif »	« objectif »
bisexualité génitale	prégénitalité
régression topique et formelle (orale / phallique)	régression libidinale et temporelle (sadique-anale)
« ça » pense	« je » pense
infidélité dans l'amour (fuite devant l'objet)	fidélité dans la haine (contrôle de l'objet)
condensation (identification multiple)	déplacement (pensée métonymique)
fantasme de la scène primitive	> fantasme de castration
	etc

Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques⁴¹

.....Comme il ne peut y avoir qu'une seule anatomie cérébrale qui soit la vraie et comme elle trouve son expression dans les caractères cliniques des paralysies cérébrales, il est évidemment impossible que cette anatomie puisse expliquer les traits distinctifs de la paralysie hystérique. Pour cette raison, il n'est pas permis de tirer au sujet de l'anatomie cérébrale des conclusions basées sur la symptomatologie de ces paralysies.

Assurément il faut s'adresser à la nature de la lésion pour obtenir cette explication difficile. Dans les paralysies organiques, la nature de la lésion joue un rôle secondaire, ce sont plutôt l'étendue et la localisation de la lésion qui, dans les conditions données de structure du système nerveux, produisent les caractères de la paralysie organique que nous

⁴¹ Paru en français dans les « Archives de Neurologie », n° 77, 1893. Gesammelte Werke, pp. 39-55. Edition française: S.Freud, « Résultats, idées, problèmes I », PUF, 1985, pp. 45-59.

avons relevés. Quelle pourrait être la nature de la lésion dans la paralysie hystérique, qui à elle seule domine la situation, indépendamment de la localisation, de l'étendue de la lésion et de l'anatomie du système nerveux ?

M. Charcot nous a enseigné assez souvent que c'est une lésion corticale mais purement **dynamique ou fonctionnelle**.

C'est une thèse dont on comprend bien le côté négatif. Cela équivaut à affirmer qu'on ne trouvera pas de changements de tissus appréciables à l'autopsie ; mais à un point de vue plus positif, son interprétation est loin d'être à l'abri de l'équivoque. **Qu'est-ce donc qu'une lésion dynamique ?** Je sais bien sûr que beaucoup de ceux qui lisent les oeuvres de M. Charcot croient que la lésion dynamique est bien une lésion, mais une lésion dont on ne retrouve pas la trace dans le cadavre, comme un oedème, une anémie, une hyperémie active. Mais ce sont là, bien qu'elles ne persistent pas nécessairement après la mort, qu'elles soient légères et fugaces, des lésions organiques vraies. Il est nécessaire que les paralysies produites par les lésions de cet ordre partagent en tout les caractères de la paralysie organique. L'oedème, l'anémie ne pourraient, plutôt que l'hémorragie et le ramollissement, produire la dissociation et l'intensité des paralysies hystériques. La seule différence serait que la paralysie par l'oedème, par la constriction vasculaire, etc. , doit être moins durable que la paralysie par destruction du tissu nerveux. Toutes les autres conditions leur sont communes et l'anatomie du système nerveux déterminera les propriétés de la paralysie aussi bien dans le cas d'anémie fugace que dans le cas d'anémie permanente et définitive. Je ne crois pas que ces remarques soient tout à fait gratuites. Si on lit « qu'il doit y avoir une lésion hystérique » dans tel ou tel centre, le même dont la lésion organique produirait le syndrome organique correspondant, si l'on se souvient qu'on s'est habitué à localiser la lésion hystérique dynamique de même manière que la lésion organique, on est porté à croire que sous l'expression « lésion dynamique » se cache l'idée d'une lésion comme l'oedème, l'anémie, qui, en vérité, sont des affections organiques passagères. J'affirme par contre que la lésion des paralysies hystériques doit être tout à fait indépendante de l'anatomie du système nerveux, puisque ***l'hystérie se comporte dans ses paralysies et autres manifestations comme si l'anatomie n'existait pas, ou comme si elle n'en avait nulle connaissance.***

Un bon nombre des caractères des paralysies hystériques justifient en vérité cette affirmation. L'hystérie est ignorante de la distribution des nerfs et c'est pour cette raison qu'elle ne simule pas les paralysies périphéro-spinales ou de projection ; elle ne connaît pas le chiasma des nerfs optiques et conséquemment elle ne produit pas l'hémianopsie. **Elle prend les organes dans le sens vulgaire, populaire du nom qu'ils portent** : la jambe est la jambe jusqu'à l'insertion de la hanche, le bras est l'extrémité supérieure comme elle se dessine sous les vêtements. Il n'y a pas de raison pour joindre à la paralysie du bras la paralysie de la face. L'hystérique qui ne sait pas parler n'a pas de motif pour oublier l'intelligence du langage, puisque aphasie motrice et surdité verbale n'ont aucune parenté dans la notion populaire, etc. Je ne peux que m'associer pleinement sur ce point aux vues que M. Janet a avancées dans les derniers numéros des *Archives de Neurologie* ; les paralysies hystériques en donnent la preuve aussi bien que les anesthésies et les symptômes psychiques.

Je tâcherai enfin de développer *comment pourrait être* la lésion qui est la cause des paralysies hystériques. Je ne dis pas que je montrerai comment elle est en fait ; il s'agit seulement d'indiquer la ligne de pensée qui peut conduire à une conception qui ne contredit pas aux propriétés de la paralysie hystérique, en tant qu'elle diffère de la paralysie organique cérébrale.

Je prendrai le mot « lésion fonctionnelle ou dynamique » dans son sens propre : « altération de fonction ou de dynamisme », altération d'une propriété fonctionnelle. Une telle altération serait par exemple une diminution de l'excitabilité ou d'une qualité physiologique qui dans l'état normal reste constante ou varie dans des limites déterminées.

.....
J'essaierai de montrer qu'il peut y avoir altération fonctionnelle sans lésion organique concomitante, sans lésion grossière palpable du moins, même au moyen de l'analyse la plus délicate. En d'autres termes, je donnerai un exemple approprié d'une altération de fonction primitive ; je ne demande pour cela que ***la permission de passer sur le terrain de la psychologie***, qu'on ne saurait éviter quand on traite de l'hystérie.

Je dis, avec M. Janet, que c'est la conception banale, populaire des organes et du corps en général, qui est en jeu dans les paralysies hystériques comme dans les anesthésies, etc. Cette conception n'est pas fondée sur une connaissance approfondie de l'anatomie nerveuse mais sur nos perceptions tactiles et surtout visuelles. Si elle détermine les caractères de la paralysie hystérique, celle-là doit bien se montrer ignorante et indépendante de toute notion de l'anatomie du système nerveux. La lésion de la paralysie hystérique sera donc une altération de la conception, de l'idée de bras, par exemple. Mais de quelle sorte est cette altération pour produire la paralysie ?

Considérée psychologiquement, la paralysie du bras consiste dans le fait que la conception du bras ne peut pas entrer en association avec les autres idées qui constituent le moi dont le corps de l'individu forme une partie importante. **La lésion serait donc l'abolition de l'accessibilité associative de la conception du bras. Le bras se comporte comme s'il**

n'existait pas pour le jeu des associations. Assurément si les conditions matérielles, qui correspondent à la conception du bras, se trouvent profondément altérées, cette conception sera perdue aussi, mais j'ai à montrer qu'elle peut être inaccessible sans qu'elle soit détruite et sans que son substratum matériel (le tissu nerveux de la région correspondante de l'écorce) soit endommagé.

Je commencerai par des exemples tirés de la vie sociale. On raconte l'histoire comique d'un sujet loyal qui ne voulut plus laver sa main, parce que son souverain l'avait touchée. La relation de cette main avec l'idée du roi semble si importante à la vie psychique de l'individu qu'il se refuse à faire entrer cette main en d'autres relations. Nous obéissons à la même impulsion si nous cassons le verre dans lequel nous avons bu à la santé des jeunes mariés ; les anciennes tribus sauvages brûlant le cheval, les armes et même les femmes du chef mort, avec son cadavre, obéissaient à cette idée que nul ne devait plus les toucher après lui. Le motif de toutes ces actions est bien clair. La **valeur affective** que nous attribuons à la première association d'un objet répugne à le faire entrer en association nouvelle avec un autre objet et par suite rend l'idée de cet objet inaccessible à l'association. Ce n'est pas une simple comparaison, c'est presque la chose identique, si nous passons dans le domaine de la psychologie des conceptions⁴². Si la conception du bras se trouve engagée dans une association d'une grande valeur affective, elle sera inaccessible au jeu libre des autres associations. *Le bras sera paralysé en proportion de la persistance de cette valeur affective ou de sa diminution par des moyens psychiques appropriés.* C'est la solution du problème que nous avons posé, car, dans tous les cas de paralysie hystérique, on trouve *que l'organe paralysé ou la fonction abolie est engagé dans une association subconsciente qui est munie d'une grande valeur affective, et l'on peut montrer que le bras devient libre aussitôt que cette valeur affective est effacée.* Alors la conception du bras existe dans le substratum matériel, mais elle n'est pas accessible aux associations et impulsions conscientes parce que toute son affinité associative, pour ainsi dire, est saturée dans une association subconsciente avec le souvenir de l'événement, du trauma, qui a produit cette paralysie.

C'est M. Charcot qui nous a enseigné le premier qu'il faut s'adresser à la psychologie pour l'explication de la névrose hystérique. Nous avons suivi son exemple, Breuer et moi, dans un mémoire préliminaire (Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene, *Neurolog. Zentralblatt*, No. 1 und 2, 1893). Nous démontrons dans ce mémoire que les symptômes permanents de l'hystérie dite non traumatique s'expliquent (à part les stigmates) par le même mécanisme que Charcot a reconnu dans les paralysies traumatiques. Mais nous donnons aussi la raison pour laquelle ces symptômes persistent et peuvent être guéris par un procédé spécial de psychothérapie hypnotique. **Chaque événement, chaque impression psychique est munie d'une certaine valeur affective (Affektbetrag), dont le moi se délivre ou par la voie de réaction motrice ou par un travail psychique associatif.** Si l'individu ne peut ou ne veut s'acquitter du **surcroît**, le souvenir de cette impression acquiert l'importance d'un trauma et devient la cause de symptômes permanents d'hystérie. L'impossibilité de l'élimination s'impose quand l'impression reste dans le subconscient. Nous avons appelé cette théorie : ***Das Abreagieren der Reizzuwächse.*** En résumé, je pense qu'il est bien en accord avec notre vue générale sur l'hystérie, telle que nous l'avons pu former d'après l'enseignement de M. Charcot, que la lésion dans les paralysies hystériques ne consiste pas en autre chose que dans l'inaccessibilité de la conception de l'organe ou de la fonction pour les associations du moi conscient, que cette altération purement fonctionnelle (avec intégrité de la conception même) est causée par la fixation de cette conception dans une association subconsciente avec le souvenir du trauma et que cette conception ne devient pas libre et accessible tant que la valeur affective du trauma psychique n'a pas été éliminée par la réaction motrice adéquate ou par le travail psychique conscient. Mais même si ce mécanisme n'a pas lieu, s'il faut pour la paralysie hystérique toujours une idée autosuggestive directe comme dans les cas traumatiques de M. Charcot, nous avons réussi à montrer de quelle nature la lésion ou plutôt l'**altération** dans la paralysie hystérique devrait être, pour expliquer ses différences avec la paralysie organique cérébrale.

Charcot⁴³

Avec J.-M. Charcot, surpris le 16 août de cette année 1893 par une mort brutale sans souffrance ni maladie, après une vie pleine de bonheur et de gloire, la jeune science neurologique a perdu bien trop tôt son plus grand promoteur, les neurologues de tous les pays leur maître et la France un de ses hommes les plus éminents. Il n'était âgé que de soixante-huit ans, sa vigueur physique comme sa fraîcheur intellectuelle semblaient le destiner comme il n'en dissimulait pas le souhait à cette longévité qui fut l'apanage de bon nombre de travailleurs intellectuels de ce siècle. Les neuf volumes prestigieux de ses oeuvres complètes, dans lesquels ses élèves ont rassemblé ses contributions à la médecine et à la

⁴² « Das Beispiel ist die Sache selbst » (Hegel)

⁴³ L'article nécrologique sur Charcot a paru dans le « Wiener Medizinische Wochenschrift », n°37 en 1893. Repris dans les *Gesammelte Werke*, I, 21-35. Edition française: « Résultats, idées, problèmes I », Paris, PUF, 1984, pp. 61-73.

neuropathologie et aussi les « Leçons du Mardi », les rapports annuels de sa clinique de la Salpêtrière entre bien d'autres, toutes ces publications qui resteront chères à la science et à ses élèves, ne sauraient remplacer pour nous l'homme, qui avait encore beaucoup à donner et à enseigner, et dont nul n'avait approché la personne et les oeuvres sans en tirer enseignement.

Il trouvait dans son grand succès un juste plaisir humain et aimait à parler de ses débuts et de la voie qu'il avait prise. Sa curiosité scientifique, racontait-il, avait été précocement éveillée par le matériel riche et totalement incompris alors des faits neuropathologiques, cela déjà lorsqu'il était jeune interne. Lorsqu'il faisait alors avec son médecin-chef la visite d'un des services de la Salpêtrière (bâtiment des femmes), traversant toute la jungle de paralysies, convulsions et contractures, qu'on ne savait il y a quarante ans ni nommer, ni comprendre, il avait coutume de dire : « *faudrait y retourner et y rester* » et il tint parole. Lorsqu'il fut devenu médecin des hôpitaux il s'efforça aussitôt de venir à la Salpêtrière dans un de ces services qui abritaient les malades nerveux et, y étant parvenu, **il y resta donc**, au lieu, comme les médecins-chefs français sont libres de le faire, de changer par rotation régulière d'hôpital et de service et de ce fait de spécialité.

Ainsi sa première impression et le projet qu'elle avait fait naître, avaient été déterminants pour toute son évolution ultérieure. L'important matériel de malades nerveux chroniques qu'il avait à sa disposition lui permettait maintenant de mettre en valeur ses dons propres. Ce n'était pas quelqu'un qui rumine, ni un penseur, mais une nature artistiquement douée, selon ses propres termes, un *visuel*, un voyant (*Seher*). Sur sa façon de travailler il nous racontait lui-même ce qui suit : il avait coutume de regarder toujours et à nouveau les choses qu'il ne connaissait pas, d'en renforcer l'impression jour après jour jusqu'à ce que soudain la compréhension en surgît. Devant l'oeil de son esprit s'ordonnait alors le chaos, dont le retour incessant des mêmes symptômes avait donné l'illusion ; on voyait apparaître les nouveaux tableaux pathologiques, caractérisés par la connexion constante de certains groupes de symptômes ; les formes complètes et extrêmes, les « types », se détachaient à l'aide d'une sorte particulière de schématisation, et à partir des types l'oeil parcourait la longue série des formes atténuées, des *formes frustes*, qui depuis tels ou tels indices caractéristiques du type se perdaient dans l'indéterminé. Il appelait cette sorte de travail intellectuel où il n'avait pas son pareil, « faire de la nosographie » (*Nosographie treiben*) et il en était fier. On pouvait l'entendre dire que la plus grande satisfaction qu'un homme puisse vivre était de **voir quelque chose de nouveau**, c'est-à-dire de le reconnaître comme nouveau, et, par des remarques toujours répétées, il revenait à la difficulté et aux mérites de ce « voir ». D'où venait-il donc que les hommes ne voyaient jamais en médecine ce qu'ils avaient déjà appris à voir, comme il était merveilleux de pouvoir voir brusquement de nouvelles choses - de nouveaux états pathologiques - qui pourtant étaient vraisemblablement aussi vieilles que le genre humain, et comme il devait lui-même se dire qu'il voyait maintenant bien des choses qui avaient durant trente ans échappé à son regard dans ses salles de malades. Quel trésor de formes la neuropathologie a gagné grâce à lui, quelle acuité et sûreté de diagnostic ses observations ont rendu possibles, il est à peine besoin de le signaler au médecin. Mais l'élève qui, avec lui, avait parcouru pendant des heures les salles de malades de la Salpêtrière, ce musée de faits cliniques, dont les noms et la particularité étaient dus à lui-même pour la plus grande part, cet élève était conduit à évoquer **Cuvier**, dont la statue devant le jardin des Plantes montre ce grand savant qui a décrit le monde animal, entouré de la profusion des formes animales, ou bien il était conduit à penser au mythe d'Adam, qui avait dû éprouver au plus haut degré cette jouissance intellectuelle prisée par Charcot, lorsque Dieu lui avait présenté les êtres vivants du Paradis pour qu'il les distingue et les nomme.

Charcot ne se fatigua jamais non plus de défendre contre les empiétements de la médecine théorique les droits **du pur travail clinique qui consiste à voir et ordonner**. Nous étions un jour un petit groupe d'étrangers réunis qui, élevés dans la physiologie académique allemande, l'importunions en argumentant ses innovations cliniques : « Mais cela ne peut pas être » lui objecta une fois l'un de nous, « cela contredit la théorie de Young-Helmholtz ». Il ne répliqua pas : « Tant pis pour la théorie, les faits de la clinique ont la préséance », etc., mais il nous dit bel et bien, ce qui nous fit une grosse impression : « *La théorie c'est bon, mais ça n'empêche pas d'exister* ».

Pendant de longues années Charcot occupa la chaire d'anatomie pathologique à Paris, et poursuivit sans en être chargé, comme une activité marginale, ses travaux et ses leçons de neuropathologie, qui le rendirent rapidement célèbre même à l'étranger ; pour la neuropathologie, ce fut alors une chance que le même homme pût se charger de l'exercice de deux compétences, créant d'un côté les tableaux pathologiques par l'observation clinique et démontrant de l'autre, dans le type comme dans la forme fruste l'existence de la même altération anatomique comme fondement du mal. On connaît universellement les résultats obtenus par cette méthode anatomo-clinique de Charcot, dans le domaine des maladies nerveuses organiques, tabès, sclérose multiple, sclérose latérale amyotrophique, etc. Souvent il fallait pendant des années ronger patiemment son frein avant que, dans ces affections chroniques qui ne mènent pas directement à la mort, n'arrive la preuve de l'altération organique, et **seul un hospice comme la Salpêtrière pouvait permettre de suivre et de conserver les malades pendant de si longues durées**. Le premier fait de cette sorte établi par Charcot le fut d'ailleurs avant qu'il ne disposât d'un service. Le hasard lui amena pendant ses années d'études une servante qui souffrait d'un

tremblement particulier et qui n'avait pu trouver aucune place à cause de sa maladresse. Charcot reconnut son état comme la paralysie choréiforme que Duchenne avait déjà décrite mais dont on ignorait sur quoi elle reposait. Il garda l'intéressante servante bien qu'elle lui coûtât au fil des années une petite fortune en plats et assiettes, et lorsque enfin elle mourut, il put démontrer sur elle que la paralysie choréiforme est l'expression clinique de la sclérose cérébro-spinale multiple.

L'anatomie pathologique a deux services à rendre à la neuropathologie : à côté de la démonstration de l'altération morbide, l'établissement de sa localisation, et nous savons tous que dans les deux dernières décennies c'est la seconde partie de la tâche qui a suscité le plus grand intérêt et connu les plus grands progrès. Charcot a aussi contribué à cette oeuvre de la façon la plus éminente, bien que les découvertes qui ont ouvert la voie ne proviennent pas de lui. Il suivit tout d'abord les traces de notre compatriote Türck qui, comme on sait, a vécu comme un chercheur assez isolé dans notre milieu, et, lorsque arrivèrent les deux grandes nouveautés qui inauguraient une nouvelle époque dans notre connaissance de la « localisation des maladies nerveuses », les expériences de stimulation de Hitzig-Fritsch et les observations de Flechsig sur le développement de la moelle, il a dans ses leçons sur la localisation contribué au plus et au mieux à faire concorder les nouvelles doctrines avec la clinique et à les rendre fécondes pour elle. En ce qui concerne spécialement la relation de la musculature corporelle à la zone motrice du cerveau humain, je rappelle la longue période pendant laquelle la nature exacte et la topique de cette relation furent en question (représentation commune des deux extrémités aux mêmes lieux - représentation de l'extrémité supérieure dans la circonvolution centrale antérieure et de l'extrémité inférieure dans la circonvolution centrale postérieure, donc une division verticale) jusqu'à ce qu'enfin des observations cliniques suivies et des expériences de stimulation et d'extirpation chez l'homme vivant, à l'occasion d'interventions chirurgicales, décidassent en faveur des vues de Charcot et Pitres que le tiers moyen des circonvolutions centrales sert principalement à la représentation des bras, le tiers supérieur et la partie médiane à la représentation des jambes, et qu'ainsi c'est une division horizontale qui est réalisée dans la région motrice.

Il serait vain de vouloir montrer l'importance de Charcot pour la neuropathologie en énumérant un à un ses travaux, car au cours des deux dernières décennies il n'y a guère eu de thèmes de quelque portée, à la présentation et à la discussion desquels l'école de la Salpêtrière n'ait pris une part éminente. « L'école de la Salpêtrière », c'était naturellement Charcot lui-même, qu'il n'était pas difficile de reconnaître en chacun des travaux de ses élèves, à la richesse de son expérience, à la clarté limpide de sa diction et au caractère plastique de ses descriptions. Dans le cercle des jeunes hommes qu'il attirait ainsi à lui et qu'il fit participer à ses recherches, certains s'élevèrent alors à la conscience de leur individualité, se firent eux-mêmes un nom éclatant, et ici et là il arriva aussi que tel se distingua par une affirmation que le maître trouvait plus brillante que juste et qu'il combattait assez sarcastiquement dans ses propos et ses leçons, sans que la relation à l'élève aimé en souffrît. En fait Charcot laisse derrière lui une troupe d'élèves dont la qualité intellectuelle et à ce jour les travaux offrent la garantie que la discipline neuropathologique à Paris ne descendra pas de sitôt des hauteurs où Charcot l'a placée.

A Vienne, nous avons pu faire plusieurs fois l'expérience que l'importance intellectuelle d'un professeur d'université ne va pas nécessairement de pair avec cette influence personnelle directe sur la jeunesse qui se manifeste dans la création d'une école nombreuse et de valeur. Que Charcot ait été tellement plus heureux sur ce point, on doit l'attribuer aux qualités personnelles de l'homme, au charme magique émanant de son apparence et de sa voix, à l'ouverture affable qui caractérisait ses manières, dès que les relations avaient dépassé de part et d'autre la distance du premier stade, à la disponibilité avec laquelle il mettait tout à la disposition de ses élèves et à la fidélité qu'il leur gardait la vie durant. Les heures qu'il passait dans ses salles de malades étaient des heures de communauté et d'échange de pensées avec tout son état-major médical ; là il ne s'isolait jamais ; le plus jeune externe avait la possibilité de le voir au travail et pouvait le déranger dans ce travail et les étrangers qui dans les années ultérieures ne manquèrent jamais à sa visite jouissaient de la même liberté. Enfin, lorsqu'en soirée Mme Charcot ouvrait sa demeure accueillante à une société choisie, secondée par une fille pleine de dons, s'épanouissant dans la ressemblance à son père, les élèves et les assistants de son mari, qui ne manquaient jamais, étaient là comme une partie de la famille face aux invités.

L'année 1882 ou 1883 donna leur forme définitive aux conditions de vie et de travail de Charcot. On avait acquis la conviction que l'action de cet homme constituait une partie du patrimoine de gloire de la nation, qui fut d'autant plus jalousement préservé après la malheureuse guerre de 1870-1871. Le gouvernement à la tête duquel se trouvait Gambetta, ce vieil ami de Charcot, créa pour lui une chaire de neuropathologie à la Faculté, pour laquelle il pouvait renoncer à l'anatomie pathologique, et une clinique à la Salpêtrière, accompagnée d'instituts scientifiques annexes.

« Le service de M. Charcot » comprenait désormais, à côté des anciens pavillons occupés par des malades chroniques, plusieurs salles dans lesquelles on admettait aussi des hommes, un gigantesque service ambulatoire, la Consultation externe, un laboratoire d'histologie, un musée, une section d'électrothérapie, et un atelier photographique personnel, tout autant de moyens pour attacher durablement à la Clinique dans des places stables d'anciens assistants et élèves. Ces bâtiments de deux étages, à l'aspect délabré, avec les cours qu'ils enserraient, rappelaient de façon frappante aux

étrangers notre Hôpital général, mais la ressemblance n'allait guère loin. « Ce n'est peut-être pas beau ici », disait Charcot, en montrant son domaine au visiteur, « mais on trouve de la place pour tout ce qu'on veut faire ».

Charcot était à l'apogée de sa vie lorsque fut mise à sa disposition cette plénitude de moyens d'enseignement et de recherches. C'était un travailleur infatigable et je pense toujours et encore le plus zélé de toute l'école. Une consultation privée où se pressaient les malades « de Samarcande et des Antilles » ne réussit pas à l'éloigner de son activité enseignante et de ses recherches. Il est certain que cet afflux d'êtres humains ne s'adressait pas seulement au célèbre chercheur, mais tout autant à ce grand médecin et ami des hommes qui savait toujours trouver une réponse, et qui devinait là où l'état présent de la science ne lui permettait pas de savoir. On lui a mainte fois fait reproche de sa thérapeutique qui, par la richesse de ses prescriptions, ne pouvait qu'offenser les scrupules d'un esprit rationaliste. Pourtant il ne faisait que poursuivre les méthodes en usage en ce lieu et en ce temps, sans beaucoup se leurrer sur leur efficacité. Il n'était d'ailleurs pas pessimiste concernant les espoirs thérapeutiques et à tel ou tel moment il a prêté la main dans sa clinique, à l'essai de nouvelles méthodes de traitement, dont le succès éphémère a trouvé d'un autre côté son explication. Comme enseignant, Charcot était littéralement fascinant, chacune de ses conférences était un petit chef-d'oeuvre de construction et d'articulation, à la forme achevée et à ce point pénétrant que de toute la journée on ne pouvait chasser de son oreille la parole entendue et de son esprit l'objet de sa présentation. Il présentait rarement un malade unique, mais la plupart du temps une série ou des cas contrastés qu'il comparait entre eux. La salle dans laquelle il donnait ses leçons était ornée d'un tableau qui représente le « citoyen » Pinel faisant ôter leurs chaînes aux pauvres insensées de la Salpêtrière ; la Salpêtrière qui pendant la Révolution avait vu tant d'horreurs avait bien été aussi le lieu de cette révolution-là, la plus humaine de toutes. Le maître Charcot lui-même pendant une telle leçon faisait une impression particulière ; lui qui d'habitude débordait de vivacité et de gaieté, qui avait toujours sur les lèvres un mot d'esprit, avait alors, sous sa cape de velours, un air grave et solennel et même, comme s'il avait véritablement pris de l'âge, sa voix à nos oreilles était comme assourdie, et nous pouvions un peu comprendre pourquoi des étrangers malveillants en venaient à faire à l'ensemble de la leçon le reproche de théâtralisme. Ceux qui parlaient ainsi étaient sans doute habitués au manque de forme de la conférence clinique allemande ou bien ils oubliaient que Charcot ne prononçait par semaine qu'une seule leçon qu'il pouvait donc soigneusement préparer.

Si Charcot, avec cette leçon solennelle où tout devait être préparé et où tout devait porter juste, suivait vraisemblablement une tradition bien enracinée, il n'en éprouvait pas moins aussi le besoin de donner à ses auditeurs une image moins travaillée de son activité. C'est à quoi lui servait la consultation de la clinique, qu'il assurait personnellement dans ce qu'on a appelé « Les Leçons du Mardi ». Là il s'attaquait à des cas totalement inconnus de lui, il s'exposait à tous les aléas de l'examen, à toutes les fausses routes d'une première investigation, il se dépouillait de son autorité pour avouer à l'occasion que tel cas n'autorisait aucun diagnostic, que dans tel autre les apparences l'avaient trompé, et jamais il n'apparaissait plus grand à ses auditeurs que lorsqu'il s'était efforcé de réduire le fossé entre maître et élèves en rendant compte le plus fidèlement possible de ses démarches de pensée et en s'ouvrant au mieux de ses doutes et de ses scrupules. La publication de ces conférences improvisées des années 1887 et 1888, d'abord en français, aujourd'hui aussi en langue allemande, a encore élargi sans limite le cercle de ses admirateurs, et jamais oeuvre neuropathologique n'est parvenue dans le public médical à un succès comparable.

A peu près au moment où fut fondée la Clinique et où Charcot se retira de l'anatomie pathologique, il se produisit dans ses orientations scientifiques une mutation à laquelle nous devons ses plus beaux travaux. Il déclara alors que la théorie des maladies nerveuses organiques était pour le moment à peu près achevée, **et il commença à tourner son intérêt presque exclusivement vers l'hystérie qui se trouva ainsi d'un coup placée au foyer de l'attention générale.** Cette maladie nerveuse, la plus énigmatique de toutes, dont les médecins n'avaient encore trouvé à rendre compte d'aucun point de vue valable, était justement à cette époque fort tombée en discrédit, celui-ci s'étendant aussi bien aux malades qu'aux médecins qui s'occupaient de cette névrose. On disait que dans l'hystérie tout était possible, et l'on ne voulait rien croire venant des hystériques. **Le travail de Charcot restitua d'abord toute sa dignité à ce sujet ; on abandonna peu à peu l'habitude du sourire méprisant auquel la malade pouvait alors s'attendre à coup sûr ;** celle-ci n'était plus par nécessité une simulatrice, puisque Charcot de toute son autorité répondait de l'authenticité et de l'objectivité des phénomènes hystériques. Charcot avait répété en petit l'acte de libération, en mémoire duquel l'image de Pinel ornait l'amphithéâtre de la Salpêtrière. Après avoir renoncé à la crainte aveugle d'être mystifié par les pauvres malades, crainte qui jusqu'alors avait entravé une étude sérieuse de la névrose, on pouvait se demander comment aborder les choses pour arriver par le plus court chemin à la solution du problème. Pour un observateur sans aucune prévention, l'enchaînement suivant se serait présenté :

Si je trouve un être humain dans un état comportant tous les signes d'un affect douloureux, pleurs, cris, agitation, je suis tout disposé à conclure qu'il faut supposer

Wenn ich einen Menschen in einem Zustande finde, der alle Zeichen eines schmerzhaften Affekts an sich trägt, im Weinen, Schreien, Toben, so liegt mir der

chez cette personne l'existence d'un processus psychique dont la manifestation justifiée est constituée par ces phénomènes corporels. L'homme sain serait alors capable de faire savoir quelle impression le tourmente, **l'hystérique, lui, répondrait qu'il ne le sait pas**, et ce problème serait aussitôt posé : d'où vient-il que l'hystérique est soumis à un affect dont il affirme ne rien savoir du motif. Si l'on tient ferme à cette conclusion qu'il doit exister un processus psychique correspondant, et si pourtant l'on persiste à ajouter foi à l'affirmation du malade qui dénie celui-ci, si l'on rassemble les divers indices dont il ressort que le malade se comporte comme s'il en avait pourtant connaissance, si l'on explore l'histoire du malade et si l'on trouve dans celle-ci une circonstance, un traumatisme apte à provoquer précisément ces expressions d'affect-là, alors tout cela nous pousse à cette solution que le malade se trouve dans un état psychique particulier, dans lequel le lien d'interdépendance n'englobe plus toutes les impressions ou les souvenirs de celles-ci, dans lequel un souvenir isolé a la possibilité d'exprimer son affect par des phénomènes corporels, sans que le groupe des autres processus psychiques, le moi, en ait connaissance ou puisse intervenir pour l'empêcher, et le souvenir de la dissemblance psychologique bien connue entre sommeil et veille aurait pu atténuer le caractère étrange de cette hypothèse. Que l'on n'objecte pas que la théorie d'un clivage de la conscience comme solution de l'énigme de l'hystérie est bien trop éloignée pour pouvoir s'imposer à l'observateur non prévenu et non spécialisé. En fait, le Moyen Age avait bien choisi cette solution lorsqu'il déclarait que la possession par un démon était la cause des phénomènes hystériques ; il aurait suffi de substituer à la terminologie religieuse de cette époque obscure et superstitieuse celle, scientifique, du temps présent.

Schluss nahe, einen seelischen Vorgang in diesem Menschen zu vermuten, dessen berechnete Äusserung jene körperlichen Phänomene sind. Der Gesunde wäre dann imstande mitzuteilen, welcher Eindruck ihn peinigt, **der Hysterische würde antworten, er wisse es nicht**, und das Problem wäre sofort gegeben, woher es komme, dass der Hysterische einem Affekt unterliegt, von dessen Veranlassung er nichts zu wissen behauptet. Hält man nun an seinem Schlusse fest, dass ein entsprechender psychischer Vorgang vorhanden sein müsse, und schenkt dabei doch der Behauptung des Kranken Glauben, der denselben verleugnet, sammelt man die vielfachen Anzeichen, aus denen hervorgeht, dass der Kranke sich so benimmt, als wüsste er doch darum, forscht man in der Lebensgeschichte des Kranken nach und findet in derselben einen Anlass, ein Trauma, welches geeignet ist, gerade solche Affektausserungen zu erzeugen, so drängt dies alles zur Lösung, dass der Kranke sich in einem besonderen Seelenzustande befinde, in dem das Band des Zusammenhanges nicht mehr alle Eindrücke oder Erinnerungen an solche umschlinge, in dem es einer Erinnerung möglich sei, ihren Affekt durch körperliche Phänomene zu äussern, ohne dass die Gruppe der anderen seelischen Vorgänge, das Ich, darum wisse oder hindernd eingreifen könne, und die Erinnerung an die allbekannte psychologische Verschiedenheit von Schlaf und Wachen hätte das fremdartige dieser Annahme verringern können. Man wende nicht ein, dass die Theorie einer Spaltung des Bewusstseins als Lösung des Rätsels der Hysterie viel zu fern liegt, als dass sie sich dem unbefangenen und ungeschulten Beobachter aufdrängen könnte. Tatsächlich hatte das Mittelalter doch diese Lösung gewählt, indem es die Besessenheit durch einen Dämon für die Ursache der hysterischen Phänomene erklärte ; es hätte sich nur darum gehandelt für die religiöse Terminologie jener dunkeln und abergläubischen Zeit die Wissenschaftliche der Gegenwart einzusetzen.

Charcot ne s'engagea pas dans cette voie pour élucider l'hystérie, bien qu'il ait abondamment puisé dans les comptes rendus qui nous restent encore sur les procès de sorcellerie et sur les possessions, pour démontrer que les manifestations de la névrose étaient alors les mêmes qu'aujourd'hui. Il traita l'hystérie comme un nouveau thème de la neuropathologie,

fit la description complète de ses manifestations, y démontra l'existence de lois et de règles et apprit à connaître les symptômes qui rendent possible un diagnostic de l'hystérie. Les recherches les plus minutieuses entreprises par lui et ses élèves s'étendirent aux troubles hystériques de la sensibilité au niveau de la peau et des organes profonds, au comportement des organes des sens, aux particularités des contractures et paralysies hystériques, des troubles trophiques et des modifications du métabolisme. On décrit les formes multiples de l'attaque hystérique, on dressa un schéma qui dépeignait la configuration typique de la grande attaque hystérique, en quatre stades, et qui permettait de ramener au type les « petites » attaques couramment observées, de même on étudia la situation et la fréquence des zones dites hystérogènes, leur relation avec les attaques, etc. Muni de toutes ces connaissances sur les manifestations de l'hystérie, on fit alors une série de découvertes surprenantes ; on retrouva l'hystérie dans le sexe masculin et particulièrement chez les hommes de la classe ouvrière avec une fréquence que l'on n'avait pas soupçonnée, on se convainquit que certains cas accidentels, que l'on avait attribué à l'intoxication par l'alcool ou par le plomb, appartenaient à l'hystérie, on fut en mesure de subsumer sous l'hystérie un grand nombre d'affections qui restaient jusque-là incomprises et isolées, et de dégager la part de l'hystérie, là où la névrose s'était mêlée à d'autres affections en des tableaux complexes. Les recherches qui eurent la plus grande portée furent bien celles qui portaient sur les affections nerveuses après des traumatismes graves, **les « névroses traumatiques », dont la conception est encore en discussion, et dans lesquelles Charcot avait plaidé avec succès la cause de l'hystérie.**

Les dernières extensions du concept d'hystérie ayant si fréquemment amené à rejeter des diagnostics étiologiques, il apparut nécessaire de se consacrer à l'étiologie de l'hystérie. Charcot posa pour celle-ci une formule simple : l'hérédité doit être prise comme cause unique, l'hystérie est par conséquent une forme de la dégénérescence, un membre de la famille névropathique ; tous les autres facteurs étiologiques jouent le rôle de causes occasionnelles, d'agents provocateurs.

La construction de ce grand édifice ne se fit naturellement pas sans une violente opposition, mais c'était l'opposition stérile d'une ancienne génération, qui ne voulait rien entendre d'un changement de ses conceptions ; les plus jeunes parmi les neuropathologistes, en Allemagne également, acceptèrent les théories de Charcot dans une plus ou moins grande proportion. Charcot lui-même était parfaitement certain de la victoire de ses théories sur l'hystérie ; si l'on prétendait lui objecter que les quatre stades de l'attaque, l'hystérie chez les hommes, etc., ne pouvaient s'observer ailleurs qu'en France, il rappelait combien de temps ces choses lui avaient à lui-même échappé, et répétait que l'hystérie était la même en tout lieu et en tout temps. Il était très sensible au reproche selon lequel les Français étaient une nation bien plus nerveuse que d'autres, et l'hystérie en quelque sorte une tare nationale, et il se réjouit d'autant lorsqu'une publication « à propos d'un cas d'épilepsie réflexe » lui permit de faire à distance le diagnostic d'hystérie chez un grenadier prussien.

Sur un point de son travail Charcot dépassa encore le niveau de son approche habituelle de l'hystérie, et fit un pas qui lui assura aussi pour tous les temps la gloire d'être **le premier à avoir expliqué l'hystérie. En étudiant les paralysies hystériques qui surviennent après des traumatismes**, il lui vint l'idée de reproduire artificiellement ces paralysies qu'il avait précédemment différenciées avec soin des paralysies organiques et il se servit à cette fin de patients hystériques qu'il mettait, en les hypnotisant, en état de somnambulisme. Par une démonstration sans faille, il parvint à prouver que ces paralysies étaient le résultat de représentations qui dominaient le cerveau dans des moments de disposition particulière. **Ainsi était pour la première fois élucidé le mécanisme d'un phénomène hystérique, et c'est de ce morceau de recherche clinique d'une incomparable beauté que partit son propre élève P. Janet, que partirent Breuer et d'autres pour jeter les bases d'une théorie de la névrose qui coïncide avec la conception du Moyen Age, une fois remplacé le « démon » de l'imagination cléricale par une formule psychologique.**

L'étude par Charcot des phénomènes hypnotiques chez les hystériques contribua grandement au développement de cet important domaine de faits jusqu'alors négligés et méprisés, le poids de son nom mettant fin une fois pour toutes au doute sur la réalité des manifestations hypnotiques. Mais la matière purement psychologique ne supportait pas le traitement exclusivement nosographique qu'elle trouvait à l'École de la Salpêtrière. La limitation de l'étude de l'hypnose aux hystériques, la distinction du grand et du petit hypnotisme, la mise en place de trois stades de la « grande hypnose » et sa caractérisation par des phénomènes somatiques, **tout ceci s'écroula dans l'appréciation des contemporains lorsque Bernheim, élève de Liébault, entreprit d'édifier la doctrine de l'hypnotisme sur une base psychologique plus large et de faire de la suggestion le noyau de l'hypnose.** Seuls les adversaires de l'hypnotisme, qui se contentent de dissimuler leur manque d'expérience personnelle par la référence à une autorité, s'accrochent encore aux positions de Charcot et aiment à utiliser une déclaration de ses dernières années qui dénie à l'hypnose toute portée curative.

De même, les théories étiologiques que Charcot soutenait dans sa thèse de la famille névropathique, et dont il avait fait le fondement de sa conception d'ensemble des maladies nerveuses, seront assez vite à ébranler et à corriger. Charcot surestimait tant l'hérédité comme cause qu'il ne resta plus de place pour ce qu'il y a d'acquis dans les neuropathies ; il n'attribuait à la syphilis qu'une modeste place parmi les agents provocateurs, et ni pour l'étiologie ni pour le reste il ne

séparait avec suffisamment d'acuité les affections nerveuses organiques des névroses. Il est inévitable que le progrès de notre science, en accroissant nos connaissances, dévalue en même temps bien des choses que Charcot nous a enseignées, mais nulle vicissitude des temps ou des mentalités ne saura porter atteinte à la gloire future de l'homme, dont aujourd'hui en France et ailleurs, nous portons tous le deuil.

Vienne, août 1893.

Le jeu de la bobine⁴⁴

A la suite de graves commotions mécaniques, de catastrophes de chemin de fer et d'autres accidents impliquant un danger pour la vie, on voit survenir un état qui a été décrit depuis longtemps sous le nom de « névrose traumatique ». La guerre terrible, qui vient de prendre fin, a engendré un grand nombre d'affections de ce genre et a, tout au moins, montré l'inanité des tentatives consistant à rattacher ces affections à des lésions organiques du système nerveux, qui seraient elles-mêmes consécutives à des violences mécaniques. Le tableau de la névrose traumatique se rapproche de celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs, mais s'en distingue généralement par les signes très nets de souffrance subjective, comme dans les cas de mélancolie ou d'hypochondrie, et par un affaiblissement et une désorganisation très prononcés de presque toutes les fonctions psychiques. Jusqu'à ce jour, on n'a pas réussi à se faire une notion bien exacte, tant des névroses de guerre que des névroses traumatiques du temps de paix. Ce qui, dans les névroses de guerre, semblait à la fois éclaircir et embrouiller la situation, c'était le fait que le même tableau morbide pouvait, à l'occasion, se produire en dehors de toute violence mécanique brutale.

Quant à la névrose traumatique commune, elle offre deux traits susceptibles de nous servir de guides, à savoir que la surprise, la frayeur semblent jouer un rôle de premier ordre dans le déterminisme de cette névrose et que celle-ci paraît incompatible avec l'existence simultanée d'une lésion ou d'une blessure. On considère généralement les mots frayeur, peur, angoisse (*Schreck, Furcht, Angst*) comme des synonymes. En quoi on a tort, car rien n'est plus facile que de les différencier, lorsqu'on les considère dans leurs rapports avec un danger. L'angoisse est un état qu'on peut caractériser comme un état d'attente de danger, de préparation au danger, connu ou inconnu ; la peur suppose un objet déterminé en présence duquel on éprouve ce sentiment ; quant à la frayeur, elle représente un état que provoque un danger actuel, auquel on n'était pas préparé : ce qui la caractérise principalement, c'est la surprise (*Überraschung*). Je ne crois pas que l'angoisse soit susceptible de provoquer une névrose traumatique ; **il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre la frayeur et contre la névrose qu'elle provoque**. Mais c'est là un point sur lequel nous aurions encore à revenir.

L'étude du rêve peut être considérée comme le moyen d'exploration le plus sûr des processus psychiques profonds. Or, les rêves des malades atteints de névrose traumatique sont caractérisés par le fait que le sujet se trouve constamment ramené à la situation constituée par l'accident et se réveille chaque fois avec une nouvelle frayeur. On ne s'étonne pas assez de ce fait. On y voit une preuve de l'intensité de l'impression produite par l'accident traumatique, cette impression, dit-on, ayant été tellement forte qu'elle revient au malade même pendant le sommeil. Il y aurait, pour ainsi dire, fixation psychique du malade au traumatisme. Or, ces fixations à l'événement traumatique qui a provoqué la maladie nous sont connues depuis longtemps, en ce qui concerne l'hystérie. Breuer et Freud ont formulé dès 1893 cette proposition : « les hystériques souffrent principalement de réminiscences ». Et dans les névroses de guerre, des observateurs comme Ferenczi et Simmel ont cru pouvoir expliquer certains symptômes moteurs par la fixation au traumatisme.

Or, je ne sache pas que les malades atteints de névrose traumatique soient beaucoup préoccupés dans leur vie éveillée par le souvenir de leur accident. Ils s'efforcent plutôt de ne pas y penser. En admettant comme une chose allant de soi que le rêve nocturne les replace dans la situation génératrice de la maladie, on méconnaît la nature du rêve. Il serait plus conforme à cette nature que les rêves de ces malades se composent de tableaux remontant à l'époque où ils étaient bien portants ou se rattachant à leur espoir de guérison. Si, malgré la qualité des rêves qui accompagnent la névrose traumatique, comme seule correspondant à la réalité des faits, la conception d'après laquelle la tendance prédominante des rêves serait celle qui a pour objet la réalisation de désirs, il ne nous reste qu'à admettre que dans cet état la fonction du rêve a subi, comme beaucoup d'autres fonctions, une grave perturbation, qu'elle a été détournée de son but ; ou bien nous devrions appeler à la rescousse les mystérieuses tendances masochistes.

⁴⁴ Extrait de « Au-delà du principe de plaisir » (1920), GW XIII, pp. 9-15. Edition française: « Essais de psychanalyse », Paris, PB Payot, 1967, pp. 13-20.

Je propose donc de laisser de côté l'obscur et nébuleuse question de la névrose traumatique et d'étudier la manière dont travaille l'appareil psychique, en s'acquittant d'une de ses tâches normales et précoces : il s'agit des jeux des enfants.

J'ai profité d'une occasion qui s'était offerte à moi, pour étudier les agissements d'un garçon âgé de 18 mois, au cours de son premier jeu, qui était de sa propre invention. Il s'agit là de quelque chose de plus qu'une rapide observation, car j'ai, pendant plusieurs semaines, vécu sous le même toit que cet enfant et ses parents, et il s'est passé pas mal de temps avant que j'eusse deviné le sens de ses agissements mystérieux et sans cesse répétés.

L'enfant ne présentait aucune précocité au point de vue intellectuel ; âgé de 18 mois, il ne prononçait que quelques rares paroles compréhensibles et émettait un certain nombre de sons significatifs que son entourage comprenait parfaitement ; ses rapports avec les parents et la seule domestique de la maison étaient excellents, et tout le monde louait son « gentil » caractère. Il ne dérangeait pas ses parents la nuit, obéissait consciencieusement à l'interdiction de toucher à certains objets ou d'entrer dans certaines pièces et, surtout, il ne pleurait jamais pendant les absences de sa mère, absences qui duraient parfois des heures, bien qu'il lui fût très attaché, parce qu'elle l'a non seulement nourri au sein, mais l'a élevé et soigné seule, sans aucune aide étrangère. Cet excellent enfant avait cependant l'habitude d'envoyer tous les petits objets qui lui tombaient sous la main dans le coin d'une pièce, sous un lit, etc., et ce n'était pas un travail facile que de rechercher ensuite et de réunir tout cet attirail du jeu. En jetant loin de lui les objets, il prononçait, avec un air d'intérêt et de satisfaction, le son prolongé o-o-o-o qui, d'après les jugements concordants de la mère et de l'observateur, n'était nullement une interjection, mais signifiait le mot « Fort » (Loin). Je me suis finalement aperçu que c'était là un jeu et que l'enfant n'utilisait ses jouets que pour « les jeter au loin ». Un jour je fis une observation qui confirma ma manière de voir. L'enfant avait une bobine de bois, entourée d'une ficelle. Pas une seule fois l'idée ne lui était venue de traîner cette bobine derrière lui, c'est-à-dire de jouer avec elle à la voiture ; mais tout en maintenant le fil, il lançait la bobine avec beaucoup d'adresse par-dessus le bord de son lit entouré d'un rideau, où elle disparaissait. Il prononçait alors son invariable o-o-o-o, retirait la bobine du lit et la saluait cette fois par un joyeux « Da ! » (« Voilà ! »). Tel était le jeu complet, comportant une disparition et une réapparition, mais dont **on ne voyait généralement que le premier acte, lequel était répété inlassablement**, bien qu'il fût évident que c'est le deuxième acte qui procurait à l'enfant le plus de plaisir. (Note de bas de page : L'observation ultérieure confirma pleinement cette interprétation. Un jour, la mère rentrant à la maison après une absence de plusieurs heures, fut saluée par l'exclamation : « Bébé o-o-o-o » qui tout d'abord parut inintelligible. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir que pendant cette longue absence de la mère l'enfant avait trouvé le moyen de se faire disparaître lui-même. Ayant aperçu son image dans une grande glace qui touchait presque le parquet, il s'était accroupi, ce qui avait fait disparaître l'image.)

L'interprétation du jeu fut alors facile. Il était en rapport avec l'énorme effort civilisateur développé par l'enfant pour venir à bout d'un renoncement pulsionnel (ou plutôt le renoncement à une satisfaction pulsionnelle) - *Dieses Spiel war im Zusammenhang mit der grossen kulturellen Leistung des Kindes mit dem von ihm zustande gebrachten Triebverzicht (Verzicht auf Triebbefriedigung)* - et consentir sans protestation au départ de la mère. L'enfant se dédommageait pour ainsi dire de ce départ et de cette absence, en reproduisant, avec les objets qu'il avait sous la main, la scène de la disparition et de la réapparition. La valeur affective de ce jeu est naturellement indépendante du fait de savoir si l'enfant l'a inventé lui-même ou s'il lui a été suggéré par quelqu'un ou quelque chose. Ce qui nous intéresse, c'est un autre point. Il est certain que le départ de la mère n'était pas pour l'enfant un fait agréable ou, même, indifférent. Comment alors concilier avec le principe du plaisir le fait qu'en jouant il reproduisait cet événement pour lui pénible ? On dirait peut-être que si l'enfant transformait en un jeu le départ, c'était parce que celui-ci précédait toujours et nécessairement le joyeux retour qui devait être le véritable objet du jeu ? Mais cette explication ne s'accorde guère avec l'observation, car le premier acte, le départ, formait un jeu indépendant et que l'enfant reproduisait cette scène beaucoup plus souvent que celle du retour, et en dehors d'elle.

L'analyse d'un cas de ce genre ne fournit guère les éléments d'une conclusion décisive. Une observation exempte de parti-pris laisse l'impression que si l'enfant a fait de l'événement qui nous intéresse l'objet d'un jeu, ç'a été pour d'autres raisons. **Il se trouvait devant cet événement dans une attitude passive, le subissait pour ainsi dire ; et voilà qu'il assume un rôle actif, en le reproduisant sous la forme d'un jeu, malgré son caractère désagréable.** On pourrait dire que l'enfant cherchait ainsi à satisfaire un penchant à la domination, lequel aurait tendu à s'affirmer indépendamment du caractère agréable ou désagréable du souvenir. Mais on peut encore essayer une autre interprétation. Le fait de rejeter un objet, de façon à le faire disparaître, pouvait servir à la satisfaction d'une impulsion de vengeance à l'égard de la mère et signifier à peu près ceci : « Oui, oui, va-t'en, je n'ai pas besoin de toi ; je te renvoie moi-même ». Le même enfant, dont j'ai observé le premier jeu, alors qu'il était âgé de 18 mois, avait l'habitude, à l'âge de deux ans et demi, de jeter par terre un jouet dont il était mécontent, en disant : « Va-t'en à la guerre ! » On lui avait raconté alors que le père était absent, parce qu'il était à la guerre ; **il ne manifestait d'ailleurs pas le moindre désir de voir le père**, mais montrait, par des indices dont la signification était évidente, qu'il n'entendait pas être troublé dans la possession unique de la mère (Note de bas de page : L'enfant a perdu sa mère alors qu'il était âgé de 5 ans et 9 mois.

Cette fois, la mère étant réellement partie au loin (o-o-o), l'enfant ne manifestait pas le moindre chagrin. Entre-temps, d'ailleurs, un autre enfant était né qui l'avait rendu excessivement jaloux). Nous savons d'ailleurs que les enfants expriment souvent des impulsions hostiles analogues en rejetant des objets qui, à leurs yeux, symbolisent certaines personnes. Il est donc permis de se demander si la tendance à assimiler (*Verarbeiten*) psychiquement un événement impressionnant, à s'en rendre complètement maître peut se manifester par elle-même et indépendamment du principe du plaisir. Si, dans le cas dont nous nous occupons, l'enfant reproduisait dans le jeu une impression pénible, c'était peut-être parce qu'il voyait dans cette reproduction, source de plaisir indirecte, le moyen d'obtenir un autre plaisir, mais plus direct.

De quelque manière que nous étudions les jeux des enfants, nous n'obtenons aucune donnée certaine qui nous permette de nous décider entre ces deux manières de voir. On voit les enfants reproduire dans leurs jeux tout ce qui les a impressionnés dans la vie, par une sorte d'ab-réaction contre l'intensité de l'impression dont ils cherchent pour ainsi dire à se rendre maîtres. Mais il est, d'autre part, assez évident que tous leurs jeux sont conditionnés par un désir qui, à leur âge, joue un rôle prédominant : **le désir d'être grands et de pouvoir se comporter comme les grands**. On constate également que le caractère désagréable d'un événement n'est pas incompatible avec sa transformation en un objet de jeu, avec sa reproduction scénique. Que le médecin ait examiné la gorge de l'enfant ou ait fait subir à celui-ci une petite opération : ce sont là des souvenirs pénibles que l'enfant ne manquera cependant pas d'évoquer dans son prochain jeu ; mais on voit fort bien quel plaisir peut se mêler à cette reproduction et de quelle source il peut provenir : en substituant l'activité du jeu à la passivité avec laquelle il avait subi l'événement pénible, il inflige à un camarade de jeu les souffrances dont il avait été victime lui-même et exerce ainsi sur la personne de celui-ci la vengeance qu'il ne peut exercer sur la personne du médecin.

Quoi qu'il en soit, il ressort de ces considérations qu'expliquer le jeu par un instinct d'imitation, c'est formuler une hypothèse inutile. Ajoutons encore qu'à la différence de ce qui se passe dans les jeux des enfants, le jeu et l'imitation artistiques auxquels se livrent les adultes visent directement la personne du spectateur en cherchant à lui communiquer, comme dans la tragédie, des impressions souvent douloureuses qui sont cependant une source de jouissances élevées. Nous constatons ainsi que, malgré la domination du principe du plaisir, le côté pénible et désagréable des événements trouve encore des voies et moyens suffisants pour s'imposer au souvenir et devenir un objet d'élaboration psychique....

Les deux sortes d'effets des traumatismes⁴⁵

Quels sont les caractères et les particularités communs à tous les symptômes névrotiques ? Il convient de noter ici deux points importants :

Les traumatismes ont deux sortes d'effets, des **effets positifs et des effets négatifs**. Les premiers constituent des tentatives pour **remettre le traumatisme en valeur**, c'est-à-dire pour ranimer le souvenir de l'incident oublié ou plus exactement pour le rendre réel, le faire revivre. S'il s'agissait d'un lien affectif précoce, ce tendre sentiment renaît de façon analogue en s'adressant cette fois à une autre personne. On donne à l'ensemble de ces efforts le nom de « fixations au traumatisme » ou encore d'« **automatisme de répétition** » (**Wiederholungszwang**). Ils peuvent être intégrés dans un moi soi-disant normal et conférer à celui-ci en tant que tendances permanentes, leur caractère d'immuabilité bien que, **ou plutôt du fait, que leur fondement réel, leur origine historique aient été oubliés**. C'est ainsi qu'un homme qui a eu, dans son enfance, un attachement excessif et aujourd'hui oublié à sa mère, recherchera peut-être, toute sa vie durant, la femme dont il pourra dépendre et qu'il laissera le nourrir et l'entretenir. Une jeune fille, séduite dès son jeune âge, pourra organiser toute sa vie sexuelle ultérieure de façon à toujours provoquer de semblables assauts. **Envisager ainsi le problème de la névrose nous permet d'aborder celui de la formation du caractère en général.**

Les réactions négatives tendent vers un but diamétralement opposé. Les traumatismes oubliés n'accèdent plus au souvenir et rien ne se trouve répété ; nous les groupons sous le nom de « réactions de défense » (*Abwehrreaktionen*) qui se traduisent par des « évitements », lesquels peuvent se muer en « inhibitions » et en « phobies ». Ces réactions négatives contribuent considérablement, elles aussi, à la formation du caractère. De même que les réactions positives, elles sont, somme toute, des fixations au traumatisme tout en obéissant à une tendance inverse. Les symptômes de la névrose proprement dite constituent des compromis auxquels contribuent toutes les tendances négatives ou positives issues des traumatismes. Ainsi c'est tantôt l'un, tantôt l'autre des deux composants qui prédomine. Ces réactions antagonistes engendrent des conflits que le sujet ne parvient généralement pas à résoudre.

⁴⁵ Extrait de « Moïse et le monothéisme », 1939, GW XVI, pp. 180-181. Edition française: « Moïse et le monothéisme », Gallimard, Paris, Collection Idées, 1967, pp. 103-104.

Tous ces phénomènes, les symptômes comme les rétrécissements du moi et les modifications permanentes du caractère ont un **caractère compulsif (Zwangskarakter)**, c'est-à-dire que si leur intensité psychique est grande, ils prennent, vis-à-vis des autres processus psychiques adaptés au monde extérieur et qui obéissent aux lois de la pensée logique, une indépendance marquée. Nullement ou insuffisamment influencés par la réalité extérieure, ils ne tiennent guère compte des choses réelles ou des équivalences psychiques de celles-ci, de sorte qu'ils se trouvent aisément en opposition active avec elles. Ils constituent, pour ainsi dire, un état dans l'État, un parti inaccessible, impropre au travail en commun, mais qui cependant réussit parfois à vaincre les autres, ceux qu'on appelle normaux, et à les soumettre à leur service.

Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique⁴⁶

Ayant eu l'occasion, en 1909, de parler pour la première fois publiquement de la psychanalyse, du haut d'une chaire universitaire américaine, et conscient de l'importance que ce fait pouvait avoir pour les objectifs que je poursuivais, j'avais déclaré que ce n'était pas moi qui avais donné le jour à la psychanalyse, que c'était Josef Breuer qui s'était acquis ce mérite, alors que, encore étudiant, j'étais occupé à passer mes examens (de 1880 à 1882). Mais des amis bienveillants m'ont fait observer depuis que j'avais poussé trop loin l'expression de ma reconnaissance ; que j'aurais dû, ainsi que je l'avais fait dans les occasions antérieures, faire ressortir que le « procédé cathartique » de Breuer constituait une phase préliminaire de la psychanalyse et que celle-ci datait du jour où, repoussant la technique hypnotique, j'avais introduit celle de l'association libre. **Au fond, il importe peu de savoir si les débuts de la psychanalyse remontent au procédé cathartique ou à la modification que j'ai fait subir à ce procédé ;** et si je mentionne ici ce point d'histoire, si peu intéressant, c'est parce que certains adversaires de la psychanalyse ne manquent pas, à l'occasion, de proclamer que c'est à Breuer, et non à moi, que revient le mérite d'avoir créé cet art. Je dois ajouter toutefois que la priorité de Breuer n'est proclamée que par ceux qui attachent quelque valeur à la psychanalyse ; quant à ceux qui lui refusent toute valeur, ils n'hésitent pas à m'en attribuer la paternité sans partage. La grande part que Breuer a prise à la création de la psychanalyse ne lui a jamais valu, à ma connaissance, la minime partie des injures et des blâmes qui m'ont été prodigués. Et comme j'ai reconnu depuis longtemps que la psychanalyse possède le don irrésistible de pousser les hommes à la contradiction, de les exaspérer, je suis arrivé à la conclusion qu'après tout il n'y avait rien d'impossible à ce que je fusse le véritable auteur de tout ce qui la caractérise et la distingue. Je me fais un plaisir d'ajouter que jamais Breuer n'a fait la moindre tentative de rabaisser mon rôle dans la création de la psychanalyse tant décriée et qu'il n'a jamais prêté le moindre appui aux tentatives faites dans ce sens par mes détracteurs.

La nature de la découverte de Breuer a été tant de fois décrite et exposée que je puis m'abstenir ici de toute discussion détaillée sur ce sujet. Je rappellerai seulement qu'elle repose sur ce fait fondamental que les symptômes des hystériques se rattachent à des scènes de leur vie (traumatismes), qui, après les avoir fortement impressionnés, sont tombées dans l'oubli ; et qu'elle comporte un traitement en rapport avec cette constatation et qui consiste à évoquer, sous l'hypnose, le souvenir de ces scènes et à en provoquer la reproduction (catharsis). Aussi crut-il pouvoir formuler la conclusion théorique d'après laquelle les symptômes en question résulteraient d'une utilisation anormale de quantités d'excitation non libérées (conversion). Toutes les fois que, dans sa contribution théorique aux « Etudes sur l'Hystérie », Breuer a l'occasion de parler de la conversion, il ne manque pas de citer mon nom entre parenthèses, comme si ce premier essai de justification théorique était ma propriété spirituelle. Je crois que cette propriété s'arrête au mot, tandis que la conception elle-même nous est venue à l'esprit simultanément et constitue notre propriété commune.

On sait également qu'après sa première expérience Breuer avait délaissé son traitement cathartique et n'y était revenu qu'au bout de plusieurs années, lorsque, de retour de Paris où j'avais suivi l'enseignement de Charcot, j'avais cru devoir insister auprès de lui en ce sens. Il s'occupait de médecine interne et était absorbé par une nombreuse clientèle ; quant à moi, qui n'étais devenu médecin qu'à contrecœur, j'avais alors une raison très sérieuse de chercher à venir en aide aux gens atteints de maladies nerveuses ou, tout au moins, à pénétrer plus ou moins la nature de leurs états.

J'avais commencé par me fier au traitement physiothérapeutique ; mais je ne tardai pas à me trouver impuissant et désarmé devant les déceptions que me causa l'Électrothérapie de W. Erb, si riche en conseils et indications. Si le jugement de Moebius, d'après lequel les succès du traitement électrique seraient dus à la suggestion, ne s'est pas alors

⁴⁶ Publié en 1914. GW, X, pp. 44-58. Traduction française: « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique », in « Cinq leçons sur la psychanalyse », Paris PB Payot, 1968, pp. 69-88.

présenté à mon esprit, ce fut pour une cause bien simple : je n'ai pas eu un seul succès à enregistrer. Le traitement par la suggestion au cours de l'hypnose profonde, traitement dont les séances auxquelles j'avais assisté chez Liébault et Bernheim m'avaient fourni des démonstrations impressionnantes, avait semblé, un moment donné, offrir une large compensation à l'abandon du traitement électrique. Mais **l'exploration** au cours de l'hypnose, à laquelle j'avais été initié par Breuer, devait exercer sur moi, par la satisfaction qu'elle offrait à ma curiosité scientifique, un attrait infiniment plus grand que l'interdiction suggestive, monotone, violente, incompatible avec l'exploration proprement dite.

Nous savons aujourd'hui, et c'est là une des plus récentes acquisitions de la psychanalyse, que nous devons mettre au premier rang, au cours de l'analyse, le conflit actuel et la cause déterminante de la maladie. Or, c'est exactement ce que nous faisons, Breuer et moi, dès nos premières applications de la méthode cathartique. Nous attirions directement l'attention du malade sur la scène traumatique au cours de laquelle s'était produit le symptôme, nous cherchions à déceler dans cette scène le conflit psychique et à mettre en liberté le sentiment refoulé. Ce faisant, nous avons réussi à découvrir le processus psychique caractéristique des névroses, auquel nous avons donné plus tard le nom de *régression*. Les associations du malade remontaient, de la scène qu'on cherchait à reconstituer, à des événements psychiques antérieurs et obligeaient l'analyse qui voulait corriger le présent, à s'occuper du passé. Cette régression nous faisait remonter de plus en plus en arrière, généralement, nous sembla-t-il au début, jusqu'à l'époque de la puberté ; mais certains insuccès et certaines lacunes poussèrent l'analyse à poursuivre la régression jusqu'aux années d'enfance qui étaient restées jusqu'alors inaccessibles à toute exploration. Cette orientation ne tarda pas à devenir un des traits caractéristiques de l'analyse. **On constata que l'analyse était incapable d'élucider l'actuel sans le ramener à un passé qui, sans être lui-même pathogène, n'en imprimait pas moins à l'événement ultérieur son cachet pathogène.**

Mais la tentation de s'en tenir à la cause actuelle connue était telle que, pendant de nombreuses années encore, je n'ai pu m'empêcher d'y céder. Pendant le traitement (en 1899) de la malade connue sous le nom de « Dora », je connaissais la scène qui avait fait éclater la maladie actuelle. Je m'étais efforcé, à d'innombrables reprises, de mettre à la portée de l'analyse cet événement psychique, sans jamais obtenir, malgré mes ordres directs, autre chose que la même description sommaire et pleine de lacunes. Ce n'est qu'après un long détour, qui nous avait fait remonter au-delà de la toute première enfance de la malade, que nous nous étions trouvés en présence d'un rêve dont l'analyse avait ramené le souvenir des détails oubliés de la scène, rendant ainsi possibles et la compréhension et la solution du conflit actuel.

Ce seul exemple suffit à montrer à quelles erreurs on s'exposerait en suivant le conseil que nous avons mentionné plus haut et de quel recul scientifique on se rendrait coupable en négligeant la régression dans la technique analytique.

La première divergence de vues entre Breuer et moi se manifesta à propos d'une question liée au mécanisme psychique intime de l'hystérie. Ses préférences allaient vers une théorie encore physiologique, pour ainsi dire, d'après laquelle la dissociation psychique de l'hystérique aurait pour cause l'absence de communication entre divers états psychiques (ou, comme nous disions alors, entre « divers états de la conscience ») ; il formula ainsi l'hypothèse des « états hypnoïdes », dont les produits feraient irruption dans la « conscience éveillée » où ils se comporteraient comme des corps étrangers. **Moins rigoureux au point de vue scientifique, soupçonnant qu'il s'agit de tendances et de penchants analogues à ceux de la vie quotidienne, je voyais dans la dissociation psychique elle-même l'effet d'un processus d'élimination, auquel j'avais alors donné le nom de processus de « défense » ou de « refoulement ». J'avais bien essayé de laisser subsister ces deux mécanismes l'un à côté de l'autre, mais comme l'expérience me révélait toujours la même chose, je ne tardai pas à opposer ma théorie de la défense à celle des états hypnoïdes.**

Je suis cependant certain que cette opposition n'était pour rien dans la séparation qui devait bientôt se produire entre nous. Celle-ci avait des raisons plus profondes, mais elle s'est produite d'une façon telle que je ne m'en étais pas rendu compte tout d'abord et ne l'ai comprise que plus tard d'après des indices certains. On se rappelle que Breuer disait de sa fameuse première malade que l'élément sexuel présentait chez elle un degré de développement étonnamment insuffisant et n'avait jamais contribué en quoi que ce soit à la richesse si remarquable de son tableau morbide. J'ai toujours trouvé étonnant que les critiques n'aient pas songé à opposer plus souvent qu'ils ne l'ont fait cette déclaration de Breuer à ma propre conception de l'étiologie sexuelle des névroses, et j'ignore encore aujourd'hui si cette omission leur a été dictée par la discrétion ou si elle s'explique par un manque d'attention. En relisant l'observation de Breuer à la lumière des expériences acquises au cours de ces vingt dernières années, on trouve que tout ce symbolisme représenté par les serpents, par les accès de rigidité, par la paralysie du bras est d'une transparence qui ne laisse rien à désirer et qu'en rattachant à la situation le lit dans lequel était étendu le père malade, on obtient une interprétation des symptômes telle qu'aucun doute ne peut subsister quant à leur signification. On arrive ainsi à se former sur le rôle de la sexualité dans la vie psychique de cette jeune fille une idée qui diffère totalement de celle de son médecin. Breuer disposait, pour le rétablissement de sa malade, d'un « rapport » suggestif des plus intenses, d'un rapport dans lequel nous pouvons voir précisément le prototype de ce que nous appelons « transfert ». J'ai de fortes raisons de croire qu'après avoir fait disparaître tous les symptômes, Breuer a dû se trouver en présence de nouveaux indices témoignant en faveur de la motivation sexuelle de ce transfert, mais que le caractère général de ce phénomène inattendu lui ayant échappé, il arrêta

là son exploration comme devant un « *untoward event* ». Il ne m'a fait aucune communication directe à ce sujet, mais il m'a fourni, à de nombreuses reprises, des points de repère qui suffisent à justifier cette supposition. Et lorsque j'ai adopté d'une manière définitive la conception relative au rôle essentiel que la sexualité joue dans le déterminisme des névroses, c'est de sa part que je me suis heurté aux premières réactions de cette mauvaise humeur et de cette réprobation qui, dans la suite, me sont devenues si familières, alors qu'à l'époque dont il s'agit j'étais loin de prévoir quelles me poursuivraient toute ma vie comme une fatalité.

Le fait que le transfert sexuel, grossièrement nuancé, tendre ou hostile, s'observe au cours du traitement de la névrose, quelle qu'elle soit, sans qu'il soit désiré ou provoqué par l'une ou l'autre des deux parties en présence, m'est toujours apparu comme la preuve irréfutable de l'origine sexuelle des forces impulsives de la névrose (*Beweis für die Herkunft der Triebkräfte der Neurose aus dem Sexualleben*). Cet argument n'a encore jamais obtenu toute l'attention qu'il mérite et n'a jamais été envisagé avec tout le sérieux qui convient, car si tel avait été le cas, l'opinion sur ce sujet serait, à l'heure actuelle, unanime. Quant à moi, je l'ai toujours considéré comme décisif, aussi (et plus souvent) décisif que tant d'autres données fournies par l'analyse.

Ce qui fut de nature à me consoler du mauvais accueil qui, même dans le cercle étroit de mes amis, fut réservé à ma conception de l'étiologie sexuelle des névroses (il ne tarda pas à se former alors un vide autour de ma personne), ce fut la conviction que je combattais pour une idée neuve et originale. Mais un jour, certains souvenirs vinrent troubler ma satisfaction, tout en me révélant certains détails très intéressants, concernant la manière dont s'effectue notre activité créatrice et relatifs à la nature de notre connaissance. L'idée dont j'avais assumé la responsabilité ne m'était nullement personnelle. Je la devais à trois personnes dont les opinions avaient droit à mon plus profond respect, à Breuer lui-même, à Charcot et au gynécologue de notre Université, Chrobak, un de nos médecins viennois les plus éminents. **Ces trois hommes m'avaient transmis une conception qu'à proprement parler ils ne possédaient pas.** Deux d'entre eux contestaient cette transmission ; quant au troisième (le maître Charcot), il en aurait sans doute fait autant, s'il m'avait été donné de le revoir. Mais ces transmissions identiques que je m'étais assimilées sans les comprendre avaient sommeillé en moi pendant des années, pour se révéler un jour comme une conception originale, m'appartenant en propre.

Jeune médecin des hôpitaux, j'accompagnais un jour Breuer dans une promenade à travers la ville, lorsqu'il fut abordé par un monsieur qui demanda instamment à lui parler. Je restai en arrière, et lorsque Breuer, la conversation terminée, vint me rejoindre, il m'apprit, dans sa manière amicalement instructive, que c'était le mari d'une malade qui venait de lui donner des nouvelles de celle-ci. La femme, ajouta-t-il, se comportait en société d'un manière tellement singulière qu'on avait jugé utile, la considérant comme nerveuse, de la confier à ses soins. Il s'agit toujours de *secrets d'alcôve*, fit-il en manière de conclusion. Étonné, je lui demandai ce qu'il voulait dire ; il m'expliqua alors de quoi il s'agissait au juste, en remplaçant le mot « alcôve » par les mots « lit conjugal », et en disant ne pas comprendre pourquoi la chose me paraissait si inouïe.

Quelques années plus tard, j'assistais à une réception de Charcot. Je me trouvais tout près du vénéré maître qui, justement, était en train de raconter à Brouardel un fait, sans doute très intéressant, de sa pratique. Je n'avais pas bien entendu le commencement, mais peu à peu le récit m'avait intéressé au point que j'étais devenu tout attention. Il s'agissait d'un jeune couple de lointains orientaux : la femme souffrait gravement, le mari était impuissant ou tout à fait maladroit. « Essayez donc, entendais-je Charcot répéter, je vous assure, vous y arriverez. » Brouardel, qui parlait moins haut, dut exprimer son étonnement que des symptômes comme ceux de la femme en question pussent se produire dans des circonstances pareilles. En effet, Charcot lui répliqua avec beaucoup de vivacité : « Mais, dans des cas pareils, c'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours. » Et ce disant il croisa les bras sur sa poitrine et se mit à sautiller avec sa vivacité habituelle. Je me rappelle être resté stupéfait pendant quelques instants et, revenu à moi, m'être posé la question : « Puisqu'il le sait, pourquoi ne le dit-il jamais ? » Mais l'impression fut vite oubliée ; l'anatomie du cerveau et la production expérimentale de paralysies hystériques absorbèrent de nouveau toute mon attention.

Une année plus tard, étant privat-docent de maladies nerveuses, je débutais dans la carrière médicale, aussi ignorant de tout ce qui concerne l'étiologie des névroses que peut l'être un jeune universitaire plein d'espoirs. Un jour, Chrobak me prie amicalement de me charger d'une de ses patientes dont, étant devenu professeur titulaire, il n'avait pas le temps de s'occuper. Je me précipite chez la malade, j'arrive auprès d'elle avant lui et j'apprends qu'elle souffre de crises d'angoisse inexplicables qu'elle n'arrive à apaiser qu'à la condition de savoir exactement où se trouve son médecin à toute heure du jour. Chrobak arrive à son tour et, me prenant à part, m'apprend que l'angoisse de la malade provient de ce que, tout en étant mariée depuis 18 ans, elle est encore vierge, son mari étant atteint d'impuissance absolue. Dans des cas pareils, ajouta-t-il, il ne reste au médecin qu'à couvrir de son autorité le malheur domestique et à se contenter de hausser les épaules, lorsqu'il apprend qu'on formule sur son compte des appréciations dans le genre de celle-ci : « Il n'est pas plus malin que les autres, puisqu'il n'a pas réussi à guérir la malade, depuis tant d'années qu'il la soigne. » Ce mal ne comporte qu'un seul traitement ; nous le connaissons bien, mais, malheureusement, nous ne pouvons l'ordonner. Le voici :

*Rp. Penis normalis
dosim
Repetatur !*

Je n'avais jamais entendu parler d'une pareille prescription et j'étais tout prêt à blâmer le cynisme de mon protecteur.

Si j'insiste sur cette origine auguste de la conception tant décriée, ce n'est pas le moins du monde pour en rejeter la responsabilité sur d'autres. Je sais qu'exprimer une idée une ou plusieurs fois, sous la forme d'un rapide aperçu, est une chose ; et que la prendre au sérieux, dans son sens littéral, la développer à travers toutes sortes de détails, souvent en opposition avec elle, lui conquérir une place parmi les vérités reconnues, en est une autre ; il s'agit là d'une différence analogue à celle qui existe entre un flirt léger et un mariage honnête, avec tous les devoirs et toutes les difficultés qu'il comporte. « Épouser les idées de... », disent avec raison les Français.

Parmi les autres éléments qui, grâce à mes travaux, étaient venus s'ajouter au procédé cathartique et le transformer en psychanalyse, je mentionnerai : **la théorie du refoulement et de la résistance, la conception de la sexualité infantile, l'interprétation des rêves et leur utilisation pour la connaissance de l'inconscient.**

En ce qui concerne la théorie du refoulement, j'y suis certainement parvenu par mes propres moyens, sans qu'aucune influence m'en ait suggéré la possibilité. Aussi l'ai-je pendant longtemps considérée comme originale, jusqu'au jour où Otto Rank eut mis sous mes yeux un passage du *Monde comme Volonté et Représentation*, dans lequel Schopenhauer cherche à donner une explication de la folie. Ce que le philosophe dit dans ce passage au sujet de la répulsion que nous éprouvons à accepter tel ou tel côté pénible de la réalité s'accorde tellement avec la notion du refoulement, telle que je la conçois, que je puis dire une fois de plus que c'est à l'insuffisance de mes lectures que je suis redevable de ma découverte. Et, cependant, d'autres ont lu et relu ce passage, sans faire la découverte en question, et il me serait peut-être arrivé la même chose, si j'avais eu, dans ma jeunesse, plus de goût pour les lectures philosophiques. Je me suis refusé plus tard la joie que procure la lecture de Nietzsche, et je l'ai fait en pleine conscience des raisons de mon abstention : je voulais me soustraire, dans l'élaboration des impressions que me fournissait la psychanalyse, à toute influence extérieure. Aussi devais-je être prêt, et je le suis volontiers, à renoncer à toute revendication de priorité dans les cas, assez fréquents, où les pénibles recherches psychanalytiques ne font que confirmer les aperçus intuitifs des philosophes.

La théorie du refoulement est le pilier sur lequel repose l'édifice de la psychanalyse ; elle est la partie la plus essentielle, tout en ne représentant que l'expression théorique d'une expérience qu'on peut reproduire aussi souvent qu'on le désire lorsqu'on entreprend l'analyse d'un névrosé, sans faire appel à l'hypnose. A un moment donné, on se heurte à une résistance qui s'oppose au travail analytique, le sujet prétextant une lacune de mémoire, pour rendre ce travail vain. En appliquant l'hypnose, on ne réussit qu'à dissimuler cette résistance, et c'est pourquoi l'histoire de la psychanalyse proprement dite date du jour de l'introduction de l'innovation technique qui consiste dans l'abandon de l'hypnose. L'interprétation théorique de la coïncidence entre cette résistance et une amnésie conduit inévitablement à la conception de l'activité psychique inconsciente, qui est celle de la psychanalyse et qui, en tout cas, diffère notablement des spéculations philosophiques sur l'inconscient. Aussi peut-on dire que la théorie psychanalytique représente une tentative de rendre compréhensibles deux constatations singulières et inattendues qu'on fait lorsqu'on cherche à ramener les symptômes morbides d'un névrosé à leurs sources, c'est-à-dire à des événements survenus dans la vie antérieure du malade : nous voulons parler du transfert et de la résistance. Toute orientation qui se rattache à ces deux faits comme à son point de départ a le droit de se qualifier de psychanalyse.....

Je m'élèverais avec énergie contre ceux qui s'aviseraient de prétendre que la théorie du transfert et celle de la résistance sont des prémisses de la psychanalyse, et non pas ses résultats.....

Sous l'influence de la théorie traumatique de l'hystérie qui se rattache à l'enseignement de Charcot, on n'était que trop disposé à attribuer une réalité et une signification étologiques aux récits dans lesquels les malades faisaient remonter leurs symptômes à des expériences sexuelles qu'ils avaient subies passivement au cours des premières années de leur enfance, autrement dit à ce que nous appellerions vulgairement le « détournement de mineurs ». Et lorsqu'on se vit obligé de renoncer à cette étologie, à cause de son invraisemblance et de sa contradiction avec des faits solidement établis, on se trouva fort désemparé. L'analyse qui avait conduit à ces traumatismes sexuels infantiles aurait-elle donc suivi un chemin incorrect, puisque ces traumatismes se sont révélés dépourvus de tout fondement réel ? On ne savait à quel appui s'accrocher. J'aurais alors volontiers fait le sacrifice de tout le travail que j'avais accompli, comme l'avait fait mon vénéré prédécesseur Breuer à la suite de son indésirable découverte. Si je ne l'ai pas fait, ce fut sans doute parce que je n'avais pas le choix, que je ne pouvais m'engager dans aucune autre direction. Je me suis dit finalement qu'on n'avait pas le droit de se laisser décourager parce que les espoirs qu'on concevait ne s'étaient pas réalisés ; qu'il fallait plutôt soumettre à une révision ces espoirs eux-mêmes. Lorsque les hystériques rattachent leurs symptômes à des traumatismes inventés, **le fait nouveau consiste précisément en ce qu'ils imaginent ces scènes, ce qui nous oblige à**

tenir compte de la réalité psychique, autant que de la pratique. Je ne tardai pas à en conclure que ces fantaisies étaient destinées à dissimuler l'activité auto-érotique de la première enfance, à l'entourer d'une certaine auréole, à l'élever à un niveau supérieur. Et, une fois cette constatation faite, je vis la vie sexuelle de l'enfant se dérouler devant moi dans toute son ampleur.

Enfin, cette activité sexuelle des premières années de l'enfance pouvait également être une manifestation de la constitution congénitale. Tout nous autorisait à admettre que les prédispositions congénitales et les expériences psychiques ultérieures se combinaient ici de façon à former un tout indivisible : d'une part, les prédispositions transformaient les simples impressions en traumatismes, sources de stimulations et points de fixation, alors que sans les prédispositions, les impressions, d'un caractère généralement banal, seraient restées sans effet ; d'autre part les expériences psychiques ultérieures évoquaient des éléments de la prédisposition constitutionnelle qui, sans elles, auraient encore sommeillé pendant longtemps ou ne se seraient jamais manifestés.

Mes considérations relatives à la sexualité de l'enfant reposaient au début uniquement sur les résultats des analyses faites sur des adultes et poussées jusqu'à des événements très reculés de leur vie passée. Je n'avais pas alors eu l'occasion de faire des observations directes sur l'enfant. Aussi fut-ce pour moi un triomphe extraordinaire, lorsque je réussis, pas mal d'années plus tard, à obtenir la confirmation de la plupart de mes déductions par l'observation et l'analyse directe d'enfants très jeunes. Ce qui me gâtait toutefois un peu cette joie, c'était l'idée qu'il s'agissait somme toute d'une découverte qu'on devait être honteux d'avoir faite. Plus je poursuivais et approfondissais l'observation des enfants, plus le fait en question devenait visible et compréhensible, et plus aussi je trouvais singulier qu'on se fût donné tant de peine pour ne pas l'apercevoir.....

Je serai bref en ce qui concerne l'interprétation des rêves. Elle fut pour ainsi dire le premier résultat de l'innovation technique que j'avais adoptée, lorsque, suivant une vague intuition, je me décidai à remplacer l'hypnose par l'association libre. Ce n'est pas la curiosité scientifique qui, tout d'abord, m'avait poussé à chercher à comprendre les rêves. Aucune influence, autant que je sache, n'avait guidé mon intérêt dans cette direction, et ne m'avait fait entrevoir des résultats féconds dans ce domaine. Avant même la rupture de mes relations avec Breuer, je n'avais jamais eu le temps de l'informer, même brièvement, que j'avais appris à interpréter les rêves. Étant donné la manière dont j'ai fait cette dernière découverte, le symbolisme du langage des rêves ne s'est révélé à moi qu'en dernier lieu, car les associations du rêveur ne nous apprennent que fort peu de choses sur les symboles. **C'est également quelques années plus tard que j'ai eu la révélation des liens étroits qui existent entre l'interprétation psychanalytique des rêves et l'art d'interpréter les rêves qui était si en honneur dans l'antiquité.** Quant à la partie la plus originale et la plus importante de ma théorie des rêves, celle qui rattache les déformations qui se produisent dans les rêves à un conflit interne, autrement dit celle qui voit dans ces déformations une sorte de manque de franchise intérieure, je l'ai retrouvée chez un auteur étranger à la médecine, mais non à la philosophie, chez le célèbre ingénieur J. Popper qui, sous le pseudonyme de Lynkeus, a publié en 1899 les *Fantaisies d'un réaliste*.

J'ai trouvé dans l'interprétation des rêves une source de consolation et de réconfort pendant les premières années de mon travail analytique, années les plus dures et les plus pénibles, car j'avais à mener de front la clinique, la technique et la thérapeutique des névroses et, dans l'isolement où je me trouvais, en présence des innombrables problèmes qui se pressaient devant moi et ayant à faire face à des difficultés souvent inextricables, je craignais de me trouver désorienté et de perdre toute assurance. La vérification de mon postulat, d'après lequel une névrose doit être **rendue intelligible** grâce à l'analyse, se laissait souvent attendre chez le malade pendant un temps désespérément long ; mais les rêves, qui peuvent être considérés comme les **analogues des symptômes**, fournissaient à peu près toujours et dans tous les cas une confirmation de ce postulat.

C'est seulement dans les succès que m'a procurés l'interprétation des rêves que j'ai puisé la force d'attendre et le courage de persévérer. J'ai pris l'habitude d'apprécier la compréhension psychologique des gens d'après leur attitude à l'égard des problèmes en rapport avec les rêves, et j'ai constaté avec satisfaction que la plupart des adversaires de la psychanalyse évitaient de s'aventurer sur ce terrain ou s'y comportaient d'une façon très maladroitement, lorsqu'ils l'essayaient. J'ai effectué ma propre analyse, dont la nécessité ne tarda pas à m'apparaître, à l'aide d'une série de mes rêves, qui m'ont permis de suivre à la trace tous les événements de mes années d'enfance ; et je pense encore aujourd'hui que cette sorte d'analyse peut suffire lorsqu'il s'agit d'un bon rêveur et d'un homme qui ne s'écarte pas trop de la normale.

Les névroses actuelles⁴⁷

Il est difficile d'énoncer sur la neurasthénie des vérités d'une portée générale, aussi longtemps qu'on laisse cette dénomination nosologique recouvrir tout ce que Beard a voulu y mettre. A mon avis, la neuropathologie ne peut que gagner à tenter de distinguer de la neurasthénie proprement dite toutes les affections névrotiques dont les symptômes, d'une part, sont plus solidement reliés entre eux qu'ils ne le sont avec les symptômes neurasthéniques typiques (maux de tête à type de pression, irritation spinale, dyspepsie avec flatulence et constipation), et dont l'étiologie et le mécanisme, d'autre part, montrent des différences essentielles avec la névrose neurasthénique typique. Si l'on suit cette visée, on arrivera bientôt à un tableau assez uniforme de la neurasthénie. On sera alors en mesure de distinguer, de la neurasthénie véritable, différentes pseudo-neurasthénies (le tableau de la névrose nasale réflexe à mécanisme organique, les troubles nerveux des cachexies et de l'artériosclérose, les stades préliminaires de la paralysie progressive et ceux de nombreuses psychoses) ; en outre on pourra - comme le propose Mœbius - éliminer un certain nombre de *status nervosi* des dégénérés héréditaires, et l'on trouvera aussi des raisons pour porter plutôt au compte de la mélancolie un certain nombre de névroses que l'on nomme aujourd'hui neurasthénies, particulièrement celles qui sont d'une nature intermittente ou périodique. Mais la modification la plus tranchée résulte de la décision de séparer de la neurasthénie le complexe symptomatique que je vais décrire et qui remplit de façon particulièrement adéquate les conditions posées ci-dessus. Les symptômes de ce complexe sont cliniquement beaucoup plus étroitement rapprochés les uns des autres que de ceux de la neurasthénie véritable (c'est-à-dire qu'ils se présentent souvent ensemble et qu'ils se remplacent les uns les autres dans le cours de la maladie) et l'étiologie comme le mécanisme de cette névrose sont fondamentalement différents de l'étiologie et du mécanisme de la neurasthénie véritable, telle que celle-ci subsiste une fois qu'on a effectué cette séparation.

Je nomme ce complexe symptomatique « névrose d'angoisse », parce que l'ensemble de ses éléments se regroupe autour du symptôme fondamental de l'angoisse, parce que chacun d'entre eux possède une relation déterminée avec l'angoisse.

.....

Le reproche majeur contre ma postulation d'une étiologie sexuelle de la névrose d'angoisse sera sans doute le suivant : des circonstances anormales de la vie sexuelle, telles que je les ai décrites, se retrouvent avec une telle fréquence qu'elles seraient partout à portée de la main pourvu qu'on les recherche. Leur présence dans les cas de névrose d'angoisse que je rapporte ne prouverait donc pas que l'étiologie de la névrose serait découverte là. D'ailleurs, le nombre des personnes qui pratiquent le coït interrompu, etc., serait incomparablement plus grand que celui des patients atteints de névrose d'angoisse et la grande majorité des premiers supporterait parfaitement bien cette nuisance.

Je répliquerai tout d'abord qu'étant donné l'énorme fréquence reconnue pour les névroses, et spécialement la névrose d'angoisse, on ne peut certainement pas s'attendre à trouver un facteur étiologique d'une rare occurrence ; d'autre part, c'est précisément un postulat de la pathologie qui se trouve satisfait lorsque, dans une recherche étiologique, le facteur étiologique se révèle être encore plus fréquent que son effet, puisque ce dernier peut exiger encore d'autres conditions (disposition, sommation de l'étiologie spécifique, renforcement par d'autres nuisances de nature banale) ; de plus, un dénombrement détaillé de cas appropriés de névrose d'angoisse démontre sans aucune ambiguïté l'importance du facteur sexuel. Je me limiterai cependant ici au seul facteur étiologique du coït interrompu, en mettant en évidence certaines observations probantes.

1) Aussi longtemps que, chez des jeunes femmes, la névrose d'angoisse n'est pas encore constituée, ne survenant que par bribes qui disparaissent toujours spontanément, on peut prouver que chacune de ces poussées de la névrose se rapporte à un coït avec défaut de satisfaction. Deux jours après cette expérience, et, chez des personnes peu résistantes, le jour suivant, survient régulièrement l'accès d'angoisse ou de vertige auxquels se joignent d'autres symptômes de la névrose ; les rapports conjugaux devenant plus rares, les symptômes s'estompent ensemble. Un voyage fortuit du mari, un séjour à la montagne avec séparation du couple, ont un effet favorable ; le traitement gynécologique, auquel on a le plus souvent recours en première ligne, est bénéfique en ce que, pendant sa durée, les relations conjugales sont interrompues. Fait remarquable, le succès du traitement local est passager, la névrose se réinstalle à la montagne, dès que le mari prend à son tour ses vacances, etc. Si, alors que la névrose n'est pas encore établie, un médecin averti de cette étiologie fait remplacer le coït interrompu par des relations normales, on obtient la preuve *thérapeutique* de la thèse que nous soutenons. L'angoisse est supprimée et ne revient pas, à moins d'une nouvelle occasion semblable.

2) Dans l'anamnèse de nombreux cas de névrose d'angoisse, chez l'homme comme chez la femme, on est frappé par une oscillation dans l'intensité des manifestations, et même dans la survenue et la disparition de l'ensemble de l'état

⁴⁷ Publié en 1895 sous le titre: « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de névrose d'angoisse », GW I, pp. 315-342. Edition française: « Névrose, psychose et perversion », Paris, PUF, 1973, pp. 15-38.

pathologique. Telle année a été presque entièrement bonne, la suivante effroyable, etc. ; on portera une fois l'amélioration au crédit de telle cure, mais celle-ci fera faux bond à l'accès suivant, etc. Mais si l'on s'informe du nombre et de la succession des enfants et si l'on met cette chronique du mariage en regard du déroulement particulier de la névrose, la solution est simple : les périodes d'amélioration ou de bonne santé coïncident avec les grossesses de la femme pendant lesquelles, naturellement, les raisons de prendre des précautions avaient disparu. Quant au mari, il avait soi-disant tiré profit du traitement, que ce soit celui du Pasteur Kneipp ou d'un établissement hydrothérapique, pour la raison que sa femme était enceinte lorsqu'il était retourné auprès d'elle.

3) L'anamnèse des malades montre souvent que les symptômes de la névrose d'angoisse ont succédé à une certaine époque à ceux d'une autre névrose, neurasthénie par exemple, et se sont mis à leur place. On peut alors montrer tout à fait régulièrement que peu avant ce changement du tableau clinique un changement correspondant a eu lieu dans la forme d'altération de la vie sexuelle.

Des observations de ce genre, que le médecin pourrait multiplier à volonté, lui imposent pour ainsi dire l'étiologie sexuelle pour une certaine catégorie de cas ; mais d'autres cas, qui sans cela demeureraient incompréhensibles, se laissent au moins comprendre et classer sans contradiction grâce à la clé de l'étiologie sexuelle. Ce sont les cas très nombreux où certes est présent tout ce que nous avons trouvé dans la catégorie précédente, d'une part les manifestations de la névrose d'angoisse, d'autre part le facteur spécifique du coït interrompu ; pourtant quelque chose d'autre vient encore s'intercaler : un long intervalle entre l'étiologie supposée et son effet, et peut-être aussi des facteurs étiologiques de nature non-sexuelle. Voici par exemple un homme qui a une attaque cardiaque à la nouvelle de la mort de son père et, à partir de là, est victime de la névrose d'angoisse. Le cas n'est pas compréhensible, car cet homme n'était pas un nerveux jusqu'alors ; la mort du père, très âgé, s'est produite dans des circonstances qui n'avaient rien de particulier, et l'on admettra que le décès normal, attendu, d'un vieux père n'appartient pas aux événements qui rendent habituellement malade un adulte sain. Peut-être l'analyse étiologique s'éclairera-t-elle si j'ajoute que cet homme pratiquait depuis onze ans le coït interrompu en prenant en considération le plaisir de sa femme. Les manifestations, en tout cas, sont exactement les mêmes que celles qui surviennent chez d'autres personnes après une courte nuisance sexuelle de ce type et sans survenue intercurrente d'un autre traumatisme. Notre opinion sera semblable dans le cas d'une femme dont la névrose d'angoisse se déclare après la perte de son enfant, ou d'un étudiant perturbé dans la préparation de son dernier examen. Dans un cas comme dans l'autre je trouve que l'étiologie alléguée n'explique pas l'effet. On ne doit pas se laisser « surmener » dans ses études, et une mère en bonne santé ne réagit à la perte d'un enfant que par un deuil normal. Mais, avant tout, je m'attendrais à ce que l'étudiant acquière par le surmenage une céphalalgie, et la mère de notre exemple une hystérie. Que tous les deux fassent une névrose d'angoisse, cela m'amène à mettre l'accent sur le fait que la mère, depuis huit années, vit conjugalement dans le coït interrompu, tandis que l'étudiant, depuis trois ans, entretient une chaude relation amoureuse avec une jeune fille « comme il faut » qu'il doit se garder de rendre enceinte. Ces considérations nous amènent à la conclusion que la nuisance sexuelle spécifique du coït interrompu, lorsqu'elle n'est pas capable à elle seule de provoquer la névrose d'angoisse, prédispose tout au moins à son acquisition. La névrose d'angoisse éclate alors dès que vient s'ajouter à l'action latente du facteur spécifique celle d'une autre nuisance, banale. Cette dernière peut quantitativement suppléer le facteur spécifique, mais non pas le remplacer qualitativement. C'est toujours le facteur spécifique qui détermine la forme de la névrose. J'espère pouvoir prouver également dans un contexte plus large, cette proposition concernant l'étiologie des névroses. Dans ces dernières considérations se trouve encore comprise une hypothèse qui n'est pas invraisemblable : une nuisance sexuelle comme le coït interrompu acquiert son efficacité par sommation. Selon la disposition de l'individu et les autres tares de son système nerveux, il faudra plus ou moins longtemps pour que l'effet de cette sommation devienne visible. Les individus qui supportent apparemment sans dommage le coït interrompu sont en réalité prédisposés par celui-ci aux troubles de la névrose d'angoisse, qui peuvent éclater un jour spontanément ou après un traumatisme banal en soi inadéquat, tout comme l'alcoolique chronique, par la voie de la sommation, développe finalement une cirrhose ou une autre affection, ou bien, sous l'influence d'une fièvre, fait un *delirium*.

Eléments pour une théorie de la névrose d'angoisse

Les considérations qui suivent ne prétendent être rien d'autre qu'une première tentative tâtonnante, et la critique qu'on peut en faire ne devrait pas affecter l'acceptation des *faits* présentés ci-dessus. De plus, l'appréciation de cette « théorie de la névrose d'angoisse » est encore rendue difficile par le fait qu'elle ne correspond qu'à un fragment d'une présentation plus englobante des névroses.

Dans ce qui a été apporté jusqu'ici, on trouve déjà quelques points d'appui pour pénétrer dans le mécanisme de la névrose d'angoisse. D'abord la supposition qu'il pourrait s'agir d'une accumulation d'excitation (*Anhäufung von*

Erregung) ; puis le fait, d'une importance capitale, que *l'angoisse* qui est à la base des manifestations de la névrose **n'admet aucune dérivation d'origine psychique** (*keine psychische Ableitung*). Celle-ci existerait par exemple si on trouvait comme fondement de la névrose d'angoisse un effroi justifié, unique ou répété, qui depuis lors fournirait la source de la propension à l'angoisse. Eh bien, ce n'est pas le cas ; un effroi unique peut bien provoquer une hystérie ou une névrose traumatique, mais *jamais* une névrose d'angoisse. Etant donné que, parmi les causes de la névrose d'angoisse, le coït interrompu occupe une place si prééminente, j'ai cru au début que la source de l'angoisse continue pouvait se trouver dans la crainte, répétée à chaque acte sexuel, que la technique échoue et que la conception se produise. Mais j'ai découvert que la présence de ce sentiment, chez la femme ou chez l'homme, pendant le coït interrompu, est sans importance pour la survenue de la névrose d'angoisse ; les femmes qui au fond sont indifférentes aux conséquences d'une conception possible sont tout aussi exposées à la névrose que celles qui tremblent devant cette possibilité ; **le seul point important est de savoir quel partenaire a sacrifié sa satisfaction dans cette technique sexuelle.**

Un autre point d'appui est fourni par une observation que je n'ai pas encore mentionnée : dans quantité de cas, la névrose d'angoisse s'accompagne de la diminution la plus claire de la libido sexuelle, du *plaisir psychique*, si bien que les malades, lorsqu'on leur déclare que leur souffrance provient d'une « satisfaction insuffisante », répondent régulièrement : c'est impossible puisque maintenant, justement, tout besoin s'est éteint. Toutes ces indications :

il s'agit d'une accumulation d'excitation ; l'angoisse qui correspond vraisemblablement à cette excitation accumulée est d'origine somatique, si bien que ce qui est accumulé est donc de l'excitation somatique ; de plus cette excitation somatique est de nature sexuelle, et une diminution de la participation psychique aux processus sexuels va de pair avec elle ; toutes ces indications, dis-je, nous mènent à supposer que le mécanisme de la névrose d'angoisse est à rechercher dans la dérivation de l'excitation sexuelle somatique à distance du psychisme et dans une utilisation anormale de cette excitation, qui en est la conséquence (*der Mechanismus der Angstneurose sei in der Ablenkung der somatischen Sexualerregung vom Psychischen und einer dadurch verursachten abnormen Verwendung dieser Erregung zu suchen*).

Cette représentation du mécanisme de la névrose d'angoisse peut être rendue plus claire si l'on accepte, concernant le processus sexuel et tout d'abord celui de l'homme, les conceptions suivantes. Dans l'organisme masculin sexuellement adulte, est produite - vraisemblablement de façon continue - l'excitation sexuelle somatique, qui, périodiquement, se transforme en un stimulus pour la vie psychique. Pour mieux fixer nos idées, intercalons ici la notion que cette excitation sexuelle somatique se manifeste sous forme d'une pression exercée sur les terminaisons nerveuses de la paroi des vésicules séminales ; si bien que cette excitation viscérale augmentera certes de façon continue, mais ne sera capable qu'à partir d'un certain niveau de vaincre la résistance interposée par les conductions nerveuses jusqu'à l'écorce cérébrale, et de se manifester comme excitation psychique. Alors, le groupe des représentations sexuelles présent dans la psyché se trouve approvisionné en énergie, et il se produit l'état psychique de tension libidinale, accompagné de la poussée tendant à supprimer cette tension. Une telle décharge psychique n'est possible que par la voie que je désignerai comme ***action spécifique ou adéquate***. Cette action adéquate, pour la pulsion sexuelle de l'homme, consiste d'une part en un acte réflexe spinal compliqué qui a pour conséquence de décharger ces terminaisons nerveuses, et d'autre part dans tous les préparatifs psychiques qui doivent être mis en oeuvre pour le déclenchement de ce réflexe. Toute autre chose que l'action adéquate ne servirait de rien, car l'excitation sexuelle somatique, une fois qu'elle a atteint la valeur du seuil, se transforme continuellement en excitation psychique ; il faut absolument que se produise l'action qui libère les terminaisons nerveuses de la pression qui pèse sur elles, supprimant ainsi toute l'excitation somatique existante, et permettant à la voie de conduction subcorticale de rétablir sa résistance.

Je renoncerais à présenter de façon semblable des cas compliqués de processus sexuel. J'affirmerai seulement que ce schéma peut, pour l'essentiel, être transféré aussi à la femme, malgré toute l'atrophie et tout le retard artificiels de la pulsion sexuelle féminine, qui viennent compliquer le problème. Chez la femme aussi, il faut admettre l'existence d'une excitation sexuelle somatique, **un état dans lequel cette excitation devient stimulus psychique (psychischer Reiz) , libido, provoquant la poussée à l'action spécifique, action à laquelle est attaché le sentiment de jouissance (Wollustgefühl)**. Mais chez la femme on n'est pas en mesure d'indiquer ce qui pourrait bien être analogue au relâchement de tension des vésicules séminales.

Dans le cadre de cette description du processus sexuel, on peut aussi bien faire entrer l'étiologie de la neurasthénie authentique que celle de la névrose d'angoisse. La neurasthénie survient chaque fois où la décharge (l'action) adéquate est remplacée par une moins adéquate, où le coït normal pratiqué dans les conditions les plus favorables est remplacé par une masturbation ou une pollution spontanée ; **ce qui mène à la névrose d'angoisse, ce sont tous les facteurs qui empêchent l'élaboration psychique de l'excitation sexuelle somatique. Les manifestations de la névrose d'angoisse surviennent quand l'excitation sexuelle somatique, dérivée hors du psychisme, se dépense de façon subcorticale dans des réactions totalement inadéquates.**

J'essaierai maintenant de voir si les conditions étiologiques de la névrose d'angoisse mentionnées plus haut comportent bien la caractéristique commune que nous avons posée. Chez l'homme, le premier facteur étiologique que j'ai indiqué est l'abstinence intentionnelle. L'abstinence consiste dans le refus (*Versagung*) de l'action spécifique qui d'habitude résulte de la libido. Un tel refus pourra avoir deux conséquences : l'excitation somatique s'accumule, et, immédiatement, elle est dérivée sur d'autres voies où s'offre une meilleure possibilité de décharge que par la voie du psychisme. Finalement donc, la libido déclinera et l'excitation se manifestera de façon subcorticale, comme angoisse. Quand la libido n'est pas diminuée, ou quand l'excitation somatique est dissipée, par court-circuit, dans des pollutions, ou quand cette excitation, à force d'être repoussée, est véritablement tarie, alors il se produit toutes sortes d'autres choses que la névrose d'angoisse. C'est de cette façon que l'abstinence mène à la névrose d'angoisse. Mais l'abstinence est aussi l'élément actif dans le second groupe étiologique, celui de l'excitation frustrée. Le troisième cas, celui du coït réservé mais attentif à la femme, agit en perturbant la préparation psychique à l'acte sexuel, en introduisant, à côté de la maîtrise de l'affect sexuel, une autre tâche psychique qui fait dérivation. Cette dérivation psychique, elle aussi, aboutit progressivement à la disparition de la libido, de sorte que le déroulement ultérieur est le même que dans le cas de l'abstinence. L'angoisse de la sénescence (âge critique de l'homme) nécessite une autre explication. Ici la libido ne diminue pas ; mais il se produit, comme à l'âge critique de la femme, une telle augmentation dans la production de l'excitation somatique que le psychisme est dans un état d'insuffisance relative pour maîtriser cette excitation.....

Névroses actuelles et psychonévroses⁴⁸

Ce serait un grand avantage que les malades sachent mieux avec quelle certitude il est désormais possible au médecin d'interpréter leurs souffrances névrotiques et d'en déduire l'étiologie sexuelle en cause. Ce serait certainement une incitation pour eux à renoncer à leurs secrets à partir du moment où ils se sont déterminés à demander de l'aide pour leurs maux. Par ailleurs nous sommes tous intéressés à ce que dans les choses sexuelles aussi un degré de sincérité supérieur à celui exigé jusqu'à présent devienne une obligation pour les humains. La moralité sexuelle ne peut qu'y gagner. Présentement nous sommes tous, sans exception, en matière de sexualité, des hypocrites, malades comme bien portants. Cela ne pourra être pour nous que profitable si, par suite de la sincérité générale, une certaine dose de tolérance dans les choses sexuelles devient monnaie courante.

.....

Le médecin trouve habituellement un intérêt minime à nombre de questions qui sont discutées chez les neuropathologistes au sujet des névroses, par exemple si l'on est fondé à différencier rigoureusement hystérie et neurasthénie, si l'on a le droit de distinguer en outre une hystéro-neurasthénie, si l'on doit ranger l'obsession avec la neurasthénie ou si l'on doit la reconnaître comme névrose particulière et ainsi de suite. Et en fait, le médecin a bien le droit d'être indifférent à de telles distinctions tant que le diagnostic établi reste sans plus de conséquences, ni compréhension plus profonde, ni aucune indication pour la thérapie, tant que dans tous les cas le malade est envoyé à l'établissement hydrothérapique, ou s'entend dire qu'il n'a rien. Mais il en est autrement si l'on adopte nos points de vue sur les relations causales entre la sexualité et les névroses. Alors s'éveille un nouvel intérêt pour la symptomatologie des différents cas névrotiques, et il devient important pour la pratique de savoir décomposer correctement le tableau complexe en ses éléments et les dénommer correctement. La morphologie des névroses est, en effet, sans grand effort, traduisible en étiologie, et à partir de la connaissance de celle-ci se déduisent, comme allant de soi, de nouvelles indications thérapeutiques.

Or le diagnostic important, qui peut à chaque fois être obtenu par appréciation soigneuse des symptômes, a pour but de savoir si le cas comporte les caractères d'une neurasthénie ou d'une psychonévrose (hystérie, obsession). (On rencontre avec une fréquence peu commune des cas mixtes, où des signes de neurasthénie sont unis à ceux d'une psychonévrose ; mais nous en réserverons l'appréciation pour plus tard.) C'est seulement dans les neurasthénies que l'examen des malades a pour résultat de découvrir les facteurs étiologiques provenant de la vie sexuelle ; ceux-ci sont, comme il est naturel, connus du malade et appartiennent au présent, plus exactement à la période de sa vie ayant débuté avec la maturité sexuelle (bien que cette délimitation elle non plus ne permette pas d'inclure tous les cas). Dans les psychonévroses un tel examen fournit peu de chose ; il nous livre, par exemple, la connaissance de facteurs que l'on doit reconnaître comme déclenchants et qui dépendent de la vie sexuelle ou éventuellement pas du tout ; dans le premier cas ils ne se révèlent alors pas d'une autre nature que les facteurs étiologiques de la neurasthénie et sont donc totalement dépourvus de relation spécifique à la survenue de la psychonévrose. Et pourtant l'étiologie des psychonévroses, elle

⁴⁸ Extrait de : « La sexualité dans l'étiologie des névroses », 1898, GW I, pp. 491-516. Traduction française in « Résultats, idées, problèmes 1 », Paris, PUF, 1984, pp. 75-97.

aussi, réside dans chaque cas, une fois de plus, dans le sexuel. Par un remarquable détour, dont il sera question plus loin, on peut parvenir à connaître cette étiologie et à trouver compréhensible que le malade n'ait rien su nous en dire. En effet les événements et influences qui sont à la base de toute psychonévrose n'appartiennent pas à l'actualité mais à une époque de la vie depuis longtemps révolue, pour ainsi dire préhistorique, à la prime enfance et c'est pourquoi ils ne sont pas connus du malade lui-même. Il les a - dans un certain sens seulement - oubliés.

Étiologie sexuelle donc dans tous les cas de névrose ; mais dans les neurasthénies elle est de type actuel, dans les psychonévroses ce sont des facteurs de nature infantile ; ceci est la première grande opposition dans l'étiologie des névroses. On en trouve une deuxième, si l'on tient compte d'une différence dans la symptomatologie de la neurasthénie elle-même. Ici on trouve d'un côté des cas où certains maux caractéristiques de la neurasthénie se mettent au premier plan : le serrement de tête, la fatigabilité, la dyspepsie, la constipation, l'irritation spinale et ainsi de suite. Dans d'autres cas ces signes régressent, et le tableau morbide se compose d'autres symptômes qui tous révèlent une relation au symptôme nodal, l'« angoisse » (anxiété flottante, inquiétude, angoisse d'attente, crises d'angoisse complètes, rudimentaires et supplémentaires, vertige locomoteur, agoraphobie, insomnie, amplification des douleurs, etc.). J'ai laissé son nom au premier type de neurasthénie, mais j'ai désigné le second comme « névrose d'angoisse », et j'ai justifié cette distinction dans un autre écrit où il est aussi tenu compte du fait que les deux névroses, en règle générale, apparaissent ensemble. Pour notre propos, il suffit de souligner qu'à la diversité symptomatologique des deux formes, vient en parallèle une différence dans l'étiologie. La neurasthénie se laisse à chaque fois ramener à un état du système nerveux, tel qu'il est acquis par masturbation excessive, ou qu'il apparaît spontanément par des pollutions accumulées ; dans la névrose d'angoisse on trouve régulièrement des influences sexuelles qui ont pour facteur commun la rétention ou la satisfaction incomplète, telle que : *coïtus interruptus*, abstinence avec vive libido, excitation dite frustrée et autres choses semblables. Dans le petit article qui s'efforçait d'introduire la névrose d'angoisse, j'ai énoncé la formule que **l'angoisse serait en général une libido détournée de son emploi.**

Quand sont réunis dans un cas des symptômes de la neurasthénie et de la névrose d'angoisse, donc dans un cas mixte, on s'en tient à cette proposition empiriquement trouvée, qu'à un mélange de névroses correspond une collaboration de plusieurs facteurs étiologiques, et l'on trouve à chaque fois son attente confirmée. Avec quelle fréquence ces facteurs étiologiques sont organiquement reliés les uns avec les autres par l'interrelation des processus sexuels, par exemple *coïtus interruptus* ou puissance masculine insuffisante avec la masturbation, ceci mériterait assurément un exposé détaillé.

Quand on a diagnostiqué avec certitude tel cas de névrose neurasthénique et qu'on en a correctement groupé les symptômes, on peut se permettre de traduire la symptomatologie en étiologie et d'exiger alors hardiment des malades la confirmation des hypothèses avancées.

.....

La désaccoutumance de la masturbation n'est qu'une des nouvelles tâches thérapeutiques qui résultent pour le médecin de la prise en compte de l'étiologie sexuelle, et cette tâche précise ne semble pouvoir être accomplie, comme toute autre désaccoutumance, que dans un établissement hospitalier et sous surveillance constante du médecin. Abandonné à lui-même, le masturbateur revient, à l'occasion de toute influence déprimante, à la satisfaction qui lui est commode. Le traitement médical ne peut ici se fixer d'autre but que de ramener au commerce sexuel normal le neurasthénique qui a récupéré ses forces, car le besoin sexuel, dès lors qu'il a été éveillé et qu'il a été satisfait pendant un certain temps, ne peut plus être réduit au silence, mais seulement déplacé sur une autre voie. Une remarque tout à fait analogue vaut d'ailleurs aussi pour toutes les autres cures d'abstinence, qui ne réussiront qu'en apparence, tant que le médecin se contentera de retirer au malade son agent narcotique sans se soucier de la source d'où jaillit le besoin impérieux de celui-ci. « **Accoutumance** » n'est qu'une simple façon de parler sans valeur explicative ; tous ceux qui ont l'occasion de prendre pendant un certain temps de la morphine, de la cocaïne, du chloral et autres, n'acquièrent pas de ce fait « l'appétence » pour ces choses. Une investigation plus précise démontre en règle générale que ces narcotiques sont destinés à jouer le rôle de substituts - directement ou par voie détournée - de la jouissance sexuelle manquante, et là où ne peut plus s'instaurer une vie sexuelle normale, on peut s'attendre avec certitude à la rechute du désintoxiqué.

Une autre tâche pour le médecin est celle que lui pose l'étiologie de la névrose d'angoisse, elle consiste à inviter le malade à abandonner toutes les modalités nuisibles du commerce sexuel et à adopter des relations sexuelles normales. Il va de soi que ce devoir incombe avant tout au confident médical du malade, au médecin de famille, qui nuit gravement à ses clients s'il se croit trop respectable pour intervenir dans cette sphère.

.....

La disposition névropathique elle-même est conçue aujourd'hui comme le signe d'une dégénérescence générale, et ainsi ce terme factice et commode en vient à être utilisé surabondamment contre les pauvres malades que les médecins sont fort impuissants à aider. Par bonheur, il en va autrement. La disposition névropathique existe bien, mais je dois

contester qu'elle suffise à produire la psychonévrose. Qui plus est, je dois contester que le concours d'une disposition névropathique et de causes déclenchantes de la vie ultérieure constitue une étiologie suffisante des psychonévroses. En rapportant le destin pathologique des individus aux expériences vécues par leurs ancêtres, on est allé trop loin, et l'on a en ceci oublié qu'entre la conception et la maturité de l'individu se situe une période longue et importante de la vie, l'enfance, dans laquelle peuvent être acquis les germes d'une maladie ultérieure. Il en va effectivement ainsi dans la psychonévrose. Sa véritable étiologie est à trouver dans les expériences vécues de l'enfance, et- cela à nouveau - et exclusivement - dans des impressions concernant la vie sexuelle. On a tort de négliger totalement la vie sexuelle des enfants ; ils sont, autant que je le sache, capables de toutes les réalisations sexuelles psychiques et de nombreuses réalisations somatiques. Pas plus que les organes génitaux externes et les deux gonades ne constituent la totalité de l'appareil sexuel de l'être humain, pas davantage sa vie sexuelle ne commence-t-elle seulement avec la puberté, comme il pourrait paraître à une observation grossière. **Mais il est exact que l'organisation et l'évolution de l'espèce Homme tendent à éviter une activité sexuelle trop riche dans l'enfance** ; il semble que les forces pulsionnelles sexuelles de l'être humain doivent être stockées, pour servir de grands buts culturels lorsqu'elles sont ensuite libérées à l'époque de la puberté (Wilh. Fliess). A partir d'un tel ensemble de faits, on peut sans doute comprendre pourquoi des expériences sexuelles de l'enfance ne peuvent qu'agir -de façon pathogène. Mais elles ne développent leur action que pour la plus petite part à l'époque où elles surviennent ; **bien plus considérable est leur action après coup, qui ne peut apparaître qu'à des périodes ultérieures de la maturation.** Cette action après coup provient, il n'en peut être autrement, des traces psychiques qu'ont laissées les expériences sexuelles infantiles. Dans l'intervalle entre l'expérience de ces impressions et leur reproduction (ou bien plutôt le renforcement des impulsions libidinales qui en découlent), non seulement l'appareil sexuel somatique mais également l'appareil psychique ont connu un développement considérable, et c'est pourquoi de l'influence de ces expériences sexuelles précoces résulte maintenant une réaction psychique anormale, et des formations psychopathologiques apparaissent.

Dans ces indications je n'ai pu que citer les facteurs principaux sur lesquels s'appuie la théorie des psychonévroses : **l'après-coup, l'état infantile de l'appareil sexuel et de l'instrument psychique.** Pour arriver à une véritable compréhension du mécanisme d'apparition des psychonévroses, il aurait fallu de plus amples développements ; avant tout, il serait inévitable de rendre crédibles certaines hypothèses, qui me paraissent nouvelles, sur la composition et le mode de travail de l'appareil psychique. Dans un livre sur *L'interprétation du rêve*, que je prépare actuellement, j'aurai l'occasion d'aborder ces fondements d'une psychologie des névroses. **Le rêve appartient en effet à la même série de formations psychopathologiques que l'idée fixe hystérique, l'obsession et l'idée délirante.**

Comme les manifestations des psychonévroses proviennent de traces psychiques inconscientes par le moyen de l'après-coup, elles deviennent accessibles à la psychothérapie qui doit toutefois emprunter ici d'autres voies que celle qui a été jusqu'à présent uniquement suivie, la suggestion avec ou sans hypnose. M'appuyant sur la méthode « cathartique » proposée par J. Breuer, j'ai presque complètement élaboré dans les dernières années une procédure thérapeutique que je dénommerai la procédure « *psychanalytique* », à laquelle je dois de nombreux succès, tout en osant espérer accroître encore considérablement son efficacité. Dans les *Etudes sur l'hystérie* publiées en 1895 (avec J. Breuer) ont été données les premières communications sur la technique et la portée de la méthode. Depuis lors, bien des améliorations, j'ose l'affirmer, y ont été apportées. Tandis qu'alors nous déclarions avec modestie que nous ne pouvions nous attaquer qu'à l'élimination de symptômes hystériques et non pas à la guérison de l'hystérie elle-même, cette distinction m'est apparue depuis lors comme vide de contenu, et la perspective d'une véritable guérison de l'hystérie et des obsessions s'est offerte. C'est pourquoi j'ai trouvé un assez vif intérêt à lire dans les publications de collègues spécialistes : dans ce cas la procédure judicieuse inventée par Breuer et Freud a échoué, ou bien : la méthode n'a pas tenu ce qu'elle semblait promettre. Je ressentais alors ce que peut éprouver un homme qui trouve dans le journal son avis de décès, mais qui sûr de son fait peut se sentir tranquille. La procédure est en effet si difficile qu'elle doit absolument être apprise ; et je n'ai pas le souvenir qu'aucun de mes critiques ait voulu l'apprendre de moi, et je ne crois pas non plus qu'ils s'y soient consacrés comme moi-même avec suffisamment d'intensité pour pouvoir la découvrir par eux-mêmes. Les indications des *Etudes sur l'hystérie* sont parfaitement insuffisantes pour permettre au lecteur la maîtrise de cette technique, et d'ailleurs elles ne visent nullement à donner une formation complète.

La thérapie psychanalytique n'est pas à ce jour universellement applicable ; je lui connais les limitations suivantes : elle exige chez le malade un certain degré de maturité et de discernement, et par suite elle n'est pas valable pour des personnes infantiles ou pour des débiles et des incultes d'âge adulte. Elle échoue chez des personnes trop âgées, du fait que chez elles, en raison du matériel accumulé, elle requerrait beaucoup trop de temps, si bien qu'on parviendrait à la terminaison de la cure à une époque de la vie pour laquelle on n'attribue plus de valeur à la santé nerveuse. Enfin elle n'est possible que quand le malade a un état psychique normal, à partir duquel le matériel pathologique se laisse maîtriser. Pendant une confusion hystérique, une manie ou une mélancolie intercurrentes, on n'obtient aucun résultat avec les moyens de la psychanalyse. On peut aussi soumettre de tels cas à notre procédure, après avoir, par les mesures habituelles, amené l'apaisement des manifestations violentes. Dans la pratique, les cas chroniques de psychonévroses

donnent en général mieux prise à la méthode que les cas de crises aiguës dans lesquels ce qui compte avant tout, évidemment, c'est la rapidité de leur résolution. Aussi, c'est pourquoi les phobies hystériques et les différentes formes de la névrose obsessionnelle offrent le champ de travail le plus favorable à cette nouvelle thérapie. Que la méthode soit cantonnée dans ces limites, cela s'explique en grande partie par les conditions dans lesquelles j'ai dû l'élaborer. Mon matériel, ce sont justement des nerveux chroniques appartenant aux classes cultivées. Je tiens pour tout à fait possible qu'on puisse développer des procédures complémentaires pour des personnes infantiles et pour le public qui cherche assistance dans les hôpitaux. Je dois aussi indiquer que jusqu'à présent j'ai expérimenté ma thérapie exclusivement sur des cas graves d'hystérie et de névrose obsessionnelle ; qu'en adviendrait-il dans ces cas pathologiques légers que l'on voit aboutir à une guérison, apparente du moins, avec un traitement quelconque de peu de mois, je ne saurais le préciser. Comme on le conçoit, une nouvelle thérapie qui exige de multiples sacrifices, ne pouvait compter que sur ce type de malades qui avaient déjà essayé sans succès les méthodes curatives reconnues ou dont l'état justifiait la conclusion qu'ils n'auraient rien à attendre de ces procédures curatives soi-disant plus commodes et plus brèves. Ainsi dus-je d'emblée m'attaquer avec un instrument imparfait aux tâches les plus difficiles ; l'épreuve s'en révéla d'autant plus probante.

Les difficultés essentielles qui s'opposent encore maintenant à la méthode curative psychanalytique ne résident pas en celle-ci même, mais dans le manque de compréhension, chez les médecins et les profanes, pour la nature des psychonévroses. Ce n'est que la contrepartie nécessaire de cette totale ignorance, si les médecins se croient justifiés à consoler le malade par les assurances les plus inadéquates ou à l'inciter à des mesures thérapeutiques. « Venez six semaines dans mon établissement et vous serez débarrassé de vos symptômes (angoisse des voyages, obsessions, etc.). » De fait, l'établissement est indispensable pour apaiser des épisodes aigus au cours d'une psychonévrose, par la diversion, les soins et la mise à l'abri ; pour éliminer les états chroniques, il ne sert à rien,

Discussion sur l'onanisme⁴⁹

Les membres les plus anciens de ce cercle ne manqueront pas de se souvenir qu'il y a plusieurs années déjà nous avons fait l'essai d'une semblable discussion collective sur le thème de l'onanisme. Il se manifesta alors des divergences si importantes entre les opinions exprimées que nous ne pûmes nous permettre de livrer nos délibérations au public. Nous avons, depuis - les mêmes personnes comme aussi de nouveaux venus - dans un contact continu avec les faits d'expérience et dans un échange d'idées incessant les uns avec les autres, clarifié nos idées et les avons situées sur un terrain commun, si bien que le risque autrefois écarté ne peut plus nous apparaître aussi grand.

J'ai vraiment l'impression qu'entre nous les concordances sur le thème de l'onanisme sont maintenant plus fortes et plus profondes que les désaccords - au demeurant indéniables. Mainte apparence de contradiction ne prend naissance que par la pluralité des points de vue que vous avez développés, alors qu'il s'agit en vérité d'idées qui peuvent fort bien cohabiter.

Permettez-moi de vous présenter un résumé relatif aux points sur lesquels nous semblons être en accord ou en désaccord.

Nous sommes bien tous *d'accord*

- a) sur l'importance des fantasmes qui accompagnent ou remplacent l'acte d'onanisme ;
- b) sur l'importance de la conscience de culpabilité liée à l'onanisme, d'où qu'elle puisse provenir ;
- c) sur l'impossibilité d'indiquer qualitativement dans quelles conditions l'onanisme est nocif (Accord non absolu sur ce point.)

Des différences d'opinion non encore conciliées se sont manifestées

- a) quant à la négation du facteur somatique dans les effets de l'onanisme ;
- b) quant au refus de la nocivité de l'onanisme en général ;
- c) concernant l'origine du sentiment de culpabilité, que certains d'entre vous veulent faire dériver directement de l'insatisfaction, tandis que d'autres y ajoutent des facteurs sociaux ou pour chaque cas le coefficient personnel ;
- d) concernant l'ubiquité de l'onanisme infantile.

⁴⁹ Texte de Freud, 1912: « Schlusswort der Onanie-Diskussion », GW VIII , pp.334-345. Traduction française in « Résultats, idées, problèmes I », Paris, PUF, 1984, pp. 175-186.

Enfin des *incertitudes* très importantes subsistent

- a) sur le mécanisme de l'effet nocif de l'onanisme, au cas où celui-ci serait reconnu ;
- b) sur la relation étiologique de l'onanisme avec les névroses actuelles.

Sur la plupart des points qui nous opposent, nous sommes parvenus à cette remise en question grâce à la critique de notre collègue W. Stekel, fondée sur une expérience solide et personnelle. Certes nous avons laissé à une foule d'observateurs et de chercheurs futurs encore bien des choses à établir et à clarifier, mais nous nous consolons en sachant que nous avons travaillé avec honnêteté et sans mesquinerie et que, ce faisant, nous avons ouvert les voies sur lesquelles évoluera à son tour la recherche future.

De mes propres contributions aux questions qui nous occupent vous n'avez pas beaucoup à attendre. Vous savez que j'aime avant tout traiter un sujet de façon fragmentaire en préférant mettre en relief les points qui me paraissent les plus assurés. Je n'ai rien de neuf à apporter, aucune solution, simplement quelques répétitions de choses que j'ai déjà avancées par le passé, quelques plaidoyers en faveur de ces affirmations anciennes, en réponse à des attaques venues de vos rangs, à quoi s'ajouteront quelques remarques telles qu'elles ne peuvent que s'imposer à l'auditeur lors de vos conférences.

J'ai, comme on le sait, divisé l'onanisme, d'après les âges de la vie en : 1) l'onanisme du nourrisson, par quoi l'on entend toutes les activités autoérotiques servant à la satisfaction sexuelle ; 2) l'onanisme de l'enfant, qui procède directement du précédent et s'est déjà fixé sur des zones érogènes déterminées ; et 3) l'onanisme de la puberté qui ou bien se rattache à l'onanisme de l'enfant ou bien en est séparé par la période de latence. Dans plusieurs de vos exposés dont j'ai été l'auditeur, il n'a pas été totalement fait droit à cette division temporelle. La prétendue unité de l'onanisme suggérée par le langage médical a donné lieu à mainte affirmation globale, là où aurait été bien plutôt justifiée la différenciation selon ces trois époques de la vie. J'ai également regretté que nous n'ayons pas pu prendre en considération l'onanisme de la femme dans la même mesure que celui de l'homme, et j'estime que l'onanisme féminin mériterait une étude particulière et que chez lui justement l'accent serait fortement mis sur les modifications conditionnées par l'âge de la vie.

.....

Sur la question du rapport de l'onanisme et des pollutions avec la naissance de ce qu'on appelle la neurasthénie je me trouve, comme beaucoup d'entre vous, en opposition avec Stekel et maintiens contre lui mes premières déclarations, à une réserve près que je développerai plus tard. **Je ne vois rien qui puisse nous contraindre à renoncer à la distinction entre névroses actuelles et psychonévroses, et je ne puis concevoir la genèse des symptômes dans les premières autrement que comme toxique.** Notre collègue Stekel me semble ici exagérer vraiment beaucoup le facteur psychogénétique. Je considère encore, comme il m'est apparu il y a plus de quinze ans déjà, que les deux névroses actuelles - neurasthénie et névrose d'angoisse - (peut-être la véritable hypocondrie est-elle à classer comme troisième névrose actuelle) constituent l'anticipation somatique des psychonévroses et fournissent le matériel de l'excitation, lequel se trouve ensuite psychiquement sélectionné et enrobé, si bien que, pour parler en général, le noyau du symptôme psychonévrotique - ce grain de sable au centre de la perle - se trouve formé d'une manifestation sexuelle somatique. Pour la névrose d'angoisse et son rapport à l'hystérie cela est certes plus évident que pour la neurasthénie, sur laquelle on n'a pas encore procédé à des recherches psychanalytiques soigneuses. Dans la névrose d'angoisse c'est au fond, comme vous avez pu vous en convaincre souvent, une petite part de l'excitation coïtale non déchargée qui apparaît sous forme de symptôme d'angoisse ou donne le noyau d'une formation de symptôme hystérique.

Notre collègue Stekel partage, avec de nombreux auteurs qui se situent en dehors de la psychanalyse, la tendance à rejeter les différenciations morphologiques que nous avons établies dans l'enchevêtrement des névroses, et à les placer toutes sous le même chapeau - par exemple celui de la psychasthénie. Là-dessus nous l'avons souvent contredit et **nous persévérons dans l'espoir que les différences morphologico-cliniques se révéleront précieuses en tant qu'indices encore incompris de processus essentiellement différents.** Si - à bon droit - il nous fait remarquer qu'il a rencontré régulièrement chez ceux qu'on appelle neurasthéniques les mêmes complexes et les mêmes conflits que chez les autres névrosés, cet argument n'intéresse guère le point litigieux. Nous savons depuis longtemps que nous devons nous attendre également aux mêmes complexes et aux mêmes conflits chez tous les gens sains et normaux. Nous nous sommes même habitués à supposer chez tout homme civilisé une certaine dose de refoulement des motions perverses, d'érotisme anal, homosexualité et autres, ainsi qu'une part de complexe paternel et maternel, et d'autres complexes encore, tout comme dans l'analyse élémentaire d'un corps organique nous pouvons déceler en toute certitude les éléments : carbone, oxygène, hydrogène, azote et un peu de soufre. Ce qui distingue les uns des autres les corps organiques, c'est la proportion quantitative de ces éléments et la constitution des liaisons qu'ils établissent entre eux. **Ce dont il s'agit chez**

les normaux et les névrosés, ce n'est donc pas l'existence de ces complexes et conflits, mais la question de savoir si ceux-ci sont devenus pathogènes, et en ce cas quels mécanismes ils ont alors mis en oeuvre.

L'essentiel de mes théories, avancées jadis et défendues aujourd'hui, sur les névroses actuelles réside dans l'affirmation, appuyée sur l'expérimentation, que **leurs symptômes ne se laissent pas décomposer analytiquement** comme les symptômes psychonévrotiques. Que donc la constipation, la céphalée, la fatigue de ceux qu'on nomme neurasthéniques n'autorisent pas une explication historique ou symbolique les ramenant à des expériences agissantes, lorsqu'elles ne se laissent pas interpréter comme des satisfactions substitutives sexuelles, comme des compromis de motions pulsionnelles opposées, contrairement aux symptômes psychonévrotiques (éventuellement même s'ils semblent être de même nature qu'elles). Je ne crois pas que l'on réussira à renverser cette thèse à l'aide de la psychanalyse. Par contre je concède aujourd'hui, ce que je ne pouvais croire autrefois, qu'un traitement analytique puisse avoir aussi, indirectement, une influence curative sur les « symptômes actuels », ou bien en permettant que les dommages actuels soient mieux supportés, ou bien en plaçant l'individu malade en situation de se soustraire par une modification de son régime sexuel à ces dommages actuels. Certes ce sont là des perspectives que nous souhaitons dans l'intérêt de notre thérapeutique.

Mais si, dans la question théorique des névroses actuelles, je dois finalement être convaincu d'erreur, je saurai me consoler par l'avancement de notre science, qui doit nécessairement ôter de sa valeur au point de vue d'un seul. Vous allez demander maintenant pourquoi, avec des vues si louables sur l'obligatoire limitation de ma propre infaillibilité, je ne cède pas plutôt dès maintenant aux nouvelles suggestions et préfère répéter le spectacle souvent vu du vieil homme qui s'accroche obstinément à ses opinions. Je réponds : parce que je ne reconnais pas encore l'évidence à laquelle je dois céder. Dans les premières années, mes idées ont connu maintes modifications que je n'ai pas dissimulées à l'opinion publique. Ces transformations m'ont valu des reproches, comme aujourd'hui mes obstinations. Non que m'effraierait tel ou tel de ces reproches. Mais je sais que j'ai un destin à accomplir. Je ne peux lui échapper et n'ai pas besoin d'aller au-devant de lui. J'attendrai qu'il vienne et pendant ce temps me comporterai à l'égard de notre science comme j'ai appris à le faire dès les débuts.

Je n'aime pas prendre position sur la question abondamment traitée par vous de la nocivité de l'onanisme, car ce n'est pas la bonne façon d'aborder les problèmes qui nous occupent. Mais nous sommes bien tous forcés de le faire. Le monde ne semble s'intéresser qu'à cela dans l'onanisme. Lors de nos premières soirées de discussion sur ce thème, nous avions au milieu de nous comme hôte, vous vous en souvenez, un pédiatre distingué de cette ville. Que voulait-il à tout prix savoir de nous par ses interpellations réitérées ? Uniquement dans quelle mesure l'onanisme était nuisible, et pourquoi il nuisait à l'un et pas à l'autre. Nous sommes ainsi bien obligés d'imposer à notre recherche de répondre à ce besoin pratique.

J'avoue que même ici je ne peux partager le point de vue de Stekel, malgré les nombreuses remarques courageuses et justes qu'il nous a présentées sur cette question. Pour lui la nocivité de l'onanisme n'est à vrai dire qu'un préjugé absurde, que seule l'étroitesse de nos vues nous empêche de renier de manière suffisamment radicale. Je pense, quant à moi, que si nous envisageons ce problème *sine ira et studio* - si tant est, justement, que cela nous soit possible - il nous faut plutôt déclarer qu'une telle prise de position contredit nos vues fondamentales sur l'étiologie des névroses. **L'onanisme correspond pour l'essentiel à l'activité sexuelle infantile et ensuite au maintien de celle-ci dans un âge plus mûr.** Nous faisons découler les névroses d'un conflit entre les aspirations sexuelles d'un individu et ses autres tendances (celles du moi). Quelqu'un pourrait alors dire : pour moi le facteur pathogène de cette relation étiologique réside seulement dans la réaction du moi contre sa sexualité. Il affirmerait plus ou moins par là que chaque personne pourrait se préserver de la névrose, si elle voulait seulement satisfaire sans limitation ses aspirations sexuelles. Mais il est manifestement arbitraire et aussi visiblement inadéquat d'en décider ainsi et de ne pas faire participer aussi les aspirations sexuelles elles-mêmes au processus pathogène. Mais si vous admettez que les impulsions sexuelles peuvent avoir un effet pathogène, vous ne pouvez plus contester cette même signification à l'onanisme, qui bien sûr ne consiste qu'en la mise en activité de telles motions pulsionnelles sexuelles. Certes dans chaque cas qui semble accuser l'onanisme d'être pathogène, vous pourrez, remontant plus loin, en ramener l'effet aux pulsions qui se manifestent dans l'onanisme et aux résistances qui s'opposent à ces pulsions ; c'est que l'onanisme n'est ni somatiquement ni psychologiquement un terme ultime, ce n'est pas un véritable agent, mais seulement un nom pour certaines activités, et pourtant, malgré tous les développements ultérieurs, le jugement porté sur l'origine de la maladie n'en demeure pas moins rattaché à juste titre à cette activité. Ici, n'oubliez pas non plus qu'il ne faut pas assimiler l'onanisme à l'activité sexuelle en général, mais qu'il est cette activité-là dans certaines conditions limitatives. Il demeure également possible que ces particularités de l'activité onanique soient justement les supports de leur effet pathogène.

Nous sommes donc, laissant l'argumentation de côté, renvoyés à l'observation clinique et celle-ci nous exhorte à ne pas rayer la rubrique *Effets nocifs de l'onanisme*. De toute façon, nous avons affaire dans les névroses à des cas dans lesquels l'onanisme a fait preuve de nocivité.

Cette nocivité semble s'imposer par trois voies différentes

- a) en tant que préjudice *organique*, selon un mécanisme inconnu dans lequel entrent en compte les points de vue souvent mentionnés par vous de la démesure et de la satisfaction inadéquate ;
- b) au plan du *prototype psychique*, dans la mesure où ce à quoi il faut tendre pour la satisfaction d'un grand besoin n'est pas la modification du monde extérieur. Mais là où se développe une ample réaction à ce prototype, les qualités de caractère les plus précieuses peuvent s'amorcer ;
- c) par la possibilité ainsi offerte de la *fixation des buts sexuels infantiles* et de la stagnation dans l'infantilisme psychique. Par là est alors fournie la disposition à la chute dans la névrose. En tant que psychanalystes nous ne pouvons que porter le plus grand intérêt à ce résultat de l'onanisme - je pense ici naturellement à l'onanisme pubertaire et à celui qui se poursuit au-delà de cette époque. N'oublions pas quelle signification acquiert l'onanisme en tant qu'exécution du fantasme, ce royaume intermédiaire, qui s'est inséré entre la vie selon le principe de plaisir et la vie selon le principe de réalité, ni comment l'onanisme rend possible dans le fantasme l'accomplissement de développements sexuels et de sublimations, qui ne sont pourtant pas des progrès, mais uniquement de nocives formations de compromis. Toutefois, selon l'importante remarque de Stekel, ce même compromis rend inoffensives de graves tendances à la perversion, et écarte les conséquences les plus fâcheuses de l'abstinence.

D'après mes expériences de médecin, je ne peux exclure de la série des conséquences de l'onanisme un affaiblissement durable de la puissance sexuelle, même si j'accorde à Stekel que dans bon nombre de cas elle se révèle être purement apparente. Cette conséquence de l'onanisme justement ne peut pas être d'emblée mise au nombre des préjudices. Une certaine diminution de la puissance virile et de l'initiative brutale qui se rattache à celle-ci, est culturellement tout à fait exploitable. Cette diminution rend plus facile à l'homme civilisé l'observance des vertus de modération et de maîtrise sexuelles que l'on exige de lui. Etre vertueux quand on possède toute sa puissance est en général ressenti comme une tâche difficile.

Si cette affirmation vous semble cynique, acceptez de croire que je n'y mets aucun cynisme. Elle ne se veut rien d'autre qu'une description toute sèche, indifférente au contentement ou à la contrariété qu'elle peut susciter. L'onanisme a justement lui aussi, comme beaucoup d'autres choses, *les défauts de ses vertus* et inversement *les vertus de ses défauts*. Si l'on dissocie un ensemble de faits compliqués, en s'intéressant uniquement d'un point de vue pratique au nuisible et à l'utile, on devra bien s'accommoder de ces découvertes déplaisantes.

J'estime au demeurant que nous avons avantage à séparer ce que l'on peut appeler les préjudices *directs* dus à l'onanisme et ce qui d'une manière *indirecte* dérive de la résistance et de l'opposition du moi à cette activité sexuelle. Je ne me suis pas occupé ici de ces derniers effets.

Quelques mots encore, par nécessité, sur la deuxième des pénibles questions qui nous sont posées. A supposer que l'onanisme puisse devenir nocif, dans quelles conditions et chez quels individus se révèle-t-il nocif ?

Avec la majorité d'entre vous, j'aimerais refuser d'apporter une réponse générale à cette question. Ne recouvre-t-elle pas pour une part l'autre question plus vaste de savoir quand l'activité sexuelle dans son ensemble devient pathogène pour un individu ? Abstraction faite de cette partie, il subsiste une question de détail qui a trait aux caractères de l'onanisme, dans la mesure où il représente un mode particulier de satisfaction sexuelle. Voici le point où il conviendrait de répéter des choses connues et avancées dans un autre contexte, et d'estimer à sa juste valeur l'influence du facteur quantitatif et de l'action conjuguée de multiples déterminants à effet pathogène, mais avant tout il nous faudrait accorder une grande place à ce qu'on appelle les dispositions constitutionnelles de l'individu. N'hésitons pas pourtant à le dire : ce n'est pas chose aisée de travailler avec elles. Nous avons en effet coutume de conclure à la disposition individuelle *a Posteriori* ; après coup, lorsque la personne est déjà tombée malade, nous lui attribuons telle ou telle disposition. Nous ne disposons d'aucun moyen de la deviner par avance. Nous nous comportons en cela comme ce roi écossais d'un roman de Victor Hugo, qui se faisait gloire d'un moyen infaillible pour reconnaître la sorcellerie. Il faisait cuire l'accusée dans de l'eau bouillante, et puis il goûtait la soupe. Selon le goût, il rendait son verdict : oui, c'était une sorcière, ou : non, ce n'en était pas une.

Je pourrais encore attirer votre attention sur un sujet qui a été trop peu traité dans nos colloques, celui de l'onanisme dit inconscient. Je pense à l'onanisme au cours du sommeil, d'états anormaux, de crises. Vous vous rappelez combien de crises d'hystérie reproduisent l'acte d'onanisme d'une manière cachée ou méconnaissable, après que l'individu a renoncé à cette sorte de satisfaction, et combien de symptômes de la névrose obsessionnelle cherchent à remplacer et à répéter cette sorte d'activité sexuelle jadis interdite. On peut aussi parler d'un retour thérapeutique de l'onanisme. Plusieurs d'entre vous auront déjà fait comme moi l'expérience que si, pendant le traitement, le patient ose à nouveau pratiquer l'onanisme même s'il n'a pas l'intention de rester durablement sur cette position infantile, cela signifie un grand progrès. Permettez-moi aussi de vous rappeler à ce propos qu'un nombre considérable de névrosés, et justement des plus graves,

ont évité l'onanisme dans les temps historiques de leur souvenir, alors qu'il est prouvé par la psychanalyse que cette activité sexuelle ne leur était demeurée nullement étrangère dans les premiers temps oubliés.

Mais je pense qu'il faut s'en tenir là. Nous sommes bien tous d'accord pour penser que le sujet de l'onanisme est quasiment inépuisable.

Les modes d'entrée dans la névrose⁵⁰

Dans les pages qui suivent nous décrirons, sur la base d'impressions d'origine empirique, quelles modifications des conditions sont déterminantes pour que se déclare une affection névrotique chez un sujet qui y était précédemment disposé. Il s'agit donc d'examiner les facteurs qui déclenchent la maladie et il ne sera guère question des formes de maladie. Le tableau que nous présentons ici des circonstances qui provoquent la maladie se distingue d'autres exposés en ceci qu'il rapporte l'ensemble des modifications énumérées à la libido de l'individu. La psychanalyse nous a permis de reconnaître que les destins de la libido sont ce qui décide de la santé ou de la maladie nerveuse. Dans ce contexte, nous ne nous perdrons pas en paroles inutiles sur le concept de disposition. Précisément, la recherche psychanalytique nous a permis de montrer que la disposition névrotique se situe dans l'histoire du développement de la libido, et de ramener les facteurs agissant en elle à des variétés innées de la constitution sexuelle et à des actions du monde extérieur survenues dans l'expérience de la première enfance.

a) La circonstance la plus évidente qui déclenche l'entrée dans la névrose, celle qu'il est le plus facile à découvrir et de comprendre, réside dans ce facteur extérieur qu'on peut décrire sous le terme général de *frustration (Versagung)*. L'individu était en bonne santé aussi longtemps que son besoin d'amour (*Liebesbedürftigkeit*) était satisfait par un objet réel du monde extérieur ; il devient névrosé dès que cet objet lui est retiré sans qu'un substitut (*Ersatz*) vienne s'offrir à la place. Ici le bonheur coïncide avec la santé, le malheur avec la névrose. Plus facilement qu'au médecin, la guérison revient au destin, qui peut offrir un substitut de la possibilité de satisfaction perdue.

Pour ce type, auquel participe sans doute la majorité des êtres humains, la possibilité de devenir malade ne commence qu'avec l'abstinence, ce qui permet de mesurer toute l'importance pour le déclenchement de la névrose des limitations apportées par la culture à l'ensemble des satisfactions qui nous sont accessibles. La frustration a un effet pathogène en ce qu'elle endigue la libido, mettant ainsi l'individu à l'épreuve de savoir combien de temps il supportera cette élévation de la tension psychique, et quelles voies il empruntera pour se débarrasser de celle-ci. **Il n'existe que deux possibilités** pour se maintenir en bonne santé lorsque persiste une frustration réelle de la satisfaction ; la première consiste à convertir la tension psychique en énergie active qui reste dirigée vers le monde extérieur et qui finalement force celui-ci à accorder une satisfaction réelle de la libido, la seconde est de renoncer à la satisfaction libidinale, à sublimer la libido endiguée et à l'utiliser pour atteindre des buts qui ne sont plus érotiques et qui échappent à la frustration. Que ces deux possibilités viennent à se réaliser dans le destin des êtres humains, ceci nous prouve que le malheur ne coïncide pas avec la névrose et que la frustration n'est pas seule à décider de la santé ou de la maladie de celui qu'elle atteint. L'action de la frustration consiste avant tout à mettre en jeu les facteurs dispositionnels jusqu'alors inactifs.

Lorsque ces facteurs sont présents et suffisamment forts, on rencontre le danger que la libido devienne introvertie. Elle se détourne de la réalité qui a perdu sa valeur de par la frustration obstinée qu'elle oppose à l'individu, elle se tourne vers la vie fantasmatique, au sein de laquelle elle se crée de nouvelles formations de désir (*Wunschbildungen*) et ranime les traces de formations de désir plus anciennes, oubliées. **Par suite de la relation intime entre l'activité fantasmatique et le matériel infantile, refoulé et devenu inconscient qu'on trouve en chaque individu, grâce à la situation d'exception qui est accordée à la vie fantasmatique eu égard à l'épreuve de réalité, la libido peut maintenant rétrograder plus loin, trouver, sur la voie de la régression, des chemins infantiles et tendre vers des buts qui leur correspondent.** Lorsque ces tendances, qui sont inconciliables avec l'état actuel de l'individualité, ont acquis suffisamment d'intensité, un conflit est inévitable entre elles et l'autre partie de la personnalité qui est restée en relation avec la réalité. Ce conflit est résolu par des formations de symptôme et débouche dans une maladie manifeste.

Le fait que l'ensemble du processus est parti de la frustration réelle trouve son reflet dans ce résultat que les symptômes qui permettent de retrouver le sol de la réalité représentent des satisfactions substitutives (*Ersatzbefriedigungen*).

⁵⁰ Paru en 1912 sous le titre « Über neurotische Erkrankungstypen », GW VIII, pp.321-330. Traduction française in « Névrose, psychose et perversion », Paris, PUF, 1973, pp. 175-182.

b) Le deuxième type de facteur déclenchant la maladie n'est pas du tout aussi évident que le premier ; en fait, ce sont seulement des recherches psychanalytiques approfondies, en relation avec la théorie des complexes de l'Ecole de Zurich, qui ont permis de le découvrir . Ici, l'individu ne tombe pas malade à la suite d'une modification du monde extérieur qui remplace la satisfaction par la frustration, mais à la suite d'un effort intérieur (*infolge einer inneren Bemühung*) pour se procurer la satisfaction qui est accessible dans la réalité. Il tombe malade dans sa tentative pour s'adapter à la réalité (*sich der Realität anzupassen*) et pour remplir l'exigence de la réalité (*die Realforderung*), tentative où il se heurte à des difficultés internes insurmontables.

Il est souhaitable de distinguer rigoureusement ces deux types d'entrée dans la maladie, plus rigoureusement que l'observation, en général, ne le permet. Dans le premier type, c'est une modification du monde extérieur qui est au premier plan, dans le second, l'accent porte sur une modification interne. Dans le premier type on tombe malade par suite d'un événement vécu, dans le second, par suite d'un processus de développement.

Dans le premier cas la tâche consiste à renoncer à la satisfaction et l'individu tombe malade en raison de son incapacité à résister ; dans le second cas la tâche est d'échanger une sorte de satisfaction pour une autre, et la personne échoue en raison de sa rigidité (*Starrheit*). **Dans le second cas le conflit est d'emblée présent** entre l'effort pour demeurer tel qu'on est et l'effort pour se modifier en fonction de nouveaux desseins et de nouvelles exigences de la réalité ; dans le cas précédent, le conflit s'instaure seulement après que la libido endiguée a choisi d'autres possibilités de satisfaction, des possibilités inconciliables. Le rôle du conflit et celui de la fixation antérieure de la libido sont dans le second type incomparablement plus évidents que dans le premier, où ces fixations fâcheuses peuvent éventuellement ne s'installer qu'à la suite de la frustration externe.

Un jeune homme qui jusqu'à présent a satisfait sa libido par des fantasmes débouchant dans la masturbation veut maintenant échanger ce régime proche de l'auto-érotisme pour un choix d'objet réel ; une jeune fille qui a dédié toute sa tendresse à son père ou à son frère doit maintenant, pour un homme qui la courtise, laisser venir à la conscience les désirs libidinaux incestueux jusqu'alors restés inconscients ; une femme voudrait renoncer à ses tendances polygamiques et à ses fantasmes de prostitution afin de devenir une fidèle compagne pour son mari et une mère irréprochable pour son enfant : **toutes ces personnes tombent malades en raison des efforts les plus louables, lorsque leurs fixations antérieures de la libido sont suffisamment fortes pour s'opposer à un déplacement (*Verschiebung*)** ; ici, de nouveau, les facteurs tenant à la disposition, équipement constitutionnel et vécu infantile, sont décisifs. Toutes ces personnes connaissent, pourrait-on dire, le destin du petit arbre du conte de Grimm, qui voulait changer de feuilles ; du point de vue de l'hygiène, qui bien sûr n'est pas le seul à devoir être pris en considération ici, on ne pourrait que leur souhaiter d'être restés aussi mal développés, aussi inférieurs et aussi propres à rien qu'ils l'étaient avant leur maladie. La modification que visent les malades, mais qu'ils ne peuvent réaliser qu'imparfaitement, voire pas du tout, a régulièrement valeur d'un progrès dans le sens de la vie réelle. Il en va autrement lorsqu'on applique un instrument de mesure éthique ; **on voit alors que les hommes tombent aussi souvent malades lorsqu'ils se débarrassent d'un idéal que lorsqu'ils veulent l'atteindre.**

Malgré les différences très nettes entre les deux types d'entrée dans la maladie que nous avons décrits, ils se rencontrent néanmoins pour l'essentiel et sont faciles à ramener à une unité. L'entrée dans la maladie par frustration se range aussi sous le point de vue de l'incapacité de s'adapter à la réalité, à savoir comme ce cas précis où la réalité refuse la satisfaction de la libido. L'entrée dans la maladie (*die Erkrankung*, littéralement : le-devenir-malade) sous les conditions du second type conduit directement à un cas particulier de la frustration. Certes, en cette occurrence, ce n'est pas n'importe quelle sorte de satisfaction que la réalité refuse, mais bien précisément la seule sorte que l'individu déclare lui être possible, et la frustration ne provient pas directement du monde extérieur mais, au niveau primaire, de certaines tendances du moi ; néanmoins, la frustration demeure le facteur général et le plus inclusif. Par suite du conflit, qui, dans le second type, s'instaure d'emblée, **les deux sortes de satisfaction sont également inhibées** : celle à laquelle on était accoutumé et celle qu'on tentait d'atteindre ; on aboutit à la stase de la libido avec toutes les conséquences qui en découlent, comme dans le premier cas. Les processus psychiques menant à la formation de symptôme sont sans doute plus faciles à suivre dans le second type que dans le premier ; ici, en effet, les fixations pathogènes de la libido n'ont pas eu à être mises en place d'abord, mais elles étaient en vigueur pendant la période de santé. Une certaine mesure d'introversión de la libido était généralement déjà présente ; une part de régression vers l'infantile est économisée du fait que le développement n'avait pas encore accompli tout son chemin.

- c) Le troisième type d'entrée dans la maladie se présente comme une exagération du second, celui par *exigence de la réalité* ; je le décrirai comme entrée dans la maladie par *inhibition de développement* (*Entwicklungshemmung*). Nous ne le distinguerons pas pour une raison théorique mais pour une raison pratique, car il s'agit de personnes qui tombent malades dès qu'elles dépassent l'âge irresponsable de l'enfance de sorte qu'elles n'ont jamais atteint une phase de santé, c'est à dire une capacité, sans limitations patentées, d'agir et de jouir (*Leistungs- und Genussfähigkeit*). L'essentiel du processus prédisposant est, dans ce cas, tout à fait clair. La libido n'a jamais abandonné les fixations infantiles,

l'exigence de la réalité ne se présente pas brusquement d'un seul coup à un individu totalement ou partiellement mature, elle est apportée par le simple fait de l'avancée en âge, puisqu'il va de soi qu'elle se modifie continuellement avec l'âge de l'individu. Le conflit s'efface ici devant l'insuffisance, mais pourtant tout ce que nous savons par ailleurs nous force à supposer qu'il existe, dans ce cas aussi, une tendance à surmonter les fixations de l'enfance, faute de quoi le résultat du processus ne pourrait jamais être une névrose mais seulement un infantilisme stationnaire.

- d) De même que le troisième type nous a présenté, de façon presque isolée, la condition de la disposition, de même le quatrième attire maintenant notre attention sur un autre facteur dont l'efficace est en jeu dans tous les cas, de sorte qu'une discussion théorique risquerait facilement de le négliger. Nous voyons tomber malades des individus qui jusqu'alors avaient été en bonne santé qui, dans leur vie, n'ont rencontré aucun nouvel événement et dont la relation au monde extérieur n'a subi aucune modification, si bien que leur entrée dans la maladie ne peut que donner l'impression de la spontanéité. Si l'on considère cependant ces cas de plus près, on s'aperçoit qu'une modification s'est pourtant produite en eux, modification dont nous devons apprécier toute l'importance pour la causation de la maladie (*Krankheitsverursachung*). Lorsque ces individus sont entrés dans une certaine période de la vie, et en relation avec des processus biologiques réguliers, la *quantité* de libido dans leur économie psychique a subi une élévation, qui à elle seule suffit à bouleverser l'équilibre de l'état de santé et à instaurer les conditions de la névrose. On sait que ces élévations assez soudaines de la libido sont régulièrement liées à la puberté et à la ménopause, aux moments où les femmes atteignent certains âges ; de plus, chez un certain nombre d'individus, il est possible que ces élévations se manifestent selon des périodicités encore inconnues. La stase de la libido (*Libidostauung*) est ici le facteur primaire, elle devient pathogène par suite de la frustration relative de la part du monde extérieur, qui aurait pu continuer à accorder satisfaction à une revendication libidinale plus petite. La libido insatisfaite et stasée peut rouvrir les voies de la régression et activer les mêmes conflits que nous avons constatés dans le cas de la frustration externe absolue. Cela vient nous rappeler que nous n'avons pas le droit de négliger le facteur quantitatif dans tout examen des circonstances qui déclenchent la maladie. **Tous les autres facteurs, frustration, fixation, inhibition de développement, restent inefficaces dans la mesure où ils ne portent pas sur une certaine quantité de libido et ne provoquent pas une stase libidinale d'une certaine hauteur.** Cette quantité de libido qui nous paraît indispensable pour provoquer une action pathogène, assurément nous ne sommes pas capables de la mesurer ; nous ne pouvons que la postuler, une fois survenu ce résultat qu'est la maladie. Il n'est qu'une direction dans laquelle nous pouvons la déterminer plus précisément ; nous pouvons admettre qu'il ne s'agit pas d'une quantité absolue, mais du rapport entre le quantum actif de libido et cette quantité de libido que le moi individuel peut maîtriser, c'est-à-dire maintenir sous tension, sublimer ou utiliser directement. Il s'ensuit qu'une élévation relative de la quantité de libido pourra avoir les mêmes effets qu'une élévation absolue. Un affaiblissement du moi par une maladie organique ou par une réquisition particulière de son énergie sera capable de faire survenir des névroses qui sans cela, malgré toutes les dispositions qu'on supposera, seraient restées latentes. L'importance que nous devons attribuer à la quantité de libido dans la causation de la maladie s'accorde parfaitement avec deux propositions fondamentales de la doctrine des névroses, que la psychanalyse a établies. **La première proposition c'est que les névroses surgissent du conflit entre le moi et la libido, la seconde, c'est qu'il n'existe aucune différence entre les conditions de la santé et celles de la névrose : au contraire les individus en bonne santé ont à se mesurer avec les mêmes tâches de maîtrise de la libido, la différence étant qu'ils y parviennent mieux.**

Il nous reste encore à dire quelques mots sur la relation existant entre ces types et l'expérience. Si je jette un regard d'ensemble sur les malades que j'ai actuellement en analyse, je dois dire qu'aucun d'entre eux ne réalise dans sa pureté l'un des quatre types d'entrée dans la maladie. Je trouve bien plutôt chez chacun d'entre eux l'action d'une part de frustration à côté d'un élément d'incapacité à s'adapter à l'exigence de la réalité ; le point de vue de l'inhibition de développement, qui coïncide bien sûr avec la rigidité des fixations doit être pris chez tous en considération, et, ainsi que nous y avons insisté plus haut, l'importance de la quantité de libido ne doit jamais être négligée. En fait, d'après mon expérience, chez la plupart de ces malades la maladie est apparue par coulées successives entre lesquelles on trouve des intervalles de santé, et chacune de ces coulées (*Schübe*) peut être rapportée à un type différent de facteur déclenchant. Ainsi, il n'est pas d'une haute valeur théorique d'avoir posé l'existence de ces quatre types ; il s'agit simplement de différentes voies qui arrivent à instaurer une certaine constellation pathogène dans l'économie *mentale* (*im seelischen Haushalt*) : la stase de la libido dont le moi, avec les moyens dont il dispose, ne peut se défendre sans dommages. Mais la situation elle-même ne devient pathogène qu'en conséquence d'un facteur quantitatif ; elle n'est pas en soi une nouveauté pour la vie mentale et n'est pas due à l'irruption d'une soi-disant « cause de la maladie » (*Krankheitsursache*).

Nous accorderons volontiers une certaine importance pratique aux types d'entrée dans la maladie. Dans des cas particuliers on peut même les observer à l'état pur ; les troisième et quatrième types n'auraient pas attiré notre attention s'ils ne résumaient pas à eux seuls, pour un certain nombre d'individus, les facteurs déclenchants de la maladie. Le premier type nous maintient à l'esprit l'influence extraordinairement puissante du monde extérieur, le second celle non moins importante du tempérament particulier de l'individu, qui s'oppose à cette influence. La pathologie ne pouvait

traiter correctement le problème du facteur déclenchant de la maladie dans les névroses tant qu'elle centrerait uniquement ses efforts sur la distinction entre nature *endogène et exogène* de ces affections. Toutes les observations qui soulignaient l'importance de l'abstinence (au sens large du terme) comme facteur déclenchant se voyaient aussitôt objecter que d'autres personnes toléraient le même destin sans tomber malade. Mais lorsque la pathologie voulait insister sur le tempérament de l'individu comme ce qui décide de la maladie et de la santé, il lui fallait tenir compte de cette objection que des personnes dont le tempérament particulier est tel peuvent rester indéfiniment en bonne santé aussi longtemps qu'il leur est permis de préserver cette particularité. La psychanalyse nous a exhortés à abandonner **l'opposition stérile entre facteurs externes et internes**, entre destin et constitution, et nous a enseigné à trouver régulièrement la causation de l'entrée dans la névrose dans une situation psychique déterminée qui peut être instaurée par des voies différentes.

Anna O. et l'idée d'un temps secondaire⁵¹

.....

Anna O. est en passe de devenir la patiente la plus célèbre du monde, pour reprendre les termes d'un psychanalyste américain qui s'est longuement intéressé à son histoire.

Je commencerai par rappeler l'incident dramatique décrit dans les *Etudes sur l'hystérie* :

« C'était en été, pendant une période de grandes chaleurs, nous dit Breuer, et la patiente souffrait terriblement de la soif, car - sans pouvoir l'expliquer d'aucune manière - elle s'était soudain trouvée dans l'incapacité de boire. » On connaît la suite. Pendant six semaines, malgré l'attention quasi quotidienne de Breuer en fin de journée, Anna O. avait souffert mille morts, se désaltérant comme elle le pouvait avec des melons et des pêches, **jusqu'à ce qu'elle se souvienne de l'événement déclenchant : la vision du répugnant petit chien** de sa gouvernante peu appréciée, lapant de l'eau dans son verre. « La patiente n'avait alors rien dit, poursuit Breuer, voulant rester polie. Après avoir énergiquement exprimé la colère qu'elle avait contenue depuis lors, elle demanda à boire, ingurgita de grandes quantités d'eau sans la moindre difficulté et s'éveilla de son état d'hypnose, le verre aux lèvres. Et son mal s'évanouit pour ne plus jamais revenir. »

C'est donc le récit de l'incident en question, fait à Breuer, médecin bienveillant et attentionné, qui est aussitôt, et en sa présence, suivi de la levée du symptôme.

Il s'est passé là quelque chose d'évident, qui saute aux yeux des gens les moins avertis et qui pourtant est loin d'aller de soi.

Prenons en considération la durée du symptôme : un mois et demi. Six semaines à mourir de soif, en plein été, dans cette chaleur oppressante que peut connaître la Vienne continentale, écrasée sous le soleil, sans la moindre brise rafraîchissante. De quoi ont-ils bien pu parler, au cours de ces longues semaines, Anna O. et Breuer, dans leurs rendez-vous presque quotidiens, en fin de journée, alors qu'Anna somnolait sous l'effet de l'hypnose ? Connaissant la ligne de conduite que s'était tracée Breuer et l'importance du symptôme, on peut penser qu'ils ont cherché ensemble ses origines à chaque fois. Et il est vraisemblable d'imaginer qu'Anna ne restait pas silencieuse, ni Breuer, et que beaucoup d'hypothèses ont été avancées et beaucoup d'événements remémorés. Sans pour autant modifier quoi que ce soit. Cela n'est pas sans rappeler l'expérience analytique où la répétition de conduites, d'attitudes, de récits se poursuit mois après mois sans apporter davantage que d'insignifiantes modifications d'une symptomatologie. Qui sait si le souvenir de la gouvernante et de son chien n'avait pas été lui-même mentionné sous une forme ou sous une autre, et pourquoi pas peut-être même à différentes reprises ? Il n'en reste pas moins que - toujours selon Breuer - c'est bien tel jour à telle heure qu'Anna s'en est souvenue et qu'immédiatement après elle a pu boire.

Ici se pose une autre question. Pourquoi faut-il admettre en l'occurrence une relation de cause à effet ? Aucun des récits antérieurs n'a été suivi de la résolution du symptôme. Celui-ci l'est. Est-ce que cette conjonction permet de justifier notre compréhension par les lois du déterminisme associationniste ? Ne peut-il s'agir d'un heureux hasard ? D'une coïncidence ? L'associationnisme n'est, après tout, qu'une opinion de doctrine freudienne⁵² et rien n'en prouve la véracité. On pourrait tout aussi bien arguer que l'organisme d'Anna O. était arrivé à bout de résistance et qu'elle s'est trouvée contrainte de céder à sa soif à ce moment-là, sans pour autant lier ce fait au récit qui l'a précédé.

⁵¹ Extraits du premier chapitre du livre d'Olivier Flournoy: « Le temps d'une psychanalyse », Paris, Belfond, 1979, pp. 15-47.

⁵² A propos de l'associationnisme, voir notre article sur « Freud et Hume ».

Pourtant, la doctrine de l'associationnisme a ceci d'intéressant qu'elle a été fondée par Freud à partir des interruptions et des coupures du discours ; c'est le blanc, le coq-à-l'âne, l'incompréhensible qui est à son origine, et non pas le lien qui va de soi comme celui dont il est question ici. Il est alors possible, pour qui partage ce point de doctrine, d'intégrer du même coup tous les récits d'Anna O. dont Breuer ne nous fait pas part comme des récits concernant le symptôme, mais qui n'ont pas été proférés en temps voulu. Ceci implique Breuer aussi bien qu'Anna O. Le moment de la levée du symptôme ne serait alors pas celui qui succède à la remémoration et au récit de l'histoire de la gouvernante, mais celui qui correspond au moment où les deux interlocuteurs se **trouveraient prêts à en partager le sens, à le comprendre ensemble**. Dès lors on peut conjecturer que la situation devait être mûre, selon l'appréciation d'Anna O., pour que Breuer comprît le message, mais il s'est révélé après coup que ce dernier ne l'a saisi qu'en partie et qu'il n'y a réagi ni en homme, ni en analyste capable de l'interpréter, **mais en médecin** revêtu de toute sa dignité professionnelle et scientifique.

Breuer reste toujours très « médecin » dans l'exposé du cas n°1 des *Etudes sur l'Hystérie*, objectif, précis, appréciant soigneusement les particularités somatiques et psychologiques de sa malade. Toutefois, à le lire, il n'est pas difficile d'imaginer quel soulagement il a dû ressentir, quel plaisir ou quelle satisfaction - les mots ne sont pas trop forts même pour un médecin -, voire quelle excitation, lorsque enfin Anna s'est mise à boire. Six semaines d'attente anxieuse, cela compte pour un médecin de son rang, lié à sa patiente par de longs entretiens quotidiens si peu conformes aux usages de l'époque.

Les liens qui se sont tissés entre les deux personnages ont sûrement contribué à donner à la levée du symptôme l'apparence d'une fête et d'une victoire, ou encore celle d'un conte de fées qui finit bien. **Toute proche du « ils se marièrent et eurent beaucoup d'enfants » que l'avenir viendra démentir, la morale de l'histoire est du même ordre : « Et son mal s'évanouit pour ne plus jamais revenir. »**

Comment aurait réagi un homme dans de telles conditions à défaut de tout renseignement historique ? Sans doute eût-il pris Anna dans ses bras et l'eût-il embrassée dans les rires et dans les pleurs et leur angoisse se serait-elle dissipée. De même, une femme libérée de son mal se serait-elle, elle aussi, précipitée dans les bras de celui qui l'aurait accompagnée dans son calvaire.

Mais un tel homme et une telle femme auraient été des gens sans qualité, qui n'existent que dans l'imagination.

Anna O. et son médecin étaient, quant à eux, comme quiconque, pris dans leur temps, avec leur histoire privée respective, leur histoire commune de quelques mois à peine, **avec leur personnalité structurée selon un modèle commun** que Freud a appelé le complexe d'Oedipe.

Et comment Breuer aurait-il réagi s'il avait été analyste ? Devant la scène de la résolution du symptôme, le sentiment d'évidence concernant la justesse de l'explication que Breuer nous donne paraît suspect dans son immédiateté. C'est la durée qui vient défier l'explication, les six semaines qui font question.

L'histoire d'Anna O., celle de Breuer et leur histoire commune devraient alors contribuer à nous faire mieux comprendre ce qui s'est passé.

Comme le souvenir-écran, **l'évidence est un affect-écran** ; elle montre ce qu'elle cache. Elle montre que la gouvernante et le chien nous aveuglent et cachent ce qu'ils signifient pour Anna O. aux prises avec Breuer. L'évidence **aveugle** notre entendement, impression immédiate de l'ordre des processus primaires, **sorte d'hallucination de la satisfaction du désir de comprendre**, mais en même temps elle nous fait entendre que tout n'a pas été compris...

Mais revenons-en à l'histoire.

Pour ce qui est d'Anna O., alias Bertha Pappenheim, on sait entre autres qu'elle était issue d'une bonne famille, juive et pratiquante, habitant une ville plutôt encline à l'antisémitisme. Son père s'appelait Sigmund et devait mourir d'une maladie pulmonaire à 57 ans, en avril 1881, alors qu'il aurait dû être dans la force de l'âge. Anna s'était occupée de lui avec toute l'attention filiale que Breuer nous rappelle ; ce dont il est mort a sans doute contribué au choix de la maladie dont elle va souffrir elle-même. Le père meurt de pleurite, la fille tombe malade de *tussis nervosa*. De la mère d'Anna, on ne sait guère plus que l'assurance qu'elle était en vie à l'époque en question. Quant aux enfants de la famille Pappenheim, ils ont certainement, par leur destin, joué un grand rôle dans la vie d'Anna. Une soeur, de dix ans son aînée, est décédée à l'âge de dix-huit ans des suites d'une tuberculose miliaire ; Anna a donc dû vivre les affres de sa maladie et de sa mort alors qu'elle n'avait que huit ans. Une autre soeur, de quatre ans son aînée, meurt de choléra à 24 mois ; Anna naîtra deux ans plus tard et, selon toute vraisemblance, elle prendra sa place dans la pensée de ses parents encore sous l'effet de ce deuil.

Un frère de deux ans son cadet fera que, de la mort de sa soeur aînée jusqu'à la mort de son père, Anna aura vécu une douzaine d'années dans une famille de quatre personnes, avant de se trouver à 21 ans seule avec ce frère et sa mère.

Quant à Joseph Breuer, il était lui aussi issu d'une bonne famille, juive et pratiquante, et habitait la même ville, Vienne. Vers l'âge de quatre ans, il a perdu sa mère, jeune femme belle et charmante du nom de Bertha. Même âge à peu de chose près et mêmes caractéristiques que sa future patiente Bertha (Anna O.). Bertha Breuer est morte en couches et Breuer a ainsi perdu sa mère en même temps qu'il s'est trouvé encombré d'un petit frère. Son père ne s'est pas remarié et a assuré lui-même l'éducation de ses deux fils, avec le plus grand soin. Quant au frère cadet de Breuer, il est décédé à l'âge de 21 ans, de tuberculose - comme la soeur aînée d'Anna O.

.....

A l'époque de leur rencontre, Anna O. était donc une jeune femme qui assistait impuissante à l'agonie de son père ; Breuer, un homme plus proche de l'âge de son père que du sien, venait à point nommé s'immiscer dans sa vie. A son intérêt médical s'entremêlait un sentiment d'affection paternelle.

Mais ce n'est pas tout. Il devient aussi possible, grâce à ces éléments historiques, de découvrir un sens nouveau à l'épisode de la gouvernante et du petit chien. Ils peuvent parfaitement représenter la mère et le petit frère de Breuer et d'Anna O. alors qu'eux-mêmes sont en train de vivre le même drame qu'Anna.

La résolution du symptôme serait simultanée à l'actualisation et à la reconnaissance réciproque d'affects semblables, liés à la structure oedipienne respective de Breuer et d'Anna : à un moment précis, la gouvernante et le chien éveillent chez l'un et chez l'autre des émotions complexes concernant leur mère et leur frère. L'aspect de vérité lié au surgissement de l'émoi mutuel qui fait que ni l'un ni l'autre ne questionnent une seule seconde les rapports entre l'événement vieux de six semaines et son récit suivi d'une ingurgitation avide de liquide, cet aspect de vérité appartient à mon avis au choc de deux structures de personnalité, au partage de leur complexe idéo-affectif concernant la mère et le frère de leur enfance, alors que, dans le récit de Breuer, il y a un « cela va de soi » non explicite, fondé sur un arbitraire rapport de cause à effet, lequel donnera naissance à la théorie de la catharsis.

Avec cette manière de voir, le symptôme d'Anna O. devient ainsi un appel à la compassion de Breuer.

Quoi de plus banal pour une gouvernante que de laisser son chien chéri boire dans un verre ? Même si la gouvernante est antipathique et le chien détestable, il n'y a pas là de quoi en faire une maladie. Et si Anna était si bien élevée, elle n'aurait eu qu'à garder son dégoût pour elle. Mais il n'en a rien été, et la résolution même du symptôme, la patiente qui boit à longs traits dans un verre, nous montre Anna O. agissant devant Breuer exactement comme le petit chien devant sa maîtresse. Il est alors loisible après coup d'imaginer que la jeune patiente aurait aimé se trouver à la place du chien, jalouse de ses prérogatives et de l'attention de sa maîtresse, et que le dégoût dont elle fait part à Breuer n'aurait été qu'une formation réactionnelle, un retournement de son désir coupable de vouloir prendre la place de l'animal. Les quelques données historiques que j'ai rappelées viennent corroborer cette hypothèse. Anna, fille devant porter le poids de deux soeurs défuntes, a dû vivre une relation particulière et chargée d'ambivalence avec ses parents, et son frère plus jeune de deux ans pouvait avoir représenté à leurs yeux comme aux siens quelqu'un de plus privilégié par le sort, quelqu'un d'enviable.

En outre, au travers du peu que nous en dit Breuer, Anna O. s'était occupée avec grand soin de son père mourant, et l'épisode de la musique de danse qu'elle entend par la fenêtre et qui lui apporte quelques minutes de distraction ne se solde par aucun désir de participer à une fête voisine, mais seulement par des remords pour avoir négligé son père, et par un symptôme semblable à ceux dont il souffrait. Qui sait si son frère et sa mère étaient aussi pleins de compassion qu'elle, ce qui n'a du reste aucune importance en soi ; en revanche, qui sait si Anna O. ne pensait pas à eux comme à la gouvernante et au chien alors qu'elle se sacrifiait si généreusement au chevet du père ?

Peut-être lui a-t-il fallu six semaines d'intenses relations avec Breuer pour estimer à tort ou pour pressentir qu'il était enfin mûr pour jouer le rôle que son désir lui attribuait, rôle complexe et subtil que seul Freud pourra peu à peu imaginer par la suite, rôle d'une mère pleine d'amour pour son fils, rôle d'un père envahi d'émotion pour sa fille, rôle d'un parent des deux sexes plein de sentiments pour son enfant bisexuel.

L'émoi partagé lors de la scène de la résolution du symptôme aurait pu combler tous les aspects de son désir oedipien, mais, heureusement, il n'en a rien été. D'autres symptômes suivront. Breuer n'a pas cédé à l'instant, mais il n'a pas non plus interprété.

C'est qu'il était, lui aussi, pris dans le même engrenage, fasciné par ce nouveau genre de relation thérapeutique, sans doute doublement fasciné du fait du charme, de l'intelligence et de la bonne volonté de Bertha. Bertha lui aura parlé de tout comme jamais personne n'avait parlé jusque-là à un médecin de son rang, et parlé de son frère bien sûr. Ici encore, l'histoire factuelle de Breuer ne peut que frapper. Sa Bertha à lui, il l'a oubliée, et pourtant elle restera dans ses pensées et ses émois comme celle qui lui a parlé de tout, et de lui, avant de l'abandonner et de le laisser avec son petit frère. Que d'évocations mystérieuses, de rêveries oedipiennes restées en suspens !

On imagine d'autant mieux ses émotions au récit de Bertha, Bertha la gentille, l'aimante, par contraste avec la vilaine gouvernante dont le souvenir est resté lié à celui du petit frère/petit chien, méchante mère qui donne la vie au jeune rival pour disparaître ensuite.

Ici encore, l'événementiel ne vient que renforcer l'hypothèse d'une soudaine compréhension intersubjective. Comme je viens de le dire, c'est une fois de plus la mise en jeu de la constellation oedipienne de Breuer dans le moment de sa rencontre, de son partage, avec celle d'Anna O., qui donne à la dissolution du symptôme sa force d'évidence. Breuer, médecin entraîné à observer, à réfléchir, à soupeser, peu enclin aux émois arbitraires et non justifiés par son seul métier, ne pose pas la question. Il va de soi que le récit et la levée du symptôme ne font qu'un, alors que rien ne le prouve. C'est Freud qui, dans un premier temps, va ériger une règle technique, celle des libres associations. Point de vue de doctrine qui voudra qu'elles concernent justement ce qui n'est pas du tout évident et qui incitera à envisager comme non arbitraire l'enchaînement de toute série. Par la suite, cette règle perdra son côté doctrinal dans la mesure où ce sera le modèle du complexe d'Oedipe qui viendra donner un sens à ce qui se passe pendant les séances d'analyse.

.....

Breuer a vécu une mésaventure avec Anna O., intéressé avant tout par son histoire et par leur histoire. **Pour l'interpréter, il lui aurait fallu vivre aussi ce temps du mythe tout en le sachant.**

.....

Si l'on considère qu'Anna a éprouvé du dégoût à la vision de la scène traumatique, il est plausible d'admettre, comme la scène résolutive le suggère, que son désir d'y participer était tout aussi violent.

On aurait alors un sentiment de dégoût venant cacher, dissimuler, un désir encore plus inacceptable pour les raisons mentionnées plus haut.

Si, en revanche, on admet la primauté du désir, Anna aurait éprouvé un désir si vif qu'elle l'aurait contrecarré par du dégoût, et c'est ce dernier qui aurait été oublié au bénéfice du symptôme.

Ce qu'on peut conclure de cette alternative, c'est que désir et dégoût se sont trouvés actualisés à part égale, et qu'Anna s'est trouvée confrontée à un affect ambivalent insurmontable et insoluble, d'où sa détresse.

S'il n'y avait eu que dégoût, comme Anna le prétendra, ou que désir, comme l'événement résolutive le suggère, il n'y aurait pas eu de drame. Le drame, c'est qu'il y a eu simultanément dégoût et désir, ou, de manière plus précise, qu'il n'y a eu ni l'un ni l'autre, mais détresse. Détresse qui serait l'expression même du concept d'ambivalence.

La même problématique peut s'exprimer en confrontant l'historicité à la structuration oedipienne.

Si l'on se centre sur les événements, on voit Breuer observer une patiente qui manifeste une aversion pour l'eau, et s'orienter dans une recherche qui remonte le cours du temps pour découvrir l'origine de cette aversion. Il pense l'avoir découverte lorsque Anna lui propose une version qui le satisfait, et l'apparente guérison vient confirmer le fait sans que cela soit explicite pour autant.

Il faut ajouter qu'Anna a sans doute tenté de persuader Breuer, ou lui a laissé entendre qu'elle cherchait son approbation. Vous êtes bien d'accord avec moi que cette scène était révoltante, aurait-elle sous-entendu. Et Breuer de manifester sa compréhension : Oh oui ! Comme c'est dégoûtant. En cela il transformait l'histoire à son gré, alors qu'en historien cherchant à rester neutre il aurait, d'une part, dû émettre des réserves sur la véracité du récit et, d'autre part, ne pas se prononcer sur la qualité affective qu'Anna voulait bien lui attribuer. Mais on se rend compte du même coup que l'historicité et l'histoire elle-même sont arbitraires et sujettes à l'appréciation personnelle de celui qui se veut historien. Le temps passé fait que toute histoire sera toujours sujette à caution, et qu'il faut choisir, sinon le passé n'est qu'un amas chaotique de renseignements hétérogènes et fantaisistes. Pour l'historien, ce sera son centre d'intérêt qui servira d'indice de cohérence. Pour Breuer, la résolution du symptôme confirmera sa compréhension du cas.

En revanche, pour le psychanalyste, ce sera la structuration oedipienne qui servira à organiser l'historicité en une histoire, ou encore qui permettra son intégration dans le cours de l'analyse et qui rendra possible une entente à propos d'un nouveau sens à donner à cette historicité.

.....

Mon point de vue sera que l'histoire du sujet n'acquiert de sens, nouveau, acceptable pour analyste et analysant, que dans un temps particulier, dans **un temps secondaire**, qui ne correspond ni au temps quotidien, ni à l'atemporalité dont Freud parle à propos de l'inconscient, mais qui permet à la seconde de déployer ses effets dans le premier.

La fin du traitement d'Anna O. peut-elle servir à élaborer davantage l'idée d'un temps secondaire ?... Un beau matin, Anna et Breuer sont arrivés à leurs fins. En principe, Anna est guérie et Breuer peut s'absenter définitivement. Aucune donnée historique ne permet de présumer que Breuer n'a pas déjà prévu et organisé son voyage à Venise.

Il paraît donc légitime de penser que Breuer, fatigué de ce traitement qui l'a préoccupé comme nul autre et content de son heureuse issue, ait souhaité faire un tel voyage et s'en soit même réjoui. Ce n'est qu'après l'esclandre de sa patiente que ce voyage prendra - pour Jones notamment - l'aspect d'une fuite. Comment comprendre cet esclandre ?

Anna O. qui, selon toute vraisemblance, avait été d'accord pour terminer le traitement au jour et à l'heure dits, s'est trouvée à ce moment-là **confrontée à la disparition d'un Breuer dont la massive et rassurante présence de médecin avait masqué son inévitable absence comme père oedipien désiré-désirant.**

Interlocuteur compatissant et attentif, il ne dissimulait que mieux son absence dans le temps secondaire de l'émergence du retour du refoulé, du fait qu'il n'était pas à même d'interpréter. En d'autres termes, l'interprétation aurait permis à Anna O. de se familiariser avec son désir oedipien pour un père toujours absent dans la mesure où Breuer aurait été lui aussi toujours répondant/absent, puisqu'il aurait interprété son désir.

Ainsi, faute de père absent dans le temps secondaire, Anna O. s'est trouvée brusquement confrontée à une absence irrémédiable, mettant un terme à ses espoirs et ses désirs issus du temps de sa rencontre avec Breuer - espoirs et désirs éveillés par leur réunion, mais non transcrits en termes métaphoriques oedipiens.

Et Anna O., devant cette angoissante perspective renforcée par la toute récente mort de son père, n'a pu mieux faire que de s'emparer de l'absent et de le prendre en elle au moment précis où elle allait le perdre pour toujours. Anna O. s'en est trouvée enceinte et, durant neuf heures environ, du matin jusqu'à la tombée de la nuit, elle a vécu une durée « atemporelle » de neuf mois, l'amenant à simuler un accouchement le soir même et à donner en même temps *la clef des mères* : « C'est l'enfant du Dr Breuer qui arrive. »

(Cf. S. Freud. *Briefe, 1873-1939*, Fischer Verlag ; *Correspondance*, Gallimard, p. 448, lettre du 2 juin 1932. Freud et Breuer, *Etudes sur l'hystérie*, P.U.F., p. 152. Les auteurs se réfèrent séparément, à près de quarante ans d'intervalle, à la deuxième partie du Faust de Goethe.)

Clef de l'énigme qui contient elle-même l'énigme, une double négation, une absence redoublée, en ceci que l'enfant n'en était pas un, et que le Dr Breuer n'en était pas le père. Faut-il alors partager l'idée de Jones et penser que Breuer, devant ce scandale menaçant sa position de médecin intègre, aurait préféré s'enfuir avec sa femme à Venise ? Pourquoi ne pas y voir plutôt, et chez lui cette fois-ci, l'émergence de l'affect de détresse dans le temps secondaire ? Ce que Breuer perd avec angoisse, c'est bien son désir oedipien ambivalent d'avoir un enfant de sa mère, Bertha, du moment qu'il se trouve soudain confronté à une jeune Bertha qui, par sa mise en scène, clame qu'elle n'est pas enceinte et pas enceinte de lui. L'effondrement d'un rêve du temps secondaire peut être en définitive plus douloureux et plus angoissant que les craintes prétendument logiques et justifiées par la réalité sociale. **Du moins est-ce là une appréciation propre à l'expérience et aux convictions du psychanalyste issues de son engagement.** L'affect de Breuer confirme la qualité de détresse que provoquent les sentiments ambivalents. Au moment où la jeune fille peut représenter pour Breuer la satisfaction du désir oedipien avec une mère aussi haïe qu'adorée - donc avec une mère absente -, elle ne présente en fait, dans le temps ordinaire, que des symptômes qui inquiètent et découragent le médecin Breuer alors qu'ils ne sont que du vent.

Dans le temps secondaire de cette journée éprouvante, Breuer aurait été le père absent d'Anna O., et Anna la mère absente de Breuer, temps secondaire caractérisé par l'absence d'un parent oedipien de part et d'autre. Si Breuer avait pu reconnaître le caractère ambivalent de ses affects venant se répandre sur les événements de cette journée historique faite de séparation et d'absences, absence d'accouchement, absence d'enfants, il aurait éventuellement pu saisir l'ambiguïté du comportement d'Anna, et le cours des choses en aurait été modifié. Il faudra attendre Freud pour cela.

Quant à Anna O., elle s'est trouvée, avec son impossibilité de boire, face au même problème d'absence, et, comme Breuer, elle l'a résolu par l'action.

La détresse d'Anna O., vécue dans le temps secondaire de sa relation psychanalytique - ou prépsychanalytique - avec le personnage absent que représente Breuer, est un affect qui paraît, après coup et selon le modèle oedipien, lié à son désir ambivalent d'être un petit garçon à qui sa maman donne à boire dans son propre verre. Les six semaines n'auraient été que le temps atemporel d'un instant, la durée d'une question posée à Breuer qui se traduirait ainsi : « Papa, veux-tu être la maman de moi, ton petit garçon ? » question à perdre son latin. Actualisation d'un désir devant lequel seul un psychanalyste peut oser affirmer ne pas se sentir dérouté.

Cette question a subsisté six semaines, mais elle a également subsisté un temps indéfini pendant lequel le parent absent rendait - par le truchement de la compassion de Breuer - une réponse allant dans le sens d'une satisfaction imaginaire illusoire. Après quoi Anna O. n'y aurait plus cru. Mais au lieu de le dire à Breuer, elle a bu.

Pourtant la même question a vraisemblablement débouché pour Anna sur un instant coïncidant avec son acte, instant où elle aurait cru que Breuer avait compris la question et qu'il accédait à sa demande. Mais instant où éclate cette fois-ci l'ambivalence : c'est à propos du dégoût et non du désir que l'entente se fait.

Et, de nouveau, à ce moment-là, il n'y aura pas de satisfaction de type oedipien puisque l'objet du désir est absent, mais dissolution du temps secondaire dans le même événement terre à terre : à telle heure de l'après-midi, une jeune patiente buvait goulûment un verre d'eau en présence de son médecin. Si l'horloge marque l'heure de l'action, Anna O. n'y trouve pourtant pas son compte, et un nouveau symptôme apparaîtra bientôt.

L'événement original, la scène excitante, semble du reste accessoire ; peu importe sa date, peu importe même s'il a été réel ou imaginé, prétexte à accrocher Breuer comme représentant de la mère absente. Pour le psychanalyste, ce qui importe, c'est le temps qu'il a fallu, temps secondaire fait de six semaines et du surgissement éternel et actuel du désir atemporel du parent absent.

A la suite de cet épisode de la boisson, qui ajoute à celui de la fin du traitement une relativisation du rôle joué par le sexe anatomique respectif de Anna O. et de Breuer, il est possible de désigner ce temps secondaire propre à l'expérience comme le temps d'un parent absent.

Breuer ne peut remplacer les parents absents d'Anna O., et ses parents ne peuvent remplacer l'absence de Breuer.

Chacun est absence de l'autre.

.....

Le temps secondaire du parent phallique absent va sous-tendre le travail du psychanalyste.

Si ce dernier se vit comme tel pendant ce temps qu'il partage avec son analysant, il lui permettra de vivre ses désirs incestueux et ses angoisses de castration sans pour autant les réaliser jamais, faute de parents séducteurs ou châtrants. Désirs et angoisse désamorçés par l'absence du parent phallique dans l'atemporalité du temps secondaire, désirs et angoisses dits à l'analyste dans la temporalité de ce même temps, devraient permettre au temps vécu de s'enrichir du passé et non plus au passé d'entraver le présent.

L'efficacité du transfert⁵³

.....

La question traditionnelle : quel est le principe d'individuation ? ou la question historique plus récente : à quel moment et dans quel contexte l'individualisme occidental apparaît-il ? sont peut-être des formulations faites pour détourner d'une interrogation plus angoissante : qu'est-ce que le fait de l'humanité introduit pour que la réalité des différences individuelles ne puisse être définitivement acquise, pour que soit donné libre cours à l'incertitude de la distinction, et par là même aux menaces qui pèsent sur l'existence elle-même ?

La psychanalyse répondrait classiquement et avec assurance aux formulations traditionnelles et historiques de la question en affirmant que la singularité de l'individu se fonde sur la remémoration de son histoire toujours unique. En se réappropriant ou en s'appropriant les événements et les relations qui ont présidé à sa naissance et à son développement, le patient restaure ou instaure son individualité. Il était jusqu'à présent victime impuissante de son passé, manoeuvré par des mécanismes qu'il ignorait et sur lesquels il ne pouvait donc avoir aucune prise. L'inventaire de son étrangeté à lui-même le rend susceptible de se reconnaître dans une image jusque-là fabriquée par d'autres personnes ou d'autres faits. Il peut désormais devenir l'autre qu'il était et se repérer en lui. Il n'est plus un automate, mais un vivant distinct.

Les choses ne sont peut-être pas aussi simples. On sait les difficultés rencontrées par Freud dans sa pratique. Le travail de remémoration ne donne pas les résultats escomptés ; les symptômes réapparaissent et se déplacent. De plus la remémoration elle-même est souvent stoppée par la force du transfert dont le patient ne trouve aucun intérêt à sortir. Il

⁵³ Extrait de « L'incertitude », texte de François Roustang, in « Comment faire rire un paranoïaque », Paris, Ed. Odile Jacob, 1996, pp. 37-57.

troque sa névrose, comme le note Freud, contre une névrose de transfert, c'est-à-dire qu'il reconstitue ses symptômes en fonction de et grâce à sa relation à l'analyste. Bien loin de se distinguer, il entre dans une dépendance accrue qui peut lui donner l'illusion de l'existence ; en réalité il mime l'autre dont il devient un double inconsistant. Ou bien c'est un bavard qui ne sait plus user de ses propres mots et qui répète le discours analytique, à moins qu'il ne se change en fanatique d'une cause.

C'est que l'on ne devient pas si aisément « sujet de sa propre histoire » ; plus exactement, on ne le devient, selon la doctrine la plus classique, que par le recours au transfert. Mais c'est justement ici que tous les ennuis commencent. Car cette force relationnelle qui doit opérer la séparation, la distinction, l'individuation est en même temps celle qui s'y oppose. Ce n'est pas le lieu de développer longuement ce point. Mais comme le transfert peut être considéré comme un paradigme assez bien isolé de toute relation, il faut essayer d'en dire quelque chose. Cela pourrait ouvrir sur d'autres perspectives.

Les psychanalystes n'aiment pas beaucoup parler du transfert comme d'une force, parce que cette notion s'obscurcit lorsqu'on la fait passer de la physique ou de la mécanique dans le champ psychique où elle n'est plus mesurable ; or c'est en cela seul que résideraient sa clarté et son efficacité. Pourtant il faut bien y recourir si l'on veut rendre compte des effets de l'analyse. **Il ne suffit pas de rabâcher que la psychanalyse est un procès de parole, car si elle trouve là son originalité, ce n'est pas en cela que réside son efficacité. Si la parole est opératoire, c'est uniquement parce qu'elle se situe dans le transfert, parce qu'elle est soutenue par lui, et c'est donc de lui qu'elle tire sa force.** Lacan a posé autrefois une distinction décisive entre parole vide et parole pleine, mais c'était dans l'intention de tout réduire en fin de compte à la parole et de rejeter toutes les tentatives **pour penser le réel qui s'établit entre analyste et analysant.** Or ces deux régimes de parole se séparent précisément par leur prise ou non dans le transfert comme relation spécifique. Il n'est pas vrai que la psychanalyse opère par la seule parole, qu'elle est capable d'instaurer à elle seule la coupure nécessaire à l'existence d'un sujet individué. Les praticiens le savent : c'est dans et par le transfert que le patient, projetant sur l'analyste les éléments de son histoire, peut les voir apparaître et, les agissant sur lui, pour et contre lui, peut se les approprier. La parole n'étant que le médium qui permet au transfert de s'instaurer, de se développer, de se modifier. Mais, pour que le patient ose faire apparaître cette histoire et la travailler, il faut, pour reprendre un terme de Freud, **qu'il soit dans l'attente** à l'égard de l'analyste, une pure attente de l'autre, comme autre, et inversement que l'analyste soit dans l'attente à l'égard du patient, une attente et une confiance qui le suscitent dans sa subjectivité. Ces attentes réciproques, sans objet déterminé, sans tâche extérieure à accomplir, sans référent social, donnent une première définition de la force relationnelle constitutive de l'individu humain, force qu'elles portent à l'incandescence.

Comment définir plus avant cette force dont l'ambivalence est une des caractéristiques les plus frappantes ?

L'attente, en effet, peut se transformer très vite en une dépendance réciproque qui peut aller jusqu'au besoin de la vie et donc de la mort de l'autre. **Elle manifeste par là quelle n'est rien d'autre que la force épurée de la passion amoureuse qui, dans son désir d'union, est à la fois ce qui donne la vie et ce qui l'éteint,** ce qui me fait par l'autre et m'annule en lui. Au cours d'une « soirée du mercredi » de janvier 1907, Freud avait dit : « Il n'y a qu'une puissance capable de surmonter les résistances, c'est le transfert. Nous contraignons le patient à renoncer à ses résistances *par amour pour nous*. Nos traitements sont des traitements par l'amour. Il ne nous reste que la tâche d'éliminer les résistances *personnelles* (les résistances au transfert). Nous pouvons guérir aussi loin que s'étend le transfert ; l'analogie avec le traitement par l'hypnose est frappante. Seulement, la psychanalyse utilise le pouvoir du transfert pour amener un changement durable chez le patient, alors que l'hypnose n'est qu'un tour d'adresse. » Voilà qui est explicite et clair. Encore faut-il ajouter que cet amour est particulier, qu'il n'est entravé par aucune visibilité sociale, qu'il n'est porteur d'aucune injonction autre que la modification subjective. C'est une expérience de l'amour *in vitro*. Freud reviendra plus tard sur cet aspect de l'analyse, lorsqu'il parlera de « l'amour de transfert ». Mais il sera bien en retrait alors par rapport aux positions prises en petit comité. De l'amour dans l'analyse il se méfierait. Il s'en méfierait tellement qu'il ne sera plus question du transfert lorsqu'il cherchera à rendre compte du moteur de l'unification des groupes ; il comparera l'état amoureux, non plus donc au transfert, mais à l'hypnose (en évitant de suggérer leur proximité). Entre l'état amoureux et l'hypnose, écrira-t-il, il existe une différence fondamentale, la seconde « exclut la satisfaction sexuelle ».

Cette exclusion évidente mérite que l'on s'y arrête. Elle recèle peut-être quelque problème sérieux dont l'affirmation d'évidence évite la mise au jour. Se demander pourquoi les psychanalystes doivent renoncer au but sexuel de l'amour qu'ils suscitent peut sembler d'une incongruité notoire ; la plus élémentaire déontologie réclamant de respecter la demande du patient qui vient là pour qu'on le débarrasse de ses symptômes et non pour trouver un partenaire sexuel. Mais cette réponse professionnelle vaut dans bien d'autres cas et ne rend pas compte de la contradiction inhérente à un traitement qui provoque à l'amour, mais en refuse les conséquences. Une deuxième justification de l'exclusion de la satisfaction sexuelle s'appuie sur le fait qu'un passage à l'acte, comme on dit, compromettrait la poursuite du traitement. Comment rêver, associer, projeter à partir d'un autre qui serait devenu un personnage de la réalité, qui ne serait plus un certain incertain capable de devenir beaucoup. Explication elle aussi valable, mais qui, encore une fois, pose l'exclusion

comme protectrice de cet amour sans en préciser la nature. De plus il n'est pas si sûr que dans ce cas précis, comme cela semble vrai généralement, le rapport sexuel diminuerait l'intensité de la liaison, car ce qui s'est créé sur la scène du fantasme est difficilement démenti par la réalité. Nous nous mouvons ici dans un registre étrange.

Il pèse, en effet, sur la relation analytique un interdit très spécial. Pour le comprendre il suffira de rappeler un des aspects les plus typiques de toute analyse. Dans le transfert, à partir de traits minimes, anodins ou de soi dénués de sens, le psychanalyste devient effectivement pour l'analysant son père ou sa mère, sa soeur, son frère ou quelque proche ; l'analysant reconnaît dans ce bureau l'odeur d'une première maison, il y entend son bruit ou sa musique, il y retrouve la couleur d'un paysage de l'enfance. Bref s'il devient amoureux ici, parfois sans en rien savoir, si cet amour est à ce point intense et violent, si son autre côté : la haine peut y devenir terrible, la raison en est que tous ces lieux, ces personnages, ces caractéristiques, ces détails appartiennent aux premières intimités. L'analysant aime en l'analyste, avec une force qu'il n'a jamais retrouvée depuis, les visages de ceux qui lui ont été sexuellement interdits. **La force du transfert, la force de l'amour qui peut guérir, elle est là de nouveau, passion inégalée, inégalable, mais secrètement, si secrètement qu'on ne le sait plus, marquée par l'interdit du rapport sexuel, c'est-à-dire par la prohibition de l'inceste.** Nul besoin donc de mentionner comme règle déontologique ou technique l'exclusion de la satisfaction sexuelle. Celle-ci est inscrite dans l'amour de transfert comme la contradiction interne qui la spécifie. Le passage à l'acte entre analyste et patient ne serait donc pas seulement et d'abord une faute morale ou une erreur pratique, il relèverait du tabou sexuel par excellence. Mais s'il se produisait, il n'y aurait pas lieu non plus de s'en offusquer ou de le réprouver, il ne faudrait même pas s'en étonner, puisqu'il ne serait que la manifestation de la force mise en jeu.

De cela une conséquence inverse doit être tirée. Si le transfert n'est rien d'autre que l'inceste réactualisé, si l'interdit qui pèse sur la relation analytique reproduit la prohibition de l'inceste, il en résulte que le moteur de la cure analytique, la force qui opère en elle et dont on ne savait trop que dire, se définit comme la réédition du désir de l'inceste, désir qui préside à la naissance de tout individu humain. Désir qui est peut-être aussi le prototype de tout désir. Lacan nous a accoutumés à penser le désir en des termes qui devraient nous éloigner au maximum de la détestable relation d'objet avec ses relents de gratification, de frustration, d'adaptation et d'oblativité. Il s'agirait selon lui de poser le désir comme sans objet, comme ne pouvant se soutenir que du manque ou d'un objet qui choisit. Mais, sous une formulation abstraite, distanciée, angélique, ne serait-ce pas là une manière de parler, sans en parler, du désir de l'inceste : l'objet prohibé se voit changé en absence d'objet ; l'objet inaccessible par la prohibition qui le marque devient un impossible pur. Tout se passe comme s'il était insupportable que l'objet soit interdit et, au lieu d'avoir à jouer avec et autour de lui dans cette situation singulière, on s'en détourne en forgeant une théorie céleste, on ne veut plus le voir, on l'efface pour en marquer la place d'un trou ou d'un bord. Rien d'étonnant que la psychanalyse en vienne à se situer pour certains dans une tradition religieuse ou mystique : l'ineffable du masochisme se le disputant avec la logique tous azimuts. Par là sont évités bien des fadaïses, mais aussi bien des embarras, car on n'a plus alors, par exemple, à assigner à la psychanalyse un but précis dans la culture et la société, ce que requiert le dévoilement du désir comme désir de l'inceste prohibé. Car on se trouve là renvoyé à la condition de possibilité du politique et du social, et donc de l'individu à l'intérieur de ces sphères. Le transfert ainsi conçu se trouve dans la plus grande proximité avec le ressort de l'éducation - s'il s'agit non pas de fabriquer des individus standardisés mais des êtres capables de modification - et pour les mêmes raisons avec le ressort du politique. Cette force qui tend sans cesse à la réalisation, laquelle est interdite sous peine de réabsorption dans l'origine et de négation du temps, est la source première de toute individuation, en tant qu'elle est déviée de l'objet inaccessible, différée de cette réalisation vers d'autres plus larges. N'est-ce pas là, loin des idéalismes, redonner vigueur à l'hypothèse freudienne de la libido comme premier principe de l'existence humaine ?

Mais il faut reconnaître que Freud, en inventant le transfert, en a fait surtout l'instrument de l'extrême retrait de l'analyste pour lui éviter de se sentir mêlé ou impliqué avec sa propre sexualité ; le psychanalyste devenant pur récepteur insensible ou pur miroir jamais troublé. Le transfert est également bien autre chose, le lieu épuré, tendu jusqu'à la passion, où se déploie la force du désir de l'inceste, et qui met l'analysant - et l'analyste - dans un état de contradiction extrême. Réveiller le désir de l'inceste, qui, dévié, doit permettre l'individuation, ne peut se faire sans menace sérieuse pour la différenciation individuelle, puisque cette opération peut toujours susciter l'envie de s'évanouir dans la proximité des premiers proches. De là sans doute les déboires et les aggravations de symptômes. De là aussi ces analyses qui n'en finissent pas, parce que l'on ne peut se détacher de ce lieu où l'on retrouve ses premières amours, les plus prometteuses, ou les plus neuves pour ceux qui ne les ont pas connues, tout en étant théoriquement protégé de ses excès par la présence distanciée de l'analyste. **Mais à l'inverse si ce désir n'est pas réveillé, jamais l'individu ne trouvera la force, non pas de survivre, mais de vivre.**

Le transfert serait donc la reproduction de l'inceste et de sa prohibition. Mais s'agit-il bien de l'inceste ? Pour y voir un peu plus clair, il faudrait distinguer des degrés dans la réalisation. Quand on parle d'inceste, au sens propre, on évoque les relations sexuelles entre parents et enfants, mère-fils, père-fille, ou entre frère et soeur, parfois entre cousins. N'y aurait-il pas lieu en outre de parler d'inceste entre parents et enfants du même sexe, entre père et fils ou mère et fille ?

Sans doute parce que le plus souvent on ne parle de l'inceste que sous le chef de la prohibition, et parce que cette prohibition est dite fondatrice de la société, l'accent sera mis sur ce qui conditionne le développement d'un groupe, la reproduction sexuée qui suppose la différence des sexes. Pourtant si l'on considère l'individu sexué, on doit constater que la différence des sexes est une réalité aussi instable que l'individu lui-même. De même que l'inceste peut susciter et abolir les différences individuelles, il peut également susciter et abolir les différences sexuelles.

Mais il peut aussi y avoir inceste là où une véritable passion amoureuse est entretenue entre parents et enfants par les regards, par les caresses, par les soins corporels, prolongés bien au-delà de l'adolescence. C'est sans doute pourquoi une psychanalyste très connue fait aux parents une règle de ne pas embrasser les enfants. De tels propos excessifs ont au moins le bénéfice de montrer que l'inceste est si présent aux relations qu'il faut l'endiguer par des prohibitions qui remontent jusqu'à ses commencements.

Enfin on peut étendre la notion d'inceste au désir de relations sexuelles, qui s'exprime dans les fantasmes et dans les rêves. Ici la prohibition ne peut s'exercer que par le moyen de la culpabilité et de la honte qui conduisent à refouler les fantasmes et à faire oublier les rêves. Cela ne veut pas dire qu'ils ne trouveront pas la possibilité de réapparaître sous la forme de symptômes.

L'existence de fantasmes ou de rêves incestueux ne fait pas de difficulté aux psychanalystes. Ils admettent volontiers, par exemple, que le désir de la petite fille d'avoir un enfant de son père est un élément structurant pour elle. A la rigueur ils ne seront pas trop troublés si dans de tels fantasmes ou de tels rêves leur personne est substituée à celles des parents ou des proches. Mais ils penseront que les états amoureux dirigés vers eux et plus encore les séductions qui conduiraient à l'acte sexuel sont à considérer comme étrangers à l'analyse ou comme tendant à y mettre un terme ; et ils s'en défendront par tous les moyens. C'est oublier pourtant que les différents niveaux où l'inceste peut se faire jour sont inséparables. Si sa réalisation est impensable, il ne saurait être fantasmé ou rêvé. Il faut même retourner la proposition et affirmer que l'inceste ne peut structurer dans la sphère du fantasme et du rêve que dans la mesure où sa réalisation est pensable. Et pensable signifie qu'il l'est de part et d'autre, du côté du père ou de la mère et du côté des enfants, et en analyse du côté du psychanalyste et du côté de l'analysant.

Propos scandaleux, mais qui sont pourtant d'une extrême banalité. Le scandale que l'on veut y voir n'est qu'un moyen de se défendre soi-même, très mal d'ailleurs, de pulsions que l'on préfère ignorer complètement. Car enfin est-il concevable que la petite fille qui veut coucher avec son père (remarquez que la pudique littérature analytique préfère parler du fantasme d'avoir un enfant du père, ce qui pourtant, la chose est à noter, est bien plus grave pour les civilisations anciennes, parce que l'inceste est alors devenu visible) puisse s'exprimer ainsi, si rien de son père ne passe vers elle qui lui permette de forger ces fantasmes ? Les fantasmes ne sont pas des productions imaginaires qui sortent de nulle part ; ils ont été inscrits dans le corps par le père lui-même. On le constate à l'inverse chez des personnes qui sont comme interdites de fantasmes et de rêves : s'il en est ainsi, c'est que dans leur enfance il leur a manqué d'être entourés par des amours et des désirs incestueux. Que les parents ne veuillent rien en savoir, et les psychanalystes non plus, cela ne change rien à cette affaire. Là où l'inceste n'a jamais été pensable ou possible, on constate l'absence de subjectivité, l'abolition de la possibilité de différences, et avec elle la transformation de l'individu en une machine à réaliser son destin par l'autre.

Cette banalité peut être transposée dans la cure analytique. Quand Freud nous dit que la psychanalyse est une guérison par l'amour, il pense évidemment à l'amour du patient pour l'analyste. De l'amour de l'analyste pour le patient, il ne peut être question. C'est prohibé, c'est dangereux. Il ne sera qu'un miroir, un récepteur. Et le transfert, l'invention du transfert comme concept opératoire, doit en rester là. Mais c'est faux. Comment tel trait de l'analyste, la couleur de ses yeux, le timbre de sa voix, la courbe de son nez, sa main entrevue, comment tout cela pourrait-il devenir le point d'ancrage de désirs incestueux, si le psychanalyste lui-même ne cherchait à séduire, n'était pas de quelque façon amoureux, n'était pas habité par des désirs incestueux (et pas par le Désir du Désir avec des D hyper-majuscules) ? C'est une plaisanterie que de ne pas vouloir le reconnaître. Comme si l'on pouvait sortir quelqu'un de la jouissance morbide où tous les mécanismes névrotiques et psychotiques viennent puiser de quoi se renouveler, se déplacer, s'inventer de nouveaux visages, sans une force d'une vigueur, d'une densité, d'une vitesse égales !

Il faut même aller plus loin. Si la réalisation de ces désirs incestueux n'est pas réellement possible, ils ne sont rien. Ils n'existent que s'ils tendent à la satisfaction. On a confondu deux choses qui sont parfaitement distinctes, à savoir la prohibition de l'inceste et son impossibilité. Un ami qui n'est ni sot ni inculte et auquel je disais l'autre jour que je me préparais à écrire quelque chose à propos de l'inceste, m'a interrompu : « Tu veux dire : la prohibition de l'inceste ». On ne pourrait donc plus parler de l'inceste que sous le chef de la prohibition, estompant par là même son existence et sa valeur d'une part, sa possibilité d'autre part. La prohibition ne change rien à sa possibilité réelle. Il n'y aurait pas de prohibition, et une prohibition sans cesse répétée, si l'inceste était purement et simplement impossible. Certains ethnologues sont moins pressés. « Incest is fine, as long as it's kept in the family », selon l'exergue choisi par Lévi-

Strauss . C'est dire que l'inceste se porte fort bien tant que la société ne s'inter-pose pas pour l'interrompre, mais c'est également reconnaître implicitement que l'inceste doit jouer son rôle au sein de la famille, pour que la société, par un jeu de dérivation, puisse fonctionner. On dit le plus souvent que la prohibition de l'inceste est nécessaire pour que la société ne meure pas ; mais on oublie de penser qu'il en serait de même si l'inceste n'était pas pratiqué. La force première est celle de l'inceste ; la prohibition qui fait dévier cette force sur d'autres objets est incapable de la produire ; elle ne peut que l'utiliser. Tout le monde le sait puisque les ethnologues constatent que l'exogamie n'a pour but que de réaliser à travers un détour une endogamie plus ou moins manifeste. Ceci n'échappe pas davantage aux psychanalystes : les mariages ou les unions sexuelles reproduisent en positif ou en négatif les liens modèles au père, à la mère, au frère ou à la soeur. En un mot la réalisation de l'inceste n'est pas seulement possible, elle est nécessaire, fût-ce par personne interposée, sous peine de voir s'exténuier toute forme de relation entre les humains.

La question cruciale est celle du détour, car, en matière d'inceste, on se trouve toujours dans le trop ou le pas assez. Et c'est là sans doute qu'il faudra chercher une des raisons de l'instabilité radicale de la conscience individuelle. Quand le désir incestueux est à l'oeuvre, comment le faire jouer selon la bonne mesure ? S'il est la violence première la plus interdite, il ne peut que s'égarer ou se nier. L'enfant qui parle en psychanalyse se plaindra toujours du manque ou de l'excès d'affection et de caresses. Quand Freud disait que, en matière d'éducation, on est toujours perdant, il aurait pu avoir cela en vue. Cette psychanalyste qui affirme qu'il ne faut pas embrasser les enfants doit penser aux débordements de contacts physiques qui font les psychotiques, mais on peut supposer aussi qu'elle doive redouter pour elle-même les envahissements maternels, ceux qu'elle a subis ou donnés. Car les psychotiques auxquels une individualité humaine fait défaut (ou qui en sont la caricature) se rencontrent tout aussi bien parmi ceux dont le corps n'a pas été choyé et qui ne peuvent à cause de cela s'approprier leur histoire.

Le trop et le pas assez permutent d'ailleurs l'un l'autre pour donner des résultats identiques. Est-ce la mère incestueuse ou la mère frigide qui interdit toute femme à son fils ou le projette dans la quête indéfinie de toutes les femmes, de telle sorte qu'il ne se fixe à aucune et qu'elle, la mère, reste l'unique . Est-ce le père incestueux ou le père incapable de désirer sa fille qui fait d'elle une vierge pour aucun homme ou une prostituée pour n'importe lequel ? Pour répondre à ces questions, il faudrait pouvoir se placer dans un temps mythique d'avant la prohibition de l'inceste, c'est-à-dire pouvoir décider ce qui dans le désir de l'inceste relève de l'objet incestueux et ce qui relève de sa prohibition. Les faces du désir sont, dans notre temps, indissociables et c'est pourquoi le plus de force peut toujours prendre la figure du moins. La séparation nécessaire à l'individu jointe au lien non moins nécessaire ne pourra s'opérer que par un entrecroisement fragile du trop et du pas assez.

Un problème semblable est posé dans la cure. Si le psychanalyste donne libre cours à son désir et à la séduction, il engendre un lien indissoluble qui peut donner à l'analysant l'illusion de vivre, mais qui l'enchaîne en réalité et lui interdit toute autre vie ; s'il est indifférent et sans désir à l'égard de son patient, rien ne se passe même après des années de prétendue analyse. Mais la difficulté réside dans le fait que, pas plus qu'entre parents et enfants, le désir incestueux n'est perçu par les intéressés ; ils n'en apprennent quelque chose qu'après coup. Le psychanalyste a beau se préserver par des comportements contraphobiques, par le silence, la parole mesurée, la froideur, le désir ou l'absence de désir passent de l'un à l'autre dans un regard, une intonation, le moindre geste. Supposons qu'un psychanalyste tout à fait convaincu par les propos tenus ici prenne comme critère de son acceptation ou de son refus de recevoir quelqu'un en analyse la possibilité ou non d'avoir des relations sexuelles avec lui ou elle, il aura autant de chances de se tromper que de voir juste. Les parents, eux non plus, ne savent jamais, même s'ils le prétendent, ce qu'ils font passer à tel enfant de ce désir incestueux fondateur ; ils auront beau lire tous les livres de psychologie et adopter les attitudes les mieux étudiées, ce sera toujours autre chose d'essentiel et d'insoupçonné qui passera entre eux et leurs enfants et qui sera décisif pour ces derniers. Le trop dans les comportements peut cacher un pas assez de désir, alors qu'à l'inverse une indifférence de surface peut laisser transparaître par des voies secrètes un trop violent désir. Il y a des pierres qui sont brûlantes et des soleils qui glacent. On bute là dans la cure sur une difficulté essentielle : impossible de manier à sa guise ce qui en est pourtant le ressort, impossible de savoir en commençant quel sera son propre degré d'investissement dont tout dépendra. Mais cette impossibilité de prévoir si le ressort de l'analyse dans tel cas déterminé fonctionnera ou non (impossibilité de prévoir, qui est une impossibilité de maîtriser et donc de diriger) découle de l'essence même de ce ressort. L'efficacité du désir suppose l'échec de la maîtrise. Y a-t-il une séduction, un état amoureux, une passion (et donc un transfert) qui ne soient immergés dans l'incertitude sur la nature et les effets du rapport à l'autre ? Est-ce une chaîne ou un passeport, une entrave ou la liberté ? L'amour va-t-il donner quelque vie ou se changera-t-il en une haine mortelle ? Sans ces incertitudes jamais rien ne pourrait se jouer, parce que sans elles il n'y aurait pas de risque ; et sans risque il n'y aurait jamais une chance de nouveauté et d'invention, il n'y aurait jamais désir misé et donc déjà perdu. Les psychanalystes ne peuvent pas continuer à dire qu'ils n'y sont pour rien, que tout cela est de l'ordre du théâtre. S'ils disent cela, c'est parce qu'ils ne supportent pas de ne pas savoir en quoi ils y sont, si ce n'est après coup et partiellement. La séduction, et donc l'amour, et donc le transfert fonctionnent non pas à partir d'un objet satisfaisant ou à satisfaire, pas davantage à partir d'un manque que le silence et le retrait devraient représenter, mais à partir d'un indécidable : vais-je

devenir le jouet ou l'automate de l'autre, le sera-t-il, le sera-t-elle pour moi ? Serai-je au contraire, sera-t-il ou sera-t-elle un peu plus vivant, un peu plus distinct, différent, libre ? Tant que Nathanaël aime l'étrange beauté d'Olyrnpiia, il la croit vivante ; l'assurance qu'elle est une poupée le rend fou.

L'angoisse de l'*Unheimlich*, de l'étrange familier est au coeur même de l'existence de l'individu humain. Ce qui est pour lui le plus proche est également ce qui lui échappe davantage et ce qui lui fait le plus peur. Il ne peut qu'y revenir sans cesse pour tenter de s'en éloigner à nouveau. Et c'est sans doute pourquoi l'inceste, le désir de l'inceste, la prohibition de l'inceste constituent un paradigme de cette situation. Comment faire du lointain avec cette dangereuse proximité ? Pourquoi les longs voyages de l'exogamie nous ramènent-ils inexorablement à l'endogamie la plus manifeste ? Si l'individu était constitué une fois pour toutes, si la séparation était définitivement établie, si les différences ne risquaient jamais l'effondrement, si l'on savait qui est l'autre et qui est moi, il n'y aurait pas d'humanité, et pas non plus la saveur douce-amère du désir.

Grâce à la conjonction de l'inceste et de sa prohibition, grâce à l'entrecroisement du trop et du pas assez, grâce à l'angoisse du proche et du lointain, l'individu pourra se constituer, mais ce sera toujours dans un jeu sans cesse à réapprendre et à renouveler. En psychanalyse, en éducation, en politique, on ne jette pas la mise sur le tapis une seule fois mais chaque jour. Le désir incestueux n'est opérant pour l'individu que s'il reste réellement possible, mais ce possible, pour le demeurer, doit rester la déviation effective, la dérivation actuelle de l'inceste. Si l'inceste est oublié, méconnu, refoulé, récusé, l'individu ne sera plus que le champ clos d'un abandon ou d'une dépression mortelle. Si l'inceste est directement pratiqué et que l'individu n'ait d'yeux, d'oreilles et de sexe que pour les plus proches ou ses représentants, il sera toujours au bord du morcellement et de la dissolution. Toutes ces hypothèses restent à la disposition de chacun, et chacun en use à sa façon selon son histoire et les circonstances. Mais chacun n'en finit jamais de combiner maladroitement ces divers paramètres.

L'hypothèse selon laquelle la prohibition de l'inceste serait l'opérateur permettant de produire de la différence là où l'identique menace de bloquer le fonctionnement d'une culture déterminée, est séduisante mais elle ne rend peut-être pas compte de tous les aspects de la question. Une autre tendance se fait jour dans nombre de civilisations. Elles tirent de la prohibition de l'inceste des conséquences extrêmes qui font retomber dans l'identique. La séparation de l'individu politique n'est de fait plus incertaine, mais c'est sans doute au prix d'une perte de différences qui ne sont plus jouées par rapport au risque de l'identique. Des Grecs pour qui les femmes ne font pas vraiment partie du genre humain (L'*aner* seul est *anthropos*) aux Indiens d'Amazonie qui visent « l'endogamie absolue » par l'unique référence à la lignée paternelle, et à bien d'autres pour qui la prohibition de l'inceste sert finalement à préserver l'homosexualité masculine, la culture ne semble pouvoir s'instaurer que dans l'oubli de ce qui fait la nature, la reproduction sexuée : rejet des femmes, ignorance de l'inceste avec la mère, refoulement de la différence des sexes. Ne faudrait-il pas voir dans cet éloignement de l'inceste un des facteurs qui rendent les civilisations mortelles ? Comme un individu, une société qui tourne le dos aux sources du désir ne peut que devenir de plus en plus exsangue, de plus en plus fragile. Ayant oublié où était sa force, elle ne peut subsister que par la contrainte et donner aux sujets politiques une pure identité abstraite, leur interdisant de multiplier les différences.

Peut-être notre civilisation va-t-elle beaucoup plus loin encore dans l'abstraction. L'objet technique domine toujours davantage l'économique et le politique. Le rêve ou le cauchemar de notre temps est non seulement de faire des individus interchangeables, de remplacer l'homme par la machine, mais de fabriquer la vie, de faire du vivant un automate. Tout ce qui s'invente, en particulier autour des processus de reproduction et de gestation, n'est que le plus spectaculaire d'une tentative pour arracher à la nature sa limite pour nous et au désir ses aléas et ses incertitudes chroniques. Il ne s'agit de rien de moins que de se débarrasser de l'humain qui vient sans cesse perturber les calculs. Inutile de se livrer à la nostalgie du bon vieux temps ou de fustiger le progrès scientifique. Mais il faut bien reconnaître que dans cet environnement l'individu politique semble n'avoir aujourd'hui à sa disposition que deux folies corrélatives, celle du paranoïaque, sujet certain de sa différence et grand manoeuvrier de l'univers, celle du sujet aboli dans la masse où il espère retrouver la vie qui lui est enlevée de toute part. Y a-t-il encore espoir d'une révolte des corps pour faire barrage à ces implacables logiques ?

La psychanalyse dans ce contexte doit probablement son succès au fait que, sous des traits modernisés, elle est un des lieux très rares où le sexe, les relations de désir, la subjectivité sont vécus, revécus, travaillés, et en quelque sorte mis en pratique. Dans cette perspective elle n'est pas morte, comme certains le pensent ou le souhaitent. Mais elle n'en est pas moins traversée aujourd'hui par deux tentations contradictoires. Soit le repli sur son propre territoire, la réalité psychique, à laquelle la cure aurait charge d'introduire, mais avec le risque qu'elle se suffise à elle-même et produise la mise à l'écart d'un petit monde d'initiés, soit la conquête de la culture en habillant la découverte freudienne avec des emprunts faits à la philosophie, la linguistique ou les mathématiques, laissant croire que la psychanalyse est la vérité radicale qui donne sens à toutes ces disciplines. L'individu qui se laisse prendre à ces tentations verra sans doute

s'estomper plusieurs de ses incertitudes, mais il y perdra probablement ce qu'il était venu chercher : un peu plus d'indécidable et de précaire différence dans un monde qui s'acharne à tout aspirer dans l'identique.

Pourquoi le transfert porte normalement la marque d'Oedipe⁵⁴

Quand il s'agit des concepts fondamentaux de la psychanalyse - et « l'Oedipe », qui en rigueur de terme relève du schéma davantage que du concept, arrive en tête de tous les autres - , la ligne de défense habituellement adoptée par les psychanalystes est le plus souvent bien faible et exagérément commode si elle consiste simplement à invoquer leur expérience clinique en rétorquant à tous les coups : « Faites l'expérience de la cure, couchez-vous sur un divan et vous verrez : il ne faudra pas longtemps avant que les fantômes de papa et maman parasitent vos cordes vocales pour les paralyser ou les agiter d'imprécations frénétiques, d'insultes ou de gémissements outranciers, ce qui vous convaincra une fois pour toutes de la réalité de votre indéfectible infantilisme . Et si cela n'arrive pas, c'est encore plus grave, cela veut dire que vous vous défendez par un refoulement intense et des résistances en béton armé. A moins que vous soyez débile ou originaire des îles Fidji ! »

Le psychanalyste est en droit de faire ce genre de réponse et de se prévaloir de son expérience singulière mais ce faisant, il court le même risque que celui qui affirme : « Dieu existe, je l'ai rencontré ». On ne sort pas de la croyance et la psychanalyse devient suspecte d'être un ersatz de religion.

Si les psychanalystes veulent se maintenir sur le terrain de la science, c'est-à-dire de l'ensemble des connaissances vérifiables, partageables et transmissibles, il leur faut renoncer à ce genre d'argument et accepter d'engager le dialogue avec ceux qui voient la chose d'un autre point de vue ou qui exigent simplement un minimum de clarté dans l'exposition des idées. Il restera toujours vrai que ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement et que les mots pour le dire arrivent aisément. Le même Boileau disait : « Avant que d'écrire, apprenez à penser ».

Une question demeure qui pour avoir été posée d'entrée de jeu est restée ininterrogée : pourquoi Freud a-t-il adopté Oedipe comme mythe fondateur de la psychanalyse sans l'analyser plus avant, se contentant d'affirmer que tous les enfants des hommes, aujourd'hui comme hier et pour toujours, ne pouvaient manquer de se reconnaître en Oedipe et d'y reconnaître leurs plus puissants désirs ? Encore une fois, si cette affirmation est acceptée sans autre forme de procès, elle reçoit un statut de dogme et se trouve par là immédiatement récusée par le tribunal de la science.

Il faut donc bien que le psychanalyste fasse l'effort, puisque Freud ne l'a pas fait, d'apporter la démonstration de la nécessité de l'Oedipe comme concept théorique majeur - ou mythe fondateur, pourquoi pas, un mythe n'étant jamais qu'un embryon de théorie - pour la compréhension du fonctionnement psychique de l'être humain, ce qui résout du même coup la question de son universalité qui, pour Freud , comme on sait, allait de soi.

Si Freud n'a pas éprouvé le besoin d'explicitier l'Oedipe plus avant, c'est évidemment parce que son auto-analyse aussi bien que ses premières expériences avec ses patients trouvaient dans le schéma du « complexe » oedipien leur représentation idéale et quasiment parfaite. En retour, l'Oedipe permettait d'expliquer, au sens étymologique de « faire sortir de leurs plis », presque toutes les formes de psychopathologie, névroses d'abord, perversions ensuite, psychoses enfin.

Quelle que soit leur tendance, tous les psychanalystes font référence à l'Oedipe dont il existe par ailleurs plusieurs versions possibles, comme il existe de nombreuses versions du mythe, ce qui rend compte de la multiplicité des écoles.

Si nous revenons à Freud, nous pouvons remarquer comme cela a été justement souligné, que la référence à Oedipe, une première fois évoquée dans la lettre à Fliess du 15 octobre 1897, ne sera vraiment reprise en compte et systématiquement thématisée qu'après 1920, c'est-à-dire après « Au delà du principe de plaisir » qui voit l'introduction dans la métapsychologie du second dualisme pulsionnel soit l'opposition entre Eros et Thanatos.

Et pour cause !

Dans le conflit oedipien , de quoi est-il question avant tout sinon d'amour et de haine, de passion amoureuse et de passion assassine ? C'est tellement évident que la seule référence à Oedipe suffit à justifier le **primat du second dualisme pulsionnel**, le couple Eros-Thanatos coiffant et englobant désormais tous les autres. On se demande comment

⁵⁴ Texte de Jean Mélon pour préfacier le livre de Dominique Giovannangeli « Métamorphoses d'Oedipe », 1996.

il est possible que bon nombre d'analystes, aujourd'hui encore (Winnicott par exemple) refusent l'hypothèse de la pulsion de mort, voire avouent ne pas comprendre ce que cela signifie comme s'ils ne pouvaient pas concevoir le désir autrement que comme positif, c'est-à-dire érotique.

Le premier dualisme pulsionnel qui oppose pulsions sexuelles et pulsions du moi ou d'auto-conservation, pouvait suffire à rendre compte du fonctionnement névrotico-normal, soit un fonctionnement dans lequel le « **passionnel** » oedipien est tenu à l'écart, refroidi, gelé par l'opération du refoulement⁵⁵. Que soit relâché ce refoulement névrotico-normal - ce que la régression dans la cure analytique permet généralement d'obtenir moyennant un certain laps de temps - et voilà que le volcan se réveille, qu'éclate la névrose de transfert qui n'est rien d'autre que plongée ou replongée dans les passions oedipiennes⁵⁶. Une cure analytique véritable, ce n'est jamais rien d'autre que la répétition, sur le mode passionnel, excessif, démesuré, du drame oedipien que tout être humain a déjà vécu une première fois, dans sa petite enfance, sur un mode innocent, en mineur sans doute mais de manière bien réelle et selon des modalités propres à l'histoire et à la culture de chacun.

C'est l'expérience du transfert et elle seule qui confère à l'Oedipe son importance signifiante au point qu'il n'est pas exagéré d'y voir une sorte de schème transcendantal, articulant chez tout un chacun les mouvements de vie et de mort, d'amour et de haine. C'est à bon droit que Jean Laplanche parle de la « transcendance du transfert »⁵⁷.

Le « complexe d'Oedipe » s'impose à Freud comme une évidence, évidence non d'un fait mais d'un **schème qui rassemble et met en forme** en les imbriquant - c'est le sens de la *Triebvermischung* (intrication pulsionnelle) - les **éléments catégoriels du désir humain dont l'inceste et le parricide sont eux-mêmes les paradigmes**, le désir incestueux d'une part comme ce qui est au principe du **désir de (ré)union** qui est au fondement d'Eros, et le **désir de mort** dirigé vers l'autre, par ailleurs, comme ce qui est au principe du souhait de maintenir intact les acquis du premier amour.

La démonstration pourrait s'arrêter là si le premier amour issu du couple incestueux n'était lui-même déjà sourdement travaillé par la pulsion de mort, laquelle se rapporte en l'occurrence, et c'est évident dans la pensée de Freud, au désir d'affranchissement et d'autonomie impliquant lui-même le **besoin de séparation**⁵⁸ qui s'avère être en dernière analyse ce qui est **au fondement du désir parricide** - parricide signifiant meurtre du parent (*parens*) et pas seulement meurtre du père pour lequel il faudrait parler de patricide, terme que la langue, dans sa sagesse inconsciente, a cru bon d'ignorer - **qui est d'abord un matricide**. C'est ici que les points de vue divergent selon qu'on est plutôt kleinien, lacanien ou freudien. Mélanie Klein situe le matricide au début de l'existence, dans la projection de la pulsion de mort sur l'imago primitive de la mère qui devient par là mauvaise ou plutôt méchante (*böse* en allemand, *bad* en anglais), c'est-à-dire sadique et destructrice. **Freud exemplifie le matricide originaire à travers le jeu de la bobine**⁵⁹. Quant à Lacan, il tend à innocenter l'enfant en chargeant la mère du désir mortifère assimilé à celui de réintégrer son produit.

La pulsion de mort, et le désir de mort qui en dérive, gangrène de toute façon déjà la relation duelle primaire mais normalement, ou normativement voire heureusement, elle subit une **déviaton** de sa trajectoire du fait de l'intervention, active ou passive peu importe, du père ou d'une instance tierce qui en tient lieu, tiers qui capte la pulsion de mort,

⁵⁵ En conséquence du refoulement, le névrosé est souvent défini par Freud comme quelqu'un qui est « incapable d'aimer ». C'est évidemment exagéré; il s'agit d'une affaire d'intensité. Ce qui fait peur au névrosé, ce n'est pas le sentiment amoureux (et haineux) lui-même, mais sa force, c'est-à-dire ce qui hausse le sentiment au niveau de la passion, entendue dans le sens commun de sentiment puissant.

⁵⁶ Les sujets qu'on nomme aujourd'hui cas-limites (borderline) sont ceux chez qui cet état passionnel (en alternance avec son contraire qui est l'indifférence apathique) est immédiatement présent, n'attendant pas l'émergence différée de la relation transférentielle pour se manifester, si bien que dans ces cas on peut aussi bien dire qu'il n'y a pas de transfert ou que le transfert est omniprésent et exagérément volatile.

⁵⁷ Jean Laplanche. La transcendance du transfert. Psychanalyse à l'Université. Numéros 35 et 36, Juin et Septembre 1984.

⁵⁸ On parle volontiers d'angoisse de séparation et d'abandon comme d'une donnée de fait cliniquement évidente et comme allant de soi. On oublie de ce fait qu'il n'y aurait pas d'angoisse de séparation s'il n'y avait par ailleurs un désir de séparation et d'abandon qui existe bel et bien dans le chef du sujet. L'angoisse d'abandon ne peut se développer que si le désir de séparation a préalablement germé.

⁵⁹ C'est par le « jeu de la bobine » que Freud introduit la notion de pulsion de mort au début de « Au-delà du principe de plaisir ». Dans ce jeu, l'enfant affirme, en même temps qu'il l'affermir par la répétition, son besoin d'être indépendant par rapport à sa mère. Si on ne fait pas le rapport entre besoin de séparation et matricide symbolique, on ne comprend pas le lien étroit qui existe entre la pulsion de mort (qui sépare), le jeu (qui rend indépendant) et la compulsion à la répétition qui ne vise à rien d'autre qu'à renforcer le sentiment de son indépendance chez l'enfant qui, en se prenant à son jeu, arrive à se convaincre qu'il est capable de se suffire à lui-même.

l'atténue ou l'exacerbe, mais en tout cas la fixe de quelque manière et finalement la transfère dans la figure sans visage du surmoi pour que dans le meilleur cas elle trouve un débouché, une satisfaction, une *Befriedigung*, à l'écart et en dehors de la relation duelle primaire.

Avant d'être un objet d'identification possible, le père fonctionne d'abord comme paratonnerre.

En ce qui concerne le garçon, et pour autant qu'on se situe dans le cadre classique du complexe d'Oedipe positif, **le père fonctionne d'abord comme objet et contenant de la pulsion de mort**⁶⁰, ce qui a pour effet salvateur de purger la relation à la mère, et plus tard à la femme, de son ambivalence primordiale et de faire ainsi le lit - sans jeu de mot - de l'amour hétérosexuel futur.

Quant à la fille, le plus souvent, et à la différence du garçon, ce qu'elle déplace et transfère de la mère au père, ce n'est pas la haine mais l'amour, ce qui en définitive a **le même effet que chez le garçon** : frayer la voie pour l'amour hétérosexuel. *Natura non facit saltus*.⁶¹

En fin de compte, la dramatique oedipienne, pour autant qu'elle est conforme au schéma normatif, obéit à une finalité qui consiste à réaliser un équilibre optimal entre Eros et Thanatos en répartissant leurs charges respectives entre père et mère et par la suite entre homme et femme.

Ce drame est un conflit et comme tout conflit, il ne s'achemine vers sa résolution qu'à travers des accès de fièvre, des crises de toutes sortes et des retournements d'alliance, des guerres de six jours ou de trente ans qui débouchent quand même parfois sur une paix durable. Entre l'amour durable et la paix durable il y a plus qu'une simple analogie.

Le schéma ci-dessus est évidemment fort simplifié du fait que la question du « complexe de castration » n'y est pas prise en compte. Or il est impossible d'en faire l'économie : complexe d'Oedipe et complexe de castration sont indissociables.

L'envie du pénis, n'ayons pas peur des mots, qui taraude d'ailleurs aussi bien l'homme que la femme, vient certes compliquer - du fait même de l'envie - la relation mortifère à l'autre, mais d'autre part elle permet, quand elle est surmontée, de sortir du complexe d'Oedipe, dans la mesure où la différence des sexes, objet d'une querelle narcissique à l'origine, devient, une fois qu'elle a été surmontée et positivée, le gage de la réunion⁶² des sexes et de la suprématie définitive d'Eros sur Thanatos.

Quant à la question initialement posée du pouvoir d'éclairement et de structuration par l'Oedipe, du champ de la psychopathologie, c'est à Lacan que revient le mérite de l'avoir provisoirement résolue au mieux à travers sa trilogie de l'imaginaire, du symbolique et du réel.

Si l'enfant est, selon l'expression de Freud, un « pervers polymorphe », ce n'est pas seulement parce qu'il fourre ses doigts n'importe où, c'est surtout parce que sa sexualité et les objets de celle-ci (oedipiens ou narcissiques par la force des choses) flottent nécessairement dans l'illimité de l'imaginaire, soumis aux seules lois du processus primaire.

Quand le symbolique appose sa griffe à l'imaginaire, la « réalité » - et le principe du même nom - s'impose au sujet qui bon gré mal gré revêt l'« uniforme » de la normalité, ce qui fait qu'à un certain niveau, « tous les névrosés se ressemblent ».

Ceux qui refusent cette main-mise de la Loi symbolique conservent à l'imaginaire la saveur du réel qui les fait balancer entre l'extase et l'horreur. Ce sont les psychotiques. Et puisqu'ils refont chacun le monde à leur propre sauce, « tous les psychotiques sont différents ».

Restent ceux qui jouent sur les deux tableaux, professionnels de l'illusion et du trucage. Ce sont les pervers.

Mais tous les trois sortent malgré tout du même moule oedipien. Ils ne se distinguent que par leur manière de gérer les passions originaires.

⁶⁰ L'explication de la haine du père par la jalousie n'est peut-être pas fautive mais elle est beaucoup trop simple.

Le père devient un objet de haine parce que c'est la façon la plus simple et la plus économique de mettre la mère à l'abri de la destruction.

⁶¹ L'aphorisme est de Leibniz qui voulait faire entendre par là que la nature ne crée ni espèce ni genre (ici en l'occurrence les genres féminin et masculin) absolument différents de manière tranchée; entre les genres il y a toujours quelque intermédiaire (ici une communauté de destin pulsionnel quant à la métabolisation de l'amour et de la haine) qui les relie l'un à l'autre et les rapproche plutôt que de les séparer. Bref, tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes.

⁶² Comme le don d'enfant, le don du sexe n'est pas plus l'affaire de l'homme que de la femme. Il n'y a don (et demande) véritable que dans la réciprocité.

Revenons à Oedipe. L'esprit rationnel nous dit : Oedipe n'a pas lieu de se sentir coupable puisque ce n'est qu'après-coup qu'il se rend compte qu'il a commis inceste et parricide. A quoi l'analyste répond : « Vous ne croyez pas si bien dire, ces choses-là justement, ça ne se produit jamais qu'après-coup. L'après-coup du transfert. »

Et si nous revenons à Freud, n'est-il pas évident que la référence à Oedipe, présente à l'origine et vigoureusement proclamée en fin de course, constitue le fil rouge et le ciment d'une oeuvre qui, en même temps qu'elle y trouve son unité et sa cohérence, intègre à la science ce qu'elle-même tend à refouler dans un souci tout aussi évident de réassurance narcissique : **le tragique** fondamental de la condition humaine. La vie est tragique parce que, comme disait Bichat, ce n'est que l'ensemble des forces qui luttent contre la mort.

La dynamique du transfert⁶³

Je désire faire ici quelques observations qui permettront de faire comprendre comment le transfert se produit **inévitablement** au cours d'un traitement et de quelle façon il arrive à y jouer le rôle qu'on sait.

N'oublions pas que tout individu, de par l'action concomitante d'une prédisposition naturelle et des faits survenus pendant son enfance, possède une manière d'être personnelle, déterminée, de vivre sa vie amoureuse, c'est-à-dire que sa façon d'aimer est soumise à certaines conditions, qu'il y satisfait certaines pulsions et qu'il se pose certains buts. On obtient ainsi une sorte de *cliché* (quelquefois plusieurs), cliché qui, au cours de l'existence, se répète plusieurs fois, se reproduit quand les circonstances extérieures et la nature des objets aimés accessibles le permettent et peuvent, dans une certaine mesure, être modifiés par des impressions ultérieures. L'expérience montre que, parmi les émois qui déterminent la vie amoureuse, une partie seulement parvient à son plein développement psychique ; cette partie, tournée vers la réalité, forme un des éléments de la personnalité consciente qui en peut disposer. Une autre partie de ces émois libidinaux a subi un arrêt de développement, se trouve maintenue éloignée de la personnalité consciente comme de la réalité et peut soit ne s'épanouir qu'en fantasmes, soit rester tout à fait enfouie dans l'inconscient et dans ce dernier cas, être entièrement ignorée du conscient. Tout individu auquel la réalité n'apporte pas la satisfaction entière de son besoin d'amour se tourne inévitablement, avec un certain espoir libidinal, vers tout nouveau personnage qui entre dans sa vie et il est dès lors plus que probable que les deux parts de sa libido, celle qui est capable d'accéder au conscient et celle qui demeure inconsciente, vont jouer leur rôle dans cette attitude.

Il est ainsi tout à fait normal et compréhensible de voir l'investissement libidinal en état d'attente et tout prêt, comme il l'est chez ceux qui ne sont qu'imparfaitement satisfaits, à se porter sur la personne du médecin. Ainsi que nous le prévoyons, cet investissement va s'attacher à des prototypes, conformément à l'un des clichés déjà présents chez le sujet en question. Ou encore le patient intègre le médecin dans l'une des « séries psychiques » qu'il a déjà établies dans son psychisme. **Tout concorde avec les relations réelles entre le patient et son médecin quand, suivant l'heureuse expression de Jung, c'est l' *imago* paternelle qui donne la mesure de cette intégration.** Mais le transfert n'est pas lié à ce prototype et peut se réaliser aussi suivant les images maternelle, fraternelle, etc. **Ce qui donne au transfert son aspect particulier, c'est le fait qu'il dépasse la mesure et s'écarte, de par son caractère même et son intensité, de ce qui serait normal, rationnel.** Toutefois ces particularités deviennent compréhensibles si l'on songe qu'en pareil cas le transfert est dû non seulement aux idées et aux espoirs conscients du patient, mais aussi à tout ce qui a été réprimé (*zurückgehalten*) et est devenu inconscient.

Il n'y aurait pas lieu d'épiloguer et de spéculer davantage sur les caractères du transfert si deux points n'y demeuraient obscurs, deux points particulièrement intéressants aux yeux de l'analyste. Il faut se demander d'abord pourquoi les névrosés développent, au cours de leur analyse, un transfert bien plus intense que d'autres sujets non analysés. En second lieu, nous en sommes encore à nous demander pourquoi, dans l'analyse, c'est le transfert qui oppose au traitement la plus forte des résistances (*der stärkste Widerstand*), alors qu'ailleurs il doit être considéré comme l'agent même de l'action curative et de la réussite. Il nous arrive bien souvent de constater le fait suivant : quand les associations viennent à manquer, cet obstacle peut chaque fois être levé en assurant au patient qu'il se trouve actuellement sous l'empire d'une idée se rapportant à la personne du médecin ou à quelque chose qui concerne ce dernier. Une fois cette explication donnée, l'obstacle est surmonté ou, tout au moins, l'absence d'associations s'est transformée en un refus de parler.

Le fait que le plus efficace des facteurs de la réussite, le transfert, puisse devenir le plus puissant agent de la résistance semble, au premier abord, constituer un immense inconvénient méthodologique de la psychanalyse. Toutefois, en y regardant de plus près, on résout, tout au moins, le premier de ces deux problèmes. Il est faux que le transfert soit, dans

⁶³ Texte de 1912. « Zur Dynamik der Übertragung », GW VIII pp. 363-374.

une analyse, plus intense, plus excessif, qu'en dehors d'elle. Dans les établissements où les nerveux ne sont pas traités par les méthodes psychanalytiques, on observe des transferts revêtant les formes les plus étranges et les plus exaltées, allant parfois jusqu'à la sujétion la plus complète et ayant aussi un incontestable caractère érotique.

En ce qui concerne le second problème, il n'a pas été résolu jusqu'à ce jour. Il est nécessaire d'étudier cette question de plus près et de voir pour quelle raison le transfert devient, dans l'analyse, une résistance. Considérons comment se présente, au cours d'une analyse, la situation psychologique. Une condition invariable et inévitable du traitement des psychonévroses est ce que Jung a excellemment appelé *l'introversion* de la libido, ce qui revient à dire que la quantité de libido capable de devenir consciente et de se tourner vers la réalité est devenue moindre, tandis que la partie inconsciente et non tournée vers la réalité, bien qu'elle puisse sans doute encore, tout en étant inconsciente, alimenter les fantasmes du sujet, se trouve accrue d'autant. **La libido s'est engagée (soit totalement, soit en partie) dans la voie de la régression et a réactivé les imaginations infantiles**. Le traitement analytique suit la libido sur ce chemin et tente de la rendre à nouveau accessible au conscient pour finalement la mettre au service de la réalité. Chaque fois que l'investigation analytique découvre une des cachettes de la libido, un conflit surgit : toutes les forces qui ont provoqué la régression se muent en « résistances » contre nos efforts pour maintenir le nouvel état de choses. En effet, si l'introversion ou la régression de la libido ne se trouvait pas justifiée par quelque rapport avec le monde extérieur (le plus généralement par une frustration), si elle n'avait pas, en son temps, été opportune, elle ne se serait jamais produite. Cependant les résistances de cette sorte ne sont ni les seules ni même les plus fortes. La libido dont le sujet dispose s'étant toujours trouvée soumise à l'attraction des complexes inconscients (ou plus justement des éléments complexuels de l'inconscient), avait subi une régression parce que l'attraction de la réalité était devenue moindre. Pour la libérer, il faut faire cesser l'attraction de l'inconscient, c'est-à-dire lever le refoulement des pulsions inconscientes et de leurs dérivés. C'est ce qui explique le rôle énorme de la résistance qui, bien souvent, laisse persister la maladie, même une fois que la raison d'être du recul devant la réalité a disparu. L'analyse a donc à faire face aux résistances émanées de deux sources. La résistance suit pas à pas le traitement, et y imprime son empreinte sur toute idée, tout acte du patient qui représente un compromis entre les forces tendant vers la guérison et celles qui s'y opposent.

Etudions un complexe pathogène, parfois très apparent et parfois presque imperceptible, depuis sa manifestation dans le conscient jusque dans ses racines dans l'inconscient, nous parvenons bientôt dans une région où la résistance se fait si nettement sentir que l'association qui surgit alors en porte la marque et nous apparaît comme un compromis entre les exigences de cette résistance et celles du travail d'investigation. L'expérience montre que c'est ici que surgit le transfert. Lorsque quelque chose, parmi les éléments du complexe (dans le contenu de celui-ci), est susceptible de se reporter sur la personne du médecin, le transfert a lieu, fournit l'idée suivante et se manifeste sous la forme d'une résistance, d'un arrêt des associations, par exemple. De pareilles expériences nous enseignent que l'idée de transfert est parvenue, de préférence à toutes les autres associations possibles, à se glisser jusqu'au conscient *justement parce qu'elle satisfait la résistance*. Un fait de ce genre se reproduit un nombre incalculable de fois au cours d'une psychanalyse. Toutes les fois que l'on se rapproche d'un complexe pathogène, c'est d'abord la partie du complexe pouvant devenir transfert qui se trouve poussée vers le conscient et que le patient s'obstine à défendre avec la plus grande ténacité.

Une fois cette résistance vaincue, les autres éléments complexuels vont être moins difficiles à éliminer. Plus un traitement analytique dure longtemps et plus le patient se rend compte que les déformations du matériel pathogène ne peuvent, à elles seules, le préserver d'une mise en lumière, plus alors il s'obstine à faire usage du mode de déformation qui lui semble évidemment le plus avantageux : la déformation par le transfert. Ces incidents tendent tous à amener une situation dans laquelle tous les conflits sont portés sur le terrain du transfert.

C'est pourquoi, pendant les analyses, le transfert nous apparaît comme l'arme la plus puissante de la résistance et nous en concluons que l'intensité et la durée d'un transfert sont la conséquence et l'expression de la résistance. On explique, il est vrai, le mécanisme du transfert, par un état de complaisance de la libido demeurée sous l'influence des imagos infantiles, toutefois son rôle dans le processus de la cure ne peut s'expliquer qu'en mettant en lumière ses rapports avec la résistance.

D'où vient que le transfert se prête si bien au jeu de la résistance ? La réponse peut d'abord sembler facile. Il est clair que l'aveu d'un désir interdit devient particulièrement malaisé lorsqu'il doit être fait à la personne même qui en est l'objet. Une pareille obligation fait naître des situations à peine concevables dans la vie réelle et pourtant c'est justement là où le patient cherche à parvenir, quand il confond le praticien avec l'objet de ses émois affectifs. A y regarder de plus près, nous constatons que cet avantage apparent ne saurait fournir de solution au problème. D'autre part, une relation empreinte de tendre affection, de dévouement, peut aider le patient à surmonter toutes les difficultés de l'aveu. Il n'est pas rare de dire, en d'autres circonstances, dans la vie réelle : « Je n'ai pas honte de te parler, je puis tout te raconter. » Le transfert sur la personne de l'analyste pourrait aussi bien faciliter la confession et l'on ne comprend toujours pas pourquoi il soulève des difficultés.

La réponse à cette question si souvent posée ne saurait être dictée par la seule réflexion. C'est à l'expérience acquise en examinant, au cours du traitement, chaque cas particulier de résistance de transfert que nous la devons. On finit par s'apercevoir qu'il est impossible de comprendre comment le transfert sert à la résistance tant qu'on n'envisage simplement que le « transfert ». Il faut, en effet, distinguer deux sortes de transferts, l'un « positif », l'autre « négatif », un transfert de sentiments tendres et un transfert de sentiments hostiles, et l'on se voit obligé de traiter séparément ces deux variétés de sentiments qui ont pour objet le médecin. Ensuite, dans le transfert positif, l'on distingue des sentiments amicaux ou tendres, capables de devenir conscients, et d'autres dont les prolongements se trouvent dans l'inconscient. En ce qui concerne ces derniers l'analyse prouve chaque fois qu'ils ont un fondement érotique ; nous en concluons ainsi que tous les rapports d'ordre sentimental utilisables dans la vie, tels que ceux où se marquent la sympathie, l'amitié, la confiance, etc., sont génétiquement apparentés à la sexualité et émanent, par effacement du but sexuel, de désirs vraiment sexuels, quelque innocents et dénués de sensualité qu'ils apparaissent à notre perception consciente. Originellement, nous n'avons connu que des objets sexuels ; la psychanalyse nous montre que des gens que nous croyons seulement respecter, estimer, peuvent, pour notre inconscient, continuer à être des objets sexuel.

Voici donc la solution de l'énigme : le transfert sur la personne de l'analyste ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il est un transfert négatif ou bien un transfert positif composé d'éléments érotiques refoulés. Lorsque nous « liquidons » (« *Aufheben* ») le transfert en le rendant conscient nous écartons (*ablösen*) simplement de la personne du médecin ces deux composantes de la relation affective ; l'élément inattaquable, capable de devenir conscient, demeure et devient, pour la psychanalyse, ce qu'il est pour toutes les autres méthodes thérapeutiques : le facteur du succès. Sur ce point nous admettons volontiers que les résultats de la psychanalyse se fondent sur la suggestion, toutefois il convient de donner au terme de suggestion le sens que Ferenczi et moi-même lui avons attribué : la suggestion est l'influence exercée sur un sujet au moyen des phénomènes de transfert qu'il est capable de produire. Nous sauvegardons l'indépendance finale du patient en n'utilisant la suggestion que pour lui faire accomplir le travail psychique qui l'amènera nécessairement à améliorer durablement sa condition psychique.

On peut se demander encore pourquoi les phénomènes de résistances de transfert ne se manifestent qu'en psychanalyse et non dans d'autres méthodes de traitement, dans les établissements médicaux, par exemple. Nous répondrons que les mêmes phénomènes se produisent partout, mais qu'il s'agit d'en reconnaître la nature. D'ailleurs les transferts négatifs sont choses courantes dans les maisons de santé et dès qu'ils se manifestent, le patient quitte l'établissement, sans être guéri ou même dans un état aggravé. Dans ces maisons, le transfert érotique ne comporte pas d'effets aussi gênants parce que là, comme ailleurs dans la vie, il se trouve non point mis au jour mais recouvert d'un voile. Toutefois il se manifeste très nettement sous forme d'une résistance à la guérison, non en poussant le malade à quitter l'établissement - il l'y retient au contraire - mais en le maintenant éloigné de la vie réelle. Au point de vue du traitement, il importe peu que le malade puisse surmonter, dans une maison de santé, telle ou telle angoisse, telle ou telle inhibition ; ce qui est important, au contraire, c'est qu'il parvienne dans la vie réelle à se libérer de ses symptômes.

Le transfert négatif mériterait qu'on l'étudie plus à fond, mais ce n'est pas ici le lieu de le faire. Dans les formes curables des psychonévroses on le découvre, à côté du transfert tendre, souvent en même temps et ayant pour objet une seule et même personne. C'est à cet état de choses que Bleuler a donné le nom excellemment approprié d'*ambivalence*. Une semblable ambivalence de sentiments semble, dans une certaine mesure, normale mais, poussée à un degré trop élevé elle est certainement l'apanage des névrosés. Dans la névrose obsessionnelle, une « scission précoce des paires contrastées » semble caractériser la vie instinctuelle et fournir l'une des conditions constitutionnelles du trouble morbide. C'est l'ambivalence de l'afflux des sentiments qui nous permet le mieux de comprendre l'aptitude des névrosés à mettre leurs transferts au service de la résistance. Lorsque la possibilité de transfert est devenue essentiellement négative, comme dans le cas des paranoïaques, il n'existe plus aucun moyen d'influencer ou de guérir les malades.

Toutes ces considérations ne permettent d'envisager que l'une des faces du phénomène de transfert ; il convient de porter notre attention sur un autre aspect de la question. Dès que l'analysé est la proie d'une intense résistance de transfert, il se voit rejeté de la réalité en ce qui concerne ses relations avec le médecin et s'arroge le droit d'enfreindre la règle fondamentale de l'analyse (suivant laquelle il doit, sans discrimination, révéler tout ce qui lui passe par l'esprit). Il oublie toutes les résolutions qu'il avait prises au début du traitement et accueille avec indifférence tous les rapports et toutes les conclusions qui lui avaient jusqu'alors produit grand effet. Tout praticien qui se sera rendu bien compte de ces faits ressent alors le besoin de les attribuer à des facteurs autres que ceux déjà mentionnés. A la vérité il n'aura pas à en chercher longtemps l'origine, car ces facteurs sont dus à la situation psychologique où l'analyse a placé le patient.

Au cours du dépistage de la libido échappée au contrôle du conscient, nous pénétrons dans le domaine de l'inconscient. Les réactions provoquées mettent en lumière certains caractères des processus inconscients, tels que l'étude des rêves nous a permis de les connaître. **Les émois inconscients tendent à échapper à la remémoration voulue par le traitement, mais cherchent à se reproduire suivant le mépris du temps et la faculté d'hallucination propres à l'inconscient (*entsprechend der Zeitlosigkeit und der Halluzinationsfähigkeit des Unbewussten*). Comme dans les**

rêves, le patient attribue à ce qui résulte de ses émois inconscients réveillés, un caractère d'actualité et de réalité (*Gegenwärtigkeit und Realität*). Il veut mettre en actes ses passions, sans tenir compte de la situation réelle. Or le médecin cherche à le contraindre à intégrer ces émois dans le traitement et dans l'histoire de sa vie, à les soumettre à la réflexion et à les apprécier selon leur réelle valeur psychique. Cette lutte entre le médecin et le patient, entre l'intellect et la vie pulsionnelle, entre le discernement et le besoin de décharge (*Dieser Kampf zwischen Arzt und Patienten, zwischen Intellekt und Triebleben, zwischen Erkennen und Agierenwollen*) se joue presque exclusivement dans les phénomènes du transfert. C'est sur ce terrain qu'il faut remporter la victoire dont le résultat se traduira par une guérison durable de la névrose. Avouons que rien n'est plus difficile en analyse que de vaincre les résistances, mais n'oublions pas que ce sont justement ces phénomènes-là qui nous rendent le service le plus précieux, en nous permettant de mettre en lumière les émois amoureux cachés et oubliés des patients et en les rendant manifestes et actuels. Enfin rappelons-nous que nul ne peut être tué *in absentia* ou *in effigie*.

Remémoration, répétition, perlaboration⁶⁴

Il ne me paraît pas superflu de rappeler sans cesse aux étudiants en psychanalyse toutes les modifications profondes qu'a subies, depuis ses tout premiers débuts, la technique psychanalytique. Sa première phase fut celle de la catharsis de Breuer, la détermination directe du facteur ayant provoqué l'apparition du symptôme, l'effort systématiquement poursuivi pour reconstituer les processus psychiques impliqués dans la situation en question afin de les amener à se décharger grâce à une activité consciente. Les buts que l'on cherchait alors à atteindre, à l'aide de l'hypnose, étaient le rappel du souvenir et l'abréaction. Par la suite, après avoir renoncé à l'hypnose, on s'appliqua principalement à deviner, d'après les associations libres du patient, ce dont il n'arrivait pas à se souvenir. Grâce au travail d'interprétation et à ses résultats communiqués au malade, les résistances devaient être évitées. La recherche des faits ayant provoqué la névrose, ainsi que celle des situations dissimulées par le facteur de la maladie, furent poursuivies, alors que l'abréaction se trouva délaissée. Elle parut être remplacée par l'effort qu'impose à l'analysé l'obligation de s'abstenir de toute critique à l'égard de ses associations, en obéissant à la loi fondamentale. Finalement la technique logique actuelle prévalut, technique selon laquelle on renonce à déterminer un facteur ou un problème particulier et où l'on se contente d'étudier **l'actuelle surface psychique** du patient et d'appliquer son art d'interpréter principalement à reconnaître les résistances qui surgissent et à les faire connaître au malade. Une nouvelle répartition du travail s'effectue alors : le médecin découvre les résistances ignorées de son patient ; une fois que ces dernières ont été surmontées, l'analysé raconte, souvent sans aucune difficulté, les incidents et associations oubliés. Il va sans dire que le but de ces diverses techniques est resté le même, c'est-à-dire, **du point de vue descriptif combler les lacunes de la mémoire, au point de vue dynamique vaincre les résistances du refoulement**.

Il faut rester reconnaissants envers la vieille technique hypnotique de nous avoir fait connaître certains processus de l'analyse sous une forme schématisée et isolée. C'est cela seulement qui nous a donné le courage de créer nous-mêmes au cours de la cure analytique, des situations complexes et de les conserver transparentes.

A l'époque du traitement hypnotique, la souvenance prenait une forme très simple. Le patient se plaçait dans une situation antérieure qu'il ne paraissait jamais confondre avec la situation présente. Il faisait part de ses processus psychiques d'alors dans la mesure où ils étaient normaux et y ajoutait toutes les données inconscientes transformées maintenant en données conscientes.

Ajoutons ici quelques observations dont tout analyste a pu vérifier par lui-même la justesse. L'oubli d'impressions, de scènes, d'événements vécus se réduit généralement à une « distanciation » (*Absperrung*) de ceux-ci. Lorsque le patient vient à parler de tous ces faits oubliés, il omet rarement d'ajouter : « A vrai dire, je n'ai jamais cessé de savoir tout cela, mais je n'y pensais pas. » Il se déclare souvent déçu de ce qu'un nombre insuffisant de choses qu'il puisse tenir pour « oubliées » et auxquelles il n'avait jamais pensé depuis qu'elles s'étaient produites, lui revienne à l'esprit. Cependant cette aspiration se trouve elle-même satisfaite, surtout dans les cas d'hystéries de conversion. La quantité des matériaux « oubliés » se trouve encore réduite lorsque nous apprécions à leur juste valeur les « souvenirs écrans » dont la présence est si générale. Dans certains cas, j'ai eu l'impression que cette amnésie infantile si connue et dont l'importance théorique nous apparaît si grande se trouve totalement contrebalancée par ces souvenirs-écrans. Ces derniers contiennent non seulement quelques éléments essentiels de la vie infantile, mais encore tout l'essentiel. Il ne faut que savoir l'extraire à l'aide de l'analyse. Ils représentent les années oubliées de l'enfance aussi justement que le contenu manifeste des rêves en représente les pensées.

⁶⁴ Texte de Freud, 1914. « Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten », GW X, pp. 125-136.

L'autre groupe de processus psychiques, le groupe de ceux que l'on peut, en tant qu'actes purement intérieurs, opposer aux impressions et aux événements vécus, c'est-à-dire l'ensemble des fantasmes, des idées connexes et des émois, doit être considéré à part dans son rapport avec l'oubli et la remémoration. Il arrive très souvent ici que l'on se souvienne d'une chose qui n'avait pu tomber dans l'oubli parce que l'on ne l'avait jamais remarquée et qu'elle n'avait jamais été consciente. En outre, il importe peu, en ce qui touche le sort de cette « association » (*Zusammenhang*) qu'elle ait été d'abord consciente puis oubliée ou bien qu'elle n'ait jamais effleuré le conscient. La conviction acquise par le malade au cours de l'analyse reste tout à fait indépendante d'un pareil souvenir.

C'est en particulier dans les multiples formes de la névrose obsessionnelle que l'« oubli » consiste surtout en une suppression des liens entre idées, une méconnaissance des conclusions à tirer et une isolation de certains souvenirs.

Il n'est généralement pas possible de faire resurgir le souvenir de certains incidents d'une très grande importance, je veux dire d'incidents survenus dans la toute première enfance, avant que le patient ait été apte à les comprendre, mais qui ont été *ultérieurement* interprétés et compris. C'est le rêve qui les fait connaître et la structure même de la névrose apporte la preuve évidente de leur réalité. En outre, le médecin peut se convaincre que le patient, une fois ses résistances surmontées, cesse de s'appuyer sur l'absence de tout souvenir de ces incidents (sensation de familiarité) pour refuser d'y croire. Quoi qu'il en soit, ce sujet exige tant de précautions critiques et nous révèle tant de notions nouvelles et surprenantes, que je me réserve d'en traiter ailleurs en m'appuyant sur des matériaux appropriés.

Il ne reste rien ou presque rien dans les nouveaux procédés techniques de la facilité et de l'agrément de cette ancienne marche à suivre. Il y a des cas qui, traités suivant la technique nouvelle, se comportent pendant un certain temps comme ceux pour qui l'on employait la technique hypnotique et qui ne renoncent que plus tardivement à ce comportement. D'autres se comportent d'emblée différemment. Si, pour établir une différenciation, nous examinons ces derniers, nous pouvons dire qu'ici le patient *n'a aucun souvenir* de ce qu'il a oublié et refoulé et ne fait que le *traduire en actes*. Ce n'est pas sous forme de souvenir que le fait oublié reparaît, mais sous forme d'action. Le malade répète évidemment cet acte sans savoir qu'il s'agit d'une répétition.

Prenons un exemple : l'analysé ne dit pas qu'il se rappelle avoir été insolent et insoumis à l'égard de l'autorité parentale, mais il se comporte de cette façon à l'égard de l'analyste. Il ne se souvient pas de s'être senti, au cours de ses investigations infantiles d'ordre sexuel, désespéré et déconcerté, privé d'appui, mais il apporte quantité d'idées et de rêves confus, se plaint de ne réussir en rien et accuse le destin de n'arriver jamais à mener ses entreprises à bonne fin. Il ne se rappelle plus avoir éprouvé un intense sentiment de honte de certaines activités sexuelles et avoir redouté leur découverte, mais il montre qu'il a honte du traitement auquel il s'est soumis et tient absolument à tenir secret ce dernier, et ainsi de suite.

Et surtout il commence sa cure par une répétition de cet ordre. Lorsqu'on révèle à un patient ayant eu une existence mouvementée et un long passé de maladie la règle psychanalytique fondamentale et qu'on l'invite à raconter tout ce qu'il pense et qu'on attend de lui un vrai torrent d'informations, on l'entend souvent déclarer qu'il n'a rien à dire. Il reste silencieux et prétend ne penser à rien. Il ne s'agit là que de la répétition d'une attitude homosexuelle qui prend la forme d'une résistance contre l'apparition de ce souvenir. Tant qu'il poursuivra son traitement, il ne parviendra pas à se libérer de cette contrainte à la répétition ; l'on finit par comprendre que c'est là sa manière de se souvenir.

Nous allons naturellement nous intéresser au premier chef aux rapports de cet automatisme de répétition avec le transfert et la résistance. Nous observons bientôt que le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et que la répétition est le transfert du passé oublié, non seulement à la personne du médecin mais aussi à tous les autres domaines de la situation présente. Il faut donc nous attendre à ce que le patient cède à l'automatisme de répétition qui a remplacé la compulsion au souvenir et cela non seulement dans ses rapports personnels avec le médecin, mais également dans toutes ses autres occupations et relations actuelles et quand, par exemple, il lui arrive au cours du traitement de tomber amoureux, de se charger d'une tâche quelconque ou d'entreprendre quelque chose. **Là encore, le rôle de la résistance est aisément reconnaissable. Plus la résistance sera grande, plus la mise en actes (la répétition) se substituera au souvenir.** La façon idéale dont les souvenirs resurgissent au moyen de l'hypnose est due au fait que la résistance y est totalement supprimée. Lorsque le traitement débute sous les auspices d'un transfert positif faible, modéré, l'exhumation des souvenirs est, au début, aussi facile que dans l'hypnose et les symptômes morbides s'apaisent aussi pour un temps. Toutefois si, par la suite, le transfert devient hostile ou excessif et qu'il exige, par cela même, le refoulement, le souvenir fait aussitôt place à la mise en actes. A partir de ce moment, les résistances vont déterminer l'ordre des diverses répétitions. Le malade tire de l'arsenal du passé les armes avec lesquelles il va se défendre contre la continuation de l'analyse, armes dont nous devons une à une le déposséder.

Nous venons de dire que l'analysé répète au lieu de se souvenir et cela par l'action de la résistance. Mais qu'est-ce exactement qu'il répète ou qu'il met en action ? Eh bien, il répète tout ce qui, émané des sources du refoulé, imprègne déjà toute sa personnalité : ses inhibitions, ses attitudes inadéquates, ses traits de caractère pathologiques. Il répète

également, pendant le traitement, tous ses symptômes. Et nous pouvons maintenant observer qu'en mettant en évidence cette compulsion à répéter, nous n'avons découvert aucun fait nouveau, mais que nous avons seulement acquis une conception plus cohérente de l'état de choses. Nous constatons clairement que l'état morbide de l'analysé ne saurait cesser dès le début du traitement et que **nous devons traiter sa maladie non comme un événement du passé mais comme une force actuellement agissante**. C'est fragment par fragment que cet état morbide est apporté dans le champ d'action du traitement et, tandis que le malade le ressent comme quelque chose de réel et d'actuel, notre tâche à nous consiste principalement à rapporter ce que nous voyons au passé.

L'évocation des souvenirs telle qu'elle se produisait dans l'hypnose devait donner l'impression d'une expérience de laboratoire. Laisser s'effectuer des répétitions pendant le traitement, comme le fait la technique nouvelle, c'est évoquer un fragment de vie réelle, évocation qui, par cela même, ne peut être partout considérée comme inoffensive et dénuée de risques. C'est à elle que se rattache le problème de « l'aggravation souvent inévitable des symptômes au cours du traitement ».

Mais tout d'abord l'instauration même du traitement oblige le malade à modifier son attitude consciente à l'égard de sa maladie. Jusqu'alors il s'est généralement borné à en gémir, à la considérer comme une stupidité et à en sous-estimer l'importance. A part cela, il a appliqué le refoulement aux manifestations de cette maladie, c'est-à-dire la politique de l'autruche, celle-là même qu'il utilisait à l'égard de l'origine des troubles. C'est ainsi qu'il peut ignorer les causes de sa phobie, ne saisir ni le sens exact de ses idées obsédantes ni le but réel de ses pulsions obsessionnelles et c'est évidemment ce que le traitement ne peut tolérer. Le patient doit trouver le courage de fixer son attention sur ses manifestations morbides, doit non plus considérer sa maladie comme quelque chose de méprisable, mais la regarder comme un adversaire digne d'estime, comme une partie de lui-même dont la présence est bien motivée et où il conviendra de puiser de précieuses données pour sa vie ultérieure. La voie de la réconciliation du malade avec le *refoulé* (*Die Versöhnung mit dem Verdrängten*) qui se manifeste par les symptômes se trouve ainsi frayée dès le début, mais il s'y adjoint une certaine tolérance à l'égard de l'état morbide. Si cette nouvelle attitude envers la maladie venait à provoquer une exacerbation des conflits et si certains symptômes, jusqu'alors indistincts, surgissaient au premier plan, on rassurerait facilement le patient en lui faisant observer qu'il ne s'agit là que d'aggravations nécessaires mais passagères et qu'il est impossible de terrasser un ennemi absent ou hors de portée. Toutefois la résistance peut essayer d'exploiter la situation à son profit et d'abuser de la permission d'être malade. Elle tente alors une démonstration qui est la suivante : « Regarde un peu ce qui arrive quand je donne libre carrière à tout cela ! N'avais-je pas raison de tout confier au refoulement ? » Les personnes jeunes et infantiles, en particulier, ont tendance à excuser la luxuriance de leurs symptômes par la nécessité de porter, du fait du traitement, grande attention à leur état morbide.

D'autres dangers encore peuvent surgir au cours du traitement. En effet, certains émois instinctuels plus profonds et qui ne s'étaient pas encore imposés parviennent parfois à se répéter. Enfin, il peut arriver que le comportement du patient, en dehors du transfert, puisse passagèrement entraîner des désastres dans la vie du sujet ou même amener celui-ci à priver de toute valeur la guérison recherchée.

La tactique que le médecin doit adopter en pareil cas est aisément justifiable. Son but est le rappel du souvenir à la vieille façon, la reproduction dans le domaine psychique. Ce but, il le poursuit, même quand il se rend compte que la nouvelle technique ne permet pas de l'atteindre. Afin de maintenir sur le terrain psychique les pulsions que le patient voudrait transformer en actes, il entreprend contre ce dernier une lutte perpétuelle et quand il arrive, grâce au travail de la remémoration, à liquider ces pulsions, il considère ce résultat comme un triomphe du traitement. Lorsque le transfert aboutit à un attachement utilisable de quelque façon, le traitement est en mesure d'empêcher tous les actes itératifs les plus importants du malade et d'utiliser *in statu nascendi* les intentions de celui-ci en tant que matériaux pour le travail thérapeutique. Afin que le malade ne puisse se laisser aller à des pulsions capables d'entraîner des désastres, le médecin lui fait promettre de ne prendre, tant que le traitement se poursuit, aucune grave décision. Le malade ne doit ni opter pour une profession, ni choisir un définitif objet d'amour, mais attendre, pour ce faire, d'être guéri.

Néanmoins on laisse volontiers l'analysé disposer à son gré de tout ce qui est compatible avec ces mesures de précaution et l'on ne s'oppose pas à des actes sans importance, même s'ils sont stupides ; il faut, en effet, se rappeler que la sagesse ne s'acquiert que par l'expérience. Certes, il y a des patients qu'on ne peut empêcher de se lancer, au cours du traitement, dans quelque entreprise parfaitement inopportune et qui ne deviennent dociles et accessibles au traitement que plus tard. Il arrive aussi que l'on n'ait pas le temps de passer aux pulsions sauvages les rênes du transfert ou bien que l'acte itératif provoque la rupture du lien qui attache le patient au traitement. Comme exemple extrême, je citerai le cas d'une dame âgée qui, au cours d'états confusionnels, avait plusieurs fois abandonné le domicile conjugal pour fuir quelque part, sans pouvoir motiver cette fugue. Elle commença sa cure chez moi sous le signe d'un transfert positif bien marqué qui crût avec une rapidité anormale dès les premiers jours du traitement. A la fin de la semaine, la dame prit la fuite, avant même que j'aie eu le temps de lui dire quelque chose qui aurait pu prévenir cette répétition.

C'est dans le maniement du transfert que l'on trouve le principal moyen d'enrayer l'automatisme de répétition et de le transformer en une raison de se souvenir. Nous rendons cette compulsion anodine, voire même utile, en limitant ses droits, en ne la laissant subsister que dans un domaine circonscrit. Nous lui permettons l'accès du transfert, cette sorte d'arène, où il lui sera permis de se manifester dans une liberté quasi totale et où nous lui demandons de nous révéler tout ce qui se dissimule de pathogène dans le psychisme du sujet. Même dans le cas où le patient se borne simplement à respecter les règles nécessaires de l'analyse, nous réussissons sûrement à conférer à tous les symptômes morbides une signification de transfert nouvelle et à remplacer sa névrose ordinaire par une névrose de transfert dont le travail thérapeutique va le guérir. **Le transfert crée de la sorte un domaine intermédiaire entre la maladie et la vie réelle**, domaine à travers lequel s'effectue le passage de l'une à l'autre. L'état nouvellement instauré a pris tous les aspects d'une maladie artificielle partout accessible à nos interventions. En même temps, il est une tranche de vie réelle que des conditions particulièrement favorables rendent possible et qui a un caractère provisoire. A partir des réactions de répétition qui apparaissent dans le transfert, des voies connues conduisent alors au réveil des souvenirs. Ces derniers surgissent ensuite, comme d'eux-mêmes, une fois les résistances surmontées.

J'aurais pu m'interrompre ici si le titre de ce chapitre ne m'obligeait à y exposer encore une autre partie de ma technique psychanalytique. La suppression des résistances a lieu, comme chacun sait, après que le médecin les ayant découvertes - en dépit du patient qui, lui, ne les reconnaît jamais - les a révélées à ce dernier. Les analystes débutants sont enclins, semble-t-il, à prendre ce début pour l'achèvement du travail. C'est ainsi que j'ai maintes fois été appelé à donner mon avis sur des cas où le praticien se plaignait de ce qu'après avoir mis en lumière la résistance du malade, la lui avoir montrée, aucun changement ne s'était produit ; au contraire, l'ensemble de la situation était devenu plus obscur encore et la résistance s'était accrue. Le traitement semblait piétiner sur place. Je pus chaque fois reconnaître que ces vues pessimistes étaient mal fondées. Le traitement progressait d'une manière satisfaisante mais le médecin n'avait oublié qu'une chose, c'est qu'en donnant un nom à la résistance, on ne la fait pas pour cela immédiatement disparaître. Il faut laisser au malade le temps de bien connaître cette résistance qu'il ignorait, de « l'élaborer interprétativement » (*durcharbeiten*), de la vaincre et de poursuivre, malgré elle et en obéissant à la règle analytique fondamentale, le travail commencé. Ce n'est qu'une fois arrivés au bout de ce dernier qu'analyste et analysé, grâce à leurs efforts conjugués, parviennent à découvrir les émois pulsionnels refoulés qui alimentent la résistance. Le patient est alors seulement en mesure de se convaincre de l'existence et de la force de cette dernière. Le médecin n'a donc qu'à attendre, à laisser les choses suivre leur cours, car il ne saurait ni les éviter, ni en hâter l'apparition. S'il s'en tient à cette règle, il s'épargne maintes fois la déception d'avoir échoué bien qu'ayant toujours suivi la bonne voie.

Cette élaboration des résistances peut, pour l'analysé, constituer, dans la pratique, une tâche ardue et être pour le psychanalyste une épreuve de patience. De toutes les parties du travail analytique, elle est pourtant celle qui exerce sur les patients la plus grande influence modificatrice, celle aussi qui différencie le traitement analytique de tous les genres de traitements par suggestion. On peut le comparer, au point de vue théorique, à l'« abréaction » des charges affectives séquestrées par le refoulement et sans laquelle le traitement hypnotique demeurerait inopérant..

Ce cours donné pendant l'année académique 1999-2000 a été édité par le Cercle des Etudiants en Psychologie de l'Université de Liège.