

# SIGMUND

## *O* *Euvres complètes* *Psychanalyse*

II

1893 ---1895

Études sur l'hystérie  
et textes annexes

Tome I	1886-1893	Premiers textes
* Tome II	1893-1895	Études sur l'hystérie et textes annexes
*** Tome III	1894-1899	Textes psychanalytiques divers
* Tome IV	1899-1900	L'interprétation du rêve
** Tome v	1901	Du rêve - Psychopathologie de la vie quotidienne
*** Tome vi	1901-1905	Trois essais sur la théorie sexuelle - Fragment d'une analyse d'hystérie - Autres textes
** Tome vii	1905	Le trait d'esprit
* Tome viii	1906-1908	« Gradiva » Autres textes
* Tome ix	1909	La phobie d'un garçon de cinq ans > Un cas de névrose de contrainte
*** Tome x	1909-1910	Léonard de Vinci - Un cas de paranoïa Cinq leçons - Autres textes
*** Tome xi	1911-1913	Totem et tabou - Autres textes
* Tome xii	1913-1914	Le Moïse de Michel-Ange Histoire du mouvement psychanalytique - Écrits techniques
*** Tome xiii	1914-1915	Une névrose infantile - Sur la guerre et la mort - Métapsychologie Autres textes
* Tome xiv	1915-1917	Leçons d'introduction à la psychanalyse
*** Tome xv	1916-1920	Au-delà du principe de plaisir L'inquiétant Un enfant est battu - Un cas d'homosexualité féminine - Autres textes
*** Tome xvi	1921-1923	Psychologie des masses - Le moi et le ça Autres textes
* Tome xvii	1923-1925	Autoprésentation Inhibition, symptôme et angoisse - Autres textes
** Tome xviii	1926-1930	L'analyse profane - L'avenir d'une illusion - Le malaise dans la culture - Autres textes
*** Tome xix	1931-1936	Nouvelle suite des leçons Autres textes
** Tome xx	1937-1939	L'homme Moïse - Abrégé de psychanalyse Autres textes
Tome		Glossaire et index

\* Déjà paru.

\*\* En préparation. " \*" 2e édition révisée.

ISBN: 978-2-13,0557

SIGMUND FREUD

Œuvres complètes

*Psychanalyse*

## NOTE DE L'ÉDITEUR

La présente édition des *OEuvres complètes* de Freud est publiée en langue française avec l'autorisation de S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, et de la Sigmund Freud Copyrights, Colchester, accordée aux éditeurs français Gallimard, Payot, Presses Universitaires de France.

La notice bibliographique qui précède chaque œuvre de Sigmund Freud indique l'histoire du texte dans sa langue originelle, précise la date de la première édition française et rappelle les éditions dans lesquelles ce texte est disponible en dehors des *OEuvres complètes*.

Une partie du matériel critique est empruntée à la *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, London, The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, édition établie par James Strachey, Alix Strachey, Alan Tyson et Angela Richards.

ISBN 978-2-13-055729-6

Dépôt légal 1<sup>re</sup> édition 2009, septembre

© Presses Universitaires de France, 2009

6, avenue Reille, 75014 Paris

SIGMUND FREUD

OEuvres complètes

*Psychanalyse*

VOLUME II

| 1893-1895

DIRECTEURS DE LA PUBLICATION  
ANDRÉ BOURGUIGNON - PIERRE COTET

DIRECTEUR SCIENTIFIQUE  
JEAN LAPLANCHE

*Traduit de l'allemand*  
*Publié et traduit avec le concours*  
*du Centre National du Livre*

PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

<i>Direction de la publication</i>	Pierre Cotet
<i>Direction scientifique</i>	Jean Laplanche
<i>Terminologie : Responsable</i>	Jean Laplanche
<i>Co-responsable</i>	François Robert
<i>Harmonisation</i>	Janine Altounian
<i>Notices, notes et variantes</i>	Alain Rauzy
<i>Contrôle du manuscrit</i>	
<i>Glossaire et index</i>	François Robert

*Traducteurs du volume II*

Janine Altounian — Pierre Cotet — Pascale Haller  
 Christophe Jouanlanne — Françoise Kahn — René Lainé  
 Marie-Thérèse Schmidt — Alain Rauzy — François Robert

*Équipe de révision*

Janine Altounian — Pierre Cotet  
 Jean Laplanche — François Robert

## VOLUME II

Études sur l'hystérie	.....9
Préface à la première édition (J. Breuer et S. Freud)	.....17
Préface à la deuxième édition (J. Breuer)	.....19
Préface à la deuxième édition (S. Freud)	.....21
I <b>Du</b> mécanisme psychique de phénomènes hystériques. Communication préliminaire, par J. Breuer et S. Freud	.....23
II Histoires de malades	.....39
I — Observation I. Mlle Anna O... (J. Breuer), 39	
II Madame Emmy v. N..., quarante ans, de Livonie (S. Freud), 65	
III Miss Lucy R., trente ans (S. Freud), 125	
IV — Katharina (S. Freud), 143	
V - Mademoiselle Elisabeth v. R... (S. Freud), 154	
III Considérations théoriques (J. Breuer)	.....205
IV Sur la psychothérapie de l'hystérie (S. Freud)	.....279
Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques (Conférence)	333
Textes préparatoires aux <i>Études sur l'hystérie</i>	.....349
Lettre à Josef Breuer	.....353
Notice «III»	.....357
Sur la théorie de l'accès hystérique	.....361
Quatre documents sur le cas «Nina R.»	.....367
Anamnèse de «Nina R.» (S. Freud)	.....369
Histoire de malade de «Nina R.» (S. Freud)	.....373
Rapport sur «Nina R.» (J. Breuer)	.....377
Lettre à Robert Binswanger (S. Freud)	.....379

Deux comptes rendus contemporains sur la conférence « De l'hystérie »	..... 381
Index des personnes, des personnages et des œuvres	..... 407
Index des lieux	..... 411
Index des matières	..... 413
Principales abréviations	..... 423
Conventions relatives à la présentation	..... 425
Titres et traducteurs : récapitulation	..... 427

# Études sur l'hystérie

UBER DEN PSYCHISCHEN  
MECHANISMUS HYSTERISCHER PHÄNOMENE  
VORLAUFIGE MITTEILUNG  
1892 [1893 a]

*Première publication*

1893 *Neurol. Centralbl.*, 12 (1), p. 4-10, et (2), p. 43-47.

*Autres éditions allemandes*

1893 *Wien. med. Bleitter*, 16 (3), p. 33-35, et (4), p. 49-51.

1895 in : *Studien über Hysterie*.

1906 *Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre aus den Jahren 1893-1906*, 1, p. 14-29.  
(1911, 2<sup>e</sup> éd. ; 1920, 3<sup>e</sup> éd. ; 1922, 4<sup>e</sup> éd.).

STUDIEN ÜBER HYSTERIE  
1894-1895 [1895 d]

*Première publication*

1895 Leipzig und Wien, Deuticke, 269 p.

*Autres éditions allemandes*

1909 2<sup>e</sup> édition, sans changement, même éditeur, avec deux nouvelles préfaces de Breuer et Freud, 269 p.

1916 3<sup>e</sup> éd., sans changement, 269 p.

1922 4<sup>e</sup> éd., sans changement, 269 p.

1925 *Gesammelte Schriften*, t. I, p. 3-238, sans les deux contributions de Breuer, et avec quelques notes ajoutées par Freud.

1952 *Gesammelte Werke*, t. I, p. 77-312, reproduisant l'édition de 1925.

1975 *Studienausgabe, Ergänzungsband*, p. 49-97, comportant seulement « Zur Psychotherapie der Hysterie ».

1987 *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, p. 217-310, reproduisant les contributions de Breuer.

*Traduction anglaise*

1955 *Standard Edition*, t. II, p. 3-305 : *Studies on Hysteria*, comportant les contributions de Breuer.

*Traduction française*

1956 *Études sur l'hystérie*, traduit par A. Berman, Paris, Presses Universitaires de France, 255 p., comportant les contributions de Breuer.

Ce livre — généralement considéré comme le point de départ de la psychanalyse — a son origine dans la rencontre de S. Freud et J. Breuer, en 1877-1878, à l'Institut de physiologie de l'Université de Vienne, que dirigeait Ernst Brücke.

Nommé Privatdozent après ses travaux remarquables sur l'oreille interne, Breuer renonça en 1885 à ses activités d'enseignement, pour se consacrer exclusivement à sa pratique de la médecine générale. En novembre 1880 il eut à s'occuper d'une jeune fille de vingt et un ans — « Anna O. » — qui souffrait de symptômes hystériques et dont il mena le traitement jusqu'en juin 1882. La patiente, qui avait une aptitude particulière à l'autohypnose, inventa elle-même ce qu'elle appelait sa « talking cure » (cure par la parole, cf. *infra*, p. 48). Ce fut l'origine du procédé thérapeutique auquel Breuer et Freud donnèrent ensuite le nom de « méthode cathartique », et que Freud allait progressivement substituer à l'hypnose.

La fin du traitement d'« Anna O. » (cf. *infra*, p. 59), a été l'occasion de vives controverses, à la suite du récit qu'en a fait Ernest Jones (*La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, Paris, PUF, 1958, I, p. 247-248). Selon Jones, Breuer décida de mettre un terme au traitement après avoir pris conscience de son « contre-transfert marqué » à l'égard de sa patiente ; celle-ci réagit alors par une exacerbation de ses symptômes qui alla jusqu'à une « grossesse imaginaire ». (Cf. aussi la lettre de Freud à Stefan Zweig du 2 juin 1932.) Henri Ellenberger et Albrecht Hirschmüller ont fortement contesté la présentation de Jones. Freud a seulement dit que le « phénomène inattendu » du transfert avait représenté pour Breuer un « untoward event » (événement malencontreux) (« Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique », *OCF.P.*, XII, p. 254). « Il s'était heurté au transfert, jamais absent, de la patiente sur le médecin. » (« Josef Breuer », *OCF.P.*, XVII, p. 156.)

Breuer n'a pas cessé de prendre soin d'« Anna O. », puisqu'il la fit admettre le 12 juillet 1882 à la maison de santé Bellevue, à Kreuzlingen (au bord du lac de Constance), que dirigeait Robert Binswanger. Il écrivit un rapport sur l'histoire du cas, que Ellenberger a retrouvé dans les archives de la clinique. La patiente quitta Bellevue le 29 octobre 1882, mais dut faire encore trois séjours, entre 1883 et 1887, à la maison de santé d'Inzersdorf, près de Vienne.

Née en 1859 dans un milieu juif orthodoxe viennois, « Anna O. » s'appelait en réalité Bertha Pappenheim. La révélation de son identité par Jones en 1953 fut reçue avec désapprobation par sa famille. En 1888, Bertha s'installa à Francfort, où elle écrivit des contes pour enfants, puis des livres sur la question juive et sur les droits des femmes. Elle fut directrice d'un orphelinat et fonda en 1904 le *Jüdischer Frauenbund* (Ligue des femmes juives). Elle créa à Neu-Isenburg un « foyer pour jeunes filles en danger et enfants illégitimes » dans lequel elle resta active jusqu'à sa mort en 1936. Entre Anna O., la patiente hystérique de Breuer, et Bertha Pappenheim, la militante féministe à l'énergie indomp-

table, il y a une discontinuité qui n'a pas cessé d'intriguer les chercheurs. Dans la deuxième partie de sa vie, elle n'évoqua jamais la période de son traitement avec Breuer et s'opposa même à l'usage de la psychanalyse.

\*\*

Freud eut connaissance, dès la fin 1882, du cas de Bertha Pappenheim (v. lettre à Martha Bernays, 13 juillet 1883). Lors de son voyage à Paris, il en fit la communication à Charcot, sans éveiller l'intérêt du maître. A partir de 1883, Breuer, qui était de quatorze ans l'aîné de Freud, devint pour lui un « conseiller dans ses problèmes de carrière » (Hirschmüller), et les relations entre les deux hommes furent de plus en plus amicales. Ils avaient des malades en commun, Breuer en tant que généraliste et Freud en tant que neurologue.

Ils eurent ainsi en traitement, à partir de 1887-1888, « Madame Cacilie M. ». « C'est d'ailleurs l'observation de ce cas remarquable, faite en commun avec Breuer, qui nous incita tout d'abord à publier notre "Communication préliminaire". » (Cf *infra*, p. 200.) Freud précise (p. 87, note) que « des circonstances personnelles » l'empêchèrent de « communiquer dans le détail cette histoire de malade ». Cacilie n'est donc pas traitée comme un cas à part entière, mais apparaît incidemment dans les *Études*.

Selon Peter Swales, Cécilie n'était autre que Anna von Lieben, née von Todesco (1847-1900). Épouse d'un riche banquier, elle habitait à Vienne un palais sur le Ring, où elle menait une vie mondaine et excentrique. Freud, qui l'avait connue par l'intermédiaire de Franz Brentano, dira d'elle plus tard, dans son « Autoprésentation » : « C'était une hystérique pleine de distinction, généralement douée, qui m'avait été confiée parce qu'on ne savait comment s'y prendre avec elle. » (*OCF.P*, XVII, p. 65.) Pendant l'été 1889, il la convainquit de venir à Nancy, où Hippolyte Bernheim tenta en vain de la placer en hypnose profonde. « Cécilie » fut la « préceptrice » de Freud, comme il l'écrivit à Flie13 le 8 février 1897. Elle fut sans doute celle qui l'amena à passer de la suggestion sous hypnose à ce qui allait devenir la méthode cathartique.

\*  
\* \*

La première patiente que Freud traita par cette méthode fut « Madame Emmy v. N... », entre mai 1889 et l'été 1890. Son identité fut découverte, mais tenue secrète, par Ola Andersson, et révélée seulement en 1977 par H. Ellenberger. Fanny von Sulzer-Wart (1848-1925), fille d'un homme d'affaires suisse-allemand, épousa un riche industriel de Schaffhouse, Heinrich Moser, plus âgé qu'elle de quarante ans, qui mourut quatre ans après leur mariage. Elle fut ensuite accusée de l'avoir empoisonné. En 1887 elle fit l'acquisition d'une grande propriété près de Zurich, où elle recevait des invités de marque, menant une existence brillante et extravagante. Après Freud avec qui elle s'était brouillée, elle recourut à plusieurs autres thérapeutes.

Freud exposa brièvement son histoire dans l'article « Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté" », paru dans la *Zeitschrift für Hypnotismus* en décembre 1892 et janvier 1893, au moment où la « Communication préliminaire » était publiée.

\*  
\*  
\*

Le traitement de « Mademoiselle Elisabeth v. R... » commença à l'automne de 1892. Cette jeune femme, âgée de vingt-quatre ans, était d'origine hongroise et s'appelait Ilona Weiss.

Sur « Miss Lucy R. », jeune gouvernante anglaise à Vienne, traitée par Freud à partir de la fin 1892, on manque de toute indication biographique.

\*  
\*  
\*

La rencontre de Freud avec « Katharina » eut lieu pendant l'été 1893 (v. lettre à FlieB du 20 août : « Récemment, j'ai été consulté par la fille de l'aubergiste de la Rax, un beau cas pour moi. »)

G. Fichtner et A. Hirschmüller, poursuivant l'enquête menée par P. Swales, ont révélé en 1985 l'identité de Katharina. Aurelia Kronich (1875-1929) était la fille d'aubergistes qui ont tenu successivement deux refuges sur la Raxalpe (près de Reichenau, dans le massif du Schneeberg, au sud-ouest de Vienne), le Baumgartner-Haus et le Erzherzog-Otto-Haus. En 1895 Aurelia épousa un garde forestier, Julius Ohm, qu'elle suivit en Hongrie sur les terres du comte Hoyos Wenkheim, avant de revenir vivre en Autriche.

\*  
\*  
\*

La collaboration entre Breuer et Freud avait abouti à la rédaction d'un article en commun, « Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques. Communication préliminaire ». Le 28 juin 1892, Freud annonça à FlieB que Breuer en avait accepté le projet. Il lui avait fallu vaincre une « forte résistance » (Jones) chez Breuer. Il écrivait à FlieB le 18 décembre de la même année : « Cela m'a valu suffisamment de batailles avec Monsieur mon collaborateur. » Pour Hirschmüller, « la "Communication préliminaire" représente [...] sans doute une sorte de consensus minimum, qui correspond à ce à quoi Breuer accepta de donner son adhésion ».

Un des motifs de la publication était aussi la nécessité de clarifier la position scientifique de Breuer par rapport à Pierre Janet. Comme Freud l'a souligné dans son article nécrologique sur Breuer, « *L'automatisme psychologique* de Janet parut en 1889, son autre oeuvre *L'état mental des hystériques* en 1892 [en réalité 1894] seulement. » (OCF.P, XVII, p. 156.)

Trois brèves ébauches de la « Communication préliminaire », de la main de Freud, ont été conservées: la lettre de Freud à Breuer du 29 juin 1892, « Notice "III" », et surtout le texte « Sur la théorie de l'accès hystérique ». (Cf. *infra*, p. 349.)

La « Communication préliminaire », qui par son titre même laissait prévoir des développements plus importants, était datée de décembre 1892. Elle parut les <sup>ter</sup> et 15 janvier 1893 dans deux numéros du *Neurologisches Centralblatt*, qui paraissait à Berlin, et fut reprise les 19 et 26 janvier dans les *Wiener medizinische Blätter*. Le 11 janvier, Freud fit une conférence sur le même sujet au Wiener medizinischer Klub, dont le texte fut publié les 22 et 29 janvier dans la *Wiener medizinische Presse*. (Cf. *infra*, p. 333.)

La « Communication préliminaire » reçut de Janet un accueil élogieux (« Quelques définitions récentes de l'hystérie », *Archives de Neurologie*, juin et juillet 1893). En Angleterre elle fit l'objet de deux comptes rendus signés de Frederic William Henry Myers et de John Mitchell Clarke.

\*\*

Freud commença à rédiger les *Études sur l'hystérie* en février 1894. Le 22 juin il écrivait à Fließ : « Le travail avec Breuer comprendra cinq histoires de malades, un essai de lui, dont je m'exclus totalement, sur les théories de l'hystérie [...] et un autre de moi, que je n'ai pas encore commencé, sur la thérapie. »

Faisant appel à des concepts énergétiques déjà utilisés par Oppenheim et Exner, Breuer, dans ses « Considérations théoriques », mettait en jeu une « excitation intracérébrale » « qui tend à se maintenir constante » (principe énoncé par Freud dans le texte « Sur la théorie de l'accès hystérique » ; cf. *infra*, p. 366). S'il se forme un « excédent d'excitation » qui ne peut être éliminé — en présence notamment d'un « affect sexuel » majeur — la voie est ouverte aux symptômes de conversion. Ce qui caractérise le mieux l'hystérie, selon Breuer, c'est l'existence d'états hypnoïdes — analogues à l'état hypnotique — dans lesquels les patientes, telle Anna O., se placent spontanément.

Pour Freud, l'hystérie hypnoïde et l'hystérie dite « de rétention » le cèdent en importance à l'hystérie de défense, qui se constitue à partir du « refoulement d'une représentation inconciliable ». Dans sa contribution « Sur la psychothérapie de l'hystérie », il expose en détail la méthode cathartique en s'appuyant sur de nouveaux cas cliniques. Cette méthode se fixe pour but de surmonter peu à peu les résistances et d'avancer jusqu'au « noyau de l'organisation pathogène », autour duquel le matériel psychique est disposé en strates concentriques.

La rédaction des *Études* fut achevée en avril 1895 et le livre fut publié, vraisemblablement en mai, par les Éditions Deuticke.

Il fut diversement accueilli dans les milieux médicaux de langue allemande. La recension d'Adolf von Strumpell parue dans la *Deutsche . eitschrift für Nerven-*

*beilkunde* (1896, 8, p. 159-161) était très critique ; Strümpell y faisait part de ses réserves sur la validité de la théorie et de la méthode, et sur la possibilité de les généraliser. À l'opposé, Eugen Bleuler (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1896, 43, p. 524-525) saluait les « perspectives tout à fait nouvelles » qu'ouvraient les *Études*. La réception fut plus généralement favorable en Angleterre, avec en 1896 des recensions de John Mitchell Clarke et F. W. H. Myers, et en 1898 un article de Havelock Ellis

Le livre fut tiré seulement à 800 exemplaires, dont un peu plus de 600 furent vendus en treize ans.

Les relations amicales entre Freud et Breuer s'étaient distendues. Le 22 juin 1894, donc au moment de la rédaction des *Études*, Freud écrivait à FlieB : « ... depuis que le commerce scientifique avec Breuer a cessé, je suis obligé de compter sur moi seul... » Après la publication des *Études*, «Breuer [...] avait probablement le sentiment qu'il ne pouvait plus marcher du même pas que Freud » (Hirschmüller). Le 6 février 1896, Freud confiait à FlieB : « Il n'y a absolument plus moyen de m'entendre avec Breuer », et le 1<sup>er</sup> mars : « Je crois qu'il ne me pardonnera jamais de l'avoir entraîné dans les "Études" ».

Pour la deuxième édition, qui parut en 1909, les deux auteurs rédigèrent séparément une nouvelle préface, et le texte fut réédité sans changement. La même année, Breuer, qui avait conservé les trois ébauches de la « Communication préliminaire » écrites par Freud, les lui restitua. Quand les *Études sur l'hystérie* furent intégrées aux *Gesammelte Schriften* (en 1925), les deux contributions de Breuer — l'histoire d'Anna O. et « Considérations théoriques » — n'y furent pas reproduites.

Tout au long de son oeuvre, Freud ne cessa pourtant de rappeler la dette qui était la sienne envers Breuer, en particulier dans *De la psychanalyse* (1910, *OCF.P*, X), « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique » (1914, *OCF.P*, XII), et « Autoprésentation » (1925, *OCF.P*, XVII). Après la mort de Josef Breuer, le 20 juin 1925, Freud écrivit pour *l'Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* un article d'hommage posthume au « créateur de la méthode cathartique — dont le nom est, à ce titre, attaché de façon indélébile aux débuts de la psychanalyse [...] Outre l'histoire de malade de son premier cas, Breuer a contribué aux "Études" par un essai théorique qui, loin d'être périmé, recèle bien plutôt des pensées et des incitations qui n'ont toujours pas été suffisamment exploitées ». (*OCF.P*, XVII, p. 155-157.)

#### RÉFÉRENCES

- Ola Andersson, *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis* (Études sur la préhistoire de la psychanalyse), Stockholm, Svenska Bokförlaget, 1962.  
 Henri Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, Paris, Fayard, 2001 (nouvelle édition).  
 Gerhard Fichtner et Albrecht Hirschmüller, « Freuds "Katharina" — Hintergrund, Entstehungsgeschichte und Bedeutung einer frühen psychoanaly-

tischen Krankengeschichte » (La « Katharina » de Freud — Arrière-plan, genèse et signification d'une histoire de malade datant des débuts de la psychanalyse), *Psyche*, 1985, 39, p. 220-240.

Albrecht Hirschmüller, *Josef Breuer*, Paris, PUF, 1991.

Peter Swales, « Freud, his teacher and the birth of psychoanalysis » (Freud, sa préceptrice et la naissance de la psychanalyse), in Paul Stepansky, *Freud, Appraisals and Reappraisals*, vol. 1, New Jersey, The Analytic Press, 1986.

## PRÉFACE À LA PREMIÈRE ÉDITION

Nous avons publié en 1893 dans une « Communication préliminaire »<sup>1</sup> nos expériences concernant une nouvelle méthode d'investigation et de traitement des phénomènes hystériques et nous y avons rattaché avec toute la concision possible les vues théoriques auxquelles nous étions parvenus. Cette « Communication préliminaire » est ici réimprimée en tant que thèse à illustrer et à démontrer. 77

À cela nous joignons maintenant toute une série d'observations de malades dans le choix desquelles nous n'avons hélas ! pas pu nous laisser déterminer par les seules considérations théoriques. Notre expérience provient de la pratique privée au sein d'une classe sociale qui a de la culture et qui lit, et son contenu touche à maints égards à la vie la plus intime et au destin de nos malades. Ce serait un grave abus de confiance que de publier de telles communications en risquant que les malades soient reconnus et que se répandent dans leur milieu des faits confiés uniquement au médecin. C'est pourquoi nous avons dû renoncer aux observations les plus instructives et les plus probantes. Il est normal que cela vaille avant tout pour ceux des cas où les rapports sexuels et conjugaux ont une signification étiologique. Il s'ensuit que nous n'avons pu que très imparfaitement produire la preuve de notre vision des choses : la sexualité en tant que source de traumatismes psychiques et en tant que motif de la « défense », du refoulement de représentations hors de la conscience, joue un rôle capital dans la pathogenèse de l'hystérie. Nous avons dû exclure de la publication précisément des observations fortement sexuelles.

Aux histoires de malades fait suite une série de considérations et dans un dernier chapitre d'ordre thérapeutique est exposée la technique de la « méthode cathartique », telle qu'elle s'est développée entre les mains du neurologue. 78

1. Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques, *Neurologisches Zentralblatt*, 1893, n° 1 et 2.

Si en plusieurs endroits sont soutenues des opinions diverses, voire contradictoires, qu'on veuille bien ne pas voir là un vacillement de la conception. Cela découle de la diversité des opinions, naturelle et justifiée, de deux observateurs qui s'accordent quant aux faits et aux vues fondamentales, mais dont l'interprétation et les conjectures ne coïncident pas toujours.

Avril 1895.

J. Breuer, S. Freud.

## PRÉFACE À LA DEUXIÈME ÉDITION

L'intérêt croissant que rencontre la psychanalyse semble maintenant se tourner aussi vers les « Études sur l'hystérie ». L'éditeur souhaite une réédition de ce livre épuisé. Le voici donc maintenant réimprimé à l'identique, bien que les vues et méthodes présentées dans la première édition aient connu depuis un ample et profond développement. En ce qui me concerne, je ne me suis plus occupé activement du sujet depuis ce temps-là, je n'ai aucune part à son développement significatif et ne saurais rien ajouter de nouveau à ce qui a été livré en 1895. Je ne pouvais donc souhaiter qu'une chose : que mes deux essais inclus dans le livre reparaissent réimprimés à l'identique dans la nouvelle édition de celui-ci.

Breuer.



## PRÉFACE À LA DEUXIÈME ÉDITION

La reproduction à l'identique du texte de la première édition 79  
était pour ma participation à ce livre elle aussi la seule possibilité. Le  
développement et les modifications qu'ont connus mes vues au cours  
des treize années de travail sont en effet d'une trop grande ampleur  
pour qu'on puisse réussir à les faire valoir dans le cadre de ma  
présentation de l'époque sans en détruire le caractère. Je n'ai d'ail-  
leurs aucun motif non plus qui pût m'amener à éliminer ce témoi-  
gnage de mes opinions initiales. Aujourd'hui encore je les considère  
non comme des erreurs, mais comme des premières approches,  
dignes d'estime, d'idées qui n'ont pu être plus complètement acqui-  
ses qu'au prix d'efforts plus longuement poursuivis. Un lecteur atten-  
tif pourra déjà déceler dans le présent livre les germes de tous les  
ajouts ultérieurs à la doctrine de la catharsis (tels que : le rôle des  
facteurs psychosexuels et de l'infantilisme, la significativité des rêves  
et de la symbolique de l'inconscient). Je ne saurais d'ailleurs donner 80  
de meilleur conseil à quiconque s'intéresse au développement  
menant de la catharsis à la psychanalyse que de commencer par les  
« Études sur l'hystérie », suivant ainsi la voie que j'ai moi-même  
parcourue.

Vienne, juillet 1908.

Freud.



I

DU MÉCANISME PSYCHIQUE  
DE PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES

*Communication préliminaire*  
par J. Breuer et S. Freud

I

Une observation fortuite nous a incités à rechercher depuis un certain nombre d'années dans les formes et les symptômes les plus divers de l'hystérie la circonstance occasionnante, l'épisode qui a provoqué le phénomène en question pour la première fois, souvent plusieurs années auparavant. Dans la grande majorité des cas, on ne réussit pas à mettre en lumière ce point de départ par le simple interrogatoire du malade — aussi approfondi soit-il —, en partie parce qu'il s'agit souvent d'expériences vécues dont il est désagréable aux malades de parler, mais principalement parce qu'ils ne s'en souviennent pas vraiment, ne soupçonnant souvent pas la corrélation causale entre l'épisode occasionnant et le phénomène pathologique. La plupart du temps, il est nécessaire d'hypnotiser les malades et de réveiller dans l'hypnose les souvenirs de l'époque où le symptôme est survenu pour la première fois ; on réussit alors à présenter cette corrélation de la manière la plus nette et la plus convaincante. 81

Cette méthode d'investigation nous a apporté dans un grand nombre de cas des résultats qui paraissent précieux d'un point de vue tant théorique que pratique. 82

D'un point de vue théorique, parce qu'ils nous ont prouvé que le facteur accidentel est — bien au-delà de la mesure connue et reconnue — déterminant pour la pathologie de l'hystérie. Il va de soi en effet que dans l'hystérie «traumatique» c'est l'accident qui a provoqué le syndrome, et quand, dans les accès hystériques, on peut

déduire des propos des malades que dans chaque accès ils hallucinent toujours le même épisode — celui qui a provoqué la première attaque —, la corrélation causale se trouve, là aussi, clairement mise au jour. Plus obscur est l'état des choses dans les autres phénomènes.

Or nos expériences nous ont montré que les symptômes les plus divers qui passent pour être des productions spontanées, pour ainsi dire idiopathiques, de l'hystérie sont dans une corrélation tout aussi serrée avec le trauma occasionnant que les phénomènes nommés ci-dessus, qui eux sont à cet égard transparents. Nous avons pu ramener à des facteurs occasionnants de ce genre des névralgies et des anesthésies qui sont de nature très diverse et durent souvent depuis des années, des contractures et des paralysies, des accès hystériques et des convulsions épileptoïdes que tous les observateurs avaient tenus pour une épilepsie véritable, le *petit mala* et des affections à caractère de tic, des vomissements continuels et de l'anorexie allant jusqu'au refus de nourriture, les troubles de la vision les plus divers, des hallucinations visuelles qui ne cessent de faire retour, etc. La disproportion entre le symptôme hystérique qui dure depuis des années et la circonstance occasionnante se produisant une seule fois est la même que celle que nous avons l'habitude de voir régulièrement dans l'hystérie traumatique ; très fréquemment, il s'agit d'événements du temps de l'enfance qui ont instauré pour toutes les années suivantes un phénomène morbide plus ou moins grave.

83 Souvent la corrélation est si claire que la manière dont l'incident occasionnant a justement produit ce phénomène et pas un autre est parfaitement évidente. Celui-ci est alors déterminé de façon totalement claire par la circonstance occasionnante. Ainsi, pour prendre l'exemple le plus banal, quand un affect douloureux apparaît au cours d'un repas, mais qu'il est réprimé et qu'il produit alors nausée et vomissements, lesquels persisteront comme vomissements hystériques pendant des mois. Une jeune fille veillant au chevet d'un malade, dans une angoisse tourmentante, tombe dans un état cré-

a. Toutes les expressions en italiques sont en français dans le texte. Petit mal: épilepsie mineure (par opposition au « grand mal »), caractérisée notamment par des absences.

b. Anna O. Cf *infra*, p. 39 sq.

pusculaire et a une hallucination effrayante alors que son bras droit, qui pend par-dessus le dossier du fauteuil, s'endort : une parésie de ce bras se développe à partir de là avec contracture et anesthésie. Elle veut prier mais ne trouve pas ses mots ; elle réussit enfin à dire une prière d'enfanta en anglais. Lorsque plus tard se développe une grave hystérie extrêmement compliquée, elle ne parle, n'écrit et ne comprend que l'anglais, alors que sa langue maternelle lui reste incompréhensible pendant un an et demi. — Un enfant gravement malade finit par s'endormir, sa mère mobilise toute sa force de volonté pour rester calme et ne pas le réveiller ; mais précisément à cause de cette résolution elle fait (« contre-volonté hystérique » c !) un clappement avec sa langue. Ce bruit se répète plus tard en une autre occasion où elle veut également rester absolument calme, et un tic se développe à partir de là, un clappement de langue — qui accompagne plusieurs années durant chaque émoi. Un homme très intelligent assiste à la scène au cours de laquelle on étire sous anesthésie l'articulation de la hanche ankylosée de son frère. À l'instant où l'articulation cède en craquant, il ressent dans sa propre articulation de la hanche une violente douleur qui dure presque un an, etc.

Dans d'autres cas, la corrélation n'est pas aussi simple ; il existe seulement entre la circonstance occasionnante et le phénomène pathologique une relation pour ainsi dire symbolique, comme celle que l'individu bien portant établit bel et bien aussi dans le rêve, quand par exemple une névralgie s'associe à une douleur de l'âme, ou des vomissements à l'affect de dégoût moral. Nous avons étudié des malades qui avaient coutume de faire le plus large usage d'une telle symbolisations. — Dans d'autres cas encore, une détermination de ce genre n'est pas immédiatement accessible à la compréhension ; à ces cas appartiennent les symptômes hystériques typiques, comme l'hémianesthésie et le rétrécissement du champ visuel, les convulsions épileptiformes, etc. Nous devons réserver l'exposé de nos vues sur ce groupe pour la discussion plus détaillée de notre objet.

84

a. *A7ndergebet*. Cf *infra*, p. 57, où Breuer parle de *Kindervers* (comptine).

b. Madame Emmy v. N. Cf *infra*, p. 65 sq.

c. Cf. « Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté" », *GW*, I, OCRP, I.

d. Cf *infra*, p. 198 (Madame Cécilie M...).

De telles observations nous semblent mettre en évidence l'analogie du point de vue de la pathogénie entre l'hystérie ordinaire et la névrose traumatique et justifier une extension du concept d' « hystérie traumatique ». Dans la névrose traumatique ce n'est pas, bien sûr, la blessure corporelle légère qui est la cause efficiente de la maladie, mais l'affect d'effroi, le trauma psychique. De manière analogue, nos recherches font apparaître, pour beaucoup de symptômes hystériques, si ce n'est pour la plupart, des facteurs occasionnants qu'il faut qualifier de traumas psychiques. Peut agir comme telle toute expérience vécue qui provoque les affects pénibles de l'effroi, de l'angoisse, de la honte, de la douleur psychique et, bien entendu, il dépendra de la sensibilité de la personne concernée (ainsi que d'une condition qu'il faudra mentionner plus tard) que l'expérience vécue prenne valeur de trauma. Il n'est pas rare de trouver dans l'hystérie ordinaire, à la place d'un unique grand trauma, plusieurs traumas partiels, des facteurs occasionnants groupés qui n'ont pu exercer un effet traumatique que dans leur sommation et qui sont corrélés entre eux dans la mesure où ils forment en partie les éléments d'une histoire de souffrance. Dans d'autres cas encore, ce sont des circonstances en soi apparemment indifférentes qui ont acquis, du fait de leur conjonction avec l'événement véritablement efficient ou avec un moment de stimulabilité particulière, la dignité de traumas qu'elles ne se seraient pas vu attribuer sans cela, mais qu'elles conservent désormais.

85

Mais la corrélation causale entre le trauma psychique occasionnant et le phénomène hystérique n'est pas, par exemple, d'une nature telle que le trauma en tant *qu'agent provocateur* déclencherait le symptôme, lequel ensuite, devenu autonome, continuerait à exister. Nous devons plutôt affirmer que le trauma psychique — ou plus précisément le souvenir qu'on en a agit à la manière d'un corps étranger, lequel doit avoir valeur, bien longtemps après son intrusion, d'un agent exerçant son action dans le présent, et nous en voyons la preuve dans un phénomène des plus remarquables qui confère en même temps à nos découvertes un intérêt pratique significatif.

Nous découvrîmes en effet, au début à notre plus grande surprise, que chacun des symptômes hystériques disparaissait aussitôt et sans retour quand on avait réussi à amener en

pleine lumière le souvenir de l'épisode occasionnant, et par là même à réveiller aussi l'affect l'accompagnant, et quand ensuite le malade dépeignait l'épisode de la manière la plus détaillée possible et mettait des mots sur l'affect. Une remémoration sans affect est presque toujours totalement sans effet ; le procès psychique qui s'était déroulé à l'origine doit être répété de façon aussi vivante que possible, amené au *status nascendia*, et ensuite « exprimé verbalement ». S'il s'agit de manifestations de stimulation, surviennent alors — encore une fois avec une pleine intensité : convulsions, névralgies, hallucinations, pour ensuite disparaître à jamais. Défauts fonctionnels, paralysies et anesthésies disparaissent de la même manière, naturellement sans qu'on puisse discerner chez eux une augmentation momentanées.

On est tenté de soupçonner qu'il s'agit là d'une suggestion non intentionnelle ; le malade attendrait d'être délivré de sa souffrance par ce procédé, et c'est cette attente, non l'expression verbale elle-même, qui serait le facteur agissant. Mais il n'en est pas ainsi : la première observation de ce genre, dans laquelle un cas d'hystérie des plus embrouillés fut analysé de cette façon et où les symptômes qui avaient été causés séparément furent aussi levés séparément, date de 1881, donc d'une époque « présuggestive » ; elle fut rendue possible par des autohypnoses spontanées de la malade et provoqua chez l'observateur la plus grande surprise. 86

En inversant la proposition : *cessante causa cessat effectus*, nous sommes bien autorisés à conclure de ces observations que l'épisode occasionnant continue à agir d'une quelconque manière des années

1. [Joseph] Delboëuf et [Alfred] Binet ont clairement reconnu la possibilité d'une telle thérapie, comme le montrent les citations suivantes : Delboëuf, *Le magnétisme animal*, Paris, [Alcan,] 1889 : « On s'expliquerait dès lors comment le magnétiseur aide à la guérison. Il remet le sujet dans l'état où le mal s'est manifesté et combat par la parole le même mal, mais renaissant. » — Binet, *Les altérations de la personnalité*, [Paris, Baillière,] 1892, p. 243 : «... peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade, par un artifice mental, au moment même où le symptôme a apparu la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative. » — Dans l'intéressant livre de P. [Pierre] Janet : *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889, on trouve la description d'une guérison qui fut obtenue chez une jeune fille hystérique en appliquant un procédé analogue au nôtre.

- a. à l'état naissant.
- b. Anna O. Cf. *infra*, p. 58 sq.
- c. la cause cessant, l'effet cesse.

après, non pas indirectement par la médiation d'une chaîne de maillons intermédiaires causaux, mais immédiatement en tant que cause déclenchante, tout comme par exemple une douleur psychique remémorée dans la conscience vigile provoque encore à une époque ultérieure la sécrétion de larmes : l'hystérique souffre pour la plus grande part de réminiscences<sup>1</sup>.

## II

Il semble tout d'abord étonnant que des expériences vécues, depuis longtemps passées, puissent avoir un effet aussi intense ; que les souvenirs de celles-ci ne puissent pas être soumis à cette usure à laquelle, nous le voyons, succombent pourtant tous nos souvenirs. Peut-être arriverons-nous à mieux comprendre ces faits grâce aux considérations suivantes.

87 Le pâlissement ou la perte en affect d'un souvenir dépend de plusieurs facteurs. Ce qui importe avant tout pour cela, c'est si l'on a réagi énergiquement ou non à l'événement générateur d'affect. Par réaction, nous comprenons ici toute la série des réflexes volontaires et involontaires par lesquels, comme le montre l'expérience, les affects se déchargent : depuis les pleurs jusqu'à l'acte de vengeance. Si cette réaction se produit avec une ampleur suffisante, une grande partie de l'affect disparaît par là même ; notre langue témoigne de ce fait d'observation quotidienne par les expressions «*sich austoben, ausweinen* »<sup>a</sup>, etc. Si la réaction est réprimée, l'affect reste lié au souvenir. Une offense qui a fait l'objet d'une

1. Nous ne pouvons pas, dans le texte de cette communication, séparer ce qu'il y a de nouveau dans son contenu et ce qui se trouve chez d'autres auteurs, comme [Paul Julius] Miiibus et [Adolf von] Strümpell, qui ont soutenu des vues similaires à propos de l'hystérie. Ce qui se rapproche le plus de nos développements théoriques et thérapeutiques, nous l'avons trouvé dans quelques remarques que [Moriz] Benedikt a publiées à l'occasion et dont nous nous occuperons ailleurs<sup>1</sup>.

a. *sich austoben* (donner libre cours à sa fureur), *sich ausweinen* (pleurer toutes les larmes de son corps).

b. Cf. *infra*, p. 233, n. 1.

rétorsion, même si ce n'est que par des mots, est remémorée autrement qu'une offense dont il a fallu s'accommoder. La langue reconnaît d'ailleurs cette différence dans les conséquences psychiques et corporelles et qualifie justement, de manière tout à fait caractéristique, la souffrance endurée en silence de « vexation »<sup>a</sup>. — La réaction au trauma de celui qui a subi un préjudice n'a véritablement un effet pleinement « cathartique » que si elle est adéquate, comme la vengeance. Mais l'homme trouve dans la langue un succédané de l'action, à l'aide duquel l'affect peut être « abrégé » pour ainsi dire de la même manière. Dans d'autres cas, c'est justement la parole elle-même qui est le réflexe adéquat, en tant que plainte et en tant qu'expression verbale d'un secret tourmentant (la confession !). Si une telle réaction ne s'effectue pas par une action, par des mots, dans les cas les plus légers par des pleurs, le souvenir de l'incident conserve d'emblée sa tonalité affective.

L'« abréaction » n'est cependant pas le seul mode de liquidation qui soit à la disposition du mécanisme psychique normal de l'individu bien portant quand il a subi un trauma psychique. Le souvenir qu'il en a, même s'il n'a pas été abrégé, entre dans le grand complexe associatif, il prend place alors à côté d'autres expériences vécues qui sont peut-être en contradiction avec lui, et se voit corrigé par d'autres représentations. Après un accident, par ex., s'associent au souvenir du danger et à la répétition (atténuée) de l'effroi le souvenir de ce qui s'est déroulé ensuite, celui du sauvetage, la conscience de la sécurité présente. Le souvenir d'une vexation est corrigé par une rectification des faits, par des considérations sur sa propre dignité, etc., et l'individu normal réussit ainsi à faire disparaître, par les productions associatives, l'affect qui l'accompagnait.

A cela s'ajoute ensuite cet effacement général des impressions, ce pâlissement des souvenirs, que nous nommons « oublier », et qui use avant tout les représentations qui ne sont plus affectivement actives.

Or il ressort de nos observations que ces souvenirs qui sont devenus des circonstances occasionnantes des phénomènes hystériques se sont conservés dans un merveilleux état de fraîcheur et avec leur

a. *Krankung* : vexation assimilée à une atteinte par la maladie.

pleine tonalité affective. Mais il nous faut mentionner un autre fait frappant et appelé à nous servir ultérieurement, à savoir que les malades ne disposent peut-être pas de ces souvenirs comme ils le font d'autres souvenirs de leur vie. Au contraire, ces expériences vécues font totalement défaut à la mémoire des malades dans leur état psychique habituel ou n'y sont présentes que d'une manière des plus sommaires. C'est seulement quand on interroge les malades dans l'hypnose que ces souvenirs s'installent avec la vivacité inaltérée d'événements récents.

Une de nos malades reproduisit ainsi dans l'hypnose avec une vivacité hallucinatoire, pendant six mois, tout ce qui l'avait excitée au cours des mêmes journées de l'année précédente (durant une hystérie aiguë) ; un journal tenu par la mère, et qu'elle ne connaissait pas, témoignait de l'exactitude irréprochable de la reproductions. Une autre malade revivait, en partie dans l'hypnose, en partie dans des accès spontanés, avec une netteté hallucinatoire, tous les événements d'une psychose hystérique qu'elle avait traversés dix ans auparavant et concernant lesquels elle avait été pour la plus grande part amnésique jusqu'au moment de leur réémergence.

89 Même certains souvenirs étiologiquement importants existant depuis quinze à vingt-cinq ans s'avèrent chez elle d'une intégrité et d'une force sensorielle étonnantes et agissent lors de leur retour avec la pleine force d'affect de nouvelles expériences vécues<sup>b</sup>.

Nous pouvons seulement en chercher la raison dans le fait que ces souvenirs occupent une position d'exception parmi toutes les relations à l'usure mentionnées ci-dessus. Il apparaît en effet que ces souvenirs correspondent à des traumatismes qui n'ont pas été suffisamment « abrégés », et si on aborde de plus près les raisons qui ont empêché cela, nous pouvons dégager au moins deux séries de conditions faisant que la réaction au trauma n'a pas eu lieu.

Nous comptons parmi le premier groupe ces cas où les malades n'ont pas réagi à des traumatismes psychiques parce que la nature du trauma excluait toute réaction, comme lors de la perte paraissant

a. Cf. *infra*, p. 52.

b. Cf. *infra*, p. 200 sq.

irremplaçable d'une personne aimée, ou parce que les conditions sociales rendaient impossible toute réaction, ou parce qu'il s'agissait de choses que le malade voulait oublier et que pour cette raison il refoulait, inhibait et réprimait intentionnellement hors de sa pensée consciente. Ce sont précisément des choses pénibles de ce genre que l'on trouve ensuite dans l'hypnose comme étant le fondement de phénomènes hystériques (délires hystériques des saints et des religieux, des femmes continentes, des enfants bien élevés).

La seconde série de conditions est déterminée non par le contenu des souvenirs, mais par les états psychiques avec lesquels ont coïncidé chez le malade les expériences vécues correspondantes. Comme circonstance occasionnant les symptômes hystériques on trouve aussi en effet dans l'hypnose des représentations qui, non significatives en soi, doivent leur maintien au fait qu'elles sont apparues au cours d'affects graves et paralysants, comme par ex. l'effroi, ou directement dans des états psychiques anormaux, comme l'état crépusculaire semi-hypnotique du rêve éveillé, dans des autohypnoses, etc. Ici c'est la nature de ces états qui a rendu impossible une réaction à l'événement.

90

Naturellement, les deux sortes de conditions peuvent aussi coïncider, et de fait elles coïncident souvent. Tel est le cas quand un trauma en soi efficient survient dans un état d'affect grave et paralysant ou dans un état de conscience modifiée ; mais il semble aussi que les choses se passent de telle manière que chez de nombreuses personnes le trauma psychique provoque l'un de ces états anormaux qui ensuite rend pour sa part la réaction impossible.

Or ce qui est commun aux deux groupes de conditions, c'est que les traumatismes psychiques qui n'ont pas été liquidés par réaction doivent aussi se passer de la liquidation par élaboration associative. Dans le premier groupe, c'est la résolution du malade qui veut oublier les expériences vécues pénibles et les exclut ainsi le plus possible de l'association, dans le second groupe cette élaboration associative ne réussit pas parce qu'entre l'état de conscience normal et les états de conscience pathologiques dans lesquels sont apparues ces représentations il n'existe pas une large connexion associative. Nous allons avoir tout de suite l'occasion d'aborder plus avant ces faits.

On peut donc dire que les représentations devenues pathogènes conservent leur fraîcheur et leur force d'affect parce que leur est refusée l'usure normale par l'abréaction et par la reproduction dans des états d'association non inhibée.

### III

Lorsque nous avons communiqué quelles sont les conditions qui, d'après nos propres expériences, sont déterminantes pour qu'à partir de traumatismes psychiques se développent des phénomènes hystériques, il nous a déjà fallu parler des états anormaux de la conscience dans lesquels apparaissent de telles représentations pathogènes, et il nous a fallu souligner le fait que le souvenir du trauma psychique efficient ne peut pas être trouvé dans la mémoire normale du malade, mais dans la mémoire de l'hypnotisé. Or plus nous nous sommes occupés de ces phénomènes, plus s'est affermie notre conviction que ce clivage de la conscience, qui est si frappant en tant que *double conscience* dans les cas classiques bien connus, existe dans toute hystérie de façon rudimentaire, le penchant à cette dissociation et par là à la survenue d'états de conscience anormaux que nous entendons regrouper sous le terme d' « hypnoïdes », étant le phénomène fondamental de cette névrose. Dans cette façon de voir, nous rejoignons Bineta et les deux Janetb, bien que, s'agissant de leurs découvertes des plus remarquables chez les anesthésiques, l'expérience nous manque.

Nous aimerions donc juxtaposer à la proposition souvent formulée : « l'hypnose est une hystérie artificielle », une autre proposition : ce qui fonde et conditionne l'hystérie, c'est l'existence d'états hypnoïdes. Ces états hypnoïdes, malgré toute leur diversité, concordent entre eux et avec l'hypnose sur un seul point : les représenta-

a. Alfred Binet (1857-1911).

b. Pierre Janet (1859-1947) et Jules Janet, son frère.

tions qui émergent dans ces états sont très intenses, mais sont coupées de la circulation associative avec le reste du contenu de conscience. Ces états hypnoïdes peuvent s'associer entre eux, et leur contenu représentatif peut atteindre de cette façon divers degrés élevés de l'organisation psychique. Au demeurant, la nature de ces états et leur degré d'isolement par rapport au reste des processus de conscience devrait varier de manière semblable, comme nous le voyons dans l'hypnose, qui s'étend de la légère somnolence au somnambulisme, de la pleine remémoration à l'amnésie absolue.

Si des états hypnoïdes de ce genre existent déjà avant l'entrée en maladie manifeste, ils fournissent le terrain sur lequel l'affect implante le souvenir pathogène avec les manifestations somatiques qui lui font suite. Ce comportement correspond à l'hystérie dépendant d'une disposition. Mais il ressort de nos observations qu'un grave trauma (comme celui de la névrose traumatique), une répression laborieuse (par exemple de l'affect sexuel), peut mettre en œuvre, même chez la personne par ailleurs libre [de toute disposition], une séparation par clivage de groupes de représentation, et tel serait le mécanisme de l'hystérie psychiquement acquise. Entre les extrêmes de ces deux formes, il faut situer une série au sein de laquelle varient en sens opposé chez l'individu la facilité de la dissociation et la grandeur d'affect liée au trauma.

Nous n'avons rien de nouveau à dire sur ce qui fonde les états hypnoïdes disposants. Ils se développent souvent, penserions-nous, à partir des « rêves diurnes » si fréquents chez les bien portants aussi, auxquels par ex. les ouvrages de dames fournissent tellement d'occasions. La question de savoir pourquoi les « associations pathologiques » qui se forment dans des états de ce genre sont si solides et pourquoi elles influencent les processus somatiques bien plus fortement que nous n'y sommes habitués de la part des représentations, cette question coïncide avec le problème de l'efficience des suggestions hypnotiques en général. Nos propres expériences n'apportent rien de nouveau à ce sujet ; elles éclairent en revanche la contradiction existant entre cette proposition : « l'hystérie est une psychose » et le fait qu'on peut trouver parmi les hystériques les personnes ayant l'esprit le plus lucide, la volonté la plus ferme, le caractère le plus décidé et le sens critique le plus développé. Dans de tels cas,

cette caractérisation s'applique à la pensée vigile de l'individu ; dans ses états hypnoïdes elle est aliénée, comme nous le sommes tous dans le rêve. Mais alors que nos psychoses de rêve n'influencent pas notre état vigile, les productions des états hypnoïdes font irruption dans la vie de veille sous la forme de phénomènes hystériques.

#### Iv

93 Les mêmes affirmations que nous avons avancées à propos des symptômes hystériques durables, nous pouvons aussi presque les répéter à propos des accès hystériques. Nous possédons, on le sait, une description schématique, donnée par C h a r c o t b, du « grand » accès hystérique, selon laquelle un accès complet permet de reconnaître quatre phases : 1) la phase épileptoïde, 2) celle des grands mouvements, 3) celle des *attitudes passionnelles* (la phase hallucinatoire), 4) celle du délire terminal. Charcot fait procéder du raccourcissement et de l'allongement, de l'absence et de l'isolation de chacune des phases, toutes ces formes de l'accès hystérique que l'on observe en fait bien plus souvent que la *grande attaque* complète`.

Notre tentative d'explication se rattache à la troisième phase, celle des *attitudes passionnelles*. Quand cette phase est marquée, il ne se trouve en elle que la simple reproduction hallucinatoire d'un souvenir qui est significatif pour l'éruption de l'hystérie, le souvenir de cet unique grand trauma propre à ce qu'on nomme l'hystérie traumatique *αυξήσασα*<sup>1</sup>, ou le souvenir d'une série de traumatismes partiels relevant d'un même ensemble, comme ceux qui sont à la base de l'hystérie commune. Ou bien, enfin, l'accès restitue ces événements qui, de par leur conjonction avec un moment de disposition particulière, ont été élevés au rang de traumatismes.

a. Cf. *infra*, Notice « III », p. 359-360.

b. Jean-Martin Charcot (1824-1893).

c. Cf. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, Paris, Bureaux du Progrès Médical, 1897, p. 261.

d. par excellence.

Mais il y a aussi des accès qui ne se composent apparemment que de phénomènes moteurs, auxquels manque une *phase passionnelle*. Si l'on réussit, lors d'un tel accès de tressaillements généralisés, de rigidité cataleptique ou lors d'une *attaque de sommeil*, à se mettre en rapport avec le malade pendant l'accès, ou mieux encore, si l'on réussit à provoquer l'accès dans l'hypnose, on trouve que là aussi le souvenir du trauma psychique ou d'une série de traumas est à la base de celui-ci, souvenir qui d'ordinaire devient frappant dans une phase hallucinatoire. Une petite fille souffre depuis des années d'accès de convulsions généralisées que l'on pourrait tenir, et que l'on a d'ailleurs tenus, pour épileptiques. Elle est hypnotisée aux fins d'un diagnostic différentiel et est aussitôt sujette à son accès. Mais à la question : Que vois-tu donc maintenant ?, elle répond : Le chien, voilà le chien qui arrive, et il s'avère effectivement que le premier accès de cette sorte était survenu après qu'elle eut été poursuivie par un chien sauvage. Le succès de la thérapie complétera ensuite le diagnostic posé.

94

Un employé, devenu hystérique après avoir été mal traité par son chef, souffre d'accès dans lesquels il s'effondre, se déchaîne et se met en rage, sans prononcer une parole ni révéler la moindre hallucination. L'accès peut être provoqué dans l'hypnose, et le malade indique alors qu'il revit la scène où son patron l'insulte dans la rue et le frappe avec une canne. Peu de jours après, il revient en se plaignant d'avoir eu de nouveau le même accès et cette fois il s'avère, dans l'hypnose, qu'il a revécu la scène à laquelle se rattachait véritablement l'éruption de la maladie ; la scène au tribunal où il ne parvint pas à obtenir satisfaction pour le mauvais traitement subi, etc.

Les souvenirs qui surgissent dans les accès hystériques, ou qui peuvent être réveillés dans ces accès, correspondent aussi sur tous les autres points aux occasions qui se sont avérées être à nos yeux les raisons des symptômes hystériques durables. Comme eux, ils concernent des traumas psychiques qui se sont soustraits à la liquidation par l'abréaction ou par le travail de pensée associatif ; comme eux, ils échappent, en totalité ou pour ce qui est de leurs constituants essentiels, à la faculté de remémoration de la conscience normale et se révèlent appartenir au contenu représentatif d'états de conscience hypnoïdes, avec une capacité d'association restreinte. Enfin, ils se prêtent aussi à l'épreuve par la thérapie. Nos observations nous ont

- 95 souvent enseigné qu'un tel souvenir, qui jusque-là avait provoqué des accès, en devient incapable lorsque dans l'hypnose on l'amène à la réaction et à la correction associative.

Les phénomènes moteurs de l'accès hystérique peuvent s'interpréter pour partie en tant que formes réactionnelles générales de l'affect accompagnant le souvenir (comme ce que fait déjà le nourrisson gigotant de tous ses membres), pour partie en tant que mouvements d'expression directs de ce souvenir, se soustrayant pour une autre partie à cette explication, tout comme les stigmates hystériques dans les symptômes durables.

On arrive encore à une estimation spécifique de l'accès hystérique en tenant compte de la théorie indiquée plus haut, selon laquelle il existe dans l'hystérie des groupes de représentations apparus dans des états hypnoïdes, groupes qui sont exclus de la circulation associative avec les autres groupes, mais capables de s'associer entre eux, constituant un rudiment plus ou moins hautement organisé d'une conscience seconde, d'une *condition seconde*. Un symptôme hystérique durable correspond alors à une intrusion de cet état second dans l'innervation corporelle habituellement dominée par la conscience normale, mais un accès hystérique témoigne d'une organisation plus élevée de cet état second et signifie, s'il est apparu récemment, un moment où cette conscience hypnoïde s'est emparée de toute l'existence du malade, témoignant donc d'une hystérie aiguë ; mais si c'est un accès qui fait retour, comportant un souvenir, il témoigne d'un retour d'un tel moment. Charcot a déjà formulé l'idée que l'accès hystérique pourrait être le rudiment d'une *condition seconde*. Pendant l'accès, la domination sur l'ensemble de l'innervation corporelle est passée à la conscience hypnoïde. La conscience normale, comme le montrent des expériences bien connues, n'est pas toujours totalement refoulée alors ; elle peut même percevoir les phénomènes moteurs de l'accès, tandis que les processus psychiques de celui-ci échappent à sa connaissance.

- 96 Le dérèglement typique d'une grave hystérie est, on le sait, le suivant : tout d'abord un contenu représentatif se forme dans des états hypnoïdes, puis, lorsqu'il a suffisamment augmenté, s'empare

pendant une période d' « hystérie aiguë » de l'innervation corporelle et de l'existence du malade, crée des symptômes durables et des accès, et ensuite — à part quelques restes —, guérit totalement. Si la personne normale peut recouvrer sa domination, ce qui a survécu de ce contenu de représentation hypnoïde fait retour dans des accès hystériques et remet momentanément la personne dans des états semblables qui sont eux-mêmes de nouveau influençables et réceptifs aux traumatismes. Il s'établit ensuite fréquemment une sorte d'équilibre entre les groupes psychiques qui sont réunis dans la même personne ; accès et vie normale marchent côte à côte sans s'influencer mutuellement. L'accès arrive alors spontanément, tout comme chez nous arrivent habituellement les souvenirs, mais il peut aussi être provoqué, comme tout souvenir sera réveillé d'après les lois de l'association. La provocation de l'accès se produit soit du fait de la stimulation d'une zone hystérogène, soit du fait d'une nouvelle expérience vécue qui est en résonance par ressemblance avec l'expérience vécue pathogène. Nous espérons pouvoir montrer qu'entre les deux conditions apparemment si distinctes il n'existe pas de différence essentielle, que dans les deux cas on touche à un souvenir hyperesthésique. Dans d'autres cas cet équilibre est très instable, l'accès semble être une manifestation du reste de conscience hypnoïde, chaque fois que la personne normale est épuisée et devient incapable d'agir. Il ne faut pas écarter non plus la possibilité que dans de tels cas aussi l'accès se dépouille de sa signification originelle, faisant retour en tant que réaction motrice sans contenu.

Reste la tâche d'examiner par la suite quelles conditions déterminent si une individualité hystérique se manifeste dans des accès, dans des symptômes durables ou dans un mélange des deux.

## V

Nous comprenons maintenant comment il se fait que la méthode 97 de psychothérapie présentée ici par nous a un effet curatif. Elle

a. Terme couramment utilisé par Charcot. Cf. *infra*, p. 156 [sq.](#) et 168 sq.

supprime l'efficience de la représentation non abrégée à l'origine en permettant à l'affect coincé de celle-ci de s'écouler par la parole, et elle amène cette représentation à la correction associative en la tirant dans la conscience normale (dans une hypnose plus ou moins légère) ou en la supprimant par suggestion médicale, comme cela se passe dans le somnambulisme avec amnésie.

Nous considérons que le gain thérapeutique est significatif quand on applique ce procédé. Naturellement, nous ne guérissons pas l'hystérie dans la mesure où elle est une disposition, nous ne pouvons en effet rien faire contre le retour d'états hypnoïdes. Même au stade de production d'une hystérie aiguë, notre procédé ne peut empêcher que les phénomènes éliminés avec peine soient aussitôt remplacés par de nouveaux. Mais si ce stade aigu a terminé son cours et que ses restes subsistent sous forme de symptômes hystériques durables et d'accès hystériques, notre méthode les élimine fréquemment et pour toujours parce qu'elle est radicale, et elle nous semble dépasser de très loin l'efficience de la suppression directe par suggestion, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui par les psychothérapeutes.

Si nous avons fait un pas de plus dans la mise à découvert du mécanisme psychique des phénomènes hystériques sur la voie que Charcot a ouverte avec tant de succès en expliquant et en imitant expérimentalement des paralysies hystéro-traumatiques, nous ne nous dissimulons pourtant pas que notre connaissance ne s'est ainsi  
98  
approchée que du mécanisme des symptômes hystériques, et non pas des causes internes de l'hystérie. Nous n'avons fait qu'effleurer l'étiologie de l'hystérie et à vrai dire n'avons pu éclairer que les causes des formes acquises, la significativité du facteur accidentel pour la névrose.

Vienne, décembre 1892.

## II

### HISTOIRES DE MALADES

#### I

OBSERVATION I. Mlle ANNA O...

(J. Breuer)

Mlle Anna O., âgée de vingt et un ans au moment de son entrée 221 en maladie (1880), semble avoir une hérédité névropathique modérément chargée en raison de quelques psychoses survenues dans sa grande famille ; ses parents sont bien portants du point de vue nerveux. Elle-même auparavant toujours bien portante, sans aucun nervosisme pendant la période de développement ; d'une intelligence significative, d'une ingéniosité étonnamment perspicace et d'une intuition clairvoyante ; un intellect vigoureux, qui aurait même pu digérer de solides nourritures spirituelles dont il avait besoin, mais qu'il ne reçut pas au sortir de l'école. De riches dons pour la poésie et la fantaisie, contrôlés par un entendement très aiguisé et critique. Ce dernier don la rendait d'ailleurs totalement non suggestible ; seuls des arguments — et jamais des affirmations — avaient une influence sur elle. Sa volonté était énergique, opiniâtre et persévérante ; parfois accrue jusqu'à l'entêtement, qui ne renonçait à son but que par bonté, par égard pour autrui.

Une bonté compatissante faisait partie des traits les plus essentiels de son caractère ; le fait de soigner quelques personnes pauvres et malades et de s'en occuper lui rendait à elle-même, dans sa maladie, d'excellents services, car elle pouvait par là satisfaire une forte pulsion. — Ses humeurs avaient toujours une légère tendance à la démesure — gaieté comme tristesse ; d'où aussi une certaine propension aux caprices. L'élément sexuel était étonnamment non développéb ;

a. *neraosum* : phénomène nerveux.

b. Phrase citée (approximativement) par Freud dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (OCF.P, VI, p. 98, n. 1) et dans « Autoprésentation » (OCF.P, XVII, p. 70).

la malade, dont la vie devint transparente pour moi comme rarement celle d'un être humain pour un autre, n'avait jamais connu d'amour, et dans toute la masse des hallucinations de sa maladie jamais cet élément de la vie d'âme n'émergea.

Cette jeune fille d'une vitalité spirituelle débordante menait dans une famille à la mentalité puritaine une vie des plus monotones, qu'elle s'embellissait d'une façon vraisemblablement déterminante pour sa maladie. Elle s'adonnait systématiquement aux rêves éveillés, qu'elle nommait son « théâtre privé ». Alors que tous la croyaient présente, elle vivait des contes en esprit mais, quand on l'interpellait, elle était toujours bien là, si bien que personne n'en savait rien. Parallèlement aux occupations du ménage qu'elle accomplissait à la perfection, cette activité de l'esprit se déroulait presque continuellement. J'aurai par la suite à relater comment cette rêverie, habituelle chez les bien portants, vira sans transition à la maladie.

Le cours de la maladie se divise en plusieurs phases bien séparées ; ce sont :

A) L'incubation latente. De la mi juillet 1880 au 10 décembre environ. Pendant cette phase, qui dans la plupart des cas se dérobe à notre connaissance, la spécificité de ce cas offrait des aperçus si complets que, pour cette raison déjà, je ne sous-estime pas son intérêt pathologique. J'exposerai plus tard cette partie de l'histoire.

B) L'affection manifeste ; une psychose particulière, paraphasie, strabismus convergens, graves troubles de la vision, paralysies à type de contracture, complètes dans l'extrémité supérieure droite, dans les deux extrémités inférieures, incomplètes dans l'extrémité supérieure gauche, parésie de la musculature de la nuque. Réduction progressive de la contracture aux extrémités du côté droit. Une certaine amélioration, interrompue par un grave trauma psychique (mort du père), en avril, que suit

C) une période de somnambulisme durable, alternant ensuite avec des états plus normaux ; persistance d'une série de symptômes durables jusqu'en décembre 1881.

D) Cessation progressive des états et phénomènes jusqu'en juin 1882.

En juillet 1880 le père de la patiente, qu'elle aimait passionnément, tomba malade d'un abcès péripleurétique qui ne guérit pas et auquel il succomba en avril 1881. Pendant les premiers mois de cette affection, Anna se consacra avec toute l'énergie de son être à soigner le malade et personne ne s'étonna beaucoup de la voir alors peu à peu fortement décliner. Personne, y compris peut-être la malade elle-même, ne savait ce qui se passait en elle ; mais peu à peu son état de faiblesse, d'anémie, de dégoût de la nourriture devint si grave qu'elle fut, à son immense douleur, éloignée des soins donnés au malade. Une toux d'une très grande intensité m'offrit l'occasion immédiate de l'examiner pour la première fois. Il s'agissait d'une tussis nervosa typique. Bientôt un besoin frappant de se reposer l'après-midi devint évident, auquel faisaient suite le soir un état de somnolence, puis un grand émoi.

223

Début décembre apparut un strabismus convergens. Un ophtalmologiste expliqua (faussement) celui-ci par une parésie d'un abduzensa. Le 11 décembre la patiente dut prendre le lit et y resta jusqu'au <sup>1<sup>er</sup></sup> avril.

En une succession rapide se déroula toute une série de troubles graves, apparemment tout à fait nouveaux.

Douleur de l'occiput du côté gauche ; strabismus convergens (diplopie) accru de façon significative par l'état d'émoi ; plainte au sujet d'un écroulement du mur (affection de l'obliquusb). Troubles de la vision difficilement analysables ; parésie des muscles antérieurs du cou, de sorte que finalement la tête ne se mouvait que parce que la patiente la comprimait vers l'arrière entre les épaules soulevées et se mouvait avec tout le dos. Contracture et anesthésie de l'extrémité supérieure droite, quelque temps après de l'extrémité inférieure droite ; celle-ci étant également totalement en extension, en adduction et en rotation interne ; plus tard cette même affection survient à l'extrémité inférieure gauche et finalement au bras gauche, mais les doigts restent ici dans une certaine mesure mobiles. De même les articulations des deux épaules n'étaient pas totalement rigides. Le maximum de contracture concerne les muscles du bras, de même

a. nerf moteur oculaire externe.  
b. muscle oblique de l'oeil.

que plus tard, lorsque l'anesthésie put être examinée avec plus de précision, la région du coude s'avéra être insensible au plus haut point. Au début de la maladie l'examen de l'anesthésie resta insuffisant, à cause de la résistance de la patiente, issue de ses sentiments d'angoisse.

C'est dans cet état que je pris la malade en traitement, et je pus me convaincre aussitôt de la grave altération psychique qui se présentait là. Il existait deux états de conscience tout à fait distincts, qui alternaient très souvent et sans transition, et qui se démarquèrent avec toujours plus d'acuité au cours de la maladie. Dans l'un de ces états elle reconnaissait son entourage, était triste et anxieuse, mais relativement normale ; dans d'autres elle hallucinait, avait de « mauvaises manières », c.-à-d. qu'elle invectivait les gens, leur jetait des oreillers à la tête, seulement dans la mesure où la contracture lui permettait de telles choses, arrachait de ses doigts mobiles les boutons des couvertures, du linge, etc. Si quelque chose avait été changé dans sa chambre pendant cette phase, que quelqu'un soit venu ou soit sorti, elle se plaignait alors qu'il lui manquait du temps, et 224 remarquait la lacune dans le cours de ses représentations conscientes. Comme, autant que possible, on la contredisait sur ce point, qu'on tentait de la tranquilliser lorsqu'elle se plaignait de devenir folle, il s'ensuivait encore, chaque fois qu'elle envoyait promener des coussins, etc., des plaintes concernant ce qu'on lui faisait, le désordre dans lequel on la laissait, etc.

Ces absences avaient déjà été observées lorsqu'elle n'était pas encore alitée ; elle restait alors en panne au milieu de son discours, répétait les derniers mots, pour poursuivre peu de temps après. Peu à peu cela finit par prendre les dimensions décrites, et à l'acmé de la maladie, lorsque la contracture eut aussi atteint le côté gauche, elle n'était, le jour, à demi normale que pendant de très brèves périodes. Mais les troubles empiétaient aussi sur les moments de conscience relativement lucide ; changement d'humeur des plus rapides d'un extrême à l'autre, enjouement tout à fait passager, sinon graves sentiments d'angoisse, opposition opiniâtre contre toutes les mesures thérapeutiques, hallucinations anxieuses de serpents noirs — forme sous laquelle lui apparaissent ses cheveux, ses lacets, etc. En même temps elle s'exhortait toujours à ne pas être aussi stupide — n'était-ce

pas en effet ses cheveux, etc. ? Dans des moments de totale lucidité elle se plaignait de profondes ténèbres dans sa tête, disant qu'elle ne pouvait penser, devenait aveugle et sourde, qu'elle avait deux « moi », son moi réel et un moi mauvais qui la contraignait à la méchanceté, etc.

L'après-midi elle était plongée dans une somnolence qui durait jusqu'à environ une heure après le coucher du soleil, et ensuite, réveillée, elle se plaignait, disant que quelque chose la tourmentait, ou bien plutôt elle répétait sans cesse l'infinitif : tourmenter, tourmenter.

Car, en même temps que la formation des contractures, était intervenue une profonde désorganisation fonctionnelle du langage. On observa d'abord que des mots lui manquaient, cela s'accrut peu à peu. Puis son discours perdit toute grammaire, toute syntaxe, l'ensemble de la conjugaison du verbe, finalement elle n'utilisa que des infinitifs formés par erreur, la plupart du temps à partir d'un participe passé faibles, et aucun article. Dans un développement ultérieur, les mots aussi lui manquèrent presque complètement, elle les rassemblait péniblement à partir de quatre ou cinq langues, et elle était alors à peine plus compréhensible. Lors de tentatives pour écrire, elle écrivait le même jargon (au début, jusqu'à ce que la contracture l'en empêchât totalement). Deux semaines durant il y eut un mutisme total, aucun son n'étant émis lors de tentatives concentrées et incessantes pour parler. C'est ici que devint clair pour la première fois le mécanisme psychique du trouble. Comme je le savais, elle s'était beaucoup vexée de quelque chose et avait décidé de n'en rien dire. Lorsque je devinai cela et la contraignis à en parler, disparut l'inhibition qui avait auparavant rendu impossible aussi tout autre propos.

Cela coïncida chronologiquement avec le retour de la mobilité 225 des extrémités du côté gauche, en mars 1881 ; la paraphasie céda, mais maintenant elle ne parlait qu'anglais, apparemment pourtant sans le savoir ; se querellait avec la garde-malade qui, naturellement, ne la comprenait pas ; ce n'est que plusieurs mois plus tard que je réussis à la persuader qu'elle parlait anglais. Cependant elle-même

a. Participe passé d'un verbe faible, plus facile à former que celui d'un verbe fort.

comprenait encore son entourage qui parlait allemand. C'est seulement dans des moments de grande angoisse que le langage faisait complètement défaut ou qu'elle mélangeait les idiomes les plus divers. A ses heures de mieux-être et de plus grande liberté, elle parlait français ou italien. Entre ces périodes et celles pendant lesquelles elle parlait anglais il existait une amnésie totale. Et puis le strabisme diminua aussi et n'apparut plus finalement que lors d'un vif émoi, la tête se redressa. Le <sup>1<sup>er</sup></sup> avril elle quitta le lit pour la première fois.

C'est alors que mourut, le 5 avril, le père qu'elle défiait, qu'elle n'avait vu pendant sa maladie que très rarement et pour un court laps de temps. Ce fut là le trauma psychique le plus grave qui pût l'atteindre. A un violent émoi succéda une profonde stupeur de deux jours environ, dont elle se releva dans un état très modifié. D'abord elle fut beaucoup plus calme et le sentiment d'angoisse était pour l'essentiel diminué. La contracture du bras et de la jambe du côté droit persistait, tout comme l'anesthésie, non profonde, de ces membres. Il existait un rétrécissement très marqué du champ visuel. D'un bouquet de fleurs qui la remplissait de joie, elle ne voyait toujours qu'une fleur à la fois. Elle se plaignait de ne pas reconnaître les gens. Autrefois elle reconnaissait les visages, sans devoir exercer pour cela un travail volontaire ; maintenant il lui fallait se dire, dans ce laboratoire « recognising work »<sup>a</sup>, que le nez était comme ceci, les cheveux comme cela, qu'en conséquence il s'agissait de celui-ci ou de celui-là. Tous les gens devenaient pour elle comme des figures de cire, sans relation avec elle. La présence de quelques parents proches lui était très pénible, et cet « instinct négatif » croissait continuellement. Si quelqu'un qu'elle avait autrefois vu volontiers entraît dans la pièce, elle le reconnaissait, était présente un court instant, puis elle ressemblait dans ses ressassements et pour elle la personne avait disparu. Il n'y a que moi qu'elle reconnaissait toujours lorsque j'entraîs, elle restait également toujours présente et pleine d'entrain aussi longtemps que je parlais avec elle, à l'exception des absences hallucinatoires intervenant toujours très soudainement.

Alors elle ne parlait qu'anglais et ne comprenait pas ce qu'on lui disait en allemand. Son entourage était obligé de parler anglais avec

a. travail de reconnaissance.

elle ; même la garde-malade apprit à se faire ainsi comprendre dans une certaine mesure. Mais elle lisait le français et l'italien ; si elle devait les lire à haute voix, elle fournissait avec une surprenante aisance, couramment, une excellente traduction anglaise à livre ouvert de ce qu'elle lisait.

Elle recommença à écrire, mais d'une manière particulière ; elle écrivait de la main gauche, celle qui était agile, mais en caractères d'impression romains, dont elle s'était constitué un alphabet à partir de son Shakespeare.

Alors qu'auparavant elle avait déjà pris le minimum de nourriture, elle refusa désormais complètement de manger, mais elle se laissa alimenter par moi, si bien que sa prise de nourriture augmenta rapidement. Il n'y a que le pain qu'elle refusait toujours de manger. Mais après avoir été alimentée, elle n'omettait jamais de se laver la bouche, et le faisait même si, pour une raison quelconque, elle n'avait rien mangé ; un signe montrant combien elle était absente à cette occasion.

La somnolence de l'après-midi et la profonde torpeur vers le coucher du soleil persistaient. Lorsqu'elle s'était ensuite exprimée (il me faudra plus tard aborder plus précisément ce sujet), elle était lucide, calme, enjouée.

Cet état relativement supportable ne dura pas longtemps. Environ dix jours après la mort de son père fut appelé un consultant qu'elle ignorait absolument, comme toutes les personnes étrangères, alors que j'exposais à celui-ci toutes ses singularités. « That's like an examination », dit-elle en riant lorsque je lui fis lire à haute voix en anglais un texte français. Le médecin étranger se mêla à la conversation, tentant de se faire remarquer d'elle. En vain. C'était la véritable « hallucination négative », qui depuis a été si souvent produite expérimentalement. Finalement il réussit à la rompre en lui soufflant de la fumée au visage. Tout à coup elle vit un étranger, se précipita à la porte pour retirer la clé et tomba à terre sans connaissance ; suivit alors un court accès de colère, puis un grave accès d'angoisse que je calmai à grand-peine. Malheureusement il me fallait partir en voyage le soir et, lorsque je revins plusieurs jours après, je trouvai

a. Cela ressemble à un examen.

227 que l'état de la malade s'était bien aggravé. Elle avait tout ce temps observé une complète abstinence, était envahie par des sentiments d'angoisse, ses absences hallucinatoires étaient remplies de figures effrayantes, de têtes de mort et de squelettes. Étant donné que, vivant ces choses, elle en parlait en partie en tragédienne, son entourage connaissait la plupart du temps le contenu de ses hallucinations. L'après-midi somnolence, vers le coucher du soleil cette profonde hypnose pour laquelle elle avait trouvé le nom technique de « clouds » (nuages). Quand elle pouvait ensuite raconter les hallucinations du jour, elle s'éveillait lucide, calme, enjouée, se mettait au travail, passait la nuit à dessiner ou à écrire, tout à fait raisonnable, se mettait au lit vers quatre heures, et le matin recommençait la même scène que la veille. Le contraste entre la malade irresponsable, poursuivie par des hallucinations dans la journée, et la jeune fille mentalement tout à fait lucide pendant la nuit était au plus haut point remarquable.

Malgré cette euphorie nocturne, son état psychique ne cessait d'empirer ; il survint des impulsions suicidaires intenses qui firent juger inopportun qu'elle séjourne à un 3<sup>e</sup> étage. La malade fut donc conduite contre sa volonté dans une maison de campagne à proximité de Vienne (7 juin 1881). Cet éloignement de sa maison, éloignement qu'elle rejetait avec horreur, je ne l'en avais jamais menacée, mais elle-même l'avait attendu et redouté en silence. À cette occasion aussi on vit de nouveau clairement à quel point l'affect d'angoisse exerçait une domination sans borne sur le trouble psychique. De même qu'après la mort du père était intervenu un état de calme, voilà qu'elle se calma aussi, maintenant que ce qu'elle redoutait était arrivé. À vrai dire, non sans que le transfèrement n'eût été suivi immédiatement de trois jours et trois nuits absolument sans sommeil ni nourriture, pleins de tentatives de suicide (dans le jardin, à vrai dire non dangereux), de bris de fenêtres, etc., d'hallucinations sans absence qu'elle distinguait fort bien des autres. Puis elle se calma, accepta de la garde-malade de la nourriture et même, le soir, du chloral.

Avant de décrire le déroulement ultérieur, il me faut encore une fois revenir en arrière et présenter une particularité du cas que jusqu'ici je n'ai fait qu'effleurer en passant.

On a déjà remarqué que, jusqu'ici, pendant tout le déroulement, la malade était quotidiennement prise l'après-midi d'une somnolence qui vers le coucher du soleil se changeait en un sommeil plus profond (clouds). (Il est bien plausible de faire dériver tout simplement cette périodicité des modalités des soins donnés au malade qui lui incombèrent des mois durant. La nuit elle veillait au chevet du malade ou bien restait au lit éveillée, aux aguets et remplie d'angoisse jusqu'au matin ; l'après-midi elle s'allongeait quelque temps pour se reposer, comme cela arrive bien sûr le plus souvent chez une soignante, et ce type de veille de nuit et de sommeil d'après-midi fut sans doute ensuite importé dans sa propre maladie et persista alors qu'un état hypnotique avait pris depuis longtemps la place du sommeil.) Lorsque la torpeur avait duré une heure environ, la patiente s'agitait, se retournait de droite et de gauche et criait sans cesse : « tourmenter, tourmenter », toujours les yeux fermés. D'autre part on avait remarqué que lors de ses absences pendant la journée elle se figurait manifestement toujours telle ou telle situation ou histoire sur la nature desquelles quelques mots murmurés donnaient une information. Il arrivait alors, d'abord par hasard, puis intentionnellement, que quelqu'un de son entourage laissât tomber un de ces mots clés pendant que la patiente se plaignait du « tourmenter » ; aussitôt elle intervenait et se mettait à dépeindre une situation ou à raconter une histoire, d'abord avec blocage, dans son jargon paraphasique, puis couramment au fur et à mesure qu'elle avançait, jusqu'à ce qu'enfin elle parlât un allemand tout à fait correct. (Dans les premiers temps, avant d'en arriver à ne plus parler qu'anglais.) Les histoires, toujours tristes, étaient pour partie très jolies, à la façon du « Livre d'images sans images » d'An de r s e n b, et vraisemblablement aussi formées sur ce modèle ; la plupart du temps le point de départ ou le point central était la situation d'une jeune fille assise en proie à l'angoisse au chevet d'un malade ; mais bien d'autres motifs encore venaient à s'élaborer. — Quelques instants après l'achèvement du récit, elle s'éveillait, était manifestement apaisée ou, comme elle le

228

a. Cf. *supra*, p. 43.

b. Hans Christian Andersen (1805-1875). Ces récits de 1840 — trente-trois très courtes esquisses, rédigées pour partie dans une langue enfantine — furent publiés en 1841 en traduction allemande.

disait, « *gehà.glich* »<sup>a</sup> (à son aise). La nuit elle redevenait alors plus agitée, et le matin, après deux heures de sommeil, elle était manifestement de nouveau dans un autre cercle de représentations. — S'il arrivait qu'elle ne pût pas me raconter l'histoire lors de l'hypnose du soir, l'apaisement vespéral manquait, et pour provoquer celui-ci il lui fallait le jour suivant raconter deux histoires.

L'essentiel du phénomène décrit, l'accumulation et la condensation de ses absences pour donner l'autohypnose vespérale, l'efficience des productions fantastiques en tant que stimulus psychique, et l'allègement et la suppression de l'état de stimulus par l'expression verbale pendant l'hypnose, tout cela resta constant au long des dix-huit mois de l'observation.

Après la mort du père, les histoires devinrent naturellement encore plus tragiques, mais ce n'est qu'avec l'aggravation de son état psychique, laquelle suivit la violente irruption de son somnambulisme — qui a été racontée que les comptes rendus vespéraux perdirent le caractère d'une création poétique plus ou moins libre et se transformèrent en des séries de redoutables et effroyables hallucinations, que l'on avait pu déduire, pendant la journée déjà, du comportement de la malade. Or j'ai déjà décrite combien la libération de sa psyché était complète, une fois que, secouée par l'angoisse et l'horreur, elle avait reproduit et exprimé toutes ces images d'effroi.

A la campagne, où je ne pouvais pas rendre quotidiennement visite à la malade, la chose se développa de la façon suivante : je venais le soir, quand je la savais dans son hypnose, et je lui enlevais toute la provision de fantasmes qu'elle avait accumulée depuis ma dernière visite. Il fallait que cela s'effectuât intégralement si le bon résultat devait être obtenu. Elle était alors tout à fait apaisée, le jour suivant aimable, docile, appliquée, et même enjouée ; le deuxième jour de plus en plus de mauvaise humeur, entêtée, désagréable, ce qui ne faisait que s'accroître encore le troisième jour. Dans cette humeur, il n'était pas toujours facile, même dans l'hypnose, de l'amener à s'exprimer, procédé pour lequel elle avait inventé le nom juste et sérieux de « *talking cure* » (cure par la parole) et celui humo-

a. Néologisme forgé par Anna, proche de « *bebaglich* » (à son aise).  
b. Cf. *supra*, p. 45.

ristique de « chimney-sweeping » (ramonage de cheminée). Elle savait qu'après s'être exprimée elle aurait perdu tout son entêtement et toute son « énergie », et lorsqu'elle était alors (après une assez longue pause) déjà de mauvaise humeur, elle refusait d'émettre une parole, et il me fallait la lui extorquer en insistant et en suppliant, et par quelques artifices, comme de lui souffler une formule liminaire stéréotypée de ses histoires. Mais elle ne parlait jamais qu'après s'être convaincue de mon identité en tâtant soigneusement mes mains. Les nuits où l'apaisement ne se produisait pas par le moyen de l'expression verbale, il fallait recourir au chloral. Je l'avais essayé auparavant quelques fois, mais il me fallait lui donner cinq grammes, et le sommeil était précédé d'une ivresse de plusieurs heures, qui en ma présence était enjouée, mais qui en mon absence prenait la forme d'un état d'émoi anxieux éminemment désagréable. (Soit dit en passant, cette grave ivresse ne changeait rien à la contracture.) J'avais pu éviter les narcotiques parce que l'expression verbale amenait pour le moins de l'apaisement, sinon du sommeil. À la campagne, les nuits entre les soulagements étaient si insupportables qu'il fallait malgré tout trouver refuge dans le chloral ; peu à peu elle en eut d'ailleurs moins besoin.

Le somnambulisme durable disparut ; par contre, l'alternance de deux états de conscience persista. Au milieu de la conversation elle hallucinait, s'enfuyait, tentait de grimper sur un arbre, etc. Lorsqu'on la retenait, elle reprenait après un temps des plus courts le fil de sa phrase interrompue, sans rien savoir de ce qui s'était intercalé. Mais dans l'hypnose toutes ces hallucinations apparaissaient alors dans le compte rendu.

Dans l'ensemble son état s'améliora ; la prise de nourriture était tout à fait possible, elle laissait la garde-malade lui mettre le manger dans la bouche, il n'y a que le pain qu'elle réclamait, mais elle le refusait dès qu'il touchait ses lèvres ; la parésie à type de contracture de la jambe diminuait pour l'essentiel ; elle finit aussi par estimer à sa juste valeur le médecin qui lui rendait visite, mon ami le D<sup>r</sup> B., et à avoir pour lui un grand attachement. Un terre-neuve dont on lui avait fait cadeau fut d'un grand secours. Alors ce fut magnifique de voir un jour, lorsque cet animal chéri attaqua un chat, la frêle jeune fille prendre le fouet de la main gauche et en fustiger l'énorme ani-

mal pour sauver sa victime. Plus tard elle s'occupa de quelques pauvres malades, ce qui lui fut très utile.

Lors de mon retour d'un voyage de vacances de plusieurs semaines, j'obtins la preuve la plus nette de l'effet stimulant pathogène des complexes de représentations produits dans ses absences, sa « condition seconde »<sup>a</sup>, ainsi que de leur liquidation par l'expression verbale dans l'hypnose. Au cours de ce voyage on n'avait procédé à aucune « talking cure », étant donné que la malade ne pouvait être amenée à raconter les choses à qui que ce soit d'autre que moi, pas même au D' B., pour qui elle avait montré par ailleurs une sincère affection. Je la trouvai dans un triste état moral, paresseuse, indocile, lunaatique, et même méchante. Lors des récits vespéraux il s'avéra que sa veine fantastico-poétique était manifestement en train de tarir ; il y eut de plus en plus de comptes rendus de ses hallucinations et de ce qui l'avait éventuellement contrariée les jours précédents ; dotés d'un habillage fantastique, mais exprimés seulement par des formules fantastiques stéréotypées, plutôt que façonnés en poèmes. Mais un état supportable ne fut atteint que lorsque je fis revenir la patiente en ville pour une semaine et que je lui arrachai alors, soir après soir, trois à cinq histoires. Lorsque j'en eus terminé, tout ce qui s'était accumulé pendant les semaines de mon absence se trouva élaboré. C'est alors seulement que ce rythme de son psychisme se rétablit ; à savoir que le jour suivant une expression verbale, elle était aimable et enjouée, le deuxième jour plus irritable et plus désagréable, et le troisième franchement « déplaisante ». Son état moral était fonction du temps écoulé depuis la dernière expression verbale, car chaque production spontanée de sa fantaisie et chaque événement conçu par la partie malade de sa psyché continuaient à agir comme stimulus psychique jusqu'à ce qu'ils eussent été racontés dans l'hypnose, mais que par là aussi leur efficacité eût été totalement éliminée.

231 Lorsque la patiente revint en ville à l'automne (dans une autre demeure que celle où elle était tombée malade), son état était supportable, aussi bien pour le corps que pour l'esprit, du fait que très peu d'expériences vécues — en réalité seulement les expériences plus marquantes — furent élaborées de façon morbide en stimuli psychi-

a. En français dans le texte.

ques. J'espérais une amélioration sans cesse croissante, dès lors qu'une expression verbale régulière empêchait que sa psyché soit durablement chargée de nouveaux stimuli. Je fus tout d'abord déçu. En décembre, son état psychique s'aggrava pour l'essentiel, elle était de nouveau en émoi, d'humeur triste et dépressive, irritable, et n'avait plus guère de « journées entièrement bonnes », même si rien de décelable ne se « cachait » en elle. Fin décembre, à l'époque de Noël, elle était particulièrement agitée, et pendant toute la semaine elle ne raconta alors rien de neuf le soir, si ce n'est les fantasmes qu'elle avait élaborés jour après jour sous la domination de forts affects d'angoisse pendant les fêtes de 1880 [une année auparavant]. À l'achèvement de cette série, grand soulagement.

Il y avait maintenant un an qu'elle avait été séparée de son père et confinée au lit, et à partir de là son état se clarifia et se systématisa de manière très curieuse. Les deux états de conscience qui existaient alternativement, toujours ainsi : depuis le matin et à mesure que le jour s'avavançait, les absences, à savoir l'apparition de la condition seconde, devenaient de plus en plus fréquentes, et le soir seule celle-ci subsistait, les deux états donc ne différaient pas seulement, comme auparavant, en ceci que dans l'un (le premier) elle était normale et dans le second aliénée, mais en ceci qu'elle vivait dans le premier état comme nous autres en l'hiver 1881-1882, mais dans le second en l'hiver 1880-1881, et tout ce qui était survenu plus tard y était totalement oublié. Seule la conscience de ce que son père était mort semblait pourtant exister le plus souvent. Le retour en arrière à l'année précédente se produisait de façon si intense que dans la nouvelle demeure elle hallucinait son ancienne chambre, et lorsqu'elle voulait aller jusqu'à la porte, elle courait vers le poêle, qui se trouvait par rapport à la fenêtre comme la porte de la chambre dans l'ancienne demeure. Le revirement d'un état à l'autre s'effectuait spontanément, mais il pouvait aussi être provoqué avec la plus grande facilité par une quelconque impression sensorielle qui rappelait vivement l'année antérieure. Il suffisait de lui présenter une orange (sa principale nourriture pendant les premiers temps de son affection) pour la faire basculer de l'année 1882 à l'année 1881. Ce retour en arrière à

a. En français dans le texte.

la période passée ne se produisait pourtant pas d'une manière générale et indéterminée, mais elle vivait jour après jour l'année précédente. Je n'aurais pu que supposer cela, si dans l'hypnose vespérale elle ne s'était pas quotidiennement défait par la parole de ce qui en 1881 l'avait excitée ce jour-là, et si un journal intime de sa mère de l'année 1881 n'avait pas démontré la justesse infrangible des faits qui en étaient la base. Cette action de revivre ainsi l'année écoulée persista jusqu'à la terminaison définitive de la maladie en juin 1882.

Ici il était très intéressant de voir comment ces stimuli psychiques reviscents passaient aussi du second état au premier, plus normal. Il arrivait que la malade me dise le matin en riant qu'elle ne savait pas ce qu'elle avait, qu'elle m'en voulait ; grâce au journal je savais de quoi il s'agissait et qui était exactement reparcouru aussi dans l'hypnose vespérale. J'avais beaucoup contrarié la patiente ce même soir de l'année 1881. Ou bien elle disait qu'il se passait quelque chose avec ses yeux, qu'elle voyait mal les couleurs ; qu'elle savait que sa robe était marron, et que cependant elle la voyait bleue. Il s'avéra bientôt qu'elle distinguait correctement et rigoureusement toutes les couleurs des échantillons de papier et que le trouble ne tenait qu'à l'étoffe de sa robe. La raison en était qu'elle s'était beaucoup occupée, en ces mêmes jours de 1881, d'une robe de chambre pour son père, pour laquelle la même étoffe — mais bleue — fut utilisée. À cette occasion on voyait d'ailleurs souvent avec netteté une action préliminaire de ces souvenirs qui émergeaient, la perturbation de l'état normal intervenant déjà auparavant, alors que pour la condition seconde le souvenir ne s'éveillait que peu à peu.

Si l'hypnose vespérale était déjà abondamment chargée, étant donné que devaient être défaites par la parole non seulement les fantasmes de production récente, mais aussi les expériences vécues et les « vexations »<sup>b</sup> de 1881 (les fantasmes de 1881, je les avais heureusement déjà enlevés à l'époque), la somme de travail à accomplir par la patiente et le médecin augmenta encore énormément de par une troisième série de troubles particuliers qui durent également être liquidés de cette manière, les événements psychiques du temps

a. En français dans le texte.

b. En anglais dans le texte : ennuis, tracas.

de l'incubation de la maladie de juillet à décembre 1880, qui avaient produit l'ensemble des phénomènes hystériques et avec l'expression verbale desquels les symptômes disparurent.

La première fois où par une expression verbale fortuite et non provoquée disparut dans l'hypnose vespérale un trouble qui avait déjà existé depuis un certain temps, je fus très surpris. Il y avait eu en été une période d'intense chaleur, et la patiente avait très rudement souffert de la soif; car, sans qu'elle pût donner de raison, il lui était tout à coup devenu impossible de boire. Elle prenait dans sa main le verre d'eau désiré, mais dès qu'il touchait ses lèvres, elle le repoussait comme fait un hydrophobe. Elle était alors manifestement pour ces quelques secondes dans un état d'absence. Elle ne vivait que de fruits, de melons, etc., pour atténuer cette soif torturante. Lorsque cela eut duré environ six semaines, elle déblâta un jour, dans l'hypnose, contre sa dame de compagnie anglaise qu'elle n'aimait pas et raconta alors, avec tous les signes de la répugnance, comment elle était entrée dans la chambre de cette dame et comment le petit chien de celle-ci, cet animal dégoûtant, était en train de boire là dans un verre. Elle n'avait rien dit, car elle voulait être polie. Après avoir encore donné énergiquement expression à sa contrariété rentrée, elle réclama à boire, but sans inhibition une grande quantité d'eau et s'éveilla de l'hypnose, le verre aux lèvres. Le trouble avait par là disparu pour toujours. De même disparurent des marottes singulières et tenaces, après que fut racontée l'expérience vécue qui y avait donné lieu. Mais un grand pas fut franchi lorsque, de la même manière, la contracture de la jambe droite, premier des symptômes durables, eut disparu, contracture qui d'ailleurs avait déjà auparavant beaucoup diminué. À partir de ces expériences, où les phénomènes hystériques disparaissaient chez cette malade dès que dans l'hypnose était reproduit l'événement qui avait occasionné le symptôme — à partir de cela se développa un procédé de technique thérapeutique ne laissant rien à désirer en matière de cohérence logique et d'exécution systématique. Chacun des symptômes de ce tableau de maladie embrouillé fut examiné en soi ; toutes les occasions lors desquelles il était survenu furent racontées dans un ordre inverse, en commençant par les journées précédant l'alitement de la patiente et en allant vers l'arrière jusqu'à la circonstance

occasionnante de la première survenue. Lorsque cela fut raconté, le symptôme était ainsi levé pour toujours.

234 Ainsi les parésies à type de contracture et les anesthésies, les troubles de la vision et de l'audition les plus divers, les névralgies, la toux, les tremblements, etc., et finalement aussi les troubles du langage furent « défaits par le récit ». Pour ce qui est des troubles de la vision, furent par ex. liquidés un à un : le strabismus convergens avec diplopie ; la déviation des deux yeux vers la droite, de sorte que la main qui s'apprête à saisir l'objet va toujours à gauche de celui-ci ; la restriction du champ visuel ; l'amblyopie centrale ; la macropsie ; la vision d'une tête de mort à la place du père ; l'incapacité de lire. Seuls restèrent soustraits à cette analyse tels ou tels phénomènes qui s'étaient développés pendant que la malade était confinée au lit, tels que l'extension de la parésie à type de contracture du côté gauche, et qui d'ailleurs vraisemblablement n'avaient effectivement pas de circonstance psychique directement occasionnante.

Il s'avéra totalement infaisable de raccourcir la chose en tentant de faire venir dans son souvenir la première circonstance occasionnante des symptômes. Elle ne la trouvait pas, était saisie de confusion, et tout allait encore plus lentement que si on la laissait tranquillement et sûrement dévider, en allant vers l'arrière, le fil des souvenirs sur lequel elle s'était engagée. Mais étant donné que cela allait trop lentement dans l'hypnose vespérale, parce que la malade était tendue et distraite du fait de l'« expression verbale » des deux autres séries, et qu'aussi les souvenirs avaient sans doute besoin de temps pour se développer dans leur pleine vivacité, le procédé suivant se mit en place. Je lui rendais visite le matin, l'hypnotisais (des procédés d'hypnose très simples avaient été trouvés empiriquement), et je l'interrogeais alors, ses pensées étant concentrées sur le symptôme que l'on était en train de traiter, à propos des circonstances lors desquelles celui-ci était apparu. La patiente désignait alors en une succession rapide, au moyen de brefs mots clés, ces circonstances occasionnantes extérieures, que je notais. Pendant l'hypnose vespérale, en s'appuyant sur cette succession qui avait été notée, elle racontait alors les événements de façon assez détaillée. Un exemple peut montrer avec quelle minutie « épuisant le sujet », à tous les sens du mot, cela se produisait. Il était toujours arrivé que la patiente

n'entendit pas quand on s'adressait à elle. Ce non-entendre passager se différenciait de la manière suivante :

- a) ne pas entendre dans sa distraction que quelqu'un entrait. De cela 108 cas particuliers ; indication des personnes et des circonstances, souvent de la date ; en premier, le fait qu'elle n'avait pas entendu entrer son père ;
- b) ne pas comprendre quand plusieurs personnes parlent, 27 fois, la première fois de nouveau le père et une personne de connaissance ;
- c) ne pas entendre, quand elle était seule et qu'on s'adressait directement à elle, 50 fois ; origine, le fait que le père s'était adressé à elle vainement pour lui demander du vin ;
- d) devenir sourde du fait de secousses (en voiture ou autrement), 15 fois ; origine, le fait que son jeune frère l'avait secouée lors d'une dispute, l'ayant prise sur le fait en train d'épier pendant la nuit à la porte de la chambre du malade ;
- e) devenir sourde d'effroi à cause d'un bruit, 37 fois ; origine, un accès d'étouffement du père qui avait avalé de travers ;
- J) devenir sourde dans un état de profonde absence, 12 fois ;
- g) devenir sourde après avoir longuement écouté et épié, si bien qu'ensuite elle n'entendait pas lorsqu'on s'adressait à elle, 54 fois.

235

Naturellement, tous ces processus sont en grande partie identiques, en ce qu'ils se laissent ramener à la distraction — absence — ou à l'affect d'effroi. Mais ils étaient si nettement séparés dans le souvenir de la malade que, lorsqu'il lui arrivait de se tromper dans leur succession, l'ordre exact devait être rétabli et corrigé, sinon le compte rendu se bloquait. Les événements racontés, avec leur manque d'intérêt et de signification et du fait de la précision du récit, n'éveillaient pas le soupçon qu'ils fussent inventés. Bon nombre de ces incidents, en tant qu'expériences vécues purement intérieures, se dérobaient au contrôle. L'entourage de la malade se souvenait d'autres circonstances ou des circonstances concomitantes.

Là aussi, il arrivait ce que l'on pouvait régulièrement observer pendant qu'un symptôme était « défait par la parole » : celui-ci survenait avec une intensité accrue pendant qu'il était raconté. Ainsi la patiente était-elle si sourde pendant l'analyse de son non-entendre

que je dus partiellement me faire comprendre d'elle par écrit. Régulièrement le premier facteur occasionnant était un quelconque effroi qu'elle avait vécu en soignant son père, une omission de sa part, etc.

La remémoration n'allait pas toujours de soi, et parfois la malade devait faire des efforts considérables. C'est ainsi qu'une fois toute la progression se bloqua pendant un temps, parce qu'un souvenir ne voulait pas émerger ; il s'agissait d'une hallucination tout à fait effroyable pour la malade, elle avait vu son père, qu'elle soignait, avec une tête de mort. Elle-même et son entourage se souvenaient qu'un jour, alors qu'elle était apparemment encore en bonne santé, elle avait rendu visite à un parent, avait ouvert la porte et était aussitôt tombée, sans connaissance. Pour surmonter cet obstacle, elle y retourna maintenant et retomba par terre, sans connaissance, en entrant dans la pièce. Pendant l'hypnose vespérale l'obstacle se trouva ensuite surmonté ; elle avait aperçu en entrant son visage blême dans le miroir faisant face à la porte, or ce qu'elle avait vu ce n'était pas elle mais son père avec une tête de mort. — Nous avons  
236 souvent observé, comme c'est arrivé ici, que la peur d'un souvenir inhibe son émergence, et que la patiente ou le médecin doivent obtenir celle-ci par contrainte.

Combien la logique interne de ces états était forte, c'est ce que montra entre autres ce qui suit : à cette époque la patiente, comme nous l'avons remarqué, se trouvait toujours la nuit dans sa « condition seconde »<sup>a</sup>, donc en 1881. Une fois elle s'éveilla pendant la nuit, prétendit qu'elle avait été de nouveau éloignée de la maison, tomba dans un grave état d'émoi qui alarma toute la maisonnée. La raison en était simple. La veille au soir, son trouble de la vision avait disparu grâce à la « talking cure », et il en allait de même pour la condition seconde<sup>b</sup>. Lorsqu'elle s'éveilla alors pendant la nuit, elle se trouva dans une pièce qui lui était inconnue, car la famille avait en effet changé de domicile depuis le printemps 1881. La survenue de ces incidents fort désagréables fut empêchée, étant donné que tous les soirs (à sa demande) je lui fermais les yeux avec la suggestion qu'elle ne pourrait les ouvrir avant que je ne le fasse moi-même le

a. En français dans le texte.

b. En français dans le texte.

matin. Une seule fois le vacarme se renouvela, lorsque la patiente eut pleuré en rêve et eut ouvert les yeux en s'éveillant.

Étant donné que cette analyse pénible des symptômes avait trait aux mois d'été de 1880, pendant lesquels se préparait l'entrée en maladie, je parvins à voir totalement clair dans l'incubation et la *p a t h o g e n è s e* de cette hystérie, que je vais maintenant exposer brièvement.

En juillet 1880 le père de la malade était tombé gravement malade à la campagne d'un abcès sous-pleural ; Anna se partagea les soins avec sa mère. Une nuit, elle veillait, pleine d'angoisse à cause du malade qui avait une forte fièvre et dans un état de tension parce qu'on attendait de Vienne un chirurgien pour l'opération. La mère s'était éloignée pour quelque temps et Anna était assise au chevet du malade, le bras droit posé sur le dossier de la chaise. Elle entra dans un état de rêve éveillé et vit un serpent noir sortir du mur et s'approcher du malade pour le mordre. (Il est très vraisemblable que dans la prairie derrière la maison se trouvaient effectivement quelques serpents dont la jeune fille s'était déjà effrayée auparavant et qui fournissaient maintenant le matériel de l'hallucination.) Elle voulut repousser l'animal, mais elle était comme paralysée ; le bras droit, pendant par-dessus le dossier de la chaise, était « endormi », devenu anesthésique et parétique, et lorsqu'elle l'examina, les doigts se transformèrent en petits serpents à têtes de mort (ongles). Elle fit vraisemblablement des tentatives pour chasser le serpent de sa main droite paralysée, et par là l'anesthésie et la paralysie de cette même main entrèrent en association avec l'hallucination des serpents. — Lorsque celle-ci eut disparu, elle voulut dans son angoisse prier, mais toute langue lui faisait défaut, elle ne pouvait parler en aucune d'elles, jusqu'à ce qu'elle trouvât enfin une comptine anglaise<sup>a</sup> et pût dès lors continuer à penser et prier dans cette langue.

237

Le sifflet de la locomotive qui amenait le médecin attendu interrompit ces apparitions. Lorsqu'un autre jour elle voulut sortir un cerceau du buisson dans lequel il avait été jeté pendant un jeu, une branche recourbée fit resurgir l'hallucination des serpents, et au même instant le bras droit s'étendit et se raidit. Cela se répéta alors

a. Cf. *supra*, p. 25, où il est question d'une prière d'enfant.

chaque fois qu'un objet plus ou moins semblable à un serpent provoquait l'hallucination. Mais celle-ci, de même que la contracture, ne survenait que pendant les brèves absences qui, à partir de cette nuit-là, devinrent de plus en plus fréquentes. (La contracture ne devint stable qu'en décembre, lorsque la patiente, complètement abattue, ne put plus quitter le lit.) En une occasion que je ne retrouve pas dans mes notes et dont je ne me souviens pas, la contracture de la jambe droite vint s'ajouter à celle du bras.

C'est ainsi que fut créée l'inclination aux absences autohypnotiques. Le jour suivant cette nuit-là, elle sombra en attendant le chirurgien dans une telle absence que finalement il se trouva dans la chambre sans qu'elle l'eût entendu venir. Le constant sentiment d'angoisse l'empêchait de manger et produisit peu à peu un dégoût intense. Mais sinon chacun des symptômes hystériques prenait naissance dans l'affect. Ce qui n'est pas tout à fait clair, c'est si en cette occurrence il se produisait toujours une absence complète et momentanée, mais cela est vraisemblable, puisque la patiente à l'état de veille ne savait rien de tout ce contexte.

Or nombre de symptômes semblent être survenus non dans l'absence, mais seulement dans l'affect à l'état de veille ; ils se répétaient cependant alors de la même façon. C'est ainsi que les troubles de la vision furent ramenés dans leur ensemble à tel ou tel facteur occasionnant plus ou moins clairement déterminant, par ex. du genre de celui où la patiente, les larmes aux yeux, assise au chevet du malade, fut questionnée tout à coup par son père pour savoir quelle heure il était, n'y vit pas nettement, fit tous ses efforts, approcha la montre de son oeil, et voilà que le cadran apparut très grand (macropsie et strabismus convergens) ; ou bien s'efforça de réprimer ses larmes afin que le malade ne les voie pas.

Une querelle dans laquelle elle réprima sa réponse causa un spasme de la glotte qui se répéta à chaque circonstance occasionnante semblable.

238

Le langage faisait défaut : *a*) par angoisse, depuis la première hallucination nocturne ; *b*) depuis la fois où elle réprima à nouveau un propos (inhibition active) ; *c*) depuis la fois où elle avait été grondée à tort ; *d*) lors de toutes les occasions analogues (vexation). La toux intervint pour la première fois alors qu'au moment où elle veillait le

malade les sons d'une musique de danse lui parvinrent d'une maison voisine, et que le souhait grandissant d'être là-bas éveilla ses autoreproches. Dès lors, pendant tout le temps de sa maladie, elle réagit par une tussis nervosa à chaque musique fortement rythmée.

Je ne regrette pas trop que le caractère incomplet de mes notes rende impossible de ramener ici l'ensemble des phénomènes hystériques à leur circonstance occasionnante. La patiente le fit pour tous ces phénomènes, à l'exception de ceux mentionnés ci-dessus, et chaque symptôme avait, comme décrit, disparu après le récit de la première circonstance occasionnante.

C'est d'ailleurs de cette façon que toute l'hystérie s'acheva. La malade s'était elle-même forgé ce ferme projet : au jour anniversaire de son transfèrement à la campagne [7 juin], il faudrait qu'elle en ait terminé avec tout cela. C'est pourquoi elle pratiqua début juin la « talking cure » avec une grande énergie génératrice d'émoi. Le dernier jour elle reproduisit — s'aidant du fait qu'elle avait aménagé la chambre comme l'avait été la chambre de malade de son père — l'hallucination d'angoisse racontée ci-dessus, qui avait été la racine de toute l'affection, et pendant laquelle elle n'avait pu penser et prier qu'en anglais ; immédiatement après elle parla en allemand et fut désormais libre de tous les innombrables troubles, pris isolément, qu'elle avait présentés auparavant. Elle quitta ensuite Vienne pour un voyage, mais elle eut toutefois besoin encore d'un assez long temps avant d'avoir trouvé tout son équilibre psychique. Depuis elle jouit d'une parfaite santé.

Quel que soit le nombre des détails non dénués d'intérêt que j'ai supprimés, l'histoire de malade d'Anna O. est cependant devenue plus volumineuse que ne semble le mériter une affection hystérique qui en soi n'est pas inhabituelle. Mais la présentation du cas était impossible sans entrer dans le détail, et les particularités de celui-ci me semblent d'une importance telle qu'elle pourrait excuser le compte rendu circonstancié. De même, les oeufs d'échinodermes ne sont pas si importants pour l'embryologie du fait que par exemple

239

a. *Hysterica*.

b. Cf. *supra*, p. 53, et *infra*, p. 62.

c. Cf. *supra*, p. 46.

d. Cf. *supra*, p. 57.

l'oursin serait un animal particulièrement intéressant, mais du fait que leur protoplasme est transparent et qu'à partir de ce qu'on peut voir chez eux, on en déduit ce qui pourrait aussi se passer concernant les œufs au plasma troubles.

C'est dans le caractère éminemment transparent et explicable de sa pathogenèse que me semble avant tout résider l'intérêt de ce cas.

Disposant à l'affection hystérique, nous trouvons chez la jeune fille encore totalement bien portante deux particularités psychiques :

1. Dans une vie de famille monotone et ne permettant pas le travail intellectuel, l'excédent inutilisé de mobilité et d'énergie psychiques, qui se décharge dans un travail continu de la fantaisie et

2. qui produit l'habituel rêve éveillé (« théâtre privé ») par lequel est établi le fondement de la dissociation de la personnalité intellectuelle. Toutefois celle-ci reste aussi encore dans les limites du normal ; rêverie ou méditation pendant une occupation plus ou moins mécanique ne conditionnent pas encore en soi un clivage pathologique de la conscience, puisque chaque perturbation qui s'y produit, par ex. chaque interpellation, rétablit l'unité normale de celle-ci, et que sans doute il n'existe pas non plus d'amnésie. Chez Anna O. cependant fut par là créé le terrain sur lequel, comme ici décrit, s'installa l'affect d'angoisse et d'attente, après qu'il eut une fois transformé la rêverie habituelle en une absence hallucinatoire. Il est remarquable de constater avec quelle perfection apparaissent déjà, dans cette première manifestation de l'affection commençante, les traits principaux qui ensuite restèrent constants pendant presque deux ans : l'existence d'un second état de conscience qui, apparaissant d'abord sous forme d'absence passagère, s'organise plus tard en double conscience<sup>b</sup> ; l'inhibition du langage, conditionnée par l'affect d'angoisse, avec la décharge fortuite au moyen d'une comptine anglaise ; plus tard, paraphasie et perte de la langue maternelle, qui est remplacée par un excellent anglais ; et finalement, se produisant par hasard, la paralysie par compression du bras droit, qui évolue plus tard en une parésie à type de contracture et en une anesthésie, toutes deux du côté

a. La même comparaison a été utilisée par Freud en 1913 dans « Expériences et exemples tirés de la pratique analytique », GW, .NB, p. 615 ; OCF.P, XII, p. 77.

b. En français dans le texte.

droit. Le mécanisme d'apparition de cette dernière affection correspond complètement à la théorie de l'hystérie traumatique chez Charcot : état hypnotique dans lequel se fait un léger trauma.

Mais alors que, chez les malades sur lesquels Charcot produisait expérimentalement la paralysie hystérique, celle-ci reste aussitôt stabilisée et qu'elle s'installe bientôt chez les porteurs de névroses traumatiques, ébranlés par un grave trauma d'effroi, le système nerveux de notre jeune fille exerça encore pendant quatre mois une résistance victorieuse. La contracture, ainsi que les autres troubles venant s'y ajouter peu à peu, survinrent seulement dans les absences momentanées de la « condition seconde »<sup>a</sup> et laissèrent la patiente, pendant l'état normal, en pleine possession de son corps et de ses sens, si bien qu'elle-même n'en savait rien et que son entourage n'en voyait rien non plus, lui dont l'attention était, il est vrai, concentrée sur le père gravement malade et par là même déviée.

Mais tandis que s'accumulaient depuis cette première autohypnose hallucinatoire les absences avec amnésie totale et phénomènes hystériques concomitants, les occasions pour que se forment de nouveaux symptômes de cette nature se multipliaient, et ceux déjà formés se consolidaient de par leur fréquente répétition. À cela s'ajoutait ceci que peu à peu chaque affect pénible et soudain avait le même effet que l'absence (à moins que peut-être il ne produisit toujours une absence momentanée) ; des coïncidences fortuites formaient des associations pathologiques, des troubles sensoriels ou moteurs, qui à partir de là survenaient en même temps que l'affect. Mais encore et toujours d'une façon seulement momentanée et provisoire ; avant que la patiente se fût alitée, elle avait déjà développé toute la très riche gamme des phénomènes hystériques sans que personne n'en sût rien. C'est seulement quand la malade, affaiblie à l'extrême par l'inanition, l'insomnie et l'affect d'angoisse permanent, fut totalement brisée, se trouvant davantage de temps dans la « condition seconde »<sup>b</sup> que dans l'état normal, que les phénomènes hystériques eux aussi débordèrent dans celui-ci et se transformèrent de manifestations survenant par accès en symptômes durables.

a. En français dans le texte.

b. En français dans le texte.

On doit maintenant se demander dans quelle mesure les indications données par la malade sont fiables, et si les phénomènes ont effectivement connu le mode d'apparition et la circonstance occasionnante désignés par elle. S'agissant des événements plus importants et fondamentaux, la fiabilité du compte rendu est pour moi hors de question. Je n'invoque pas pour cela la disparition des symptômes après qu'ils furent « défaits par le récit » ; ce serait bien sûr à expliquer par la suggestion. Mais j'ai toujours trouvé la malade parfaitement véridique et fiable ; les choses racontées étaient en intime corrélation avec ce qui était pour elle le plus sacré ; tout ce qui était accessible à un contrôle par d'autres personnes se confirma parfaitement. D'ailleurs la plus douée des jeunes filles ne serait sans doute pas en mesure de construire un système d'indications qui aurait en propre une logique interne aussi grande que celle rencontrée dans l'histoire de développement de sa maladie exposée ici. Mais on ne peut de prime abord écarter l'idée qu'elle aurait justement, conséquemment à cette logique, attribué (en toute bonne foi) à maint symptôme une circonstance occasionnante qui en réalité n'existait pas. Mais je ne tiens pas non plus cette supposition pour exacte. Ce sont précisément l'insignifiance de tant de facteurs occasionnants, le caractère irrationnel de tant de corrélations qui parlent en faveur de leur réalité. La malade ne comprenait pas comment la musique de danse la faisait tousser. Cela est trop dénué de sens pour être une construction délibérée. Je pouvais, il est vrai, m'imaginer que tout scrupule de conscience provoquait chez elle de façon notoire un spasme de la glotte, et que les impulsions motrices que ressentait cette jeune fille — aimant beaucoup danser transformaient ce spasme de la glotte en une tussis nervosa. Je tiens donc les indications de la malade pour tout à fait fiables et conformes à la vérité.

Dans quelle mesure est donc justifiée la supposition selon laquelle chez d'autres malades aussi le développement de l'hystérie est analogue, et selon laquelle une chose semblable se produit aussi là où ne s'organise aucune « condition seconde »<sup>a</sup> si nettement démarquée ? Je voudrais indiquer à cet égard que toute cette histoire du développement de la maladie serait restée complètement inconnue aussi

a. En français dans le texte.

chez notre patiente, d'elle-même comme du médecin, si elle n'avait pas eu cette caractéristique de se souvenir dans l'hypnose, comme nous l'avons décrit, et de raconter ce dont elle se souvenait. A l'état de veille elle ne savait rien de tout cela. Comment il en va chez d'autres, on ne peut donc jamais le déduire de l'interrogatoire de la personne à l'état de veille, car avec la meilleure volonté du monde elle ne peut donner aucun renseignement. Combien peu de choses l'entourage peut observer de tous ces événements, c'est ce que j'ai déjà fait observer ci-dessus. — Comment il en va chez d'autres malades, cela ne pourrait être reconnu que par un procédé semblable à celui que les autohypnoses nous avaient livré chez Anna O. En premier lieu était seule justifiée la supposition selon laquelle des événements semblables pourraient être plus fréquents que notre ignorance du mécanisme pathogène ne pouvait le laisser supposer.

Lorsque la malade se fut alitée et que sa conscience oscilla constamment entre l'état normal et l'état « second », que l'armée des symptômes hystériques apparus isolément et jusqu'alors latents se manifesta sous forme de symptômes durables, alors un groupe de phénomènes qui semblent d'une autre origine s'associa encore à ceux-ci — la paralysie à type de contracture des extrémités du côté gauche et la parésie des muscles releveurs de la tête. Je les sépare des autres phénomènes, puisque, une fois disparus, ils ne réapparurent jamais, pas même sous forme d'accès ou sous une forme allusive, pas même dans la phase de terminaison et de guérison pendant laquelle tous les autres symptômes revécurent après une longue somnolence. En conséquence de quoi, ils ne survinrent jamais non plus dans les analyses hypnotiques et ne furent pas ramenés à des occasions affectives ou fantastiques. J'aimerais croire pour cette raison qu'ils ne devaient pas leur existence au même processus psychique que les autres symptômes, mais bien à l'extension secondaire de cet état inconnu qui est le fondement somatique des phénomènes hystériques.

242

Pendant tout le cours de la maladie coexistèrent les deux états de conscience, le primaire, dans lequel la patiente était psychologiquement tout à fait normale, et l'état « second », que nous pouvons bien comparer au rêve, compte tenu de sa richesse en fantasmes et hallucinations, des grandes lacunes du souvenir, de l'absence d'inhibition et de contrôle des idées incidentes. Dans cet état second la patiente était

aliénée. Le fait que l'état psychique de la malade était tout à fait dépendant de l'intrusion de cet état second dans l'état normal me semble donc donner un bon aperçu de la nature d'au moins une sorte de psychose hystérique. Chaque hypnose vespérale fournissait la preuve que la malade était totalement lucide, ordonnée et normale dans sa sensibilité et sa volonté, lorsqu'aucune production de l'état second n'agissait comme stimulus « dans l'inconscient » ; la psychose, sautant aux yeux à chaque pause plus ou moins grande dans cette procédure de délestage, démontrait dans quelle mesure justement ces productions influençaient les processus psychiques de l'état « normal ». Il est difficile d'éluder l'expression selon laquelle la malade était divisée en deux personnalités, dont l'une était psychiquement normale et l'autre mentalement malade. Je suis d'avis que la stricte séparation des deux états chez notre malade ne faisait que montrer avec netteté un comportement qui, chez de nombreux autres hystériques, est la cause de si nombreuses énigmes. Chez Anna O. ce qui était particulièrement frappant, c'était de constater à quel point les productions du « mauvais moi », comme la malade elle-même le nommait, influençaient son habitus moral. Si ces productions n'avaient pas été continuellement éliminées, on aurait eu en elle une hystérique du genre méchant, récalcitrante, paresseuse, désagréable, méchante ; alors qu'ainsi, ces stimuli une fois enlevés, venait à réapparaître toujours aussitôt son véritable caractère, qui était le contraire de tout cela.

243

Mais si tranchée que fût la séparation des deux états, l'« état second » ne faisait pas seulement irruption dans le premier, mais, selon l'expression de la patiente, il y avait — de façon pour le moins fréquente, y compris dans les états tout à fait mauvais un observateur perspicace et tranquille assis dans quelque coin de son cerveau, qui considérait toutes ces extravagances. Cette persistance d'une pensée lucide pendant que prévalait la psychose venait à s'exprimer d'une très curieuse façon ; lorsque la patiente, les phénomènes hystériques étant terminés, était dans une dépression passagère, elle avançait, parmi d'autres appréhensions et auto-accusations puérides, également celle-ci : elle n'était pas du tout malade et tout n'avait été que simulé. Des choses semblables, on le sait, se sont déjà maintes fois produites.

Lorsqu'au décours de la maladie les deux états de conscience ont conflué en un seul, les patients se voient, en jetant un regard en

arrière, comme étant cette personnalité une et non partagée qui a eu connaissance de toute cette absurdité, et ils sont d'avis qu'ils auraient pu l'empêcher s'ils l'avaient voulu, qu'ils auraient donc commis ces désordres intentionnellement. — Cette persistance de la pensée normale pendant l'état second pourrait d'ailleurs avoir, du point de vue quantitatif, énormément oscillé et même en grande partie ne pas avoir existé.

J'ai déjà décrit le fait merveilleux que, du début jusqu'à la terminaison de l'affection, tous les stimuli issus de l'état second et leurs conséquences étaient éliminés durablement par l'expression verbale dans l'hypnose, et je n'ai rien à y ajouter, si ce n'est l'assurance que ce ne saurait avoir été mon invention que j'aurais suggérée à la patiente ; au contraire, j'en étais surpris au plus haut point, et ce n'est que lorsqu'une série de liquidations spontanées se produisit que se développa en moi, partant de là, une technique thérapeutique.

La guérison finale de l'hystérie mérite encore quelques mots. Elle se produisit de la manière décrite, moyennant une notable agitation de la malade et une aggravation de son état psychique. La ferme impression qu'on avait, c'est qu'en foule des productions de l'état second qui ont somnolé se pressent à présent dans la conscience, sont remémorées, même si c'est de nouveau d'abord dans la « condition seconde »<sup>a</sup>, qui obèrent et inquiètent cependant l'état normal. Reste à savoir si dans d'autres cas aussi une psychose, par laquelle se termine une hystérie chronique, n'a pas la même origine.

## II

MADAME EMMY V. N..., QUARANTE ANS, DE LIVONIE  
(S. Freud)

Le 1er mai 1889<sup>b</sup>, je devins le médecin d'une dame d'environ quarante ans dont le mal comme la personnalité m'inspirèrent tant d'intérêt que je lui consacrai une grande partie de mon temps et me

a. En français dans le texte.

b. Selon la *SE* plus vraisemblablement 1888.

donnai pour tâche son rétablissement. C'était une hystérique qui pouvait très facilement être mise dans un état somnambulique et quand je notai cela, je me décidai à appliquer sur elle le procédé breuerien d'exploration dans l'hypnose, que je connaissais par les communications de Breuer sur l'histoire de guérison de sa première patiente. Ce fut ma première tentative dans le maniement de cette méthode thérapeutiques, j'étais encore bien loin de la maîtriser et, de fait, je n'ai ni poussé assez loin ni poursuivi selon un plan suffisamment établi l'analyse des symptômes de maladie. C'est en restituant les notes que j'ai prises tous les soirs pendant les trois premières semaines du traitement que je réussirai peut-être le mieux à montrer concrètement l'état de la malade et ma démarche médicale. Là où l'expérience acquise ultérieurement m'a rendu possible une meilleure compréhension, je l'indiquerai par des notes et des remarques intercalées.

Z00

<sup>fer</sup> mai 1889. Je trouve une femme d'apparence encore jeune, avec un visage aux traits fins et au modelé caractéristique, étendue sur le divan, un petit traversin de cuir sous la nuque. Son visage a une expression tendue, douloureuse, elle a les yeux qui clignent, le regard baissé, le front fortement plissé, les plis nasolabiaux creusés. Elle parle comme avec peine, à voix basse, interrompue à l'occasion par un blocage spasmodique de la parole allant jusqu'au bégaiement. En même temps, elle maintient entrecroisés ses doigts qui présentent une agitation incessante à type d'athétosech. De fréquents tressaillements, ayant le caractère de tics, dans le visage et sur les muscles du cou, dont certains ressortent avec relief, en particulier le sterno cléido-mastoïdien droit. De plus, elle s'interrompt fréquemment en parlant pour produire un clappement particulier que je ne puis imiter<sup>1</sup>.

Ce qu'elle dit est tout à fait cohérent et témoigne manifestement d'une culture et d'une intelligence peu communes. Il est d'autant plus déconcertant qu'elle s'interrompt brusquement toutes

1. Ce clappement comportait plusieurs moments ; l'ayant entendu, des confrères versés dans l'art de la chasse en comparèrent le son final à celui du cri d'appel du coq de bruyère.

a. Cf *infra*, p. 124, n. 1.

b. Mouvements involontaires apparentés à la chorée.

les cinq minutes, que son visage se crispe en une expression de terreur et de dégoût, que sa main se tend vers moi, les doigts écartés et recourbés, et qu'en même temps, d'une voix changée et emplie d'angoisse, elle me lance ces mots : « Restez tranquille — ne dites rien — ne me touchez pas ! » Elle est vraisemblablement sous l'impression d'une hallucination pleine d'horreur qui fait retour et, par cette formule, elle se défend contre l'immixtion de ce qui est étranger<sup>1</sup>. Puis cet intermède prend fin tout aussi brusquement et la malade continue son discours, sans donner suite à l'excitation qui était là juste avant, sans expliquer ni excuser son comportement, donc vraisemblablement sans même avoir remarqué 101 l'interruption<sup>2</sup>.

Voici ce que j'apprends la concernant : sa famille, originaire d'Allemagne centrale, est établie depuis deux générations dans les provinces russes de la Baltique, où elle est riche en biens. Ils étaient quatorze enfants, elle-même est la treizième, mais seuls quatre d'entre eux sont encore en vie. Elle a été élevée avec soin, mais avec beaucoup de contraintes, par une mère sévère et par trop énergique. À vingt-trois ans, elle épousa un homme des plus doués et des plus capables qui, dans la grande industrie, s'était acquis une position éminente, mais était beaucoup plus âgé qu'elle. Il mourut brusquement d'une attaque cardiaque, après un mariage de courte durée. Cet événement, aussi bien que l'éducation de ses deux filles, âgées à présent de seize et quatorze ans, qui sous bien des rapports étaient malades et souffraient de troubles nerveux, voilà ce qu'elle désigne comme étant les causes de sa maladie. Depuis la mort de son mari, il y a quatorze ans, elle a toujours été malade, avec plus ou moins d'intensité. Il y a quatre ans, une cure de massage, associée à des bains électriques, lui avait apporté un soulagement passager, sinon,

1. Ces paroles correspondaient de fait à une formule de protection qui trouvera aussi son explication dans ce qui suit. J'ai depuis observé de semblables formules de protection chez une mélancolique qui tentait de maîtriser de cette manière ses pensées torturantes (souhaits que quelque malheur puisse frapper son mari, sa mère, blasphèmes, etc.).

2. Il s'agissait d'un délire hystérique alternant avec l'état de conscience normal, de la même façon qu'un véritable tic s'insinue dans un mouvement volontaire sans le perturber et sans se mélanger avec lui.

tous ses efforts pour recouvrer sa santé étaient restés sans succès. Elle a beaucoup voyagé et elle a des intérêts vifs et nombreux. Actuellement elle habite un manoir au bord de la Baltique, à proximité d'une grande ville. Depuis des mois, de nouveau gravement souffrante, d'humeur dépressive et insomniaque, tourmentée par des douleurs, elle a cherché en vain une amélioration à Abbaziaa, elle est depuis six semaines à Vienne, en traitement jusqu'à présent auprès d'un éminent médecin.

Sans formuler aucune objection, elle accepte la proposition que je lui fais de se séparer des deux jeunes filles, qui ont leur gouvernante, et d'entrer dans une maison de santé où je peux la voir tous les jours.

102

Le 2 mai au soir, je lui rends visite dans la maison de santé. Ce qui me frappe, c'est qu'elle a un très violent sursaut d'effroi chaque fois qu'une porte s'ouvre inopinément. C'est pourquoi je fais en sorte que les médecins de l'établissement qui lui rendent visite et le personnel soignant frappent fort et qu'ils n'entrent pas avant qu'elle n'ait crié : « Entrez ». Pourtant elle fait la grimace et tressaille encore chaque fois que quelqu'un entre.

Sa plainte principale porte aujourd'hui sur une sensation de froid et sur des douleurs à la jambe droite qui partent du dos au-dessus de la crête iliaque. Je prescris des bains chauds et je lui ferai des massages sur tout le corps deux fois par jour.

Elle est remarquablement apte à l'hypnose. Je place un doigt devant ses yeux, lui donne l'ordre : Dormez !, et elle se laisse tomber en arrière avec une expression de stupeur et de confusion. Je suggère le sommeil, l'amélioration de tous les symptômes, etc., ce qu'elle écoute, les yeux fermés, mais avec une attention indéniablement concentrée, tandis que sa mine se détend peu à peu et prend une expression apaisée. Après cette première hypnose, il subsiste un souvenir obscur de mes paroles ; dès la deuxième, apparaît un somnambulisme complet (amnésie). Je lui avais annoncé que je l'hypnotiserais, et elle y consentit sans résistance. Elle n'a encore jamais été hypnotisée, mais je peux supposer qu'elle fait des lectures sur l'hyp-

a. Station balnéaire de l'Adriatique, actuelle Opatija.

nose, bien que je ne sache pas quelle représentation elle s'était faite de l'état hypnotique'.

Le traitement par bains chauds, par massages biquotidiens et par suggestion hypnotique se poursuivait les jours suivants. Elle dormait bien, se remettait à vue d'oeil, passait la majeure partie de la journée calmement allongée dans son lit de malade. Il ne lui était pas interdit de voir ses enfants, de lire ni de faire sa correspondance. 103

Le 8 mai au matin, apparemment tout à fait normale, elle m'entretient d'horribles histoires d'animaux. Elle a lu dans la *Frankfurter Zeitung*, posée devant elle sur la table, qu'un apprenti a ligoté un garçon et lui a mis une souris blanche dans la bouche. Celui-ci en serait mort d'effroi. Le D' K... lui aurait raconté qu'il avait envoyé à Tiflis toute une caisse remplie de rats blancs. À ce moment-là, tous les signes de terreur font leur apparition avec le maximum de relief. Sa main se contracte plusieurs fois de suite. — « Restez tranquille, ne dites rien, ne me touchez pas ! — Et si un pareil animal était dans mon lit ! (Terreur.) Vous vous imaginez, quand on déballe la caisse ! Il s'y trouve un rat mort, un rat tout-ron-gé ! »

Dans l'hypnose, je m'efforce de chasser ces hallucinations d'animaux. Pendant qu'elle dort, je prends la *Frankfurter Zeitung*; je trouve effectivement l'histoire d'un jeune apprenti maltraité, mais sans qu'il s'y mêle des souris ou des rats. Cela, elle l'a donc, pendant la lecture, ajouté par délire.

Le soir, je lui ai parlé de notre entretien sur les souris blanches. Elle n'en sait rien, elle est très étonnée et elle rit de bon coeur<sup>2</sup>.

1. Chaque fois qu'elle s'éveillait de l'hypnose, elle regardait un instant tout autour d'elle, comme frappée de confusion, posait alors les yeux sur moi, semblait avoir retrouvé ses esprits, chaussait les lunettes qu'elle avait enlevées avant de s'endormir, et elle était alors enjouée et s'était tout à fait ressaisie. Bien qu'au cours du traitement qui, cette année-là, occupa sept semaines et huit l'année suivante, nous ayons parlé ensemble de tous les sujets possibles et qu'elle ait été endormie par moi presque deux fois par jour, jamais pourtant elle ne m'adressa une question ou une remarque sur l'hypnose, et elle semblait, dans l'état de veille, faire tout son possible pour ignorer le fait qu'elle était hypnotisée.

2. Cette soudaine intercalation d'un délire dans l'état éveillé n'avait rien de rare chez elle et elle se répéta encore souvent tandis que je l'observais. Elle avait coutume de se plaindre de ce qu'elle donnait souvent dans la conversation les réponses les plus contournées, si bien que ses gens ne la comprenaient pas. Lors de notre première visite, elle répondit très sérieusement à la question portant sur son âge : Je suis une femme du

L'après-midi, il y avait eu ce qu'elle appelait une « contracture de la nuque »<sup>1</sup>, mais « de courte durée, deux heures seulement ».

104 Le 8 mai au soir, je l'invite dans l'hypnose à parler, ce qu'elle réussit à faire après quelque effort. Elle parle doucement, réfléchit chaque fois un moment avant de donner une réponse. Sa mine se modifie suivant le contenu de son récit et devient calme dès que ma suggestion a mis fin à l'impression produite par son récit. Je demande pourquoi elle s'effraie si facilement. Elle répond : Ce sont des souvenirs de ma prime jeunesse. — Quand ? D'abord à cinq ans, lorsque mes frères et soeurs me lançaient très souvent des animaux morts, j'ai eu mon premier accès d'évanouissement, avec tressaillements, mais ma tante a dit que c'était abominable, qu'il n'est pas permis d'avoir de tels accès, et alors ils ont cessé. Puis à sept ans, lorsque, sans m'y attendre, j'ai vu ma soeur dans son cercueil, puis à huit ans, lorsque mon frère m'effrayait très fréquemment en faisant le fantôme avec des draps blancs, puis à neuf ans lorsque je vis ma tante dans son cercueil et que — brusquement — sa mâchoire inférieure s'affaissa.

Je lui pose la question de savoir pourquoi elle est tellement sujette à l'effroi, et la série des occasions traumatiques, qu'elle communique en réponse, est manifestement toute prête dans sa mémoire ; dans le bref moment entre ma question et sa réponse, elle n'aurait pu rassembler aussi vite ces occasions datant de diverses périodes temporelles de sa jeunesse. À la fin de chaque récit partiel, elle est prise de tressaillements généralisés et sa mine montre de l'effroi et de la terreur ; après le dernier récit, elle ouvre grand la bouche et cherche son souffle. Les mots qui communiquent le contenu effrayant de l'expérience vécue sont expulsés avec peine, dans un halètement ; après quoi, ses traits redeviennent calmes.

En réponse à ma question, elle confirme que pendant son récit elle voit devant elle, en relief et dans des couleurs naturelles, les scè-

siècle dernier. Des semaines plus tard, elle m'expliqua qu'elle avait à l'époque, dans son délire, pensé à une belle armoire ancienne que, dans son amour des vieux meubles, elle avait acquise au cours d'un voyage. C'est à cette armoire que se rapportait la datation qu'elle avait donnée, lorsque la question que je posai sur son âge donna lieu à une remarque de chronologie.

1. Une sorte de migraine.

nes en question. En général, dit-elle, elle pense très fréquemment à ces expériences vécues et, ces derniers jours aussi, elle y a de nouveau pensé. Dès qu'elle y pense, elle voit chaque fois la scène devant elle avec toute la vivacité de la réalité'. Je comprends maintenant pourquoi elle m'entretient si fréquemment de scènes d'animaux et d'images de cadavres. Ma thérapie consiste à dissiper ces images de telle façon qu'elle ne puisse pas les avoir de nouveau devant les yeux. Pour soutenir la suggestion, je lui effleure plusieurs fois les yeux. 105

9 mai au soir. Elle a bien dormi, sans nouvelle suggestion, mais elle a eu le matin des douleurs d'estomac. Les mêmes douleurs lui sont déjà venues hier dans le jardin où elle s'est attardée trop longtemps avec ses enfants. Elle permet que je restreigne la visite des enfants à deux heures et demie ; quelques jours auparavant, elle s'était fait des reproches pour avoir laissé les enfants seuls. Je la trouve aujourd'hui quelque peu excitée, front plissé, clappement et blocage de la parole. Pendant le massage, elle nous raconte que la gouvernante des enfants lui a apporté un atlas historico-culturel et qu'elle a été très violemment effrayée par des images qui y présentent des Indiens déguisés en animaux. « Pensez donc, s'ils prenaient vie ! » (Terreur.)

Dans l'hypnose je demande pourquoi elle s'est tellement effrayée devant ces images alors que, pourtant, elle n'a plus peur des animaux. Elles lui avaient rappelé, dit-elle, les visions qu'elle avait eues à la mort de son frère. (Elle avait dix-neuf ans.) Je réserve ce souvenir pour plus tard. Je lui demande ensuite si elle a toujours parlé avec ce bégaiement et depuis quand elle a ce tic (le clappement particulier)<sup>2</sup>. Le bégaiement est une manifestation de la maladie, et le tic, elle l'a depuis cinq ans, depuis qu'elle a été un jour au chevet de sa fille cadette gravement malade et qu'elle a voulu observer un calme absolu. — J'essaie d'affaiblir la significativité de ce souvenir ; après tout, il n'était rien arrivé à sa fille, etc. Elle : Ça revient à 106

1. Cette remémoration en images visuelles vivaces, beaucoup d'autres hystériques nous l'ont signalée en soulignant ce fait, tout particulièrement pour les souvenirs pathogènes.

2. À l'état de veille, l'interrogeant sur l'origine du tic, j'avais obtenu la réponse : Je ne sais pas ; oh ! il y a déjà très longtemps.

chaque fois, quand elle s'angoisse ou qu'elle s'effraie. — Je lui donne la consigne de ne plus avoir peur des images d'Indiens et bien plutôt d'en rire de bon coeur et d'attirer ma propre attention là-dessus. C'est bien d'ailleurs ce qui se passe après le réveil ; elle cherche le livre, demande si vraiment je l'ai déjà lu, me l'ouvre à cette page et rit à gorge déployée devant les figures grotesques, sans aucune angoisse, avec des traits tout à fait détendus. Le Dr Breuer arrive soudain en visite, accompagné du médecin de l'établissement. Elle s'effraie et clappe de la langue, si bien que tous deux nous quittent très vite. Elle explique son excitation par le fait qu'elle est désagréablement touchée chaque fois que le médecin de l'établissement apparaît lui aussi.

J'avais en outre, dans l'hypnose, enlevé par effleurement la douleur d'estomac, et j'avais dit que, bien sûr, elle attendrait après le repas le retour de la douleur, mais que celle-ci ne viendrait pourtant pas.

Le soir. Pour la première fois elle est enjouée et loquace, elle développe un humour que je n'aurais pas pensé trouver chez cette femme sérieuse et, ressentant pleinement l'amélioration de son état, elle se moque entre autres du traitement du médecin qui m'a précédé. Elle aurait eu depuis longtemps déjà l'intention de se soustraire à ce traitement, mais n'avait pu trouver la forme pour le faire jusqu'à ce qu'une remarque fortuite du D<sup>r</sup> Breuer, qui un jour lui rendait visite, lui fournît une porte de sortie. Comme je parais étonné de cette communication, elle s'effraie, se fait les plus violents reproches pour avoir commis une indiscretion, mais elle se laisse apparemment apaiser par moi. — Aucune douleur d'estomac, bien qu'elle s'y soit attendue.

Dans l'hypnose, je m'enquiers d'autres expériences vécues à l'occasion desquelles elle a ressenti un effroi tenace. Elle fournit, aussi promptement que pour la première, une seconde série datant de sa jeunesse, quelques années plus tard, et encore une fois, elle assure qu'elle voit toutes ces scènes devant elle, fréquemment, avec vivacité et en couleurs. Comment elle a vu conduire sa cousine à l'asile d'aliénés (elle avait quinze ans) ; elle voulait appeler à l'aide, mais ne pouvait pas, et elle perdit la parole jusqu'au soir de cette journée. Étant donné qu'elle parle si fréquemment d'asiles dans sa conversa-

don à l'état de veille, je l'interromps et m'enquiers des autres circonstances dans lesquelles il a été question d'aliénés. Elle raconte que sa mère a séjourné elle-même quelque temps à l'asile. Ils avaient eu un jour, dit-elle, une servante dont la maîtresse avait séjourné longtemps à l'asile et qui avait coutume de lui raconter des histoires à faire frémir, comment là-bas les malades étaient ligotés sur des chaises, étaient châtiés, etc. À ce récit, ses mains se contractent de terreur, elle voit tout cela devant ses yeux. Je m'efforce de corriger les représentations qu'elle se fait d'un asile, je l'assure qu'elle pourra entendre parler d'un tel établissement sans y voir le moindre rapport avec elle, et alors son visage se détend.

Elle poursuit l'énumération de ses souvenirs effrayants : comment (à quinze ans) elle a trouvé, frappée d'une attaque, gisant sur le sol, sa mère, qui vécut encore quatre ans après cela, et comment, à l'âge de dix-neuf ans, elle est revenue un jour à la maison et y a trouvé sa mère morte, le visage convulsé. Affaiblir ces souvenirs me réserve naturellement des difficultés plus grandes ; après une assez longue discussion, je l'assure que même cette image, elle ne la reverra qu'estompée et sans force. — Ensuite, comment, à dix-neuf ans, elle a trouvé un crapaud sous une pierre qu'elle avait soulevée et comment, là-dessus, elle a perdu la parole pendant des heures'.

Je me convaincs, dans cette hypnose, qu'elle sait tout ce qui s'est passé dans l'hypnose précédente, alors qu'à l'état de veille elle n'en sait rien.

Le 10 mai au matin : Elle a pris aujourd'hui, pour la première fois, au lieu d'un bain chaud, un bain de son. Je la trouve le visage contrarié et renfrogné, les mains enveloppées dans un châle, se plaignant du froid et de douleurs. Interrogée sur ce qu'elle a, elle raconte qu'elle est restée assise de façon inconfortable dans la petite baignoire et qu'elle en a eu des douleurs. Au cours du massage, elle commence à raconter qu'effectivement elle s'afflige d'avoir trahi la veille le D<sup>r</sup> Breuer. Je l'apaise au moyen d'un pieux mensonge : je le savais depuis le début, et par là son émoi (clappement, contracture du visage) est dissipé. Ainsi à chaque fois, déjà pendant le massage,

108

1. Il a sans doute dû se rattacher au crapaud une symbolique particulière que je n'ai malheureusement pas tenté d'approfondir.

mon influence se fait sentir, elle devient plus calme et plus lucide, et même sans questionnement sous hypnose, elle trouve les raisons de chacune de ses humeurs dépressives. Même la conversation qu'elle a avec moi pendant le massage n'est pas aussi dépourvue d'intentions qu'il y paraît ; elle contient au contraire la reproduction relativement complète des souvenirs et des nouvelles impressions qui l'ont influencée depuis notre dernière conversation et elle aboutit, souvent tout à fait inopinément, à des réminiscences dont Emmy se défait spontanément par la parole. C'est comme si elle s'était approprié mon procédé et qu'elle utilisât pour compléter l'hypnose la conversation apparemment sans contrainte et guidée par le hasard. Elle en vient ainsi, par ex., à parler aujourd'hui de sa famille et, par toutes sortes de détours, elle en arrive à l'histoire d'un cousin, qui était un être bizarre et borné et à qui ses parents firent arracher toutes les dents en une seule séance. Elle accompagne ce récit par des gestes de terreur et en répétant plusieurs fois sa formule de protection (Restez tranquille ! — Ne dites rien ! — Ne me touchez pas !) Après cela, sa mine se détend et elle est enjouée. Ainsi son comportement pendant l'état de veille est-il bien guidé par les expériences qu'elle a faites dans le somnambulisme, et dont elle croit ne rien savoir à l'état de veille.

109 Dans l'hypnose je répète la question de savoir ce qui l'a rendue d'humeur dépressive et j'obtiens les mêmes réponses mais dans l'ordre inverse : 1) son bavardage d'hier ; 2) les douleurs dues à l'inconfort de la position assise dans la baignoire. — Je demande aujourd'hui ce que signifient les expressions : Restez tranquille, etc. Elle explique que, lorsqu'elle a des pensées anxieuses, elle a peur d'être interrompue dans le cours de ses pensées, parce que tout devient alors confus et pire encore. Le « Restez tranquille » se rapporte au fait que les figures d'animaux qui lui apparaissent dans ses mauvais états se mettent en mouvement et se précipitent sur elle quand quelqu'un fait un mouvement devant elle ; enfin, l'avertissement : « Ne me touchez pas » vient des expériences vécues suivantes : comment son frère était si malade à cause de toute cette morphine et avait des accès si affreux (elle avait dix-neuf ans), comment il l'avait si souvent empoignée brusquement ; puis, quelqu'un de sa connaissance était un jour brusquement devenu fou dans sa maison

et l'avait saisie par le bras ; (un troisième cas semblable dont elle ne se souvient pas plus précisément), et enfin, comment (elle avait alors vingt-huit ans), alors que sa petite était si malade, elle l'avait si violemment empoignée dans son délire qu'elle aurait presque étouffé. Ces quatre cas — malgré les grandes différences de date —, elle les a racontés en une seule phrase et si vite l'un derrière l'autre, comme s'ils formaient un unique événement en quatre actes. Toutes les communications qu'elle fait de ces traumas ainsi groupés débutent d'ailleurs par « comment », et les traumas partiels isolés sont reliés entre eux par « et ». Comme je remarque que la formule de protection est destinée à la prémunir contre le retour de semblables expériences vécues, je lui enlève cette peur par suggestion, et je n'ai effectivement plus jamais entendu cette formule dans sa bouche.

Le soir je la trouve très enjouée. Elle raconte en riant qu'elle a été effrayée dans le jardin par un petit chien qui avait aboyé contre elle. Pourtant son visage est un peu crispé et on note une excitation intérieure qui disparaît seulement après qu'elle m'a demandé si j'avais mal pris une remarque de sa part, faite pendant le massage du matin, et après que j'ai répondu par la négative. Les règles sont venues aujourd'hui après un arrêt d'à peine quatorze jours. Je lui promets une régulation par suggestion hypnotique et détermine dans 110 l'hypnose un intervalle de vingt-huit jours<sup>1</sup>.

Dans l'hypnose je lui demande encore si elle se souvient de ce qu'elle m'a raconté en dernier lieu et j'ai alors en tête une tâche qu'il nous reste à accomplir depuis hier soir. Mais elle commence comme il convient par le « ne me touchez pas » de l'hypnose de la matinée. Je la ramène donc au thème du jour précédent. J'avais demandé d'où provenait le bégaiement et j'avais obtenu en réponse : Je ne sais pas<sup>2</sup>. C'est pourquoi je lui avais donné la consigne de s'en souvenir jusqu'à l'hypnose d'aujourd'hui. Elle répond donc aujourd'hui sans plus réfléchir, mais dans une grande excitation et avec

1. Ce qui d'ailleurs se vérifia.

2. La réponse : « Je ne sais pas » pouvait bien être exacte, mais pouvait tout aussi bien signifier le déplaisir à parler des raisons profondes. J'ai fait plus tard auprès d'autres malades l'expérience que, même dans l'hypnose, ils se souvenaient d'autant plus difficilement de quelque chose qu'ils avaient déployé plus d'efforts pour repousser hors de leur conscience l'événement en question.

une parole rendue difficile par des spasmes : Comment un jour les chevaux se sont emballés avec la voiture dans laquelle les enfants étaient assis et comment une autre fois j'ai traversé la forêt avec les enfants pendant un orage et que la foudre est tombée sur un arbre devant les chevaux et les chevaux ont pris peur et que je me suis dit : il faut maintenant que tu restes tout à fait tranquille, sinon tu vas effrayer encore davantage les chevaux par tes cris et le cocher ne pourra plus du tout les retenir : c'est à partir de ce moment-là que c'est apparu. Ce récit l'a énormément excitée ; j'apprends d'elle encore que le bégaiement est apparu aussitôt après la première des deux occasions, mais qu'il avait disparu peu de temps après pour devenir permanent à partir de la deuxième occasion analogue. J'efface le souvenir en relief de ces scènes, mais je l'invite à se les représenter encore une fois. Apparemment elle essaie de le faire tout en restant calme ; en outre, à partir de ce moment-là, elle parle dans l'hypnose sans aucun blocage spasmodique'.

t i La trouvant disposée à me donner des renseignements, je pose de nouveau la question de savoir quels autres événements de sa vie l'ont encore effrayée au point qu'elle en ait conservé le souvenir en relief. Elle répond par toute une collection de semblables expériences vécues : comment, un an après la mort de sa mère, elle était chez une Française de ses amies, que là-bas on l'a envoyée, avec une autre jeune fille, chercher un dictionnaire dans la pièce voisine et qu'elle a vu alors se dresser hors du lit une personne qui ressemblait exactement à celle qu'elle venait de quitter. Elle en est restée clouée sur place. Elle apprend plus tard que c'était une poupée qui avait été installée là. J'explique cette apparition comme une hallucination, j'en appelle à sa clairvoyance et son visage se détend.

Comment elle a soigné son frère malade et qu'à cause de la morphine il a eu des accès si affreux, pendant lesquels il l'effrayait en l'empoignant. Je note qu'elle a déjà parlé ce matin de cette expé-

1. Comme on l'apprend ici, le clappement de langue semblable à un tic et le bégaiement spasmodique de la patiente sont deux symptômes qui renvoient à des circonstances occasionnantes semblables et à un mécanisme analogue. Dans un petit article intitulé « Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur la contre-volonté hystérique » (*Zeitschrift für Hypnotismus*, t. I) [*GW*, I ; *OCF.P*, I], j'ai prêté attention à ce mécanisme et j'y reviendrai d'ailleurs encore ici. [*C&* *infra*, p. 110 sq.]

rience vécue et c'est pourquoi, à titre de vérification, je lui demande quelle autre fois encore on l'a ainsi « empoignée ». Je suis heureusement surpris qu'elle réfléchisse cette fois longuement pour me répondre et qu'elle finisse par demander, sans être sûre d'elle-même : la petite ? Des deux autres occasions elle ne peut pas se souvenir. Mon interdiction, l'effacement du souvenir, a donc agi. Elle continue : comment elle a soigné son frère et que brusquement sa tante a passé la tête toute pâle par-dessus le paravent, elle qui était venue pour la convertir à la foi catholique. — Je note qu'ici je suis parvenu à la racine de sa peur constante des surprises, et je demande quand celles-ci se sont encore produites. — Comment ils avaient à la maison un ami qui aimait se glisser tout doucement dans la pièce et qui alors, brusquement, était là debout ; comment, après la mort de sa mère, elle tomba si malade, comment elle se rendit dans une ville d'eau et que là, dans la nuit, une malade mentale se rendit plusieurs fois par erreur dans sa chambre et jusqu'à son lit ; et enfin comment, pendant son voyage d'Abbazia à ici, quelqu'un d'étranger ouvrit quatre fois brusquement la porte de son compartiment et la regarda chaque fois fixement. Elle s'en effraya tellement qu'elle appela le contrôleur.

112

J'efface tous ces souvenirs, la réveille et l'assure qu'elle dormira bien cette nuit, après m'être abstenu d'exercer sur elle la suggestion correspondante dans l'hypnose. L'amélioration de son état général est attestée par sa remarque qu'elle n'a rien lu aujourd'hui, qu'elle vit tellement dans un rêve heureux, elle qui d'ordinaire, en raison de son agitation intérieure, devait constamment faire quelque chose.

11 mai de bonne heure. C'est pour aujourd'hui qu'est prévu le rendez-vous avec le D<sup>r</sup> N..., gynécologue, qui doit examiner sa fille aînée pour des troubles menstruels incommodants. Je trouve Madame Emmy dans une relative agitation, mais qui se manifeste maintenant par des signes corporels moindres qu'auparavant ; elle s'exclame aussi de temps à autre : J'ai de l'angoisse, une telle angoisse, je crois que je vais mourir. Devant quoi a-t-elle donc de l'angoisse, devant le D<sup>r</sup> N... ? Elle ne le sait pas, dit-elle, elle ne fait qu'avoir de l'angoisse. Dans l'hypnose que j'entreprends avant même l'arrivée du confrère, elle avoue qu'elle a peur de m'avoir blessé par un propos qu'elle a tenu hier pendant le massage et qui

lui a semblé impoli. Elle a également peur de tout ce qui est nouveau, donc également du nouveau docteur. Elle se laisse apaiser, sur-saute, il est vrai, plusieurs fois devant le D<sup>r</sup> N..., mais sinon elle se conduit bien et ne manifeste ni clappement ni inhibition de la parole. Après le départ de celui-ci, je la mets une nouvelle fois en hypnose pour enlever les éventuels restes de l'excitation due à sa visite. Elle est elle-même très satisfaite de son comportement, place de grands espoirs dans le traitement du médecin, et je cherche à lui  
113 montrer par cet exemple qu'il n'y a pas à avoir peur du nouveau, puisqu'il renferme lui aussi du bon'.

Le soir, elle est très enjouée et elle se débarrasse de nombreux scrupules dans l'entretien qui précède l'hypnose. Dans l'hypnose, je demande quel événement de sa vie a exercé l'effet le plus persistant et émerge le plus souvent chez elle sous forme de souvenir. — La mort de son mari. Je me fais raconter par elle cette expérience vécue avec tous les détails, ce qu'elle fait avec tous les signes du plus profond bouleversement, mais sans aucun clappement ni bégaïement.

Comment un jour, en un endroit de la Riviera qu'ils aimaient beaucoup tous les deux, ils franchirent un pont, et que lui fut frappé d'une crise cardiaque, s'effondra brusquement, restant ainsi quelques minutes comme inanimé pour se relever ensuite en parfait état. Comment ensuite, peu de temps après, alors qu'elle était avec la petite dans son lit d'accouchée, son mari qui prenait son déjeuner du matin à une petite table devant son lit et lisait son journal, se leva brusquement, la regarda d'une façon tellement étrange, fit quelques pas, puis tomba mort sur le sol. Elle sauta du lit ; les médecins qu'on était allé chercher avaient fait des tentatives pour le réanimer, et elle avait tout entendu depuis la pièce voisine ; mais tout cela en vain. Elle continue alors : Et comment l'enfant, alors âgée de quelques semaines, était tombée tellement malade et était restée malade six mois durant, temps pendant lequel elle-même avait été alitée avec une forte fièvre ; — et suivent à présent, dans l'ordre chronologique, ses griefs contre cette enfant, griefs proférés précipitamment avec,

1. Toutes ces suggestions, sous forme de leçons, ont échoué dans le cas de Madame Emmy, comme la suite l'a montré.

sur le visage, une expression d'irritation, comme lorsqu'on parle de quelqu'un dont on a fini par être excédé. L'enfant avait été très étrange pendant un long temps, n'avait cessé de crier et n'avait pas dormi, avait eu une paralysie de la jambe gauche dont on avait presque désespéré qu'elle guérît. À quatre ans elle avait eu des visions, elle n'avait marché que tardivement et avait parlé tardivement, si bien qu'on la considéra longtemps comme idiote ; selon les dires des médecins, elle avait eu une inflammation du cerveau et de la moelle épinière et on ne sait quoi encore. Je l'interromps ici, attire son attention sur le fait que cette même enfant est aujourd'hui normale et florissante, et lui enlève la possibilité de voir de nouveau toutes ces choses tristes, non seulement en effaçant le souvenir en relief, mais encore en détachant de sa mémoire la réminiscence tout entière, comme si elle n'y avait été jamais présente. Je lui promets que grâce à cela cesseront et l'attente du malheur qui la tourmente constamment et les douleurs dans tout le corps dont elle venait de se plaindre dans son récit, alors que depuis plusieurs jours il n'en avait pas été question'.

114

À ma grande surprise, immédiatement après cette suggestion que je lui fais, elle commence à parler du prince L...<sup>a</sup> dont l'évasion d'un asile d'aliénés avait à l'époque fait beaucoup parler, elle commence à débiter de nouvelles représentations d'angoisse sur les asiles d'aliénés, disant que les gens y sont traités par des douches glacées sur la tête, mis dans un appareil où on les fait tourner jusqu'à ce qu'ils soient calmes. Il y a trois jours, alors qu'elle se plaignait pour la première fois de sa peur des asiles, je l'avais interrompue après le premier récit selon lequel les malades y étaient attachés sur des sièges. Je note qu'ainsi je n'obtiens rien, qu'il ne me sera quand même pas épargné de l'écouter sur tous les points jusqu'au bout. Une fois rat-

1. Dans mon énergie je suis sans doute, cette fois, allé trop loin. Un an et demi plus tard encore, lorsque je revis Madame Emmy dans un état de santé relativement bon, elle se plaignit auprès de moi en ces termes : Il était curieux qu'elle ne puisse se souvenir que de manière extrêmement imprécise de certains moments très importants de sa vie. Elle y voyait une preuve de la diminution de sa mémoire, alors que je devais me garder de lui donner l'explication de cette amnésie spécifique. Le succès décisif de la thérapie sur ce point venait sans doute aussi de ce que je me faisais raconter ce souvenir avec tant de détails (beaucoup plus de détails que ces notes n'en ont conservé), alors que d'habitude je me contentais trop souvent de simples évocations.

a. Sans doute Louis II de Wittelsbach (Louis II de Bavière).

trapé cet arriéré, je lui enlève aussi les nouvelles images d'effroi, j'en appelle à sa clairvoyance et au fait que, tout de même, elle peut me croire moi, plutôt que la jeune fille idiote dont elle tient les histoires

115 *à* faire frémir sur la façon dont sont aménagés les asiles d'aliénés. Comme, dans les suppléments qu'elle apporte, je remarque cependant à l'occasion un certain bégaiement, je lui demande à nouveau d'où provient ce bégaiement. — Pas de réponse. — Vous ne le savez pas ? — Non. — Ah bon, pourquoi non ? — Pourquoi ? Parce que je n'ai pas le droit (cela proféré avec violence et irritation). Je crois voir dans ce propos un succès de ma suggestion, mais elle exprime la demande d'être réveillée de l'hypnose, ce à quoi je consens<sup>1</sup>.

12 mai. Contrairement à mon attente, son sommeil a été bref et mauvais. Je la trouve dans une grande angoisse, du reste sans les signes corporels habituels. Elle ne veut pas dire ce qu'elle a ; seulement qu'elle a fait de mauvais rêves et qu'elle continue encore à voir les mêmes choses. « Que ce serait affreux si elles devaient prendre vie ! » Pendant le massage, elle liquide certains points par des questions, redevient enjouée, raconte quel commerce elle entretient avec les gens dans sa résidence de veuve sur la Baltique, elle parle des hommes importants de la ville voisine qu'elle a coutume d'inviter, etc.

Hypnose. Elle a fait des rêves effrayants, les pieds des chaises et les dossiers des sièges étaient tous des serpents, un monstre à bec de vautour s'était précipité sur elle pour la déchiqueter et lui dévorer le corps, d'autres animaux sauvages avaient sauté sur elle, etc. Puis elle passe aussitôt à d'autres délires d'animaux qu'elle différencie en ajoutant : Ça, c'était réel (pas un rêve). Comment elle avait voulu autrefois saisir une pelote de laine et celle-ci était une souris et elle

116 s'enfuyait, et comment, lors d'une promenade, un gros crapaud avait

1. Je n'ai compris cette petite scène que le jour suivant. Sa nature récalcitrante qui, à l'état de veille comme dans le sommeil artificiel, se cabrait contre toute contrainte, l'avait rendue furieuse de ce que j'aie considéré son récit comme achevé et que je l'aie interrompue par ma suggestion qui y mettait un terme. J'ai de nombreuses autres preuves de ce qu'elle surveillait de façon critique mon travail dans sa conscience hypnotique. Vraisemblablement, elle voulait me reprocher de la déranger aujourd'hui dans son récit, comme je l'avais dérangée auparavant à propos des atrocités des asiles d'aliénés, mais elle n'osait pas le faire, au contraire elle apportait ces suppléments apparemment sans transition, sans trahir le cheminement de pensée qui les reliait. Le jour suivant, une remontrance vint m'éclairer alors sur mon intervention fautive.

brusquement sauté sur elle, etc. Je note que mon interdiction générale n'a produit aucun fruit et que je suis obligé de lui enlever une à une ces impressions d'angoisse'. Par un moyen ou par un autre, j'en vins ensuite à lui demander pourquoi elle avait eu aussi des douleurs d'estomac et d'où celles-ci provenaient. Je crois que les douleurs d'estomac accompagnaient chez elle tout accès de zoopsie. Sa réponse assez réticente fut qu'elle ne le savait pas. Je lui donnai la consigne de s'en souvenir pour le lendemain. Alors elle me dit d'un ton fort grincheux que je devais, non pas toujours demander d'où venait ceci et cela, mais la laisser raconter ce qu'elle avait à me dire. J'y consens et elle poursuit sans préambule : Lorsqu'ils l'ont sorti de la pièce, je n'ai pas pu croire qu'il était mort. (Elle parle donc de nouveau de son mari et je reconnais maintenant comme raison de son humeur dépressive qu'elle a souffert d'avoir gardé pour elle le reste de cette histoire.) Et ensuite elle avait haï l'enfant trois ans durant parce qu'elle s'était toujours dit qu'elle aurait pu soigner et guérir son mari si elle n'avait pas été alitée à cause de l'enfant. Et ensuite elle n'avait eu après la mort de son mari que vexations et émois. Sa famille à lui, qui avait été constamment opposée au mariage et qui ensuite s'irritait de ce qu'ils vivaient si heureux, avait répandu le bruit qu'elle l'avait elle-même empoisonné, si bien qu'Emmy voulait demander une enquête. Avec l'aide d'un abominable gratte-papier, la famille lui avait intenté tous les procès possibles. Cette canaille envoyait des agents partout, qui montaient les gens contre elle, faisait passer des articles infamants contre elle dans les journaux locaux pour lui en envoyer ensuite les coupures. C'est de là que provenait sa crainte des gens et sa haine de toutes les personnes étrangères. Après les paroles apaisantes que je prononce à la suite de son récit, elle se déclare soulagée.

13 mai . Elle a de nouveau peu dormi à cause des douleurs d'estomac, n'a pas pris hier de repas du soir, se plaint aussi de douleurs dans le bras droit. Mais son humeur est bonne, elle est enjouée et me traite depuis hier avec une considération particulière. Elle veut

117

1. J'ai malheureusement négligé dans ce cas d'explorer la signification de la zoopsie, de chercher à séparer ce qui dans la peur des animaux relevait de la terreur primaire — telle qu'elle est, depuis leur jeunesse, propre à de nombreux névropathes — et ce qui relevait de la symbolique.

connaître mon jugement sur les choses les plus diverses qui lui paraissent importantes et tombe dans une excitation tout à fait disproportionnée lorsque je dois, par ex., chercher les serviettes dont on a besoin pendant le massage, etc. Clappement et tic du visage surviennent fréquemment.

Hypnose : Hier soir lui est brusquement venue à l'idée la raison pour laquelle les petits animaux qu'elle voit grandissent jusqu'à devenir gigantesques. Cela lui était arrivé pour la première fois au cours d'une représentation théâtrale à D... où il y avait sur scène un lézard gigantesque. Hier aussi ce souvenir l'avait tellement torturée<sup>1</sup>.

Si le clappement fait retour, cela vient de ce qu'elle a eu hier des douleurs au bas-ventre et qu'elle s'est efforcée de ne pas les trahir par des soupirs. Elle ne sait rien de la véritable occasion du clappement (cf. p. 71). Elle se souvient aussi que je lui ai donné pour tâche d'aller chercher d'où proviennent les douleurs d'estomac. Mais elle dit qu'elle ne le sait pas, elle me prie de l'aider. Je me demande si elle n'a pas un jour été forcée de manger après de grands émois. C'est bien cela. Après la mort de son mari, elle manqua durant une longue période de toute envie de manger, elle ne mangeait que par sentiment du devoir, et c'est alors que commencèrent effectivement les douleurs d'estomac. — Je lui enlève maintenant les douleurs d'estomac par quelques effleurements de l'épigastre. Elle commence alors spontanément à parler de ce qui l'a le plus affectée : « J'ai dit que je n'ai pas aimé la petite. Mais je dois ajouter qu'on ne pouvait pas le remarquer à mon comportement. J'ai fait tout ce qui était nécessaire. Je me reproche encore maintenant de préférer l'aînée. »

14 mai. Elle est à l'aise et enjouée, elle a dormi jusqu'à sept heures et demie du matin, se plaint seulement de quelques douleurs dans la région radiale de la main, de douleurs à la tête et au visage. L'expression verbale avant l'hypnose se fait de plus en plus significa-

1. Le signe mnésique visuel du grand lézard n'était certainement parvenu à cette significativité que du fait de sa conjonction temporelle avec un grand affect auquel elle doit avoir été soumise durant cette représentation théâtrale. Mais comme je l'ai déjà reconnu, je me suis fréquemment contenté, dans la thérapie de cette malade, d'enquêtes des plus superficielles et, dans ce cas non plus, je n'ai pas poussé plus loin ma recherche. Cela fait d'ailleurs penser à la macropsie hystérique. Madame Emmy était extrêmement myope et astigmatique et ses hallucinations pouvaient bien avoir été souvent provoquées par l'absence de netteté de ses perceptions visuelles.

tive. Elle n'a aujourd'hui presque rien d'affreux à apporter. Elle se plaint de douleurs et d'insensibilité à la jambe droite, raconte qu'en 1871 elle a fait une inflammation du bas-ventre, qu'ensuite, à peine rétablie, elle a soigné son frère malade et qu'à cette occasion elle a été prise par des douleurs qui ont même entraîné temporairement une paralysie du pied droit.

Dans l'hypnose, je lui demande s'il lui serait dès maintenant possible d'évoluer parmi les gens ou si la peur l'emporterait encore. Elle estime qu'il lui serait encore désagréable que quelqu'un se tienne derrière elle ou juste à côté d'elle, racontant dans ce contexte d'autres cas de surprises désagréables causées par des personnes surgissant brusquement. Ainsi, un jour, alors qu'elle faisait avec ses filles une promenade à **Rügena**, deux individus d'allure suspecte étaient sortis de derrière un buisson et les avaient insultées. À Abbazia, au cours d'une promenade vespérale, un mendiant avait fait irruption de derrière un rocher pour venir ensuite s'agenouiller devant elle. C'était probablement un fou inoffensif; elle parle encore d'une effraction nocturne dans son château isolé qui l'avait beaucoup effrayée.

Mais il est facile de noter que cette peur des gens remonte essentiellement aux persécutions auxquelles elle était exposée après la mort de son mari'.

Le soir. Apparemment très enjouée, elle me reçoit pourtant en s'exclamant : « Je meurs d'angoisse, oh, je peux à peine vous le dire, je me hais. » J'apprends pour finir que le **D<sup>r</sup>** Breuer lui a rendu visite et qu'à son apparition elle a sursauté. Lorsqu'il le remarqua, elle lui assura : Seulement cette fois, et ça lui a fait tellement de peine, par égard pour moi, d'avoir dû encore laisser voir ce reste d'ancienne propension à l'effroi ! Ces jours-là d'ailleurs, j'avais eu l'occasion de remarquer combien elle est rude envers elle-même, combien elle est toute prête à se faire de graves reproches pour les négligences les plus infimes — quand les serviettes pour les massages

119

1. J'étais alors enclin à faire l'hypothèse d'une provenance psychique pour tous les symptômes rencontrés dans une hystérie. Aujourd'hui je déclarerais névrotique le penchant à l'angoisse chez cette femme vivant dans l'abstinence. (Névrose d'angoisse.)

a. Île touristique de la mer Baltique.

ne sont pas à la même place, quand le journal que je dois lire pendant qu'elle dort n'est pas disposé à l'avance de manière à être bien en vue. Une fois déblayée la première strate — la plus superficielle — des réminiscences torturantes, sa personnalité vient au jour, une personnalité moralement hypersensible, marquée d'un penchant à l'autodépréciation, à laquelle je rappelle, à l'état de veille comme dans l'hypnose, ce qui est une paraphrase de la vieille sentence « *minima non carat praetor* »<sup>a</sup>. à savoir qu'il y a entre le bon et le mauvais tout un groupe important de petites choses indifférentes dont personne ne doit se faire reproche. Je crois qu'elle n'accueille pas beaucoup mieux ces leçons que ne le ferait quelque moine ascète du Moyen Âge qui voit le doigt de Dieu et la tentation du diable dans la plus infime des expériences vécues le concernant, et qui n'est pas à même, ne serait-ce que pour un court instant et dans le moindre petit coin, de se représenter le monde sans le rapporter à sa personne.

Dans l'hypnose elle apporte comme suppléments des images effroyables (ainsi à Abbazia des têtes sanglantes sur chaque vague). Je lui fais répéter les leçons que je lui ai dispensées à l'état de veille.

15 mai. Elle a dormi jusqu'à huit heures et demie, mais vers le matin elle s'est agitée et elle me reçoit avec un léger tic, un clappement et quelque inhibition de la parole. « Je meurs d'angoisse. »  
 120 Raconte, en réponse à ma question, que la pension dans laquelle les enfants sont hébergés ici se trouve au quatrième étage et qu'on doit y accéder au moyen d'un ascenseur. Elle a demandé hier que les enfants utilisent cet ascenseur également pour la descente et se fait maintenant des reproches à ce sujet, car l'ascenseur n'est pas tout à fait fiable. Le propriétaire de la pension l'a dit lui-même. Est-ce que je connais l'histoire de la comtesse Sch..., qui à Rome avait trouvé la mort dans un accident du même genre ? Il se trouve que je connais la pension et je sais que l'ascenseur appartient en privé au propriétaire de la pension ; il ne me paraît guère possible que l'homme qui vante cet ascenseur dans une annonce ait lui-même mis en garde contre l'utilisation de celui-ci. J'estime qu'il y a là une illusion du souvenir inspirée par l'angoisse, lui communique mon point de vue

a. Le magistrat ne se soucie pas des petites choses (adage de la juridiction romaine).

et l'amène sans peine à rire elle-même de l'in vraisemblance de son appréhension. C'est justement pourquoi je ne peux croire que c'était là la cause de son angoisse et je me propose d'adresser la question à sa conscience hypnotique. Pendant le massage que j'entreprends aujourd'hui de nouveau, après une interruption de plusieurs jours, elle me raconte toute une série d'histoires, sans grand lien les unes avec les autres, mais qui peuvent bien être vraies, ainsi celle d'un crapaud qui fut trouvé dans une cave, celle d'une mère excentrique qui soignait son enfant idiot d'une singulière façon, celle d'une femme qui fut enfermée dans un asile d'aliénés pour cause de mélancolie, et elle donne ainsi à reconnaître quelle sorte de réminiscences lui traversent la tête lorsqu'une humeur empreinte de malaise s'est emparée d'elle. Une fois qu'elle s'est débarrassée de ces récits, elle est de nouveau très enjouée, parle de la vie sur son domaine, des relations qu'elle entretient avec des hommes éminents de la Russie allemande et de l'Allemagne du Nord, et il m'est vraiment très difficile de concilier cette profusion d'activités avec la représentation d'une femme si gravement nerveuse.

Dans l'hypnose je demande donc pourquoi elle était ce matin si agitée, et au lieu des scrupules concernant l'ascenseur, j'obtiens l'information suivante : elle redoutait que ses règles ne reviennent et n'empêchent de nouveau les massages'.

121

1. Voici donc comment les choses s'étaient déroulées : Quand elle s'éveilla le matin, elle se trouva d'humeur anxieuse et, pour expliquer cette humeur, s'empara de la première représentation angoissante qui se proposait. Une conversation portant sur l'ascenseur de la maison des enfants avait eu lieu l'après-midi précédent. La mère, toujours soucieuse, avait demandé à la gouvernante si sa fille aînée, qui ne pouvait pas beaucoup marcher à cause d'une ovarie du côté droit et de douleurs à la jambe droite, utilisait également l'ascenseur pour descendre. Une illusion du souvenir lui permit ensuite de rattacher l'angoisse dont elle était consciente à la représentation de cet ascenseur. Elle ne trouva pas dans sa conscience la raison effective de son angoisse ; celle-ci se dégagea seulement, mais sans aucune hésitation, lorsque je l'interrogeai sur ce point dans l'hypnose. C'était ce même processus que Bernheim et d'autres après lui ont étudié chez les personnes qui exécutent posthypnotiquement une consigne donnée dans l'hypnose. Par exemple, Bernheim (La Suggestion, p. 51 de la traduction allemande) a suggéré à un malade de se mettre les deux pouces dans la bouche après le réveil. Il le fait bel et bien et s'excuse en disant que, depuis une morsure qu'il s'est infligée le jour d'avant dans un accès épileptiforme, il ressent une douleur à la langue. Obéissant à la suggestion, une

a. *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, Paris, O. Doin, 1886 ; traduction de Freud : *Die Suggestion und ihre Heilwirkung*, Leipzig, F. Deuticke, 1888.

(Suite de la n. 1 p. 86 à 88.)

- 122 Je me fais raconter encore l'histoire de ses douleurs aux jambes.  
 123 Le début en est le même qu'hier, vient ensuite une longue série de vicissitudes, expériences vécues pénibles et usantes pendant lesquelles

*(Suite de la n. 1 de la p. 85.)*

jeune fille fait une tentative d'assassinat sur un fonctionnaire de justice qui lui est totalement étranger ; maîtrisée et interrogée sur les raisons de son acte, elle invente l'histoire d'une vexation qui lui avait été infligée et qui réclamait vengeance. Il semble qu'il existe un besoin de mettre les phénomènes psychiques dont on prend conscience en connexion causale avec autre chose de conscient. Là où la causation effective de la perception de conscience se dérobe, on tente sans hésitation une autre connexion à laquelle on croit soi-même, bien qu'elle soit fausse. Il est clair que la présence d'un clivage du contenu de la conscience ne peut que favoriser au plus haut point de telles « fausses connexions ».

Je vais m'attarder un peu plus longtemps sur l'exemple cité plus haut d'une fausse connexion parce qu'il peut être, sous plus d'un aspect, qualifié de prototypique. Prototypique d'abord du comportement de cette patiente qui, au cours du traitement, me donna encore de façon répétée l'occasion de dénouer de telles fausses connexions au moyen de l'éclaircissement hypnotique et de supprimer les effets qui en découlent. Je vais raconter en détail un cas de ce genre parce qu'il éclaire d'une lumière suffisamment vive le fait psychologique en question. J'avais proposé à Madame Emmy d'essayer, au lieu des bains tièdes habituels, un demi-bain froid dont je lui promis qu'elle en serait revigorée. Elle observait une obéissance inconditionnelle à l'égard des prescriptions médicales, mais les suivait chaque fois avec la plus extrême méfiance. J'ai déjà relaté que le traitement médical ne lui avait presque jamais apporté de soulagement. Ma proposition de prendre des bains froids ne se fit pas avec une autorité telle qu'elle n'aurait pas trouvé le courage de m'exprimer verbalement ses réserves : « Toutes les fois que j'ai pris des bains froids, j'ai été mélancolique pour toute la journée. Mais j'essaie de nouveau si vous voulez ; ne croyez pas que je ne fais pas tout ce que vous dites. » Je renonçai en apparence à ma proposition mais, au cours de l'hypnose suivante, je lui inspirai de bien vouloir désormais proposer elle-même uniquement des bains froids, de dire qu'elle avait réfléchi et voulait malgré tout se risquer à une autre tentative, etc. C'est ce qui arriva alors, elle adopta l'idée d'utiliser des demi-bains froids, le lendemain même chercha à me gagner à cette idée avec tous les arguments que je lui avais exposés et je cédai sans grand empressement. Mais le jour suivant le demi-bain, je la trouvai effectivement dans une humeur profondément dépressive. « Pourquoi êtes-vous ainsi aujourd'hui ? — Je le savais bien d'avance. Avec le bain froid, c'est toujours comme ça. — C'est vous-même qui l'avez réclamé. Nous savons maintenant que vous ne le supportez pas. Nous revenons aux bains tièdes. » Dans l'hypnose, je lui demande alors : « Était-ce vraiment le bain froid qui vous a à ce point déprimée ? » — « Ah, le bain froid n'a rien à voir avec ça » fut la réponse, « mais j'ai lu ce matin dans le journal qu'une révolution a éclaté à Saint-Domingue. Quand il y a des troubles là-bas, cela retombe toujours sur les Blancs, et j'ai un frère à Saint-Domingue qui nous a déjà causé tant de soucis, et je suis maintenant soucieuse à l'idée que quelque chose ne lui arrive. » Ainsi l'affaire entre nous était liquidée, elle prit le matin suivant son demi-bain froid comme si cela allait de soi et le prit encore plusieurs semaines durant, sans jamais rapporter à celui-ci une humeur dépressive.

On m'accordera volontiers que cet exemple est également typique du comportement de beaucoup d'autres névropathes vis-à-vis de la thérapie recommandée par le médecin. Or, qu'il s'agisse de troubles à Saint-Domingue ou ailleurs, provoquant un jour

a. Insurrection du 5 août 1888 ; une date qui peut contredire la chronologie de Freud (cf. *supra*, p. 65.)

elle avait ses douleurs aux jambes et sous l'effet desquelles ces douleurs se renforçaient chaque fois, allant même jusqu'à une paralysie bilatérale des jambes avec perte de sensibilité. Il en va pareillement

124

(Suite de la n. 1 de la p. 85.)

déterminé un certain symptôme, le malade est constamment enclin à faire dériver ce symptôme de la dernière influence exercée par le médecin. Des deux conditions qui sont exigées pour que se produise une telle fausse connexion, il semble que l'une, la méfiance, soit toujours présente ; l'autre, le clivage de la conscience, est remplacée par le fait que la plupart des névropathes, ou bien n'ont aucune connaissance, ou bien ne veulent prendre intentionnellement aucune connaissance des causes effectives (ou du moins des causes occasionnelles) du mal dont ils souffrent, parce qu'ils n'aiment pas que leur soit rappelée la part que prend à cette souffrance leur propre responsabilité.

On pourrait penser que les conditions psychiques mises en relief chez les névropathes en dehors de l'hystérie, à savoir l'ignorance ou la négligence intentionnelle, doivent être plus favorables à l'apparition d'une fausse connexion que la présence d'un clivage de la conscience qui soustrait tout de même à la conscience un matériel servant à la relation causale. Seulement, ce clivage est rarement pur, des morceaux du complexe de représentations subscissent font saillie dans la conscience habituelle, et ce sont précisément ceux qui donnent lieu à de telles perturbations. Habituellement, c'est la sensation globale liée à ce complexe, l'humeur de l'angoisse ou du deuil, qui est ressentie consciemment, comme dans l'exemple ci-dessus, et pour laquelle une connexion doit être établie, par une sorte de « contrainte à l'association », avec un complexe de représentations présent dans la conscience. (Cf. d'ailleurs le mécanisme de la représentation de contrainte que j'ai indiqué dans une communication dans *Neurol. Zentralblatt*, n° 10 et 11, 1894<sup>1</sup>. Aussi : *Obsessions et phobies, Revue neurologique*, n° 2, 1895b.)

J'ai pu récemment me convaincre du pouvoir d'une telle contrainte à l'association par des observations dans un autre domaine. J'ai dû, pendant plusieurs semaines, échanger mon lit habituel contre une couche plus dure sur laquelle j'ai vraisemblablement rêvé davantage ou avec plus de vivacité et où, tout simplement peut-être, je n'ai pu atteindre la profondeur normale du sommeil. Dans le premier quart d'heure après le réveil, je connaissais tous les rêves de la nuit et je me donnais la peine de les consigner par écrit et de m'essayer à les résoudre. Je réussis à ramener ces rêves dans leur totalité à deux facteurs : 1) à la nécessité d'élaborer à fond de telles représentations sur lesquelles je ne m'étais attardé que fugitivement pendant la journée, qui n'avaient été qu'effleurées et non liquidées, et 2) à la contrainte de connecter l'une à l'autre les choses présentes dans le même état de conscience. Ce qui est dénué de sens et contradictoire dans les rêves devait être ramené au pouvoir qu'exerce librement ce dernier facteur.

Le fait que l'humeur correspondant à une expérience vécue et que le contenu de celle-ci puissent tout à fait régulièrement entrer dans une relation divergente avec la conscience primaire, je l'ai observé chez Madame Cécilie M..., une autre patiente dont j'ai eu une connaissance beaucoup plus approfondie que de toutes les autres malades évoquées ici. J'ai rassemblé chez cette dame les preuves les plus nombreuses et les plus convaincantes d'un pareil mécanisme psychique dans les phénomènes hystériques, tel que nous le soutenons dans ce travail, mais malheureusement des circonstances personnelles m'empêchent de communiquer dans le détail cette histoire de malade, à laquelle j'envie de me référer à l'occasion. Madame Cécilie M... était en dernier lieu dans un état hystérique particulier qui n'est certainement pas un cas isolé, bien que j'ignore s'il a jamais été reconnu. On pourrait le définir comme une « psychose hystérique d'an-

a. « Les névropsychoses-de-défense », *GW, I ; OCF.P., III.*

b. *Ibid.*

des douleurs aux bras qui commencèrent en même temps que les contractures de la nuque, également pendant qu'elle soignait un malade. Sur les « contractures de la nuque » j'apprends seulement ceci : elles ont pris le relais d'états particuliers d'agitation, accompagnés d'humeur dépressive, qui étaient déjà là avant, et elles consistent en une « main glaciale qui l'empoignait » à la nuque, avec une rigidification et une sensation douloureuse de froid dans toutes les extrémités, une incapacité à parler et une prostration totale. Elles durent de six à douze heures. Mes tentatives pour démasquer ce complexe symptomatique comme étant une réminiscence échouent. Les questions visant à savoir si le frère qu'elle soignait pendant son

*(Suite et fin de la n. 1 de la p. 85.)*

nulation ». — La patiente avait vécu de nombreux traumatismes psychiques et avait passé de longues années dans une hystérie chronique accompagnée de manifestations très variées. Les raisons de tous ces états lui étaient inconnues, à elle comme aux autres, sa mémoire aux brillantes capacités présentait les lacunes les plus frappantes ; sa vie, se plaignait-elle, lui paraissait comme étant en morceaux. Un jour s'abattit subitement sur elle une ancienne réminiscence dotée de relief, bien concrète, avec toute la fraîcheur d'une sensation neuve, et à partir de là, pendant presque trois ans, elle passa, en les revivant, par tous les traumatismes de sa vie — depuis longtemps oubliés, croyait-elle, et pour certains, à vrai dire, jamais remémorés — avec le plus épouvantable déploiement de souffrances et avec le retour de tous les symptômes qu'elle avait pu avoir. Cette « annulation des dettes anciennes » embrassait un laps de temps de trente-trois ans et permit de reconnaître la détermination souvent très compliquée de chacun de ses états. On ne pouvait lui apporter de soulagement qu'en lui donnant l'occasion de se défaire par la parole, dans l'hypnose, de la réminiscence qui justement la tourmentait, avec tout le déploiement d'humeur correspondant et ses manifestations corporelles, et quand j'étais empêché d'être là, si bien qu'elle était obligée de parler devant une personne en présence de laquelle elle se sentait gênée, il lui était arrivé un certain nombre de fois de raconter l'histoire très calmement à cette personne et de m'apporter après coup dans l'hypnose tous les pleurs, toutes les manifestations de désespoir dont elle aurait voulu en fait accompagner le récit. Après ce nettoyage effectué dans l'hypnose, elle était, pendant quelques heures, tout à fait bien et présente. Peu de temps après, la réminiscence suivante dans la série faisait irruption. Mais cette réminiscence se faisait précéder de quelques heures par l'humeur correspondante. Madame Emmy devenait irritable ou anxieuse ou désespérée, sans jamais pressentir que cette humeur correspondait non au présent mais à l'état dont elle allait bientôt être affectée. Dans cette période de transition, elle faisait alors régulièrement une fausse connexion qu'elle maintenait obstinément jusqu'au moment de l'hypnose. C'est ainsi, par ex., qu'elle m'accueillit un jour avec la question suivante : « Ne suis-je pas une personne infâme, n'est-ce pas un signe d'infamie de vous avoir dit cela hier ? » Ce qu'elle avait dit la veille n'était vraiment pas pour moi propre à justifier de quelque manière cette condamnation ; après une brève discussion elle l'admit également fort bien, mais l'hypnose suivante mit au jour une réminiscence à l'occasion de laquelle elle s'était fait, douze ans auparavant, un grave reproche, que d'ailleurs elle ne tenait plus du tout à se faire dans le présent.

délire l'avait un jour empoignée à la nuque reçoivent une réponse négative ; elle ne sait pas d'où proviennent ces accès.

Le soir. Elle est très enjouée, faisant montre d'un humour tout à fait splendide. Quant à l'ascenseur, cela ne s'était d'ailleurs pas passé comme elle me l'avait dit. Il fallait seulement un prétexte pour qu'il ne soit pas utilisé à la descente. Une foule de questions où il n'y a rien de morbide. Elle a de fortes et pénibles douleurs au visage, à la main, le long du pouce et à la jambe. Elle ressent de la raideur et des douleurs au visage quand elle est restée assez longtemps assise sans bouger ou a regardé fixement un point précis. Soulever un objet lourd lui cause des douleurs aux bras. L'examen de la jambe droite montre une assez bonne sensibilité à la cuisse, une anesthésie

125

1. En y réfléchissant par après, je dois me dire que ces « contractures de la nuque » pouvaient bien avoir été des états organiquement conditionnés, analogues à la migraine. On voit in praxi de nombreux états de ce genre qui ne sont pas décrits et qui montrent avec l'accès classique d'hémicrânie une si frappante concordance qu'on aimerait volontiers étendre la définition de cette dernière et repousser la localisation de la douleur au second plan. Comme il est bien connu, de nombreuses femmes névropathes ont coutume d'allier à l'accès de migraine des accès hystériques (tressaillements et délires). Toutes les fois que j'ai vu chez Madame Emmy la contracture de la nuque, il y avait également un accès de délire.

En ce qui concerne les douleurs aux bras et aux jambes, je pense que nous étions ici en présence d'un cas de détermination par coïncidence fortuite, une détermination d'un genre pas très intéressant, mais d'autant plus fréquent. Elle avait eu des douleurs semblables pendant cette époque d'émois et de soins donnés au malade, les avait ressenties, par suite de l'épuisement, plus fortement que d'ordinaire, et ces douleurs, qui n'étaient à l'origine que fortuitement associées à ces expériences vécues, furent ensuite répétées dans son souvenir comme le symbole corporel du complexe d'associations. Je pourrai citer par la suite encore bien d'autres exemples probants de ce processus. Vraisemblablement, les douleurs étaient à l'origine rhumatismales, c.-à-d. — pour donner un sens précis à ce mot souvent mal employé — qu'elles étaient de ces douleurs qui résident principalement dans les muscles, douleurs où l'on peut mettre en évidence une sensibilité significative à la pression et une modification de consistance des muscles, douleurs qui se manifestent le plus violemment après un repos assez long ou une immobilisation d'une extrémité — donc le matin —, qui s'atténuent par l'exercice d'un mouvement douloureux et peuvent disparaître par massage. Ces douleurs myogènes très fréquentes chez tous les êtres humains acquièrent chez les névropathes une grande signification ; elles sont considérées par ceux-ci comme des douleurs nerveuses, avec l'appui des médecins qui n'ont pas l'habitude de tester les muscles par pression des doigts, et elles fournissent le matériel pour un nombre incalculable de névralgies hystériques, de soi-disant sciatiques, etc. Je ne renverrai ici que brièvement aux relations de ce mal avec la disposition goutteuse. La mère et deux soeurs de ma patiente avaient souffert de la goutte (ou de rhumatisme chronique) à un degré élevé. Une partie des douleurs dont elle se plaignait à l'époque pouvait également, de par leur nature, relever du présent. Je ne le sais pas, je n'étais pas encore exercé à l'époque à porter un jugement sur cet état des muscles.

a. dans la pratique médicale, chez les patients.

élevée à la jambe et au pied, et moindre dans la région du bassin et des lombes.

Dans l'hypnose, elle indique qu'elle a encore à l'occasion des représentations d'angoisse, par exemple : il pourrait arriver quelque chose à ses enfants, ils pourraient tomber malades ou perdre la vie, son frère, alors en voyage de noces, pourrait avoir un accident, sa femme mourir parce que tous les frères et soeurs étaient restés mariés si peu de temps. On ne peut lui soutirer d'autres appréhensions. Je la réprimande pour son besoin de s'angoisser là où il n'y a pas de raison. Elle promet de s'en abstenir, « puisque vous l'exigez ». Autres suggestions pour les douleurs, la jambe, etc.

16 mai. Elle a bien dormi, se plaint encore de douleurs au visage, aux bras, aux jambes, elle est très enjouée. L'hypnose ne donne aucun résultat. Badigeonnage faradique de la jambe anesthésique.

126 Le soir. Elle s'effraie dès que j'entre. — « C'est bien que vous veniez. Je me suis tellement effrayée. » Avec cela tous les signes de terreur, bégaiement, tic. Je me fais raconter d'abord à l'état de veille ce qu'il y a eu, ce sur quoi elle offre une excellente présentation de l'épouvante, les doigts recourbés et les mains tendues. — Dans le jardin une souris monstrueuse a brusquement filé en passant sur sa main et puis a brusquement disparu, ça n'arrêtait pas de filer de tous côtés. (Illusion due à des jeux d'ombres ?) Sur les arbres rien que des souris perchées. N'entendez-vous pas les chevaux piaffer dans le cirque ? A côté un monsieur gémit, je crois qu'il a des douleurs suite à une opération. — Suis-je donc à Ridge n, ai-je eu là-bas un poêle comme celui-ci ? --- Elle est rendue à la fois confuse par la profusion des pensées qui s'entrecroisent en elle et dans l'effort pour retrouver ce qui est présent. Aux questions sur les choses du présent, par ex. : ses filles étaient-elles là ?, elle ne sait que répondre.

J'essaie, dans l'hypnose, de démêler la confusion de cet état.

Hypnose . Devant quoi vous êtes-vous donc angoissée ? — Elle répète l'histoire des souris avec tous les signes de l'épouvante ; et aussi, alors qu'elle prenait l'escalier, un animal hideux y était couché et avait aussitôt disparu. J'explique cela comme étant des hallucinations, je la réprimande pour sa peur des souris, celles-ci n'apparais-

sent que chez les ivrognes (qu'elle a en grande abomination). Je lui raconte l'histoire de l'évêque Hatt o<sup>a</sup> qu'elle aussi connaît et qu'elle écoute avec la pire des terreurs. — « Comment en arrivez-vous au cirque ? » — Elle entend nettement à proximité les chevaux piaffer dans les écuries, et voilà qu'ils s'empêtrent dans leur longe, si bien qu'ils peuvent se faire du mal. Johann avait alors toujours coutume de sortir et de les détacher. — Je conteste ce qu'elle dit : la proximité de l'écurie et les gémissements du voisin. Est-ce qu'elle sait où elle est ? — Elle le sait, mais elle croyait auparavant être à Rügen. — Comment en arrive-t-elle à ce souvenir ? — Ils parlaient dans le jardin, disant qu'à cet endroit il faisait tellement chaud, et alors la terrasse sans ombre de Rügen lui était venue à l'idée. — Quelle sorte de souvenirs tristes avait-elle donc de son séjour à Rügen ? — Elle en fournit toute la série. Elle avait eu là-bas les douleurs les plus atroces aux bras et aux jambes, avait plusieurs fois, au cours d'excursions, été prise dans le brouillard, si bien qu'elle s'était trompée de chemin, avait été deux fois, en promenade, poursuivie par un taureau, etc. — Pourquoi cet accès lui est-il arrivé aujourd'hui ? — Oui, pourquoi ? Elle avait écrit de très nombreuses lettres, trois heures durant, et en avait eu la tête lourde. — Je peux donc supposer que la fatigue avait entraîné cet accès de délire dont le contenu avait été déterminé par des échos tels que l'endroit sans ombre dans le jardin. — Je répète toutes les leçons que j'ai coutume de lui donner et je la quitte endormie.

127

17 mai. Elle a très bien dormi. Dans le bain de son qu'elle a pris aujourd'hui, elle a crié plusieurs fois parce qu'elle prenait le son pour des petits vers. Je sais cela par la garde-malade : elle n'aime pas raconter cela, elle est enjouée, presque exubérante, mais elle s'interrompt souvent en criant « hou », en faisant des grimaces qui expriment l'épouvante, elle manifeste aussi du bégaiement, plus que jamais au cours des derniers jours. Elle raconte avoir rêvé la nuit qu'elle marchait sur des sangsues, rien que des sangsues. La nuit pré-

a. L'évêque de Mayence Hatto II (c. 900 - c. 970) aurait, selon la légende, fait incendier une grange où il tenait enfermés des mendiants affamés, et comparé les cris des mourants à des « sifflements de souris ». Une multitude de souris l'aurait alors chassé de son palais et poursuivi jusque dans son refuge de Bingen — une tour au milieu du Rhin — où elle l'aurait dévoré tout vivant.

cédente, elle avait eu des rêves affreux, il lui fallait faire la toilette de tant de morts et les mettre en bière, mais elle ne voulait jamais y poser le couvercle. (À l'évidence une réminiscence de son mari, cf. *supra*.) De plus, elle raconte ensuite qu'il lui est arrivé dans sa vie une foule d'aventures avec des animaux : la plus affreuse avec une chauve-souris qui s'est alors trouvée enfermée dans son armoire de toilette, sur quoi elle est sortie de la pièce en courant sans être habillée. Là-dessus, son frère lui a offert pour la guérir de son angoisse une jolie broche en forme de chauve-souris ; mais elle n'a jamais pu la porter.

Dans l'hypnose : son angoisse devant les vers viendrait de ce qu'elle a reçu un jour en cadeau une belle pelote à épingles, de laquelle étaient sortis, le matin suivant, quand elle voulut s'en servir, des vers, rien que des petits vers, parce que le son utilisé pour le rembourrage n'était pas totalement sec. (Hallucination ? Peut-être un fait.) Je l'interroge sur d'autres histoires d'animaux. Un jour où elle se promenait dans un parc de Saint-Petersbourg avec son mari, tout le chemin jusqu'à l'étang était couvert de crapauds, si bien qu'ils durent faire demi-tour. Elle avait eu des périodes pendant lesquelles elle ne pouvait tendre la main à personne, de peur que cette main ne se transforme en un animal hideux, comme cela avait été si souvent le cas. J'essaie de la libérer de son angoisse des animaux, passant en revue les animaux un par un et demandant si elle en a peur. Elle répond pour l'un : « non », pour les autres : « Je n'ai pas le droit d'avoir peur. » Je demande pourquoi hier et aujourd'hui elle a tellement tressailli et bégayé. C'est, dit-elle, ce qu'elle fait chaque fois qu'elle est sujette à l'effroi<sup>2</sup>.

1. Ce n'était pas vraiment une bonne méthode que je suivais là. Tout cela n'était pas fait de façon suffisamment exhaustive.

2. Le fait de ramener aux deux traumas initiaux n'a pas totalement éliminé le bégaiement et le clappement, bien qu'à partir de là soit intervenue une diminution frappante des deux symptômes. L'explication de l'incomplétude du succès, la malade elle-même l'a donnée (cf. p. 71). Elle avait pris l'habitude de clapper de la langue et de bégayer chaque fois qu'elle s'effrayait, et ainsi ces symptômes dépendaient finalement, non plus seulement des traumas initiaux, mais bien d'une longue chaîne de souvenirs qui leur étaient associés et que j'avais omis d'effacer. C'est là un cas que l'on rencontre assez fréquemment et qui porte chaque fois préjudice à l'élégance et à la complétude de l'opération thérapeutique par la méthode cathartique.

a. Cf. *supra*, p. 71 et 76.

— Mais pourquoi avait-elle été prise hier d'un tel effroi ? — Dans le jardin toutes sortes de choses qui l'oppressaient lui étaient venues à l'idée. Avant tout, comment pourrait-elle empêcher que s'accumulent de nouvelles choses en elle, une fois qu'on lui aurait signifié la fin du traitement ? — Je lui répète les trois motifs de réconfort que je lui ai déjà donnés à l'état de veille : 1) D'une façon générale, elle était en meilleure santé et plus à même de résister. 2) Elle allait s'habituer à s'exprimer verbalement en s'adressant à n'importe quelle personne de son entourage. 3) Dorénavant, elle allait considérer comme indifférentes nombre de choses qui jusqu'à présent l'avaient opprimée. — De plus, elle avait été opprimée de ne pas m'avoir remercié de ma venue tardive, d'avoir redouté que je perde patience avec elle à cause de sa dernière rechute. Elle avait été très bouleversée et angoissée de ce que le médecin de l'établissement ait demandé dans le jardin à un monsieur s'il avait bien le courage de se faire opérer. Sa femme était présente, elle-même devait penser : et si c'était le dernier soir du pauvre homme. Avec cette dernière communication, l'humeur dépressive semble se trouver dissipée !

129

Le soir, elle est très enjouée et satisfaite. L'hypnose ne fournit absolument aucun résultat. Je m'applique à traiter les douleurs musculaires et à rétablir la sensibilité dans la jambe droite, ce qui réussit très facilement dans l'hypnose, mais la sensibilité rétablie est en partie reperdue après le réveil. Avant que je la quitte, elle manifeste son étonnement de n'avoir pas eu, depuis si longtemps, la contracture de la nuque qui sinon survenait d'ordinaire avant chaque orage.

18 mai. Elle a dormi cette nuit comme cela ne s'était plus produit depuis des années, mais, depuis le bain, elle se plaint de froid dans la nuque, de tiraillements et de douleurs au visage, aux mains et aux pieds, ses traits sont tendus, ses mains en position de

1. J'ai appris ici pour la première fois ce dont j'ai pu me convaincre plus tard un nombre incalculable de fois : lors de la résolution hypnotique d'un délire hystérique de fraîche date, la communication du malade inverse la succession chronologique, elle communique en premier les impressions et les liaisons de pensée venues en dernier et ayant moins d'importance, et à la fin seulement elle en arrive à l'impression primaire, vraisemblablement la plus importante du point de vue causal.

contracture. L'hypnose ne met en évidence aucun contenu psychique de cet état de « contracture de la nuque », que j'améliore ensuite, par massage, à l'état de veille'.

\*\*

130 J'espère que l'extrait précédent de la chronique des trois premières semaines suffira pour donner une image concrète de l'état de maladie, de la sorte d'effort thérapeutique qui est le mien et de son résultat. Je vais maintenant compléter cette histoire de malade.

Le délire hystérique décrit en dernier fut d'ailleurs le dernier trouble considérable dans l'état de santé de Madame Emmy. Comme je ne recherchais pas de ma propre initiative des symptômes de maladie et leurs raisons, mais que j'attendais au contraire que quelque chose se montrât ou qu'elle m'avouât une pensée angoissante, les hypnoses devinrent bientôt infructueuses et furent la plupart du temps utilisées par moi pour lui dispenser des leçons qui devaient rester constamment présentes dans ses pensées et la prote-

1. Son étonnement, la veille au soir, de n'avoir pas eu, depuis si longtemps, de contracture de la nuque était donc le pressentiment d'un état imminent qui se préparait déjà alors et qui était remarqué dans l'inconscient. Cette forme remarquable de pressentiment était chez Madame Cécilie M., précédemment mentionnée, quelque chose de tout à fait habituel. Chaque fois que, se trouvant dans un excellent état de santé, elle me disait par exemple : « Voilà longtemps déjà que je n'ai pas eu peur des sorcières la nuit », ou bien : « Comme je suis heureuse que ma douleur à l'oeil soit restée depuis si, longtemps absente », je pouvais être sûr que la nuit suivante rendrait à la garde-malade son service plus difficile du fait d'une peur des sorcières des plus vives, ou que l'état suivant commencerait par la douleur à l'oeil tant redoutée. À chaque fois transparissait une lueur de ce qui se trouvait préfiguré, déjà tout prêt dans l'inconscient, et la conscience « officielle » (selon la dénomination de Charcot), dénuée de pressentiment, élaborait la représentation, émergeant sous forme d'idée incidente subite, pour en faire une manifestation de satisfaction qui était assez rapidement et sûrement démentie. Madame Cécilie, une dame d'une grande intelligence, à qui je dois aussi d'avoir beaucoup avancé dans la compréhension des symptômes hystériques, me rendit moi-même attentif au fait que de tels événements peuvent avoir donné lieu à la superstition bien connue selon laquelle on fait advenir les choses par des cris et des appels. On ne doit se vanter d'avoir aucun bonheur ni, par ailleurs, faire venir le diable en le peignant sur le mur", sinon il arrive. En fait, on ne se vante de son bonheur que lorsque guette déjà le malheur et si on exprime le pressentiment sous la forme de la vantardise, c'est parce qu'ici le contenu de la réminiscence émerge plus tôt que la sensation correspondante, parce que dans la conscience il existe donc un contraste réjouissant.

a. Cf *supra*, p. 87.

b. *Man sol den Teufel nicht an die Wand malen*, tournure proverbiale signifiant : on ne doit pas jouer avec le feu.

ger contre de nouvelles rechutes dans des états semblables à la maison. J'étais à l'époque complètement fasciné par le livre de Bernheima sur la suggestion et j'attendais d'une telle influence exercée sous forme de leçons davantage que je n'en attends aujourd'hui. En peu de temps, l'état de santé de ma patiente se rétablit à tel point qu'elle assura ne s'être jamais sentie aussi bien depuis la mort de son mari. Je la renvoyai dans son pays au bord de la Baltique après un traitement de sept semaines en tout.

Ce n'est pas moi, mais le D<sup>r</sup> Breuer qui reçut de ses nouvelles environ sept mois après. Son état de santé satisfaisant s'était maintenu pendant plusieurs mois et avait ensuite été soumis à un nouvel ébranlement psychique. Sa fille aînée qui, dès son premier séjour à Vienne, avait fait comme sa mère, avec des contractures de la nuque et de légers états hystériques, et qui souffrait surtout de douleurs en marchant, en raison d'une retroflexio uteri, avait été traitée, sur mon conseil, par le D<sup>r</sup> N..., un de nos gynécologues les plus en vue, qui par massage lui redressa l'utérus, si bien qu'elle demeura plusieurs mois exempte de tous maux. Lorsqu'à la maison ceux-ci se réinstallèrent, la mère s'adressa au gynécologue de la ville universitaire la plus proche, qui dispensa à la jeune fille une thérapie à la fois locale et générale, laquelle entraîna une lourde affection nerveuse de l'enfant. Il est vraisemblable que se montrait déjà ici la prédisposition pathologique de la jeune fille, alors âgée de dix-sept ans, qui devint manifeste une année plus tard par une modification du caractère. La mère, qui avait confié l'enfant aux médecins avec ce mélange qui lui était habituel de soumission et de méfiance, se fit les plus violents reproches après l'issue malheureuse de cette cure ; elle arriva, par un cheminement de pensée que je n'ai pas reconstitué, à la conclusion que nous deux, le D<sup>r</sup> N... et moi, portions la responsabilité de l'affection de l'enfant, parce que nous lui avions présenté comme léger le mal grave dont souffrait la petite ; elle supprima en quelque sorte par un acte de volonté l'effet de mon traitement et retomba aussitôt dans ces états dont je l'avais libérée. Un éminent médecin de son voisinage vers lequel elle se tourna, et le Dr Breuer, qui entretenait

131

a. Hippolyte Bernheim (1840-1919). Cf. *supra*, p. 85, n. 1.

b. Cf. *infra*, p. 101.

avec elle un commerce épistolaire, purgent, il est vrai, l'amener à reconnaître l'innocence des deux accusés, mais l'aversion conçue à cette époque à mon égard subsista en elle comme un reste hystérique, même après cet éclaircissement, et elle déclara qu'il lui était impossible de reprendre le traitement avec moi. Suivant le conseil de cette autorité médicale, elle chercha de l'aide dans une maison de santé d'Allemagne du Nord, et selon le souhait de Breuer, je communiquai au médecin dirigeant l'établissement quelle modification de la thérapie hypnotique s'était révélée efficace chez elle.

132 Cette tentative de transfert échoua radicalement. Elle semble, dès le début, ne pas s'être entendue avec le médecin, s'épuisa dans sa résistance contre tout ce qu'on entreprit avec elle, déclina, perdit le sommeil et l'appétit, et se rétablit seulement après qu'une amie, qui lui rendait visite dans l'établissement, l'ait, à proprement parler, enlevée en secret et soignée dans sa maison. Un peu plus tard, un an exactement après sa première rencontre avec moi, elle était de nouveau à Vienne et se mettait de nouveau entre mes mains.

Je la trouvai beaucoup mieux que je ne me l'étais représenté d'après les comptes rendus épistolaires. Elle était libre de ses mouvements, exempte d'angoisse, une grande partie de ce que j'avais édifié l'année précédente s'était tout de même maintenu. Sa plainte principale portait sur un état de confusion fréquent, « une tempête dans la tête », comme elle l'appelait, elle était par ailleurs insomniaque, elle ne pouvait s'empêcher de pleurer souvent pendant des heures, et elle devenait triste à un moment déterminé de la journée (5 heures). C'était le moment où elle pouvait, en hiver, rendre visite à sa fille qui se trouvait en maison de santé. Elle bégayait beaucoup et clappait beaucoup de la langue, frottait fréquemment, comme en fureur, ses mains l'une contre l'autre, et lorsque je lui demandais si elle voyait beaucoup d'animaux, elle me répondait seulement : « Oh, restez tranquille ! »

Lors de ma première tentative pour la mettre en hypnose, elle serra les poings et cria : « Je ne veux pas d'injection d'antipyrine, je préfère garder mes douleurs. Je n'aime pas le D<sup>r</sup> R..., il m'est antipathique. » Je reconnus qu'elle était prise dans la réminiscence d'une hypnose ayant eu lieu dans l'établissement, et elle se calma lorsque je la ramenai à la situation présente.

Juste au début du traitement, je fis une expérience instructive. J'avais demandé depuis quand le bégaiement était revenu et elle avait répondu (dans l'hypnose) en hésitant : depuis l'effroi qu'elle avait ressenti en hiver à D... Un garçon de l'auberge dans laquelle elle logeait s'était caché dans sa chambre ; dans l'obscurité elle avait pris la chose pour un paletot, l'avait saisie et alors l'homme avait brusquement «bondi dans les airs ». Je lui enlève cette image mnésique et, de fait, à partir de là, elle bégaie de façon à peine perceptible, que ce soit dans l'hypnose ou à l'état de veille. Je ne sais plus ce qui m'a poussé à mettre ici ce résultat à l'épreuve. Lorsque je revins le soir, je lui demandai, apparemment en toute innocence, comment je devrais m'y prendre pour verrouiller la porte en partant alors qu'elle dormirait, pour que personne ne puisse se glisser à l'intérieur. À mon grand étonnement, elle s'effraya violemment, se mit à grincer des dents et à frotter ses mains l'une contre l'autre, laissa entendre qu'elle avait ressenti un violent effroi de ce genre à D..., mais il fut impossible de l'amener à raconter l'histoire. Je notai qu'elle pensait à la même histoire que celle qu'elle avait racontée le matin dans l'hypnose et que je croyais pourtant avoir effacée. Dans l'hypnose suivante, elle fit alors un récit plus détaillé et plus fidèle à la vérité. Dans son excitation elle était allée se promener de long en large dans le couloir, elle trouva ouverte la porte menant chez sa femme de chambre et voulut entrer pour s'y asseoir. La femme de chambre lui barra le chemin, mais elle ne se laissa pas arrêter, entra malgré tout, et remarqua alors cette chose sombre, contre le mur, qui se révéla être un homme. C'était manifestement le facteur érotique de cette petite aventure qui l'avait conduite à donner une présentation infidèle. Mais j'avais fait l'expérience qu'un récit incomplet dans l'hypnose n'a aucun effet thérapeutique, je m'habituai à tenir un récit pour incomplet s'il n'était d'aucune utilité, et j'appris peu à peu à voir aux mines des malades s'ils m'avaient tu ou non un morceau essentiel de la confession.

Le travail que j'avais entrepris cette fois-ci avec elle consistait en une liquidation hypnotique des impressions désagréables qu'elle avait recueillies en elle pendant la cure de sa fille et pendant son propre séjour dans cet établissement. Elle était pleine d'une fureur réprimée contre le médecin qui l'avait obligée à épeler dans l'hyp-

134 nose *c. r. . a. p. . a. u. d.*, et elle me fit promettre de ne jamais exiger d'elle ce mot. Je me permis ici une plaisanterie relevant de la suggestion, l'unique mésusage de l'hypnose, d'ailleurs assez anodin, dont j'aie à m'accuser dans le cas de cette patiente. Je lui assurai que son séjour à \*\*\*tal se serait tellement éloigné d'elle qu'elle ne pourrait même pas se rappeler le nom et que chaque fois qu'elle voudrait le prononcer elle hésiterait entre ... berg, ... tal, ... wald, etc. C'est ce qui arriva, et bientôt l'incertitude quant à ce nom fut l'unique inhibition de la parole qu'on pût observer chez elle jusqu'à ce que je la libère, sur une remarque du Dr Breuer, de cette contrainte à la paramnésie.

Avec les états qu'elle appelait « tempête dans la tête » j'ai eu à lutter plus longtemps qu'avec les restes de ces expériences vécues. Lorsque je la vis pour la première fois dans un tel état, elle était allongée sur le divan, les traits convulsés dans une agitation constante de tout le corps, pressant sans arrêt les mains contre son front, tout en criant, avec une sorte de désirance mêlée de perplexité, le nom d' « Emmy », qui était son propre nom tout comme celui de sa fille aînée. Dans l'hypnose elle donna ces informations : cet état était la répétition d'accès très nombreux de désespoir qui d'ordinaire s'emparaient d'elle pendant la cure de sa fille, après qu'elle eut réfléchi pendant des heures, sans trouver d'issue à la façon dont on pouvait corriger le mauvais résultat du traitement. Lorsqu'elle sentait ensuite que ses pensées devenaient confuses, elle prit l'habitude de crier à haute voix le nom de sa fille pour s'arracher, grâce à ce nom, à la confusion et retrouver la lucidité. Car, à cette époque, alors que l'état de sa fille lui imposait de nouveaux devoirs et qu'elle sentait que la nervosité reprenait pouvoir sur elle, elle avait décrété pour elle-même que tout ce qui concernait cette enfant devait demeurer à l'écart de la confusion, même si tout le reste dans sa tête devait aller sens dessus dessous.

135 Après quelques semaines ces réminiscences furent, elles aussi, surmontées et Madame Emmy demeura en parfait état de santé quelque temps encore alors que je l'avais en observation. Juste vers la fin de son séjour se produisit quelque chose que je vais raconter en détail, parce que cet épisode jette la plus vive lumière sur le caractère de la malade et le mode d'apparition de ses états.

Je lui rendis visite un jour, au moment de son déjeuner, et je la surpris en train de jeter une chose enveloppée dans du papier dans le jardin où les enfants du domestique la ramassèrent. En réponse à mes questions, elle avoua que c'était son entremets (sec) qui d'ordinaire prenait tous les jours le même chemin. Cela me donna l'occasion d'aller voir ce qu'il en était des restes des autres plats et je trouvai qu'il demeurerait dans les assiettes plus qu'elle ne pouvait avoir consommé. Priée de dire pourquoi elle mangeait si peu, elle répondit qu'elle n'était pas habituée à manger davantage, que d'ailleurs cela lui ferait du mal ; elle avait la même nature que son défunt père qui avait également été un petit mangeur. Lorsque je m'informai de ce qu'elle buvait, elle me répondit qu'elle ne supportait en général que des liquides consistants, lait, café, chocolat, etc. ; chaque fois qu'elle buvait de l'eau de source ou de l'eau minérale, elle se gâtait l'estomac. Voilà qui portait, sans qu'on puisse le méconnaître, le sceau d'un choix nerveux. J'emportai un échantillon d'urine et trouvai l'urine très concentrée et saturée de sels uriques.

Par conséquent, j'estimai approprié de lui conseiller de boire abondamment et je pris le parti d'augmenter aussi sa ration de nourriture. À vrai dire, elle n'était pas d'une maigreur frappante, mais il valait la peine, me semblait-il, de tenter tout de même un peu de suralimentation. Lorsqu'à ma visite suivante je lui recommandai une eau alcaline et lui défendis l'usage qu'elle faisait habituellement de son entremets, elle fut prise d'un émoi qui n'était pas des moindres. « Je le ferai parce que vous l'exigez, mais je vous dis d'avance que ça finira mal parce que c'est contraire à ma nature, et mon père était pareil. » À la question posée dans l'hypnose : Pourquoi ne pouvait-elle pas manger davantage ni boire de l'eau ?, elle répondit d'un ton assez grincheux : « Je ne sais pas. » Le jour suivant, la garde-malade me confirma que Madame Emmy était venue à bout de sa portion et qu'elle avait bu un verre d'eau alcaline. Mais je la trouvai allongée, profondément déprimée et d'humeur très déplaisante. Elle se plaignit de très violentes douleurs d'estomac : « Je vous l'ai bien dit. Voilà de nouveau réduit à rien tout le résultat pour lequel nous nous sommes donné du mal si longtemps. Je me suis gâté l'estomac,

136

comme toujours quand je mange davantage ou que je bois de l'eau, et il me faudra encore jeûner complètement pendant cinq à huit jours avant de pouvoir supporter quoi que ce soit. » Je lui assurai qu'elle n'aurait pas à jeûner, qu'il était tout à fait impossible qu'on se gâte l'estomac de cette façon, que ses douleurs ne provenaient que de l'angoisse avec laquelle elle avait mangé et bu. Je ne lui avais manifestement pas fait la moindre impression avec cet éclaircissement car, lorsque peu après je voulus l'endormir, l'hypnose échoua pour la première fois et, au regard furieux qu'elle me lança, je reconnus qu'elle était en pleine révolte et que la situation était très sérieuse. Je renonçai à l'hypnose, je l'informai que je lui laissais un temps de réflexion de vingt-quatre heures pour se soumettre à l'idée que ses douleurs d'estomac ne venaient que de sa peur ; après ce laps de temps je lui demanderais si elle estimait encore que l'on peut se gâter l'estomac huit jours durant avec un verre d'eau minérale et un modeste repas et, si elle répondait par l'affirmative, je la prierais de quitter les lieux. Cette petite scène offrait un très vif contraste avec nos relations d'ordinaire très amicales.

Vingt-quatre heures plus tard, je la trouvai humble et matée. À la question de savoir ce qu'elle pensait quant à la provenance de ses douleurs d'estomac, elle répondit, incapable de dissimuler : « Je crois qu'elles viennent de mon angoisse, mais seulement parce que vous le dites. » Je la mis alors en hypnose et lui demandai à nouveau : « Pourquoi ne pouvez-vous manger davantage ? »

137 La réponse arriva promptement et consista de nouveau dans l'énoncé d'une série ordonnée chronologiquement de motifs issus du souvenir : « Quand j'étais enfant, il arrivait souvent qu'à table, par mauvaise habitude, je ne veuille pas manger ma viande. Ma mère était alors toujours très sévère et, sous peine d'une lourde punition, j'étais obligée deux heures plus tard d'achever de manger dans la même assiette la viande qui était restée. La viande était tout à fait froide et le gras si figé (dégoût)... et je vois encore la fourchette devant moi..., et l'une de ses dents était un peu tordue. Lorsque maintenant je m'assieds à table, je vois toujours les assiettes devant moi avec la viande froide et la graisse ; et quand, de nombreuses années plus tard, je vivais avec mon frère qui était officier et qui avait la sale maladie..., je savais que c'était contagieux, et j'avais une

angoisse si affreuse de me tromper de couvert et de prendre sa fourchette et son couteau (terreur) et, malgré cela, j'ai mangé avec lui afin que personne ne remarque qu'il était malade ; et quand, peu après, j'ai soigné mon autre frère qui était si malade des poumons, nous étions souvent assis devant son lit, et le crachoir était toujours posé sur la table et il était ouvert (terreur)... et il avait l'habitude de cracher, par-dessus les assiettes, dans le crachoir, voilà ce qui m'a toujours tellement dégoûtée, et je ne pouvais pourtant pas le montrer pour ne pas l'offenser. Et ces crachoirs continuent à être posés sur la table quand je mange, et cela continue de me dégoûter. » Naturellement, je fis place nette de cette panoplie du dégoût et lui demandai alors pourquoi elle ne pouvait pas boire d'eau. Lorsqu'elle avait dix-sept ans, sa famille passa quelques mois à Munich et presque tous ses membres contractèrent des catarrhes gastriques en consommant de la mauvaise eau de table. Chez les autres, le mal fut bientôt écarté grâce à des mesures médicales, chez elle il persista ; même l'eau minérale qui lui fut recommandée comme boisson n'arrangea rien. Quand le médecin lui remit cette ordonnance, elle pensa aussitôt par-devers elle : cela non plus ne servira certainement à rien. Depuis lors, cette intolérance aux eaux de source et aux eaux minérales s'était répétée un nombre incalculable de fois.

L'effet thérapeutique de cette enquête hypnotique fut immédiat et persistant. Elle ne jeûna pas huit jours durant, au contraire elle mangea et but dès le lendemain sans éprouver aucune incommodité. Deux mois plus tard, elle écrivit dans une lettre : « Je mange très bien et j'ai pas mal grossi. Et pour l'eau, j'en ai bu quarante bouteilles. Croyez-vous que je doive poursuivre ? » 138

Je revis Madame v. N... au printemps de l'année suivante, dans son domaine près de D... Sa fille aînée, dont elle avait coutume de crier le nom pendant ses « tempêtes dans la tête », entra, à cette époque, dans une phase de développement anormal, montrait une ambition démesurée qui était disproportionnée avec ses piètres dons, devenait insubordonnée et même violente envers sa mère. J'avais encore la confiance de cette dernière et je fus convoqué pour donner mon jugement sur l'état de la jeune fille. La modification psychique qui s'était produite chez l'enfant me causa une impression défavorable et, dans l'établissement du pronostic, j'eus

encore à prendre en compte que la paranoïa avait conduit à leur perte l'ensemble des demi-frères et des demi-soeurs de la malade (enfants d'un premier mariage de Monsieur v. N...). Dans la famille de la mère, il ne manquait pas non plus, à un degré élevé, de tare névropathique, même si aucun membre de sa proche parentèle n'avait sombré dans une psychose définitive. Madame v. N... à qui je communiquai sans ménagement l'information qu'elle avait réclamée, se comporta en cette circonstance avec calme et compréhension. Elle était devenue forte, avait un air florissant, les trois trimestres depuis que s'était terminé le dernier traitement s'étaient écoulés dans un état de santé relativement bon, qui n'avait été troublé que par des contractures de la nuque et d'autres petits maux. Je n'ai appris toute l'étendue de ses devoirs, activités et intérêts intellectuels que pendant les quelques jours passés dans sa maison. Je rencontrai aussi un médecin de famille qui n'avait pas trop à se plaindre de la dame ; elle s'était réconciliée dans une certaine mesure avec la *professions*.

La santé et la capacité d'agir de cette femme étaient devenues beaucoup meilleures, mais, pour ce qui est des traits fondamentaux de son caractère, peu de choses s'étaient modifiées, malgré toutes les suggestions sous forme de leçons. Elle ne me semblait pas avoir reconnu qu'il existe une catégorie de « choses indifférentes », son penchant à l'autotourment était à peine plus faible qu'à l'époque du traitement. La disposition hystérique ne s'était pas apaisée même pendant cette bonne période, elle se plaignait, par ex., d'une incapacité à faire d'assez longs voyages en chemin de fer, tels ceux qu'elle s'était infligés ces derniers mois, et une tentative faite à la hâte imposée par l'urgence en vue de lever pour elle cet empêchement ne fit que produire diverses petites impressions désagréables qu'elle avait rapportées de ses derniers voyages à D... et dans les environs. Elle ne semblait pourtant pas avoir envie de se confier dans l'hypnose, et j'en arrivai dès ce moment à supposer qu'elle était sur le point de se soustraire encore une fois à mon influence et que l'intention secrète de son inhibition au chemin de fer consistait à empêcher un nouveau voyage à Vienne.

a. Un mot en français dans le texte.

Ces jours-là, elle exprima également cette plainte portant sur des lacunes dans son souvenir, « justement en ce qui concernait les événements les plus importants »<sup>a</sup>, d'où je conclus que mon travail, il y a deux ans, avait eu un effet durable et suffisamment profond. — Un jour où elle me conduisait par une allée qui menait de la maison jusqu'à une baie de la mer, je risquai la question de savoir si cette allée était souvent occupée par des crapauds. J'obtins en réponse un regard réprobateur qui ne s'accompagna pourtant pas de signes de terreur, puis vint en complément ce propos : « Mais des vrais, il y en a ici. » — Pendant l'hypnose que j'entrepris pour liquider cette inhibition au chemin de fer, elle sembla elle-même insatisfaite des réponses qu'elle donnait, et elle exprima la peur que, désormais, elle n'obéirait sans doute plus à l'hypnose comme auparavant. Je résolus de la convaincre du contraire. J'écrivis quelques mots sur un morceau de papier que je lui remis en disant : « Aujourd'hui à midi, vous me verserez de nouveau un verre de vin rouge comme hier. Aussitôt que je porterai le verre à la bouche, vous direz : Ah, s'il vous plaît, remplissez-moi aussi un verre, et lorsque je tendrai la main vers la bouteille, vous vous exclamerez : Non, je vous remercie, je n'aime mieux pas. Sur ce, vous mettrez la main dans votre poche et sortirez le morceau de papier sur lequel figurent ces mots-là. » C'était le matin ; quelques heures plus tard, la petite scène se produisit exactement comme je l'avais arrangée et selon un déroulement si naturel qu'aucune des nombreuses personnes présentes ne s'en rendit compte. Elle semblait visiblement lutter avec elle-même quand elle me demanda le vin — jamais en effet elle ne buvait de vin —, et après avoir, avec un soulagement manifeste, décommandé la boisson, elle mit la main dans sa poche, sortit le morceau de papier sur lequel on pouvait lire les derniers mots qu'elle avait dits, secoua la tête et me regarda avec étonnement.

Depuis cette visite en mai 1890, les nouvelles que j'eus de Madame v. N... se firent peu à peu plus rares. J'appris, par des voies détournées, que l'état peu réjouissant de sa fille, qui entraînait pour elle les excitations pénibles les plus variées, avait quand même fini par miner sa santé. En dernier lieu, je reçus d'elle (été 1893) une courte missive dans laquelle elle me priaît d'autoriser un autre méde-

140

a. CÉ *supra*, p. 79, n. 1.

cin à l'hypnotiser, car elle était de nouveau souffrante et ne pouvait venir à Vienne. Au début, je ne compris pas pourquoi elle avait besoin pour cela de ma permission, jusqu'à ce qu'émergeât en moi le souvenir qu'en 1890, selon mon propre souhait, je l'avais protégée d'une hypnose pratiquée par quelqu'un d'autre afin qu'elle ne courre pas de nouveau le danger, comme autrefois à \*\*\*berg (...tal, ... wald), de souffrir de la pénible contrainte exercée par un médecin qui lui soit antipathique. Je renonçai donc alors par écrit à ma prérogative exclusive.

### *Épicrise*

141

Il n'est certes pas facile, sans une compréhension préalable approfondie de la valeur et de la signification des termes, de décider si un cas de maladie doit être rangé dans la catégorie de l'hystérie ou parmi les névroses (non purement neurasthéniques) et, sur le terrain des névroses mixtes qui se présentent communément, on attend encore la main classificatrice qui doit poser les bornes frontières et mettre en relief les traits essentiels pour les caractériser. Si donc, jusqu'à présent, on a l'habitude de diagnostiquer l'hystérie, au sens étroit, d'après sa ressemblance avec les cas typiques connus, on ne pourra guère contester au cas de Madame v. N... la qualification d'hystérie. La facilité avec laquelle délires et hallucinations interviennent dans une activité intellectuelle par ailleurs intacte, la modification de la personnalité et de la mémoire dans le somnambulisme artificiel, l'anesthésie affectant l'extrémité douloureuse, certaines données de l'anamnèse, l'ovarie, etc., ne laissent aucun doute quant à la nature hystérique de l'affection ou du moins de la malade. Le seul fait que la question puisse être soulevée provient d'un caractère déterminé du cas, lequel peut offrir l'occasion d'une remarque à validité générale. Comme on le voit dans notre « Communication préliminaire » publiée en ouverture, nous considérons les symptômes hystériques comme des affects et des restes d'excitation qui ont influencé en tant que traumatismes le système nerveux. De tels restes ne subsistent pas si l'excitation originelle a été éconduite par l'abréaction ou le travail de pensée. On ne peut ici plus longtemps éviter de prendre en compte des quantités (même si elles ne sont pas mesura-

bles), de concevoir le processus comme si une somme d'excitation accédant au système nerveux était transposée en symptôme durable, dans la mesure où elle n'a pas été utilisée à hauteur de son montant pour l'action vers l'extérieur.

Nous sommes désormais habitués à trouver dans l'hystérie qu'une partie considérable de la « somme d'excitation » du trauma se transmue en symptômes purement corporels. C'est ce trait de l'hystérie qui pendant si longtemps a empêché de la concevoir comme affection psychique. 142

Si, pour faire court, nous choisissons la dénomination de « conversion » a pour la transposition de l'excitation psychique en symptômes durables corporels — transposition qui caractérise l'hystérie —, nous pouvons dire que le cas de Madame Emmy v. N... offre un faible montant de conversion, l'excitation originellement psychique demeurant aussi, la plupart du temps, dans le domaine psychique, et il est facile de s'apercevoir que ce cas devient, par là, semblable à ces autres névroses non hystériques. Il y a des cas d'hystérie dans lesquels la conversion concerne le surcroît de stimulus tout entier, si bien que les symptômes corporels de l'hystérie font saillie dans une conscience pleinement normale, mais il est plus habituel de rencontrer une transposition incomplète, si bien qu'une partie au moins du trauma accompagnant l'affect demeure dans la conscience comme composante de l'humeur.

Les symptômes psychiques de notre cas d'hystérie peu convertie peuvent être regroupés en modification d'humeur (angoisse, dépression mélancolique), en phobies et en aboulies (inhibitions de la volonté). Mais ces deux dernières sortes de trouble psychique, qui sont conçues par l'école des psychiatres français comme stigmates de la dégénérescence nerveuse, s'avèrent être dans notre cas suffisamment déterminées par des expériences vécues traumatiques, ce sont le plus souvent des phobies et des aboulies traumatiques, comme je vais l'exposer en détail.

Parmi les phobies, quelques-unes correspondent assurément aux phobies primaires de l'être humain, en particulier du névropathe,

a. Terme déjà employé par Freud dans « Les névropsychoses-de-défense », *GW*, I, p. 63 ; *OCF.P.*, III, p. 7.

ainsi avant tout la peur des animaux (serpents, crapauds, et par ailleurs toute la vermine dont Méphistophélès se vante d'être le maîtres), la peur de l'orage, etc. Pourtant ces phobies elles aussi ont  
 143 été consolidées par des expériences vécues traumatiques, ainsi la peur des crapauds par l'impression reçue dans la prime jeunesse, quand un de ses jeunes frères lui envoya un crapaud mort — sur quoi elle eut le premier accès de tressaillements hystériques<sup>b</sup> —, la peur de l'orage par cet effroi qui donna lieu à l'apparition du clappement, la peur du brouillard par cette promenade à Rügend ; toujours est-il que dans ce groupe la peur primaire, pour ainsi dire instinctive, prise comme stigmaté psychique, joue le rôle principal.

Les autres phobies, plus spécifiques, sont aussi justifiées par des expériences vécues particulières. La peur d'un événement suscitant l'effroi, inattendu et soudain, est le résultat de cette impression effroyable reçue dans sa vie quand elle vit son mari, jouissant alors d'une excellente santé, décéder d'une crise cardiaque. La peur des êtres humains étrangers, la peur des êtres humains en général, s'avère être un reste de cette époque pendant laquelle elle était exposée aux persécutions de sa famille et inclinait à voir en tout étranger un agent de sa parentèle, ou pendant laquelle elle était tentée de penser que les étrangers étaient au courant des choses qu'on répandait oralement et par écrit sur son compte. L'angoisse devant l'asile d'aliénés et ses occupants remonte à toute une série de tristes expériences vécues dans sa famille et à des descriptions que faisait une servante stupide à cet enfant à l'oreille attentive<sup>c</sup> ; par ailleurs, cette phobie s'appuie d'une part sur l'horreur primaire, instinctive, qu'éprouve la personne en bonne santé devant la folie, d'autre part sur le souci présent chez tout nerveux, donc aussi chez elle, de succomber soi-même à la folie. Une angoisse aussi spécialisée

a. Dans *Faust I* (Cabinet d'étude, v. 1516-1517), Méphistophélès se définit comme « le Seigneur des rats et des souris, / des mouches, des grenouilles, des punaises, des poux ».

b. Cf. *supra*, p. 104.

c. Cf. *supra*, p. 76.

d. Cf. *supra*, p. 91.

e. Cf. *supra*, p. 81.

f. Cf. *supra*, p. 73.

que celle d'avoir quelqu'un debout derrière sofa est motivée par plusieurs impressions effroyables provenant de sa jeunesse et des époques ultérieures. Depuis une expérience vécue à l'hôtel<sup>b</sup>, particulièrement pénible pour elle, pénible parce qu'elle est connectée à l'érotisme, l'angoisse qu'une personne étrangère s'insinue chez elle ressort particulièrement ; pour finir, une phobie si fréquemment propre aux névropathes, celle d'être enterré vivant, trouve son plein éclaircissement dans la croyance que son mari n'était pas mort lorsqu'on emporta son cadavre, une croyance dans laquelle s'exprime de façon si touchante l'incapacité de se résigner à la cessation soudaine de la communauté qu'elle formait avec l'être aimé. J'estime d'ailleurs que tous ces facteurs psychiques ne peuvent expliquer que le choix, mais non la persistance des phobies. Pour cette dernière, il me faut avoir recours à un facteur névrotique, à savoir le fait que la patiente se trouvait depuis des années dans une abstinence sexuelle, ce qui donne l'un des facteurs occasionnants les plus fréquents du penchant à l'angoisse.

144

Les aboulies présentes chez notre malade (inhibitions de la volonté, incapacités) permettent encore moins que les phobies de concevoir des stigmates psychiques comme étant la conséquence d'une capacité d'agir généralement restreinte. Au contraire, l'analyse hypnotique de ce cas rend visible que les aboulies sont ici conditionnées par un double mécanisme psychique qui, au fond, n'en constitue à son tour qu'un seul. Ou bien l'aboulie est simplement la conséquence d'une phobie, notamment dans tous les cas où la phobie se rattache à une action qu'on accomplit soi-même plutôt qu'à une attente (sortir, rendre visite à des gens — l'autre cas étant celui où quelqu'un s'insinue chez vous, etc.) — et ce qui est cause de l'inhibition de la volonté, c'est l'angoisse connectée au résultat de l'action. On aurait tort de présenter cette sorte d'aboulie comme des symptômes particuliers à côté des phobies qui leur correspondent. Sauf qu'on doit reconnaître qu'une phobie de ce genre peut exister sans conduire à l'aboulie si elle n'est pas d'un degré trop élevé. L'autre sorte d'aboulie repose sur l'existence d'associations

a. Cf. *supra*, p. 83.

b. Cf. *supra*, p. 97.

non résolues et fortement marquées d'affect qui s'opposent au rattachement de nouvelles associations, celles en particulier qui sont de nature inconciliable. L'exemple le plus éclatant d'une telle aboulie est offert par l'anorexie de notre malade. C'est seulement parce qu'elle n'y trouve pas de goût qu'elle mange aussi peu, et elle ne peut prendre aucun goût à manger, parce que chez elle l'acte de manger est connecté de tout temps à des souvenirs de dégoût dont le montant d'affect n'a pas encore connu de diminution. Mais il est impossible de manger en même temps avec dégoût et avec plaisir. La diminution du dégoût lequel, dès une époque antérieure, s'attachait aux repas — n'a pas eu lieu parce qu'elle avait toutes les fois à réprimer son dégoût au lieu de s'en libérer par une réaction ; enfant, elle était contrainte, par peur de la punition, de manger avec dégoût son repas froid et, dans les années de plus grande maturité, les égards qu'elle avait pour ses frères l'empêchaient d'exprimer les affects auxquels elle était sujette lors des repas pris en commun.

Qu'il me soit permis de rappeler ici un petit travail dans lequel j'ai tenté de donner une explication psychologique des paralysies hystériques. J'y parvenais à l'hypothèse que la cause de ces paralysies résidait dans l'impossibilité, pour de nouvelles associations, d'accéder à la sphère de représentations, par exemple, d'une extrémité ; mais cette inaccessibilité associative elle-même provenait de ce que la représentation du membre paralysé est incluse dans le souvenir du trauma, souvenir grevé d'un affect non liquidé. À partir des exemples de la vie ordinaire, j'exposais qu'un tel investissement d'une représentation par un affect non liquidé entraîne, chaque fois, un certain degré d'inaccessibilité associative, d'inconciliabilité avec de nouveaux investissements<sup>1</sup>.

Je n'ai pas encore réussi à ce jour à prouver par analyse hypnotique mes présuppositions d'alors à propos d'un cas de paralysie motrice, mais je puis me référer à l'anorexie de Madame v. N... comme preuve que ce mécanisme est celui qui est pertinent pour certaines aboulies, et en effet les aboulies ne sont rien d'autre que

1. Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices organiques et hystériques. *Archives de Neurologie*, n° 77, 1893. [GW, 1 : OGFP, I.]

des paralysies psychiques très spécialisées — « systématisées » selon l'expression française.

On peut caractériser pour l'essentiel ce qu'il en est psychiquement chez Madame v. N... en faisant ressortir deux choses : 1. Chez elle, les affects pénibles d'expériences vécues traumatiques sont restés non liquidés, ainsi l'humeur dépressive, la douleur (à propos de la mort du mari), la rancune (provenant des persécutions de sa parentèle), le dégoût (provenant des repas pris sous la contrainte), etc., et 2. Il existe chez elle une activité mnésique vivace qui, tantôt spontanément, tantôt sous l'effet de stimuli éveilleurs dans le présent (par ex. à la nouvelle de la révolution à Saint-Domingue), appelle dans la conscience actuelle, morceau par morceau, les traumatismes, avec tous les affects qui les accompagnent. Ma thérapie s'ajustait à l'allure de cette activité mnésique et cherchait, jour après jour, à résoudre et à liquider ce que la journée avait porté à la surface, jusqu'à ce que la réserve en souvenirs morbides susceptible d'être atteinte semblât épuisée. 146

À ces deux caractères psychiques que je considère, dans le cas de paralysies hystériques, comme des données généralement présentes, on pouvait rattacher quelques considérations importantes que je vais différer jusqu'à ce qu'on ait accordé quelque attention au mécanisme des symptômes actuels.

On ne peut pas proposer la même dérivation pour tous les symptômes corporels de la malade, au contraire on apprend, même dans ce cas si peu riche à cet égard, que les symptômes corporels d'une hystérie se produisent de différentes manières. Je me permets tout d'abord de ranger les douleurs parmi les symptômes corporels. Autant que je puisse voir, une partie des douleurs était à coup sûr organiquement conditionnée par ces légères modifications (rhumatismales) dans les muscles, les tendons et les fascias qui apportent aux nerfs encore plus de douleurs qu'à la personne en bonne santé ; une autre partie des douleurs était vraisemblablement un souvenir de douleur, un symbole mnésique des époques d'émois et de soins donnés au malade qui, dans la vie de la malade, avaient pris tant de place. Ces douleurs, à l'origine, pouvaient avoir eu un jour une justification organique, mais elles avaient été, depuis, élaborées pour les fins de la névrose. J'appuie ces énoncés concernant les douleurs chez 147

Madame v. N... sur des expériences faites ailleurs, que je communiquerai dans un passage ultérieur de ce travail ; chez la malade elle-même, il y avait peu d'éclaircissements à obtenir sur ce point.

Une partie des phénomènes moteurs frappants que présentait Madame v. N... était simplement l'expression d'une émotion, et il était facile de reconnaître qu'ils avaient cette signification, ainsi le fait de tendre les mains, les doigts écartés et recourbés en tant qu'expression de terreur, les mimiques, etc. En tout cas, une expression plus vive et moins inhibée de l'émotion que celle correspondant à la mimique habituelle de cette femme, à son éducation et à sa race ; quand elle n'était pas dans l'état hystérique, elle était mesurée, presque raide dans ses mouvements expressifs. Une autre partie de ses symptômes moteurs était, selon ses indications, en corrélation directe avec ses douleurs, elle jouait sans répit avec ses doigts<sup>b</sup> (1888) ou frottait ses mains l'une contre l'autre (1889) pour ne pas être obligée de crier, et cette motivation rappelle vivement l'un des principes de Darwin pour expliquer les mouvements expressifs, le principe de la « dérivation de l'excitation » par lequel il explique, par ex., le frétillement de la queue des chiens<sup>d</sup>. Lors de stimuli douloureux, nous pratiquons tous d'ailleurs le remplacement du cri par une innervation motrice d'un ordre différent. Celui qui, chez le dentiste, a résolu de tenir immobiles la tête et la bouche et de ne pas s'interposer avec les mains tambourine au moins avec les pieds.

C'est un mode de conversion plus compliqué que l'on peut reconnaître dans les mouvements semblables à des tics chez Madame v. N..., le clappement de langue et le bégaiement, le fait de crier son nom « Emmy » dans un accès de confusion<sup>e</sup>, la formule de protection composée — « Restez tranquille — ne dites rien — ne me touchez pas ! »<sup>g</sup> (1888). Parmi ces manifestations motrices, le bégaiement et le clappement de langue autorisent une explication selon un

a. Cf. *infra*, p. 196.

b. Cf. *supra*, p. 66.

c. Cf. *supra*, p. 96.

d. Charles Darwin (1809-1882), *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (L'expression des émotions chez l'homme et les animaux), London, J. Murray, 1872.

e. Cf. *infra*, p. 224.

f. Cf. *supra*, p. 98.

g. Cf. *supra*, p. 67.

mécanisme que j'ai qualifié, dans une petite communication de la *Revue pour l'hypnotisme*, volume I (1893)a, d' « objectivation de la représentation de contraste ». Le processus, illustré à partir de notre exemple mêmeb, serait ici le suivant : l'hystérique, épuisée par les soucis et les veilles, est assise au chevet de son enfant malade qui, enfin !, s'est endormie. Elle se dit : Mais maintenant il faut que tu te tiennes absolument tranquille pour ne pas réveiller la petite. Cette résolution éveille vraisemblablement une représentation de contraste, l'appréhension qu'elle produise quand même un bruit réveillant la petite du sommeil depuis longtemps désiré. De telles représentations de contraste opposées à la résolution apparaissent aussi en nous, de façon remarquable au moment où nous ne nous sentons pas assurés dans l'exécution d'une résolution importante. 148

Le névrosé chez qui manque rarement dans la conscience de soi un trait de dépression, d'attente anxieuse, forme un assez grand nombre de telles représentations de contraste, ou bien il les perçoit plus facilement, celles-ci lui apparaissant d'ailleurs plus significatives. Dans l'état d'épuisement où se trouve notre malade, la représentation de contraste, qui d'ordinaire était écartée, se révèle maintenant la plus forte ; c'est elle qui s'objective et qui maintenant, à la grande épouvante de la malade, produit effectivement le bruit redouté. Pour expliquer tout le processus, je fais encore l'hypothèse que l'épuisement est partiel, il ne concerne, comme on le dirait dans les termes de Janet et de ses successeurs, que le moi primaire de la malade, il n'a pas pour conséquence que la représentation de contraste est, elle aussi, affaiblie.

Je fais en outre l'hypothèse que c'est l'épouvante devant le bruit produit contre la volonté qui fait de ce moment un moment à l'effet traumatique et qui fixe ce bruit lui-même en un symptôme mnésique corporel de toute la scène. Oui, dans le caractère de ce tic lui-même qui consiste en plusieurs sons proférés de manière spasmodique, séparés les uns des autres par des pauses — sons qui ont le plus de ressemblance avec le clappement —, je crois reconnaître la trace 149

a. « Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la "contre-volonté" », *GW, I ; OCF.P.*, I.

b. Cf. *supra*, p. 71.

c. Selon la *JÉ*, il faudrait lire : symbole.

du processus auquel il doit son apparition. Il semble que se soit joué un combat entre la résolution et la représentation de contraste — la « contre-volonté » — qui a donné au tic son caractère tranché et qui a restreint la représentation de contraste à des voies d'innervation inhabituelles de l'appareil musculaire de la parole.

Il ne resta d'un facteur occasionnant, pour l'essentiel similaire, que l'inhibition spasmodique de la parole, le bégaiement particuliers, sauf que cette fois, ce ne fut pas le résultat de l'innervation finale, le cri, mais le processus de l'innervation lui-même, tentative d'une inhibition par contracture des organes de la parole, qui fut pour le souvenir élevé au rang de symbole de l'événement.

Les deux symptômes, étroitement apparentés par l'histoire de leur apparition, clappement et bégaiement, restèrent associés également par la suite et, du fait d'une répétition lors d'un facteur occasionnant similaire, devinrent des symptômes durables. Mais ils furent ensuite conduits vers une autre utilisation. Apparus sous l'effet d'une violente frayeur, ils s'allièrent de surcroît dès ce moment (selon le mécanisme de l'hystérie monosymptomatique que j'exposerai dans le cas Vb) à un effroi, chaque fois que celui-ci ne pouvait pas, lui non plus, donner l'occasion d'objectiver une représentation de contraste.

Ils étaient finalement connectés à tellement de traumas, ils avaient tellement le droit de se reproduire dans le souvenir, qu'ils interrompaient constamment le discours sans autre facteur occasionnant, à la manière d'un tic dénué de sens. Mais l'analyse hypnotique put ensuite montrer toute la signification qui se cachait derrière ce tic apparent et, si la méthode de Breuer ne réussit pas ici à faire d'un coup disparaître complètement les deux symptômes, cela venait de ce que la catharsis ne s'étendait qu'aux trois traumas principaux, et non pas aux traumas secondairement associés'.

1. Je pourrais ici éveiller l'impression d'accorder trop de poids aux détails des symptômes et de me perdre dans une manie superflue d'interprétation des signes. Cependant j'ai appris que la détermination des symptômes hystériques descend réellement jusqu'à leurs détails les plus fins et que l'on ne saurait guère leur imputer trop de sens. Je vais apporter un exemple qui me justifiera. Il y a quelques mois, j'ai traité une jeune fille de

a. Cf. *supra*, p. 75.

b. Cf. *infra*, p. 170.

Le fait de crier son nom « Emmy » dans des accès de confusion qui, selon les règles des accès hystériques, reproduisaient les états de perplexité fréquents pendant la cure de sa fille, était connecté au

(Suite de la n. Ide la p. 112.)

18 ans, issue d'une famille à l'hérédité chargée : dans sa névrose compliquée, l'hystérie avait la part qui lui revient. La première chose que j'appris d'elle fut sa plainte concernant des accès de désespoir dont le contenu était double. Dans les uns, elle ressentait un tiraillement et un picotement dans la partie inférieure du visage, du haut des joues jusque vers la bouche ; dans les autres, les orteils des deux pieds s'étiraient en se contractant et bougeaient sans cesse en tous sens. Au début, je n'inclinai d'ailleurs pas à accorder une grande significativité à ces détails, et les premiers à avoir travaillé sur l'hystérie auraient sûrement été portés à voir dans ces manifestations des preuves de la stimulation des centres corticaux dans l'accès hystérique. Où résident les centres de telles paresthésies, nous ne le savons certes pas, mais il est connu que de telles paresthésies ouvrent la voie à l'épilepsie partielle et constituent l'épilepsie sensorielle de Charcot. Il aurait fallu rendre responsables du mouvement des orteils les zones corticales symétriques dans l'immédiate proximité de la scissure médiane. Mais cela s'élucida autrement. Lorsque j'eus fait plus amplement connaissance avec la jeune fille, je lui demandai un jour directement quelles sortes de pensées lui venaient lors de tels accès ; elle n'avait pas, lui dis-je, à se sentir gênée, elle devait bien pouvoir donner une explication pour les deux manifestations. La malade devint rouge de honte et se laissa finalement amener, sans hypnose, aux éclaircissements suivants dont le contenu se rapportait intégralement à la réalité effective, comme le confirma sa dame de compagnie alors présente. Depuis l'apparition de ses règles, elle avait souffert pendant des années d'une cephaléa adolescentium, qui lui rendit impossible toute activité soutenue et qui interrompit sa formation. Enfin libérée de cet empêchement, cette enfant ambitieuse et quelque peu naïve décida de faire un puissant travail sur elle-même pour rattraper ses soeurs et les camarades de son âge. Elle se surmena alors au-delà de toute mesure et, habituellement, de tels efforts s'achevaient par une explosion de désespoir quand elle voyait qu'elle avait surestimé ses forces. Naturellement, elle avait aussi coutume de se comparer physiquement avec d'autres jeunes filles et d'être malheureuse quand elle avait découvert chez elle un désavantage physique. Son prognathisme (tout à fait net) commença à l'affliger et elle en vint à l'idée de le corriger en s'exerçant des quarts d'heure entiers à tirer sa lèvre supérieure par-dessus ses dents proéminentes. L'insuccès de ces efforts puérils conduisit un jour à une explosion de désespoir et, à partir de ce moment-là, avec les tiraillements et les picotements du haut de la joue jusqu'au bas, on eut le contenu de l'une des sortes d'accès. Non moins transparente était la détermination des autres accès comportant le symptôme moteur de l'étirement et de l'agitation des orteils. Il m'avait été indiqué que le premier accès similaire était survenu après une excursion sur le Schafberg près de Ischl<sup>a</sup>, et ses proches étaient naturellement enclins à le faire découler du surmenage. Mais la jeune fille rapporta ce qui suit : C'était un thème favori entre les frères et sœurs, quand ils se taquinaient mutuellement, d'attirer réciproquement leur attention sur ses pieds (indéniablement) grands. Notre patiente, depuis longtemps malheureuse à cause de ce défaut esthétique, essaya de comprimer son pied dans les bottines les plus étroites, mais son père attentif ne le souffrit pas et veilla à ce qu'elle ne portât que des souliers confortables. Elle était fort mécontente d'une telle disposition, y pensait sans cesse, et elle s'habitua à bouger les orteils dans la chaussure, comme on le fait quand on veut mesurer si celle-ci est beaucoup trop grande et quelle chaussure de peinture plus petite on pourrait supporter. Lors de l'excursion en montagne au Schafberg, qu'elle ne trouva pas du tout fatigante, l'occasion se représenta naturelle

a. Station thermale et touristique de Haute-Autriche.

contenu de l'accès par un cheminement de pensée compliqué et correspondait en quelque sorte à une formule de protection de la malade contre cet accès. Ce cri, dans un emploi plus large de sa signification, aurait vraisemblablement été à même de tomber au niveau du tic ; la formule de protection compliquée « Ne me touchez pas, etc. » était déjà parvenue à cette utilisation, mais la thérapie hypnotique entravait dans les deux cas le développement ultérieur de ces symptômes. Ce cri « Emmy », apparu tout récemment, je le trouvai encore limité à son sol maternel, l'accès de confusion.

Or que ces symptômes moteurs aient pu apparaître par objectivation d'une représentation de contraste (comme le clappement), par simple conversion de l'excitation psychique en motricité (comme le bégaiement), par action voulue de la malade dans le paroxysme hystérique (comme le cri « Emmy » et la formule plus longue, en tant que dispositifs de protection), ils ont tous une chose en commun : originellement ou durablement, ils se trouvent dans une liaison discernable avec des traumatismes, dont ils tiennent lieu dans l'activité mnésique en tant que symboles.

D'autres symptômes corporels de la malade ne sont absolument pas de nature hystérique, ainsi les contractures de la nuque, que je conçois comme des migraines modifiées et qui, en tant que telles, ne sont à proprement parler pas du tout à mettre au rang des névroses, mais à celui des affections organiques. Cependant des symptômes hystériques s'y rattachent régulièrement ; chez Madame v. N..., les

*(Suite et fin de la n. 1 de la p. 112.)*

ment, à cause des jupes plus courtes, de s'entretenir des chaussures. L'une de ses sœurs lui dit en chemin : « Eh bien, aujourd'hui tu as mis des chaussures particulièrement grandes. » Elle essaya de faire bouger ses orteils ; ce fut aussi son impression. L'émoi devant ses pieds, par malheur si grands, ne la quitta plus et, lorsqu'on revint à la maison, se déclencha le premier accès au cours duquel — comme un symbole mnésique de l'ensemble du cheminement de pensée déprimant — ses orteils se contractèrent et remuèrent involontairement.

Je remarque qu'il s'agit ici de symptômes apparaissant par accès et non de symptômes durables, j'ajoute par ailleurs qu'après cette confession, les accès de la première sorte cessèrent, les accès de la seconde, avec l'agitation des orteils, se poursuivirent. Il devait bien y avoir là encore un morceau qui n'avait pas été confessé.

Post-scriptum : J'ai appris plus tard également ceci : si cette jeune fille travaillait à se rendre plus belle avec un tel excès de zèle, c'est qu'elle voulait... plaire à un jeune cousin. [Ajout de 1924 j (Un certain nombre d'années plus tard, sa névrose se métamorphosa en une *dementia praecox*.)

a. Cf *supra*, p. 89, n. 1.

contractures de la nuque sont utilisées pour donner des accès hystériques, alors qu'elle ne disposait pas des formes de manifestation typiques de l'accès hystérique.

Je vais compléter la caractérisation de l'état psychique de Madame v. N... en me tournant vers les modifications morbides de la conscience qui peuvent être mises en évidence chez elle. De même qu'elle est mise dans un état de délire sous l'effet des contractures de la nuque, elle l'est également sous l'effet des impressions pénibles du présent (cf. le dernier délire dans le jardin) ou des échos puissants de l'un de ses traumatismes ; dans cet état — d'après le peu d'observations que j'en ai fait, je ne peux rien énoncer d'autre — se trouvent facilitées une limitation de la conscience et une contrainte à l'association semblables à ce qui règne dans le rêve — hallucinations et visions — et sont tirées des conclusions stupides, voire absurdes. Cet état, comparable à une aliénation mentale, tient vraisemblablement lieu d'accès pour la patiente, c'est à peu près une psychose aiguë — équivalent de l'accès — que l'on classerait comme « état de confusion hallucinatoire ». Une autre similitude avec l'accès hystérique typique réside encore en ce que, le plus souvent, une part des anciens souvenirs traumatiques peut être mise en évidence comme fondement du délire. La transition de l'état normal à ce délire s'effectue fréquemment de façon tout à fait imperceptible ; elle vient juste de parler très correctement encore de choses peu affectives et dans la poursuite de la conversation qui la conduit à des représentations pénibles, je note à ses gestes amplifiés, à la survenue de ses formules toutes faites, etc., qu'elle délire. Au début du traitement, le délire se prolongeait durant toute la journée, si bien qu'il était difficile d'énoncer avec certitude, à propos de chacun des symptômes, si — comme les gestes — ils faisaient seulement partie de l'état psychique, en tant que symptômes d'accès, ou bien si, comme le clappement et le bégaiement, ils étaient devenus de véritables symptômes durables. On ne réussit souvent qu'après coup à différencier ce qui s'était produit dans le délire et ce qui s'était produit dans l'état normal. Les deux états étaient en effet séparés par la mémoire et la patiente était, par la suite, extrêmement étonnée d'en-

153

a. Cf. *supra*, p. 90.

b. Cf. *supra*, p. 87, n. 1.

tendre quelles choses le délire avait rajoutées à une conversation menée dans le registre normal. Mon premier entretien avec elle fut l'exemple le plus remarquable de la façon dont les deux états s'entrecroisaient l'un l'autre, sans que l'un prenne l'autre en compte. Une fois seulement, pendant ce mouvement de bascule psychique, il arriva qu'une influence s'exerçât sur la conscience normale s'attachant au temps présent, lorsqu'elle me donna la réponse issue du délire, à savoir qu'elle était une femme du siècle dernier.

L'analyse de ce délire chez Madame v. N... n'a guère atteint l'exhaustivité, principalement parce que son état s'améliora rapidement, à tel point que les délires se distinguèrent de façon tranchée de la vie normale et se limitèrent aux périodes des contractures de la nuque. J'ai rassemblé d'autant plus d'expériences sur le comportement de la patiente dans un troisième état psychique, celui du somnambulisme artificiel. Alors que, dans l'état normal qui lui était propre, elle ne savait pas ce que psychiquement elle avait vécu, d'une part dans ses délires et d'autre part dans le somnambulisme, elle disposait dans le somnambulisme des souvenirs de chacun des trois états, c'est ici qu'elle était à proprement parler la plus normale. Si je fais abstraction du fait que, somnambule, elle était bien moins réservée à mon endroit qu'aux meilleures heures de sa vie habituelle, c.-à-d. que, somnambule, elle me communiquait des informations sur sa famille, etc., alors que d'ordinaire elle me traitait comme si j'étais un étranger, si de plus je néglige le fait qu'elle montrait la totale suggestibilité des somnambules, il me faut bien dire que, somnambule, elle était dans un état parfaitement normal. Il était intéressant d'observer que ce somnambulisme, d'autre part, ne montrait aucun trait de surnormalité, qu'il était affligé de tous les défauts psychiques que nous attribuons à l'état de conscience normal. Le comportement de la mémoire somnambulique peut s'expliquer par les échantillons suivants : Un jour, dans la conversation, elle m'exprima son ravissement à propos d'une belle plante en pot qui décorait le vestibule de la maison de santé. « Mais comment s'appelle-t-elle, Docteur ? Ne le savez-vous pas ? J'ai su le mot allemand et le nom latin et j'ai oublié les deux. » Elle était une excellente connaisseuse des plantes, alors qu'à cette occasion j'avouai mon incul-

ture botanique. Quelques minutes plus tard, je lui demande dans l'hypnose : « Savez-vous maintenant le nom de la plante dans la cage d'escalier ? » La réponse vint sans qu'elle ait aucunement eu à réfléchir. De son nom allemand elle s'appelle *Türkenlilie* [lis martagon], le nom latin, je l'ai vraiment oublié. Une autre fois, se trouvant en bonne santé, elle me raconte une visite dans les catacombes de Rome et ne peut se rappeler, même en réfléchissant, deux termes de la description pour lesquels je ne peux pas non plus l'aider. Immédiatement après, je m'informe dans l'hypnose des mots auxquels elle pensait. Dans l'hypnose non plus elle ne le sait pas. Sur ce, je dis : Arrêtez d'y penser, demain entre cinq et six heures de l'après-midi, dans le jardin, plutôt vers six heures, cela vous viendra soudain à l'idée.

Le soir suivant, au cours d'une conversation totalement étrangère aux catacombes, elle s'exclame soudain : *Crypte, Docteur, et columbarium*. — Ah, voilà les mots que vous ne pouviez pas trouver hier. Quand vous sont-ils venus à l'idée ? — Cet après-midi dans le jardin, peu avant que je sois remontée chez moi. — Je notai que de cette manière elle voulait me montrer qu'elle avait exactement respecté l'heure indiquée, car elle avait l'habitude de quitter le jardin vers six heures. Ainsi, dans le somnambulisme non plus, elle ne disposait donc pas de toute l'étendue de son savoir, pour le somnambulisme aussi il y avait encore une conscience actuelle et une conscience potentielle. Il arrivait aussi assez souvent que, dans le somnambulisme, à ma question : D'où provient tel ou tel phénomène ?, elle plissât le front et qu'après une pause elle donnât avec embarras la réponse : Cela, je ne le sais pas. J'avais alors pris l'habitude de dire : Réfléchissez, vous allez tout de suite le trouver, et elle pouvait, après y avoir pensé un peu, me donner l'information demandée. Mais il se faisait aussi que rien ne lui vint à l'idée et que je fusse obligé de lui laisser la consigne de s'en souvenir d'ici le lendemain, ce qui se confirmait chaque fois. Cette femme qui, dans la vie ordinaire, évitait de la façon la plus scrupuleuse tout manquement à la vérité, ne mentait jamais non plus dans l'hypnose, mais il arrivait qu'elle donnât des indications incomplètes, qu'elle retint une partie des faits à rapporter jusqu'à ce que, par contrainte, j'obtienne une seconde fois qu'ils soient donnés au complet. Comme dans l'exemple indiqué page 97, c'était le plus souvent l'aversion que lui inspirait le thème

qui, dans le somnambulisme aussi, lui verrouillait la bouche. Malgré ces traits de limitation pourtant, l'impression que donnait son comportement psychique dans le somnambulisme était dans l'ensemble qu'elle déployait sans inhibition la force de son esprit et qu'elle disposait pleinement de son trésor de souvenirs.

156 Sa suggestibilité, indéniablement grande dans le somnambulisme, était cependant très éloignée d'une absence morbide de résistance. Dans l'ensemble, je dois dire que je ne faisais pourtant pas sur elle davantage impression que je n'aurais été en droit de m'y attendre, en portant ainsi attention au mécanisme psychique, chez toute personne qui m'aurait prêté l'oreille avec une grande confiance et une pleine clarté d'esprit, sauf que Madame v. N... ne pouvait m'offrir, dans ce qu'on appelle son état normal, une telle disposition psychique favorable. Là où je ne réussissais pas, comme dans la peur des animaux, à lui fournir des raisons d'être convaincue ou que je ne portais pas attention à la genèse psychique du symptôme, mais voulais agir au moyen d'une suggestion autoritaire, je notais alors chaque fois une expression tendue et mécontente dans la mine de la somnambule, et quand je demandais pour finir : Eh bien, aurez-vous encore peur de cet animal ?, la réponse était : Non, puisque vous l'exigez. Mais une telle promesse qui ne pouvait s'appuyer que sur sa docilité envers moi n'avait à vrai dire jamais de résultat, elle avait aussi peu de résultat que les nombreuses leçons générales que je lui donnais, à la place desquelles j'aurais tout aussi bien pu répéter cette unique suggestion : Soyez en bonne santé.

Cette même personne qui maintenait si obstinément ses symptômes de maladie contre la suggestion et ne les laissait tomber qu'en échange d'une analyse psychique ou d'une conviction acquise était par ailleurs aussi docile que le meilleur des médiums d'hôpital, lorsqu'il s'agissait de suggestions sans importance, de choses qui ne se trouvaient pas en relation avec sa maladie. J'ai communiqué des exemples d'une telle obéissance posthypnotique dans cette histoire de malade. Je ne trouve aucune contradiction dans ce comportement. Il fallait que la représentation la plus forte fasse ici également valoir ses droits. Si l'on porte attention au mécanisme de l'« idée fixe » pathologique, on trouve celle-ci fondée et appuyée par des expériences vécues si nombreuses et agissant avec tant d'intensité que l'on ne peut

pas s'étonner qu'elle soit à même d'opposer avec succès une résistance à la contre-représentation suggérée, elle-même pourvue seulement d'une certaine force. Ce n'est que dans un cerveau vraiment pathologique qu'il serait possible de chasser d'un souffle par la suggestion les résultats à ce point justifiés de processus psychiques intenses'.

I. Cette intéressante opposition entre l'obéissance somnambulique la plus étendue sur tous les autres points et la persistance obstinée des symptômes de maladie parce que ces derniers sont fondés en profondeur et inaccessibles à l'analyse, m'a laissé, dans un autre cas, une impression profonde. Je traitais une jeune fille pleine de vie et de dons, affligée depuis un an et demi d'un grave trouble de la marche, et cela depuis plus de cinq mois, sans pouvoir l'aider. La jeune fille avait une analgésie et des points douloureux aux deux jambes, un tremblement rapide aux mains, elle marchait courbée en avant, les jambes lourdes, à petits pas, et chancelait, comme atteinte de troubles cérébelleux, tombant aussi assez fréquemment. Sa disposition à l'enjouement était frappante. L'une de nos autorités viennoises de l'époque s'était laissé entraîner par ce complexe symptomatique à diagnostiquer une sclérose multiple'. Un autre spécialiste reconnut l'hystérie en faveur de laquelle plaidait également la configuration compliquée du tableau de maladie au début de l'affection (douleurs, évanouissements, amaurose) et me confia le traitement de la malade. J'essayai d'améliorer sa marche par la suggestion hypnotique, le traitement des jambes dans l'hypnose, etc., mais sans aucun résultat, bien qu'elle fût une excellente somnambule. Un jour qu'elle était entrée de nouveau dans la pièce en chancelant, un bras appuyé sur celui de son père et l'autre sur un parapluie dont la pointe était déjà fortement émoussée, je fus pris d'impatience et je l'apostrophai, dans l'hypnose, en ces termes : « Maintenant, cela a duré trop longtemps. Dès demain, ce parapluie se brisera dans votre main et vous serez obligée de rentrer à la maison sans parapluie, à partir de là vous n'aurez plus besoin de parapluie. » Je ne sais pas comment j'en vins à cette bêtise d'adresser une suggestion à un parapluie. J'en eus honte après coup et ne soupçonnai pas que mon intelligente patiente prendrait sur elle de me sauver aux yeux de son père qui était médecin et assistait aux hypnoses. Le jour suivant, le père me raconta : « Savez-vous ce qu'elle a fait hier ? Nous nous promenons sur le Ringb ; soudain, elle déborde de joie et se met — en plein milieu de la rue — à chanter : C'est une vie libre que nous menons', ce faisant elle bat la mesure en frappant le pavé avec le parapluie et brise le parapluie. » Naturellement, elle ne soupçonnait en rien qu'elle avait elle-même, avec tant d'esprit, transformé une suggestion insensée en une suggestion brillamment réussie. Lorsque, suite aux assurances, aux commandements et au traitement dans l'hypnose, son état ne s'améliora pas, je me tournai vers l'analyse psychique et j'exigeai de savoir quel mouvement émotif avait précédé l'irruption de son mal. Elle raconta alors (dans l'hypnose, mais sans aucune excitation) qu'était mort peu de temps auparavant un de ses jeunes parents dont elle s'était depuis de nombreuses années considérée comme la fiancée. Mais cette communication ne changea absolument rien à son état ; dans l'hypnose suivante, je lui dis en conséquence que j'étais tout à fait convaincu que la mort de son cousin n'avait rien à voir avec son état, qu'il s'était produit quelque chose d'autre qu'elle n'avait pas évoqué. Alors elle se laissa arracher une seule et unique indication, mais à peine avait-elle dit un mot qu'elle se tut, et son vieux père qui était assis derrière elle se mit à sangloter amèrement. Naturellement, je ne fis pas davantage pression sur la malade, mais je ne la revis d'ailleurs jamais plus.

a. Ou sclérose en plaques.

b. A Vienne, suite de larges boulevards circulaires établis de 1860 à 1865 sur l'emplacement d'anciennes fortifications.

c. Vers souvent cité, extrait du « Chant des brigands » (F. Schiller, *Les Brigands*, IV, 5).

157 Lorsque j'étudiais l'état somnambulique de Madame v. N..., s'élevèrent en moi, pour la première fois, des doutes importants sur la justesse de la thèse de B e r n h e i m, *tout est dans la suggestion*, et sur le raisonnement de son perspicace ami D e l b e u f, *comme quoi il n'y a pas d'hypnotisme*. Aujourd'hui encore, je ne puis comprendre que le doigt que je place devant ses yeux et le « dormez » prononcé une seule fois soient censés avoir créé l'état psychique particulier de la malade dans lequel sa mémoire englobait toutes ses expériences  
158 vécues psychiques. Je pouvais avoir provoqué cet état, je ne l'avais pas créé par ma suggestion, puisque ses caractéristiques qui ont d'ailleurs une validité générale me surprenaient tellement.

De quelle façon la thérapie fut pratiquée ici dans le somnambulisme, on peut le voir suffisamment dans l'histoire de la malade. Comme il est d'usage dans la psychothérapie hypnotique, je combattais les représentations morbides présentes par des assurances, des interdictions, l'introduction de contre-représentations de toutes sortes, mais je ne me contentais pas de cela, j'allais au contraire rechercher la genèse de chacun des symptômes afin de pouvoir combattre les présupposés sur lesquels étaient édifiées les idées morbides. Durant ces analyses, il arrivait régulièrement que la malade s'exprimât verbalement, avec les signes de la plus violente excitation, sur des choses dont l'affect n'avait jusque-là trouvé à s'écouler que comme expression d'une émotion. Je ne puis indiquer quelle part du résultat thérapeutique obtenu chaque fois revenait à cette élimination par suggestion *in statu nascendit*, et quelle part revenait à la résolution de l'affect par abréaction, car j'ai laissé agir conjointement les deux facteurs thérapeutiques. En conséquence, ce cas ne devrait pas être exploité pour mettre rigoureusement en évidence qu'une efficacité thérapeutique est inhérente à la méthode cathartique, mais il me faut pourtant dire que seuls ont été effectivement éliminés de façon durable ceux des symptômes de maladie pour lesquels j'ai conduit l'analyse psychique.

- a. En français dans le texte.
- b. En français dans le texte.
- c. Cf *supra*, p. 110.
- d. à l'état naissant.

Le résultat thérapeutique était dans l'ensemble tout à fait considérable, mais n'avait rien de durable ; l'aptitude de la patiente à tomber malade de la même façon, sous l'effet de traumatismes récents qui l'atteignaient, ne fut pas éliminée. Celui qui voudrait entreprendre la guérison définitive d'une hystérie semblable devrait rendre compte à ses propres yeux de la corrélation des phénomènes de façon plus détaillée que je ne l'ai tenté à l'époque. Madame v. N... était à coup sûr une personne à l'hérédité névropathique chargée. Sans une telle disposition, on ne produit vraisemblablement pas d'hystérie du tout. Mais la disposition à elle seule ne suffit pas à faire une hystérie, il faut pour cela des raisons, et même, comme je l'affirme, des raisons adéquates, une étiologie de nature déterminée. J'ai mentionné précédemment que chez Madame v. N... les affects de tant d'expériences vécues traumatiques semblaient conservés et qu'une activité mnésique vivace amenait à la surface psychique tantôt tel trauma, tantôt tel autre. J'aimerais à présent me risquer à indiquer la raison de cette conservation des affects chez Madame v. N... Cette raison est assurément en corrélation avec sa prédisposition héréditaire. Ses sensations étaient en effet d'un côté très intenses — elle était d'une nature violente, capable du plus grand déchaînement de passions —, d'un autre côté elle vivait depuis la mort de son mari dans un complet esseulement de l'âme, rendue méfiante envers ses amis par les persécutions de sa parentèle, veillant jalousement à ce que personne ne prenne trop d'influence sur ses agissements. Le cercle de ses devoirs était grand et tout le travail psychique auquel elle était astreinte, elle l'assurait seule, sans ami ni confident, dans un quasi-isolement par rapport à sa famille et avec le facteur aggravant que lui imposaient sa scrupulosité, son penchant à l'autotourment et souvent aussi sa nature désemparée en tant que femme. Bref, il est impossible ici de méconnaître en soi et pour soi le mécanisme de la rétention de grandes sommes d'excitation. Il s'appuie en partie sur les circonstances de sa vie, en partie sur sa prédisposition naturelle ; sa crainte, par ex., de communiquer quelque chose sur elle-même était si grande qu'aucun de ceux qui fréquentaient quotidiennement sa maison, comme je le notai avec étonnement en 1891, ne savait qu'elle était malade ni que j'étais son médecin.

160 Ai-je ainsi épuisé l'étiologie de ce cas d'hystérie ? Je ne le crois pas, car à l'époque des deux traitements je ne me posais pas encore ces questions, auxquelles il est nécessaire de répondre pour obtenir une élucidation exhaustive. Je pense à présent que quelque chose d'autre doit encore s'y ajouter pour provoquer, justement dans les dernières années, une irruption de son mal, les conditions étiologiquement efficaces étant inchangées durant de longues années. J'ai été également frappé par le fait que, dans toutes les communications intimes que me fit la patiente, l'élément sexuel qui pourtant, comme nul autre, donne lieu à des traumatismes, manquait totalement. Les excitations dans cette sphère ne peuvent certainement pas être demeurées sans le moindre reste, c'était vraisemblablement une *editio in usum delphinia* de son histoire de vie que j'eus à entendre. Dans son comportement, la patiente était d'une décence extrême et apparemment non factice, sans pruderie. Mais quand je pense à la réserve avec laquelle elle me raconta dans l'hypnose la petite aventure de sa femme de chambre à l'hôtel, j'en viens à soupçonner que cette femme violente, capable de sensations aussi fortes, n'avait pas remporté la victoire sur ses besoins sexuels sans de rudes combats et s'était par moments gravement épuisée psychiquement en essayant de réprimer cette pulsion la plus puissante de toutes. Elle m'avoua un jour qu'elle ne s'était pas remariée parce que, étant donné sa grande fortune, elle ne pouvait pas se fier au désintéressement de ses prétendants et se serait fait le reproche de nuire par un nouveau mariage aux intérêts de ses deux enfants.

Il me faut ajouter encore une remarque avant de conclure l'histoire de malade de Madame v. N... Nous la connaissions tous deux assez bien, le D<sup>r</sup> Breuer et moi, et ce durant une assez longue période, et nous avions coutume de sourire lorsque nous comparions le profil de son caractère avec la description de la psyché hystérique qui a cours, depuis les temps anciens, à travers les livres et l'opinion des médecins. Lorsque nous nous sommes aperçus, à partir de l'observation de Madame Cécilie M..., que l'hystérie sous sa forme la plus grave est compatible avec les dons les plus riches et les plus originaux

a. En réalité : *ad usum delphini*. Titre donné aux éditions expurgées destinées au Dauphin, fils de Louis XIV.

— un fait qui d'ailleurs transparait jusqu'à l'évidence dans les biographies des femmes qui comptent dans l'histoire et la littérature —, nous avons en Madame Emmy v. N... un exemple de ce que l'hystérie n'exclut pas un caractère impeccablement développé ni une vie consciemment menée vers ses buts. Cette femme que nous avons bien connue était quelqu'un d'exceptionnel, dont la rigueur morale dans la conception de ses devoirs, l'intelligence et l'énergie proprement masculines, la haute culture et l'amour de la vérité nous en imposaient à tous les deux, tandis que sa sollicitude pleine de bonté pour toutes les personnes qui lui étaient subordonnées, sa modestie intérieure et la finesse de ses manières la faisaient d'ailleurs apparaître comme une dame inspirant le respect. Appeler « dégénérée » une telle femme, c'est déformer la signification de ce mot jusqu'à le rendre méconnaissable. On fait bien de distinguer conceptuellement les êtres humains « disposés » et les êtres humains « dégénérés », sans quoi on sera contraint de concéder que l'humanité est redevable d'une bonne partie de ses grandes conquêtes aux efforts d'individus « dégénérés ».

161

Je l'avoue également, dans l'histoire de Madame v. N..., je ne puis rien trouver de la « performance psychique amoindrie » à laquelle P. Janet<sup>a</sup> ramène l'apparition de l'hystérie. La disposition hystérique consisterait selon lui en une étroitesse anormale du champ de la conscience (par suite d'une dégénérescence héréditaire), laquelle donne lieu à l'abandon dans lequel sont laissées des séries entières de perceptions, et par la suite à la désagrégation du moi et à l'organisation de personnalités secondaires. Par conséquent, le reste du moi devrait aussi, après soustraction des groupes psychiques organisés hystériquement, être moins capable d'agir que le moi normal, et de fait ce moi, selon Janet, est chez les hystériques chargé de stigmates psychiques, condamné au monoïdéisme et incapable des performances habituelles de la volonté dans la vie. J'estime que Janet a eu tort ici d'élever des états consécutifs à la modification hystérique de la conscience au rang de conditions primaires de l'hystérie. Ce thème mérite d'être traité ailleurs de façon plus détaillée ; mais chez Madame v. N... on ne pouvait rien remarquer d'une telle performance amoindrie. Durant la

a. Ce que Janet appelle la « faiblesse de synthèse psychologique ». (Cf. *État mental des hystériques*, Paris, Rueff, 1894.)

b. Cf. *infra*, p. 254 sq.

162 période de ses états les plus graves, elle était et restait capable d'assurer sa participation à la direction d'une grande entreprise industrielle, de ne jamais perdre de vue l'éducation de ses enfants, de poursuivre son commerce épistolaire avec des personnes à l'esprit éminent, bref de faire face à tous ses devoirs de telle sorte que son état de maladie pouvait rester caché. Je devrais bien plutôt estimer qu'il en résultait un degré considérable de surperformance psychique qui n'était peut-être pas soutenable dans la durée, qui devait nécessairement conduire à un épuisement, à la *misère psychologiques* secondaire. À l'époque où je la vis pour la première fois, de tels troubles de sa capacité d'agir commençaient vraisemblablement déjà à se faire sentir, mais en tout cas une grave hystérie avait existé de longues années avant ces symptômes d'épuisement<sup>1</sup>.

1. [Note ajoutée en 1924 : j Je sais qu'aucun analyste ne peut lire aujourd'hui cette histoire de malade sans un sourire apitoyé. Mais qu'on veuille bien considérer que c'était le premier cas dans lequel j'appliquais dans une large mesure le procédé cathartique. C'est pourquoi je veux également conserver à ce compte rendu sa forme d'origine, ne produire aucune des critiques qui se présentent aujourd'hui si facilement et n'entreprendre aucune tentative pour combler après coup ses innombrables lacunes. Je ne veux ajouter que deux choses : la vue que j'ai acquise plus tard dans l'étiologie actuelle de l'affection et des informations sur le développement ultérieur de celle-ci.

Alors que je passais, comme évoqué précédemment, quelques jours en tant qu'invité dans sa maison de campagne, il y eut un repas auquel assistait une personne étrangère qui s'efforçait manifestement d'être agréable. Après son départ, elle me demanda s'il m'avait plu et elle ajouta comme en passant : Figurez-vous, cet homme veut m'épouser. En corrélation avec d'autres propos auxquels j'avais négligé d'accorder de la valeur, force me fut de comprendre clairement qu'à l'époque elle aspirait à un nouveau mariage, mais qu'elle voyait dans l'existence de ses deux filles, héritières de la fortune paternelle, l'obstacle à la réalisation de son dessein.

Quelques années plus tard, je rencontrai à un congrès de naturalistes un éminent médecin originaire du pays de Madame Emmy, à qui je demandai s'il connaissait la dame et s'il savait quelque chose sur son état de santé. Oui, il la connaissait et il l'avait lui-même traitée hypnotiquement, elle avait joué avec lui — et avec beaucoup d'autres médecins encore — la même pièce qu'avec moi. Elle était venue dans un état misérable, avait récompensé le traitement hypnotique par un succès extraordinaire pour, ensuite, devenir subitement hostile au médecin, le quitter et réactiver toute l'ampleur de son état de maladie. C'était la véritable « contrainte de répétition ».

Ce n'est qu'après un quart de siècle que j'eus à nouveau des nouvelles de Madame Emmy. Sa fille aînée, celle-là même pour laquelle j'avais autrefois établi un pronostic si défavorable, s'adressa à moi pour demander une attestation concernant l'état mental de sa mère en raison du traitement que je lui avais dispensé à l'époque. Elle avait l'intention d'entreprendre des démarches juridiques contre sa mère, qu'elle décrivait comme une personne tyrannique, cruelle et sans égards. Elle avait rejeté ses deux enfants et se refusait à leur apporter de l'aide dans leur misère actuelle. Ma correspondante elle-même avait obtenu un titre de docteur et elle était mariée.

a. En français dans le texte.

## III

MISS LUCY R., TRENTE ANS  
(S. Freud)

Fin 1892, un confrère et ami m'adressa une jeune dame qui était en traitement chez lui pour des rhinites purulentes faisant chroniquement retour. Comme il apparut plus tard, une carie de l'os ethmoïde était la cause de l'opiniâtreté de ses maux. Dernièrement, la patiente s'était adressée à lui pour des symptômes nouveaux que ce médecin avisé ne put plus mettre sur le compte d'une affection locale. Elle avait complètement perdu la perception olfactive et était poursuivie quasi sans cesse par une ou deux sensations olfactives subjectives. Elle ressentait celles-ci comme très pénibles, était par ailleurs d'humeur abattue, fatiguée, et se plaignait d'avoir la tête lourde, l'appétit et la capacité d'agir diminués.

163

La jeune dame, qui vivait comme gouvernante dans la maison d'un directeur d'usine, dans la banlieue de Vienne, me rendait visite de temps à autre à mes heures de consultation. Elle était Anglaise, de constitution délicate, peu pigmentée de peau et, hormis l'affection du nez, en bonne santé. Ses premières communications confirmèrent les indications du médecin. Elle souffrait d'humeur dépressive et de fatigue, était tourmentée par des sensations olfactives subjectives, manifestait parmi les symptômes hystériques une analgésie générale assez nette avec une sensibilité au toucher intacte ; les champs visuels ne montrèrent lors d'un examen superficiel (manuel) aucune limitation. L'intérieur du nez était parfaitement analgique et dénué de réflexes. Des attouchements étaient ressentis, la perception de cet organe sensoriel était supprimée autant pour des stimuli spécifiques que pour d'autres (ammoniaque, acide acétique). Le catarrhe nasal purulent se trouvait justement dans une période d'amélioration.

164

Lors de mes premiers efforts pour rendre compréhensible ce cas de maladie, il fallut que les sensations olfactives subjectives, en tant qu'hallucinations faisant retour, se laissent interpréter comme des symptômes durables hystériques. L'humeur dépressive était peut-être l'affect relevant du trauma, et il fallait pouvoir trouver une expé-

rience vécue lors de laquelle ces odeurs devenues à présent subjectives avaient été objectives, cette expérience ne pouvant être que le trauma comme symbole duquel les sensations olfactives faisaient retour dans le souvenir. Peut-être était-il plus exact de considérer les hallucinations olfactives faisant retour, y compris l'humeur dépressive qui les accompagne, comme des équivalents de l'accès hystérique ; la nature d'hallucinations faisant retour les rend bel et bien inaptes au rôle de symptômes durables. Mais ce n'était pas là ce qui comptait dans ce cas aux formes rudimentaires ; il était en revanche tout à fait indispensable que les sensations olfactives subjectives manifestent une spécialisation telle qu'elle pouvait correspondre à leur provenance à partir d'un objet réel tout à fait déterminé.

Cette attente se trouva bientôt accomplie. À ma question pour savoir quelle odeur la poursuivait le plus souvent, j'obtins en réponse : comme celle d'un entremets brûlé. Je n'avais donc qu'à supposer que c'était effectivement l'odeur d'entremets brûlé qui avait été présente dans l'expérience vécue à l'effet traumatique. Que des sensations olfactives soient choisies comme symboles mnésiques de traumas est certes assez inhabituel, sauf qu'on était tenté de donner raison pour ce choix. La malade était affligée de rhinite purulente, c'est pourquoi le nez et ses perceptions étaient au premier plan de son attention. Des conditions de vie de la malade, je savais seulement que dans la famille dont elle avait en garde les deux enfants il manquait la mère, qui était morte quelques années auparavant d'une maladie grave foudroyante.

165

Je décidai donc de prendre l'odeur d' « entremets brûlé » comme point de départ de l'analyse. Je vais raconter l'histoire de cette analyse comme elle aurait pu se produire dans des conditions favorables ; en fait, ce qui aurait dû être une seule séance s'étendit sur plusieurs, puisque la malade ne pouvait venir me voir que pendant les consultations, où j'avais peu de temps à lui consacrer, et une seule de ces conversations s'étala sur plus d'une semaine, ses obligations ne lui permettant pas non plus de faire assez souvent le long trajet de l'usine jusqu'à moi. Nous nous interrompions donc en plein entretien pour reprendre le fil au même endroit la fois suivante.

Miss Lucy R. ne devint pas somnambule lorsque je tentai de la mettre en hypnose. Je renonçai donc au somnambulisme et je menai

toute l'analyse avec elle dans un état qui de toute façon se distinguait peut-être assez peu de l'état normal.

Il faut que je m'explique plus en détail sur ce point de la technique de mon procédé. Lorsqu'en 1889 je fréquentai les cliniques de Nancy j'entendis le vieux maître de l'hypnose, le D<sup>r</sup> Liébeault, dire : « Oui, si nous possédions les moyens de rendre somnambule tout un chacun, la méthode de guérison par hypnose serait de toutes la plus puissante. » À la clinique de Bernheim il sembla presque qu'un tel art existât réellement et qu'on pût l'apprendre de Bernheim. Mais dès que je tentai de pratiquer cet art sur mes propres malades, je remarquai que de ce point de vue des limites très étroites étaient imposées — du moins à mes forces à moi — et que là où un patient ne devenait pas somnambule au bout d'une à trois tentatives je ne possédais aucun moyen de le rendre tel. Mais le pourcentage des somnambules resta dans mon expérience loin derrière celui indiqué par Bernheim.

Je me trouvai donc devant le choix, ou bien de m'abstenir de la méthode cathartique dans la plupart des cas qui pouvaient bien s'y prêter, ou bien de risquer la tentative de la pratiquer hors somnambulisme dans des cas d'influencement hypnotique léger, voire douteux. À quel degré d'hypnose correspondait — selon une des échelles établies à cet effet — l'état non somnambulique, cela me sembla indifférent, puisque chaque orientation de la suggestibilité est de toute façon indépendante des autres, et que le fait de susciter catalepsie, mouvements automatiques, etc., pour faciliter le réveil de souvenirs oubliés, comme ceux dont j'avais besoin, ne préjuge de rien. Je perdis aussi bientôt l'habitude d'entreprendre ces tentatives censées déterminer le degré d'hypnose, puisque celles-ci activaient la résistance des malades dans toute une série de cas et altéraient cette confiance en moi dont j'avais besoin pour le travail psychique, plus important. Par ailleurs, je me trouvai bientôt las, après avoir donné l'assurance et l'ordre : « Vous allez dormir, dormez ! », d'entendre encore et toujours, dans des degrés plus légers d'hypnose, l'objection : « Mais, Docteur, c'est que je ne dors pas », pour ensuite être obligé d'avancer la distinction par trop délicate : « Je ne veux pas

a. Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904).

dire, bien sûr, le sommeil ordinaire, je veux dire l'hypnose. Voyez-vous, vous êtes hypnotisé, vous ne pouvez même plus ouvrir les yeux, etc. D'ailleurs je n'ai pas du tout besoin du sommeil », etc. Je suis quant à moi convaincu que nombre de mes confrères en psychothérapie savent se tirer de ces difficultés plus habilement que moi ; c'est peut-être d'ailleurs qu'ils procèdent aussi autrement. Mais je trouve que si l'on peut avec une telle fréquence être sûr de se mettre dans l'embarras lorsqu'on utilise un mot, on ferait mieux d'éviter et le mot et l'embarras. Ainsi donc, là où la première tentative ne donna ni somnambulisme ni aucun degré d'hypnose avec modifications corporelles prononcées, je fis semblant de laisser tomber l'hypnose, j'exigeai seulement de la « concentration » et ordonnai, comme moyen pour obtenir cette « concentration », d'être allongé sur le dos et de fermer les yeux volontairement.

167 Peut-être suis-je parvenu ainsi sans guère de peine à des degrés d'hypnose aussi profonds que ce qu'il est en général possible d'atteindre.

En revanche, en renonçant au somnambulisme, je me privais peut-être d'une condition préalable sans laquelle la méthode cathartique paraissait inapplicable. Elle reposait bel et bien sur le fait que dans l'état de conscience modifié les malades avaient à leur disposition ces souvenirs et reconnaissaient ces corrélations qui, dans leur état de conscience normal, n'étaient soi-disant pas présents. Là où l'élargissement somnambulique de la mémoire n'avait pas eu lieu, devait aussi forcément faire défaut la possibilité d'établir une détermination causale que le malade n'offrait pas au médecin comme une détermination connue de lui, et justement ce sont bien les souvenirs pathogènes « qui font défaut à la mémoire des malades dans leur état psychique habituel ou n'y sont présents que d'une manière des plus sommaires ». (Communication pré.l.a).

Ce qui m'aïda à sortir de ce nouvel embarras fut mon souvenir d'avoir vu B e r n h e i m lui-même apporter la preuve que les souvenirs du somnambulisme ne sont oubliés à l'état de veille qu'en apparence et se laissent de nouveau rappeler par une légère exhortation reliée à un geste de la main censé marquer un autre état de cons-

cience. Il avait, par ex., soumis une somnambule à l'hallucination négative selon laquelle il n'était plus là, puis il avait cherché à se faire remarquer d'elle par les moyens les plus divers et par des agressions sans ménagement. Ce fut sans succès. Une fois la malade réveillée, il exigea de savoir ce qu'il lui avait fait pendant qu'elle le croyait absent. Elle répondit avec étonnement qu'elle n'en savait rien, mais il ne céda pas, affirma qu'elle se souviendrait de tout, lui posa la main sur le front afin qu'elle réfléchisse, et voilà qu'elle raconta enfin tout ce qu'elle n'avait soi-disant pas perçu à l'état somnambulique et dont à l'état de veille elle n'avait soi-disant rien su.

Cette étonnante et instructive tentative fut mon modèle. Je décidai de partir de la présupposition que mes patients savaient eux aussi tout ce qui avait quelque significativité pathogène et qu'il s'agissait simplement de les obliger à communiquer. Quand donc j'étais arrivé à un point où à la question : « Depuis quand avez-vous ce symptôme ? » ou « D'où provient-il ? », j'obtenais la réponse : « Cela, je ne le sais vraiment pas », je procédais de la manière suivante : je posais la main sur le front de la malade ou prenais sa tête entre mes deux mains et disais : « Cela va vous venir à l'idée maintenant sous la pression de ma main. À l'instant où j'arrêterai la pression, vous verrez quelque chose devant vous ou quelque chose vous passera par la tête, une idée qui vous viendra, et cela, vous l'attrapez. C'est cela que nous cherchons. — Eh bien, qu'avez-vous vu ou qu'est-ce qui vous est venu à l'idée ? »

Les premières fois où j'appliquai ce procédé (ce n'était pas dans le cas de Miss Lucy R.a), je fus moi-même étonné qu'il me livrât justement ce dont j'avais besoin et je puis dire qu'il ne m'a guère laissé en panne depuis, m'a toujours montré la voie que mon exploration devait suivre et m'a permis de conduire à terme chaque analyse de ce type sans somnambulisme. Je m'enhardis peu à peu au point d'expliquer aux patients qui me donnaient comme réponse : « Je ne vois rien » ou « Rien ne m'est venu à l'idée », que ce n'était pas possible. Qu'ils avaient assurément donné la chose juste, sauf qu'ils ne croyaient pas que ce fût cela et qu'ils l'avaient rejetée. Que je répéterais le procédé aussi souvent qu'ils le voudraient, qu'à chaque fois ils

168

a. Ce fut, semble-t-il, dans le cas d'Elisabeth v. R... Cf. *infra*, p. 165.

verraient la même chose. En fait, j'eus raison à chaque fois, les malades n'avaient pas encore appris à faire taire leur critique, avaient rejeté le souvenir qui émergeait ou l'idée incidente, parce qu'ils tenaient celle-ci pour inutilisable, pour une interférence gênante, et après qu'ils l'avaient communiquée il s'avérait chaque fois que c'était la bonne idée. À l'occasion je recevais aussi en  
169 réponse, quand j'avais obtenu par contrainte la communication après la troisième ou quatrième pression : « Oui, c'est ce que j'ai su dès la première fois, mais c'est justement ce que je n'ai pas voulu dire » ou bien : « J'ai espéré que ce n'était pas cela. »

Cette façon d'élargir la conscience soi-disant rétrécie était toutefois bien plus laborieuse que l'exploration dans le somnambulisme, mais elle me rendait malgré tout indépendant du somnambulisme et me permettait de pénétrer les motifs qui sont souvent décisifs pour l'« oubli » des souvenirs. Je puis affirmer que cet oubli est souvent un oubli intentionnel, souhaité. Ce n'est toujours qu'un oubli réussi en apparence.

Ce qui me parut peut-être encore plus remarquable, c'est que l'on puisse par un procédé similaire restituer des chiffres et des dates soi-disant oubliés depuis longtemps et que l'on puisse ainsi prouver une fidélité insoupçonnée de la mémoire.

Le peu de choix dont on dispose dans la recherche de chiffres et de dates permet en effet de s'appuyer sur le principe bien connu de la doctrine de l'aphasies, selon lequel reconnaître est pour la mémoire une performance moindre que se rappeler spontanément.

On souffle donc au patient, qui ne peut se souvenir quelle année, quel mois et quel jour s'est produit un certain événement, les chiffres des années dont il peut s'agir, les noms des douze mois et les trente et un chiffres des jours du mois, et on lui assure qu'au bon chiffre ou au bon nom ses yeux s'ouvriront d'eux-mêmes, ou qu'il sentira quel chiffre est le bon. Dans la grande majorité des cas, les malades se décident alors effectivement pour une date déterminée et bien souvent (comme chez Madame Cacilie L.) on pouvait prouver à l'aide de notes datant de l'époque en question que la date était exactement

a. Cf. Freud, *Zur Auffassung der Aphasien* (Sur la conception des aphasies), Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1891.

reconnue. D'autres fois et chez d'autres malades, il ressortait du contexte des faits remémorés que la date ainsi trouvée était inattaquable. La malade remarquait par exemple, après qu'on lui eut présentée la date obtenue par « décompte » : « Mais c'est l'anniversaire de mon père », et continuait alors : « Oui, bien sûr, c'est parce que c'était l'anniversaire de mon père que j'ai attendu l'événement dont nous parlions. »

Je ne puis ici qu'effleurer ce thème. La conclusion que je tirai de toutes ces expériences fut la suivante : toutes les expériences vécues importantes en tant que pathogènes, y compris toutes les circonstances accessoires, sont fidèlement retenues par la mémoire, même là où elles semblent oubliées, la capacité de se les rappeler manquant au malade'.

I. Comme exemple de la technique décrite ci-dessus — celle de l'exploration à l'état non somnambulique, donc sans conscience élargie —, je vais exposer un cas que je viens d'analyser ces derniers jours. J'ai en traitement une femme de trente-huit ans qui souffre de névrose d'angoisse (agoraphobie, accès d'angoisse de mort, etc.). Comme le font beaucoup de ces malades, elle répugne à avouer qu'elle a acquis cette souffrance au cours de sa vie conjugale et voudrait la repousser dans sa première jeunesse. Ainsi elle me rapporte que, jeune fille, elle avait eu à dix-sept ans son premier accès de vertige avec angoisse et sensation d'évanouissement dans la rue de sa petite ville natale et que ces accès se sont répétés périodiquement jusqu'à ce qu'ils cèdent la place, il y a quelques années, à la souffrance actuelle. Je présume que ces premiers accès de vertige, lors desquels l'angoisse s'était de plus en plus estompée, étaient des accès hystériques et je décide de m'engager dans leur analyse. Au début, elle sait seulement que ce premier accès l'assaillit alors qu'elle était sortie faire des achats dans les boutiques de la grand' rue. — Que vouliez-vous donc acheter ? — Diverses choses, je crois, pour un bal auquel j'étais invitée. — Quand ce bal devait-il avoir lieu ? — A ce qu'il me semble, deux jours plus tard. — Il a donc dû y avoir quelques jours auparavant un incident qui vous a mise en émoi, qui a fait impression sur vous. — Mais je n'en sais rien, il y a de cela vingt et un ans. — Cela ne fait rien. Vous allez vous souvenir tout de même. J'exerce une pression sur votre tête et lorsque je relâche la pression, vous allez penser à quelque chose ou vous allez voir quelque chose, vous me direz alors quoi... J'applique le procédé, mais elle se tait. — Alors, il ne vous est rien venu à l'idée ? — J'ai pensé à quelque chose, mais cela ne peut tout de même pas être en corrélation avec ça. — Dites-le toujours. — J'ai pensé à une amie, une jeune fille qui est morte ; mais elle est morte l'année de mes dix-huit ans, donc un an plus tard. — Nous allons voir, restons maintenant sur ce sujet. Qu'en était-il de cette amie ? — Sa mort m'a beaucoup ébranlée, parce que je la fréquentais beaucoup. Quelques semaines auparavant, une autre jeune fille était morte, cela a fait grand bruit dans la ville ; alors, c'était donc bien l'année de mes dix-sept ans. — Vous voyez, je vous ai dit que l'on pouvait se fier aux choses qui vous viennent à l'idée sous la pression de la main. Maintenant vous souvenez-vous quelle sorte de pensée vous est venue lorsque vous avez eu l'accès de vertige dans la rue ? — Il n'y avait pas de pensée du tout, rien qu'un vertige. — Ce n'est pas possible, de tels états n'existent pas sans une idée concomitante. Je vais de nouveau presser, et la pensée d'alors va vous revenir. — Alors, qu'est-ce qui vous est venu à l'idée ? — Il m'est venu à

Après cette longue mais inévitable digression, je reviens à l'histoire de Miss Lucy R. Lors de ma tentative d'hypnose, elle ne devint donc pas somnambule, mais elle était seulement tranquillement allongée, soumise à un certain degré d'influencement léger, les yeux continûment fermés, la mine un peu rigide, sans bouger le moindre membre. Je lui demandai si elle se souvenait en quelle occasion la sensation olfactive d'un entremets brûlé était apparue. — Oh oui, je le sais très précisément. C'était il y a environ deux mois, deux jours avant mon anniversaire. J'étais avec les enfants dans la salle d'études et je jouais avec elles (deux filles) à faire la cuisine, voilà que me fut remise une lettre que le facteur venait de déposer. Je reconnus au

l'idée : maintenant c'est moi la troisième. C'est-à-dire ? — Je dois avoir pensé lors de l'accès de vertige : maintenant je vais mourir comme les deux autres jeunes filles. — C'était donc cela, l'idée : vous avez pensé à cette amie lors de l'accès. Il faut donc que sa mort ait fait sur vous une grande impression. — Oui, assurément, je m'en souviens maintenant, quand j'ai appris la nouvelle de sa mort, la perspective d'aller au bal, alors qu'elle était morte, était pour moi affreuse. Mais je me faisais une telle joie en pensant à ce bal et j'étais tellement préoccupée par cette invitation ; je n'ai absolument pas voulu penser à ce triste événement. (On remarquera ici le refoulement intentionnel hors de la conscience, qui rend pathogène le souvenir de l'amie.)

L'accès est maintenant à peu près élucidé, mais j'ai encore besoin d'un facteur occasionnel qui à l'époque provoque précisément le souvenir, et je me forge à ce sujet une présomption qui, par hasard, tombe juste. -- Vous souvenez-vous exactement par quelle rue vous êtes passée alors ? — Bien sûr, la grand'rue avec ses vieilles maisons, je la vois devant moi. — Alors, et cette amie, où habitait-elle ? — Dans la même rue, je venais de passer devant chez elle, j'ai eu l'accès deux maisons plus loin. — Donc la maison, lorsque vous passiez devant, vous a rappelé l'amie morte, et le contraste dont à l'époque vous ne vouliez rien savoir vous a empoignée à nouveau.

Je ne me tiens toujours pas pour satisfait. Peut-être y avait-il encore quelque chose d'autre en jeu qui a réveillé ou renforcé la disposition hystérique chez cette jeune fille jusque-là normale ? Mes présomptions se dirigent sur l'incommodité périodique comme facteur approprié, et je demande : Savez-vous à quel moment du mois sont venues vos règles ? — Elle se montre agacée : Cela aussi, je dois le savoir ? Je sais seulement qu'elles étaient à cette époque très rares et très irrégulières. L'année de mes dix-sept ans, je ne les ai eues qu'une fois. — Donc, nous allons « compter » quand a eu lieu cette unique fois. — Lors du décompte, elle se décide avec assurance pour un mois et oscille entre deux jours précédant immédiatement une date, celle d'un jour de fête fixe. -- Cela concordait-il d'une manière ou d'une autre avec le moment du bal ? Elle répond en baissant le ton : le bal avait lieu... le jour de fête. Et maintenant je me souviens aussi avoir été impressionnée par le fait que les seules règles que j'ai eues cette année-là aient dû arriver précisément avant le bal. C'était le premier auquel j'étais invitée.

On peut maintenant se reconstruire facilement la corrélation entre ces événements et l'on pénètre à l'intérieur du mécanisme de cet accès hystérique. Ce n'est certes pas sans beaucoup de peine que ce résultat fut obtenu et il exigea de ma part une entière confiance en la technique et des idées incidentes directrices particulières pour ranimer après vingt et un ans, chez une patiente incroyablement et à vrai dire éveillée, de tels détails d'une expérience vécue oubliée. Mais dès lors tout concordait.

cachet de la poste et à l'écriture que c'était une lettre de ma mère, de Glasgow, je voulus l'ouvrir et la lire. Les enfants se précipitèrent alors sur moi, m'arrachèrent la lettre des mains et crièrent : Non, tu n'as pas le droit de la lire maintenant, c'est certainement pour ton anniversaire, nous allons te la mettre de côté. Pendant que les enfants jouaient ainsi autour de moi, se répandit soudain une odeur intense. Les enfants avaient planté là l'entremets qu'elles avaient sur le feu et il avait brûlé. Depuis lors, cette odeur me poursuit, elle est en fait toujours là et devient plus forte quand je suis en émoi.

Vous voyez cette scène nettement devant vous ? Concrètement, telle que je l'ai vécue. Qu'est-ce qui pouvait donc vous mettre tellement en émoi ? — Cela me touchait que les enfants aient été si tendres envers moi. — Ne l'étaient-elles pas toujours ? — Si, mais justement quand je reçus la lettre de la mère. — Je ne comprends pas dans quelle mesure la tendresse des petites et la lettre de la mère auraient produit un contraste que vous semblez pourtant insinuer.

C'est que j'avais l'intention de partir chez ma mère, et en même temps j'avais le coeur gros de quitter ces chères enfants. — Qu'en est-il de votre mère ? Est-elle donc si seule dans la vie et vous a-t-elle appelée auprès d'elle ? Ou était-elle malade à cette époque, et vous attendiez de ses nouvelles ? — Non, elle est malade, mais pas précisément malade, et elle a une dame de compagnie avec elle. — Pourquoi deviez-vous alors quitter les enfants ? — Ce n'était plus tenable à la maison. L'intendante, la cuisinière et la Française semblent avoir cru que j'étais imbue de ma position, elles ont comploté une petite intrigue contre moi, ont rapporté au grand-père (des enfants) toutes sortes de choses sur moi, et je ne trouvai pas chez les deux Messieurs le soutien que j'avais attendu lorsque j'allai me plaindre auprès d'eux. Là-dessus, j'ai offert ma démission à Monsieur le Directeur (le père des enfants), il me répondit très aimablement que je devais malgré tout prendre deux semaines pour réfléchir avant de lui communiquer ma décision définitive. C'est dans ce moment de suspens que je me trouvais à l'époque ; je croyais que j'allais quitter la maison. Depuis, je suis restée. — Et quelque chose de particulier vous attachait-il aux enfants, hormis leur tendresse pour vous ? — Oui, sur son lit de mort j'avais promis à la mère, qui était une parente éloignée

de la mienne, que je m'occuperais de toutes mes forces des petites, que je ne les quitterais pas et remplacerais la mère auprès d'elles. Cette promesse, je l'avais rompue quand j'avais donné ma démission.

Ainsi l'analyse de la sensation olfactive subjective semblait achevée ; celle-ci avait été en effet objective autrefois, et intimement associée à une expérience vécue, une petite scène dans laquelle des affects antagonistes s'étaient opposés entre eux, le regret de quitter ces enfants et les vexations qui l'avaient pourtant poussée à cette décision. La lettre de la mère lui avait rappelé, on peut le concevoir, les motifs de cette décision, puisqu'elle pensait partir d'ici pour aller chez sa mère. Le conflit des affects avait élevé ce moment au rang de trauma, et comme symbole du trauma lui était restée la sensation olfactive qui y était liée. Il y avait besoin encore d'expliquer le fait qu'elle ait choisi comme symbole, parmi toutes les perceptions sensibles de cette scène, justement cette unique odeur. Mais j'étais déjà préparé à utiliser pour l'explication son affection nasale chronique. En réponse à mes questions directes, elle indiqua aussi que justement en cette période elle avait de nouveau souffert d'un rhume si violent qu'elle ne sentait presque rien. Elle percevait malgré tout dans son excitation l'odeur de l'entremets brûlé, odeur qui passait outre à l'anosmie organiquement fondée.

174

Je ne me tenais pas pour satisfait de l'éclaircissement ainsi obtenu. Tout cela semblait certes assez plausible, mais quelque chose me manquait, une raison acceptable disant pourquoi cette série d'excitations et cet antagonisme des affects ne pouvaient justement avoir conduit qu'à l'hystérie. Pourquoi tout cela ne restait-il pas sur le terrain de la vie psychique normale ? En d'autres termes, d'où tirer la justification de la conversion ici présente ? Pourquoi ne se souvenait-elle pas constamment de la scène elle-même, au lieu de la sensation qui y était connectée, qu'elle privilégiait comme symbole du souvenir ? De telles questions pouvaient être importunes et superflues là où il s'agissait d'une vieille hystérique à qui ce mécanisme de la conversion était habituel. Mais cette jeune fille n'avait acquis l'hystérie que lors de ce trauma, ou du moins de cette petite histoire de souffrance.

Or je savais déjà par l'analyse de cas semblables que là où l'hystérie doit s'acquérir nouvellement, une condition psychique est indispensable, à savoir qu'une représentation est intentionnellement refoulée hors de la consciences, exclue de l'élaboration associative.

Dans ce refoulement intentionnel j'entrevois également la raison pour la conversion de la somme d'excitation, qu'elle soit totale ou partielle. La somme d'excitation censée ne pas entrer dans une association psychique trouve d'autant plus facilement la fausse voie menant à une innervation corporelle. La raison du refoulement lui-même ne pouvait être qu'une sensation de déplaisir, l'inconciliabilité de telle idée à refouler avec la masse de représentations dominante du moi. Mais la représentation refoulée se venge en devenant pathogène.

Du fait que Miss Lucy R. ait succombé à la conversion hystérique à ce moment-là, je tirai la conclusion que parmi les présupposés de ce trauma il devait s'en trouver un qu'elle voulait intentionnellement laisser dans l'ombre, qu'elle s'efforçait d'oublier. Si j'ajoutais la tendresse pour les enfants et la susceptibilité envers les autres personnes de la maisonnée, cela n'autorisait qu'une interprétation. J'eus le courage de communiquer cette interprétation à la patiente. Je lui dis : « Je ne crois pas qu'il y ait là toutes les raisons pour ce que vous ressentez envers les deux enfants ; je suppose plutôt que vous êtes amoureuse de votre patron, le directeur, peut-être sans le savoir vous-même, que vous nourrissez en vous l'espoir de prendre effectivement la place de la mère, et à cela s'ajoute encore que vous êtes devenue si susceptible à l'égard des domestiques avec lesquels vous avez vécu en paix pendant des années. Vous craignez que ceux-ci viennent à remarquer quelque chose de votre espoir et à se moquer de vous à cause de cela. »

Sa réponse se fit sur le mode laconique qui était le sien : Oui, je crois qu'il en est ainsi. — Mais si vous saviez que vous aimez le directeur, pourquoi ne me l'avez-vous pas dit ? — C'est que je ne le savais pas, ou mieux, ne voulais pas le savoir, je voulais me le sortir de la

tête, ne plus jamais y penser, je crois que j'y ai d'ailleurs réussi ces derniers temps'.

Pourquoi ne vouliez-vous pas vous avouer cette inclination ? Aviez-vous honte à l'idée d'aimer cet homme ? Oh non, je ne suis pas si sottement prude, de toute façon on n'est pas du tout responsable de ce que l'on ressent. Si la chose m'était pénible, c'est seulement parce qu'il s'agit du patron au service duquel je suis, dans la maison duquel je vis et envers lequel je ne sens pas en moi la même

176

totale indépendance qu'envers un autre. Et parce que je suis une fille pauvre et lui un homme riche, d'une grande famille ; on se moquerait d'ailleurs de moi si l'on soupçonnait quelque chose de cela.

Je ne trouve alors aucune résistance pour mettre en lumière la naissance de cette inclination. Elle raconte que les premières années elle a paisiblement vécu dans la maison, accomplissant ses devoirs, sans en venir à des souhaits impossibles à accomplir. Mais un jour ce patron sérieux, suroccupé, et habituellement toujours réservé à son égard, avait entamé avec elle une conversation sur les exigences de l'éducation des enfants. Il devint plus doux et plus cordial que d'ordinaire, lui disant combien il comptait sur elle pour prendre soin de ses enfants orphelines et la regardant en même temps d'une manière particulière... À ce moment-là elle se mit à l'aimer et se complut à être toute préoccupée par l'espoir joyeux qu'elle avait puisé dans cette conversation. C'est seulement lorsque, plus tard, rien d'autre ne suivit, lorsque malgré son attente impatiente il n'y eut pas de deuxième heure d'échange de pensées intimes, qu'elle décida de se sortir l'affaire de l'esprit. Elle me donne entièrement raison : ce regard, dans le contexte de la conversation, devait concerner le sou-

1. Je n'ai jamais pu obtenir une autre ni meilleure description de cet état particulier dans lequel on sait quelque chose et en même temps on ne le sait pas. Il est manifeste qu'on ne peut comprendre cela que si l'on s'est trouvé soi-même dans un tel état. Je dispose d'un souvenir de cette sorte, très marquant, que j'ai toujours vivace devant les yeux. Si je m'efforce de me souvenir de ce qui se passait en moi à l'époque, mon butin est fort maigre. Je vis à l'époque quelque chose qui ne cadrerait absolument pas avec mon attente et je ne laissai pas ce que j'avais vu me faire dévier le moins du monde de mon dessein déterminé, alors que cette perception aurait dû supprimer ce dessein. Je ne pris pas conscience de cette contradiction et me rendis tout aussi peu compte de l'affect de répulsion qui cependant était indubitablement responsable de ce que cette perception n'acquerrait aucune valeur psychique. J'ai été frappé de cette cécité des yeux grand ouverts que l'on admire tant chez les mères envers leurs filles, chez les hommes envers leurs épouses, chez les puissants envers leurs favoris.

venir de sa défunte femme, et elle voit tout à fait clairement que son inclination est tout à fait sans issue.

J'attends de cette conversation une modification foncière de son état, mais celle-ci ne se produit d'abord pas. Elle continua à être abattue et d'humeur dépressive ; une cure hydrothérapique que je lui avais prescrite en même temps la rafraîchissait un peu le matin, l'odeur d'entremets brûlé n'avait pas tout à fait disparu, en revanche elle était devenue plus rare et plus faible ; elle ne se produisait, d'après ses dires, que lorsqu'elle était très émue.

La persistance de ce symbole mnésique me fit présumer que celui-ci, en dehors de la scène principale, avait endossé la représentation des nombreux petits traumatismes annexes, et c'est donc ainsi que nous cherchâmes tout ce qui pouvait être par ailleurs en corrélation avec la scène de l'entremets brûlé, abordant le thème des frictions domestiques, le comportement du grand-père, etc. Avec cela, la sensation d'odeur de brûlé disparaissait de plus en plus. En outre, cette période comporta une assez longue interruption causée par une nouvelle affection du nez qui aboutit alors à la découverte de la carie de l'os ethmoïdes.

177

À son retour, elle relata que Noël lui avait apporté de très nombreux cadeaux de la part des deux Messieurs, et même des domestiques de la maison, comme si tous s'efforçaient de l'amadouer et d'effacer chez elle le souvenir des conflits des derniers mois. Mais, disait-elle, cette complaisance flagrante n'avait fait sur elle aucune impression.

Une autre fois où je l'interrogeais sur l'odeur d'entremets brûlé, j'obtins l'information que cette odeur avait, certes, entièrement disparu, mais qu'à sa place une autre, semblable, la tourmentait, comme une odeur de fumée de cigare. Celle-ci devait sans doute avoir été là aussi auparavant, mais comme couverte par l'odeur de l'entremets. Maintenant elle était sortie à l'état pur.

Je n'étais pas très satisfait du résultat de ma thérapie. Il était donc arrivé là ce que l'on met toujours à la charge d'une thérapie simplement symptomatique, on avait enlevé un symptôme, simplement pour qu'un nouveau puisse s'avancer à la place vacante. Mal-

a. Cf. *supra*, p. 125.

gré cela, je me mis volontiers à l'élimination analytique de ce nouveau symbole mnésique.

178 Mais cette fois elle ne savait pas d'où provenait la sensation olfactive subjective, ni à quelle occasion importante elle avait été objective. « On fume quotidiennement chez nous », disait-elle, « je ne sais vraiment pas si l'odeur que je perçois signifie une occasion particulière ». Je persévérerai maintenant, pour qu'elle essaie de se souvenir sous la pression de ma main. J'ai déjà mentionné que ses souvenirs avaient une vivacité plastique, qu'elle était une « visuelle »<sup>a</sup>. En effet, sur mon insistance, émergea en elle une image, d'abord hésitante, et seulement par morceaux. C'était la salle à manger de sa maison, où elle attendait avec les enfants que les Messieurs reviennent de l'usine pour le repas de midi. — Nous voici assis autour de la table : les Messieurs, la Française, l'intendante, les enfants et moi. Mais ça, c'est comme tous les jours. — Continuez à regarder l'image, elle se développera et se précisera. — Oui, il y a un invité, le chef comptable, un vieux monsieur qui aime les enfants comme ses propres petits-enfants, mais il vient si souvent déjeuner qu'il n'y a là rien de particulier non plus. — Ayez seulement de la patience, regardez seulement l'image, il se passera sûrement quelque chose. Il ne se passe rien. Nous nous levons de table, les enfants doivent prendre congé et ensuite monter avec nous, comme tous les jours, au deuxième étage. Alors ? C'est bien une occasion particulière, je reconnais maintenant la scène. Lorsque les enfants prennent congé, le chef comptable veut les embrasser. Le patron s'emporte et l'apostrophe : « Ne pas embrasser les enfants ! » Voilà que ça me perce le coeur, et comme les Messieurs fument déjà, la fumée de cigare me reste en mémoire.

C'était donc là la deuxième scène située plus profondément qui avait agi comme trauma et laissé derrière elle un symbole mnésique. D'où venait donc l'efficiace de cette scène ? — Je demandai : Qu'est-ce qui est antérieur dans le temps, cette scène-ci ou celle avec l'entremets brûlé ? — C'est la dernière scène qui est antérieure, et ce de presque deux mois. — Pourquoi cette défense prononcée par le père a-t-elle été pour vous un crève-coeur ? Le blâme n'était pour-

a. C&E *supra*, p. 133.

tant pas dirigé contre vous ? — Ce n'était tout de même pas correct de rabrouer un vieux monsieur qui est un ami cher et, de plus, un invité. On peut aussi bien dire ces choses-là calmement. — Alors, ce n'est que la forme violente employée par votre patron qui vous a blessée ? Étiez-vous peut-être gênée pour lui, ou avez-vous pensé : si pour une telle peccadille il peut se montrer si violent envers un vieil ami et invité, comment serait-il seulement envers moi si j'étais sa femme ? — Non, ce n'est pas cela. — Mais c'était tout de même à cause de la violence ? — Oui, à cause des enfants qu'on embrasse, il n'a jamais aimé cela. — Et voici qu'émerge de nouveau sous la pression de ma main le souvenir d'une scène encore plus ancienne qui fut le trauma proprement efficient et qui avait conféré à la scène avec le chef comptable son effcience traumatique.

Quelques mois plus tôt encore, il était arrivé qu'une dame amie venue en visite avait embrassé, en prenant congé, les deux enfants sur la bouche. Le père, présent à la scène, prit sans doute sur lui de ne rien dire à la dame, mais après le départ de celle-ci sa colère se déchaîna contre la malheureuse éducatrice. Il lui déclara que si quelqu'un embrassait les enfants sur la bouche, il l'en rendrait responsable, qu'il était de son devoir à elle de ne pas tolérer cela et qu'elle manquerait à ses devoirs si elle le permettait. Si cela devait se reproduire, il confierait l'éducation des enfants à d'autres mains. C'était l'époque où elle se croyait encore aimée et attendait une répétition de cette première conversation amicale. Cette scène-ci brisa ses espoirs. Elle se dit : si pour une chose aussi infime, et alors que je suis de surcroît complètement innocente, il peut se déchaîner ainsi contre moi, me faire de telles menaces, c'est que je me suis trompée, ainsi il n'a jamais eu de sentiments tant soit peu chaleureux pour moi. Ceux-ci lui auraient inspiré plus d'égards. — Manifestement, c'était le souvenir de cette scène pénible qui lui revint lorsque le chef comptable voulut embrasser les enfants et fut rudoyé par le père.

Lorsque Miss Lucy revint me voir deux jours après cette dernière analyse, il me fallut lui demander ce qui lui était arrivé de réjouissant.

Elle était comme transformée, elle souriait et portait la tête haute. Un instant, j'ai pensé que j'avais faussement apprécié la situation et que de gouvernante des enfants elle était maintenant devenue

180 la fiancée du directeur. Mais elle récusait mes suppositions : « Il ne s'est rien passé du tout. Vous ne me connaissez simplement pas, vous ne m'avez vue que malade et d'humeur dépressive. D'habitude je suis toujours aussi enjouée. Quand je me suis réveillée hier matin, la pression m'avait quittée et depuis je me sens bien. » — Et que pensez-vous de vos perspectives dans cette maison ? — Je vois parfaitement clair, je sais que je n'en ai aucune et ne serai pas malheureuse pour autant. — Et vous allez maintenant vous entendre avec les gens de la maison ? — Je crois que l'essentiel était dû à ma susceptibilité. — Et vous aimez encore le directeur ? — Certes, je l'aime, mais cela ne me gêne pas plus que cela. On peut bien par-devers soi penser et ressentir ce que l'on veut.

J'examinai alors son nez et trouvai la sensibilité à la douleur et aux réflexes presque entièrement revenue, elle distinguait aussi les odeurs, mais de manière incertaine et seulement quand celles-ci étaient plutôt intenses. Mais il me faut laisser de côté la question de savoir dans quelle mesure l'affection du nez participait à cette anosmie.

L'ensemble du traitement s'était étendu sur neuf semaines. Quatre mois plus tard, je rencontrai la patiente par hasard dans un de nos lieux de villégiature. Elle était enjouée et confirma la persistance de son bien-être.

### *Épiscrise*

Je ne voudrais pas sous-estimer le cas de maladie raconté ici, bien qu'il corresponde à une petite hystérie légère et ne dispose que de symptômes peu nombreux. Il me paraît au contraire instructif que même une telle affection, indigente en tant que névrose, nécessite autant de présupposés psychiques, et en prenant en compte cette histoire de malade, je suis tenté de la poser en modèle d'un certain type d'hystérie, à savoir la forme d'hystérie que même une personne sans charge héréditaire peut acquérir du fait d'expériences appropriées. Notez bien, je ne parle pas d'une hystérie qui serait indépendante de toute disposition ; une telle hystérie n'existe vraisemblablement pas, mais nous ne parlons d'une telle sorte de disposition qu'une fois la personne devenue hystérique, la disposition n'ayant été confirmée par rien auparavant. La disposition névropathique,

181

comme on l'entend habituellement, est autre chose ; elle est, dès avant l'entrée en maladie, déterminée par le degré de charge héréditaire ou par la somme d'anomalies psychiques individuelles. Chez Miss Lucy R. rien de ces deux facteurs n'a pu être mis en évidence, pour autant que je sache. Son hystérie peut bien être nommée hystérie acquise, et celle-ci ne présuppose rien d'autre que l'aptitude vraisemblablement très répandue... à acquérir de l'hystérie, aptitude dont nous détectons encore à peine les caractéristiques. Mais dans de tels cas, le poids principal repose sur la nature du trauma, naturellement en cohérence avec la réaction de la personne envers le trauma. Il s'avère être une condition inéluctable à l'acquisition de l'hystérie que naisse entre le moi et une représentation qui l'approche un rapport d'inconciliabilité. J'espère pouvoir montrer ailleurs comment divers troubles névrotiques résultent des divers procédés dans lesquels s'engage le « moi » pour se libérer d'une telle inconciliabilité. Le mode hystérique de défense — pour lequel justement une aptitude particulière est requise — consiste alors en la conversion de l'excitation en une innervation corporelle, et le gain est ici que la représentation inconciliable est repoussée hors du moi-conscience. À la place, la conscience du moi contient la réminiscence corporelle née par conversion — dans notre cas les sensations olfactives subjectives — et souffre de l'affect qui justement s'attache plus ou moins nettement à ces réminiscences. La situation qui est ainsi créée n'est désormais plus modifiable, étant donné qu'est supprimée par refoulement et conversion la contradiction qui aurait invité à la liquidation de l'affect. C'est ainsi que le mécanisme qui engendre l'hystérie correspond d'une part à un acte de pusillanimité morale et se présente d'autre part comme un dispositif de protection qui est aux ordres du moi. Il existe suffisamment de cas où il faut avouer que la défense contre le surcroît d'excitation par production d'hystérie était aussi à ce moment-là ce qu'il y avait de plus conforme à la finalité ; plus fréquemment, on arrivera naturellement à la conclusion qu'un plus grand degré de courage moral aurait été un avantage pour l'individu.

182

a. Cf. « Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense », *GW, I* ; *OCF.P.*

Le moment proprement traumatique est par conséquent celui où la contradiction s'impose au moi et où celui-ci décide de bannir la représentation contradictoire. Par un tel bannissement cette dernière n'est pas détruite, mais seulement repoussée dans l'inconscient ; lorsque ce processus a lieu pour la première fois, un noyau et point central de cristallisation se trouve ainsi constitué pour la formation d'un groupe psychique séparé du moi, centre autour duquel se rassemble par la suite tout ce qui aurait comme présumé l'acceptation de la représentation antagoniste. Le clivage de la conscience dans ces cas d'hystérie acquise est donc un clivage voulu, intentionnel, tout au moins souvent introduit par un acte de volonté. À vrai dire, il se passe autre chose que ce que l'individu a comme intention ; il voudrait supprimer une représentation, comme si elle ne lui était jamais parvenue, mais il réussit seulement à l'isoler psychiquement.

Dans l'histoire de notre patiente, le moment traumatique correspond à cette scène que lui fit son directeur à propos des enfants qu'on embrassait. Pourtant cette scène reste pour un temps sans effet visible, peut-être l'humeur dépressive et la susceptibilité ont-elles commencé avec elle, je n'en sais rien ; — les symptômes hystériques n'apparurent que plus tard, à des moments que l'on pourrait qualifier d'« auxiliaires »<sup>a</sup>, et que l'on caractériserait volontiers par le fait que confluent en eux temporairement les deux groupes psychiques séparés comme dans la conscience somnambulique élargie. Le premier de ces moments dans lesquels a eu lieu la conversion fut chez Miss Lucy R. la scène à table, lorsque le chef comptable voulut embrasser les enfants. Ici le souvenir traumatique entra en jeu et elle se comporta comme si elle n'avait pas détaché d'elle tout ce qui se rapportait à son inclination pour son patron. Dans d'autres histoires de malades ces divers moments coïncident, la conversion se produisant immédiatement sous l'action exercée par le trauma.

Le deuxième moment auxiliaire répète à peu près exactement le mécanisme du premier. Une forte impression réinstalle provisoirement l'unité de la conscience et la conversion emprunte la même voie que celle qui s'était ouverte la première fois. Ce qui est intéressant, c'est que le symptôme apparu en second couvre le premier, de

a. Cf. « Les névropsychoses-de-défense », *GW, I* ; *OCRP, III*.

sorte que celui-ci n'est pas ressenti clairement avant que celui-là ne soit éliminé. Ce qui me paraît également remarquable, c'est l'inversion de l'ordre de succession auquel même l'analyse doit se plier. Dans toute une série de cas il m'est arrivé des choses similaires, les symptômes apparus ultérieurement couvraient les premiers et seul le dernier auquel parvenait l'analyse détenait la clé de l'ensemble.

La thérapie résida ici dans la contrainte qui imposa l'union du groupe psychique séparé par clivage avec le moi-conscience. Curieusement, le succès n'alla pas de pair avec le degré de travail fourni ; c'est seulement lorsque le dernier morceau fut liquidé qu'intervint une guérison soudaine.

## IV

## KATHARINA...

(S. Freud)

Au cours des vacances de 189<sup>a</sup>, je fis une excursion dans les Hautes Tauerna afin d'oublier pour un temps la médecine et particulièrement les névroses. J'y avais presque réussi lorsque, un jour, j'abandonnai la route principale pour escalader une montagne située à l'écart, renommée comme point de vue et pour son refuge bien tenu. Parvenu en haut après une marche fatigante, j'étais donc assis là, ayant repris des forces et m'étant reposé, perdu dans la contemplation d'un panorama enchanteur, si oublieux de moi-même que je ne voulus tout d'abord pas me savoir concerné quand j'entendis la question : « Monsieur est-il docteur ? » Mais c'est à moi que la question s'adressait, posée par la jeune fille d'environ dix-huit ans qui avec une mine passablement renfrognée m'avait servi à table et que la patronne du refuge avait appelée en la nommant « Katharina ». D'après ses vêtements et son comportement, elle ne pouvait pas être une servante, mais devait être une fille ou une parente de la patronne.

184

a. Région touristique des Alpes orientales autrichiennes.

Revenu à moi, je répondis : « Oui, je suis docteur. D'où le savez-vous ? »

« Monsieur s'est inscrit dans le registre des voyageurs, et alors je me suis dit que si Monsieur le docteur avait maintenant un peu de temps... c'est que je suis malade des nerfs, déjà une fois je suis allée voir un docteur à L...a, il m'a évidemment donné quelque chose, mais je ne me sens pas encore bien. »

Voilà que j'étais de nouveau dans les névroses, car il ne pouvait s'agir d'autre chose chez la grande et forte fille à la mine chagrine. Je trouvais intéressant que les névroses semblent prospérer si bien à plus de 2 000 mètres d'altitude. Je continuai donc de questionner.

C'est l'entretien qui s'est déroulé entre nous que je reproduis, tel qu'il s'est gravé dans ma mémoire, en laissant à la patiente son dialecte.

« De quoi souffrez-vous donc ? »

« J'ai un tel mal à respirer, pas toujours, mais des fois ça me prend, à croire que je vais étouffer. »

De prime abord, cela ne me semblait pas nerveux, mais il me parut tout de suite probable que c'était juste une formule de remplacement pour désigner un accès d'angoisse. Du complexe de sensations de l'angoisse elle faisait ressortir indûment cet unique facteur d'oppression respiratoire.

« Venez vous asseoir là. Décrivez-moi comment est donc cet état où vous avez du "mal à respirer" ! »

« Ça me tombe dessus tout d'un coup. Alors ça fait d'abord comme une pression sur mes yeux, ma tête devient lourde et mes oreilles bourdonnent à n'y pas tenir, et le vertige me prend, à croire que je vais tomber à la renverse, et ça me comprime alors tellement la poitrine que je ne trouve plus ma respiration. »

« Et dans la gorge, vous ne ressentez rien ? »

« Ça me serre la gorge comme si j'allais étouffer ! »

« Et par ailleurs, est-ce que ça fait autre chose dans la tête ? »

« Oui, ça donne des coups de marteau à en éclater. »

a. Liezen (Styrie) ?

b. La restitution de Freud concerne essentiellement la répétition de certains mots et de certaines tournures.

Oui, et est-ce qu'en même temps vous n'avez pas peur de tout ? »

« Je crois toujours que ça y est, que je vais forcément mourir et d'ordinaire je suis courageuse, je vais partout toute seule, dans la cave, et je dévale toute la montagne, mais un jour où j'ai ça je n'ose plus aller nulle part, à croire toujours que quelqu'un est derrière moi et va tout d'un coup m'attraper. » 186

C'était vraiment un accès d'angoisse, et à vrai dire introduit par les signes de l'aura hystérique ou, pour mieux dire, un accès hystérique dont le contenu était l'angoisse. N'y aurait-il pas ici d'autre contenu ?

« Pensez-vous quelque chose, toujours la même chose, ou bien voyez-vous devant vous quelque chose lorsque vous avez l'accès ? »

« Oui, à ce moment-là, je vois toujours un horrible visage qui me regarde d'un air si effrayant, c'est de lui, alors, que j'ai peur. »

Voilà que s'offrait peut-être une voie pour pénétrer rapidement jusqu'au noyau de l'affaire.

« Reconnaissez-vous ce visage, je veux dire, est-ce un visage que vous avez effectivement vu un jour ? » — « Non. »

« Savez-vous d'où vous viennent ces accès ? » — « Non. » — « Quand vous sont-ils donc venus pour la première fois ? »

— « Pour la première fois il y a deux ans, quand j'étais encore avec ma tante sur l'autre montagne, avant elle a tenu le refuge là-bas, il y a maintenant dix-huit mois que nous sommes ici, mais ça revient encore et toujours. »

Devais-je faire ici l'essai d'une analyse ? Je ne me risquai pas, à vrai dire, à transplanter l'hypnose sur ces hauteurs, mais peut-être une simple conversation réussirait-elle. Je ne pouvais que deviner juste. L'angoisse des jeunes filles, j'avais si souvent reconnu qu'elle était la conséquence de l'horreur qui s'empare d'un coeur virginal quand s'ouvre à lui pour la première fois le monde de la sexualité<sup>1</sup>.

1. Je veux citer ici le casa dans lequel j'ai reconnu pour la première fois ce rapport causal. Je traitais pour une névrose compliquée une jeune femme qui, une fois de plus, ne voulait pas avouer qu'elle avait contracté son mal dans sa vie conjugale. Elle objectait que, jeune fille, elle avait déjà souffert d'accès d'angoisse qui se terminaient par un évanouissement. Je tins bon. Lorsque nous eûmes fait plus ample connaissance, elle me dit

a. Cf. *supra*, p, 131, n. 1.

187 Je dis donc : « Si vous ne le savez pas, je vais vous dire d'où, selon moi, vous sont venus vos accès. Vous avez un jour, il y a deux ans de cela, vu et entendu quelque chose qui vous a beaucoup gênée, que vous préféreriez n'avoir pas vu. »

Là-dessus, elle : « Ah ! Doux Jésus, oui, j'ai surpris l'oncle avec la fille, avec Franziska, ma cousine. »

Qu'est-ce que c'est cette histoire avec la fille ? Vous ne voulez pas me la raconter ?

« À un docteur on a bien le droit de tout dire. Eh bien, voyez-vous, l'oncle, c'était le mari de ma tante, que vous avez vue là, il tenait alors avec ma tante l'auberge sur le \*\*\*kogela, maintenant ils sont divorcés et c'est de ma faute parce que c'est par moi qu'on a su qu'il fricote avec Franziska. »

« Oui, comment êtes-vous arrivée à cette découverte ? »

« Eh bien, voilà ! Il y a deux ans, quelques messieurs sont arrivés un jour là-haut et ont demandé à manger. La tante n'était pas à la maison et on ne trouvait nulle part Franziska, qui a toujours fait la cuisine. L'oncle on ne le trouvait pas non plus. Nous les cherchons partout, alors le gamin, Alois, mon cousin, dit : "Finalement, c'est que Franziska est avec le père." On s'est alors mis à rire tous les deux, mais sans se faire là de mauvaises idées. On va jusqu'à la chambre où l'oncle habitait, elle est fermée à clé. Moi, ça m'a frappée. Alois dit : "Sur le palier il y a une fenêtre, là on peut regarder à l'intérieur de la chambre." Nous allons sur le palier. Mais Alois ne veut pas s'approcher de la fenêtre, il dit qu'il a peur. Mais je dis : "Gros bêta, moi j'y vais, je n'ai pas peur du tout." J'avais d'ailleurs rien de vilain en tête. Je regarde à l'intérieur, la chambre était plutôt sombre, mais je vois l'oncle et Franziska et il est couché sur elle. »

« Alors ? »

« J'ai tout de suite quitté la fenêtre, je me suis appuyée au mur, le mal à respirer m'est venu, celui que j'ai depuis ce jour-là, j'ai

un jour soudainement : « Je vais maintenant vous relater aussi d'où me sont venus mes états d'angoisse quand j'étais jeune fille. J'ai dormi alors dans une chambre mitoyenne de celle de mes parents, la porte était ouverte et une veilleuse brûlait sur la table. Voilà comment j'ai vu plusieurs fois mon père rejoindre ma mère dans le lit et entendu quelque chose qui m'a mise dans un grand émoi. C'est à la suite de cela que j'ai eu mes accès. »

a. Nom de l'autre montagne.

perdu connaissance, j'ai senti une pression sur les yeux, et j'ai eu des coups de marteau avec des bourdonnements dans la tête. » 188

« L'avez-vous dit à la tante le jour même ? »

« Oh ! non, je n'ai rien dit. »

« Pourquoi vous êtes-vous tellement effrayée quand vous avez trouvé les deux ensemble ? Avez-vous donc compris quelque chose ? Avez-vous eu une idée de ce qui se passe alors ? »

« Oh ! non, à l'époque je n'ai rien compris du tout, je n'avais que seize ans. Je ne sais pas de quoi je me suis ainsi effrayée. »

« Mademoiselle Katharina, si maintenant vous pouviez vous souvenir de ce qui s'est passé en vous à l'époque, lorsque le premier accès vous est venu, vous souvenir de l'idée que vous vous êtes faite, cela vous serait d'un grand secours. »

« Ah ! oui, si je le pouvais, mais je me suis tellement effrayée que j'ai tout oublié. »

(Traduit dans la langue de notre « Communication préliminaire », cela se dit l'affect crée lui-même l'état hypnoïde dont les produits restent ensuite en dehors de toute circulation associative avec le moi-consciencea.)

« Dites-moi, Mademoiselle, la tête que vous voyez toujours quand vous avez votre mal à respirer ne serait-elle pas la tête de Franziska telle que vous l'avez vue à l'époque ? »

« Oh ! non, elle n'était pas du tout aussi horrible, et puis d'ailleurs c'est une tête d'homme. »

« Ou peut-être celle de l'oncle ? »

« Je n'ai pas du tout vu son visage si nettement, il faisait trop noir dans la chambre, et puis pourquoi aurait-il dû prendre alors un visage si effrayant ? »

« Vous avez raison. » (Voilà que la voie paraissait soudain barrée. Peut-être se trouvera-t-il quelque chose dans la suite du récit.)

« Et qu'est-il donc arrivé par la suite ? »

Eh bien, les deux ont dû entendre du bruit. Ils sont vite sortis. Moi, pendant ce temps, je ne me sentais pas bien, je ne pouvais m'empêcher de réfléchir, et puis deux jours après c'était un

dimanche, alors il y a eu beaucoup à faire, j'ai travaillé toute la journée et le lundi matin j'ai eu de nouveau ce vertige et j'ai vomi, et je suis restée au lit trois jours de suite, j'ai vomi et encore vomi. »

Nousa avons souvent comparé la symptomatologie hystérique avec une écriture en images qu'après avoir découvert quelques cas bilingues nous serions à même de lire. Dans cet alphabet vomissement signifie dégoût. C'est pourquoi je lui dis : « Si trois jours après vous avez vomi, c'est, je crois, qu'à ce moment-là, quand vous avez regardé dans la chambre, cela vous a dégoûté. »

« Oui, certainement, j'ai dû être dégoûtée », dit-elle toute pensif, « mais de quoi donc ? ».

« Vous avez peut-être vu quelque chose de nu ? Comment étaient donc les deux personnes dans la chambre ? »

« Il faisait trop noir pour voir quelque chose, et puis ils étaient tous les deux habillés (dans leurs vêtements). Oui, si seulement je savais par quoi j'ai été dégoûtée à ce moment-là. »

C'est ce que moi non plus je ne savais pas. Mais je l'invitai à continuer de me raconter ce qui lui venait à l'idée, m'attendant à coup sûr à ce qu'il lui vienne à l'idée justement ce dont j'avais besoin pour l'élucidation du cas.

Elle me rapporte alors qu'elle avait fini par faire part de sa découverte à sa tante, qui la trouvait changée et soupçonnait là-dessous un mystère, qu'il s'ensuivit des scènes très fâcheuses entre l'oncle et la tante, que les enfants eurent à entendre ainsi des choses qui leur ouvrirent les yeux sur bien des points et qu'il eût mieux valu qu'ils n'entendissent pas, jusqu'à ce que la tante décidât de prendre l'autre auberge, celle d'ici, avec ses enfants et sa nièce, et de laisser l'oncle seul avec Franziska, devenue enceinte entre-temps. Mais ensuite, à mon grand étonnement, elle laisse tomber ce fil et se met à me raconter deux séries d'histoires antérieures qui remontent à deux ou trois ans avant le moment traumatique.

190 La première série comporte des occasions où le même oncle la harcelait elle-même sexuellement, alors qu'elle n'avait encore que quatorze ans. Comme la fois, en hiver, où elle était partie avec lui en excursion dans la vallée et y avait passé la nuit à l'auberge. Il resta

dans la salle du bas à boire et à jouer aux cartes, elle eut sommeil et gagna de bonne heure la chambre à l'étage réservée pour eux deux. Elle ne dormait pas profondément quand il monta, se rendormit bientôt et se réveilla soudain, « sentant son corps à lui » dans le lit. Elle sauta du lit, lui faisant des reproches. « Qu'est-ce que vous fabriquez là, mon oncle ? Pourquoi vous ne restez pas dans votre lit ? » Il tenta de l'amadouer : « Va donc, petite bécasse, tais-toi, tu ne sais même pas comme c'est bon. » — « Je n'en veux pas de vos bonnes choses, vous ne laissez même pas dormir les gens. » Elle reste debout, près de la porte, prête à fuir sur le palier, jusqu'à ce qu'il abandonne et s'endorme lui-même. Elle se recouche alors dans son propre lit et dort jusqu'au matin. Du mode de défense qu'elle rapporte il semble découler qu'elle n'avait pas clairement reconnu que l'attaque était une attaque sexuelle ; priée de dire si en fait elle avait alors su ce qu'il lui voulait, elle répondit : A l'époque, non, elle n'avait vu clair que beaucoup plus tard. Elle s'était rebellée parce qu'il lui était désagréable d'être dérangée dans son sommeil et « parce que ça ne se faisait pas ».

J'ai dû rapporter cet incident en détail parce qu'il possède une grande significativité pour la compréhension de tout ce qui arrive ultérieurement. — Puis elle raconte encore d'autres expériences vécues datant d'une période un peu ultérieure, comme la fois où elle avait encore dû se défendre de lui dans une auberge alors qu'il était complètement ivre, etc. À ma question pour savoir si elle avait en ces occasions ressenti quelque chose d'analogue à son mal à respirer ultérieur, elle répond avec détermination qu'à chaque fois il lui venait alors cette pression sur les yeux et sur la poitrine, mais de loin pas aussi fort que lors de la scène de la découverte.

Au terme de cette série de souvenirs, elle se met immédiatement à en raconter une seconde, dans laquelle il s'agit de circonstances où son attention fut attirée par quelque chose qui se passait entre l'oncle et Franziska. Comme la fois où toute la famille avait passé la nuit tout habillée dans un grenier à foin et où elle s'était soudain réveillée à cause d'un bruit ; elle crut remarquer que l'oncle, qui était allongé entre elle et Franziska, s'écartait tandis que justement Franziska s'allongeait. Comme une autre fois où ils passaient la nuit dans une auberge du village de N..., elle et l'oncle dans une chambre, Franziska dans une autre, contiguë. La nuit, elle se réveilla tout d'un

coup et vit une longue forme blanche près de la porte sur le point de rabaisser la poignée : « Doux Jésus, c'est vous, mon oncle ? Qu'est-ce que vous faites près de la porte ? » — « Tais-toi, j'ai juste cherché quelque chose. » — « Pour ça on sort par l'autre porte. » — « Eh bien, je me suis trompé », etc.

Je lui demande si elle a alors eu un soupçon. « Non, je ne me suis douté de rien du tout, ça m'a toujours frappée, c'est tout, mais je n'en ai pas fait toute une histoire. » — Et dans ces circonstances aussi l'angoisse vous est venue ? À ce qu'elle croit, oui, mais cette fois-ci elle n'est pas si sûre.

Une fois qu'elle a terminé ces deux séries de récits, elle fait une pause. Elle est comme transformée, son visage renfrogné, douloureux, s'est animé, les yeux retrouvent leur éclat, elle est soulagée et enjouée. Pour moi, entre-temps, la compréhension de son cas s'est fait jour ; ce qu'elle m'a raconté en dernier, apparemment sans plan, explique parfaitement son comportement lors de la scène de la découverte. Elle portait alors en elle deux séries d'expériences vécues dont elle se souvenait, mais sans les comprendre ni en tirer une conclusion ; à la vue du couple en train de coïter elle établit aussitôt la liaison entre la nouvelle impression et ces deux séries de réminiscences, commençant à comprendre et en même temps à se défendre. Suivit alors une courte période d'élaboration, d'« incubation »<sup>a</sup>, sur quoi se mirent en place les symptômes de la conversion, le vomissement comme substitut du dégoût moral et physique. L'énigme était ainsi résolue, ce qui l'avait dégoûtée, ce n'était pas la vue du couple, mais un souvenir que cette vue avait réveillé en elle, et tout bien pesé, ce ne pouvait être que le souvenir de l'agression nocturne, lorsqu'elle « sentit le corps de son oncle ».

192

Je lui dis donc, quand elle eut achevé sa confession : « Eh bien, maintenant je sais quelle idée vous avez eue au moment où vous avez regardé à l'intérieur de la chambre. Vous avez eu cette idée : maintenant il fait avec elle ce qu'il a voulu faire avec moi cette nuit-là et les autres fois. C'est cela qui vous a dégoûtée parce que vous vous êtes souvenu de la sensation que vous avez éprouvée quand, la nuit, vous vous êtes réveillée et avez senti son corps. »

a. Cf. *infra*, p. 153.

Elle répond : « Ça se peut bien que ça m'a dégoûtée et que j'ai eu cette idée. »

« Allons, dites-moi exactement, maintenant que vous êtes une jeune fille adulte et savez un tas de choses... »

« Maintenant, oui, bien sûr. »

« Dites-moi exactement : Qu'avez-vous au juste senti de son corps cette nuit-là ? »

Mais elle ne donne pas de réponse plus précise, elle sourit d'un air gêné et comme confondu, comme quelqu'un forcé d'avouer qu'on est maintenant arrivé au fond des choses, ce sur quoi il n'y a plus beaucoup à dire. Quant à moi, je puis me faire une idée de la sensation tactile qu'elle a appris plus tard à interpréter ; sa mine semble d'ailleurs me dire qu'elle suppose bien de moi que j'ai une idée juste, mais je ne peux pas entrer davantage en elle ; je lui dois de toute façon des remerciements pour m'avoir permis de parler avec elle tellement plus facilement qu'avec les dames prudes de mon cabinet de ville, pour qui toutes les *naturalia* sont *turpina*.

Le cas serait ainsi éclairé ; mais attention ! l'hallucination de cette tête qui la pénètre d'effroi, faisant retour lors de l'accès, d'où vient-elle ? Je l'interroge maintenant là-dessus. Comme si dans cette conversation elle avait elle aussi élargi le champ de sa compréhension, elle répond promptement : « Ah ! oui, ça je le sais maintenant, la tête est la tête de l'oncle, maintenant je la reconnais, mais pas de cette époque-là. Plus tard, quand toutes les querelles se sont déchaînées, l'oncle s'en est pris à moi avec une rage insensée ; il a toujours dit que tout était de ma faute ; si je n'avais pas jacassé, on n'en serait jamais arrivé au divorce ; il m'a toujours menacée de m'en faire voir de belles ; quand il me voyait de loin, son visage se contractait de rage et il se précipitait vers moi, la main levée. J'ai toujours pris la fuite devant lui et la pire de mes angoisses était toujours qu'il m'attrape n'importe où par surprise. Le visage que maintenant je vois toujours, c'est son visage quand il était en rage. »

Cette information me rappelle que le premier symptôme de l'hystérie, le vomissement, est bel et bien passé, tandis que l'accès d'angoisse est resté et s'est empli d'un nouveau contenu. Par conséquent il

s'agit d'une hystérie pour une large part abrégie. Peu après, elle a d'ailleurs effectivement communiqué sa découverte à la tante.

« Avez-vous raconté aussi à la tante les autres histoires où il vous a harcelée ? »

« Oui, pas tout de suite, mais plus tard, quand il était déjà question de divorce. Alors la tante a dit : Ça, nous le gardons en réserve, s'il nous fait des difficultés devant le tribunal, alors nous dirons ça aussi. »

Je puis comprendre que c'est justement de cette dernière période, celle où s'accumulaient les scènes à la maison, génératrices d'émoi, où son état cessait d'éveiller l'intérêt de la tante entièrement absorbée par la discorde — que c'est de cette période d'accumulation et de rétention qu'a subsisté le symbole mnésique.

J'espère que le fait de s'expliquer avec moi aura fait quelque bien à cette jeune fille si précocement blessée dans sa sensibilité sexuelle ; je ne l'ai jamais revue.

### *Épicrise*

194 Je ne saurais rien objecter si quelqu'un voulait voir dans cette histoire de malade moins un cas d'hystérie analysé qu'un cas résolu parce qu'on a deviné. Certes, la malade admettait comme vraisemblable tout ce que j'avais interpolé dans son compte rendu ; mais elle n'était pourtant pas en état de le reconnaître comme du vécu. Pour cela il eût fallu, je pense, recourir à l'hypnose. Si je suppose avoir deviné juste et tente maintenant de réduire ce cas au schéma d'une hystérie acquise, comme il en a résulté pour nous du cas III, on est porté à comparer les deux séries d'expériences vécues érotiques à des moments traumatiques, la scène de la découverte du couple à un moment auxiliaires. La ressemblance consiste en ceci que dans les premières expériences s'est créé un contenu de conscience qui, exclu de l'activité de pensée du moi, resta conservé, alors que dans la dernière scène une impression nouvelle a contraint ce groupe se trouvant à l'écart à s'unir associativement avec le moi. Par ailleurs on rencontre aussi des divergences qui ne peuvent être négligées. La

a. Cf. *supra*, p. 142.

cause de l'isolation n'est pas, comme dans le cas III, la volonté du moi, mais l'ignorance du moi qui ne sait encore rien faire d'expériences sexuelles. De ce point de vue, le cas Katharina est typique ; on trouve dans l'analyse de toute hystérie fondée sur des traumatismes sexuels que les impressions provenant de la période présexuelle, qui sont restées sans effet sur l'enfant, se voient conférer plus tard en tant que souvenir une violence traumatique lorsque pour la vierge ou la femme s'est ouverte la compréhension de la vie sexuelle. La séparation par clivage de groupes psychiques est pour ainsi dire un processus normal dans le développement des adolescents et il devient compréhensible que leur admission ultérieure dans le moi fournisse une occasion fréquemment exploitée de troubles psychiques. Je voudrais en outre exprimer ici un doute : le clivage de la conscience dû à l'ignorance est-il vraiment différent de celui dû à la récusation consciente, et d'ailleurs les adolescents n'ont-ils pas une connaissance sexuelle beaucoup plus fréquemment qu'on ne le présume d'eux et qu'eux-mêmes ne s'en croient capables ?

195

Une autre divergence dans le mécanisme psychique de ce cas réside en ceci que la scène de la découverte que nous avons qualifiée d'« auxiliaire » mérite en même temps l'appellation de « traumatique ». Elle agit par son propre contenu, pas seulement par le réveil des expériences vécues traumatiques précédentes, elle réunit les caractères d'un moment « auxiliaire » et ceux d'un moment traumatique. Je ne vois pourtant dans cette coïncidence aucune raison d'abandonner une démarcation conceptuelle à laquelle correspond aussi dans d'autres cas une démarcation temporelle. Une autre particularité, au demeurant depuis longtemps connue, du cas Katharina, se manifeste en ceci que la conversion, la production des phénomènes hystériques, n'a pas lieu immédiatement après le trauma, mais après un intervalle d'incubation. Cet intervalle de temps, Charcot l'appelait par prédilection « temps de l'élaboration psychique »<sup>a</sup>.

L'angoisse dont souffre Katharina dans ses accès est une angoisse hystérique, c.-à-d. une reproduction de cette angoisse qui apparaissait lors de chacun des traumatismes sexuels. Je m'abstiens ici de

a. *Leçons du mardi à la Salpêtrière* (1887-1888), Paris, Bureaux du Progrès Médical, 1888, t. I, p. 99.

commenter le processus que dans d'innombrables cas j'ai reconnu comme régulièrement pertinent, à savoir que le pressentiment de relations sexuelles provoque chez des personnes virginales un affect d'angoisse'.

## V

MADemoiselle ELISABETH V. R...

(S. Freud)

196

À l'automne 1892, un confrère de mes amis me pria d'examiner une jeune dame qui, depuis plus de deux ans, souffrait de douleurs aux jambes et marchait avec difficulté. Il ajouta à cette invitation qu'il tenait ce cas pour une hystérie, bien que l'on ne pût trouver là aucun des signes habituels de cette névrose. Il connaissait un peu la famille, me dit-il, et savait que les dernières années avaient apporté à celle-ci beaucoup de malheurs et peu de choses réjouissantes. D'abord, le père de la patiente était mort, puis la mère dut subir une grave opération aux yeux et, peu de temps après, une soeur mariée de la malade succomba à une ancienne affection cardiaque à la suite d'un accouchement. Notre patiente avait assumé la plus grande part de tous les chagrins et de tous les soins donnés aux deux malades.

Je n'allai pas beaucoup plus loin dans la compréhension du cas après avoir vu pour la première fois cette demoiselle de vingt-quatre ans. Elle paraissait intelligente et psychiquement normale, et cette souffrance qui lui gâchait tout commerce avec les autres et tous les plaisirs, elle la supportait d'une mine enjouée, avec — ne manquai-je

1. [Note ajoutée en 1924 a Après tant d'années, je me résigne à enfreindre l'observance de discrétion de jadis et à indiquer que Katharina n'était pas la nièce mais la fille de la patronne de l'auberge ; la jeune fille était donc tombée malade du fait des tentatives' sexuelles émanant de son propre père. Une déformation comme celle que j'ai opérée dans le présent cas devrait être résolument évitée dans une histoire de malade. Elle n'est naturellement pas aussi dénuée d'importance pour la compréhension que, par exemple, le report du lieu de l'action d'une montagne à une autre.

a. *Versuchungen* : exactement « tentations ».

pas de penser — la « *belle indifférence* »<sup>a</sup> des hystériques. Elle marchait le buste penché en avant, mais sans appui ; sa démarche ne correspondait pas à une manière de marcher pathologique connue, sans présenter d'ailleurs la moindre difficulté frappante. La seule chose, c'était justement qu'elle se plaignait de fortes douleurs quand elle marchait — la fatigue survenant alors rapidement et quand elle se tenait debout, que peu de temps après elle était en quête de repos, les douleurs diminuant alors mais n'étant nullement absentes. La douleur était de nature indéterminée, on pouvait éventuellement en conclure : un état de fatigue douloureux. Un endroit assez grand, mal délimité, sur la face antérieure de la cuisse droite, fut indiqué comme étant le foyer des douleurs, à partir duquel celles-ci diffusaient le plus souvent et où elles atteignaient leur plus grande intensité. La peau et la musculature y étaient d'ailleurs tout particulièrement sensibles à la pression et au pincement, les piqûres d'épingle étant plutôt acceptées avec quelque indifférence. Ce n'était pas simplement à cet endroit que cette hyperalgésie de la peau et des muscles était décelable, elle l'était sur presque toute l'étendue des deux jambes. Les muscles étaient peut-être encore plus douloureux que la peau, c'est indéniablement sur les deux cuisses que les deux sortes de sensibilité à la douleur étaient le plus fortement marquées. La force motrice des jambes ne pouvait être qualifiée de faible, les réflexes étaient d'une intensité moyenne, tous les autres symptômes étaient absents, de sorte qu'il n'y avait aucun point d'appui pour faire l'hypothèse d'une affection organique plus grave. Le mal s'était progressivement développé depuis deux ans, il variait beaucoup dans son intensité.

Il ne me fut pas facile de parvenir à un diagnostic, mais pour deux raisons je décidai de me ranger à celui de mon confrère. Ce qui frappait en premier, c'est combien toutes les indications données par la malade, au demeurant fort intelligente, sur les caractéristiques de ses douleurs étaient formulées de manière imprécise. Un malade souffrant de douleurs organiques, pour peu qu'il ne soit pas en plus un nerveux, décrira celles-ci avec précision et calme, en disant

a. En français dans le texte. Cf. « Le refoulement » (*GW*, X, p. 258 ; *OCRP*, XIII, p. 200), où Freud attribue la formule à Charcot.

198 qu'elles sont par exemple lancinantes, qu'elles apparaissent à certains intervalles, s'étendant de tel endroit du corps à tel autre et qu'elles sont provoquées, selon lui, par telles et telles influences. Le neurasthénique qui décrit ses douleurs donne là l'impression d'être occupé à un difficile travail intellectuel bien au-dessus de ses forces. Les traits de son visage sont tendus et altérés comme sous la domination d'un affect pénible, sa voix devient plus stridente, il lutte pour s'exprimer, repousse tous les termes que le médecin lui propose pour désigner ses douleurs, même s'ils s'avèrent plus tard être ceux qui indubitablement conviennent ; il pense évidemment que la langue est trop pauvre pour prêter des mots à ses sensations, que ces sensations sont elles-mêmes quelque chose d'unique, n'ayant encore jamais existé, qu'on ne peut absolument pas décrire de manière exhaustive, et c'est pourquoi il ne se lasse d'ailleurs pas de toujours ajouter de nouveaux détails, et lorsqu'il doit s'interrompre, il est très certainement dominé par l'impression qu'il n'a pas réussi à se faire comprendre du médecin. Cela vient du fait que ses douleurs ont attiré sur elles toute son attention. Chez Mlle v. R., c'était le comportement inverse, et il fallait en conclure, puisqu'elle accordait bien aux douleurs une significativité suffisante, que son attention s'attardait sur quelque chose d'autre dont les douleurs n'étaient qu'un phénomène concomitant, donc vraisemblablement sur des pensées et des sensations en corrélation avec les douleurs.

199 Un second facteur devait être encore plus déterminant quant à la façon de concevoir les douleurs. Lorsqu'on stimule un endroit douloureux chez un malade organique ou chez un neurasthénique, sa physionomie montre une expression sans mélange de malaise ou de douleur physique ; de plus, le malade tressaute, se soustrait à l'investigation, se défend. Mais, chez Mlle v. R., lorsqu'on pinçait ou pressait la peau et la musculature hyperalgiques des jambes, son visage prenait une expression singulière, plutôt celle du plaisir que de la douleur, elle poussait des cris un peu comme dans un chatouillement voluptueux, ne manquai-je pas de penser —, son visage rougissait, elle rejetait la tête en arrière, fermait les yeux, le buste se renversait vers l'arrière, tout cela n'était pas très appuyé, mais pourtant

1. (Hypocondriaque atteint de névrose d'angoisse.)

nettement marqué, et ne pouvait qu'être associé à la conception que ce mal était une hystérie et que la stimulation avait touché une zone hystériques.

Sa mine ne convenait pas à la douleur qu'était censé susciter le pincement des muscles et de la peau, elle était vraisemblablement plus en accord avec le contenu des pensées qui se cachaient derrière cette douleur et que l'on éveillait chez la malade en stimulant les endroits du corps qui leur étaient associés. J'avais observé à plusieurs reprises dans des cas avérés d'hystérie des mines pareillement significatives lors de la stimulation des zones hyperalgiques ; les autres gestes correspondaient manifestement à l'indice le plus léger d'un accès hystérique.

Quant à la localisation inhabituelle de la zone hystérogène, aucun éclaircissement ne se présenta de prime abord. Le fait que l'hyperalgésie concernait principalement la musculature donnait aussi à penser. Le mal le plus fréquent responsable de la sensibilité diffuse et locale à la pression dans les muscles est l'infiltration rhumatismale de ces derniers, le rhumatisme musculaire chronique commun dont j'ai déjà évoqué l'aptitude à donner l'illusion d'affections nerveuses'. La consistance des muscles douloureux chez Mlle v. R. n'était pas en contradiction avec cette hypothèse, il se trouvait aussi dans les masses musculaires de nombreux cordons durs qui paraissaient particulièrement sensibles. On était vraisemblablement en présence d'une modification organique — au sens indiqué — des muscles sur laquelle s'étayait la névrose et dont la significativité apparaissait du fait de la névrose exagérément grande.

La thérapie s'engagea d'ailleurs à partir d'une présupposition de cette sorte, celle d'une souffrance mixte. Nous recommandâmes la poursuite du massage systématique et de la faradisation des muscles sensibles, sans tenir compte de la douleur que cela ferait naître, et je me réservai le traitement des jambes avec de fortes décharges électriques de Franklind, pour pouvoir rester en rapport avec la malade.

a. Seule la première édition donne ici : zone hystérogène.

b. Cf. *supra*, p. 89, n. 1.

c. Application de courants d'induction.

d. Franklinisation, ou application de l'électricité statique, du nom de Benjamin Franklin (1706-1790).

Quand elle demanda si elle devait se contraindre à marcher, nous lui répondîmes par un oui résolu.

200 Nous obtînmes ainsi une légère amélioration. Elle semblait tout particulièrement se passionner pour les chocs douloureux de la machine à influx électriques, et plus ceux-ci étaient forts, plus ils semblaient pousser à l'arrière-plan les douleurs que la malade avait en propre. Pendant ce temps mon confrère préparait le terrain pour un traitement psychique, et lorsque après quatre semaines de pseudo-traitement je lui en proposai un et donnai à la malade quelques renseignements sur le procédé et son mode d'action, je rencontrai une compréhension rapide et très peu de résistance.

Le travail que je commençai à partir de ce moment s'avéra être pourtant l'un des plus difficiles qui me soit jamais échu, et la difficulté à faire un compte rendu de ce travail figure en bonne place parmi les difficultés que je surmontai alors. Je mis d'ailleurs un bon moment avant de comprendre la corrélation entre l'histoire de ses souffrances et la souffrance, laquelle devait pourtant bien être déterminée et causée par cette série d'expériences vécues.

Lorsqu'on entreprend un traitement cathartique de ce genre, il faut d'abord se poser la question : l'origine et le facteur occasionnant de sa souffrance sont-ils connus de la malade ? On n'aura sans doute pas besoin alors d'une technique particulière pour obtenir qu'elle reproduise l'histoire de ses souffrances ; l'intérêt qu'on lui témoigne, la compréhension qu'on lui fait pressentir, l'espoir de guérison qu'on lui offre, détermineront la malade à livrer son secret. Chez Mademoiselle Elisabeth, il me parut dès le début vraisemblable qu'elle était consciente des raisons de sa souffrance, que dans sa conscience elle avait donc seulement un secret, et non un corps étranger. Quand on la regardait, on ne pouvait que penser aux paroles du poète : « Ce petit masque-là laisse présager un sens caché. »<sup>1 b</sup>

Il me fut donc possible de renoncer dans un premier temps à l'hypnose, me réservant toutefois de l'utiliser plus tard si, dans le

1. On verra que je m'étais pourtant trompé sur ce point.

a. *Influenzmaschine*.

b. « *Das Mäskchen da weissagt verborgenen Sinn*. » (Goethe, *Faust, I*, « Le jardin de Marguerite », v. 3539.) Parole de Méphistophélès évoquant la méfiance qu'il inspire à Marguerite.

cours de sa confession, devaient se présenter des corrélations que son souvenir ne suffirait peut-être pas à clarifier. Je parvins ainsi, dans cette première analyse complète d'une hystérie que j'entreprenais, à un procédé que j'élevai plus tard au rang de méthode et que j'introduisis dans un but conscient, un procédé de déblaiement par strates du matériel psychique pathogène, que nous avons l'habitude de comparer à la technique d'exhumation d'une ville ensevelie. Je me faisais tout d'abord raconter ce qui était connu de la malade, prêtant soigneusement attention aux endroits où une corrélation restait énigmatique, où un maillon dans la chaîne des causations semblait faire défaut, et je pénétrais ensuite dans des strates plus profondes du souvenir, en mettant en oeuvre à ces endroits l'investigation hypnotique ou une technique similaire. La présupposition de tout ce travail était naturellement l'attente qu'on puisse démontrer une détermination parfaitement suffisante ; il sera bientôt question des moyens de l'investigation en profondeur.

201

L'histoire de souffrance que raconta Mademoiselle Elisabeth était longue et pénible, tissée de multiples expériences vécues douloureuses. Elle ne se trouvait pas dans l'hypnose pendant le récit, mais je la fis s'allonger et garder les yeux fermés, sans m'opposer à ce qu'elle ouvre les yeux par instants, change de position, se redresse, etc. Quand un passage de son récit la saisissait plus profondément, elle me semblait alors tomber spontanément dans un état plus ou moins semblable à l'hypnose. Elle restait alors sans bouger et gardait les yeux solidement fermés.

Je vais maintenant restituer ce qui se dégageait comme la strate la plus superficielle de ses souvenirs. Étant la plus jeune de trois filles, tendrement attachée aux parents, elle avait passé sa jeunesse dans un domaine en Hongrie. La santé de sa mère avait été diversement altérée par une affection oculaire, ainsi que par des états nerveux. Elle en vint donc à se rapprocher de façon particulièrement intime de son père, un homme enjoué et connaissant la vie, qui avait l'habitude de dire que cette fille remplaçait pour lui un fils et un ami, avec qui il pouvait échanger ses pensées. La jeune fille avait beau retirer de ce commerce une grande stimulation intellectuelle, il n'échappait pourtant pas au père que la tournure d'esprit de sa fille s'éloignait ainsi de l'idéal que l'on aime voir réalisé chez une jeune

202

filles. Il la qualifiait par plaisanterie d'« impertinente et ergoteuse », la mettait en garde contre la trop grande détermination de ses jugements, contre son penchant à dire sans ménagement la vérité aux gens, et disait souvent qu'elle aurait du mal à trouver un mari. En fait, elle était fort mécontente de son état de jeune fille, elle était pleine de projets ambitieux, voulait faire des études ou acquérir une formation musicale, s'insurgeait à la pensée de devoir sacrifier dans un mariage ses penchants et sa liberté de jugement. En attendant, elle vivait dans la fierté qu'elle avait de son père, du prestige et de la position sociale de sa famille, et veillait jalousement sur tout ce qui était en relation avec ces biens. Mais le désintéressement avec lequel elle s'effaçait à l'occasion devant sa mère et ses soeurs aînées réconciliait pleinement les parents avec les côtés abrupts de son caractère.

L'âge des jeunes filles incita la famille à déménager pour la capitale, où Elisabeth put pendant un temps profiter d'une vie familiale plus riche et plus joyeuse. Mais ensuite vint le coup qui détruisit le bonheur de cette maison. Le père avait caché ou lui-même ignoré une affection cardiaque chronique ; on le ramena un jour à la maison sans connaissance après un premier accès d'oedème pulmonaire. Il s'ensuivit une période de soins donnés au malade qui dura un an et demi, pendant laquelle Elisabeth s'assura la première place à son chevet. Elle dormait dans la chambre du père, s'éveillait la nuit à son appel, s'occupait de lui durant la journée et se contraignait à paraître elle-même enjouée, alors que lui supportait cet état sans espoir avec une soumission digne de susciter l'amour. C'est à cette période des soins donnés au malade que devait correspondre le commencement de ses souffrances, car elle put se souvenir que dans les derniers six mois des soins elle était restée au lit un jour et demi à cause de ces douleurs à la jambe droite. Mais elle affirma que de telles douleurs n'avaient pas tardé à passer et n'avaient provoqué ni son souci ni son attention. De fait, c'est seulement deux ans après la mort du père qu'elle se sentit malade et qu'elle fut incapable de marcher à cause de ses douleurs.

Le vide que laissa la mort du père dans la vie de cette famille composée de quatre femmes, l'isolement social, la cessation de si nombreuses relations qui avaient promis de lui apporter stimulations

et plaisirs, l'état maladif maintenant accru de la mère, tout cela altéra l'humeur de notre patiente, mais éveilla chez elle dans le même temps le souhait ardent que les siens puissent bientôt trouver un substitut au bonheur perdu et lui commanda de concentrer sur la survivante, sa mère, toute son inclination et sa sollicitude.

L'année de deuil une fois écoulée, la soeur aînée épousa un homme doué et ambitieux, ayant une position en vue, qui par ses capacités intellectuelles semblait destiné à un grand avenir, mais qui développa dans ses fréquentations les plus proches une susceptibilité malade, un entêtement égoïste dans ses caprices, et qui osa tout d'abord négliger dans le cercle de cette famille les égards dus à la vieille dame. Ce fut plus qu'Elisabeth n'en pouvait supporter ; elle se sentit appelée à engager le combat contre son beau-frère chaque fois qu'il en offrait l'occasion, alors que les autres femmes acceptaient facilement les explosions de son tempérament irritable. Ce fut pour elle une douloureuse déception de voir que la reconstruction de l'ancien bonheur familial était ainsi perturbée, et elle ne pouvait pardonner à sa soeur mariée de toujours s'efforcer, en épouse docile, d'éviter de prendre parti. Elisabeth avait ainsi gardé en mémoire toute une série de scènes auxquelles étaient attachés en partie des griefs non exprimés contre son premier beau-frère. Mais son plus grand reproche restait que pour obtenir un avancement qu'on lui avait laissé entrevoir il déménagea avec sa petite famille pour une ville d'Autriche éloignée et contribua ainsi à accroître l'isolement de la mère. A cette occasion, Elisabeth eut le sentiment très net de son désaide, de son incapacité à offrir à sa mère un substitut au bonheur perdu, de l'impossibilité de mettre à exécution la résolution prise à la mort du père.

Le mariage de la seconde soeur semblait promettre des choses plus réjouissantes pour l'avenir de la famille, car ce second beau-frère — bien qu'intellectuellement d'un moindre niveau — était un homme selon le coeur de ces femmes délicates qui avaient été éduquées dans la pratique de tous les égards, et son comportement réconciliait Elisabeth avec l'institution du mariage et avec la pensée des sacrifices qui s'y rattachent. Ce second jeune couple resta d'ailleurs à proximité de la mère, et l'enfant du beau-frère et de la seconde soeur devint le préféré d'Elisabeth. Malheureusement

l'année de la naissance de cet enfant fut assombrie par un autre événement. L'affection oculaire de la mère exigea une cure d'obscurité de plusieurs semaines qu'Elisabeth fit avec elle. Puis une opération fut déclarée nécessaire ; l'émoi causé par celle-ci coïncida avec les préparatifs de déménagement du premier beau-frère. Finalement, l'opération exécutée de main de maître ayant été bien supportée, les trois familles se retrouvèrent pour passer l'été ensemble, et Elisabeth, épuisée par les soucis des derniers mois, aurait dû alors se remettre pleinement, dans cette période exempte pour la première fois des souffrances et des appréhensions qui avaient été le lot de cette famille depuis la mort du père.

Or c'est précisément lors de cet été passé ensemble que font 205 éruption chez Elisabeth douleurs et faiblesse à la marche. Les douleurs, après s'être fait légèrement sentir quelque temps auparavant, survinrent sous une forme violente pour la première fois après un bain chaud qu'elle prit dans l'établissement balnéaire de la petite station de cure. Une longue promenade, en réalité une marche d'une demi-journée, faite quelques jours auparavant, fut mise en relation avec la survenue de ces douleurs, si bien qu'on en arriva facilement à l'idée qu'Elisabeth s'était d'abord « surmenée » et avait ensuite « pris froid ».

À partir de ce moment, ce fut Elisabeth la malade de la famille. Le conseil d'un médecin l'amena à mettre à profit le reste de l'été pour une cure balnéaire à Gasteina, où elle se rendit avec, sa mère, mais non sans qu'un nouveau souci n'eût émergé. La seconde soeur était de nouveau enceinte, et les nouvelles reçues décrivaient son état de santé comme fort défavorable, si bien qu'Elisabeth eut du mal à se résoudre à partir pour Gastein. Après avoir séjourné moins de deux semaines à Gastein, la mère et la fille furent rappelées, car la malade, maintenant alitée, n'allait pas bien.

Un voyage atroce, au cours duquel se mêlaient chez Elisabeth douleurs et attentes terribles, puis certains indices à la gare, qui laissaient présager le pire, et enfin, lorsqu'elles entrèrent dans la chambre de la malade, la certitude d'être arrivées trop tard pour dire adieu à une vivante.

a. ou Badgastein, célèbre station thermale des Hautes Tauern.

Elisabeth ne souffrait pas seulement de la perte de cette soeur qu'elle avait tendrement aimée, mais presque tout autant des pensées que cette mort suscitait et des modifications qu'elle entraînait. Sa soeur avait succombé à une affection cardiaque, qui avait été aggravée par la grossesse.

C'est alors qu'émergea la pensée que la maladie de coeur était l'héritage paternel de la famille. Puis on se souvint que la défunte avait eu, dans ses premières années de jeune fille, une chorée avec légère affection cardiaque. On se fit le reproche, ainsi qu'aux médecins, d'avoir autorisé le mariage, on ne put épargner au malheureux veuf le reproche d'avoir mis en danger la santé de sa femme par deux grossesses qui se succédèrent sans interruption. La triste impression qu'une fois réunies les conditions si rares d'un mariage heureux, ce bonheur prendrait alors fin ainsi, cette impression occupa sans conteste les pensées d'Elisabeth à partir de ce moment. Mais elle voyait en outre s'effondrer de nouveau tout ce qu'elle avait désiré pour sa mère. Le beau-frère devenu veuf était inconsolable et il prit ses distances avec la famille de sa femme. Il semble que sa propre famille, à laquelle il était devenu étranger pendant son court et heureux mariage, ait trouvé le moment favorable pour le ramener dans ses propres voies. Il n'y eut pas moyen de maintenir l'ancienne communauté ; il n'était pas convenable qu'il vive sous le même toit que la mère, eu égard à la belle-soeur célibataire, et en refusant de confier aux deux femmes l'enfant, unique héritage de la morte, il leur donna pour la première fois l'occasion de l'accuser de dureté. Enfin, et ce ne fut pas le moins pénible, Elisabeth avait eu vaguement connaissance d'une querelle qui avait éclaté entre les deux beaux-frères et dont elle pouvait seulement soupçonner ce qui l'avait occasionnée. Il semblait bien que le veuf eût élevé des exigences en matière de fortune que l'autre beau-frère tenait pour injustifiées, et qu'il pouvait même qualifier, eu égard à la douleur récente de la mère, d'odieux chantage. Telle était donc l'histoire de souffrance de cette jeune fille ambitieuse et en demande d'amour. Tempêtant contre son destin, emplie d'amertume devant l'échec de ses petits projets pour rétablir le lustre de la maison ; — les êtres qui lui étaient chers ou bien étaient morts ou bien s'étaient éloignés, ou bien encore étaient devenus étrangers —, n'ayant aucune inclination à

chercher refuge dans l'amour d'un inconnu, elle vivait depuis un an et demi presque coupée de tout commerce avec les autres, vouée à soigner sa mère et ses propres douleurs.

Si l'on voulait oublier de plus grandes souffrances et se transporter dans la vie d'âme d'une jeune fille, on ne pouvait refuser à Mademoiselle Elisabeth une sympathie humaine venant du cœur. Mais qu'en était-il alors de l'intérêt médical suscité par cette histoire de souffrance, des relations de celle-ci avec la douloureuse faiblesse à la marche, des perspectives d'élucidation et de guérison de ce cas, telles qu'elles pouvaient éventuellement se dégager de la connaissance de ces traumatismes psychiques ?

Pour le médecin, la confession de la patiente constitua d'abord une grande déception. C'était en effet une histoire de malade composée de banals ébranlements de l'âme, à partir de laquelle ne s'expliquait nullement ni pourquoi l'intéressée devait forcément tomber malade d'une hystérie, ni pourquoi l'hystérie avait donc justement pris la forme de l'abasie douloureuse. Cela n'éclairait ni la causation, ni la détermination de l'hystérie dont il est ici question. On pouvait peut-être supposer que la malade avait établi une association entre les impressions animiques douloureuses et les douleurs corporelles qu'elle avait par hasard ressenties au même moment, et qu'elle utilisait désormais dans sa vie mnésique la sensation corporelle comme symbole de la sensation animique. Quel motif pouvait-elle bien avoir d'opérer cette substitution, à quel moment celle-ci fut-elle effectuée, tout cela restait non élucidé. C'étaient d'ailleurs là jusqu'à présent des questions que les médecins ne posaient pas couramment. On avait l'habitude de se contenter de cet expédient : la malade était justement, par constitution, une hystérique, qui pouvait, sous la pression d'excitations intenses, quelconques dans leur nature, développer des symptômes hystériques.

Il semblait que par cette confession on eût encore moins fait pour l'élucidation de ce cas que pour sa guérison. On ne pouvait discerner quelle influence bienfaisante pourrait bien avoir pour Mademoiselle Elisabeth le fait de raconter aussi à un étranger, qui lui témoignait pour cela une sympathie modérée, son histoire de souffrance des dernières années, bien connue de tous les membres de sa famille. Un tel succès thérapeutique de la confession ne se fit

d'ailleurs nullement remarquer. La malade ne manquait jamais de répéter au médecin pendant cette première période du traitement : Mais je vais toujours aussi mal, j'ai les mêmes douleurs qu'auparavant, et quand elle me regardait alors avec une joie maligne et narquoise, je ne pouvais m'empêcher de penser au jugement que le vieux Monsieur v. R. portait sur sa fille préférée, celui d'être fréquemment « impertinente » et « méchante » ; mais il me fallait admettre qu'elle avait raison.

Si j'avais abandonné à ce stade le traitement psychique de la malade, le cas de Mademoiselle Elisabeth v. R. aurait sans nul doute été de peu de poids pour la théorie de l'hystérie. Mais je poursuivis mon analyse parce que je m'attendais avec certitude à ce que, à partir des strates plus profondes de la conscience, on arrive à comprendre aussi bien la causation que la détermination du symptôme hystérique.

Je décidai donc d'adresser à la conscience élargie de la malade la question directe de savoir à quelle impression psychique était rattachée la première apparition des douleurs aux jambes.

À cette fin, la malade dut être mise dans une hypnose profonde. Mais il me fallut malheureusement constater que mes procédés pour y parvenir n'apportaient pas la malade dans un autre état de conscience que celui dans lequel elle était quand elle m'avait fait sa confession. Je fus déjà franchement content qu'elle s'abstienne cette fois de m'en remontrer, triomphante : « Vous voyez, je ne dors quand même pas, je ne suis pas hypnotisable. » Dans cette situation d'urgence, l'idée me vint d'utiliser l'artifice de la pression sur la tête, dont j'ai relaté en détail comment il était apparu dans l'observation précédente de Miss Lucy. Je le mis en oeuvre en invitant la malade à me communiquer sans rien omettre ce qui, au moment de la pression, émergerait devant son oeil intérieur ou traverserait son souvenir. Elle resta longtemps silencieuse, puis reconnut sur mon insistance qu'elle avait pensé à un soir où un jeune homme l'avait accompagnée chez elle au sortir d'une réception, aux conversations qu'il y avait eues entre elle et lui, et à tout ce qu'elle ressentait lorsqu'elle rentrait chez elle pour soigner son père.

a. Cf. *supra*, p. 129.

209

Avec cette première évocation du jeune homme un nouveau puits de mine était ouvert, dont je me mis à extraire progressivement le contenu. Il s'agissait ici plutôt d'un secret, car à part une amie commune, elle n'avait initié personne à ses relations avec le jeune homme et aux espoirs qui s'y rattachaient. Il s'agissait du fils d'une famille amie de longue date qui demeurait non loin de leur ancienne résidence. Le jeune homme, lui-même devenu orphelin, s'était rapproché de son père à elle avec une grande soumission, il se laissait conseiller par lui pour conduire sa carrière et avait étendu aux dames de la famille sa vénération pour le père. De nombreux souvenirs de lectures communes, d'échanges de pensées, de propos tenus par lui et qui lui avaient été rapportés marquaient l'accroissement progressif de sa conviction qu'il l'aimait et la comprenait et qu'un mariage avec lui ne lui imposerait pas les sacrifices qu'elle redoutait du mariage. Il n'était malheureusement guère plus âgé qu'elle et encore très loin à cette époque d'être indépendant, mais elle était fermement décidée à l'attendre.

210

Quand son père tomba gravement malade et qu'elle fut mise à contribution comme soignante, son commerce avec lui se fit de plus en plus rare. Le soir dont elle s'était souvenue en premier marquait précisément le point culminant de ce qu'elle avait ressenti ; mais à cette époque une explication entre eux n'avait pas eu lieu. Elle s'était alors laissé convaincre, sur l'insistance des siens et de son père lui-même, de s'éloigner du chevet du malade pour aller à une réception où elle pouvait s'attendre à le rencontrer. Elle voulut ensuite se dépêcher de rentrer tôt, mais on l'obligea à rester, et elle céda lorsqu'il lui promit de la raccompagner. Elle n'avait jamais eu pour lui une aussi grande chaleur de sentiment que pendant qu'il la raccompagna ; mais alors que, dans une telle félicité, elle rentrait tard à la maison, elle s'aperçut que l'état de son père s'était aggravé et elle se fit les plus amers reproches pour avoir sacrifié tant de temps à son propre agrément. Ce fut la dernière fois qu'elle laissa son père malade durant toute une soirée ; elle ne revit que rarement son ami ; après la mort du père, il sembla se tenir à l'écart, par respect pour sa douleur, puis la vie l'entraîna sur d'autres voies ; il lui avait fallu se familiariser progressivement avec la pensée que son intérêt pour elle avait été refoulé par ce qu'il ressentait par ailleurs et qu'il était perdu

pour elle. Mais cet échec de son premier amour lui causait encore de la douleur chaque fois qu'elle pensait à lui.

C'est dans cette relation et dans la scène ci-dessus à laquelle elle aboutissait que je pouvais donc chercher la causation des premières douleurs hystériques. Du fait du contraste entre la félicité qu'elle s'était alors accordée et l'état misérable du père dans lequel elle le retrouva à la maison, il y avait eu un conflit, un cas d'inconciliabilité. Le résultat du conflit fut que la représentation érotique avait été refoulée hors de l'association et que l'affect qui y adhérait fut employé à augmenter ou à ranimer une douleur corporelle qui avait été présente en même temps (ou peu auparavant). C'était donc le mécanisme d'une conversion aux fins de la défense, tel que je l'ai traité en détail en un autre endroit'.

Il reste encore place ici, bien sûr, pour toutes sortes de remarques. Je dois souligner que je n'ai pas réussi pas à mettre en évidence, à partir de son souvenir, que la conversion s'était effectuée au moment même du retour à la maison. Je recherchai donc des expériences vécues semblables datant de l'époque des soins donnés au malade et je fis ressurgir une série de scènes : parmi ces scènes, celle où, sur un appel du père, elle sautait du lit pieds nus dans la chambre froide, se trouva mise en relief du fait de sa fréquente répétition. J'étais enclin à attribuer à ces moments une certaine significativité parce qu'à côté de la plainte concernant la douleur aux jambes il y avait celle concernant une torturante sensation de froid. Cependant, ici non plus, je ne pus attraper une scène que l'on eût pu caractériser avec certitude comme étant la scène de la conversion. C'est pourquoi j'étais enclin à admettre ici une lacune dans l'élucidation, jusqu'à ce que je m'avise du fait que les douleurs hystériques aux jambes n'étaient pas du tout présentes à l'époque des soins donnés au malade. Le souvenir qu'elle en avait faisait état d'un seul accès douloureux, s'étant étendu sur quelques jours, qui n'avait pas attiré l'attention à l'époque. Ma recherche se tourna dès lors vers cette première survenue des douleurs. On parvint à en faire revivre

211

1. Les névropsychoses-de-défense. *Neurologisches Zentralblatt*, 1<sup>er</sup> juin 1894. [GW, I; OCP.P, III.]

a. Cf. *supra*, p. 160.

le souvenir avec certitude ; c'est justement à cette époque qu'il y avait eu la visite d'un proche parent, qu'elle n'avait pu recevoir parce qu'elle était alitée, et qui avait eu la malchance, lors d'une visite ultérieure deux ans plus tard, de la trouver au lit. Mais la recherche d'un facteur psychique ayant occasionné ces premières douleurs échoua chaque fois qu'elle fut répétée. Je crus pouvoir faire l'hypothèse que ces premières douleurs étaient effectivement arrivées, sous la forme d'une légère affection rhumatismale, sans facteur psychique occasionnant, et je pus encore constater que cette souffrance organique, prototype de l'imitation hystérique ultérieure, devait en tout cas être située à une époque précédant la scène où il la raccompagna. Il restait toutefois possible, selon la nature de la chose, que ces douleurs, étant organiquement fondées, se soient poursuivies un certain temps dans des proportions atténuées et en suscitant une moindre attention. Le point obscur qui en résulte, à savoir — que l'analyse renvoie à la conversion d'une excitation psychique en douleur corporelle à une époque où une telle douleur ne fut certainement pas ressentie ni remémorée —, c'est là un problème que j'espère pouvoir résoudre par des considérations ultérieures et d'autres exemples<sup>1</sup>

212 Avec la mise à découvert du motif de la première conversion commença une deuxième et fructueuse période du traitement. Tout d'abord, la malade me surprit peu après en me communiquant qu'elle savait maintenant pourquoi les douleurs partaient toujours précisément d'un endroit bien précis de la cuisse droite et étaient là les plus violentes. C'était en effet, dit-elle, l'endroit où chaque matin était posée la jambe du père pendant qu'elle changeait les bandages dont elle enveloppait la jambe fortement enflée. Cela s'était sans doute passé ainsi, dit-elle encore, des centaines de fois, et curieusement elle n'avait pas pensé jusqu'à aujourd'hui à cette corrélation. Elle me livrait ainsi l'explication souhaitée de l'apparition d'une zone hystérogène atypique. De plus, les jambes douloureuses commen-

1. Je ne puis exclure — mais sans pouvoir non plus en apporter la preuve — que ces douleurs affectant principalement la cuisse aient été de nature neurasthénique. [Cf. *infra*, p. 197, n. 1.]

a. Cf. *infra*, p. 189 sq.

cèrent chaque fois à « prendre part à la conversation » au cours de nos analyses. J'entends par là ce curieux état de chose : la malade était la plupart du temps exempte de douleurs quand nous nous mettions au travail ; au moment où j'éveillais un souvenir par une question ou une pression sur la tête, une sensation de douleur se signalait d'abord, la plupart du temps si vivement que la malade tressautait et portait la main à l'endroit douloureux. La douleur ainsi réveillée persistait aussi longtemps que la malade était dominée par le souvenir, elle atteignait son point culminant lorsque Elisabeth s'apprêtait à formuler ce qu'il y avait d'essentiel et de décisif dans sa communication, et elle avait disparu avec les derniers mots de cette communication. J'appris peu à peu à me servir de cette douleur réveillée comme d'une boussole ; lorsque la malade se taisait mais concédait avoir encore des douleurs, je savais alors qu'elle n'avait pas tout dit et j'insistais pour qu'elle poursuive sa confession, jusqu'à ce que la douleur ait été éliminée par la parole. Alors seulement je réveillais un nouveau souvenir.

Dans cette période d'« abréaction », l'état de la malade s'améliora de façon si frappante, du point de vue tant somatique que psychique, que j'avais l'habitude d'affirmer, en plaisantant seulement à moitié, que j'enlevais chaque fois un certain quantum de motifs de douleur et que lorsque j'aurais tout déblayé, elle serait bien portante. Elle parvint bientôt à n'avoir la plupart du temps aucune douleur, se laissa convaincre de beaucoup marcher et de renoncer à l'isolement qui avait été le sien jusque-là. Au cours de l'analyse je suivais tantôt les fluctuations spontanées de son état, tantôt ma propre estimation, quand je pensais qu'une partie de son histoire de souffrance n'était pas encore suffisamment épuisée. Dans ce travail, je fis quelques constatations intéressantes, dont je trouvai plus tard les enseignements confirmés chez d'autres malades.

Tout d'abord, en ce qui concerne les fluctuations spontanées, celle-ci : il ne s'en produisait véritablement aucune qui n'ait été provoquée associativement par un événement de la journée. Une fois, elle avait entendu parler d'une affection ayant frappé quelqu'un dans le cercle de ses connaissances et qui lui rappelait un détail de la maladie de son père, une autre fois, l'enfant de sa soeur défunte était venu en visite et avait réveillé, du fait de sa ressemblance avec elle,

la douleur de l'avoir perdue, une autre fois encore, une lettre de sa soeur qui vivait au loin révéla nettement l'influence du beau-frère indélicat et réveilla une douleur qui exigea la communication d'une scène familiale qu'elle n'avait pas encore racontée.

Comme elle ne mettait jamais en avant deux fois le même facteur occasionnant la douleur, notre attente de pouvoir en épuiser ainsi la réserve ne semblait pas injustifiée, et je n'hésitai pas du tout à la mettre dans des situations propres à faire resurgir de nouveaux souvenirs qui n'étaient pas encore parvenus à la surface, par ex. à l'envoyer sur la tombe de sa soeur ou à lui dire d'aller à une réception où elle était susceptible de voir son ami de jeunesse maintenant revenu.

J'eus alors un aperçu sur la façon dont apparaît une hystérie que l'on peut qualifier de monosymptomatique. Je constatai en effet que pendant nos hypnoses la jambe droite devenait douloureuse lorsqu'il s'agissait de souvenirs liés aux soins donnés au père malade, à son commerce avec les camarades d'enfance et à d'autres choses qui eurent lieu dans la première période de l'époque pathogène, alors que la douleur se signalait sur l'autre jambe, la gauche, dès que j'avais éveillé un souvenir se rapportant à la soeur perdue, aux deux beaux-frères, bref une impression issue de la seconde moitié de son histoire de souffrance. Rendu attentif à ce comportement constant, je continuai à chercher et j'eus l'impression qu'ici la description détaillée allait encore plus loin et que chaque nouvelle circonstance psychique ayant occasionné des sensations douloureuses avait établi une connexion avec un autre endroit de l'aire douloureuse des jambes. L'endroit originellement douloureux sur la cuisse droite s'était mis en relation avec les soins donnés au père, à partir de là le territoire douloureux avait grandi par apposition à l'occasion de nouveaux traumatismes, de sorte qu'ici, à strictement parler, il n'existait pas un unique symptôme corporel qui se trouvait connecté à de multiples complexes psychiques de souvenirs, mais une pluralité de symptômes semblables qui, considérés superficiellement, semblaient fusionnés en un seul symptôme. Je n'ai d'ailleurs pas cherché à délimiter les zones douloureuses correspondant à chacune des circonstances psychiques, car je m'aperçus que l'attention de la malade était détournée de ces relations.

Mais je m'intéressai davantage à la manière dont tout le complexe symptomatique de l'abasia avait bien pu s'édifier sur ces zones douloureuses, et c'est dans ce dessein que je posai diverses questions comme : d'où les douleurs proviennent-elles, à la marche, en position debout, en position couchée ? — questions auxquelles elle répondit en partie sans être influencée, en partie sous la pression de ma main. Il en ressortit deux sortes de choses. D'un côté, elle regroupa pour moi toutes les scènes liées à des impressions douloureuses, selon qu'elle avait été pendant ces scènes assise ou debout, etc. — Ainsi, par ex., elle se tenait debout à côté d'une porte lorsqu'on ramena son père à la maison quand il eut son attaque cardiaque, et dans son effroi elle resta debout, comme clouée sur place. À ce premier « effroi en position debout » elle adjoignit ensuite d'autres souvenirs, jusqu'à la scène d'effroi où elle se tenait une nouvelle fois debout, comme fascinée, devant le lit de sa soeur morte. Toute la chaîne de réminiscences devait montrer qu'il existe une connexion justifiée entre les douleurs et le fait de se tenir debout, et elle pouvait aussi bien sûr avoir valeur de preuve associative ; il fallait seulement garder en tête cette exigence : un autre facteur encore devait pouvoir être mis en évidence dans toutes ces occurrences, celui qui avait dirigé l'attention — et par suite la conversion — précisément sur le fait d'être debout (de marcher, d'être assise, etc.). On ne pouvait guère chercher l'explication de l'orientation de son attention ailleurs que dans les circonstances suivantes : le fait que marcher, être debout et couchée sont justement liés aux fonctions et aux états de ces parties du corps qui étaient ici le support des zones douloureuses, à savoir les jambes. La corrélation entre l'astasia-abasia et le premier cas de conversion dans cette histoire de malade était donc facile à comprendre.

215

Parmi les scènes qui, suite à ce catalogue, auraient rendu la marche douloureuse, l'une venait au premier plan, celle d'une promenade qu'elle avait faite en compagnie de plusieurs autres personnes dans ladite station de cure et qui s'était, paraît-il, beaucoup trop

a. Cf *supra*, p. 160.

b. Cf. *supra*, p. 162.

prolongées. Les circonstances plus précises de cet épisode ne se dévoilèrent qu'avec beaucoup d'hésitations et laissèrent non résolues bien des énigmes. Elle était d'humeur particulièrement accommodante, elle se joignit volontiers au cercle de personnes amies, c'était une belle journée, pas trop chaude, sa maman était restée à la maison, sa soeur aînée était déjà repartie, la cadette se sentait déjà souffrante mais ne voulait pas lui gâcher son plaisir, le mari de sa seconde soeur déclara d'abord qu'il resterait avec sa femme, puis, pour lui complaire (à Elisabeth) il fit lui aussi la promenade. Cette scène semblait avoir beaucoup à voir avec la première apparition des douleurs, car elle se souvint qu'elle était revenue de la promenade très fatiguée et avec de violentes douleurs, mais ne sut dire avec certitude si elle avait déjà ressenti des douleurs auparavant. Je fis valoir qu'elle ne se serait sans doute pas décidée à faire cette longue route dans le cas où elle aurait eu des douleurs de quelque importance. À la question de savoir d'où pouvaient être venues les douleurs pendant la promenade, j'obtins cette réponse qui était loin d'être limpide : selon elle, le contraste entre sa solitude et le bonheur conjugal de sa sœur malade, que le comportement de son beau-frère lui mettait constamment sous les yeux, avait été très douloureux.

216

Une autre scène, très proche de la précédente dans le temps, jouait un rôle dans la connexion établie entre les douleurs et la position assise. C'était quelques jours après ; la soeur et le beau-frère étaient déjà partis, elle se trouvait dans une humeur empreinte d'excitation et de désirance, elle se leva tôt le matin, gravit une petite colline jusqu'à un endroit où ils étaient souvent venus ensemble et qui offrait une vue magnifique, et elle s'assit là, ne pouvant s'arracher à ses pensées, sur un banc de pierre. Ses pensées, une fois de plus, concernaient sa solitude, le destin de sa famille, et cette fois elle s'avoua ouvertement le souhait ardent de devenir tout aussi heureuse que sa soeur. Elle rentra de cette méditation matinale avec de violentes douleurs ; le soir du même jour elle prit le bain à la suite duquel les douleurs étaient survenues de façon définitive et permanente.

a. Cf. *supra*, p. 162.

b. *Ibid.*

Il s'avéra en outre de manière tout à fait certaine qu'au début les douleurs ressenties quand elle marchait et était debout se calmaient habituellement quand elle était couchée. C'est seulement lorsque, ayant appris la nouvelle de la maladie de sa soeur, elle quitta Gastein le soir et que pendant la nuit, étendue sans dormir dans le wagon de chemin de fer, tourmentée à la fois par le souci qu'elle se faisait pour sa soeur et par de furieuses douleurs, que s'établit la liaison entre la position couchée et les douleurs, et pendant toute une période être couchée lui fut même plus douloureux que marcher et être debout.

C'est de cette façon, premièrement, que le territoire douloureux avait grandi par apposition, chaque nouveau thème à l'effet pathogène investissant une nouvelle région des jambes ; deuxièmement, que chacune des scènes ayant le pouvoir d'impressionner avait laissé derrière elle une trace en produisant un « investissement » durable, s'accumulant toujours plus, des diverses fonctions des jambes et une connexion de ces fonctions avec les sensations douloureuses ; mais on ne pouvait méconnaître qu'un troisième mécanisme encore avait concouru à la formation de l'astasia-abasia. Quand la malade concluait le récit de toute une série d'épisodes en se plaignant d'avoir alors douloureusement éprouvé le fait d' « être [debout] seule »<sup>a</sup>, que dans une autre série qui englobait ses tentatives malheureuses pour rétablir une nouvelle vie familiale, elle ne se lassait pas de répéter que ce qu'il y avait là de douloureux avait été le sentiment de son désaide, la sensation de « ne pas bouger de sa place », il me fallait aussi accorder à ses réflexions une influence sur la formation de l'abasia, il me fallait faire l'hypothèse qu'elle avait cherché directement une expression symbolique pour ses pensées à tonalité douloureuse et qu'elle l'avait trouvée dans le renforcement de sa souffrance. Nous avons déjà affirmé dans notre Communication préliminaire que des symptômes somatiques de l'hystérie peuvent apparaître par une telle symbolisation ; j'apporterai dans l'épicrise de cette histoire de malade quelques exemples sans aucun doute probante. Chez Mademoiselle Elisabeth v. R... le mécanisme psychique

217

a. *a. Allein stehen* ». L'expression, entre guillemets, est à entendre littéralement, en continuité avec le verbe *stehen* (se tenir debout, 'être en position debout).

b. Cf. *supra*, p. 25.

c. Cf. *infra*, p. 198 sq.

de la symbolisation n'était pas au premier plan, il n'avait pas créé l'abasia, mais tout semblait indiquer que l'abasia déjà présente avait connu par cette voie un renforcement essentiel. Par conséquent, cette abasia, au stade de développement où je la rencontrai, était à assimiler non seulement à une paralysie fonctionnelle psychique associative, mais aussi à une paralysie fonctionnelle symbolique.

218 Avant de poursuivre l'histoire de ma malade, je veux ajouter encore un mot sur son comportement pendant cette deuxième période du traitement. Je me servis pendant toute cette analyse de la méthode consistant à faire resurgir, en exerçant une pression sur la tête, des images et des idées incidentes, une méthode donc qui reste inapplicable sans la pleine collaboration et l'attention volontaire de la malade. Elle se comportait d'ailleurs par moments comme je ne pouvais que le souhaiter, et dans de telles périodes il était vraiment surprenant de voir avec quelle rapidité et quelle infailibilité dans l'ordre chronologique chacune des scènes qui relevaient d'un thème se mettait en place. C'était comme si elle lisait dans un grand livre d'images dont on aurait fait défiler les pages devant ses yeux. D'autres fois, il semblait y avoir des obstacles dont, à l'époque, je ne soupçonnais pas encore la nature. Quand j'exerçais une pression, elle affirmait qu'il ne lui était rien venu à l'idée ; je répétais la pression, je lui demandais d'attendre, de nouveau rien ne voulait jamais venir. Les premières fois où se manifesta cette rétivité, je dus me décider à interrompre le travail : la journée n'était pas favorable ; une autre fois... Or deux constatations me décidèrent à modifier mon comportement. Premièrement, une telle défaillance de la méthode ne se produisait que lorsque j'avais trouvé Elisabeth enjouée et exempte de douleurs, jamais lorsque je venais un mauvais jour ; deuxièmement, elle prétendait fréquemment ne rien voir devant elle après avoir laissé passer une longue pause pendant laquelle sa mine tendue et préoccupée trahissait pourtant à mes yeux l'existence chez elle d'un processus animique. Je me résolus donc à supposer que la méthode n'était jamais défaillante, qu'Elisabeth avait chaque fois, sous la pression de ma main, une idée à l'esprit ou une image devant les yeux, mais qu'elle n'était pas chaque fois prête à

a. Cf. *supra*, p. 129.

me la communiquer, qu'elle cherchait plutôt à réprimer de nouveau ce qui avait été évoqué. Quant aux motifs qu'elle avait de garder le silence, je pouvais m'en représenter deux : ou bien Elisabeth exerçait sur l'idée qui lui venait une critique à laquelle elle n'était pas autorisée, trouvant que l'idée n'avait pas assez de valeur ou qu'elle ne convenait pas en tant que réponse à la question posée, ou bien elle redoutait de l'indiquer parce que... une telle communication lui était désagréable. Je procédai donc comme si j'étais parfaitement convaincu de la fiabilité de ma technique. Je ne transigeais plus quand elle affirmait qu'il ne lui était rien venu à l'idée je l'assurais qu'il lui était forcément venu quelque chose à l'idée, qu'elle n'avait peut-être pas été suffisamment attentive, que je voulais bien alors répéter la pression —, ou bien qu'elle pensait que l'idée qui lui était venue n'était pas la bonne. Que cela ne la regardait pourtant en rien, qu'elle était obligée de rester parfaitement objective et de dire ce qui lui était venu à l'esprit, que cela convienne ou non, enfin que je savais pertinemment qu'il lui était venu à l'idée quelque chose, qu'elle voulait me le dissimuler, mais qu'elle ne se débarrasserait jamais de ses douleurs tant qu'elle dissimulerait quelque chose. En insistant de la sorte, j'obtins qu'aucune pression ne restât plus véritablement sans résultat. Il me fallut supposer que j'avais reconnu avec exactitude ce qu'il en était, et j'acquis de fait avec cette analyse une confiance littéralement absolue en ma technique. Il arriva souvent qu'elle ne me fit une communication qu'après la troisième pression, mais elle ajoutait d'elle-même ensuite : j'aurais pu vous le dire dès la première fois. — Eh bien, pourquoi ne l'avez-vous pas dit tout de suite ? — J'ai pensé que ce n'était pas la bonne idée, ou : j'ai pensé que je pouvais l'é luder, mais chaque fois c'est revenu. C'est au cours de ce travail difficile que je commençai à attribuer une significativité plus profonde à la résistance que la malade manifestait dans la reproduction de ses souvenirs, et à rassembler soigneusement les occasions où cette résistance se trahissait de manière particulièrement frappante.

219

J'en viens maintenant à la présentation de la troisième période de notre traitement. La malade allait mieux, elle était psychiquement soulagée et était devenue capable d'agir, mais manifestement les douleurs n'avaient pas été supprimées, elles revenaient de temps en

temps, et ceci avec leur violence d'autrefois. Au succès thérapeutique imparfait correspondait l'analyse incomplète ; je ne savais toujours pas précisément à quel moment et par quel mécanisme les douleurs étaient apparues. Durant la reproduction des scènes les plus diverses dans la deuxième période et tandis que j'observais la résistance de la malade à les raconter, un certain soupçon s'était formé en moi ; mais je n'osais pas encore en faire le fondement de ma façon de procéder. Une constatation fortuite fut alors déterminante. Pendant le travail avec la malade j'entendis un jour des pas d'homme dans la pièce voisine, une voix qui résonnait agréablement et semblait poser une question, et là-dessus ma patiente se leva en me demandant d'interrompre pour ce jour ; elle entendait, me dit-elle, que son beau-frère était arrivé et qu'il la demandait. Jusque-là, elle avait été exempte de douleurs ; après ce dérangement, sa mine et sa démarche trahirent la brusque survenue de violentes douleurs. Je fus conforté dans mon soupçon et décidai de susciter les éclaircissements décisifs.

Je l'interrogeai donc sur les circonstances et les causes de la première survenue des douleurs. En réponse, ses pensées s'orientèrent sur l'été passé ensemble dans ladite station de cure avant le voyage à Gastein, et il se présenta de nouveau quelques scènes qui avaient déjà été traitées auparavant sans avoir vraiment été épuisées. Son état d'esprit à cette époque, l'épuisement où elle était après le souci que lui avait causé la vue de sa mère et les soins qu'elle lui avait donnés au moment de l'opération des yeux, son découragement final à l'idée que, jeune fille solitaire, elle ne pourrait jouir un tant soit peu de la vie ni réaliser quelque chose dans la vie. Jusque-là, elle s'était crue assez forte pour pouvoir se passer de l'assistance d'un mari, maintenant s'emparaient d'elle le sentiment de sa faiblesse en tant que femme, une désirance d'amour dans laquelle, selon ses propres mots, son être rigide commençait à fondre. C'est dans une telle disposition d'humeur que le mariage heureux de sa sœur cadette lui fit la plus profonde impression : comme il était touchant de le voir se soucier d'elle, comme ils se comprenaient d'un regard, comme ils semblaient être sûrs l'un de l'autre ! Il était très certainement regrettable que la seconde grossesse eût succédé si rapidement à la première, et sa soeur savait que c'était là la cause de sa souffrance, mais

elle supportait cette souffrance de bon gré parce qu'il en était la cause ! Au début, le beau-frère n'avait pas voulu participer à la promenade — qui était si étroitement rattachée aux douleurs d'Elisabeth —, il préféra rester auprès de sa femme malade. Mais celle-ci, d'un regard, l'engagea à y aller parce qu'elle pensait que cela ferait plaisir à Elisabeth. Elisabeth resta pendant tout ce temps en sa compagnie, ils parlèrent ensemble des choses les plus diverses et les plus intimes, tant elle se trouvait en harmonie avec tout ce qu'il disait, et le souhait de posséder un mari lui ressemblant fut tout-puissant. Suit alors, quelques jours plus tard, la scène où elle se rendit, le matin après leur départ, au lieu du panorama qui avait été la promenade préférée des absents<sup>a</sup>. Elle s'assit là sur une pierre et rêva de nouveau d'une vie heureuse comme celle qui était échue à sa sœur, et d'un mari qui saurait aussi bien capter son cœur que l'avait fait son beau-frère. Elle se leva avec des douleurs, mais qui passèrent encore une fois ; ce n'est que l'après-midi, après le bain chaud qu'elle prit dans la station, que les douleurs l'envahirent pour ne plus la quitter depuis. Je tentai de rechercher quelles sortes de pensées l'avaient alors occupée dans son bain ; mais avec pour seul résultat que l'établissement de bains lui avait rappelé son beau-frère et sa sœur qui étaient partis, eux qui avaient résidé dans le même établissement.

Ce dont il s'agissait s'était forcément éclairé pour moi depuis longtemps ; la malade, plongée dans des souvenirs doux et douloureux, semblait ne pas remarquer vers quelle révélation elle se dirigeait et poursuivait la restitution de ses réminiscences. Vint l'époque de Gastein, le souci avec lequel elle lisait chaque lettre qu'elle recevait, enfin la nouvelle que sa sœur allait mal, la longue attente jusqu'au soir où elles purent enfin quitter Gastein. Le voyage dans une incertitude atroce, la nuit d'insomnie, autant de moments qui s'accompagnaient d'une intensification violente des douleurs. Je demandai si elle s'était représenté pendant le voyage la triste possibilité qu'elle trouva réalisée ensuite. Elle répondit qu'elle avait soigneusement évité cette pensée, mais que selon elle, sa mère s'était dès le début attendue au pire. Suit alors le souvenir qu'elle avait de l'arrivée à Vienne, celui des impressions laissées par les parents qui

a. Cf. *supra*, p. 172.

222 les attendaient, du petit trajet de Vienne à la villégiature toute proche où habitait sa soeur, de l'arrivée là-bas le soir, de la traversée du jardin à la hâte jusqu'à la porte du petit pavillon... le calme dans la maison, l'obscurité oppressante ; le fait que le beau-frère ne vint pas les accueillir ; elles se retrouvèrent ensuite debout devant le lit, virent la morte et au moment où elle eut l'affreuse certitude que sa soeur bien-aimée était morte sans leur avoir dit adieu, sans qu'elles aient embelli ses derniers jours par leurs soins... à ce moment même une autre pensée avait traversé et secoué le cerveau d'Elisabeth, une pensée qui s'était maintenant réinstallée de manière inéluctable, et qui, tel un éclair aveuglant, illumina l'obscurité : Maintenant il est de nouveau libre, et je peux devenir sa femme.

Bien sûr, tout était clair à présent. La peine de l'analyste avait été largement récompensée : les idées de « défense » contre une représentation inconciliable, de l'apparition des symptômes hystériques par conversion dans le corporel d'une excitation psychique, la formation d'un groupe psychique séparé par l'acte de volonté qui conduit à la défense, tout cela fut à ce moment-là porté devant mes yeux de façon tangible. Ici, les choses s'étaient passées ainsi et pas autrement. Cette jeune fille avait voué à son beau-frère une tendre inclination que tout son être moral répugnait à accueillir dans sa conscience. Elle avait réussi à s'épargner cette certitude douloureuse qu'elle aimait le mari de sa soeur en se créant à la place des douleurs corporelles, et dans les moments où cette certitude voulut s'imposer à elle (lors de la promenade avec lui, pendant la rêverie matinale du bain, devant le lit de sa soeur), ces douleurs étaient apparues par conversion réussie dans le somatique. À l'époque où je la pris en traitement, la séparation du groupe de représentations se rapportant à cet amour d'avec ce qu'elle savait par ailleurs était déjà effectuée ; je pense que sinon elle n'aurait jamais accepté un tel traitement ; 223 la résistance qu'elle avait opposée de façon répétée à la reproduction de scènes à l'effet traumatique correspondait effectivement à l'énergie avec laquelle la représentation inconciliable avait été poussée hors de l'association.

Mais pour le thérapeute ce fut le début d'une mauvaise période. L'effet de la réadmission de cette représentation refoulée fut foudroyant pour la pauvre enfant. Elle se récria quand je résumai

sobrement ce qu'il en était dans les termes suivants : Vous étiez donc amoureuse de votre beau-frère depuis longtemps. Dans l'instant même, elle se plaignit des douleurs les plus affreuses, elle fit encore un effort désespéré pour repousser mon éclaircissement. Ce n'était pas vrai, dit-elle, je lui avais mis cela dans la tête, cela ne se pouvait pas, elle n'était pas capable d'une telle vilénie. D'ailleurs elle ne se pardonnerait jamais cela. Il fut facile de lui prouver que ses propres communications n'autorisaient aucune autre interprétation, mais cela prit du temps avant que les deux raisons que j'avais avancées pour la consoler — qu'on n'est pas responsable de ses sentiments, et que son comportement, le fait qu'elle soit tombée malade dans ces circonstances, était un témoignage suffisant de sa nature morale —, avant que ces consolations, dis je, ne fissent impression sur elle.

Il me fallut dès lors emprunter plus d'un chemin pour procurer un soulagement à la malade. Tout d'abord, je voulus lui donner l'occasion de se débarrasser par « abréaction » de l'excitation depuis longtemps emmagasinée. Nous recherchâmes les premières impressions laissées par le commerce avec son beau-frère, par le commencement de cette inclination maintenue inconsciente. On trouva ici tous ces petits signes précurseurs et tous ces pressentiments dont une passion pleinement développée s'entend à faire grand cas rétrospectivement. Lors de sa première visite à la maison, c'est elle qu'il avait prise pour la fiancée qu'on lui destinait et qu'il avait saluée avant la sœur aînée, qu'on remarquait moins. Un soir ils s'entretenaient avec tant de vivacité et semblaient si bien s'entendre que la fiancée les interrompit en remarquant à moitié sérieusement : « À vrai dire, vous auriez été très bien faits l'un pour l'autre. » Une autre fois, en compagnie de gens qui ne savaient rien encore des fiançailles, il fut question du jeune homme, et une dame critiqua un défaut de son physique qui suggérerait qu'il avait eu une maladie des os dans sa jeunesse. La fiancée elle-même, là-dessus, ne broncha pas, Elisabeth, elle, s'emporta et intervint, avec une ardeur qu'elle-même ne comprit pas par la suite, pour dire que son futur beau-frère avait une stature bien droite. Alors que nous parcourions et approfondissions ces réminiscences, il devint clair pour Elisabeth que le sentiment tendre qu'elle éprouvait pour son beau-frère avait sommeillé en elle depuis longtemps, peut-être depuis le début de leurs relations, et qu'il s'était

fort longtemps dissimulé derrière le masque d'une inclination liée à la simple parenté, que son sens de la famille grandement développé pouvait rendre concevable.

Cette abréaction la réconforta décidément beaucoup ; mais je pus lui apporter encore plus de soulagement en m'occupant amicalement de sa situation présente. Dans cette intention, je cherchai à m'entretenir avec Madame v. R..., en qui je trouvai une femme compréhensive et sensible, même si elle avait été atteinte dans son courage de vivre par les derniers coups du destin. J'appris d'elle que le reproche de chantage indélicat que le premier beau-frère avait formulé contre le veuf et qui avait été si douloureux pour Elisabeth avait dû être retiré à la suite d'une enquête plus approfondie. Le caractère du jeune homme pouvait rester sans tache ; un malentendu, la différence facile à concevoir dans la manière d'apprécier la valeur de l'argent que le commerçant — pour qui l'argent est un outil de travail — avait pu manifester par opposition à l'idée que s'en fait le fonctionnaire, voilà à quoi se réduisait au bout du compte cet incident apparemment si pénible. Je priai la mère de donner dorénavant à Elisabeth tous les éclaircissements dont elle avait besoin et de lui fournir à l'avenir cette opportunité d'ouvrir son âme à laquelle je l'aurais habituée.

225

Naturellement, je tenais aussi à apprendre si le souhait de la jeune fille, maintenant devenu conscient, avait des chances de devenir réalité. Les choses ici étaient moins favorables ! La mère déclara qu'elle avait soupçonné depuis longtemps l'inclination d'Elisabeth pour son beau-frère, mais qu'elle n'avait pas su que cette inclination avait déjà prévalu du vivant de la soeur. Qui les voyait tous deux ensemble — même si leurs relations étaient devenues plus rares — ne pouvait douter de l'intention de la jeune fille de lui plaire. Sauf que ni elle la mère ni les personnes de bon conseil dans la famille n'étaient particulièrement enclines à une union conjugale des deux. La santé du jeune homme n'était pas solide et avait subi un nouveau choc du fait de la mort de sa femme bien-aimée ; il n'était même pas sûr qu'il fût assez rétabli dans son âme pour contracter un nouveau mariage. C'est vraisemblablement la raison pour laquelle il avait une attitude si réservée, peut-être aussi, n'étant pas sûr de l'accueil qu'il recevrait, parce qu'il voulait éviter les commérages qui ne manque-

raient pas. Étant donné cette retenue observée des deux côtés, la solution qu'Elisabeth désirait ardemment ne pouvait sans doute qu'échouer.

J'informai la jeune fille de tout ce que j'avais appris de sa mère et j'eus la satisfaction de la réconforter par les éclaircissements apportés sur cette affaire d'argent ; d'autre part, je voulus la croire capable de supporter tranquillement l'incertitude qui ne pouvait être dissipée quant à son avenir. Or l'été qui était désormais bien avancé nous poussa à mettre fin au traitement. Elle se sentait de nouveau mieux, il n'était plus question entre nous de ses douleurs depuis que nous nous étions occupés de la cause à laquelle elles avaient pu être ramenées. Nous avons tous deux le sentiment d'en avoir terminé, même si je me disais que l'abréaction de la tendresse contenue n'avait pas vraiment été tout à fait achevée. Je la considérai comme guérie, je l'engageai à continuer d'avancer par elle-même vers la solution, maintenant que la voie de celle-ci avait été frayée, et elle ne me contredit pas. Elle partit avec sa mère retrouver sa sœur aînée et la famille de celle-ci pour passer l'été ensemble.

226

Je dois encore relater brièvement le cours ultérieur de la maladie de Mademoiselle Elisabeth v. R... Quelques semaines après avoir pris congé d'elle, je reçus une lettre désespérée de sa mère m'informant qu'Elisabeth, lors de la première tentative pour parler avec elle de ses affaires de coeur, s'était révoltée, complètement indignée, et avait eu de nouveau depuis de violentes douleurs, qu'elle s'était mise en colère contre moi parce que j'avais violé son secret, qu'elle se montrait parfaitement inaccessible, que la cure avait radicalement échoué. Que faire maintenant ? Elle ne voulait plus entendre parler de moi. Je ne répondis pas ; il fallait s'attendre à ce qu'elle essaie encore une fois de repousser l'ingérence de sa mère et de retomber dans son propre enfermement, dès lors qu'elle avait échappé à ma discipline. Mais j'avais une sorte de certitude, que tout se remettrait en ordre, que ma peine ne s'était pas dépensée en vain. Deux mois plus tard, elles étaient rentrées à Vienne, et le confrère à qui je devais d'avoir été présenté à la malade m'apporta cette nouvelle qu'Elisabeth allait parfaitement bien, qu'elle se comportait comme quelqu'un en bonne santé, mais qu'elle avait encore par moments quelques douleurs. Depuis, elle m'a envoyé à plusieurs reprises des

nouvelles semblables, m'annonçant chaque fois qu'elle viendrait me voir, mais ce qui est caractéristique du rapport personnel qui prend forme dans de tels traitements — elle ne l'a jamais fait. Comme mon confrère me l'a assuré, elle peut être considérée comme guérie, le rapport entre le beau-frère et la famille n'a pas changé.

Au printemps 1894, j'appris qu'elle allait se rendre à un bal privé où je pouvais me faire inviter, et je ne laissai pas passer l'occasion de voir ma malade de jadis s'envoler dans le tourbillon d'une danse. Depuis, elle s'est mariée par libre inclination avec quelqu'un d'inconnu.

### *Épiscrise*

227

Je n'ai pas toujours été psychothérapeute, mais comme d'autres neuropathologistes j'ai été formé aux diagnostics locaux et au pronostic électrique, et cela ne cesse de me faire à moi-même une impression singulière de voir que les histoires de malades que j'écris se lisent comme des nouvelles et sont pour ainsi dire privées de l'empreinte de sérieux de la scientificité. Je dois m'en consoler en me disant que c'est évidemment la nature de l'objet qui doit être rendue responsable de ce résultat, bien plus que mes prédilections ; en effet, le diagnostic local et les réactions électriques n'entrent pas en ligne de compte dans l'étude de l'hystérie, alors qu'une présentation approfondie des processus animiques, comme on a l'habitude d'en trouver chez le poète, me permet, en appliquant quelques formules psychologiques, d'y voir malgré tout à peu près clair dans le déroulement d'une hystérie. De telles histoires de malades doivent être jugées comme des histoires psychiatriques, mais elles ont sur ces dernières un avantage, à savoir la relation intime entre l'histoire de souffrance et les symptômes de maladie, celle-là même que nous cherchons encore en vain dans les biographies d'autres psychoses.

Je me suis efforcé d'entremêler les éclaircissements que j'ai pu apporter sur le cas de Mademoiselle v. R... à la présentation de l'histoire de sa guérison ; il n'est peut-être pas superflu d'en répéter ici l'essentiel de manière suivie. J'ai dépeint le caractère de la malade, les traits qui font retour chez tant d'hystériques et que l'on ne peut

véritablement pas mettre au compte d'une dégénérescence : ses dons, son ambition, sa sensibilité morale, son besoin d'amour démesuré, qui trouve tout d'abord à se satisfaire dans sa famille, l'indépendance de sa nature, allant au-delà de l'idéal féminin, et qui pour une bonne part se manifeste par de l'entêtement, de la pugnacité et un caractère renfermé. D'après ce que m'avait communiqué mon confrère, aucune charge héréditaire notable ne pouvait être mise en évidence dans les deux familles ; sa mère, il est vrai, avait souffert, de longues années durant, d'une humeur dépressive névrotique qui n'avait pas été examinée de plus près ; mais ses frères et soeurs, son père et la famille de celui-ci pouvaient être mis au nombre des êtres humains équilibrés, non nerveux. Aucun grave cas de névropsychose ne s'était présenté parmi ses parents les plus proches.

228

Or de douloureuses émotions agissaient sur cette nature, et d'abord l'influence débilante des soins qu'elle avait longtemps donnés à son père bien-aimé.

Il y a de bonnes raisons pour que les soins donnés au malade jouent un rôle aussi significatif dans la préhistoire de l'hystérie. Ici, toute une série de facteurs efficients est clairement évidente : la perturbation de l'état physique par un sommeil interrompu, les soins corporels négligés, le contrecoup sur les fonctions végétatives d'une inquiétude qui n'avait cessé de la ronger ; mais, à mon avis, le plus important réside ailleurs. Celui dont l'esprit est occupé par la centaine de tâches exigées par les soins donnés à un malade, s'enchaînant dans une succession infinie pendant des semaines et des mois, celui-là s'habitue d'un côté à réprimer tous les signes de bouleversement personnel, d'un autre côté détourne bientôt son attention de ses propres impressions, parce que le temps et la force lui manquent pour leur faire droit. Toute personne qui donne des soins au malade emmagasine ainsi en elle une quantité d'impressions capables d'affect, qui ont à peine été clairement perçues et qui en tout cas n'ont pas été affaiblies par l'abréaction. Le matériel d'une hystérie de rétentions est ainsi créé. Si le malade guérit, toutes ces impressions perdent bien sûr leur valeur ; mais s'il meurt, la période du deuil fait irruption, au cours de laquelle seul ce qui se rapporte à l'être perdu

semble avoir de la valeur, et alors chacune des impressions en attente d'être liquidées se présente à tour de rôle et, après un court intervalle d'épuisement, éclate l'hystérie, dont le germe a été déposé pendant les soins.

229

Ce même fait de la liquidation après coup des traumatismes accumulés au cours des soins donnés au malade, il arrive qu'on puisse aussi le rencontrer là où il n'y a pas d'impression d'ensemble de l'état de maladie, mais où le mécanisme de l'hystérie est pourtant conservé. Je connais ainsi une femme fort douée, souffrant de légers états nerveux, dont l'être tout entier atteste qu'elle est hystérique, bien qu'elle n'ait jamais sollicité les médecins, qu'elle n'ait jamais cessé de vaquer à ses obligations. Cette femme a déjà soigné jusqu'à leur mort trois ou quatre êtres chers, chaque fois jusqu'à son complet épuisement physique, mais sans être tombée malade à la suite de ces tristes tâches. Peu de temps après la mort du malade, voici que commence en elle le travail de reproduction qui lui remet sous les yeux les scènes de la maladie et du décès. Elle revit chaque journée, chaque impression, elle pleure sur elles et s'en console — on aimerait dire : à loisir. Cette liquidation se fait chez elle grâce à ses occupations journalières, sans que ces deux activités se confondent. Le tout se déroule devant elle chronologiquement. Le travail de remémoration d'une journée coïncide-t-il exactement avec une journée du passé, je ne sais. Je suppose que cela dépend du loisir que lui laissent les occupations domestiques en cours.

En dehors de ces « larmes de rattrapage » qui suivent le décès à court intervalle, cette femme célèbre périodiquement, tous les ans, des fêtes commémoratives à l'époque de chacune des catastrophes, et là, sa vive reproduction visuelle et ses manifestations affectives correspondent fidèlement aux dates. Je la trouve par exemple en larmes et m'enquiers avec sympathie de ce qui est arrivé aujourd'hui. Elle repousse, à moitié agacée, ma demande d'information : « Mais non, c'est seulement qu'aujourd'hui le conseiller aulique N... est revenu et qu'il nous a fait comprendre qu'il n'y a rien à espérer. Je n'ai pas eu à ce moment-là le temps d'en pleurer. » Elle fait référence à la dernière maladie de son mari, qui est mort depuis trois ans. Je trouverais fort intéressant de savoir si, lors de ces fêtes commémoratives faisant chaque année retour, elle répète toujours les mêmes scènes,

230

ou bien si chaque fois ce sont d'autres détails qui s'offrent à elle pour l'abréaction, ainsi que je le suppose dans l'intérêt de ma théorie'. Je ne peux pourtant rien apprendre de certain sur ce point, car cette femme aussi intelligente que forte avait honte de la violence avec laquelle ces réminiscences agissaient sur elle.

J'y insiste encore une fois : cette femme n'est pas malade, l'abréaction qui suit, bien qu'elle y ressemble en tous points, n'est pas un processus hystérique ; on est en droit de se demander à quoi peut bien tenir le fait qu'après les soins donnés à un malade il se produise dans un cas une hystérie, dans un autre cas non. Cela ne peut tenir à la disposition personnelle ; celle-ci, chez la dame à laquelle je pense ici, était présente dans une très large mesure.

231

J'en reviens à Mademoiselle Elisabeth v. R... C'est donc pendant qu'elle soignait son père qu'apparut chez elle pour la première fois un symptôme hystérique, à savoir une douleur à un endroit précis de la

1. J'ai appris un jour avec étonnement qu'une telle « abréaction de rattrapage » — à la suite d'impressions autres que celles reçues lors des soins donnés au malade - peut former le contenu d'une névrose qui sans cela resterait énigmatique. C'est ce qui se passa chez une belle jeune fille de dix-neuf ans, Mademoiselle Mathilde H..., qui avait une paralysie partielle des jambes lorsque je la vis pour la première fois, mais que j'eus ensuite en traitement quelques mois plus tard parce que son caractère avait changé : elle était déprimée au point d'avoir perdu toute joie de vivre, d'être sans égards envers sa mère, irritable et inaccessible. L'ensemble du tableau présenté par la patiente ne me permit pas d'avancer l'hypothèse d'une mélancolie ordinaire. Il était très facile de la mettre dans un somnambulisme profond, et je me servis de cette particularité pour lui adresser chaque fois des commandements et des suggestions qu'elle écoutait dans un profond sommeil, les accompagnant de larmes abondantes, mais qui sinon ne modifièrent pas sensiblement son état. Un jour, elle se mit à parler dans l'hypnose et me communiqua que la cause de son humeur dépressive était l'annulation de ses fiançailles survenue plusieurs mois auparavant. En faisant plus intimement connaissance avec le fiancé, de plus en plus de choses, dit-elle, avaient fini par ressortir, que ni sa mère ni elle n'avaient souhaitées, mais d'autre part les avantages matériels de cette union étaient trop évidents pour faciliter la décision de rompre : toutes deux avaient longtemps hésité, elle-même était tombée dans un état d'indécision où elle acceptait toute chose avec apathie, et c'est finalement la mère qui avait prononcé le « non » définitif. Un peu plus tard, elle se réveilla comme d'un rêve, se mit à retourner fébrilement dans ses pensées la décision déjà prise, à peser le pour et le contre, et ce processus ne cessait de se poursuivre chez elle. Elle vivait toujours cette même période de doute, connaissait chaque jour l'humeur et les pensées qui auraient convenu à l'un des jours d'autrefois, son irritabilité à l'égard de sa mère se fondait d'ailleurs sur les seules circonstances d'autrefois, et à côté de cette activité de pensée sa vie présente lui apparaissait comme une pseudo-existence, comme quelque chose vécu en rêve. — Je ne réussis plus ensuite à faire parler la jeune fille, je continuai à l'exhorter alors qu'elle était dans un somnambulisme profond, je la vis chaque fois fondre en larmes, sans que jamais elle ne me réponde, et un jour, à peu près à la date anniversaire de ses fiançailles, tout cet état d'humeur dépressive était passé, ce qui fut porté à mon compte comme un grand succès de guérison par hypnose.

cuisse droite. Le mécanisme de ce symptôme peut être éclairé de manière suffisante en se fondant sur l'analyse. Il y eut un moment où la sphère de représentations relative à ses obligations envers son père malade entra en conflit avec ce qui était alors le contenu de son désir érotique. En proie à de vifs autoreproches, elle opta pour le premier des deux termes et se créa ainsi la douleur hystérique. Selon la conception que suggère la théorie de la conversion dans l'hystérie, le processus pourrait être présenté de la manière suivante : elle refoula de sa conscience la représentation érotique et transforma les grandeurs d'affect de cette dernière en une sensation de douleur somatique. Ce premier conflit s'était-il présenté à elle une seule fois ou de façon répétée ? Cela n'apparut pas clairement ; fort vraisemblablement plusieurs fois. Un conflit tout à fait similaire quoique d'une plus grande significativité morale et encore mieux attesté par l'analyse — se répéta des années plus tard et entraîna l'intensification des mêmes douleurs et leur extension au-delà des limites initialement posées. Une fois de plus, c'était une sphère de représentations érotiques qui entraînait en conflit avec toutes ses représentations morales, car l'inclination se rapportait à son beau-frère, et aussi bien du vivant de sa soeur qu'après sa mort, ce fut pour elle une pensée inacceptable qu'il lui faille désirer justement cet homme-là. L'analyse donne une information détaillée sur le conflit qui constitue le point central de son histoire de malade. Même si l'inclination de la malade pour son beau-frère pouvait avoir germé en elle depuis longtemps, son développement avait été facilité par l'épuisement physique dû aux soins nouvellement donnés au malade, par l'épuisement moral dû aux déceptions subies des années durant, sa pruderie intérieure commença alors à se relâcher et elle s'avoua à elle-même son besoin d'être aimée par un homme. Durant toutes les semaines que dura son commerce avec son beau-frère (dans cette station de cure), cette inclination érotique parvint à se développer pleinement en même temps que les douleurs, et pour ce qui est de cette même époque l'analyse atteste un état psychique particulier de la malade, dont l'alliance avec l'inclination et les douleurs semble permettre une compréhension du processus dans le sens de la théorie de la conversion.

Je dois en effet risquer l'affirmation que la malade, à cette époque, n'était pas clairement consciente de son inclination pour son beau-

frère — aussi intense fût-elle —, sauf en quelques rares occasions, et alors seulement par intermittence. S'il en avait été autrement, elle aurait pris conscience aussi de la contradiction entre cette inclination et ses représentations morales, et il aurait forcément existé chez elle des tourments de l'âme semblables à ceux dont je la vis souffrir après notre analyse. Son souvenir ne pouvait faire état d'aucune souffrance de cette sorte ; elle s'était épargné ces souffrances, par conséquent l'inclination elle-même ne lui était pas non plus devenue claire ; à l'époque, tout comme au moment de l'analyse, l'amour pour son beau-frère était présent dans sa conscience à la manière d'un corps étranger, sans être entré en relation avec le reste de sa vie de représentation. Il y avait, concernant cette inclination, cet état particulier fait de savoir et, en même temps, de non-savoir — cet état du groupe psychique séparé. On ne veut rien dire d'autre quand on affirme que cette inclination ne lui était pas devenue « clairement consciente », on ne veut pas dire une qualité moindre ou un degré inférieur de conscience, mais bien une séparation entre la circulation de pensée librement associative et le reste du contenu de représentation.

Comment donc a-t-il pu se faire qu'un groupe de représentations aussi intensément marqué ait été maintenu de façon aussi isolée ? En général, pourtant, c'est suivant sa grandeur d'affect que croît aussi le rôle d'une représentation dans l'association.

On peut répondre à cette question si l'on prend en compte deux faits qu'on peut tenir pour assurés au moment d'y recourir, à savoir 1) que les douleurs hystériques apparurent en même temps que la formation de ce groupe psychique séparé, 2) que la malade opposa une grande résistance à la tentative pour établir l'association entre le groupe psychique séparé et le reste du contenu de conscience et éprouva, quand cette réunion fut malgré tout effectuée, une grande douleur psychique. Notre conception de l'hystérie met en relation ces deux facteurs avec le fait du clivage de la conscience en affirmant que dans 2) est contenue l'indication du motif du clivage de la conscience, dans 1) l'indication du mécanisme de celui-ci. Le motif était celui de la défense, la répugnance de tout le moi à trouver une conciliation avec ce groupe de représentations ; le mécanisme était celui de la conversion, c.-à-d. qu'à la place des douleurs animales qu'elle s'était épargnées survinrent des douleurs corporelles ;

ainsi s'engagea une transformation dont le bénéfice fut que la malade s'était soustraite à un état psychique insupportable, au prix, il est vrai, d'une anomalie psychique le clivage de la conscience toléré et d'une souffrance corporelle les douleurs sur lesquelles s'édifia une astasie-abasie.

Bien entendu, je ne puis indiquer comment s'établit en nous une telle conversion ; à l'évidence, on ne fait pas cela comme on exécute intentionnellement une action volontaire ; c'est un processus qui s'effectue dans un individu sous l'impulsion du motif de la défense, quand celui-ci en porte l'aptitude dans son organisation — ou dans une modification de celle-ci à un moment donné.

On a le droit de coller de plus près à la théorie et de demander : Qu'est-ce donc qui se transforme ici en douleur corporelle ? La réponse prudente sera : Quelque chose qui aurait pu, et qui aurait dû, donner lieu à une douleur de l'âme. Veut-on s'aventurer plus avant et tenter une sorte de présentation algébrique de la mécanique des représentations, on pourra éventuellement attribuer au complexe de représentations de cette inclination restée inconsciente un certain montant d'affect et qualifier cette dernière quantité d'élément converti. Cette conception aurait pour conséquence directe que l'« amour inconscient » avait tellement perdu en intensité par une conversion de ce genre qu'il aurait été rabaissé au rang de représentation faible ; son existence en tant que groupe psychique séparé n'aurait alors été rendue possible que par cet affaiblissement. Cependant, le cas présent n'est pas à même, en cette matière si épineuse, de fournir une illustration concrète. Il correspond vraisemblablement à une conversion tout simplement incomplète ; à partir d'autres cas on peut tenir pour vraisemblable qu'il existe aussi des conversions complètes et que, dans celles-ci, la représentation inconciliable a été de fait « refoulée », comme seule peut être refoulée une représentation très peu intense. Une fois effectuée la réunion associative, les malades assurent ne plus s'être occupés en pensée de la représentation inconciliable depuis l'apparition du symptôme hystérique.

J'ai affirmé plus haut que la malade, en certaines occasions, reconnaissait aussi consciemment, bien que fugitivement, l'amour

a. Cf *supra*, p. 186 sq.

qu'elle portait à son beau-frère. Un moment de ce genre fut, par ex., celui où, devant le lit de sa soeur, la pensée suivante lui passa par la tête : « Maintenant il est libre, et tu peux devenir sa femme. »<sup>a</sup> E me faut discuter la significativité de ces moments pour la conception de l'ensemble de la névrose. Or, selon moi, l'hypothèse d'une « hystérie de défense » implique déjà qu'au moins un moment de ce genre se soit produit. La conscience, bien sûr, ne sait pas à l'avance quand une représentation inconciliable s'installera ; la représentation inconciliable, qui plus tard, avec ses éléments annexes, sera exclue pour former un groupe psychique séparé, doit bel et bien avoir existé initialement dans la circulation de pensée, sinon le conflit qui a entraîné son exclusion n'aurait pas eu lieu'. Ce sont précisément ces moments qui doivent donc être qualifiés de « traumatiques » ; c'est dans ces moments-là qu'a eu lieu la conversion, dont les résultats sont le clivage de la conscience et le symptôme hystérique. Chez Mademoiselle Elisabeth v. R... tout indique une pluralité de moments de ce genre (les scènes de la promenade, de la méditation matinale, du bain, celle devant le lit de sa soeur) ; il se peut même que de nouveaux moments de ce genre soient intervenus pendant le traitement. La pluralité de ces moments traumatiques est rendue possible en effet par le fait qu'une expérience vécue semblable à celle qui a introduit tout d'abord la représentation inconciliable apporte une nouvelle excitation au groupe psychique séparé et supprime ainsi provisoirement le résultat de la conversion. Le moi est obligé de s'occuper de cette représentation qui soudain s'illumine avec plus de force et de rétablir l'état antérieur par une conversion renouvelée. Mademoiselle Elisabeth, qui entretenait un commerce continu avec son beau-frère, ne pouvait qu'être particulièrement exposée à l'émergence de nouveaux traumas. J'aurais souhaité pour cette présentation disposer d'un cas dont l'histoire traumatique eût été achevée dans le passé.

235

Je dois maintenant m'occuper d'un point dont j'ai dit qu'il constituait une difficulté pour la compréhension de la présente histoire de

1. Il en va autrement dans une hystérie hypnoïde ; ici, le contenu du groupe psychique séparé n'aurait jamais existé dans le moi-conscience. [Cf. *infra*, p. 312.]

a. Cf. *supra*, p. 178.

236

maladea. En me fondant sur l'analyse, je supposai qu'une première conversion avait eu lieu chez la malade pendant qu'elle soignait son père, et ce au moment où ses obligations de garde-malade entrèrent en conflit avec son désir érotique, et que ce processus fut le prototype du processus ultérieur qui conduisit à l'éruption de la maladie dans la station de cure des Alpes. Or voici qu'il ressort des communications de la malade qu'à l'époque des soins donnés au malade et dans le laps de temps qui suivit et que j'ai qualifié de « première période », elle n'avait pas du tout souffert de douleurs ni d'une faiblesse à la marche. Certes, il lui était arrivé, pendant la maladie de son père, de garder le lit durant quelques jours en ressentant des douleurs dans les pieds, mais le doute subsiste quant à savoir si cet accès doit déjà être attribué à l'hystérie. Aucune relation causale entre ces premières douleurs et quelque impression psychique que ce soit ne pouvait être prouvée dans l'analyse ; il est possible, voire vraisemblable, qu'il se soit alors agi de douleurs musculaires rhumatismales communes. Même si l'on voulait supposer que ce premier accès de douleur était le résultat d'une conversion hystérique par suite de la récusation de ses pensées érotiques d'alors, il n'en reste pas moins que les douleurs disparurent après quelques jours, si bien que la malade s'était donc dans la réalité comportée autrement qu'elle ne semblait l'indiquer pendant l'analyse. Pendant la reproduction de ce que j'ai appelé la première période elle accompagnait tous les récits relatifs à la maladie et à la mort de son père, aux impressions tirées du commerce avec son premier beau-frère, etc., de manifestations de douleurs, alors qu'à l'époque où elle avait vécu ces impressions elle ne ressentait aucune douleur. N'y a-t-il pas là une contradiction propre à fortement diminuer notre confiance en la valeur éclairante d'une telle analyse ?

Je crois pouvoir résoudre la contradiction en supposant que les douleurs — le produit de la conversion — sont apparues, non pas tandis que la malade vivait les impressions de la première période, mais après coup, donc dans la seconde période, quand la malade reproduisit ces impressions dans ses pensées. La conversion s'était faite, non pas sur les impressions récentes, mais sur les souvenirs de celles-

a. Cf. *supra*, p. 167.

ci. J'estime même qu'un tel processus n'est pas du tout quelque chose d'extraordinaire dans l'hystérie, qu'il a une part régulière dans l'apparition des symptômes hystériques. Mais comme une telle affirmation n'apporte sûrement pas toute la lumière, je vais tenter de la rendre plus crédible en mentionnant d'autres expériences.

Il m'arriva un jour, au cours d'un traitement analytique de ce genre, de voir se développer chez une malade un nouveau symptôme hystérique, de sorte que je pus, le jour suivant son apparition, entreprendre de l'éliminer.

237

Je vais insérer ici l'histoire de cette malade, en indiquant ses traits essentiels ; elle est assez simple, mais non dépourvue d'intérêt.

Mademoiselle Rosalia H..., vingt-trois ans, s'efforçant depuis des années de suivre une formation de chanteuse, se plaint que sa belle voix ne lui obéit pas dans certains registres. Un sentiment d'étouffement et de serrement survient dans son gosier, de sorte que le son paraît écrasé ; c'est pourquoi son professeur n'a pas encore pu lui permettre d'apparaître en public comme chanteuse ; bien que cette imperfection n'affecte que le registre médian, elle ne peut pourtant s'expliquer par un défaut de son organe ; par moments le trouble est totalement absent, si bien que son professeur se déclare très satisfait, d'autres fois, à la moindre excitation, apparemment aussi sans raison, la sensation de serrement se produit de nouveau, et le libre déploiement de la voix est empêché. Il n'était pas difficile de reconnaître la conversion hystérique dans cette sensation importune ; je n'ai pu établir avec certitude s'il se produisait de fait une contracture dans certains muscles des cordes vocales<sup>1</sup>. Dans l'analyse hypnotique

1. J'ai observé un autre cas où une contracture des masséters<sup>1</sup> interdisait à une chanteuse d'exercer son art. La jeune femme avait été amenée, du fait de pénibles expériences qu'elle avait vécues dans sa famille, à se tourner vers la scène. A Rome, au cours d'une répétition, elle chantait dans un état de grande excitation quand elle eut soudain la sensation de ne plus pouvoir refermer la bouche ; elle tomba sans connaissance. Le médecin qu'on avait appelé lui remit violemment la mâchoire en place ; mais, à partir de ce moment-là, la malade resta dans l'incapacité d'ouvrir la mâchoire de plus de la largeur d'un doigt et dut abandonner la profession qu'elle venait de choisir. Quand, plusieurs années plus tard, elle vint suivre un traitement avec moi, les causes de cette excitation avaient évidemment disparu depuis longtemps, car il avait suffi d'un massage en hypnose légère pour lui permettre d'ouvrir largement la bouche. Cette dame a depuis lors chanté en public.

a. muscles masticateurs.

238 que j'entrepris avec la jeune fille, j'appris ce qui suit sur ce qu'avait été sa destinée et par là sur ce qui avait causé ses maux ; orpheline de bonne heure, elle avait été accueillie dans la maison de sa tante, qui avait elle-même beaucoup d'enfants, et elle participa ainsi à une vie familiale des plus malheureuses. Le mari de cette tante, personnalité manifestement pathologique, maltraitait sa femme et ses enfants de la manière la plus brutale et les offensait particulièrement en affichant ouvertement ses préférences sexuelles pour les servantes et bonnes d'enfants qui se trouvaient à la maison, ce qui devenait de plus en plus choquant à mesure que les enfants grandissaient. Quand la tante mourut, Rosalia devint la protectrice de la troupe des enfants orphelins et opprimés par le père. Elle prit ses obligations au sérieux, vint à bout de tous les conflits auxquels l'entraînait sa position, mais elle dut alors déployer les plus grands efforts pour réprimer les manifestations de sa haine et de son mépris envers son oncle'. C'est à cette époque qu'apparut chez elle la sensation de serrement dans la gorge ; chaque fois qu'il lui fallait s'abstenir de répondre, qu'elle s'était contrainte à garder son calme à la suite d'une accusation révoltante, elle ressentait des grattements dans le gosier, un resserrement, une défaillance de la voix, bref toutes les sensations localisées dans le larynx et le pharynx qui la perturbaient maintenant quand elle chantait. Il était facile de comprendre qu'elle cherchait la possibilité de se rendre indépendante, d'échapper aux émois et aux impressions pénibles que lui apportait chaque jour passé dans la maison de son oncle. Un professeur de chant très qualifié s'occupa d'elle de façon désintéressée et l'assura que sa voix l'autorisait à choisir la profession de chanteuse. Elle commença alors à prendre en secret des leçons avec lui, mais du fait qu'elle se précipitait souvent à ses leçons de chant avec le serrement dans la gorge que lui avaient laissé de violentes scènes domestiques, une relation solide s'établit entre le fait de chanter et la paresthésie hystérique, laquelle était déjà frayée par la sensation d'organe qu'elle avait en chantant. L'appareil, dont elle aurait dû disposer librement quand elle chantait, se

239

1. [Note ajoutée en 1924:] Ici aussi, il s'agissait en réalité du père, et non de l'oncle. [Cf. *supra*, p. 154, n. 1.]

a. vocal.

trouva investi de restes d'innervation laissés par ces nombreuses scènes d'excitation réprimée. Depuis, elle avait quitté la maison de son oncle et était partie dans une ville étrangère afin de s'éloigner de sa famille, mais l'empêchement n'en avait pas été surmonté pour autant. Cette belle jeune fille, d'un bon sens peu commun, intelligente, ne montra pas d'autres symptômes hystériques.

Je m'efforçai de liquider cette « hystérie de rétention » par la reproduction de toutes les impressions excitantes et par l'abréaction après coup. Je la laissai vitupérer, discourir, dire à son oncle ses quatre vérités en face, etc. Ce traitement lui fit d'ailleurs beaucoup de bien ; néanmoins, elle vivait malheureusement ici dans des conditions fort défavorables. Elle n'avait pas de chance avec ses proches. Elle était hébergée par un autre oncle, qui lui aussi l'accueillait amicalement ; mais pour cette raison même elle avait suscité l'animosité de sa tante. Cette femme soupçonnait son mari de trop s'intéresser à sa nièce et elle s'évertuait à gâcher complètement le séjour de la jeune fille à Vienne. Elle-même avait dû, dans sa jeunesse, renoncer à son inclination pour les arts et elle enviait à présent sa nièce de pouvoir développer son talent, même si chez cette dernière la décision avait été davantage dictée par un pressant besoin d'indépendance que par inclination. Rosalie se sentait si à l'étroit dans cette maison qu'elle n'osait pas, par ex., chanter ni jouer du piano quand sa tante était à portée de voix, et qu'elle évitait avec soin de jouer ou de chanter quelque chose à son oncle, au demeurant un vieux monsieur, — le frère de sa mère — quand sa tante risquait de surgir à l'improviste. Tandis que je m'efforçais d'effacer les traces des anciennes excitations, apparurent, du fait de ses rapports avec ses hôtes, de nouvelles excitations qui finirent d'ailleurs par perturber le succès de mon traitement et interrompirent prématurément la cure.

Un jour, la patiente se présenta chez moi avec un nouveau symptôme datant d'à peine vingt-quatre heures. Elle se plaignait d'un picotement désagréable au bout des doigts, qui depuis la veille survenait à quelques heures d'intervalle et l'obligeait à faire avec les doigts des mouvements rapides tout à fait particuliers. Je ne pus observer cet accès, sans quoi j'aurais sans doute deviné, en voyant

a. Nommée tour à tour Rosalie ou Rosalia.

les mouvements des doigts, ce qui l'avait occasionné ; mais je tentai aussitôt de retracer, au moyen d'une analyse hypnotique, ce sur quoi se fondait ce symptôme (en réalité un petit accès hystérique). Comme l'ensemble n'existait que depuis très peu de temps, j'espérais pouvoir arriver rapidement à l'élucider et à le liquider. A ma grande surprise, la malade m'apporta — sans hésiter et dans l'ordre chronologique — toute une série de scènes commençant dans la prime enfance, dont le point commun était peut-être une injustice qu'elle avait subie sans se défendre, ce qui pouvait alors s'être accompagné de tressaillements dans les doigts — par ex. des scènes où à l'école elle était forcée de tendre la main sur laquelle le maître lui donnait un coup de règle. Mais c'étaient là des circonstances banales, dont j'aurais volontiers contesté qu'elles puissent légitimement faire partie de l'étiologie d'un symptôme hystérique. Il en allait autrement d'une scène tirée de ses premières années de jeune fille, qui venait à la suite. Le méchant oncle, qui souffrait de rhumatismes, lui avait demandé de lui masser le dos. Elle n'osa pas refuser. Alors qu'il était allongé sur le lit, il rejeta brusquement la couverture, se leva, voulut la saisir et la renverser. Naturellement, elle interrompit le massage et l'instant d'après elle avait pris la fuite et s'était enfermée dans sa chambre. Elle n'aimait manifestement pas se souvenir de cette expérience vécue, elle ne voulut pas dire non plus si elle avait vu quelque chose au moment où l'homme s'était brusquement dénudé. La sensation dans les doigts pouvait s'expliquer ici par l'impulsion réprimée à le châtier, ou simplement venir de ce qu'elle était justement occupée à le masser. C'est seulement après cette scène qu'elle en vint à parler d'une scène vécue la veille, à la suite de laquelle sensation et tressaillements dans les doigts s'étaient établis comme symbole mnésique faisant retour. L'oncle chez qui elle habitait à présent l'avait priée de lui jouer quelque chose ; elle se mit au piano et s'accompagna en chantant, pensant que la tante était sortie. Brusquement la tante apparut dans l'embrasement de la porte ; Rosalie se leva d'un bond, claqua le couvercle du piano et lança au loin la partition ; on peut d'ailleurs deviner quel souvenir émergea en elle et quel cheminement de pensée elle repoussa défensivement à ce moment-là — celui de l'amertume causée par un soupçon injustifié qui devait en fait l'amener à quitter la maison, alors même qu'elle était obligée, en

raison de sa cure, de rester à Vienne et qu'elle n'avait pas d'autre logis. Le mouvement des doigts que j'observai pendant la reproduction de cette scène était celui qu'on fait pour rejeter quelque chose par une chiquenaude, comme s'il s'agissait au sens littéral et au sens figuré — d'écarter loin de soi quelque chose, d'envoyer promener une partition ou de repousser une proposition impudente.

Elle m'assura de la façon la plus catégorique ne pas avoir ressenti auparavant ce symptôme — ne pas l'avoir ressenti à l'occasion des scènes racontées en premier. Quelle hypothèse restait-il donc, sinon que l'expérience vécue de la veille avait tout d'abord éveillé le souvenir d'expériences antérieures ayant un contenu similaire et que la formation d'un symbole mnésique avait ensuite concerné tout le groupe de souvenirs ? La conversion avait été assurée d'un côté par l'affect récemment vécu, d'un autre côté par l'affect remémoré.

Si l'on réfléchit de plus près à cette situation, il faut convenir qu'un tel processus, dans l'apparition des symptômes hystériques, doit être désigné davantage comme la règle que comme l'exception. Presque chaque fois que je cherchais la détermination de tels états, ce n'était pas une seule circonstance occasionnante qui se présentait, mais un groupe de circonstances traumatiques de ce genre (cf. les beaux exemples chez Madame Emmy dans l'histoire de malade II). Pour nombre de ces cas, on put établir que le symptôme en question était déjà apparu pour une brève période après le premier trauma, pour ensuite rétrograder, jusqu'à ce qu'il soit une nouvelle fois provoqué et stabilisé par un trauma suivant. Entre ce surgissement temporaire du symptôme et le fait que ce dernier reste généralement latent après les premières circonstances occasionnantes, on ne peut constater aucune différence de principe, et dans la très grande majorité des exemples il s'avéra, une fois encore, que les premiers traumas n'avaient laissé derrière eux aucun symptôme, alors qu'un trauma ultérieur du même genre provoquait un symptôme dont l'apparition n'avait pourtant pu se faire qu'avec le concours des circonstances occasionnantes antérieures, et dont la résolution exigeait bel et bien de prendre en compte l'ensemble des circonstances. Traduit dans le mode d'expression de la théorie de la conversion, ce fait indéniable de la sommation des traumas et de la latence initiale des symptômes veut énoncer que la conversion peut avoir lieu aussi bien

à partir d'un affect récent que d'un affect remémoré, et cette hypothèse élucide pleinement la contradiction dans laquelle semblent se trouver l'histoire de malade et l'analyse chez Mademoiselle Elisabeth v. R...

Il ne fait pas de doute que les bien portants supportent dans une large mesure, dans leur conscience, la persistance de représentations ayant un affect non liquidé. L'affirmation que je viens de soutenir avec force ne fait que rapprocher le comportement des hystériques de celui des bien portants. Cela tient manifestement à un facteur quantitatif, à savoir jusqu'à quel point une organisation supporte une telle tension d'affect. L'hystérique lui aussi pourra en garder une certaine dose sans qu'elle soit liquidée ; si celle-ci, du fait de la sommation en des occasions similaires, croît au-delà de la capacité individuelle de charge, le coup d'envoi de la conversion est donné. Ce n'est donc pas une thèse étrange, mais presque un postulat, de dire que la formation de symptômes hystériques peut aussi se produire au prix d'un affect remémoré.

Je me suis occupé jusqu'ici du motif et du mécanisme de ce cas d'hystérie ; il reste encore à discuter la détermination du symptôme hystérique. Pourquoi fallait-il que ce soient justement les douleurs aux jambes qui assument la représentance de la douleur animique ? Les circonstances du cas donnent à entendre que cette

243 douleur somatique n'a pas été créée par la névrose, mais qu'elle a simplement été utilisée, accrue et conservée par elle. J'ajouterai aussitôt que dans presque tous les cas d'algies hystériques que j'ai pu percer à jour, il en allait de même ; il y avait toujours eu présente au début une douleur réelle, organiquement fondée. Ce sont les douleurs les plus communes, les plus répandues, de l'humanité qui semblent le plus souvent avoir vocation à jouer un rôle dans l'hystérie, avant tout les douleurs périostiques et névralgiques dans le cas d'une affection dentaire, les maux de tête provenant des sources les plus diverses, sans compter les douleurs rhumatismales des muscles si souvent méconnues. Le premier accès de douleurs qu'eut Mademoiselle Elisabeth v. R... alors qu'elle soignait encore son père, je le considère aussi comme étant organiquement fondé. Je n'obtins en effet aucun

renseignement quand je recherchai un facteur psychique l'ayant occasionné, et je suis enclin, je l'avoue, à conférer une signification diagnostique différentielle à ma méthode consistant à faire resurgir les souvenirs cachés, quand elle est maniée avec soin. Or cette douleur originellement rhumatismale<sup>1</sup> devint chez la malade un symbole mnésique de ses excitations psychiques douloureuses, et ce, pour autant que je puisse le voir, pour plus d'une raison. Tout d'abord et principalement sans doute parce qu'elle était présente dans la conscience à peu près en même temps que ces excitations ; deuxièmement, parce qu'elle était connectée, ou pouvait l'être, de plusieurs façons au contenu de représentation de cette époque. Peut-être n'était-elle en définitive qu'une conséquence éloignée des soins donnés au malade, d'une mobilité diminuée et de l'assez mauvaise alimentation qu'entraînait la tâche de garde-malade. Mais cela, la malade l'avait à peine perçu clairement ; le fait qu'à certains moments significatifs des soins elle ne pouvait que ressentir cette douleur, entre sans doute davantage en ligne de compte ; par ex., quand dans le froid de l'hiver elle sautait du lit pour répondre à l'appel de son pèrea. Mais ce qui ne manqua pas d'être particulièrement décisif pour la direction prise par la conversion, c'est cet autre mode de connexion associative, le fait que pendant une longue série de jours, au moment de changer les pansements, l'une de ses jambes douloureuses était en contact avec la jambe enflée de son pèreb. À partir de ce moment, l'endroit de la jambe droite singularisé par ce contact resta le foyer et le point de départ des douleurs, une zone hystérogène artificielle dont l'apparition peut être dans ce cas clairement percée à jour.

244

Si quelqu'un devait s'étonner de ce que cette connexion associative entre douleur physique et affect psychique soit par trop multiple et artificielle, je répondrais que cet étonnement est tout aussi injustifié que si l'on dit que « ce sont justement les plus riches dans le monde qui possèdent le plus d'argent »c. Là où il ne se présente pas

1. Mais peut-être ressortissant à une neurasthénie spinale ? [Cf *supra*, p. 16, n. 1.]

a. Cf. *supra*, p. 167.

b. Cf. *supra*, p. 168.

c. 65<sup>e</sup> épigramme de Lessing. Cf. *(J)CEP*, IV, p. 213, n. b.

de connexions aussi abondantes, il ne se forme justement pas de symptôme hystérique, la conversion ne trouvant pas de voie ; et je puis assurer que pour ce qui est de la détermination, l'exemple de Mademoiselle Elisabeth v. R... faisait partie des plus simples. J'ai eu, en particulier chez Madame Cacilie M..., à dénouer les plus enchevêtrés de cette sorte de noeuds.

Comment l'astasia-abasia de notre malade s'édifia sur ces douleurs, une fois qu'une voie déterminée fut ouverte à la conversion, c'est ce que j'ai déjà examiné dans l'histoire de la maladea. Cependant, à cet endroit, j'ai également avancé l'affirmation que la malade avait créé ou accru le trouble fonctionnel au moyen de la symbolisation, qu'elle avait trouvé dans l'astasia-abasia une expression somatique pour son manque d'indépendance, son impuissance à changer quoi que ce soit à ses conditions de vie, et que les locutions « ne pas bouger de sa place »<sup>b</sup>, « n'avoir aucun point d'appui », etc., constituaient le pont pour ce nouvel acte de conversion. Je vais m'efforcer d'appuyer cette conception par d'autres exemples.

La conversion sur la base de la simultanété, là où une connexion associative existe par ailleurs, semble le moins en appeler à la disposition hystérique ; la conversion par symbolisation, en revanche, semble avoir besoin d'un plus haut degré de modification hystérique, telle qu'elle peut aussi être mise en évidence chez Mademoiselle Elisabeth, mais seulement au stade ultérieur de son hystérie. Les plus beaux exemples de symbolisation, je les ai observés chez . Madame Cacilie M..., que je me permettrai d'appeler mon cas d'hystérie le plus difficile et le plus instructif. J'ai déjà indiqué que cette histoire de malade ne peut malheureusement pas être restituée de façon détaillée.

Madame Cécilie souffrait, entre autres choses, d'une névralgie faciale extrêmement violente, qui survenait brusquement deux ou trois fois par an, persistait cinq à dix jours, défiait toute thérapie et cessait alors comme par une coupure. Elle se limitait au deuxième et troisième rameau de l'un des trijumeaux, et comme l'uraturie ne fai-

a. Cf. *supra*, p. 171 sq.

b. Cf. *supra*, p. 173.

c. Cf. *supra*, p. 87.

sait aucun doute, et qu'un « *rheumatismus acutus* » — non clairement défini jouait un certain rôle dans l'histoire de la malade, on était assez tenté de penser à une névralgie goutteuse. Cette pensée était également partagée par les médecins appelés en consultation, à qui il avait été donné d'observer chaque accès ; la névralgie était traitée par les méthodes usuelles : badigeonnage électrique, eaux alcalines, laxatifs, mais elle resta chaque fois non influencée jusqu'à ce qu'elle voulût bien céder la place à un autre symptôme. Dans les premières années — la névralgie datait de quinze ans — les dents furent accusées d'entretenir cette névralgie ; elles furent condamnées à l'extraction, et un beau jour, sous anesthésie, il fut procédé à l'exécution de sept des criminelles. Cela n'alla pas sans mal ; les dents étaient si solidement implantées qu'il fallut laisser la plupart des racines. Cette cruelle opération n'eut aucun succès, ni temporaire ni durable. La névralgie fit alors rage pendant des mois. Même à l'époque où je traitais Madame Cécilie, le dentiste était appelé à chaque névralgie ; il disait chaque fois découvrir des racines malades, se mettait au travail, mais habituellement s'interrompait bientôt, car la névralgie cessait brusquement et avec elle la demande de voir un dentiste. Dans l'intervalle, les dents ne lui faisaient absolument pas mal. Un jour où 246  
faisait justement rage un nouvel accès, je fus amené par la malade à entreprendre un traitement hypnotique ; j'opposai un interdit très énergique aux douleurs, et de ce moment-là elles cessèrent. Je commençai alors à nourrir des doutes sur l'authenticité de cette névralgie.

Environ un an après ce succès de guérison par hypnose, l'état de maladie de Madame Cécilie prit un tour nouveau et surprenant. Survinrent brusquement des états différents de ceux des dernières années, mais la malade déclara, après quelque réflexion, que tous ces états avaient précédemment existé chez elle à un moment ou à un autre, et qu'ils s'étaient même disséminés tout au long de sa maladie (trente ans). De fait, il se déroula alors une quantité surprenante d'incidents hystériques que la malade était en mesure de localiser à leur juste place dans le passé, et bientôt se signalèrent aussi les liaisons de pensée souvent fort enchevêtrées qui déterminaient la succession de ces incidents. C'était comme une série d'images accompagnées du texte explicatif. Pitres doit avoir envisagé quelque chose

de semblable dans son exposé du *délire ecmnésiquea*. La manière dont était reproduit un tel état hystérique appartenant au passé était des plus remarquables. Surgissait tout d'abord chez la malade, quand elle était au mieux de sa forme, une humeur pathologique d'une coloration particulière, qui était régulièrement méconnue par elle et rapportée à un événement banal des dernières heures ; venaient ensuite, à mesure que s'assombrissait sa conscience, des symptômes hystériques : hallucinations, douleurs, convulsions, longues déclamations, et pour finir se joignait à ces symptômes le surgissement hallucinatoire d'une expérience vécue issue du passé, susceptible d'expliquer l'humeur initiale et de déterminer chaque fois les symptômes. Avec ce dernier élément de l'accès revenait la lucidité, les troubles disparaissaient comme par enchantement, et le bien-être reprenait le dessus... jusqu'au prochain accès, douze heures plus tard. J'étais habituellement appelé à l'acmé de cet état, j'engageais l'hypnose, je provoquais la reproduction de l'expérience vécue traumatique et j'accélérais par des artifices la fin de l'accès. En parcourant avec la malade plusieurs centaines de cycles de ce genre, j'obtins les renseignements les plus instructifs sur la détermination de symptômes hystériques. C'est d'ailleurs l'observation de ce cas remarquable, faite en commun avec Breuer, qui nous incita tout d'abord à publier notre « Communication préliminaire ».

Dans ce contexte, on en vint finalement aussi à la reproduction de la névralgie faciale, que j'avais moi-même traitée quand elle était encore un accès actuel. J'étais curieux de savoir si une causation psychique ressortirait ici. Quand je tentai de faire resurgir la scène traumatique, la malade se vit transportée à une époque où elle éprouvait dans son âme une grande susceptibilité envers son mari ; elle rapporta une conversation qu'elle avait eue avec lui, une remarque de sa part qu'elle avait perçue comme une grave vexation, puis mit brusquement la main à sa joue, eut un cri de douleur et déclara : Ce fut pour moi comme un coup au visage. — C'est ainsi que la douleur et l'accès prirent d'ailleurs fin.

a. Albert Pitres (1848-1928), *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, Paris, O. Doin, 1891, t. II, p. 290. « *L'ecmnésie* est une forme d'amnésie partielle dans laquelle le souvenir des événements antérieurs à une certaine période de la vie est intégralement conservé, tandis que le souvenir des événements postérieurs à cette période est totalement aboli. »

Il n'y a pas de doute qu'il s'était agi ici d'une symbolisation ; ce qu'elle avait senti, c'était comme d'avoir réellement reçu le coup au visage. Chacun posera maintenant la question de savoir comment donc la sensation d'un « coup au visage » a bien pu finir par revêtir les dehors d'une névralgie du trijumeau, se limiter aux deuxième et troisième rameaux, s'intensifier au moment d'ouvrir la bouche et de mastiquer (mais non de parler !).

Le jour suivant, la névralgie était de nouveau là, sauf que cette fois elle put se résoudre grâce à la reproduction d'une autre scène dont le contenu était également une prétendue offense. Cela se poursuivit ainsi pendant neuf jours ; ce qui semblait ressortir, c'est que les vexations subies au cours des années, en particulier celles causées par des paroles, avaient provoqué, par la voie de la symbolisation, 248 de nouveaux accès de cette névralgie faciale.

Mais nous réussîmes enfin à pénétrer aussi jusqu'au premier accès de névralgie (remontant à plus de quinze ans). Ici on ne trouvait pas de symbolisation, mais une conversion par simultanéité ; ce fut un spectacle douloureux au cours duquel émergea chez elle un reproche qui l'amena à repousser une autre série de pensées. C'était donc un cas de conflit et de défense ; l'apparition d'une névralgie à ce moment-là ne s'expliquait plus davantage si l'on ne voulait pas supposer qu'elle eût alors souffert de légères douleurs dentaires ou faciales, et cela n'était pas invraisemblable, car elle se trouvait précisément dans les premiers mois de sa première grossesse.

L'éclaircissement qui s'offrait donc fut que cette névralgie était devenue, par la voie habituelle de la conversion, la marque d'une excitation psychique déterminée, mais que par la suite cette névralgie avait pu être réveillée par des résonances associatives issues de sa vie de pensée, par une conversion symbolisante ; à vrai dire le même état de choses que celui que nous avons trouvé chez Mademoiselle Elisabeth v. R...

Je vais citer un nouvel exemple susceptible de faire voir l'efficacité de la symbolisation dans d'autres conditions : à une certaine époque, une violente douleur au talon droit tourmentait Madame Cécilie — des élancements à chaque pas, rendant impossible la marche. L'analyse nous conduisit ainsi à une époque où la patiente s'était trouvée à l'étranger dans un établissement de soins. Elle avait

gardé la chambre pendant huit jours, et elle devait être pour la première fois amenée à la table commune par le médecin de l'établissement. La douleur était apparue au moment où la malade avait pris le bras du médecin pour quitter la chambre ; elle disparut pendant la reproduction de cette scène, quand la malade prononça cette phrase : ce qui l'avait dominée, c'était la peur de ne pas savoir si elle réussirait à faire son « entrée du bon pied » devant cette société d'étrangers !

249

Voilà qui semble être un exemple frappant, presque comique, de l'apparition de symptômes hystériques par symbolisation, au moyen de l'expression langagière. Seulement, un examen plus attentif des circonstances entourant ce moment fait préférer une autre conception. La malade souffrait à cette époque principalement de douleurs aux pieds, c'était à cause des douleurs aux pieds qu'elle avait si longtemps gardé le lit ; et on ne peut que convenir que la peur qui au premier pas s'était emparée d'elle alla chercher, parmi les douleurs simultanément présentes, celle au talon droit, la seule qui convînt symboliquement, pour en faire une algie psychique et l'aider à acquérir une persistance particulière.

Si, dans ces exemples, le mécanisme de la symbolisation semble être relégué au second plan — ce qui correspond assurément à la règle —, je dispose pourtant d'autres exemples qui paraissent prouver l'apparition de symptômes hystériques par simple symbolisation. L'un des plus beaux est le suivant ; il se rapporte, une fois de plus, à Madame Cécilie. Jeune fille de quinze ans, elle était alitée, veillée par sa grand-mère, une femme sévère. Soudain l'enfant se mit à crier, elle avait éprouvé au front une douleur pénétrante entre les yeux, qui persista ensuite pendant des semaines. Lors de l'analyse de cette douleur, qui se reproduisit presque trente ans plus tard, elle indiqua que sa grand-mère l'avait examinée d'un oeil si « transperçant » que ce regard avait percé jusqu'au fond de son cerveau. Elle avait peur en effet d'être regardée avec méfiance par la vieille femme. En me communiquant cette pensée, elle éclata d'un rire sonore, et la douleur prit fin de nouveau. Je ne trouve ici rien d'autre que le mécanisme de la symbolisation, qui pour ainsi dire tient le milieu entre le mécanisme de l'autosuggestion et celui de la conversion.

L'observation de Madame Cacilie M... m'a donné l'occasion d'établir une vraie collection de symbolisations de ce genre. Toute une série de sensations corporelles, lesquelles auraient été d'ordinaire considérées comme organiquement déterminées, avait chez elle une origine psychique ou était du moins pourvue d'une interprétation psychique. Telle série d'expériences vécues s'était accompagnée chez elle de la sensation d'un coup dans la région du coeur. (« Ça m'a donné un coup perçant au coeur. ») Chez elle, la douleur hystérique dans la tête, pareille à des clous qui s'enfoncent, était indubitablement à résoudre comme une douleur de pensée. (« Quelque chose s'est fiché dans ma tête ») ; elle se résolvait d'ailleurs chaque fois que le problème en question était résolu. La sensation d'aura hystérique dans la gorge venait en parallèle avec la pensée : « je suis obligée d'avaler ça », quand cette sensation survenait lors d'une vexation. Il y avait toute une série de sensations et de représentations au cours parallèle où c'était tantôt la sensation qui avait éveillé la représentation venant l'interpréter, tantôt la représentation qui par symbolisation avait créé la sensation, et il n'était pas rare qu'il subsiste un doute quant à savoir lequel des deux éléments avait été l'élément primaire.

Je n'ai jamais plus pu trouver chez une autre patiente une utilisation aussi large de la symbolisation. Certes, Madame Cacilie M... était une personne possédant des dons tout à fait inhabituels, en particulier artistiques, et dont le sens de la forme grandement développé se manifestait dans des poèmes d'une grande beauté. Mais j'affirme que la part individuelle et volontaire est bien moins grande qu'on serait tenté de le penser quand l'hystérique donne, par symbolisation, une expression somatique à la représentation marquée d'affect. En prenant à la lettre l'expression langagière, en ressentant comme un événement réel le « coup perçant au coeur » ou le « coup au visage » qu'était une apostrophe blessante, elle ne fait pas un mésusage des mots comme dans le trait d'esprit, elle redonne seulement vie aux sensations auxquelles l'expression langagière doit sa justification. Comment en serions-nous venus à dire, à propos de celui qui a subi une vexation : « ça lui a donné un coup perçant au coeur », si la vexation ne s'était effectivement pas accompagnée d'une sensation précordiale à interpréter de cette manière et si elle n'était pas recon-

251 naissable à cette sensation ? N'est-il pas vraisemblable que la locution « avaler quelque chose », employée à propos d'une offense à laquelle on n'a pas répliqué, provienne effectivement des sensations d'innervation qui surviennent dans la gorge quand on s'interdit de parler, qu'on se retient de réagir à l'offense ? Toutes ces sensations et innervations appartiennent à l'« expression des émotions » qui, comme nous l'a enseigné D a r w i n a, consiste en actions qui à l'origine étaient chargées de sens et appropriées ; il se peut qu'elles se soient pour la plupart à ce point affaiblies de nos jours que leur expression langagière nous apparaisse comme un transfert de sens figuré, bien qu'il soit fort vraisemblable que tout cela ait été un jour entendu au sens littéral, et l'hystérie fait bien de rétablir pour ses innervations les plus fortes le sens originel du mot. Peut-être même a-t-on tort de dire qu'elle crée de telles sensations par symbolisation ; elle n'a peut-être nullement pris l'usage de la langue pour modèle, mais puise avec lui à une source communes.

1. Dans des états où la modification psychique est plus profonde, il se produit manifestement aussi une expression symbolique d'un usage plus artificiel de la langue dans des images sensorielles et des sensations. Madame Cacilie avait connu une époque où chacune de ses pensées se transposait en une hallucination dont la résolution exigeait souvent beaucoup d'esprit. Elle se plaignit un jour à moi d'être importunée par l'hallucination suivante : ses deux médecins — Breuer et moi — étaient pendus dans le jardin à deux arbres voisins. L'hallucination disparut après que l'analyse eut mis à découvert le déroulement suivant : le soir précédent, ayant prié Breuer de lui donner un médicament précis, elle avait essuyé un refus de sa part ; elle reporta alors ses espoirs sur moi, mais me trouva tout aussi impitoyable. Elle se mit en colère et pensa dans son affect : ces deux-là se valent, l'un est bien le pendant de l'autre !

a. Cf *supra*, p. 110.

### III

## CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES

(J. Breuer)

Dans la « Communication préliminaire », qui constitue l'introduction à ces études, nous avons exposé les vues auxquelles nous fûmes conduits par nos observations, et je crois pouvoir m'y tenir pour l'essentiel. Or la « Communication préliminaire » est si brève et si succincte que ce que nous pensons ne pouvait la plupart du temps qu'y être suggéré. Qu'il soit donc permis, à présent que les histoires de malades ont produit des preuves en faveur de nos vues, d'exposer celles-ci de façon plus détaillée. Naturellement, ici non plus, « la totalité de l'hystérie » ne doit ni ne peut être traitée, mais ces points qui dans la « Communication préliminaire » furent insuffisamment fondés et trop faiblement mis en relief doivent faire l'objet d'une discussion un peu plus approfondie, plus nette, et sans doute aussi plus restrictive.

244

Dans ces considérations il sera peu question du cerveau et il ne sera nullement question des molécules. Les processus psychiques doivent être traités dans le langage de la psychologie en effet, il ne saurait nullement en être autrement. Si nous voulions dire, au lieu de « représentation », « excitation corticale », cette dernière expression n'aurait de sens pour nous que dans la mesure où nous reconnaissons sous ce déguisement une vieille connaissance et que sans le dire nous remettons en place la « représentation ». Car, alors que les représentations sont sans cesse des objets de notre expérience et nous sont bien connues dans toutes leurs nuances, l'« excitation corticale » est pour nous davantage un postulat, l'objet d'une connaissance future et espérée. Cette substitution des termes semble être une vaine mascarade.

Puisse donc être pardonné l'usage presque exclusif d'une terminologie psychologique !

Il est encore autre chose pour quoi il me faut d'emblée demander l'indulgence. Quand une science progresse rapidement, des pen-

245

sées qui furent tout d'abord exprimées par des individus deviennent aussitôt bien commun. Ainsi toute personne qui aujourd'hui tente d'exposer ses vues sur l'hystérie et son fondement psychique ne peut éviter d'exprimer et de répéter une foule de pensées appartenant à d'autres, lesquelles précisément passent de la possession individuelle à la possession commune. Il est à peine possible de toujours constater à leur sujet qui les a exprimées en premier, et même le danger n'est pas loin de considérer comme sa propre production ce qui a déjà été dit par d'autres. Puisse donc être excusé le fait que peu de citations soient apportées ici et qu'aucune différence ne soit faite entre ce qui nous est propre et ce qui nous est étranger. Ce qui doit être exposé dans les pages suivantes n'a pas la moindre prétention à l'originalité.

#### "TOUS LES PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES SONT-ILS IDÉOGÈNES ?

Nous avons parlé dans la « Communication préliminaire » du mécanisme psychique « de phénomènes hystériques » ; non « de l'hystérie », parce que nous ne voulions pas prétendre à une validité illimitée pour ce mécanisme et pour la théorie psychique des symptômes hystériques en général. Nous ne croyons pas que toutes les manifestations de l'hystérie se produisent de la manière exposée par nous, et pas plus que toutes seraient i d é o g è n e s, c.-à-d. conditionnées par des représentations. En cela nous différons de Möbius qui en 1888 proposa cette définition : « Sont hystériques toutes ces manifestations morbides qui sont causées par des représentations. » Plus tard cette thèse fut explicitée ainsi : que seule une partie des phénomènes morbides correspond, quant au contenu, aux représentations causales, à savoir celles engendrées par suggestion d'autrui et autosuggestion ; par ex. quand la représentation de ne pouvoir

1. [Paul Julius Möbius (1853-1907)], *Du concept de l'hystérie* (1888). [« Uber den Begriff der Hysterie », *Zbl. Neuroheilk.*, 1888, *II*, p. 66-71.]

remuer le bras conditionne une paralysie de celui-ci. Qu'une autre partie des phénomènes hystériques est certes causée par des représentations, mais ne leur correspond pas quant au contenu ; par ex., quand, dans l'une de nos observations, la paralysie du bras est engendrée par la vue d'objets semblables à un serpenta.

Par cette définition M6bius ne prétend pas préconiser une quelconque modification de la nomenclature, en sorte que dorénavant seuls les phénomènes morbides idéogènes, conditionnés par des représentations, pourraient être qualifiés d'hystériques ; mais il est d'avis que toutes les manifestations de maladie hystériques sont idéogènes. « Parce que très souvent des représentations sont cause des manifestations hystériques, nous croyons qu'elles le sont toujours. » Il qualifie cela de conclusion par analogie ; je préférerais nommer cela une généralisation, dont il faut d'abord examiner la justification.

246

Manifestement il faut avant toute discussion établir ce que l'on comprend par hystérie. Je considère l'hystérie comme un tableau de maladie trouvé empiriquement et issu de l'observation, exactement comme la phtisie pulmonaire tuberculeuse. De tels tableaux de maladie obtenus empiriquement sont clarifiés, approfondis, expliqués par le progrès de notre connaissance ; mais ils ne doivent ni ne peuvent par là être démantelés. La recherche étiologique a montré que les divers procès partiels de la phtisie pulmonaire sont conditionnés par diverses causes de maladie ; le tubercule par le bacille de Koch<sup>a</sup>, la désagrégation tissulaire, la formation des cavernes, la fièvre septique par d'autres microbes. Malgré tout la phtisie tuberculeuse reste une unité clinique, et il serait inexact de la démanteler en ne voulant lui attribuer que les modifications tissulaires, « spécifiquement tuberculeuses », conditionnées par le bacille de Koch et détacher d'elle les autres modifications. — Pareillement l'unité clinique de l'hystérie doit rester conservée, même s'il s'avère que les phénomènes qui lui sont propres se trouvent conditionnés par différentes causes, les uns se produisant par un mécanisme psychique, les autres sans lui.

a. Cf. *supra*, p. 57.

b. Robert Koch (1843-1910), célèbre médecin allemand qui découvrit le bacille de la tuberculose.

Or, selon ma conviction, c'est effectivement le cas. Seule une partie des phénomènes hystériques est idéogène, et l'acceptation de la définition de M t i b i u s déchire par le milieu l'unité clinique de l'hystérie, et même aussi l'unité d'un seul et même symptôme chez un seul et même malade.

Il y aurait une conclusion tout à fait analogue à la conclusion par analogie de M b i u s : « Puisque très souvent des représentations et des perceptions provoquent l'érection, nous admettons qu'elles sont toujours les seules à le faire et que les stimuli périphériques eux aussi ne déclenchent ce processus vasomoteur que par le détour de la psyché. » Nous savons que ce serait une erreur, et cependant on trouverait assurément à la base de cette conclusion autant de faits qu'à celle de la thèse de Möbius concernant l'hystérie. Par analogie avec un grand nombre de processus physiologiques, tels que la sécrétion de salive et de larmes, la modification de l'activité cardiaque, etc., il y a lieu d'admettre comme vraisemblable que ce même processus puisse être déclenché aussi bien par des représentations que par des stimuli périphériques ou autres, mais pas par des stimuli psychiques. Il faut prouver le contraire, et pour cela il manque encore beaucoup de choses. Certes, il semble sûr que bon nombre des phénomènes nommés hystériques ne sont pas causés seulement par des représentations.

247

Considérons un cas tout à fait quotidien. À chaque affect une femme a au cou, à la poitrine et au visage un érythème tout d'abord par plaques, puis confluent. Cela est conditionné par des représentations et est donc, d'après M o b i u s, un phénomène hystérique. Mais le même érythème, bien moins étendu, survient par irritation de la peau, par contact, etc. Or cela ne serait pas hystérique. Ainsi un phénomène à coup sûr totalement unitaire relèverait une fois de l'hystérie et une autre fois non. Doit-on absolument ranger cela — l'érythème des vasomoteurs — au nombre des manifestations spécifiquement hystériques, ou bien ne vaut-il pas mieux le mettre au compte du simple « nervosisme », on peut certes en douter. Mais, d'après M b i u s, cette dissociation d'un processus unitaire devrait forcément se produire dans tous les cas, et l'érythème conditionné par l'affect devrait seul être nommé hystérique.

Il en va de même dans les algies hystériques si importantes en pratique. Assurément celles-ci sont souvent directement conditionnées par des représentations ; ce sont des « hallucinations de douleur ». Si nous examinons celles-ci avec un peu plus de précision, il s'avère que pour leur apparition une grande vivacité de la représentation ne suffit pas, mais qu'un état anormal particulier des appareils conducteurs de la douleur et sensitifs est nécessaire, comme l'est pour l'apparition de l'érythème affectif l'excitabilité anormale des vasomoteurs. L'expression « hallucination de douleur » désigne assurément de la façon la plus prégnante l'essence de cette névralgie, mais nous contraint aussi à transférer sur elle des vues que nous nous sommes formées relativement à l'hallucination en général. Ce n'est pas ici le lieu d'en discuter à fond. Je professe l'opinion que la « représentation », l'image mnésique seule, sans excitation de l'appareil de perception, n'atteint jamais, même dans sa vivacité et son intensité la plus grande, le caractère d'existence objective qui constitue l'hallucination'.

Cela vaut déjà pour les hallucinations sensorielles et encore plus pour les hallucinations de douleur. En effet, il ne semble pas possible au bien portant de procurer au souvenir d'une douleur corporelle ne fût-ce que cette vivacité, ce lointain rapprochement de la sensation effective, qui peut cependant être atteint avec des images mnésiques optiques et acoustiques. Même dans l'état hallucinatoire normal du bien portant, dans le sommeil, jamais, comme je le crois, des dou-

248

1. Cet appareil de perception, y compris les sphères sensorielles corticales, doit forcément être distinct de l'organe qui conserve et reproduit les impressions sensorielles en tant qu'images mnésiques. En effet, la condition fondamentale de la fonction de l'appareil de perception est l'extrême rapidité de la restitutio in statum quo ante ; sinon, aucune perception ultérieure correcte ne pourrait avoir lieu. Par contre, la condition de la mémoire est qu'une telle restitution n'a pas lieu, mais que toute perception crée des modifications permanentes. Il est impossible qu'un seul et même organe puisse suffire aux deux conditions contradictoires ; le miroir d'un télescope à réflexion ne peut être en même temps une plaque photographique". J'adhère à l'opinion de Meynert, en ce sens que c'est l'excitation de l'appareil de perception qui donne à l'hallucination le caractère de l'objectivité — mais non pas avec son énoncé dans lequel c'est l'excitation des centres sous-corticaux qui le fait. Mais si l'organe de perception doit être excité par l'image mnésique, il nous faut supposer une excitabilité de celui-ci modifiée en opposition à la norme, qui rend justement possible l'hallucination.

a. restitution à l'état antérieur.

b. Cf. *L'interprétation du rêve*, OCF.P, IV, p. 591, n. a.

leurs ne sont rêvées si une réelle sensation de douleur n'est pas présente. L'excitation « rétrograde »<sup>a</sup>, excitation de l'appareil de perception par des représentations — issue de l'organe de la mémoire — est donc de normal encore plus difficile pour la douleur que pour les sensations visuelles et auditives. Si des hallucinations de douleur surviennent dans l'hystérie avec une telle facilité, il nous faut poser l'existence d'une excitabilité anormale de l'appareil sensible à la douleur.

Or celle-ci ne fait pas son apparition en étant seulement suscitée par des représentations, mais aussi par des stimuli périphériques, tout comme l'érythème des vasomoteurs pris en considération auparavant.

249 Nous observons quotidiennement que chez l'être humain nerveusement normal, des douleurs périphériques sont conditionnées par des processus pathologiques, mais non douloureux en soi, dans d'autres organes ; ainsi le mal de tête par des modifications relativement insignifiantes du nez et de ses cavités annexes ; des névralgies des nerfs intercostaux et brachiaux à partir du cœur, etc. Si chez un malade existe cette excitabilité anormale qu'il nous fallait admettre comme condition de l'hallucination de douleur, elle est pour ainsi dire aussi à la disposition des irradiations que l'on vient de mentionner. Celles qui se produisent aussi chez des non-nerveux deviennent plus intenses, et il se forme des irradiations que nous ne trouvons certes que chez des malades des nerfs, mais qui sont pourtant fondées sur le même mécanisme que les autres. Ainsi, je crois que l'ovarie` dépend des états de l'appareil génital. Qu'elle ait une médiation psychique, c'est ce qui devrait être prouvé, et cette preuve n'est pas apportée du fait que dans l'hypnose on peut engendrer cette douleur, comme toute autre, en tant qu'hallucination, ou que l'ovarie puisse peut-être aussi d'origine psychique. Elle apparaît, exactement comme l'érythème ou comme une des sécrétions normales, aussi bien pour des causes psychiques que pour des causes purement somatiques. Ne devons-nous donc nommer hystérique que la

a. Cf. *L'interprétation du rêve*, GW, II-III, p. 547: OCF.P, IV, p. 595.

b. dans la norme.

c. Terme employé par Charcot pour désigner une douleur sans substrat organique de la région ovarienne.

première sorte ? Celle dont nous connaissons l'origine psychique ? Il nous faudrait alors en réalité séparer l'ovarie habituellement observée du complexe symptomatique hystérique, ce qui pourtant ne peut guère se faire.

Quand, après un léger trauma d'une articulation, se développe peu à peu une grave névrose articulaire, il y a assurément dans ce processus un élément psychique : la concentration de l'attention sur la partie blessée, qui accroît l'excitabilité des voies nerveuses concernées ; mais on ne peut guère exprimer les choses de la façon suivante : l'hyperalgie est conditionnée par des représentations.

Il n'en va pas autrement de la diminution pathologique de la sensation. Il n'est nullement prouvé ni vraisemblable que l'analgésie générale ou que l'analgésie de telle ou telle partie du corps sans anesthésie soient causées par des représentations. Et même si devait se confirmer complètement la découverte de Bineta et Janeth, selon laquelle l'hémianesthésie est conditionnée par un état psychique particulier, par le clivage de la psyché, ce serait certes un phénomène psychogène, mais non idéogène, et pour cette raison il ne pourrait, d'après Mbbius, être nommé hystérique.

Si nous ne pouvons ainsi admettre, d'un grand nombre de phénomènes hystériques caractéristiques, qu'ils sont idéogènes, il semble juste d'atténuer la thèse de Möbius. Nous ne disons pas : « Sont hystériques ces manifestations morbides qui sont occasionnées par des représentations », mais seulement : Un grand nombre des phénomènes hystériques, vraisemblablement plus que nous n'en avons connaissance aujourd'hui, sont idéogènes. Or la modification morbide fondamentale et universelle qui permet aussi bien aux représentations qu'aux stimuli non psychologiques d'agir de façon pathogène est une excitabilité anormale du sys-

250

a. Alfred Binet (1857-1911). Cf. *Les altérations de la personnalité*, Paris, F. Alcan, 1892.

b. Cf. *L'automatisme psychologique*, Paris, F. Alcan, 1889 ; « Quelques définitions récentes de l'hystérie », *Archives de neurologie*, 1893, 25, p. 417-438, et 26, p. 1-29 ; *Etat mental des hystériques*, Paris, Rueff, 1894.

tème nerveux'. Dans quelle mesure celle-ci est elle-même d'origine psychique, c'est une autre question.

Si donc seule une partie des phénomènes hystériques pouvait être idéogène, ce sont pourtant justement ceux que l'on est en droit de nommer spécifiquement hystériques, et leur exploration, la mise à découvert de leur origine psychique, constitue le progrès récent le plus essentiel dans la théorie de la maladie. Se pose alors cette nouvelle question : Comment se produisent-ils, quel est le « mécanisme psychique » de ces phénomènes ?

Au regard de cette question, les deux groupes de symptômes idéogènes différenciés par Mobiusa se comportent de façon essentiellement distincte. Ceux chez qui le phénomène morbide correspond par son contenu à la représentation excitante sont relativement compréhensibles et transparents. Lorsque la représentation d'une voix entendue ne fait pas seulement résonner doucement celle-là même, comme chez le bien portant, dans l'« audition interne », mais la fait percevoir de façon hallucinatoire en tant que sensation auditive objective et effective, cela correspond à des phénomènes connus de la vie du bien portant (rêve) et est bien compréhensible si l'on fait l'hypothèse d'une excitabilité anormale. Nous savons que pour chaque mouvement volontaire c'est la représentation du résultat à atteindre qui déclenche la contraction musculaire correspondante ; il n'est pas tout à fait incompréhensible que la représentation selon laquelle elle serait impossible empêche le mouvement. (Paralyse par suggestion.)

Il en va autrement de ces phénomènes qui n'ont aucune corrélation logique avec la représentation occasionnante. (Pour eux aussi la vie normale offre des analogies, comme par ex. rougir de honte, etc.) Comment ceux-ci surviennent-ils, pourquoi chez l'homme malade une représentation déclenche-t-elle justement ce

1. « Labilité des molécules » d'Oppenheim'. Peut-être sera-t-il possible ultérieurement de remplacer l'expression très vague mentionnée ci-dessus par une formule plus précise et plus riche de contenu. [Cf. *infra*, p. 266 sq.]

a, Cf. *supra*, p. 206.

b. « Tatsächliches und Hypothetisches über das Wesen der Hysterie » (Faits et hypothèses quant à la nature de l'hystérie), *Berl. klin. Wschr.*, 1890, 27, p. 553-556.

mouvement ou cette hallucination tout à fait irrationnels qui ne lui correspondent pas du tout ?

Dans la « Communication préliminaire » nous avons cru pouvoir, concernant cette corrélation causale, énoncer quelque chose sur la base de nos observations. Mais nous avons introduit et utilisé sans ambages dans notre exposé le concept « de l'excitation qui s'écoule ou doit être abrégée ». Mais ce concept, d'une importance fondamentale pour notre thème et pour la doctrine des névroses en général, semble réclamer et mériter une investigation plus approfondie. Avant d'y procéder, je dois m'excuser de revenir ici aux problèmes fondamentaux du système nerveux. Une telle « descente vers les Mères »<sup>a</sup> a toujours quelque chose d'oppressant ; mais la tentative de déterrer la racine d'un phénomène mène justement toujours inévitablement aux problèmes fondamentaux que l'on ne peut esquiver. Puisse donc le caractère abstrus des considérations qui vont suivre être jugé avec indulgence !

## II

### L'EXCITATION TONIQUE INTRACÉRÉBRALE. LES AFFECTS

A) Nous connaissons deux états extrêmes du système nerveux central, un sommeil sans rêve et un clair état de veille. Entre eux, des états de moindre clarté forment la transition dans toutes les gradations. Ce qui nous intéresse, ce n'est pas la question de la finalité et du fondement physique du sommeil (conditions chimiques ou vasomotrices), mais celle de la différence essentielle entre les deux états.

Du sommeil le plus profond, sans rêve, nous ne pouvons rien énoncer directement, puisque justement, du fait de cet état de totale

a. Allusion à « Galerie obscure » du *Second Faust* de Goethe (II, 1). Méphistophélès ouvre à Faust le chemin qui mène chez les Mères, divinités souterraines soustraites à la loi de l'espace et du temps (v. 6277), autour desquelles « planent les images de toutes les créatures » (v. 6289), et qui le fera ainsi avancer « dans l'inexploré à jamais inexplorable » (v. 6222-6223). Eric Trunz définit les Mères « les gardiennes éternelles de l'étant » (« die ewigen Bewahrerinnen des Seienden ») (*Goethes Werke*, Hamburger Ausgabe, III, p. 547).

absence de conscience, toute observation et toute expérience sont exclues. Mais de l'état voisin du sommeil avec rêve, nous savons que nous visons à *y* faire des mouvements volontaires, que nous y parlons, que nous y marchons, etc., sans pour cela que les contractions musculaires correspondantes soient déclenchées volontairement, comme cela se produit à l'état de veille ; que des stimuli sensibles sont peut-être perçus<sup>a</sup> (étant donné qu'ils interviennent souvent dans le rêve), mais non pas aperçus<sup>b</sup>, c.-à-d. qu'ils ne deviennent pas des perceptions conscientes ; nous savons aussi que des représentations qui émergent ne rendent pas actuelles, comme à l'état de veille, toutes les représentations en corrélation avec elles, présentes dans la conscience potentielle, mais que restent non excitées de grandes masses de celles-ci (comme lorsque nous parlons avec un défunt sans nous souvenir de sa mort) ; que des représentations incompatibles peuvent aussi exister en même temps, sans qu'elles s'inhibent réciproquement comme à l'état de veille ; que donc l'association est défectueuse et incomplète. Nous sommes bel et bien en droit de supposer que dans le sommeil le plus profond cette suppression de la corrélation entre les éléments psychiques est encore plus complète, qu'elle est totale.

Au contraire, dans un état de veille lucide, tout acte de volonté déclenche le mouvement correspondant, les impressions sensibles deviennent des perceptions, les représentations s'associent avec une entière possession de la conscience potentielle. Le cerveau est alors une unité qui travaille dans une complète corrélation interne.

Peut-être ne faisons-nous que procéder à une transcription de ces faits lorsque nous disons que dans le sommeil les voies de liaison et de conduction du cerveau ne sont pas praticables pour l'excitation des éléments psychiques (cellules du cortex ?), mais le sont complètement à l'état de veille.

L'existence de ces deux états distincts des voies de conduction ne devient certes compréhensible que si l'on suppose qu'elles se trouvent à l'état de veille dans une excitation tonique (tétanos intercellu-

a. *perzipiert.*

b. *apperzipiert.*

laire d'Exnerâ, que cette excitation intracérébrale tonique conditionne leur capacité de conduction et que sa baisse et sa disposition instaurent justement l'état de sommeil.

Nous n'aurions pas à nous représenter une voie de conduction cérébrale comme un fil de téléphone, qui n'est excité électriquement que lorsqu'il doit fonctionner, c.-à-d. ici : transférer un signe ; mais comme une de ces voies de conduction téléphoniques par lesquelles passe constamment un courant galvanique et qui deviennent inexcitables lorsque celui-ci disparaît. — Ou bien, peut-être mieux, pensons à une installation électrique aux nombreuses bifurcations servant à l'éclairage et au transfert d'une force motrice ; il est exigé de celle-ci que chaque lampe et chaque moteur puissent être mis en fonction par le simple établissement d'un contact. Pour rendre cela possible, pour que l'installation soit toujours prête à travailler, il faut qu'il existe aussi pendant le repos fonctionnel une tension déterminée dans tout le réseau de conduction, et à cet effet la dynamo doit dépenser une quantité déterminée d'énergie. De même, il existe une certaine mesure d'excitation dans les voies de conduction du cerveau au repos, vigile, mais prêt à travailler'.

253

Un fait plaide en faveur de cette représentation : l'état de veille en soi, même sans production de travail, fatigue et engendre un

1. Qu'il soit permis d'indiquer brièvement ici la représentation qui est à la base de l'exposé ci-dessus. Nous nous imaginons habituellement les cellules nerveuses sensibles et sensorielles comme des appareils de réception passifs ; cela à tort. Car déjà l'existence du système de fibres associatives prouve qu'à partir d'elles aussi de l'excitation s'écoule dans les fibres nerveuses. Dans une fibre nerveuse qui relie deux cellules sensorielles per continuitatem ou contiguitatem doit exister un état de tension quand, à partir de deux cellules, de l'excitation se déverse en elle. Cet état se comporte à l'égard de l'excitation qui s'écoule dans une fibre périphérique, p. ex. motrice, comme la pression hydrostatique à l'égard de la force vive de l'eau qui s'écoule ou comme la tension électrique à l'égard du courant électrique. Si toutes les cellules nerveuses sont dans un état d'excitation moyenne et excitent leurs prolongements nerveux, l'ensemble de l'énorme réseau forme un réservoir unique de « tension nerveuse ». Il nous faudrait donc supposer, en dehors de l'énergie potentielle qui réside dans la composition chimique de la cellule, et de cette forme inconnue de nous d'énergie cinétique qui circule dans l'état d'excitation de la fibre, encore un état de repos de l'excitation nerveuse, l'excitation tonique ou tension nerveuse.

a. Sigmund Exner (1846-1926), *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen* (Esquisse d'une explication physiologique des phénomènes psychiques), Leipzig und Wien, F. Deuticke, 1894, p. 93.

besoin de sommeil ; il conditionne déjà en soi une consommation d'énergie.

254 Imaginons-nous un être humain soumis à une attente tendue, mais sans que celle-ci concerne un domaine sensoriel particulier. Nous avons alors devant nous un cerveau au repos, mais prêt à fonctionner. Nous sommes bien en droit de supposer que dans celui-ci toutes les voies de conduction sont réglées au maximum de leur capacité conductrice, qu'elles sont dans une excitation tonique. Le langage nomme justement cet état de manière caractéristique : tension. L'expérience enseigne combien cet état — dans lequel malgré tout aucune sorte de travail actuel, moteur ou psychique, n'a été produit — est exténuant et fatigant.

C'est là un état exceptionnel, qui n'est pas longtemps supporté, en considération justement de la grande consommation d'énergie. Mais l'état normal de veille lucide, lui aussi, conditionne une quantité d'excitation intracérébrale fluctuant dans des limites assez restreintes ; à toutes les gradations de l'état de veille allant jusqu'à la somnolence et jusqu'au sommeil effectif correspondent des degrés d'excitation inférieurs.

Une production de travail effective du cerveau conditionne assurément une plus grande consommation d'énergie que la simple préparation au travail (de même que l'installation électrique, citée ci-dessus à titre de comparaison, doit laisser déverser dans les conceptions une plus grande quantité d'énergie électrique, quand beaucoup de lampes ou de machines sont branchées.) Lors d'un fonctionnement normal, il n'y a pas plus d'énergie libérée qu'il n'en est consommé dans l'activité. Or le cerveau se comporte comme une de ces installations à la capacité de fonctionnement limitée, qui sans doute ne pourrait produire en même temps de grandes quantités de lumière et de travail mécanique. Si le transfert de force est consacré au travail, il y a peu d'énergie disponible pour l'éclairage, et inversement. Ainsi voyons-nous qu'il nous est impossible, lors d'un effort musculaire énergique, de réfléchir durablement, que la concentration de l'attention sur un territoire sensoriel fait baisser la capacité de fonctionnement des autres organes cérébraux, donc que le cerveau travaille avec une quantité d'énergie variable, mais limitée.

La répartition non homogène de l'énergie est bel et bien conditionnée par le « frayage attentionnel »<sup>1</sup>, du fait que la capacité de conduction des voies requises est augmentée, et que celle des autres baisse, et qu'ainsi, dans le cerveau au travail, l'« excitation tonique intracérébrale » elle aussi est répartie de façon non homogène<sup>2</sup>.

Nous réveillons un dormeur, c.-à-d. que nous élevons soudain le quantum de son excitation intracérébrale tonique, en faisant agir sur lui un vif stimulus sensoriel. Savoir si dans ce cas les modifications de la circulation sanguine cérébrale sont des maillons essentiels de la chaîne causale, si les vaisseaux sont dilatés de façon primaire par le stimulus, ou si c'est là la conséquence de l'excitation des éléments cérébraux, tout cela n'est pas tranché. Ce qui est sûr, c'est que l'état d'excitation pénétrant par une porte sensorielle se propage à partir de là dans le cerveau, diffuse et amène toutes les voies de conduction à un état de frayage plus élevé.

255

Savoir comment s'effectue le réveil spontané, si c'est toujours la même partie du cerveau qui entre la première dans l'état d'excitation vigile et si cette excitation se propage à partir d'elle, ou bien si tantôt l'un, tantôt l'autre groupe d'éléments fonctionne comme éveilleur, voilà bel et bien qui manque encore absolument de clarté.

Cependant le réveil spontané, qui certes intervient aussi en plein repos et en pleine obscurité sans stimuli extérieurs, prouve que le développement d'énergie trouve son fondement dans le procès vital des éléments cérébraux eux-mêmes.

Le muscle reste, non stimulé, au repos, même s'il s'est reposé encore très longtemps et s'il a accumulé en lui le maximum de forces de tension. Il n'en va pas de même pour les éléments cérébraux. Nous supposons sans doute à bon droit que dans le sommeil ceux-ci reconstituent leurs composants et rassemblent leurs forces de tension.

1. Exner. [*op. cit.*, p. 166.]

2. La conception de l'énergie du système nerveux central comme celle d'une quantité à la répartition fluctuante et variable sur l'ensemble du cerveau est ancienne. « La sensibilité », a dit Cabanis, « semble se comporter à la manière d'un fluide dont la quantité totale est déterminée et qui, toutes les fois qu'il se jette en plus grande abondance dans un de ses canaux, diminue proportionnellement dans les autres. » [Pierre-Jean-Georges Cabanis, *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 2<sup>e</sup> éd., Paris, Baillière, 1824, t. III, p. 153.] (Cité d'après Janet [*État mental des hystériques*, Paris, Rueff], 1894, p. 277).

Si cela est parvenu à un certain degré, si cela a atteint pour ainsi dire un certain niveau, l'excédent se déverse dans les voies de conduction, les frayant et établissant l'excitation intracérébrale de la veille.

Nous pouvons observer ce même processus d'une manière instructive à l'état de veille. Quand le cerveau éveillé reste un assez long temps au repos, sans transformer en fonctionnant la force de tension en énergie vivante, alors interviennent le besoin d'activité et la poussée à celle-ci. Un long repos moteur crée le besoin de mouvement (le va-et-vient sans finalité des animaux en cage) et un sentiment pénible lorsque ce besoin ne peut être satisfait. Le manque de stimuli sensoriels, l'obscurité, un silence absolu deviennent un tourment ; le repos de l'esprit, le manque de perceptions, de représentations, d'activité associative engendrent la torture de l'ennui. Ces sentiments de déplaisir correspondent à une « surexcitation », à un accroissement de l'excitation intracérébrale normale.

Les éléments cérébraux complètement reconstitués libèrent donc, même au repos, une certaine dose d'énergie qui, si elle n'est pas fonctionnellement utilisée, accroît l'excitation intracérébrale. Cela engendre un sentiment de déplaisir. Ces sentiments apparaissent toujours quand un besoin de l'organisme ne trouve pas à se satisfaire. Étant donné que ceux dont on parle ici disparaissent quand le quantum d'énergie excédentaire qui a été libéré est utilisé fonctionnellement, nous en concluons que cette élimination de l'excédent d'excitation est un besoin de l'organisme, et nous rencontrons ici pour la première fois le fait que dans l'organisme existe la « tendance à maintenir constante l'excitation intracérébrale » (Freud)<sup>a</sup>.

Un excédent de celle-ci pèse et importune, et la pulsion visant à le consommer apparaît. Si une consommation par une activité sensorielle ou représentative n'est pas possible, l'excédent se déverse sous

a. Freud avait énoncé le « principe de constance » dans 1) sa lettre à Breuer du 29 juin 1892 (cf. *infra*, p. 355), 2) « Sur la théorie de l'accès hystérique », écrit en novembre 1892 (cf. *infra*, p. 366). Il le reprend dans la conférence de janvier 1893, « Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques » (cf. *infra*, p. 344). Avec *Au-delà du principe de plaisir*, publié en 1920, ce principe se confond avec le « principe de Nirvâna », comme tendance à supprimer la tension de stimulus interne (*GW*, XIII, p. 60 ; *OCEP*, XV, p. 329).

forme d'une action motrice sans finalité, d'allées et venues, etc., que nous rencontrerons aussi par la suite comme la façon la plus fréquente de décharger des tensions excessives.

On sait combien est grande la diversité individuelle à cet égard : combien les gens pleins de vie se différencient sur ce point des indolents, des léthargiques ; ceux qui « ne peuvent rester assis bien tranquillement » de ceux qui « ont un talent inné pour rester assis sur un canapé » ; les agiles d'esprit des apathiques, qui supportent des périodes illimitées de repos de l'esprit. Ces diversités, qui constituent le « tempérament spirituel » des êtres humains, reposent assurément sur des différences profondes de leur système nerveux ; sur la proportion avec laquelle les éléments cérébraux fonctionnellement au repos font libérer de l'énergie.

Nous parlions d'une tendance de l'organisme à maintenir constante l'excitation cérébrale tonique ; celle-ci ne nous est cependant compréhensible que si nous pouvons voir quel besoin est rempli par elle. Nous saisissons la tendance à maintenir constante la température moyenne de l'animal à sang chaud, parce que nous la connaissons, conformément à l'expérience, comme étant un optimum pour le fonctionnement des organes. Et nous présumons quelque chose de semblable pour la constance de la teneur en eau dans le sang, etc. Je crois qu'on peut supposer aussi de la hauteur de l'excitation tonique intracérébrale qu'elle a un optimum. À ce niveau d'excitation tonique le cerveau est accessible à tous les stimuli extérieurs, les réflexes sont frayés, mais seulement dans la proportion d'une activité réflexe normale, le fonds des représentations est accessible à l'éveil et à l'association dans ce rapport mutuel relatif à telle ou telle représentation, lequel correspond à un esprit lucide et réfléchi ; c'est l'état où la préparation au travail est la meilleure. Déjà cette élévation homogène de l'excitation tonique qui constitue l'« attente »<sup>a</sup> modifie les rapports. Elle rend hyperesthésique aux stimuli sensoriels qui aussitôt deviennent pénibles, et élève l'excitabilité réflexe au-dessus de ce qui est utile (propension à l'effroi). Cet état est assurément utile pour bien des situations et à bien des fins ; mais quand il intervient spontanément, sans de telles préconditions, il n'améliore pas notre capa-

a. Cf. *supra*, p. 216.

cité de fonctionnement, mais au contraire lui cause dommage. Nous nommons cela dans la vie de tous les jours « être nerveux ». — Mais pour la quantité bien plus grande des formes de l'accroissement d'excitation, il s'agit d'un excès d'excitation non homogène, lequel est directement préjudiciable pour la capacité de fonctionnement. Nous qualifions cela de « surexcitation ». Il n'est pas incompréhensible, mais bien en analogie avec d'autres régulations de l'organisme, qu'il existe en lui la tendance à maintenir l'optimum d'excitation et à l'atteindre de nouveau après qu'il a été dépassé.

Qu'il soit permis de revenir ici une fois encore à la comparaison avec une installation d'éclairage électrique. La tension dans le réseau de conduction de celle-ci a aussi un optimum ; si celui-ci est dépassé, le fonctionnement est aisément endommagé, les filaments à incandescence étant par ex. rapidement grillés. Il sera plus tard encore question de l'endommagement de l'installation elle-même par la perturbation de l'isolation et le « court-circuit ».

B) Notre langage, résultat de l'expérience de nombreuses générations, fait avec une finesse surprenante la différence entre ces formes et gradations d'accroissement d'excitation qui sont encore utiles à l'activité de l'esprit [c.-à-d. malgré le dépassement de l'optimum (cf. avant-dernier paragraphe)] parce qu'elles élèvent de manière homogène la libre énergie de toutes les fonctions cérébrales, et celles qui portent préjudice à ces fonctions parce que, de manière non homogène, pour partie elles élèvent les fonctions psychiques, pour partie elles les inhibent.

Il nomme les premières incitations, les dernières surexcitationb. Une conversation intéressante, le thé, le café, incitent : une querelle, une dose assez importante d'alcool surexcitent. Alors que l'incitation éveille seulement la pulsion à exploiter fonctionnellement l'excitation accrue, la surexcitation tente de se décharger dans des processus plus [ou] moins violents, frôlant le pathologique ou effectivement pathologiques. C'est elle qui constitue le fondement psychophysique des affects, et de ceux-ci il sera question par la suite. Mais

a. *Anregung*,  
b. *Aufregung*.

auparavant des causes endogènes, physiologiques, de l'accroissement d'excitation, doivent encore être abordées rapidement.

Ce sont d'abord les grands besoins et pulsions physiologiques de l'organisme, la faim d'oxygène, la faim de nourriture et la soif. Étant donné que la surexcitation qu'ils mettent en place se connecte à des sensations et représentations de but déterminées, elle ne peut pas — en tant qu'accroissement de l'excitation — être observée aussi nettement que celle dont on a parlé ci-dessus, qui ne prend sa source que dans le repos des éléments cérébraux. Elle a toujours sa coloration particulière. Mais elle est impossible à méconnaître dans la surexcitation anxieuse de la dyspnée, comme dans l'inquiétude de l'affamé.

L'accroissement d'excitation qui découle de ces sources est conditionné par la modification chimique des éléments cérébraux eux-mêmes, ceux-ci étant appauvris en oxygène ou en forces de tension ou en eau ; il s'écoule dans des voies motrices préformées qui mènent à la satisfaction du besoin déclenchant ; la dyspnée dans les efforts de respiration, la faim et la soif dans la recherche et la conquête de nourriture et d'eau. Le principe de constance de l'excitation entre à peine en vigueur face à cette surexcitation ; les intérêts que l'accroissement d'excitation sert ici ne sont-ils pas pour l'organisme beaucoup plus importants que le rétablissement des conditions fonctionnelles normales du cerveau ? Certes, on voit courir de long en large les animaux de la ménagerie qui sont surexcités avant l'heure de leur repas ; mais cela peut bien passer pour un reste d'action motrice préformée, la recherche de nourriture, qui est maintenant devenue sans finalité du fait de la captivité, et non pour un moyen de libérer de la surexcitation le système nerveux.

Si la structure chimique du système nerveux a été modifiée durablement du fait de l'apport persistant de substances étrangères, le manque de celles-ci conditionne aussi des états de surexcitation, comme le manque de substances alimentaires normales chez le bien portant ; comme la surexcitation due à l'abstinence de narcotiques.

Le passage de ces accroissements d'excitation endogènes aux affects psychiques au sens le plus étroit se fait par l'excitation sexuelle et l'affect sexuel. En premier lieu la sexualité apparaît pendant la puberté comme un accroissement d'excitation vague, indéterminé, sans but. Lors du développement ultérieur il se forme (normalement) une liaison solide de cet accroissement d'excitation endogène, conditionné par le fonctionnement des glandes sexuelles, avec la perception ou représentation de l'autre sexe ; voire avec telle représentation individuelle lors de ce phénomène merveilleux : tomber amoureux d'une seule personne. Cette représentation entre en possession de toute la quantité d'excitation qui est libérée par la pulsion sexuelle ; elle devient une « représentation affective ». C'est-à-dire : lorsqu'elle s'actualise dans la conscience, elle déclenche le surcroît d'excitation qui à proprement parler est issu d'une autre source, les glandes sexuelles.

La pulsion sexuelle est assurément la source la plus puissante des surcroîts d'excitation longtemps persistants (et en tant que telle, des névroses) ; cet accroissement d'excitation est réparti de façon extrêmement inégale sur l'ensemble du système nerveux. À ses degrés d'intensité les plus élevés, le cours des représentations est perturbé, la valeur relative des représentations modifiée, s'éteignant presque complètement dans l'orgasme de l'acte sexuel.

La perception, élaboration psychique des sensations corporelles, souffre elle aussi ; l'animal par ailleurs craintif et prudent devient aveugle et sourd face au danger. Par contre, l'intensité de l'instinct agressif s'accroît (au moins chez le mâle) ; l'animal pacifique devient dangereux, jusqu'à ce que l'excitation se décharge dans les activités motrices de l'acte sexuel.

C) Une perturbation similaire de l'équilibre dynamique dans le système nerveux, la répartition non homogène de l'accroissement d'excitation, constitue justement le côté psychique des affects.

On ne tentera ici ni une psychologie ni une physiologie des affects. On ne discutera ici que d'un seul point, important pour la pathologie, et à vrai dire seulement pour les affects idéogènes, ceux-

a. Dans la 3<sup>e</sup> et la 4<sup>e</sup> édition : « organisme ».

là mêmes qui sont provoqués par des perceptions et des représentations. (Lange' a, à juste titre, renvoyé de nouveau au fait que les affects peuvent être conditionnés presque totalement aussi bien par des substances toxiques — et, comme le montre la psychiatrie, en premier lieu par des modifications pathologiques — que par des représentations.)

Il n'est assurément pas besoin de prouver davantage que toutes ces perturbations de l'équilibre psychique, que nous nommons affects aigus, vont de pair avec un accroissement d'excitation. (Concernant les affects chroniques, chagrin et souci, c.-à-d. angoisse traînant en longueur, on rencontre la complication d'un grave état de fatigue, qui laisse exister la répartition non homogène de l'excitation et par là la perturbation de l'équilibre, tout en abaissant son niveau.) Mais cette excitation accrue ne peut être utilisée dans une activité psychique. Tous les affects forts compromettent l'association, le cours des représentations. On « perd l'esprit » de colère ou d'effroi. Seul ce groupe de représentations qui a excité l'affect persiste dans la conscience avec la plus grande intensité. C'est ainsi que le nivellement de la surexcitation par une activité associative est impossible.

Mais les affects « actifs », « sthéniques », nivellent l'accroissement d'excitation par une éconduction motrice. Les cris et les sauts de joie, le tonus musculaire accru de la colère, les paroles de colère et l'action de rétorsion font s'écouler l'excitation en actes de mouvement. La douleur psychique décharge celle-ci en efforts respiratoires et en un acte sécrétoire, sanglots et pleurs. Le fait que ces réactions diminuent et calment la surexcitation est affaire d'expérience quotidienne. Comme on l'a déjà remarqué, le langage exprime cela dans les termes « sich ausweinen, austoben »<sup>b</sup>, etc. ; ce qui est dépensé à cette occasion est justement l'accroissement de l'excitation cérébrale.

Seules telles ou telles de ces réactions sont appropriées à une fin, par le fait qu'ainsi l'état des choses peut être quelque peu changé,

1. Des émotions [trad. all : *Über Gemütsbewegungen*] (1887). [Carl Georg Lange (1834-1900), *Om Sindsbæagelser, et Psyko-Fysiologiske Studie* (Les émotions ; étude psychophysiologique), Copenhagen, Land, 1885, p. 62 sq.]

a. Cf *supra*, p. 28.

b. *sich ausweinen* (pleurer toutes les larmes de son corps), *sich austoben* (donner libre cours à sa fureur).

comme par l'acte et les paroles de colère. Les autres sont totalement dénuées de finalité ou, bien plus, elles n'ont d'autre finalité que le nivellement de l'accroissement d'excitation et l'instauration de l'équilibre psychique. En réalisant cela, elles servent la « tendance à maintenir constante l'excitation [intra] cérébrale. »<sup>a</sup>

Aux affects « asthéniques » de l'effroi et de l'angoisse manque cette décharge réactive. L'effroi paralyse très directement la motilité tout comme l'association, de même que l'angoisse, quand la seule réaction appropriée, celle de la fuite, est exclue de par la cause de l'affect d'angoisse et de par les circonstances. L'excitation de l'effroi ne disparaît que par un nivellement progressif.

La colère a des réactions adéquates, correspondant à la circonstance occasionnante. Si celles-ci sont impossibles ou viennent à être inhibées, des succédanés prennent leur place. Les paroles de colère  
 261 sont déjà un de ceux-là. Mais d'autres actes aussi, tout à fait sans finalité, remplacent ces réactions. Quand Bismarck doit réprimer devant le roi sa surexcitation et sa colère, il se soulage alors en jetant par terre un vase précieux. Cette substitution volontaire à un acte moteur d'un autre acte correspond tout à fait au remplacement des réflexes de douleur naturels par d'autres contractions musculaires ; le réflexe préformé lors d'une extraction dentaire est de repousser le médecin et de crier. Si au lieu de cela nous contractons les muscles du bras et exerçons une pression sur le dossier du siège, nous faisons passer le quantum d'excitation déclenché par la douleur d'un groupe de muscles à un autre. Lors d'une violente douleur dentaire spontanée, qui en dehors des gémissements n'a à vrai dire pas de réflexe préformé, l'excitation s'écoule au cours d'un va-et-vient sans finalité. De même, nous transposons l'excitation de la colère de la réaction adéquate à d'autres et nous nous sentons soulagés pour peu qu'elle soit consommée par quelque forte innervation motrice.

Mais si une telle éconduction de l'excitation est absolument refusée à l'affect, l'état des choses est alors le même pour la colère que pour l'effroi et l'angoisse : l'excitation intracérébrale est puissam-

a. Cf. *supra*, p. 218.

b. Otto von Bismarck (1815-1898). La scène eut lieu en août 1863 en présence de Guillaume Jr

c. Cf. *supra*, p. 110.

ment accrue, mais elle n'est consommée ni en une activité associative ni en une activité motrice. Chez l'homme normal la perturbation se nivelle peu à peu ; mais chez beaucoup surviennent des réactions anormales, il se forme l' « expression anormale des émotions » (Oppenheima).

III

LA CONVERSION HYSTÉRIQUE

Si je reviens encore une fois à la comparaison avec une installation électrique, cela n'éveillera sans doute guère le soupçon que j'aie identifié l'excitation nerveuse à l'électricité. Si dans une telle installation la tension devient excessive, le danger existe que des points plus faibles de l'isolation soient rompus. Des phénomènes électriques surviennent alors en des points anormaux ; ou bien, si deux fils se trouvent l'un à côté de l'autre, il se forme un « court-circuit ». Étant donné qu'en ces points une modification persistante se trouve établie, la perturbation conditionnée par là peut sans cesse apparaître si la tension est suffisamment accrue. Un « frayage » anormal a eu lieu.

On peut sans doute affirmer que les conditions existant dans le système nerveux sont en quelque sorte similaires. Ce dernier est un tout absolument cohérent ; mais en plusieurs points se sont intercalées de grandes résistances, pourtant non insurmontables, qui empêchent la diffusion générale homogène de l'excitation. Ainsi, chez l'homme normal à l'état de veille, l'excitation de l'organe de représentation ne passe pas aux organes de perception, nous n'hallucinons pas. Les appareils nerveux des complexes d'organes d'importance vitale, ceux de la circulation et de la digestion, sont, dans l'intérêt de

262

a. Hermann Oppenheim (1858-1919). On ne trouve pas cette formulation chez Oppenheim (1890), qui parle d'une « excitabilité anormale », expression également utilisée par Breuer. Cf *supra*, p. 212.

b. Cf. *infra*, p. 289.

c. Cf. *supra*, p. 209 sq.

la sécurité et de la capacité de fonctionnement de l'organisme, séparés des organes de la représentation par de fortes résistances, leur autonomie est garantie ; ils ne sont pas influencés directement par des représentations. Mais seules des résistances d'une force différente selon les individus empêchent le passage de l'excitation intracérébrale aux appareils de circulation et de digestion ; entre l'idéal aujourd'hui rare de l'homme absolument non « nerveux » — dont l'activité cardiaque reste constante dans toutes les situations de la vie et n'est influencée que par le travail à accomplir, qui dans tous les dangers a de façon homogène bon appétit et bonne digestion **et** l'homme « nerveux » — chez qui tout événement cause des battements de cœur et de la diarrhée —, entre les deux figurent toutes les gradations de l'excitabilité affective.

Mais il existe toutefois chez l'homme normal des résistances concernant le passage de l'excitation cérébrale aux organes végétatifs. Elles correspondent à l'isolation des conceptions électriques. Aux points où elles sont anormalement faibles, elles sont rompues lors d'une excitation cérébrale à haute tension, et celle-ci, l'excitation de l'affect, passe à l'organe périphérique. Apparaît alors l'« expression anormale des émotions »<sup>a</sup>.

Des deux conditions ici requises que l'on vient de nommer —, l'une a déjà été discutée en détail. C'est un haut degré d'excitation intracérébrale auquel est refusé aussi bien le nivellement par le cours des représentations que celui par l'éconduction motrice ; ou bien qui est trop élevé pour que cette dernière puisse suffire.

L'autre condition est la faiblesse anormale des résistances dans telles ou telles voies de conduction. Elle peut se trouver dans la complexion originelle de l'être humain (disposition innée) ; elle peut être conditionnée par des états d'excitation de longue durée, qui pour ainsi dire relâchent la texture du système nerveux et abaissent toutes les résistances (disposition propre à la puberté) ; par des influences débilitantes, maladie, sous-alimentation, etc. (Disposition propre aux états d'épuisement). La résistance de telles ou telles voies de conduction peut être abaissée par une affection antérieure de l'organe en question, laquelle a frayé les voies allant au cerveau et venant de lui.

a. Cf. *supra*, p. 225.

Un cœur malade succombe à l'influence de l'affect plus fortement qu'un cœur sain. « J'ai une table de résonance dans le bas-ventre », me disait une femme souffrant d'une paramétrite chronique, « tout ce qui a lieu réveille mon ancienne douleur ». — (Disposition par affection locale).

Les actes moteurs dans lesquels l'excitation des affects se décharge normalement sont des actes ordonnés, coordonnés, même s'ils sont souvent sans finalité. Mais l'excitation excessive peut contourner les centres de coordination ou les rompre et s'écouler dans des mouvements élémentaires. Chez le nourrisson, en dehors de l'acte respiratoire qu'est le cri, il n'y a que ces contractions musculaires non coordonnées — se cabrer et trépigner — qui soient effet et expression de l'affect. Le développement progressant, la musculature passe de plus en plus sous la domination de la coordination et de la volonté. Mais cet *opisthotonos*, qui présente le maximum de contention motrice de l'ensemble de la musculature corporelle, et les mouvements cloniques — gigoter et trépigner — restent, la vie durant, la forme de réaction pour l'excitation maximale du cerveau ; pour l'excitation purement physique de l'accès épileptique comme pour la décharge des affects maximaux en tant que convulsion plus ou moins épileptoïde. (Partie purement motrice de l'accès hystérique).

De telles réactions d'affect anormales appartiennent certes à l'hystérie ; mais elles se produisent aussi en dehors de cette maladie ; elles caractérisent un degré plus ou moins élevé de nervosité, mais non pas l'hystérie. On n'est en droit de caractériser comme hystériques de tels phénomènes que s'ils surviennent, non pas comme conséquences d'un affect d'un degré élevé encore que fondé objectivement —, mais spontanément en apparence comme manifestations de la maladie. Concernant celles-ci, beaucoup d'observations, et d'ailleurs les nôtres aussi, ont mis en évidence qu'elles reposent sur des souvenirs qui renouvellent l'affect originel. Ou mieux : le renouvelleraient, si ces réactions n'étaient pas justement déjà apparues une fois.

a. « Contracture généralisée prédominant sur les muscles extenseurs » (Dictionnaire de médecine Garnier-Delamare) en arc de cercle renversé.

À l'état de repos psychique, chez tous les êtres humains sans doute, pour peu qu'ils aient l'esprit éveillé, un courant de représentations et de souvenirs traverse doucement la conscience, la plupart du temps avec une si faible vivacité des représentations qu'elles ne laissent aucune trace dans la mémoire et qu'alors on ne peut pas dire comment l'association a eu lieu. Mais si une représentation émerge  
 264 — originellement liée à un affect fort —, celui-ci se renouvelle en une intensité plus ou moins grande, ou plus ou moins faible. La représentation ainsi « marquée d'affect » entre alors clairement et vivement dans la conscience. La force de l'affect qu'un souvenir peut déclencher est très diverse, suivant son degré d'exposition aux diverses influences « usantes ». Cela, avant tout, après que l'affect originel avait été « abrégé ». Dans la « Communication préliminaire »<sup>a</sup>, nous avons signalé par exemple que l'affect de la colère concernant une offense est réveillé par le souvenir à des degrés divers selon que cette offense a fait l'objet d'une rétorsion ou a été endurée en silence. Si le réflexe psychique s'est effectivement produit lors de l'occasion originelle, le souvenir déclenche un quantum d'excitation beaucoup plus faible'. Sinon, le souvenir ne cesse de pousser jusqu'aux lèvres les paroles injurieuses qui jadis furent réprimées et qui auraient été le réflexe psychique de ce stimulus.

Si l'affect originel s'est déchargé, non sous la forme du réflexe normal, mais sous celle d'un « réflexe anormal », celui-ci aussi est de nouveau déclenché par le souvenir ; l'excitation issue de la représen-

1. La pulsion de vengeance, qui est si puissante chez l'homme de la nature et qui est plus déguisée que réprimée par la culture, n'est absolument rien d'autre que l'excitation d'un réflexe non déclenché. Parer à un dommage en se défendant dans le combat et, ce faisant, causer dommage à l'adversaire est le réflexe psychique adéquat, préformé. S'il n'est pas effectué ou s'il l'est insuffisamment, il est sans cesse déclenché par le souvenir, et la « pulsion de vengeance » apparaît en tant qu'impulsion de volonté irrationnelle, comme toutes les « pulsions ». La preuve en est justement son irrationalité, du fait qu'elle passe outre à toute utilité et à toute finalité, et l'emporte sur toutes les prises en considération de la sécurité personnelle. Dès que le réflexe a été déclenché, cette irrationalité peut entrer dans la conscience.

« Autre est l'aspect de l'acte avant qu'il soit connu,  
 Autre quand il est accompli.

[Schiller, *La Fiancée de Messine*, «Tragédie avec chœur» (1803),  
 v. 2006 et 2007.]

a. Cf. *supra*, p. 29.

tation affective est « convertie » en un phénomène corporel. (Freud.)<sup>a</sup>

Si, du fait d'une répétition fréquente, ce réflexe anormal a été frayé complètement, l'efficacité des représentations déclenchantes peut, semble-t-il, s'y épuiser si complètement que l'affect lui-même n'apparaît qu'avec une force minimale, ou n'apparaît pas du tout ; c'est alors que la « conversion hystérique » est complète. Mais la représentation, qui à présent n'a plus d'effets psychiques, peut ne pas être vue par l'individu, ou bien son émergence peut être aussitôt oubliée de nouveau, comme cela se produit pour d'autres représentations sans affect.

265

Un tel remplacement de l'excitation cérébrale — qui devrait conditionner une représentation — par une excitation des voies périphériques devient peut-être plus acceptable si l'on se souvient du comportement inverse, qui intervient lors de l'absence d'un réflexe préformé. Je choisis un exemple éminemment trivial, le réflexe sternutatoire. Quand, pour une quelconque raison, un stimulus de la muqueuse nasale ne déclenche pas ce réflexe préformé, il apparaît notoirement un sentiment d'excitation et de tension. C'est l'excitation qui, ne pouvant s'écouler par les voies motrices et inhibant maintenant toute autre activité, se répand dans le cerveau. Cet exemple des plus banals offre cependant le schéma du processus qui intervient lors de l'absence de réflexes psychiques, même des plus compliqués. La surexcitation dont on a discuté ci-dessus — de la pulsion de vengeance est essentiellement la même ; et nous pouvons suivre ce procès jusque dans les sphères les plus élevées des activités humaines. Goethe n'en a pas fini avec une expérience vécue tant qu'il n'en est pas venu à bout dans une activité poétique. Chez lui cela est le réflexe préformé d'un affect et, aussi longtemps que celui-ci ne s'est pas effectué, l'accroissement de l'excitation pénible persiste.

L'excitation intracérébrale et le processus d'excitation dans des voies périphériques sont des grandeurs réciproques ; la première

a. Dans « Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique » (*OCRP*, XII, p. 251), Freud souligne, à propos de la mention de son nom par Breuer : « Je crois qu'ici cette attribution ne se rapporte qu'à la dénomination, alors que la conception s'est faite pour nous deux en même temps et en commun. »

croît lorsqu'un réflexe n'est pas déclenché et aussi longtemps qu'il ne l'est pas ; elle baisse et disparaît lorsqu'elle s'est transposée en excitation nerveuse périphérique. Ainsi il ne semble pas non plus incompréhensible qu'aucun affect perceptible n'apparaisse si la représentation qui devrait l'occasionner déclenche immédiatement un réflexe anormal, et que l'excitation apparue s'écoule aussitôt dans celui-ci. La « conversion hystérique » est alors complète ; l'excitation intracérébrale originelle de l'affect a été transformée en processus d'excitation des voies périphériques ; la représentation affective originelle ne provoque plus à présent l'affect, mais seulement le réflexe anormal'.

266

Nous avons ainsi avancé d'un pas pour dépasser l'« expression anormale des émotions »<sup>a</sup>. Le phénomène hystérique (réflexe anormal) n'apparaît pas comme idéogène, même à des malades intelligents et bons observateurs, puisque la représentation occasionnante n'est plus marquée d'affect et n'est plus distinguée d'autres représentations et souvenirs ; il apparaît comme un phénomène purement somatique, apparemment sans racine psychologique.

Par quoi est alors déterminée la décharge de l'excitation d'affect, de sorte qu'est créé justement tel réflexe anormal et non pas n'importe quel autre ? Nos observations répondent à cette question pour bien des cas, en ce sens que cette décharge suit aussi le « principe de moindre résistance » et a lieu sur ces voies dont les résistances ont été abaissées déjà par des circonstances concourantes. Le cas déjà discuté auparavant en fait partie : un réflexe déterminé se trouve déjà frayé par une maladie somatique ; par ex. quand quelqu'un souffre souvent d'une cardialgie, celle-ci est aussi provoquée par l'affect. — Ou bien un réflexe se trouve frayé par le fait que l'innerva-

1. Je n'aimerais pas user jusqu'à la corde la comparaison avec une installation électrique ; étant donné la diversité fondamentale des cas, elle peut certes tout juste illustrer les processus du système nerveux et ne peut assurément pas les expliquer. Mais ici on peut encore se souvenir de la circonstance dans laquelle, du fait d'une tension élevée, l'isolation de la conduction d'une installation d'éclairage a souffert et où, à un certain endroit, un « court-circuit » s'est produit. Si apparaissent alors à cet endroit des phénomènes électriques (réchauffement, par ex. brèves étincelles, etc.), la lampe à laquelle mène la conduction n'éclaire pas ; de même que l'affect n'apparaît pas si l'excitation s'écoule en réflexe anormal et est convertie en un phénomène somatique.

a. Cf. *supra*, p. 226.

b. *Ibid.*

don musculaire en question a été volontairement visée au moment de l'affect originel ; ainsi Anna O. (observation I)<sup>a</sup> aspire dans l'affect d'effroi à étendre le bras droit, immobile à cause d'une paralysie par compression, pour repousser le serpent ; à partir de là, la tétanie du bras droit est provoquée par la vue de toutes les choses ressemblant à un serpent. Ou bien elle fait fortement converger ses yeux dans l'affect, pour reconnaître les aiguilles d'une montre, et le strabismus convergens devient alors un des réflexes de cet affect, etc.

Tel est l'effet de la simultanéité qui régit bel et bien aussi notre association normale ; chaque perception sensorielle en appelle de nouveau à la conscience une autre qui, à l'origine, était survenue en même temps qu'elle (l'exemple scolaire du mouton avec son image visuelle et son bêlement, etc.).

267

Si donc avec l'affect originel avait existé simultanément une vive impression sensorielle, cette dernière est de nouveau provoquée par l'affect renouvelé, et cela, étant donné qu'il s'agit ici de la décharge d'une excitation excessive, non comme souvenir mais comme hallucination. Presque toutes nos observations en offrent des exemples. Il en va de même quand une femme éprouve un affect douloureux au moment où elle a une violente douleur dentaire due à une périostite, et qu'alors tout renouvellement de cet affect, voire même son souvenir, provoque une névralgie sous-orbitaire, etc.b.

C'est là le frayage des réflexes anormaux selon les lois générales de l'association. Mais parfois (à vrai dire seulement pour des degrés d'hystérie plus élevés) il y a entre l'affect et son réflexe de véritables séries de représentations associées ; c'est la détermination par la symbolique. Ce sont souvent des jeux de mots risibles, des associations de sons qui relie l'affect et son réflexe, mais cela n'arrive que dans des états oniriques avec une critique diminuée, et cela se situe déjà hors du groupe de phénomènes considéré ici.

Dans de très nombreux cas la détermination reste incompréhensible, parce que notre aperçu de l'état psychique et notre connaissance des représentations qui étaient actuelles lors de l'apparition du phénomène hystérique, sont souvent éminemment incomplets. Mais

a. Cf *supra*, p. 57.

b. Cf *supra*, p. 198 sq.

nous sommes en droit de supposer que le processus ne sera pas tout à fait dissemblable de celui qui est clair pour nous dans des cas plus favorables.

Les expériences vécues qui ont déclenché l'affect originel, dont l'excitation a été ensuite convertie en un phénomène somatique, nous les désignons comme traumatismes psychiques, et les manifestations de maladie ainsi apparues, comme symptômes hystériques d'origine traumatique. (La désignation «hystérie traumatique» a d'ailleurs été déjà attribuée à des phénomènes qui constituent, en tant que conséquences de blessures corporelles, de traumatismes au sens le plus étroit, une partie de la « névrose traumatique ».)

C'est en analogie parfaite avec l'apparition de phénomènes hystériques traumatiquement conditionnés que se trouve la conversion hystérique de cette excitation psychique qui prend sa source, non pas dans des stimuli externes, non pas dans l'inhibition de réflexes psychiques normaux, mais dans l'inhibition du cours des associations.

L'exemple élémentaire et le paradigme de cela, nous le trouvons dans l'excitation qui apparaît du fait qu'un nom ne nous vient pas à l'idée, que nous ne pouvons pas résoudre une énigme, etc. Si le nom, ou le mot de l'énigme, nous est dit, l'excitation disparaît, du moment que la chaîne des associations se boucle, tout à fait comme lorsqu'une chaîne réflexe se boucle. La force de l'excitation qui provient du blocage d'une série d'associations est proportionnelle à l'intérêt que celle-ci a pour nous, c.-à-d. à l'ampleur avec laquelle elle met la volonté en mouvement. Mais étant donné qu'en cherchant une solution au problème — ou à quelque chose du même ordre — un travail important, quoique infructueux, est toujours fourni, même une forte excitation trouve son utilisation et ne pousse pas à la décharge, sans jamais devenir pour autant pathogène.

Mais sans doute cela se produit-il quand le cours des associations est inhibé par le fait que des représentations d'égale valeur sont incompatibles les unes avec les autres ; quand par ex. de nouvelles pensées entrent en conflit avec des complexes de représentations solidement enracinés. Telle est la nature du tourment lié au doute religieux auquel tant d'êtres humains succombent et auquel plus encore ont succombé. Ici aussi l'excitation — et avec elle la douleur psychique, le sentiment de déplaisir — ne monte à une hauteur signifi-

ficative que lorsqu'un intérêt délibéré de l'individu entre ici en jeu, lorsque celui qui doute se croit menacé dans son bonheur, dans le salut de son âme.

Or c'est toujours le cas lorsque le conflit existe entre le complexe solidement assuré, inculqué par l'éducation, des représentations morales et le souvenir soit de ses propres actions soit aussi seulement de pensées qui sont incompatibles avec ce complexe : c'est là le tourment de conscience. L'intérêt délibéré qu'il y a à être heureux de sa propre personnalité, à être satisfait d'elle, entre alors en action et accroît au plus haut point l'excitation liée à l'inhibition des associations. Qu'un tel conflit de représentations incompatibles ait un effet pathogène, cela est affaire d'expérience quotidienne. Il s'agit la plupart du temps de représentations et de processus de la vie sexuelle : de masturbation chez les adolescents moralement sensibles, de la conscience chez une femme aux moeurs rigoureuses d'une inclination envers un étranger. Oui, la première émergence des sensations et représentations sexuelles suffit très souvent déjà à créer en soi un état d'excitation extrême dû au conflit avec la représentation solidement enracinée de pureté morales.

269

De celui-ci découlent habituellement des conséquences psychiques; humeur dépressive pathologique, états d'angoisse (Freud)<sup>a</sup>. Mais parfois, en raison de circonstances concourantes, est déterminé un phénomène somatique anormal dans lequel se décharge l'excitation : vomissement, si le sentiment de souillure morale engendre un sentiment de dégoût physique ; une tussis nervosa comme chez Anna O. (observation I)<sup>1)</sup>, lorsque l'angoisse de conscience provoque un spasme de la glotte, etc.<sup>2</sup>.

1. Cf sur ce point quelques communications et remarques intéressantes de Benedikt (1889), reproduites dans l'écrit *Hypnotisme et suggestion*, 1894. [Moriz Benedikt, *Hypnotismus und Suggestion*, Wien, M. Breitenstein, 1894, p. 51 sq.]

2. Je trouve dans *Sensations de mouvement* de Mach' une remarque qu'il est sans doute permis de rappeler ici : « Dans les expériences décrites (sur le vertige), il s'est avéré de façon répétée qu'un sentiment de dégoût s'est alors installé principalement quand il était difficile de mettre en accord les sensations de mouvement avec les impressions optiques.

(Suite de la note 2 p. 234.)

a. « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" i>, *GW*, I ; *OCEP*, III.

b. Cf. *supra*, p. 58 et 62.

c. Ernst Mach, *Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindungen* (Grandes lignes de la doctrine des sensations de mouvement), Leipzig, W. Engelmann, 1875.

L'excitation qui est engendrée par des représentations très vivaces et par des représentations incompatibles comporte une réaction normale, adéquate : la communication par le discours. Nous trouvons cette pressante envie de communiquer, avec une exagération comique, dans l'histoire du barbier de Midasa, qui confie son secret aux roseaux ; nous la trouvons, comme un des fondements d'une grandiose institution historique, dans la confession auriculaire catholique. La communication soulage, elle décharge la tension, même si elle ne se produit pas en présence du prêtre et n'est pas suivie de l'absolution. Si cette issue est barrée à l'excitation, celle-ci se convertit parfois en un phénomène somatique, de même que l'excitation d'affects traumatiques, et nous pouvons désigner avec Freud comme des phénomènes de rétention hystériques tout le groupe de manifestations hystériques qui ont cette origine.

270

L'exposé du mécanisme d'apparition psychique des phénomènes hystériques fait jusqu'ici est sujet au reproche de schématiser le processus et de le présenter plus simplement qu'il ne l'est en réalité. Pour que se forme chez un être humain en bonne santé, non originellement névropathe, un véritable symptôme hystérique, avec son indépendance apparente à l'égard de la psyché, son existence somatique autonome, il faut que concourent presque toujours des circonstances multiples.

Le cas suivante peut servir d'exemple pour cette complexité du processus : un garçon de douze ans, souffrant auparavant de pavor nocturnus et fils d'un père très nerveux, revint un jour de l'école ne

(Suite de la n. 2 de la p. 233.)

Il semblait qu'une partie du stimulus émanant du labyrinthe avait été contrainte de quitter les voies optiques, qui lui étaient fermées par un autre stimulus, et d'emprunter de tout autres voies... De même, lors de l'expérience consistant à combiner les images stéréoscopiques montrant de fortes différences, j'ai observé de façon répétée un sentiment de dégoût. » C'est justement le schéma physiologique de l'apparition des phénomènes hystériques pathologiques, due à la coexistence de représentations vivaces et incompatibles.

a. Juge d'un concours opposant Apollon joueur de lyre à Pan joueur de flûte, Midas déclara Pan vainqueur. Apollon se vengea en lui infligeant des oreilles d'âne. Midas les dissimulait sous une tiare ou un bonnet phrygien. Mais la feinte était impossible avec son barbier, que le poids du secret oppressa. Il fit un trou dans le sol, confia à la Terre la mésaventure du roi et ferma le trou. Peu de temps après poussèrent en ce lieu des roseaux qui, agités par le vent, répétaient : « Midas, le roi Midas, a des oreilles d'âne. »

b. Cf. « Les névropsychoses-de-défense », *GW*, I, p. 61 ; *OCF.P*, III, p. 5.

c. Paragraphe imprimé en petits caractères dans les quatre premières éditions.

se sentant pas bien. Il se plaignait de troubles de la déglutition, c.-à-d. qu'il ne pouvait avaler qu'avec difficulté, et de maux de tête. Le médecin de famille diagnostiqua comme cause une angine. Mais même au bout de plusieurs jours l'état ne s'améliora pas. Le garçon ne voulait pas manger, vomissait lorsqu'on voulait l'y forcer, se traînait, fatigué et sans entrain, voulait toujours rester au lit et déclinait beaucoup physiquement. Lorsque je le vis au bout de cinq semaines, il donnait l'impression d'un enfant craintif, renfermé, et j'acquis la conviction que son état avait un fondement psychique. En réponse à des questions pressantes, il indiqua une cause banale, une sévère réprimande de son père, qui manifestement n'était pas la raison effective de l'entrée en maladie. De l'école non plus il n'y avait rien à apprendre. Je promis d'obtenir par contrainte cette information, plus tard, dans l'hypnose. Mais cela se révéla inutile. Le jour où sa mère, intelligente et énergique, le rudoya, il commença son récit, dans un torrent de larmes. En revenant de l'école, il était entré une fois dans un pissoir, et là un homme lui avait présenté son pénis en exigeant qu'il le prenne dans la bouche. Il s'était enfui en courant, plein d'effroi, et rien d'autre ne lui était arrivé. Mais à partir de cet instant il fut malade. À partir du moment de la confession cet état céda à une complète santé. — Pour engendrer le phénomène de l'anorexie, des troubles de la déglutition, du vomissement, il y eut besoin ici de plusieurs facteurs : la nature nerveuse innée, l'effroi, l'irruption du sexuel sous sa forme la plus brutale dans l'âme enfantine, et comme facteur déterminant la représentation de dégoût. L'affection dut sa durée au silence, par lequel l'éconduite normale fut refusée à l'excitation.

271

Tout comme dans ce cas, il faut toujours que plusieurs facteurs agissent conjointement pour que chez un individu jusque-là en bonne santé se forme un symptôme hystérique ; celui-ci est toujours « surdéterminé »<sup>a</sup>. selon l'expression de Freud.

Il peut y avoir aussi une telle surdétermination quand le même affect est provoqué par nombre de facteurs occasionnants répétés. Le malade et son entourage ne rapportent le symptôme hystérique qu'au dernier facteur, qui cependant s'est le plus souvent

a. Cf. *infra*, p. 287 et 316.

contenté de faire apparaître ce qui avait déjà été presque complètement accompli par d'autres traumas.

Une jeune fille<sup>a</sup> eut son premier accès hystérique, auquel se joignit alors toute une série d'autres, lorsque dans l'obscurité un chat lui sauta sur l'épaule. Cela semblait être un simple effet d'effroi. Mais une recherche plus précise montra que la jeune fille, âgée de dix-sept ans, belle à ravir et mal surveillée, avait été ces derniers temps l'objet de nombreuses assiduités, plus ou moins brutales, et par là était entrée dans un état d'excitation sexuelle. (Disposition.) Sur le même escalier obscur elle avait été quelques jours auparavant assaillie par un jeune homme, aux attaques duquel elle se déroba à grand-peine. C'était le trauma psychique proprement dit, dont l'effet ne devint manifeste que par le moyen du chat. Mais dans combien de cas un chat prend-il ainsi la valeur d'une *causa efficiens* complètement suffisante ?

272 Pour que s'impose une telle conversion par la répétition de l'affect, une pluralité de facteurs occasionnants externes n'est pas toujours nécessaire ; souvent suffit aussi le renouvellement de l'affect dans le souvenir, si celui-ci se produit aussitôt après le trauma, dans une répétition rapide et fréquente, — avant que l'affect ne se soit affaibli. Cela suffit si l'affect était un affect très puissant ; il en est ainsi lors des hystéries traumatiques au sens le plus étroit du terme.

Dans les jours suivant un accident de chemin de fer par ex., la scène d'effroi est revécue dans le sommeil et à l'état de veille, toujours avec le renouvellement de l'affect d'effroi, jusqu'à ce qu'enfin, après ce temps d'« élaboration psychique » (Charcot)<sup>b</sup> ou d'incubation, la conversions en un phénomène somatique ait eu lieu. (Il est vrai qu'en l'occurrence agit encore conjointement un facteur dont il devra être débattu plus tard.)

Mais habituellement la représentation affective succombe aussitôt à l'usure, à toutes ces influences abordées dans la « Communication préliminaire »<sup>d</sup>, la dépouillant peu à peu de sa valeur d'affect. Sa

1. Je suis redevable de ce cas à M. le médecin assistant Paul Karplus.

a. Paragraphe imprimé en petits caractères dans les quatre premières éditions.

b. Cf. *supra*, p. 153.

c. *Konvertierung* (et non *Konversion*).

d. Cf. *supra*, p. 28 sq.

réémergence appelle une dose d'excitation toujours moindre, et par là le souvenir perd la capacité de contribuer à l'établissement d'un phénomène somatique. Le frayage du réflexe anormal se perd, et le status quo ante se rétablit ainsi.

Mais les influences usantes sont dans leur ensemble des productions de l'association, de la pensée, une correction par d'autres représentations. Celle-ci devient impossible si la représentation d'affect est soustraite à la circulation associative ; et dans un tel cas cette représentation garde toute sa valeur d'affect. Alors qu'à chaque renouvellement elle libère sans cesse toute la somme d'excitation de l'affect originel, le frayage d'un réflexe anormal commencé à ce moment-là est enfin effectué ou celui ayant eu lieu à ce moment-là est conservé et stabilisé. Le phénomène de conversion hystérique est ainsi complètement établi dans la durée.

Nous connaissons par nos observations deux formes d'une telle exclusion de représentations d'affect hors de l'association.

La première est la « défense », la répression volontaire de représentations pénibles par lesquelles l'être humain se sent menacé dans sa joie de vivre ou dans son respect de soi. Freud a parlé, dans sa communication sur les « névropsychoses-de-défense »<sup>a</sup> et dans les histoires de malades ici présentes, de ce processus qui assurément a une très haute significativité pathologique.

273

On ne peut sans doute pas comprendre comment une représentation peut être refoulée volontairement hors de la conscience ; mais nous connaissons le processus positif correspondant : la concentration de l'attention sur une représentation, et nous pouvons tout aussi peu dire comment nous effectuons ce processus.

Ainsi donc des représentations dont la conscience se détourne, qui n'occupent pas nos pensées, restent aussi soustraites à l'usure et gardent leur montant d'affect non diminué.

Nous avons en outre trouvé qu'une autre sorte de représentations reste soustraite à l'usure par la pensée, non pas parce qu'on ne veut pas s'en souvenir, mais parce que l'on ne le peut pas ; parce qu'elles ont émergé à l'origine et ont été dotées d'affect dans des états pour lesquels l'amnésie existe dans la conscience vigile, des états hypnoti-

274

a. « Die Abwehr-Neuropsychosen », *GW, I ; OCEP, III.*

ques et semblables à l'hypnose. Ces derniers paraissent être de la plus haute significativité pour la doctrine de l'hystérie et mériter pour cela une discussion quelque peu plus approfondie.

## IV

## ÉTATS HYPNOÏDES

Lorsque dans la « Communication préliminaire » nous avons énoncé la thèse : ce qui fonde et conditionne l'hystérie, c'est l'existence d'états hypnoïdes, nous avons omis de voir que Möbius avait en 1890 déjà dit tout à fait la même chose. « Le présupposé de l'effet (pathogène) des représentations est d'une part une prédisposition innée, c.-à-d. la prédisposition hystérique, d'autre part un état émotif particulier. De cet état émotif on ne peut se faire qu'une représentation obscure. Il faut qu'il soit semblable à l'état hypnotique, il faut qu'il corresponde à un certain vide de la conscience, vide dans lequel une représentation qui émerge ne se voit opposer aucune résistance de la part d'autres représentations, dans lequel pour ainsi dire le trône est libre pour le premier venu. Nous savons qu'un tel état peut être amené, outre par hypnotisation, par ébranlement émotif (effroi, colère, etc.) et par des influences épuisantes (insomnie, faim, etc.). »<sup>2</sup>

La question à laquelle M n b i u s tenta ainsi tout d'abord de donner une solution approximative est celle de l'apparition de phénomènes somatiques du fait de représentations. Il rappelle en l'occurrence

1. S'il est question ici et plus tard de représentations qui sont actuelles, efficaces et cependant inconscientes, il ne s'agit là que rarement de telles ou telles représentations (comme par exemple pour Anna O. le grand serpent halluciné, qui déclenche la contracture) ; il s'agit presque toujours de complexes de représentations, de liaisons, de souvenirs de processus externes et de cheminements de pensée personnels. Les représentations, prises isolément, contenues dans de tels complexes de représentations, sont à l'occasion toutes consciemment pensées. Seule telle combinaison déterminée est bannie de la conscience.

2. Möbius, « De l'astasic-abasie » [« Cber Astasie-Abasie », *Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medizin*, 1890, 227, p. 25-30], 1894, p. 17.

a. C£ *supra*, p. 32.

la facilité avec laquelle cette apparition a lieu dans l'hypnose, et tient l'action des affects pour analogue. Notre point de vue dans une certaine mesure divergent concernant cette action de l'affect a été exposé ci-dessus en détail. Je n'ai donc pas besoin d'aborder ici davantage la difficulté résidant en ce que Möbius admet pour la colère un « vide de la conscience »<sup>1</sup> (qui existe il est vrai pour l'effroi et pour l'angoisse traînant en longueur), ni de dire combien il est difficile en général d'établir une analogie entre l'état d'excitation de l'affect et le calme de l'hypnose. Mais nous reviendrons plus tard aux thèses de Möbius qui, comme je le pense, contiennent une importante vérité.

275

Pour nous l'importance des états semblables à l'hypnose, « hypnoïdes », se trouve en outre et avant tout dans l'amnésie et dans leur capacité à conditionner ce clivage de la psyché dont nous discuterons plus tard, et qui pour la « grande hystérie » est d'une significativité fondamentale. Cette importance, nous la leur attribuons maintenant encore aussi. Cependant il me faut pour l'essentiel restreindre notre proposition. La conversion, l'apparition idéogène de phénomènes somatiques, s'effectue aussi en dehors des états hypnoïdes, et pour la formation de complexes de représentations qui sont exclus de la circulation associative, Freud a trouvé dans l'amnésie volontaire de défense une seconde source, indépendante des états hypnoïdes. Mais malgré cette restriction, je continue à penser que ces derniers sont cause et condition de beaucoup d'hystéries, sinon de la plupart des grandes hystéries compliquées.

Au nombre des états hypnoïdes se rangent naturellement avant tout les véritables autohypnoses qui ne se différencient des hypnoses artificielles que par leur apparition spontanée. Nous les trouvons dans nombre d'hystéries pleinement développées avec une fréquence variable et une durée diverse, alternant souvent de la façon la plus rapide avec l'état de veille normale. A cause de leur contenu repré-

1. Peut-être Möbius ne pense-t-il par cette désignation à rien d'autre qu'à l'inhibition du cours des représentations, inhibition qui existe il est vrai pour l'affect, bien que prenant sa source dans des causes tout autres que pour l'hypnose.

2. Observations I et II.

a. Cf. *supra*, p. 222 sq.  
 b. Cf. *infra*, p. 244.

sentatif onirique, ils peuvent souvent mériter le nom de *delirium hystericum*. À l'état de veille existe pour les processus internes de ces états une amnésie plus ou moins complète, alors qu'ils sont complètement remémorés dans l'hypnose artificielle. Les résultats psychiques de ces états, les associations qui y sont formées, sont justement soustraits par l'amnésie à toute correction dans la pensée vigile. Et étant donné que dans l'autohypnose la critique et le contrôle sont abaissés par d'autres représentations et la plupart du temps ont presque entièrement disparu, les représentations délirantes les plus folles peuvent en être issues et se maintenir longtemps intactes. C'est ainsi que prend naissance, presque uniquement dans de tels états, une « relation symbolique entre la circonstance occasionnante et le phénomène pathologique »<sup>a</sup>, irrationnelle et un peu plus compliquée, qui certes repose souvent sur les similitudes sonores et les associations de mots les plus risibles. L'absence de sens critique existant dans ces états conditionne le fait que des autosuggestions y prennent si fréquemment leurs sources, par ex. quand subsiste une paralysie après un accès hystérique. Mais, peut-être par hasard, nous ne sommes presque jamais tombés dans nos analyses sur cette apparition d'un phénomène hystérique. Cette apparition, nous l'avons trouvée aussi bien dans l'autohypnose qu'en dehors de celle-ci, conditionnée par le même processus, la conversion<sup>b</sup> d'une excitation d'affect.

Cette « conversion hystérique » s'effectue dans l'autohypnose plus facilement en tout cas qu'à l'état de veille, tout comme aussi, bien sûr, dans l'hypnose artificielle des représentations suggestives se réalisent corporellement d'autant plus facilement sous forme d'hallucinations et de mouvements. Mais le processus de conversion de l'excitation est cependant dans son essence tel qu'il a été présenté ci-dessus. S'il a eu lieu une fois, le phénomène somatique se répète lorsque l'affect et l'autohypnose se rencontrent à nouveau. Et il semble que l'état hypnotique soit dans ce cas provoqué par l'affect lui-même. Aussi longtemps que l'hypnose alterne nettement avec le plein état de veille, le symptôme hystérique reste ainsi tout d'abord limité à l'état hypnotique et est alors renforcé par la répétition dans cet

a. Cf. *supra*, p. 25.

b. *Konvertierung*.

état : mais la représentation occasionnante reste protégée de la correction opérée par la pensée vigile et sa critique, parce que justement elle n'émerge absolument jamais dans le clair état de veille.

Ainsi chez Anna O. (observation I), la contracture du bras droit, qui s'était associée dans l'autohypnose à l'affect d'angoisse et à la représentation du serpent, resta limitée pendant quatre mois aux moments de l'état hypnotique (ou bien si l'on trouve ce nom impropre pour des absences de très courte durée — hypnoïde), elle se répéta cependant fréquemment. Il en fut de même pour d'autres conversions effectuées dans l'état hypnoïde, et ainsi se constitua dans une latence parfaite ce grand complexe de phénomènes hystériques qui fit son apparition lorsque l'état hypnoïde devint persistante.

Dans le clair état de veille, des phénomènes ainsi apparus ne surviennent que si le clivage de la psyché, dont on aura à discuter plus tard<sup>b</sup>, s'est effectué et si la coexistence de complexes de représentations normaux et hypnoïdes a pris la place de l'alternance entre l'état de veille et l'état hypnoïde.

De tels états hypnoïdes existent-ils déjà avant l'entrée en maladie, et comment se produisent-ils ? Je ne saurais pas dire grand-chose à ce sujet, car nous ne disposons d'aucune autre observation, en dehors du cas Anna O., qui pourrait donner des renseignements. Concernant cette malade, il semble certain que l'autohypnose était préparée par une rêverie habituelle et qu'elle fut ensuite totalement mise en place par un affect d'angoisse traînant en longueur, qui, il est vrai, fonde lui-même un état hypnoïde. Il ne semble pas invraisemblable que ce processus ait une portée plus générale.

Des états très diversifiés conditionnent une « absence de l'esprit », mais seuls quelques-uns d'entre eux disposent à l'autohypnose ou passent sans transition en elle. Le chercheur plongé dans un problème est certes aussi anesthésique jusqu'à un certain degré, et il ne forme pas de perceptions conscientes à partir de grands groupes de sensations sensorielles ; il en va de même de celui qui crée avec vivacité des oeuvres de fantaisie (« théâtre privé » d'Anna O.c). Mais dans

277

a. Cf *supra*, p. 41 sq.  
 b. Cf *infra*, p. 246 sq.  
 c. Cf *supra*, p. 60.

ces états un travail psychique est fourni avec énergie ; l'excitation — en train de se libérer — du système nerveux s'y trouve consommée. — Dans la distraction, dans les moments crépusculaires par contre, l'excitation intracérébrale sombre au-dessous du niveau du clair état de veille ; ces états confinent à la somnolence et passent au sommeil. Mais si dans de tels états de « plongée », et le cours des représentations étant inhibé, un groupe de représentations marquées d'affect est vivace, il crée un haut niveau d'excitation intracérébrale, laquelle n'est pas consommée par un travail psychique et est disponible pour des opérations anormales, pour la conversion.

Ce ne sont donc ni l' « absence de l'esprit » lors d'un travail énergique, ni l'état crépusculaire dépourvu d'affect qui sont pathogènes, mais bien la rêverie remplie d'affect et l'état de fatigue des affects traînant en longueur. La rumination de celui qui est soucieux, l'anxiété de celui qui veille au chevet d'un être cher malade, la rêverie amoureuse sont de tels états. La concentration sur le groupe de représentations affectives conditionne d'abord l' « absence ». Peu à peu le cours des représentations se ralentit, pour finalement presque stagner ; mais la représentation affective et son affect restent vivaces, et par là aussi la grande quantité d'excitation fonctionnellement non consommée. La similitude de ces circonstances avec les conditions de l'hypnose semble impossible à méconnaître. Celui qui doit être hypnotisé ne doit pas non plus s'endormir vraiment, c.-à-d. que son excitation intracérébrale ne doit pas sombrer au niveau du sommeil ; mais il faut que le cours des représentations soit inhibé. Alors toute la masse d'excitation est à la disposition de la représentation suggérée.

Il se pourrait ainsi que l'autohypnose pathogène apparût chez maintes personnes du fait que l'affect pénètre dans la rêverie habituelle. C'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles nous rencontrons si souvent dans l'anamnèse de l'hystérie les deux grands facteurs pathogènes : l'état amoureux et les soins donnés aux malades. Le premier crée, quand on pense avec désirance à l'être aimé absent, « l'extase », l'entrée de la réalité ambiante dans un état crépusculaire et ensuite la mise au repos — remplie d'affect — de la pensée ; les soins donnés aux malades instaurent vraiment les mêmes conditions que beaucoup de méthodes d'hypnotisation grâce au

calme extérieur, à la concentration sur un seul objet, à l'écoute de la respiration du malade, et remplissent de l'affect d'angoisse l'état crépusculaire ainsi apparu. Peut-être ces états ne se différencient-ils que quantitativement des véritables autohypnoses et passent-ils sans transition en celles-ci.

Si cela est arrivé une fois, l'état semblable à l'hypnose ne cesse de se répéter du fait de ces mêmes circonstances, et l'individu a alors trois états animiques au lieu des deux normaux : l'état de veille, le sommeil et l'hypnoïde, comme nous l'observons aussi lors d'une fréquente répétition de l'hypnose artificielle profonde.

Je ne saurais dire si les états hypnotiques spontanés peuvent se développer aussi sans une telle intervention de l'affect, en tant que résultats d'une prédisposition originelle ; mais je tiens cela pour très vraisemblable. Quand nous voyons combien l'aptitude à l'hypnose artificielle est différente chez les personnes en bonne santé et chez les personnes malades, avec quelle facilité elle s'installe chez nombre d'entre elles, on est amené à supposer qu'elle se produit aussi chez celles-ci spontanément. Et la prédisposition à cela est peut-être nécessaire pour que la rêverie se transforme en autohypnose. Je suis donc bien loin de présupposer chez tous les hystériques le mécanisme d'apparition qu'Anna O. nous a fait connaître.

Je parle d'états hypnoïdes et non d'hypnose proprement dite parce que ces états si importants dans le développement de l'hystérie sont très mal délimités. Nous ne savons pas si la rêverie, qui a été désignée ci-dessus comme stade préliminaire de l'autohypnose, ne peut pas elle-même déjà avoir la même action pathogène que celle-ci et si l'affect d'angoisse traînant en longueur ne fait pas de même. S'agissant de l'effroi, cela est certain. Tandis qu'il inhibe le cours des représentations, alors qu'une représentation affective (du danger) est cependant très vivace, il se trouve en total parallélisme avec la rêverie remplie d'affect ; et tandis que le souvenir toujours renouvelé instaure toujours de nouveau cet état animique, il apparaît un « hypnoïde d'effroi » dans lequel la conversion est imposée ou stabilisée : le stade d'incubation de l'« hystérie traumatique » sensu stricto.

279

Étant donné que des états si différents, mais concordants sur le point le plus important, se situent dans la lignée de l'autohypnose, le nom « hypnoïde », qui souligne cette similitude interne, est recom-

mandé. Il résume ce point de vue que M o b i u s a soutenu dans les propositions citées ci-dessus.

Mais il désigne avant tout l'autohypnose proprement dite, dont l'importance pour l'apparition des phénomènes hystériques repose sur la facilitation de la conversion, la protection des représentations converties contre l'usure (par l'amnésie) et le clivage psychique qui finalement en résulte.

Si maintenant un symptôme corporel a pour cause une représentation et ne cesse d'être déclenché par celle-ci, on devrait s'attendre à ce que des malades intelligents et capables d'observation de soi soient conscients de cette corrélation ; à ce qu'ils sachent, conformément à leur expérience, que le phénomène somatique survient en même temps que le souvenir d'un épisode déterminé. Certes, la relation causale interne leur est inconnue ; mais nous savons toujours tous cependant quelle représentation nous fait pleurer ou rire ou rougir, même si le mécanisme nerveux de ces phénomènes idéogènes est loin d'être clair pour nous. — Cela étant, les malades observent parfois effectivement la corrélation et en sont conscients ; une femme dit par ex. que le léger accès hystérique (tremblements et palpitations cardiaques, entre autres) provient d'une grande surexcitation émotive et ne se répète qu'à chaque épisode qui le rappelle. Mais cela n'est pas valable pour de très nombreux symptômes hystériques, voire pour la majorité d'entre eux. Même des malades intelligents ne savent pas que ces symptômes interviennent à la suite d'une représentation et les considèrent comme des phénomènes corporels autonomes. S'il en était autrement, la théorie psychique de l'hystérie ne manquerait pas d'avoir déjà un âge respectable.

Nous sommes à présent bien près de croire que les manifestations morbides en question sont certes apparues de manière idéogène à l'origine ; mais leur répétition les a, pour utiliser l'expression de R o m b e r g b, « implantées » dans le corps, et elles ne reposeraient plus à présent sur un processus psychique, mais sur les modifications

a. Cf. *supra*, p. 238 sq.

b. Moritz Heinrich Romberg (1795-1873), *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* (Traité des maladies nerveuses de l'homme), Berlin, Duncker, 1840, p. 192.

du système nerveux apparues entre-temps ; elles seraient devenues des symptômes autonomes, véritablement somatiques.

De prime abord, ce point de vue n'est ni impossible ni invraisemblable. Mais je crois que la nouveauté que nos observations apportent à la doctrine de l'hystérie consiste justement à mettre en évidence que — du moins dans de très nombreux cas — il n'est pas pertinent. Nous avons vu que les symptômes les plus divers, après des années d'existence, « disparaissaient aussitôt et sans retour quand on avait réussi à amener en pleine lumière le souvenir de l'épisode occasionnant, et par là même à réveiller l'affect l'accompagnant, et quand le malade dépeignait l'épisode de la manière la plus détaillée possible et mettait des mots sur l'affect »<sup>a</sup>. Les histoires de malades racontées ici donnent quelques justifications à l'appui de cette affirmation. « En inversant la proposition : *cessante causa cessat effectus*, nous sommes bien autorisés à conclure de ces observations que l'épisode occasionnant (c.-à-d. le souvenir de celui-ci) continue à agir des années après, non pas indirectement par la médiation d'une chaîne de maillons intermédiaires causaux, mais immédiatement en tant que cause déclenchante, tout comme par exemple une douleur psychique mémorisée dans la conscience vigile provoque encore à une époque ultérieure la sécrétion de larmes : l'hystérique souffre pour la plus grande part de réminiscences. »<sup>b</sup>

Mais si cela est le cas, si le souvenir du trauma psychique, à la façon d'un corps étranger, doit longtemps après son intrusion avoir encore la valeur d'un agent présentement actif, et que cependant le malade n'ait aucune conscience de ces souvenirs et de leur émergence, il nous faut convenir que des représentations inconscientes existent et agissent.

Pendant, lors de l'analyse des phénomènes hystériques, nous ne trouvons pas de telles représentations seulement à l'état isolé, mais il nous faut reconnaître qu'effectivement, comme l'ont montré des chercheurs français de mérite, de grands complexes de représentations et des procès psychiques embrouillés, riches de conséquences,

281

a. Cf. *supra*, p. 26 sq.

b. Cf. *supra*, p. 27 sq.

c. Alfred Binet et Pierre Janet. Cf. *supra*, p. 32 et 211.

restent totalement inconscients chez plus d'un malade et coexistent avec la vie psychique consciente ; qu'un clivage de l'activité psychique se produit et que celui-ci a, pour la compréhension des hystéries compliquées, une importance fondamentale.

Qu'il soit permis de s'engager quelque peu dans ce domaine difficile et obscur ; la nécessité d'établir le sens des expressions utilisées peut en quelque sorte excuser la discussion théorisante.

## V

REPRÉSENTATIONS INCONSCIENTES  
ET INCAPABLES DE CONSCIENCE.  
CLIVAGE DE LA PSYCHÉ

Nous nommons conscientes ces représentations dont nous avons connaissance. Il existe chez l'homme ce fait merveilleux : la conscience de soi ; nous pouvons considérer et observer comme des objets des représentations qui émergent en nous et se succèdent. Cela ne se produit pas toujours, car il y a, il est vrai, rarement occasion d'observation de soi. Mais c'est une capacité propre à tous les hommes, car chacun dit : j'ai pensé telle ou telle chose. Ces représentations que nous observons comme étant vivantes en nous, ou que nous observerions si nous y avions prêté attention, nous les nommons conscientes. À tout moment il n'en existe que très peu ; en dehors de celles-ci, et si d'autres encore devaient être actuelles, il nous faudrait les nommer représentations inconscientes .

Parler en faveur de l'existence de représentations actuelles, mais inconscientes ou subconscientes, semble à peine plus nécessaire. Ce sont des faits de la vie la plus quotidienne. Si j'ai oublié de faire une visite médicale, je ressens une vive inquiétude. Je sais d'expérience ce que signifie cette sensation : un oubli. J'examine en vain mes souvenirs, je ne trouve pas la cause ; jusqu'à ce que, souvent après plusieurs heures, elle m'entre soudain dans la conscience. Mais pendant tout ce temps je suis inquiet. La représentation de cette visite est donc toujours efficiente, donc aussi toujours présente, mais pas dans

la conscience. — Un homme occupé a eu le matin une contrariété. Sa fonction l'absorbe entièrement : durant son activité, sa pensée consciente est totalement occupée, et il ne pense pas à son irritation. Mais ses décisions en sont influencées, et il dit sans doute non là où d'habitude il dirait oui. Le souvenir est donc malgré tout efficient, donc présent. Une grande partie de ce que nous nommons humeur découle d'une telle source, à savoir de représentations qui existent et agissent au-dessous du seuil de la conscience. — Oui, toute la conduite de notre vie est constamment influencée par des représentations subconscientes. Nous voyons quotidiennement comment lors d'une décadence mentale, par ex. au début d'une paralysie générale, les inhibitions qui d'habitude empêchent maintes actions deviennent plus faibles et disparaissent. Mais le paralytique qui tient maintenant devant les femmes des propos obscènes n'a pas, dans sa période de bonne santé, été retenu de le faire par le souvenir et la réflexion conscients. Il évitait cela « instinctivement » et « automatiquement », c.-à-d. qu'il avait été retenu de le faire par des représentations que l'impulsion à commettre une telle action éveillait, mais qui restaient au-dessous du seuil de conscience et qui inhibaient cependant l'impulsion. — Toute activité intuitive se trouve dirigée par des représentations qui sont en grande partie subconscientes. Ce sont justement les seules représentations les plus claires, les plus intenses, qui sont perçues par la conscience de soi, alors que la grande masse de représentations actuelles, mais plus faibles, reste inconsciente.

Ce qui est objecté contre l'existence et l'efficience de « représentations inconscientes » apparaît en grande partie comme une querelle de mots. Assurément, « représentation » est un mot tiré de la terminologie de la pensée consciente et pour cette raison « représentation inconsciente » est une expression pleine de contradiction. Mais le procès physique qui est à la base de la représentation est le même quant au contenu et à la forme (mais non quant à la qualité), que la représentation passe au-dessus du seuil de la conscience ou qu'elle reste en dessous. Il suffirait de former un terme comme par exemple « substrat de représentation » pour éviter la contradiction et échapper à ce reproche.

Il semble donc qu'il n'existe pas d'empêchement de principe à ce que l'on reconnaisse des représentations inconscientes également

comme causes de phénomènes pathologiques. Mais si l'on aborde la chose de plus près, d'autres difficultés s'ensuivent. Quand d'habitude l'intensité des représentations inconscientes croît, celles-ci entrent eo ipso dans la conscience. Elles ne restent inconscientes que si l'intensité est faible. Mais il semble difficile d'envisager comment une représentation devrait être à la fois suffisamment intense pour provoquer, par ex., une vive action motrice, et pas suffisamment pourtant pour devenir consciente.

283

J'ai déjà mentionné un point de vue qui peut-être ne devrait pas être rejeté tout net. La clarté de nos représentations, et par là leur capacité d'être observées par la conscience de soi, d'être conscientes, est conditionnée en même temps par le sentiment de plaisir ou de déplaisir qu'elles éveillent, par leur valeur d'affect. Quand une représentation déclenche immédiatement une vive conséquence somatique, l'excitation s'écoule dans la voie concernée, excitation qui d'ordinaire, partant de cette voie, se répandrait dans le cerveau, et justement *parce* qu'elle a des conséquences corporelles, parce qu'a eu lieu une conversion de sa grandeur•de•stimulus psychique en grandeur•de•stimulus somatique, elle perd la clarté qui d'ordinaire la caractériserait dans le courant des représentations ; elle se perd parmi les autres.

Quelqu'un a eu, par ex., pendant le repas un violent affect et ne l'a pas « abrégé ». Par la suite, quand le malade tente de manger, surviennent étouffements et vomissements, qui lui apparaissent comme un symptôme purement corporel. Il existe pendant un assez long temps un vomissement hystérique qui disparaît après que l'affect a été renouvelé dans l'hypnose, raconté, et a fait par la suite l'objet d'une réaction. Indubitablement ce souvenir a *été* chaque fois éveillé par la tentative de manger et a déclenché le vomissement. Mais il n'entre pas clairement dans la conscience, parce qu'il est maintenant dépourvu d'affect, alors que le vomissement absorbe parfaitement l'attention.

Il est concevable que pour cette raison maintes représentations qui déclenchent des phénomènes hystériques ne soient pas reconnues

a. par le fait même.

b. Cf. *supra*, p. 227.

comme cause de ceux-ci. Mais il est impossible qu'une telle omission de représentations devenues dépourvues d'affect, parce que converties, soit la cause de ce déclenchement, alors que dans d'autres cas des complexes de représentations qui ne sont rien moins que dépourvues d'affect n'entrent pas dans la conscience. Dans nos histoires de malades, de multiples exemples sont fournis en ce sens.

Chez de tels malades, il est de règle que la modification d'humeur, l'anxiété, l'irritabilité coléreuse, le deuil précèdent l'apparition du symptôme somatique ou le suivent aussitôt, pour croître jusqu'à ce que la solution survienne par une expression verbale, ou bien que l'affect et les phénomènes somatiques disparaissent de nouveau peu à peu. Dans le premier cas, la qualité de l'affect se faisait toujours tout à fait compréhensible, même si son intensité ne pouvait qu'apparaître tout à fait disproportionnée au bien portant et, après la solution, également au malade lui-même. Ce sont des représentations qui sont donc suffisamment intenses pour non seulement causer des phénomènes corporels, mais aussi pour provoquer l'affect y afférent, influencer l'association, du fait que des pensées apparentées sont privilégiées par elles et restent cependant elles-mêmes en dehors de la conscience. Il est besoin de l'hypnose, comme dans les observations I et II, ou de l'aide intensive du médecin (observations IV, V), allant de pair avec la recherche la plus pénible, pour les amener à la conscience.

284

De telles représentations qui (bien qu'actuelles) sont inconscientes, non à cause d'une vivacité relativement faible mais en dépit d'une grande intensité, nous pouvons les nommer représentations incapables de conscience<sup>1</sup>.

L'existence de telles représentations incapables de conscience est pathologique. Chez le bien portant, toutes les représentations qui en général peuvent devenir actuelles pénètrent aussi dans la conscience si l'intensité est suffisante. Chez nos malades, nous trouvons l'un à côté de l'autre le grand complexe de représentations capables de conscience et un complexe plus petit de représentations incapables

1. L'expression [*bewußtseinsunfähig*] n'est pas encore univoque et pour cette raison laisse beaucoup à désirer ; mais, formée d'après l'analogie de a *hoehig* » (capable de fréquenter la cour, admis à la cour), elle peut être utilisée en attendant, à défaut d'autre chose.

de conscience. Le domaine de l'activité psychique représentative ne coïncide donc pas chez eux avec la conscience potentielle ; mais celle-ci est plus limitée que celui-là. L'activité représentative psychique se divise ici en une activité consciente et une activité inconsciente et les représentations en représentations capables de conscience et représentations non capables de conscience. Nous ne pouvons donc pas parler d'un clivage de la conscience, mais nous pouvons bel et bien parler d'un clivage de la psyché.

285

A l'inverse, ces représentations subconscientes ne sauraient non plus être influencées ni corrigées par la pensée consciente. Maintes fois, il s'agit d'expériences vécues qui depuis sont devenues vides de contenu, peur d'événements qui ne sont pas survenus, effroi qui s'est résolu en éclats de rires ou en joie d'avoir été sauvé. Ces suites enlèvent toute affectivité au souvenir en ce qui concerne la pensée consciente ; la représentation subconsciente, qui provoque des phénomènes somatiques, en reste totalement intacte.

Qu'il soit permis d'en citer encore un exemple : une jeune femme fut pendant quelque temps soucieuse du destin de sa soeur cadette. Sous le coup de cette impression, ses règles, d'habitude régulières, se prolongèrent de deux semaines, il survint une sensibilité à la douleur de l'hypogastre gauche, et par deux fois la patiente, s'éveillant d'un « évanouissement », se retrouva sur le sol dans un état de rigidité. Il s'ensuivit une ovarie du côté gauche avec les manifestations d'une grave péritonite. Absence de fièvre, contracture de la jambe gauche (et du dos) caractérisaient l'affection comme une pseudopéritonite, et lorsque la patiente mourut quelques années plus tard et fut autopsiée, on ne trouva qu'une « dégénérescence microkystique » des deux ovaires sans les séquelles d'une péritonite qui aurait eu lieu. Les manifestations graves disparurent peu à peu, laissant derrière elles ovarie, contracture des muscles dorsaux au point que le tronc était rigide comme une poutre et contracture de la jambe gauche. Cette dernière fut éliminée dans l'hypnose par suggestion directe. La contracture dorsale resta non influencée. Entre-temps les affaires de la soeur s'étaient complètement arrangées, et toute appréhension avait disparu. Mais les phénomènes hystériques, qui ne pouvaient qu'en

a. Paragraphe imprimé en petits caractères dans les quatre premières éditions.

découler, continuèrent à exister non modifiés. On était tenté de supposer que c'étaient des modifications, devenues autonomes, de l'innervation, et qu'elles n'étaient plus liées à la représentation occasionnante. Mais lorsque alors, dans l'hypnose, la patiente fut contrainte de raconter toute l'histoire jusqu'à ce qu'elle tombe malade d'une « péritonite » (récit qu'elle fit très à regret), elle se dressa dans son lit, tout de suite après, spontanément, et la contracture dorsale avait disparu pour toujours. (L'ovarie, dont l'origine première était assurément beaucoup plus ancienne, resta non influencée.) La représentation d'angoisse pathogène avait donc malgré tout continué d'exister des mois durant avec efficacité et vivacité ; et elle avait été totalement inaccessible à toute correction par les événements.

286

Or s'il nous faut reconnaître l'existence de complexes de représentations qui n'entrent jamais dans la conscience vigile et ne sont pas influencés par la pensée consciente, nous avons ainsi déjà admis, même pour des hystéries aussi simples que celle que nous venons de décrire, le clivage de la psyché en deux parties relativement indépendantes. Je n'affirme pas que tout ce que l'on nomme hystérique ait pour base et condition un tel clivage ; mais bien que « ce clivage de l'activité psychique, qui est si frappant en tant que double conscience dans les cas bien connus, existe de façon rudimentaire dans toute "grande" hystérie et que la capacité et le penchant à cette dissociation sont le phénomène fondamental de cette névrose. »<sup>a</sup>

Mais avant d'aborder la discussion de ces phénomènes, il me faut encore ajouter une remarque relative aux représentations inconscientes qui occasionnent des manifestations somatiques. Comme la contracture dans le cas raconté ci-dessus, nombre des phénomènes hystériques sont bel et bien d'une durée longue et continue. Devons-nous et pouvons-nous supposer que pendant tout ce temps la représentation occasionnante est toujours vivace et actuellement présente ? Je crois que oui. Assurément nous voyons chez le bien portant l'activité psychique s'effectuer avec une rapide alternance des représentations. Mais nous voyons celui qui est gravement mélancolique continuellement plongé pendant une longue période dans cette même représentation pénible qui est toujours vivace et actuelle. Oui, nous sommes

a. C&E *supra*, p. 32. La citation est ici légèrement modifiée.

bien en droit de croire que chez le bien portant lui aussi un grand souci est toujours présent, étant donné qu'il domine l'expression du visage, même si la conscience est remplie par d'autres pensées. Mais cette partie séparée de l'activité psychique, que nous pensons remplie chez l'hystérique par les représentations inconscientes, en est la plupart du temps si pauvrement investie, est si inaccessible à l'alternance des impressions externes, que nous pouvons croire qu'il soit ici possible à une représentation d'avoir une vivacité durable.

287

Si la séparation par clivage d'une partie de l'activité psychique nous semble, comme à Binet et à Janet a, être au centre de l'hystérie, nous sommes dans l'obligation de rechercher, concernant ce phénomène, le plus de clarté possible. On tombe par trop facilement dans l'habitude de pensée consistant à supposer, derrière un substantif, une substance, à comprendre peu à peu, sous les mots « Bewußtsein », conscience, une chose ; et si l'on s'est habitué à utiliser métaphoriquement des relations de localité, comme « subconscience », il se forme effectivement avec le temps une représentation dans laquelle la métaphore est oubliée et avec laquelle on procède facilement à des manipulations comme avec une représentation réelle. La mythologie est alors toute prête.

À toute notre pensée s'imposent comme accompagnatrices et auxiliaires des représentations spatiales, et nous parlons en métaphores spatiales. C'est ainsi que se mettent en place de façon presque contraignante les images du tronc de l'arbre debout dans la lumière et de ses racines dans l'obscurité, ou bien de l'édifice et de son sous-sol obscur, lorsque nous parlons des représentations qui se trouvent dans le territoire de la conscience claire, et des représentations qui n'entrent jamais dans la clarté de la conscience de soi. Mais si nous avons toujours présent à l'esprit que tout ce qui est spatial est ici métaphore, et que nous ne nous laissons pas entraîner en quelque sorte à le localiser dans le cerveau, il nous est possible, quoi qu'il en soit, de parler d'une conscience et d'une subconscience. Mais seulement avec cette réserve.

a. Cf *supra*, p. 211.

b. En français dans le texte.

Nous sommes certains du danger de nous laisser duper par nos propres figures de rhétorique si nous nous rappelons toujours que c'est pourtant le même cerveau et très vraisemblablement la même écorce cérébrale dans lesquels apparaissent les représentations conscientes tout comme les représentations inconscientes. Comment cela est possible, on ne peut le dire. Mais nous en savons pourtant si peu sur l'activité psychique de l'écorce cérébrale qu'une complication mystérieuse de plus accroît à peine notre ignorance infinie. Il nous faut reconnaître le fait que chez les hystériques une partie de l'activité psychique est inaccessible à la perception par la conscience de soi de la personne vigile et qu'ainsi la psyché est clivée.

Un cas universellement connu d'un tel partage de l'activité psychique est l'accès hystérique dans nombre de ses formes et de ses stades. À son début la pensée consciente est souvent tout à fait éteinte ; mais ensuite elle s'éveille peu à peu. On entend de nombreux malades intelligents avouer que leur moi conscient a été tout à fait lucide pendant l'accès et qu'il a observé avec curiosité et étonnement toutes les extravagances qu'ils commettaient et disaient. De tels malades ont alors aussi sans doute l'idée (erronée) qu'ils auraient pu inhiber l'accès avec de la bonne volonté, et ils sont enclins à s'en imputer la faute. « Ils n'auraient pas dû faire ça. » (Les auto-accusations de simulation reposent elles aussi en grande partie sur cette sensation.) Lors de l'accès suivant, le moi conscient est alors aussi peu en mesure de dominer les processus que lors de l'accès antérieur. — Voici donc que l'activité de pensée et de représentation du moi vigile conscient se trouve à côté des représentations qui, d'ordinaire dans l'obscurité de l'inconscient, ont maintenant acquis la domination sur la musculature et le langage, et même aussi sur une grande partie de l'activité représentative elle-même, et le clivage de la psyché est manifeste.

Or ce nom de clivage, non seulement de l'activité psychique mais de la conscience, les découvertes de **Binet** et de **Janet** le méritent à coup sûr ; ces observateurs ont réussi, comme on sait, à se mettre en rapport avec la « subconscience » de leurs malades, avec cette partie de l'activité psychique dont le moi vigile conscient ne sait rien ; et ils y ont mis en évidence dans bien des cas toutes les fonctions psychiques, celle de la conscience de soi incluse. Car on rencontre là le souvenir

de processus psychiques antérieurs. Cette demi-psyché est donc une psyché tout à fait complète, consciente pour ce qui la concerne. La partie séparée par clivage de la psyché est dans nos cas « placée dans les ténèbres »<sup>a</sup>, de même que les Titans sont bannis dans le gouffre de l'Etna, susceptibles d'ébranler la terre, mais n'apparaissant jamais à la lumière. Dans les cas de Janet, un partage total du royaume a eu lieu. Avec encore une différence dans la hiérarchie. Mais cette différence aussi disparaît si les deux moitiés de la conscience alternent comme dans les cas connus de double conscience<sup>b</sup> et ne se différencient pas dans leur capacité de fonctionnement.

Revenons cependant à ces représentations que nous avons mises en évidence chez nos malades comme causes de leurs phénomènes hystériques. Il s'en faut de beaucoup que nous puissions toutes les nommer simplement « inconscientes » et « incapables de conscience ». De la représentation parfaitement consciente qui déclenche un réflexe inhabituel jusqu'à celle qui, jamais dans l'éveil mais seulement dans l'hypnose, entre dans la conscience, une échelle graduée à peine interrompue passe par tous les degrés du flou et de l'obscur. Malgré tout, nous considérons comme établie la preuve que dans les degrés plus élevés d'hystérie le clivage de l'activité psychique existe, lui seul semblant rendre possible une théorie psychique de la maladie.

Que peut-on alors déclarer ou supposer avec vraisemblance concernant la cause et l'apparition de ce phénomène ?

P. Janet, à qui la doctrine de l'hystérie est si extraordinairement redevable et avec qui nous sommes d'accord sur la plupart des points, a développé à ce sujet des vues que nous ne pouvons faire nôtres :

Janet considère que le « clivage de la personnalité » repose sur une faiblesse mentale originelle (insuffisance psychologiques) ; que toute activité mentale normale présuppose une certaine capacité de « synthèse », la possibilité de relier plusieurs représentations en un

a. Cf. Goethe, *Faust I* (Cabinet de travail), v. 1781-1783: « Ce tout / n'est fait que pour un Dieu! / Il baigne dans la lumière éternelle, / Nous, il nous a placés dans les ténèbres. » (Trad. H. Lichtenberger.)

b. Deux mots en français dans le texte.

c. Cf. Janet, « Quelques définitions récentes de l'hystérie », *Archives de neurologie*, 1893, 25, p. 417-438, et 26, p. 1-29, et *Étude expérimentale des hystériques*, Paris, Rueff, 1894.

d. Deux mots en français dans le texte.

complexe. Une telle activité synthétique, c'est ce que serait déjà la fusion des différentes perceptions sensorielles en une image de l'environnement ; cette opération de la psyché, on trouverait qu'elle est, chez les hystériques, très au-dessous de la norme. Un homme normal, si son attention est dirigée au maximum sur un point, par ex. sur la perception au moyen d'un seul sens, perdrait provisoirement la capacité d'apercevoir des impressions des autres sens, c.-à-d. de les accueillir dans la pensée consciente. Chez les hystériques ce serait le cas, sans aucune concentration particulière de l'attention. Perçoivent-ils quelque chose, ils sont inaccessibles aux autres perceptions sensorielles. Qui plus est, ils ne seraient même pas en état d'appréhender comme étant rassemblées des impressions d'un seul sens ; ils peuvent par ex. n'apercevoir que les perceptions tactiles d'une moitié du corps ; celles de l'autre côté parviennent au centre, sont utilisées pour la coordination des mouvements, mais non aperçues. Un tel homme est hémianesthésique.

Chez l'être normal une représentation en appelle à la conscience, par association, une grande quantité d'autres qui entrent en rapport avec la première, par ex. en la confortant ou en l'inhibant, et seules des représentations douées du maximum de vivacité sont à vrai dire tellement surfortes que les associations restent au-dessous du seuil de la conscience. Chez les hystériques cela serait toujours le cas. Chaque représentation confisquerait l'ensemble de la modeste activité mentale ; cela conditionnerait l'excessive affectivité des malades.

290

Cette particularité de leur psyché, Janet la désigne du nom de rétrécissement du champ de conscience » des hystériques, par analogie avec le « rétrécissement du champ visuel ». Les impressions sensorielles non aperçues et les représentations qui ont été réveillées mais ne sont pas entrées dans la conscience, s'éteignent la plupart du temps sans autres conséquences, mais parfois elles s'agrègent et forment des complexes : la strate psychique soustraite à la conscience, la subconscience.

L'hystérie, reposant essentiellement sur ce clivage de la psyché, serait « une maladie de faiblesse »<sup>b</sup> ; et c'est pourquoi elle se dévelop-

a. *apperzipieren*.

b. Quatre mots en français dans le texte.

perait le plus quand agissent sur la psyché originellement faible d'autres influences débilitantes ou que lui sont posées des exigences élevées face auxquelles la force mentale apparaît encore plus modeste.

Dans cet exposé de ses vues, Janet a d'ailleurs déjà répondu à la question importante concernant la disposition à l'hystérie, le *typus hystericus* (ce mot pris dans le sens où l'on parle de *typus phthisicus* et où l'on entend par là le thorax étroit et allongé, le coeur petit, etc.). Janet considère une forme déterminée de faiblesse mentale innée comme étant la disposition à l'hystérie. Face à cela, nous voudrions formuler brièvement nos vues de la façon suivante : le clivage de la conscience n'intervient pas parce que les malades sont faibles d'esprit, mais les malades se montrent faibles d'esprit parce que leur activité psychique est partagée et que seule une partie de la capacité de fonctionnement est à la disposition de la pensée consciente. Nous ne pouvons pas considérer la faiblesse mentale comme *typus hystericus*, comme quintessence de la disposition à l'hystérie.

Ce que veut dire la première proposition, un premier exemple peut l'élucider. Plus d'une fois, nous avons pu observer chez une de nos malades (Madame Cacilie M.a) le déroulement suivant : lorsqu'elle se sentait relativement bien survenait un symptôme hystérique : une hallucination tourmentante, obsédante, une névralgie, etc., dont l'intensité augmentait pendant quelque temps. Simultanément à cela, la capacité de fonctionnement mental diminuait de façon continue, et quelques jours après tout observateur non initié ne pouvait que qualifier la malade de faible d'esprit. Alors elle était déliée de la représentation inconsciente (souvenir d'un trauma psychique souvent passé depuis longtemps) ; soit grâce au médecin dans l'hypnose, soit qu'elle racontât soudain la chose dans un état de surexcitation accompagné d'un vif affect. Alors non seulement elle devenait calme et enjouée, libérée du symptôme tourmentant, mais on ne cessait de s'étonner de son riche et lucide intellect, de l'acuité de son entendement et de son jugement. Elle jouait avec prédilection (excellamment) aux échecs, et volontiers deux parties en même temps, ce qui certes n'est guère le signe d'une synthèse mentale déficiente. L'impression ne pouvait être écartée que dans tel ou tel déroulement des choses, la

a. Cf. *supra*, p. 87, n. 1.

représentation inconsciente s'emparait d'une part toujours croissante de l'activité psychique, que plus cela se produisait, plus la part de la pensée consciente diminuait, jusqu'à ce que cette pensée sombrât dans une totale imbécillité ; mais qu'elle possédait, lorsque, selon l'expression viennoise remarquablement pertinente, elle était « *b e i s a m m e n* »<sup>a</sup>, une capacité de fonctionnement mental éminente.

Pour établir la comparaison avec les états des normaux, nous voudrions faire appel non à la concentration de l'attention, mais à la préoccupation. Quand un être humain est « préoccupé » par une représentation vivace, par ex. un souci, sa capacité de fonctionnement mental est abaissée de façon similaire.

Tout observateur subit principalement l'influence de ses objets d'observation, et nous croyons volontiers que la conception de Janet s'est formée essentiellement dans l'étude approfondie de ces hystériques faibles d'esprit qui se trouvent à l'hôpital ou à l'hospice, parce qu'en raison de leur maladie et de leur faiblesse mentale conditionnée par elle, ils ne peuvent tenir bon dans la vie. Notre propre observation d'hystériques cultivés nous contraint à avoir de leur psyché une opinion essentiellement différente. Nous croyons « qu'on peut trouver parmi les hystériques les personnes ayant l'esprit le plus lucide, la volonté la plus ferme, le caractère le plus décidé et le sens critique le plus développé »<sup>b</sup>. À aucun degré les dons psychiques effectifs et solides ne sont exclus du fait de l'hystérie, même si souvent du fait de la maladie l'activité réelle devient impossible. La sainte patronne de l'hystérie, Thérèse d'Avila, n'était-elle pas bel et bien aussi une femme géniale au sens pratique le plus solide ?

292

Mais il est vrai qu'à aucun degré non plus la niaiserie, l'incompétence et la faiblesse de volonté ne garantissent de l'hystérie. Même si l'on fait abstraction de tout ce qui n'est que la conséquence de la maladie, il faut reconnaître que le type des hystériques faibles d'esprit est fréquent. Sauf qu'il ne s'agit pas ici non plus d'une sottise torpide, flegmatique, mais plutôt d'un niveau excessif de mobilité mentale qui rend débile. Je traiterai plus tard de la question de la

a. en possession de toutes ses facultés.

b. Cf. *supra*, p. 33.

c. 1515-1582.

disposition originelle. On constatera seulement ici que l'opinion de Janet selon laquelle la faiblesse d'esprit serait en général à la base de l'hystérie et du clivage psychique est inacceptables.

En totale opposition avec les vues de Janet, je suis d'avis que dans de très nombreux cas se trouve à la base de la désagrégation une suractivité psychique, la coexistence habituelle de deux séries de représentations hétérogènes. **Il a été souvent fait** allusion au fait que fréquemment nous ne sommes pas seulement actifs « mécaniquement » tandis que dans notre pensée consciente se déroulent des séries de représentations qui n'ont rien de commun avec notre activité, mais que nous sommes aussi capables de productions psychiques indubitables tandis que nos pensées sont « occupées autre part » ; comme par ex. quand nous lisons à haute voix correctement et avec l'intonation appropriée **et que cependant nous ne savons alors absolument pas ce que nous avons lu.**

Il y a certes toute une foule d'activités depuis les actions mécaniques comme le tricot, les exercices de gammes, jusqu'à celles qui ont tout au moins pour condition une certaine production animique — qui toutes<sup>b</sup> sont produites par nombre de personnes avec une demi-présence d'esprit. Particulièrement par celles qui, alors qu'elles sont pleines de vie, sont tourmentées par une occupation monotone, simple et dépourvue d'attrait, et se procurent au début tout à fait intentionnellement le divertissement consistant à penser à autre chose. (Le « théâtre privé » chez Anna O., histoire de maladie n° I°.) Un cas différent, mais semblable, existe lorsqu'une série de représentations **intéressante, issue par ex. de la lecture, du théâtre, etc. s'impose et fait intrusion. Cette intrusion est encore plus énergique quand la série de représentations étrangère est fortement « marquée d'affect »** : souci, désirance amoureuse. **On** a alors affaire à l'état de préoccupation abordé ci-dessus, mais qui n'empêche pas nombre de personnes d'accomplir cependant des activités d'une complication modérée. Les conditions sociales contraignent souvent à de tels dédoublements, même s'agissant d'une pensée intense, comme par

a. Cf. *supra*, p. 123.

b. Mot ne figurant que dans la première édition.

c. Cf. *supra*, p. 40.

ex. lorsqu'une femme en proie à un souci qui la tourmente ou à une surexcitation passionnelle remplit ses devoirs de sociabilité et les fonctions d'une hôtesse aimable. Nous effectuons tous dans notre métier des activités plus ou moins modestes de cette sorte ; mais l'auto-observation semble aussi montrer à chacun que le groupe de représentations affectif n'est pas éveillé de temps à autre par association mais qu'il est présent, constamment actuel, dans la psyché, entrant dans la conscience dès qu'aucune impression extérieure vive ou aucun acte de volonté ne confisque celle-ci.

Même chez des personnes qui ne laissent habituellement pas libre cours à des rêves éveillés à côté de leur activité ordinaire, bien des situations conditionnent, à travers d'assez grands laps de temps, une telle coexistence des impressions et réactions changeantes de la vie extérieure et d'un groupe de représentations marqué d'affect. « *Post equitem sedet atra cura.* »<sup>a</sup> De telles situations sont avant tout celle où l'on donne des soins à des êtres chers et celle de l'inclination amoureuse. Conformément à l'expérience, les soins donnés aux malades et l'affect sexuel jouent aussi le rôle principal dans la plupart des histoires de malades hystériques analysées avec exactitude.

Je présume que le dédoublement — habituel ou conditionné par des situations de vie chargées d'affect — de la capacité psychique dispose essentiellement au clivage pathologique effectif de la psyché. Ce dédoublement passe à un tel état si les deux séries de représentations coexistantes n'ont plus un contenu de même nature, si l'une d'elles comporte des représentations incapables de conscience : soit écartées défensivement, soit issues d'états hypnoïdes. Alors la confluence des deux courants séparés temporairement, qui a toujours lieu de nouveau chez le bien portant, est impossible, et il s'établit durablement un territoire séparé par clivage d'activité psychique inconsciente. Ce clivage hystérique de la psyché se comporte vis-à-vis du « double moi » du bien portant comme l'hypnoïde vis-à-vis de la rêverie normale. Ici l'amnésie conditionne la qualité pathologique, et là l'incapacité de conscience de la représentation.

294

a. « Le cavalier porte en selle un noir souci. » Horace, *Odes*, Livre III, 1.  
 b. *das Hypnoïd.*

L'observation I (Anna O.), à laquelle il me faut toujours revenir, permet un clair aperçu de la succession des faits. La jeune fille était en pleine santé, habituée à laisser libre cours, à côté de ses occupations, à des séries de représentations fantastiques. Dans une situation favorable à l'autohypnose, l'affect d'angoisse pénètre dans la rêverie et crée un hypnoïde pour lequel existe l'amnésie. Cela se répète en différentes occasions, son contenu représentatif devient peu à peu de plus en plus riche ; mais il continue à alterner avec l'état de la pensée vigile parfaitement normale.

Quatre mois plus tard l'état hypnoïde s'empare complètement de la malade ; tandis que les attaques isolées confluent, il se forme un état de mala, une hystérie aiguë des plus graves. Après une durée de plusieurs mois sous différentes formes (période de somnambulisme), il est violemment interrompu et alterne maintenant de nouveau avec un comportement psychique normal. Mais dans celui-ci aussi persistent les phénomènes somatiques et psychiques dont nous savons ici qu'ils reposent sur des représentations propres à l'hypnoïde (contracture, hémianesthésie, changement de langue). Il est prouvé par là que pendant le comportement normal aussi le complexe de représentations propre à l'hypnoïde, la « subconscience », est actuel, que le clivage de la psyché persiste.

Je ne puis fournir un second exemple d'un tel développement. Mais je crois que cela jette quelque lumière sur la formation de la névrose traumatique. Lors de celle-ci l'hypnoïde d'effroi se répète dans les premiers jours suivant l'accident, accompagné du souvenir de ce dernier ; alors que cet hypnoïde arrive toujours plus fréquemment, son intensité diminue cependant tellement qu'il n'alterne plus avec la pensée vigile, mais n'existe qu'à côté d'elle. Il devient alors continu, et les symptômes somatiques, qui auparavant n'étaient là que dans l'accès d'effroi, acquièrent une existence durable. Mais je ne peux que présumer qu'il en va ainsi, étant donné que je n'ai analysé aucun cas de cette sorte.

Les observations et analyses de Freud prouvent que le clivage de la psyché peut être conditionné aussi par la « défense », le fait

a. Trois mots en français dans le texte.

b. Cf. *supra*, p. 46.

que la conscience se détourne volontairement des représentations pénibles. Mais toutefois seulement chez certaines personnes, à qui il nous faut pour cette raison attribuer une spécificité psychique. Chez des êtres normaux, la répression de telles représentations réussit, et alors elles disparaissent complètement, ou bien elle ne réussit pas, et alors elles émergent toujours de nouveau dans la conscience. En quoi consiste cette spécificité, je ne saurais le dire. J'ose seulement présumer que l'aide de l'hypnoïde est nécessaire, quand par la défense non seulement telle ou telle représentation convertie est rendue inconsciente, mais qu'un clivage effectif de la psyché doit être accompli. L'autohypnose a créé pour ainsi dire l'espace, le domaine d'activité psychique inconsciente dans lequel sont repoussées les représentations écartées défensivement. Mais quoi qu'il en soit, il nous faut reconnaître comme un fait la significativité pathogène de la « défense ».

Mais je ne crois pas qu'au moyen des processus à moitié compréhensibles dont nous avons discuté soit épuisée la genèse du clivage psychique, ne fût-ce qu'approximativement. C'est ainsi que des hystéries débutantes d'un degré assez élevé permettent d'observer, le plus souvent pendant quelque temps, un syndrome que l'on peut bien désigner comme hystérie aiguë. (Dans les anamnèses d'hystériques masculins on rencontre cette forme d'affection, généralement sous le nom : inflammation du cerveau ; chez les hystériques féminines l'ovarie donne alors lieu au diagnostic : inflammation du péritoine).

À ce stade aigu de l'hystérie, des traits psychotiques sont très nets ; états de surexcitation maniaques et coléreux, rapide changement des phénomènes hystériques, hallucinations, et autres encore. Il se peut que dans un tel état le clivage de la psyché s'effectue d'une autre manière que celle que nous avons tenté d'exposer ci-dessus.

Peut-être tout ce stade est-il à considérer comme un long état hypnoïde dont les résidus fournissent le noyau du complexe de représentations inconscient, alors que la pensée vigile est ici amnésique. Étant donné que les conditions d'apparition d'une telle hystérie aiguë ne nous sont pas connues la plupart du temps (je n'ose tenir le déroulement des faits chez Anna O. pour universellement valable), ce serait une autre sorte de clivage psychique, que nous pourrions nommer irrationnelle, par opposition à celle dont nous

avons débattu ci-dessus<sup>1</sup>. Et ainsi existeront assurément encore d'autres sortes d'un tel processus, qui se sont encore soustraites à la jeune connaissance psychologique. Car, assurément, nous avons seulement fait les premiers pas dans ce domaine et d'autres expériences reconfigureront pour l'essentiel les vues d'aujourd'hui.

Demandons-nous maintenant ce que la connaissance du clivage psychique acquise ces dernières années a fait pour la compréhension de l'hystérie. Cela semble être beaucoup, et quelque chose de significatif. Cette connaissance permet de ramener des symptômes en apparence purement somatiques à des représentations qui cependant ne peuvent être trouvées dans la conscience des malades. Il est superflu d'y revenir une fois encore.

Elle a appris à comprendre au moins partiellement l'accès comme étant une production du complexe de représentations inconscient (Charcot).

Mais elle explique aussi maintes particularités psychiques de l'hystérie, et ce point mérite peut-être une discussion plus approfondie.

Les « représentations inconscientes » n'entrent, il est vrai, jamais — ou bien seulement rarement et difficilement — dans la pensée vigile, mais elles l'influencent. Premièrement par leurs effets, quand par ex. une hallucination insensée, totalement incompréhensible, tourmente le malade — hallucination dont la signification et la motivation deviennent claires dans l'hypnose.

Ensuite elles influencent l'association, en rendant telles ou telles représentations plus vivaces qu'elles ne le seraient sans ce renforcement issu de l'inconscient. Ainsi s'imposent alors aux malades avec une certaine contrainte des groupes de représentations toujours déterminées, auxquels ils sont forcés de penser. (Il en va de même lorsque les hémianesthésiques de Janet ne sentent pas, il est vrai, le

1. Mais il me faut remarquer que précisément dans le cas de grande hystérie le mieux connu et le plus transparent, avec double consciences manifeste, justement chez Anna O (observation I), aucun reste du stade aigu ne fut reporté dans le stade chronique, et que tous les phénomènes de ce dernier avaient déjà été engendrés pendant le o temps d'incubation », dans des hypnoïdes et des états d'affect.

a. En français dans le texte.

contact répété sur leur main privée de sensibilité, mais invités à nommer un nombre à leur convenance, choisissent toujours celui qui correspond au nombre des contacts.) De plus, elles maîtrisent la situation émotive, l'humeur. Quand Anna O., lors du déroulement de ses souvenirs, s'approchait d'un épisode qui à l'origine avait été relié à un vif affect, l'humeur émotive correspondante survenait déjà plusieurs jours auparavant, avant même que le souvenir n'apparût clairement dans la conscience hypnotique.

297

Cela nous rend compréhensibles les « caprices » des malades, leurs humeurs dépressives inexplicables, infondées, privées de motifs pour la pensée vigile. L'impressionnabilité des hystériques est en effet en grande partie conditionnée simplement par leur excitabilité originelle ; mais les vifs affects dans lesquels ils tombent pour des causes relativement minimales deviennent plus concevables si nous considérons que la « psyché clivée » agit comme un résonateur sur le son du diapason. Chaque incident qui suscite des souvenirs « inconscients » libère toute la force affective de ces représentations non soumises à l'usure, et l'affect provoqué est alors tout à fait hors de rapport avec celui qui serait apparu seul dans la psyché consciente.

On a rapporté ci-dessus le cas d'une malade dont la production psychique se trouve toujours en rapport inversé avec la vivacité de ses représentations inconscientes. L'abaissement de sa pensée consciente repose partiellement, mais seulement partiellement, sur une sorte particulière de distraction ; après chaque « absence » momentanée, comme celles qui interviennent sans cesse, elle ne sait pas à quoi elle a pensé pendant celle-ci. Elle oscille entre la « condition prime » et la « condition seconde »<sup>a</sup>, entre le complexe de représentations conscient et le complexe inconscient. Mais ce n'est pas seulement à cause de cela que sa production psychique a été abaissée et ce n'est pas seulement non plus à cause de l'affect qui, à partir de l'inconscient, la maîtrise. Dans cet état sa pensée vigile est dépourvue d'énergie, son jugement puéril, elle semble, comme on l'a dit, franchement imbécile. Je suis d'avis que cela est fondé sur le fait qu'une moindre énergie est à la disposition de la pensée vigile, lors-

a. Cf *supra*, p. 256.

b. En français dans le texte.

qu'une grande quantité d'excitation psychique est confisquée par l'inconscient.

Or, si cela n'est pas seulement temporairement le cas, si la psyché clivée est continuellement en excitation, comme chez les hémianesthésiques de Janet, chez lesquels même les sensations d'une moitié du corps ne sont toutes perçues que par la psyché inconsciente, il reste pour la pensée vigile si peu de la production cérébrale que par là s'explique largement la faiblesse psychique que Janet décrit et tient pour originelle. On serait sans doute en droit de dire de très peu de personnes, comme du Bertrand de Born de Uhlanda, « que pour eux jamais plus de la moitié de leur esprit n'est nécessaire »<sup>b</sup>. Avec une telle réduction de leur énergie psychique, la plupart sont justement faibles d'esprit.

Sur cette faiblesse mentale conditionnée par le clivage psychique semble alors reposer aussi une particularité riche de conséquences de maints hystériques, leur suggestibilité. (Je dis « de maints hystériques », car il est sûr que l'on trouve aussi parmi les malades de cette sorte les personnes les plus assurées dans leur jugement, ayant le sens critique le plus développé.)

Par suggestibilité nous comprenons d'abord seulement l'absence de sens critique envers les représentations et les complexes de représentations (jugements) qui émergent dans la conscience propre ou bien qui sont introduits de l'extérieur dans celle-ci, par l'audition de la parole d'autrui ou par la lecture. Toute critique de telles représentations entrant récemment dans la conscience repose sur le fait qu'elles en éveillent d'autres par association, et parmi elles aussi celles qui sont incompatibles avec elles. La résistance contre elles est donc dépendante de ce que possède la conscience potentielle en fait de telles représentations oppositionnelles, et sa force correspond au rapport entre la vivacité des représentations récentes et celle des représentations éveillées à partir du souvenir. Ce rapport est très différent même dans des intellects normaux. Ce que nous nommons tempérament intellectuel en dépend pour une grande part. Le sanguin, que des per-

a. Ludwig Uhland (1787-1862), « Bertran de Born », ballade de 1829.

b. « Qui donc est devant moi ? Est-ce celui qui s'est targué dans sa téméraire hablerie / De n'avoir jamais eu besoin que de la moitié de son esprit ? »

sonnes et choses nouvelles ravissent toujours, est sans doute ainsi parce que l'intensité de ses images mnésiques est, par comparaison avec celle des impressions nouvelles, moindre que chez les personnes plus calmes, « flegmatiques ». Dans des états pathologiques, la prépondérance de représentations récentes et l'absence de résistance contre celles-ci croissent d'autant plus que des images mnésiques sont moins éveillées, donc que l'association est plus faible et plus pauvre ; il en est déjà ainsi dans le sommeil et le rêve, dans l'hypnose, lors de chaque décroissement de l'énergie mentale, aussi longtemps que cela ne nuit pas non plus à la vivacité des représentations récentes.

La psyché inconsciente, clivée, de l'hystérie est éminemment suggestible, en raison de la pauvreté et de l'incomplétude de son contenu représentatif. Mais la suggestibilité de la psyché consciente de maints hystériques semble aussi reposer là-dessus. Selon leur prédisposition originelle ils sont excitables ; des représentations récentes sont chez eux d'une grande vivacité. Par contre, l'activité intellectuelle proprement dite, l'association, est abaissée, parce que, à cause de la séparation par clivage d'un « inconscient », seule une partie de l'énergie psychique est à la disposition de la pensée vigile.

Ainsi leur capacité de résistance envers les autosuggestions, comme envers les suggestions d'autrui, est diminuée et parfois anéantie. D'ailleurs la suggestibilité de leur volonté pourrait découler de cela seulement. Par contre, la suggestibilité hallucinatoire, qui transforme aussitôt toute représentation d'une perception sensorielle en la perception même, exige, comme toute hallucination, un degré anormal d'excitabilité de l'organe de perception et ne se laisse pas seulement déduire du clivage psychique.

299

## VI

### DISPOSITION ORIGINELLE ; DÉVELOPPEMENT DE L'HYSTÉRIE

Presque à chaque étape de ce que je viens d'exposer, il m'a fallu reconnaître que la plupart des manifestations que nous nous efforçons de comprendre peuvent reposer aussi sur une particularité

innée. Celle-ci se soustrait à toute explication qui voudrait aller au-delà de la constatation des faits. Mais la *capacité d'acquérir l'hystérie* est aussi assurément liée à une particularité des êtres humains, et la tentative de définir celle-ci avec un peu plus d'exactitude ne serait peut-être pas totalement sans valeur.

J'ai montré par les discussions ci-dessus pourquoi le point de vue de Janet est inacceptable : la disposition à l'hystérie reposerait sur une faiblesse psychique innée. Le praticien qui, médecin de famille, observe les membres de familles hystériques à tous les stades d'âge sera assurément enclin à chercher cette disposition dans un excédent plutôt que dans un déficit. Les adolescents qui plus tard deviennent hystériques sont, avant leur entrée en maladie, la plupart du temps vifs, doués, pleins d'intérêt pour les choses de l'esprit ; leur volonté est souvent d'une énergie remarquable. En font partie ces jeunes filles qui se lèvent la nuit pour se livrer secrètement à quelque étude que les parents leur refusaient par peur du surmenage. La capacité d'un jugement réfléchi ne leur est assurément pas donnée plus abondamment qu'à d'autres êtres humains. Mais il est rare qu'on trouve parmi eux simple indolence d'esprit ou morne simplicité. La productivité débordante de leur psyché amena un de mes amis à affirmer que les hystériques étaient la fine fleur de l'humanité, aussi stérile il est vrai, mais également aussi belle que les fleurs doubles.

Leur vivacité et leur fébrilité, leur besoin de sensations et d'activité intellectuelle, leur incapacité à supporter la monotonie et l'ennui, peuvent se formuler ainsi : ils font partie de ces êtres dont le système nerveux libère au repos un excès d'excitation qui exige d'être utilisé (cf. p. 218). Pendant le développement pubertaire et à cause de lui vient encore s'ajouter à l'excédent originel ce violent accroissement d'excitation qui provient de la sexualité en éveil, des glandes sexuelles. Dès lors un quantum excessivement grand d'excitation nerveuse libre est disponible pour des phénomènes pathologiques : mais pour que ceux-ci surviennent sous forme de manifestations morbides hystériques, il est à l'évidence encore besoin d'une autre particularité, spécifique, de l'individu. Car la grande majorité des personnes vives, excitées, ne devient pas, il est vrai, pour autant hystérique.

Cette particularité, j'ai pu ci-dessus la désigner seulement par les termes vagues et pauvres de contenu : « excitabilité anormale du sys-

tème nerveux »<sup>a</sup>. Mais on peut cependant aller peut-être plus loin et dire que cette anormalité consisterait justement en ce que chez ces personnes l'excitation de l'organe central peut se déverser dans les appareils nerveux de la sensation qui ne sont de normab accessibles qu'à des stimuli périphériques, et dans ceux des organes végétatifs qui sont isolés du système nerveux central par de fortes résistances. Cette représentation de l'excédent d'excitation toujours présent, auquel sont accessibles les appareils sensitifs, vasomoteurs et viscéraux, peut peut-être déjà rendre compte de quelques phénomènes pathologiques.

Dès que chez ces personnes ainsi constituées l'attention est fortement concentrée sur une partie du corps, le « frayage attentionnel » de la conduction sensitive dépasse la mesure normale ; l'excitation libre, flottante, se transporte pour ainsi dire dans cette voie, et l'hyperalgésie locale prend naissance, étant cause que toutes les douleurs, conditionnées d'une manière ou d'une autre, deviennent d'une intensité maximale, que toutes les souffrances sont « épouvantables » et « insupportables ». Mais la quantité d'excitation qui a une fois investi une voie sensitive ne la quitte pas toujours ensuite comme chez l'homme normal ; elle ne fait pas que persévérer, mais elle s'accroît par l'afflux d'excitations toujours nouvelles. C'est ainsi que se développe après un léger trauma articulaire une névrose articulaire ; les sensations de douleur de la distension ovarienne deviennent une ovarie permanente.

Les appareils nerveux de la circulation sont plus accessibles à l'influence cérébrale que chez le normal : il existe des palpitations nerveuses, une tendance à la syncope, des rougeurs et des pâleurs excessives, et ainsi de suite.

Or, il est vrai, ce n'est pas seulement en présence des influences centrales que les appareils nerveux périphériques sont plus facilement excitables : ils réagissent aussi aux stimuli fonctionnels adéquats d'une manière excessive et perverse. Les palpitations succèdent à un effort modéré tout autant qu'à une surexcitation agréable, et les

1. Exner.

a. Cf. *supra*, p. 211 sq.

b. dans la norme.

nerfs vasomoteurs amènent les artères à se contracter (« doigts  
301 morts ») sans aucune influence psychique. Et de même que la  
névrose articulaire succède à un léger trauma, de même une brève  
bronchite a pour séquelle de l'asthme nerveux, et une indigestion  
une fréquente cardialgie. Ainsi nous faut-il reconnaître que l'accessi-  
bilité à des sommes d'excitation d'origine centrale n'est qu'un cas  
spécial d'excitabilité anormale générale', même si c'est le plus  
important dans notre thème.

Je ne crois pas non plus que l'ancienne « théorie réflexe » de ces  
symptômes — que l'on ferait peut-être mieux de nommer simplement  
« nerveux », mais qui font partie du tableau de maladie empirique  
de l'hystérie — doive être tout à fait à rejeter. Les vomissements qui  
d'ailleurs accompagnent la dilatation de l'utérus gravide peuvent fort  
bien être déclenchés de façon réflexe, lors d'une excitabilité anor-  
male, par des stimuli utérins minimes ; même peut-être aussi par des  
distensions intermittentes des ovaires. Nous connaissons tant d'effets  
à distance de modifications d'organes, tant de « points conjugués »  
de manière singulière, qu'on ne peut écarter le fait qu'une foule de  
symptômes nerveux qui sont telle ou telle fois conditionnés psychi-  
quement puissent dans d'autres cas être des effets à distance réflexes.  
Oui, je risquerai cette hérésie des plus démodées, selon laquelle la  
faiblesse motrice d'une jambe pourrait bien une fois être aussi condi-  
tionnée par une maladie génitale, non pas psychiquement, mais  
directement de façon réflexe. Je suis d'avis que nous faisons bien de  
ne pas mettre trop exclusivement en avant nos nouvelles idées et de  
ne pas les généraliser à tous les cas.

D'autres formes d'excitabilité sensitive anormale se soustraient  
encore complètement à notre compréhension ; ainsi l'analgésie géné-  
rale, les plaques anesthésiques, le rétrécissement réel du champ  
visuel, et autres encore. Il est possible et peut-être vraisemblable que  
d'autres observations viennent à démontrer l'origine psychique de tel  
ou tel de ces stigmates et à expliquer ainsi le symptôme ; jusqu'ici  
cela n'est pas encore arrivé (je ne me risque pas à généraliser les

1. « Labilité des molécules » d'Oppenheim. [Cf. *supra*, p. 212.]

a. Cf. *supra*, p. 36, n. 1.

points de repère que donne notre observation I) ; et je ne tiens pas pour justifié de présumer une telle déduction avant qu'elle ne soit réussie.

Par contre, la particularité du système nerveux et de la psyché que nous avons indiquée semble expliquer quelques propriétés notoires de beaucoup d'hystériques. L'excédent d'excitation que leur système nerveux libère au repos conditionne leur incapacité à supporter une vie monotone et l'ennui ; leur besoin de sensation qui les pousse, après l'éruption de la maladie, à interrompre la monotonie de leur existence de malades par toutes sortes d'« événements », parmi lesquels s'offrent avant tout, conformément à la nature des choses, des phénomènes pathologiques. L'autosuggestion les soutient souvent en cela. Ils sont en cela menés toujours plus loin par leur besoin de maladie, ce trait remarquable qui est pour l'hystérie aussi pathognomonique que la peur de la maladie pour l'hypocondrie. Je connais une hystérique qui s'infligeait à elle-même des dommages, souvent très significatifs, seulement pour son propre usage, sans que l'entourage et le médecin en connaissent. À défaut d'autre chose, elle commettait, seule dans sa chambre, toutes sortes d'inepties, uniquement pour se prouver à elle-même qu'elle n'était pas normale. Elle a justement un net sentiment de son état morbide, remplit ses obligations insuffisamment et se procure par de tels actes une justification à ses propres yeux. Une autre malade, une femme souffrant gravement d'une scrupulosité malade et étant d'une totale méfiance envers elle-même, ressent chaque phénomène hystérique comme une faute, « parce qu'elle ne devrait sans doute pas avoir cela, pour peu qu'elle le veuille vraiment ». Lorsque la parésie de ses jambes fut diagnostiquée par erreur comme maladie spinale, elle ressentit cela comme une délivrance, et le diagnostic selon lequel c'était « seulement nerveux » et que cela passerait suffit à engendrer chez elle une grave angoisse de conscience. Le besoin de maladie découle de la désirance qu'a la patiente de se convaincre, elle et d'autres, de la réalité de sa maladie. Si cela s'associe ensuite au tourment qui est conditionné par la monotonie de la chambre de malade, le penchant à avoir toujours de nouveaux symptômes se développe avec la plus grande force.

Mais si celui-ci devient duplicité et mène à une simulation effective — et je crois que nous allons maintenant dans la récusation de la

simulation tout aussi loin qu'auparavant dans son acceptation —, cela ne repose pas sur la disposition hystérique, mais bien, comme Möbius le dit excellemment, sur la complication de celle-ci par d'autres dégénérescences, par une infériorité morale originelle. Exactement comme la « méchante hystérique » naît du fait qu'une personne originellement excitable, mais émotionnellement pauvre, succombe de plus à l'atrophie de caractère égoïste qui engendre si facilement une infirmité chronique. La « méchante hystérique » est d'ailleurs à peine plus fréquente que le méchant tabétique des stades tardifs.

Dans la sphère motrice aussi, l'excédent d'excitation engendre des phénomènes pathologiques. Des enfants d'une telle nature développent très facilement des mouvements à caractère de tics qui, tout d'abord incités par une quelconque sensation dans les yeux ou sur le visage ou bien par la gêne occasionnée par un endroit du vêtement, deviennent aussitôt permanents s'ils ne sont pas immédiatement combattus. Les voies réflexes sont très facilement et rapidement « défoncées ».

On ne peut pas non plus écarter l'idée qu'il y ait un accès convulsif purement moteur, indépendant de tout facteur psychique, dans lequel se décharge seule la masse d'excitation accumulée par sommation, exactement comme la masse de stimulus conditionnée par des modifications anatomiques dans l'accès épileptique. Ce serait la convulsion hystérique non idéogène.

Nous voyons des adolescents qui étaient certes excitables, mais en bonne santé, tomber si souvent malades d'hystérie pendant le développement pubertaire qu'il nous faut nous demander si ce procès ne crée pas la disposition, là où originellement elle n'est pas encore présente. Et il nous faut, il est vrai, lui attribuer plus que le simple accroissement du quantum d'excitation ; la maturation sexuée attaque tout le système nerveux, accroissant partout l'excitabilité et abaissant les résistances. C'est ce qu'enseigne l'observation des adolescents non hystériques, et nous sommes donc bien fondés à croire que cette maturation instaure aussi la disposition hystérique, dans la mesure où celle-ci consiste justement en cette propriété du système nerveux. Par là nous reconnaissons déjà la sexualité comme étant l'une des grandes composantes de l'hystérie. Nous verrons que la

part qu'elle y prend est encore beaucoup plus grande et qu'elle concourt par les voies les plus diverses à l'édification de la maladie.

Si les stigmates proviennent directement du sol maternel originel de l'hystérie et ne sont pas d'origine idéogène, il est impossible aussi de placer l'idéogénie au centre de l'hystérie, comme cela arrive parfois aujourd'hui. Qu'est-ce qui pourrait donc être plus authentiquement hystérique que les stigmates, ces données pathognomoniques qui posent le diagnostic, et cependant ceux-ci semblent justement non idéogènes. Mais si la base de l'hystérie est une particularité de tout le système nerveux — sur elle s'élève le complexe des symptômes idéogènes, conditionnés psychiquement, comme un bâtiment sur ses fondations. Et c'est un bâtiment à plusieurs étages. De même que l'on ne peut alors comprendre la structure d'un tel bâtiment que si l'on différencie le plan des divers étages, de même, à mon avis, la compréhension de l'hystérie est conditionnée par le fait que la complication diversifiée des causes des symptômes est prise en considération. Si l'on en fait abstraction et que l'on tente de mener à bonne fin l'explication de l'hystérie en utilisant un unique nexus causal, il reste toujours un très grand reliquat de phénomènes inexpliqués ; c'est exactement comme si on voulait inscrire les diverses pièces d'une maison à plusieurs étages sur le plan d'un seul étage.

304

Tout comme les stigmates, une série d'autres symptômes nerveux n'est pas, comme nous l'avons vu ci-dessus, occasionnée par les représentations, mais est la conséquence directe de l'anomalie fondamentale du système nerveux : maintes algies, des phénomènes vasomoteurs, peut-être l'accès convulsif purement moteur.

Tout près d'eux se trouvent les phénomènes idéogènes, qui sont simplement des conversions d'une excitation affective (p. 224). Ils apparaissent en tant qu'effets d'affect chez des personnes ayant une disposition hystérique et ils sont tout d'abord seulement « expression anormale des émotions »<sup>a</sup> (O p p e n h e i m)<sup>1</sup>. Celle-ci devient par

1. Cette disposition est justement ce que Strümpell qualifie de « trouble du psycho-physique », qui est à la base de l'hystérie. [Adolf von Strümpell, *Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen* (De l'apparition et du traitement de maladies par des représentations), Erlangen, F. Junge, 1892.]

a. Cf. *supra*, p. 225.

répétition un symptôme hystérique effectif, apparemment purement somatique, tandis que la représentation occasionnante devient imperceptible (p. 229), ou bien est écartée défensivement et par là refoulée hors de la conscience. Les plus nombreuses et les plus importantes des représentations écartées défensivement et converties ont un contenu sexuel. Elles sont à la base d'une grande partie de l'hystérie de la puberté. Les jeunes filles approchant de la maturité — il s'agit principalement de celles-ci — se comportent de manières très diverses vis-à-vis des représentations et sensations sexuelles qui se pressent en elles. Tantôt avec une totale ingénuité, par quoi les unes ignorent et omettent de voir l'ensemble du domaine. Les autres les adoptent comme les garçons ; c'est sans nul doute la règle chez les filles de paysans et de travailleurs. D'autres encore cherchent à attraper avec une curiosité plus ou moins perverse tout ce que la conversation et la lecture leur apportent en matière de sexuel ; et enfin les natures à l'organisation raffinée — d'une grande excitabilité sexuelle, mais d'une tout aussi grande pureté morale — qui ressentent tout ce qui est sexuel comme incompatible avec leur contenu moral, comme une souillure et une flétrissure<sup>1</sup>. Celles-ci refoulent la sexualité hors de leur conscience et les représentations affectives d'un tel contenu, qui ont occasionné des phénomènes somatiques, deviennent inconscientes en tant qu'« écartées défensivement ».

305

Le penchant à se défendre du sexuel est encore renforcé par le fait que l'excitation sensuelle chez la vierge comporte une adjonction d'angoisse, la peur de l'inconnu, de ce qu'on pressent devoir venir, alors qu'elle est chez le jeune homme naturel, en bonne santé, une pulsion agressive sans adjonction. La jeune fille pressent en Éros la formidable puissance qui domine son destin et en décide, et est angoissée par elle. D'autant plus grand est le penchant à détourner les yeux et à refouler hors de la conscience l'élément angoissant.

Le mariage entraîne de nouveaux traumatismes sexuels. On peut s'étonner que la nuit de noces n'ait pas plus fréquemment d'effet pathogène, étant donné que malheureusement elle a très souvent

1. Quelques observations nous font croire que la peur du toucher, à proprement parler de la souillure, qui contraint les femmes à se laver les mains à chaque instant, a très fréquemment cette origine. Le fait de se laver découle du même processus animique que chez Lady Macbeth. [*Macbeth*, acte V, scène 1.]

**pour contenu non pas une séduction érotique, mais un viol. Or à vrai dire les hystéries de femmes jeunes devant être ramenées à une telle cause ne sont pas rares non plus, et elles disparaissent** lorsqu'au cours du temps la jouissance sexuelle s'est installée et que le trauma s'est effacé. Des traumatismes sexuels apparaissent de même dans le cours ultérieur de nombreux mariages. Ces histoires de malades à la publication desquelles il nous **a fallu renoncer en comportent un grand nombre — exigences perverses de l'homme, pratiques contre nature, etc. Je ne crois pas exagérer en affirmant que la grande majorité des névroses graves chez les femmes est issue du lit conjugal**'.

Une partie des noxae sexuelles qui consiste essentiellement en une satisfaction insuffisante (coitus interruptus, ejaculatio praecox, etc.) ne mène pas, d'après la découverte de Freud<sup>2</sup>, à l'hystérie, mais à la névrose d'angoisse. Cependant, je suis d'avis que dans de tels cas aussi l'excitation de l'affect sexuel est assez souvent convertie en phénomènes somatiques hystériques.

306

Il va de soi et il ressort aussi suffisamment de nos observations que les affects non sexuels de l'effroi, de l'angoisse, de la colère mènent à l'apparition de phénomènes hystériques. Mais il n'est peut-être pas superflu de mettre toujours de nouveau l'accent sur le fait que le facteur sexuel est à beaucoup près le plus important et pathologiquement le plus productif. L'observation naïve de nos prédécesseurs, dont nous conservons le reliquat dans le mot « hystérie », a davantage approché la vérité que les vues plus récentes qui placent la sexualité presque en dernier lieu, et ceci afin de préserver les malades du reproche moral. Assurément, les besoins sexuels des hystériques sont, selon les individus, de grandeur tout à fait diverse et ne sont pas plus forts que chez les bien portants. Mais ce sont ces besoins qui les rendent malades, et cela pour une grande part précisément du fait qu'ils les combattent, du fait de la défense contre la sexualité.

1. Il est assurément regrettable que la clinique ignore cela — l'un des facteurs pathogènes les plus importants — ou toutefois ne l'effleure que par une légère allusion. Cela est sûrement un objet où l'expérience des praticiens expérimentés doit être communiquée au jeune médecin qui habituellement passe bel et bien en aveugle devant la sexualité, tout au moins en ce qui concerne ses malades.

2. Freud, « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" » [GW, I ; OCRP, III], 1895.

À côté de l'hystérie sexuelle, il faut rappeler ici l'hystérie d'effroi, l'hystérie traumatique proprement dite. Elle constitue l'une des formes d'hystérie les mieux connues et reconnues.

Pour ainsi dire dans la même strate que les phénomènes qui sont apparus par conversion de l'excitation d'affect, se trouvent ceux qui doivent leur origine à la suggestion (la plupart du temps autosuggestion) chez des individus originellement suggestibles. Une suggestibilité d'un haut degré, c.-à-d. une prépondérance — dépourvue d'inhibition — de représentations récemment excitées, ne fait pas partie de l'essence de l'hystérie ; mais elle peut se trouver comme complication chez des personnes disposées à l'hystérie, chez qui justement cette particularité du système nerveux rend possible la réalisation corporelle des représentations survalentes. Cependant, ce ne sont d'ailleurs le plus souvent que des représentations affectives qui sont réalisées par suggestion en phénomènes somatiques, et ainsi l'on peut concevoir souvent aussi le processus comme conversion de l'affect d'effroi ou d'angoisse concomitant.

307 Ces procès de la conversion d'affect et de la suggestion restent identiques aussi dans les formes compliquées d'hystérie que l'on peut à présent prendre en considération ; ils ne trouvent là que des conditions plus favorables ; mais des phénomènes hystériques psychiquement conditionnés apparaissent toujours du fait d'un de ces deux processus.

Ce troisième constituant de la disposition hystérique, qui en bien des cas vient s'adjoindre à ceux dont on a parlé auparavant, favorise et facilite au plus haut point la conversion ainsi que la suggestion, et pour ainsi dire édifie par là au-dessus des petites hystéries qui montrent seulement tels ou tels phénomènes hystériques, le nouvel étage de la grande hystérie, c'est l'hypnoïde, le penchant à l'autohypnose (p. 238). Il ne constitue d'abord qu'un état passager et alternant avec l'état normal, auquel nous sommes en droit d'attribuer la même augmentation de l'action psychique exercée sur le corps que celle observée par nous dans l'hypnose artificielle ; cette action est ici d'autant plus intense et plus pénétrante qu'elle concerne un système

nerveux qui, déjà en dehors de l'hypnose, est d'une excitabilité anormale'. Dans quelle mesure et dans quels cas le penchant à l'autohypnose est une propriété originelle de l'organisme, nous l'ignorons. J'ai exprimé ci-dessus le point de vue qu'il se développe à partir d'une rêverie remplie d'affect. Mais une disposition originelle en fait aussi sûrement partie. Si ce point de vue est juste, on verra nettement ici encore quelle grande influence sur le développement de l'hystérie il convient d'attribuer à la sexualité. Car il n'est pas, en dehors des soins donnés aux malades, de facteur psychique qui soit, aussi bien que la désirante amoureuse, propre à engendrer une rêverie remplie d'affect. Et en outre l'orgasme sexuel lui-même, avec son abondance d'affect et le rétrécissement de la conscience, est apparenté de près aux états hypnoïdes.

L'hypnoïde se manifeste le plus nettement soit en tant qu'accès hystérique, soit dans cet état que l'on peut désigner comme hystérie aiguë et qui, semble-t-il, joue dans le développement de la grande hystérie un rôle tellement significatif (p. 261). Ce sont là des états nettement psychotiques qui durent longtemps, souvent plusieurs mois, qu'il nous faut souvent désigner tout simplement comme confusion hallucinatoire ; même si la perturbation ne va pas aussi loin, il survient dans un tel état de multiples phénomènes hystériques, dont quelques-uns persistent aussi par la suite. Le contenu psychique de ces états se compose pour partie précisément des représentations qui ont été écartées défensivement dans la vie de veille et refoulées hors de la conscience (« délires hystériques des saints et des religieuses, des femmes continentes, des enfants bien élevés »).

Étant donné que ces états sont si souvent tout simplement des psychoses et sont pourtant directement et exclusivement issus de

308

1. On est amené à identifier la disposition à l'hypnose avec l'excitabilité originelle normale, étant donné qu'à vrai dire l'hypnose artificielle elle aussi nous montre des modifications idéogènes de la sécrétion, de l'afflux de sang localisé, des formations de vésicules, etc. Cela semble être le point de vue de Mobius. Mais je pense qu'on évolue là dans un cercle vicieux. Nous n'observons cependant cette thaumatologie de l'hypnose, autant que je sache, que chez les hystériques. Nous attribuerions donc à l'hypnose les productions de l'hystérie, et puis de nouveau nous ferions dériver celles-ci de l'hypnose.

a. Cf. *supra*, p. 242.

b. Dans la première édition : a organisme ».

c. Cf. *supra*, p. 31.

l'hystérie, je ne puis me rallier à l'opinion de Möbius : « On ne peut abstraction faite des délires rattachés à l'accès, parler d'une véritable folie hystérique. »<sup>1</sup> Dans de nombreux cas, ces états sont d'une telle sorte ; et d'ailleurs, dans le cours ultérieur de l'hystérie, se répètent de telles psychoses, qui en effet ne sont rien d'autre dans leur essence que le stade psychotique de l'accès, mais qui, si elles durent pendant des mois, ne peuvent probablement pas être désignées comme des accès.

Comment ces hystéries aiguës apparaissent-elles ? Dans le cas le mieux connu (observation I), elle se développa à partir de l'accumulation des attaques hypnoïdes ; dans un autre cas (d'hystérie déjà existante et compliquée), en liaison avec un sevrage de morphine. Le plus souvent le processus est tout à fait obscur, et il attend encore d'être clarifié par d'autres observations.

Pour ces hystéries dont on parle ici, la thèse de Möbius est donc valable : « La modification essentielle à l'hystérie consiste en ce que, provisoirement ou durablement, l'état mental de l'hystérique ressemble à celui de l'hypnotisé. »

309 La persistance pendant l'état normal des symptômes hystériques apparus dans l'hypnoïde correspond tout à fait à nos expériences sur la suggestion posthypnotique. Mais par là on a déjà dit aussi que des complexes de représentations incapables de conscience coexistent avec les séries d'idées se déroulant consciemment, que le clivage de la psyché est effectué (p. 253). Il semble certain que celui-ci peut apparaître aussi sans qu'il y ait d'hypnoïde, à partir de l'abondance des représentations écartées défensivement, refoulées hors de la conscience, mais non réprimées. D'une façon ou d'une autre apparaît un domaine de la vie psychique tantôt pauvre en idées, rudimentaire, tantôt plus ou moins semblable à la pensée vigile, domaine dont nous devons la connaissance avant tout à Binet et à Janet. Le clivage de la psyché est le plein achèvement de l'hystérie : on a exposé auparavant (chap. V) comment il explique les traits de caractère essentiels de la maladie. Durablement, mais avec une vivacité variable de ses représentations, une partie de la psyché du

1. Möbius [« Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie » (De la conception actuelle de l'hystérie)], *Mschr. Geburtsh. Gynäk.*, 1895, [1,] p. 18.

malade se trouve, dans l'hypnoïde, toujours prête — lors du relâchement de la pensée vigile — à prendre possession de toute la personne (accès, délire). Cela se produit dès qu'un fort affect perturbe le déroulement normal des représentations, dans des états crépusculaires et des états d'épuisement. Émergeant de cet hypnoïde persistant, des représentations non motivées, étrangères à l'association normale, pénètrent dans la conscience, des hallucinations sont jetées dans la perception, des actes moteurs se trouvent innervés indépendamment de la volonté consciente. Cette psyché hypnoïde est au plus haut degré susceptible de conversion d'affect et de suggestion, et ainsi apparaissent avec facilité de nouveaux phénomènes hystériques qui, sans le clivage psychique, ne se seraient produits que très difficilement et sous la pression d'affects répétés. La psyché clivée est ce démon dont la naïve observation des temps anciens, superstitieux, croyait les malades possédés. Le fait qu'un esprit étranger à la conscience vigile du malade règne en lui est exact, sauf que ce n'est pas un esprit vraiment étranger, mais une part de son propre esprit.

310

La tentative risquée ici de construire synthétiquement l'hystérie à partir de nos connaissances d'aujourd'hui est exposée au reproche d'éclectisme, si tant est que celui-ci soit justifié. Tant de formulations de l'hystérie, de l'ancienne « théorie réflexe » jusqu'à la « dissociation de la personnalité », n'ont pas manqué d'y trouver place. Mais il ne peut guère en être autrement. Tant et tant d'observateurs excellents et de têtes perspicaces se sont préoccupés de l'hystérie. Il est invraisemblable que chacune de leurs formulations ne contienne pas une partie de la vérité. La présentation future du véritable état des choses les contiendra assurément toutes et combinera seulement toutes les vues unilatérales de l'objet pour en faire une réalité corporelle. C'est pourquoi l'éclectisme ne me semble nullement être un blâme.

Mais comme nous sommes loin aujourd'hui encore de la possibilité de cette complète compréhension de l'hystérie ! Par quels traits incertains les contours ont-ils été ici tracés, par quelles représentations adjuvantes maladroitement les lacunes béantes sont-elles davantage

a. Cf. aussi *infra*, p. 395.

masquées que comblées ! Une seule considération apporte une sorte d'apaisement : le fait qu'un tel mal est inhérent à toutes les présentations physiologiques des processus psychiques compliqués et qu'il l'est nécessairement. À leur propos vaut toujours ce que Thésée dit de la tragédie dans *Le Songe d'une nuit d'été* : « *Même* ce qu'il y a de mieux dans ce genre n'est qu'un jeu d'ombres. »<sup>a</sup> Et ce qu'il y a de plus faible n'est pas non plus sans valeur, quand il cherche à retenir en toute fidélité et modestie les silhouettes que projettent sur le mur les objets réels inconnus. Alors l'espérance est néanmoins toujours justifiée que puisse exister un certain degré de concordance et de similitude entre les processus réels et notre représentation de ceux-ci.

a. Acte V, scène 1 (paroles prononcées après la représentation d'une parodie de tragédie).

## IV

### SUR LA PSYCHOTHÉRAPIE DE L'HYSTÉRIE (S. Freud)

Nous avons rapporté dans la « Communication préliminaire » qu'au cours de notre recherche de l'étiologie des symptômes hystériques s'est aussi dégagée pour nous une méthode thérapeutique que nous tenons pour significative dans la pratique. « Nous découvrimus en effet, au début à notre plus grande surprise, que chacun des symptômes hystériques disparaissait aussitôt et sans retour quand on avait réussi à amener en pleine lumière le souvenir de l'épisode occasionnant, et par là même à réveiller aussi l'affect l'accompagnant, et quand ensuite le malade dépeignait l'épisode de la manière la plus détaillée possible et mettait des mots sur l'affect » (p. 27).

252

Nous cherchâmes en outre à comprendre de quelle manière agit notre méthode psychothérapeutique. « Elle supprime l'efficacité de la représentation non abrégée à l'origine en permettant à l'affect coïncé de celle-ci de s'écouler par la parole, et elle amène cette représentation à la correction associative en la tirant dans la conscience normale (dans une hypnose plus ou moins légère) ou en la supprimant par suggestion médicale, comme cela se passe dans le somnambulisme avec amnésie » (p. 38).

Je vais maintenant tenter de montrer dans son contexte quelle est la portée de cette méthode et en quoi elle est plus performante que d'autres, avec quelle technique et quelles difficultés elle travaille, bien que l'essentiel sur ce sujet soit déjà contenu dans les histoires de malades qui précèdent et que dans cette présentation je ne puisse éviter de me répéter.

253

Je me permets d'ailleurs de dire en ce qui me concerne que je puis maintenir le contenu de la « Communication préliminaire » ; il me faut toutefois avouer que dans les années écoulées depuis — alors que je m'occupais sans relâche des problèmes qui y sont abordés — se sont imposés à moi d'autres points de vue qui eurent pour conséquence un groupement et une conception d'un genre nouveau, au moins partiellement, du matériel des faits connus à l'époque. Il serait injuste de ma part de vouloir essayer de charger mon ami vénéré, J. Breuer, de trop de responsabilité dans cette évolution. C'est pourquoi j'expose les développements suivants principalement en mon nom propre.

Lorsque j'essayai d'employer sur une assez grande série de malades la méthode de Breuer visant à guérir des symptômes hystériques par enquête et abréaction dans l'hypnose, je me heurtai à deux difficultés dans la foulée desquelles je parvins à modifier aussi bien ma technique que ma conception : 1) n'étaient pas toutes hypnotisables les personnes qui montraient des symptômes indubitablement hystériques et chez lesquelles prédominait en toute vraisemblance le même mécanisme psychique ; 2) il me fallut prendre position sur la question de savoir ce qui caractérise donc essentiellement l'hystérie et par quoi elle se démarque d'autres névroses.

Je remets à plus tard de communiquer comment j'ai maîtrisé la première difficulté et ce que j'ai appris d'elle. Je commencerai par exposer comment dans la pratique quotidienne j'ai pris position face au second problème. Il est très difficile de percer à jour avec justesse un cas de névrose avant de l'avoir soumis à une analyse approfondie — une analyse telle qu'elle ne résulte précisément que de l'application de la méthode de Breuer. Mais il faut se décider sur le diagnostic et le mode de thérapie avant d'avoir une telle connaissance approfondie. Il ne me restait donc rien d'autre à faire que de choisir pour la méthode cathartique ceux des cas qu'on pouvait provisoirement diagnostiquer comme hystérie et qui permettaient de reconnaître quelques-uns ou un grand nombre des stigmates ou des symptômes caractéristiques de l'hystérie. Il arrivait alors parfois que malgré le

diagnostic d'hystérie les résultats thérapeutiques fussent bien piètres, que même l'analyse ne mît au jour rien de significatif. D'autres fois, je tentai de traiter par la méthode de Breuer des névroses qui assurément n'en auraient imposé à personne pour de l'hystérie et je découvris que de cette manière elles se laissaient influencer, voire même résoudre. C'est ce qui m'arriva, par ex., avec les représentations de contrainte, les authentiques représentations de contrainte selon le modèle de Westphal, dans des cas qui ne rappelaient l'hystérie par aucun trait. Ainsi le mécanisme psychique que la « Communication préliminaire » avait mis à découvert ne pouvait être pathognomonique de l'hystérie ; je ne pouvais non plus me résoudre, disons pour l'amour de ce mécanisme, à mettre tant d'autres névroses dans le même panier que l'hystérie. Je fus finalement arraché à tous les doutes ainsi suscités par le projet de traiter de la même manière que l'hystérie toutes les autres névroses se présentant et de rechercher partout l'étiologie et le mode de mécanisme psychique, faisant dépendre du résultat de cette investigation la décision sur le bien-fondé du diagnostic d'hystérie.

C'est ainsi que j'en arrivai, partant de la méthode de Breuer, à m'occuper de l'étiologie et du mécanisme des névroses en général. J'eus alors la chance de parvenir en un temps relativement court à des résultats utilisables. Je fus d'abord poussé à reconnaître que pour autant que l'on peut parler d'une causation par laquelle des névroses seraient acquises, l'étiologie est à chercher dans les facteurs sexuels. A cela s'adjoignit la découverte que divers facteurs sexuels, au sens le plus général, engendrent aussi des tableaux divers d'affections névrotiques. Dès lors on pouvait, dans la mesure où ce dernier état de fait se confirmait, oser aussi utiliser l'étiologie pour caractériser les névroses et établir une démarcation tranchée entre les tableaux de maladie des névroses. Lorsque les caractères étiologiques coïncidaient constamment avec les caractères cliniques, cela était bel et bien justifié.

255

a. Carl Friedrich Westphal (1833-1890), professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Berlin, avait donné en 1877 une classification des névroses de contrainte (« Über Zwangsvorstellungen »), *Berl. klin. Wschr.*, 1877, 14, p. 669-672 et 687-689.

b. Cf. « Les névropsychoses-de-défense », *GW*, I ; *OCF.P.*, III.

Il s'ensuivit ainsi pour moi qu'à la neurasthénie correspondait à vrai dire un tableau de maladie monotone dans lequel, comme les analyses le montraient, un « mécanisme psychique » ne jouait aucun rôle. De la neurasthénie se séparait de manière tranchée la névrose de contrainte, la névrose des authentiques représentations de contrainte, pour laquelle on pouvait reconnaître un mécanisme psychique compliqué, une étiologie analogue à celle de l'hystérie et une large possibilité de rétrogradation par psychothérapie. Par ailleurs, il me parut sans aucune réserve impératif de mettre à part un complexe symptomatique névrotique qui dépend d'une étiologie tout à fait divergente, voire au fond opposée, tandis que les symptômes partiels de ce complexe trouvent leur cohérence dans un caractère déjà reconnu par E. Hecker<sup>1</sup>. Ce sont en effet soit des symptômes, soit des équivalents et rudiments de manifestations d'angoisse, et c'est pourquoi j'ai appelé névrose d'angoisse ce complexe qui est à séparer de la neurasthénie. S'agissant de lui, j'ai affirmé qu'il se constituait par accumulation de tension physique, elle-même étant de nouveau de provenance sexuelle ; cette névrose non plus n'a pas encore de mécanisme psychique, mais elle influence tout à fait régulièrement la vie psychique, de sorte que « attente anxieuse », phobies, hyperesthésie à l'égard des douleurs entre autres, font partie de ses manifestations régulières. Cette névrose d'angoisse, au sens où je l'entends, coïncide assurément pour une part avec la névrose qui, dans tant de présentations, est reconnue aux côtés de l'hystérie et de la neurasthénie sous le nom d'« hypocondrie », sauf que dans aucun des travaux existants je ne puis tenir pour exacte la délimitation qui est faite de cette névrose et que je trouve la possibilité d'employer le nom d'« hypocondrie » compromise du fait de sa forte relation au symptôme « peur de la maladie ».

Après avoir fixé en moi les tableaux simples de la neurasthénie, de la névrose d'angoisse et des représentations de contrainte, j'abordai la conception de ces cas de névrose survenant communément qui sont

1. E. [Ewald] Hecker, [« Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie » (Des états d'angoisse larvés et abortifs dans la neurasthénie)], *Zentralblatt für Neurologie*, décembre 1893 [16, p. 565-572].

a. « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" », *GW*, I ; *OCEP*, III.

pris en considération lors du diagnostic d'hystérie. Je fus forcé de me dire qu'il ne convenait pas de marquer du sceau de l'hystérie une névrose dans son ensemble pour la raison que de son complexe symptomatique sortent de l'ombre quelques signes hystériques. Je pus fort bien m'expliquer cette pratique, puisque l'hystérie est tout de même, parmi les névroses prises en considération, la plus ancienne, la mieux connue et la plus frappante. C'était pourtant là un abus, le même qui avait fait porter au compte de l'hystérie tant de traits de perversion et de dégénérescence. Aussi souvent que dans un cas compliqué de dégénération psychique on pouvait découvrir un indice hystérique, une anesthésie, une attaque caractéristique, on avait nommé l'ensemble « hystérie » et, bien sûr, on pouvait alors trouver réuni sous cette étiquette ce qu'il y a de pire et de plus contradictoire. Autant il est certain que ce diagnostic était incorrect, autant il est certain qu'on a le droit d'opérer un partage du côté des névroses ; et comme on connaissait la neurasthénie, la névrose d'angoisse, etc., à l'état pur, on n'avait plus à les ignorer sous leur forme combinée.

La conception la plus justifiée paraissait donc être la suivante : les névroses survenant habituellement sont le plus souvent à qualifier de mixtes » ; pour ce qui est de la neurasthénie et de la névrose d'angoisse, on en rencontre aussi sans peine des formes pures, le plus souvent chez des personnes jeunes. Quant à l'hystérie et à la névrose de contrainte, les cas purs sont rares, ces deux névroses étant habituellement combinées avec une névrose d'angoisse. Si les névroses mixtes surviennent si souvent, c'est parce que très souvent leurs facteurs étiologiques se mélangent, tantôt de manière fortuite, tantôt par suite de relations causales entre les processus d'où découlent les facteurs étiologiques des névroses. Cela n'est pas difficile à mettre en application et à démontrer cas par cas ; mais quant à l'hystérie, il s'ensuit que pour l'examiner il n'est guère possible de l'arracher à l'ensemble des névroses sexuelles ; qu'elle ne présente en règle générale qu'un côté, qu'un aspect du cas névrotique compliqué et qu'elle ne peut être trouvée et traitée comme névrose isolée que dans le cas situé pour ainsi dire à la limite. Dans toute une série de cas on pourrait dire : *a potiori fit denomination.*

Je vais examiner les histoires de malades communiquées ici pour voir si elles corroborent ma conception de la non-autonomie clinique de l'hystérie. Anna O., la malade de Breuer, semble la contredire et illustrer une affection purement hystérique. Mais ce cas, qui est devenu si fructueux pour la connaissance de l'hystérie, ne fut pas soumis par son observateur au point de vue de la névrose sexuelle et est aujourd'hui tout simplement inutilisable à ce titre. Lorsque je commençai à analyser la deuxième malade, Madame Emmy v. N., j'étais plutôt loin de m'attendre à ce qu'une névrose sexuelle soit le terrain de l'hystérie ; j'étais fraîchement sorti de l'école de Charcot et considérais la connexion d'une hystérie avec le thème de la sexualité comme une sorte d'injure — comme les patientes elles-mêmes ont coutume de le faire. Quand je relis aujourd'hui mes notes sur ce cas, il est pour moi tout à fait indubitable qu'il me faut y reconnaître un cas de grave névrose d'angoisse avec attente anxieuse et phobies, névrose d'angoisse qui provenait de l'abstinence sexuelle et s'était combinée avec de l'hystérie.

Le cas III, le cas de Miss Lucy R., qui est sans doute celui que l'on peut nommer plus que tout autre un cas à la limite de l'hystérie pure, c'est une hystérie brève se déroulant par épisodes avec une étiologie sexuelle impossible à méconnaître, telle qu'elle correspondrait à une névrose d'angoisse ; une jeune fille plus que mûre ayant besoin d'amour, dont l'inclination est éveillée trop rapidement par un malentendu. Seulement, la névrose d'angoisse ne put être mise en évidence, ou bien m'a échappé. Le cas IV, Katharina, est positivement un prototype de ce que j'ai nommé angoisse virginales ; c'est une combinaison de névrose d'angoisse et d'hystérie ; la première crée les symptômes, la seconde les répète et travaille avec eux. Au demeurant, un cas typique de nombreuses névroses de jeunesse appelées « hystérie ». Le cas V, celui de Mademoiselle Elisabeth v. R., pour sa part, n'est pas exploré comme névrose sexuelle ; le soupçon qu'une neurasthénie spinale" avait constitué le fondement, je ne pus que l'exprimer, mais non le confirmer. Je dois cependant ajouter que depuis lors les hystéries pures sont devenues

a. Cf. *supra*, p. 145.

b. Cf. *supra*, p. 197, n. 1.

dans mon expérience encore plus rares ; si je pus regrouper ces quatre cas sous le nom d'hystérie et les exposer en faisant abstraction des points de vue déterminants pour les névroses sexuelles, la raison en est que ce sont des cas plus ou moins anciens, à propos desquels je n'avais pas procédé à la recherche délibérée et insistante d'un sou-bassement sexuel névrotique. Si au lieu de ces quatre cas je n'en ai pas communiqué douze, dont l'analyse permet d'obtenir confirmation du mécanisme psychique des phénomènes hystériques que nous avons affirmé, la seule circonstance qui m'obligea à m'abstenir, c'est que l'analyse avait dévoilé ces cas de maladie comme étant en même temps des névroses sexuelles, même si pas un diagnostiqueur ne leur aurait assurément refusé le « nom » d'hystérie. Mais l'élucidation de ces névroses sexuelles déborde le cadre de notre publication commune.

259

Je ne voudrais pas ici être mal compris, comme si je ne voulais pas reconnaître à l'hystérie la valeur d'une affection névrotique autonome, comme si je la concevais seulement comme une manifestation psychique de la névrose d'angoisse, comme si je lui attribuais seulement des symptômes « idéogènes » et comme si je tirais les symptômes somatiques (points hystérogènes, anesthésies) du côté de la névrose d'angoisse. Rien de tout cela ; j'estime qu'on peut traiter de manière autonome, à tout point de vue hormis celui de la thérapie, l'hystérie purifiée de toutes ses adjonctions. Car dans la thérapie il s'agit de buts pratiques, de l'élimination de l'état de souffrance dans son ensemble, et si l'hystérie se rencontre le plus souvent sous forme de composante d'une névrose mixte, le cas est probablement semblable à celui des infections mixtes où la conservation de la vie est assignée comme une tâche qui ne coïncide pas avec la lutte contre l'effet d'un unique agent pathogène.

S'il est pour moi si important de distinguer dans les tableaux des névroses mixtes la part de l'hystérie de celle de la neurasthénie, de la névrose d'angoisse, etc., c'est parce que je peux après cette séparation m'exprimer de façon succincte sur la valeur thérapeutique de la méthode cathartique. Je voudrais en effet me risquer à affirmer qu'elle est — en principe — tout à fait en mesure d'éliminer n'importe quel symptôme hystérique, alors que, comme on le voit facilement, elle est totalement impuissante contre les phénomènes de la neuras-

thénie et n'influence que rarement et seulement par des voies détournées les conséquences psychiques de la névrose d'angoisse. Son efficacité thérapeutique dépendra donc pour chaque cas de cette question : la composante hystérique du tableau de maladie peut-elle, comparée aux autres composantes névrotiques, revendiquer une place pratiquement significative ?

260 À l'efficacité de la méthode cathartique est fixée une seconde limite à laquelle nous avons déjà fait référence dans la « Communication préliminaire »<sup>a</sup>. Elle n'influence pas les conditions causales de l'hystérie, ne pouvant donc pas empêcher qu'à la place des symptômes éliminés n'en apparaissent de nouveaux. Dans l'ensemble, il me faut donc revendiquer pour notre méthode thérapeutique une place éminente à l'intérieur du cadre d'une thérapie des névroses, mais je voudrais déconseiller de la prendre en compte ou de l'appliquer en dehors de ce contexte. Puisque je ne puis donner ici une « thérapie des névroses », telle qu'elle serait nécessaire au médecin praticien, les propos qui précèdent équivalent à un ajournement, renvoyant à d'éventuelles communications ultérieures. J'estime néanmoins pouvoir ajouter encore les remarques suivantes à titre de développement ou de commentaire :

1) Je n'affirme pas avoir d'ailleurs effectivement éliminé la totalité des symptômes hystériques que j'ai entrepris d'influencer par la méthode cathartique. Mais j'estime que les obstacles tenaient aux circonstances personnelles des cas et n'étaient pas de nature principielle. Pour porter un jugement il m'est permis de ne pas tenir compte de ces cas d'échec, tout comme le chirurgien met de côté les cas de décès sous anesthésie, par hémorragie, par choc septique accidentel, etc., pour décider d'une nouvelle technique. Lorsque je traiterai ultérieurement des difficultés et inconvénients du procédé, les succès d'une telle provenance devront une nouvelle fois être pris en compte.

2) Ce n'est pas parce que la méthode cathartique est symptomatique et non pas causale qu'elle perd toute valeur. Car une thérapie causale n'est à vrai dire le plus souvent qu'une thérapie prophylactique, elle stoppe l'effet ultérieur de la nuisance mais n'élimine pas nécessairement ainsi ce que la nuisance a généré jusqu'ici

a. Cf. *supra*, p. 38.

comme produits. En règle générale, il est besoin d'une seconde action encore qui, elle, résout cette dernière tâche et, à cette fin, la méthode cathartique est dans le cas de l'hystérie d'une utilisation franchement sans égal.

3) Là où une période de production hystérique, un paroxysme hystérique aigu sont surmontés et où ne demeurent que les symptômes hystériques comme manifestations résiduelles, la méthode cathartique suffit à toutes les indications et atteint des succès complets et durables. Il n'est pas rare qu'une telle constellation favorable à la thérapie se rencontre précisément dans le domaine de la vie sexuée, eu égard aux grandes fluctuations de l'intensité du besoin sexuel et à la complication des conditions requises pour un trauma sexuel. Ici la méthode cathartique accomplit tout ce qu'on peut lui assigner comme tâche, car le médecin ne peut se proposer de changer une constitution comme la constitution hystérique ; il lui faut se contenter d'éliminer la souffrance à laquelle la constitution est encline et qui peut jaillir d'elle avec le concours de conditions extérieures. Il sera satisfait si la malade est redevenue capable d'agir. Il ne manque d'ailleurs pas d'une consolation pour l'avenir s'il prend en considération la possibilité d'une récurrence. Il connaît le caractère principal dans l'étiologie des névroses, à savoir que leur apparition est le plus souvent sur déterminée a, que plusieurs facteurs doivent concourir pour produire cet effet ; il lui est permis d'espérer que cette conjonction ne se reproduira pas de si tôt, même si certains des facteurs étiologiques ont conservé leur efficacité.

On pourrait objecter que dans de tels cas d'hystérie ayant fini leur cours les symptômes résiduels disparaissent de toute façon spontanément ; mais à cela on a le droit de répondre que très fréquemment une telle guérison spontanée n'emprunte un cours ni suffisamment rapide ni suffisamment complet et que cette guérison peut être extraordinairement favorisée par l'intervention de la thérapie. Guérit-on avec la méthode cathartique uniquement ce qui est capable de guérison spontanée ou occasionnellement aussi autre chose qui ne serait pas résolu spontanément, voilà une question que l'on peut volontiers laisser pour l'instant non réglée.

261

a. Cf. *supra*, p. 235.

4) Là où l'on est tombé sur une hystérie aiguë, un cas dans la période de la production la plus vive de symptômes hystériques, suivie  
 262 d'un terrassement du moi par les produits de la maladie (psychose hystérique), même la méthode cathartique ne changera pas grand-chose à l'impression laissée par le cas de maladie et son cours. On se trouve bien alors face à la névrose dans une position semblable à celle qu'occupe le médecin face à une maladie infectieuse aiguë. Les facteurs étiologiques, à une époque révolue, soustraite maintenant à toute influence, ont exercé leur action avec une ampleur suffisante ; à présent, une fois surmonté l'intervalle d'incubation, ces mêmes facteurs deviennent manifestes ; l'affection ne se laisse pas arrêter ; il faut attendre qu'elle termine son cours et établir entre-temps les conditions les plus favorables au malade. Si donc pendant une telle période aiguë on élimine les produits de la maladie, les symptômes hystériques nouvellement apparus, on doit s'attendre à ce que les symptômes éliminés soient aussitôt remplacés par des nouveaux. L'impression déprimante d'un travail de Danaïdes, d'un « lessivage du Maure »<sup>a</sup> ne restera pas épargnée au médecin, l'énorme déploiement d'efforts, l'insatisfaction des proches chez qui la représentation de la durée nécessaire d'une névrose aiguë sera loin d'être aussi familière que dans le cas analogue d'une maladie infectieuse aiguë, tout cela et d'autres choses encore rendront le plus souvent impossible l'application conséquente de la méthode cathartique dans un cas donné. Il reste alors à évaluer sérieusement si même dans une hystérie aiguë l'élimination, chaque fois, des produits de la maladie n'exerce pas une influence curative en soutenant le moi normal du malade occupé avec sa défense et en le préservant du terrassement, de la chute dans la psychose, peut-être dans la confusion définitive.

263 Ce que la méthode cathartique est capable d'accomplir également dans une hystérie aiguë et le fait qu'elle restreint même la nouvelle production de symptômes morbides, comme on le remarque dans la pratique, c'est ce qui ressort sans le moindre doute de l'histoire d'Anna O., grâce à laquelle Breuer apprit à exercer pour la première fois ce procédé psychothérapeutique.

a. *Mohrenzwäsche* ; mot à mot : blanchiment du Maure ou du Noir. c.-à-d. travail sans fin et sans espoir.

5) Quand il s'agit d'hystéries se déroulant de façon chronique avec une production modérée mais ininterrompue de symptômes hystériques, c'est là sans doute qu'on se met à regretter le plus vivement le manque d'une thérapie à effet causal, mais aussi à apprécier le plus la significativité du procédé cathartique en tant que thérapie symptomatique. On a alors affaire au dommage produit par une étiologie à effet chronique continu ; tout ce qui importe, c'est de renforcer le système nerveux du malade dans sa capacité de résistance, et on doit se dire que l'existence d'un symptôme hystérique signifie pour ce système nerveux un affaiblissement de sa résistance et qu'il constitue un facteur disposant à l'hystérie. Comme il appert du mécanisme de l'hystérie monosymptomatique, un symptôme hystérique nouveau se forme le plus facilement par rattachement et par analogie avec un symptôme déjà existant ; l'endroit où il a « percé » déjà une fois constitue un point faible où il percera aussi la prochaine fois ; le groupe psychique une fois séparé par clivage joue le rôle du cristal provocateur d'où part avec une grande facilité une cristallisation qui autrement n'aurait pas eu lieu. Éliminer les symptômes déjà existants, supprimer les modifications psychiques sur lesquelles ils sont fondés, cela veut dire rendre aux malades la pleine mesure de leur capacité de résistance, grâce à laquelle ils peuvent résister avec succès aux effets de la nuisance. On peut apporter énormément à de tels malades par une surveillance assez longtemps prolongée et un « chimney sweeping » occasionnel.

6) Je devrais encore mentionner l'apparente contradiction qui s'élève entre l'aveu que les symptômes hystériques ne sont pas tous psychogènes et l'affirmation que l'on peut tous les éliminer par un procédé psychothérapeutique. La solution réside en ceci qu'une partie des symptômes non psychogènes, constituant certes des signes de maladie, ne doivent pas être qualifiés de souffrance ainsi les stigmates ; s'ils durent au-delà de la liquidation thérapeutique du cas de maladie, cela ne se remarque pratiquement pas. Ce qui

264

a. Cf. *supra*, p. 225.

b. Cf. *supra*, p. 142.

c. « ramonage de cheminée », un des noms qu'Anna O. donnait par plaisanterie à la méthode cathartique. Cf. *supra*, p. 49.

d. Cf. *supra*, p. 36.

semble prévaloir pour d'autres de ces symptômes, c'est qu'ils sont par quelque voie détournée entraînés par des symptômes psychogènes, tout comme sans doute, là encore par quelque voie détournée, ils dépendent pourtant encore d'une causation psychique.

Il me faut maintenant mentionner les difficultés et inconvénients de notre procédé thérapeutique dans la mesure où ceux-ci ne peuvent apparaître en pleine clarté à tout un chacun à partir des précédentes histoires de malades ou des remarques qui suivirent sur la technique de la méthode. — Je vais recourir davantage à l'énumération et à l'allusion qu'à l'exposé détaillé : le procédé est laborieux et dévoreur de temps pour le médecin, il présuppose chez lui un grand intérêt pour les faits psychologiques et, malgré tout aussi, une implication personnelle vis-à-vis du malade. Je ne saurais me représenter moi-même parvenant à me plonger dans le mécanisme psychique d'une hystérie, s'agissant d'une personne qui me paraîtrait vulgaire et déplaisante, qui ne serait pas, une fois mieux connue, en mesure d'éveiller la sympathie humaine, alors que je puis garder indépendant d'un tel contentement personnel le fait de traiter un tabétique ou un rhumatisant. Les conditions exigées de la part des malades ne sont pas moindres. Au-dessous d'un certain niveau d'intelligence, le procédé n'est pas du tout applicable, étant rendu extraordinairement difficile chaque fois que vient s'ajouter de la débilité. On a besoin du plein consentement, de la pleine attention des malades, mais avant tout de leur confiance, puisque l'analyse conduit régulièrement jus-

265 qu'aux processus psychiques les plus intimes et tenus dans le plus grand secret. Une bonne partie des malades qui seraient aptes à un tel traitement se soustraient au médecin dès que se fait jour en eux le pressentiment de la direction que va emprunter sa recherche. Pour ceux-ci le médecin est resté un étranger. Chez d'autres, qui se sont résolus à se livrer au médecin et à lui accorder une confiance telle qu'habituellement elle n'est octroyée que de plein gré, sans être jamais exigée, chez ces autres, dis-je, il n'est guère évitable que la relation personnelle au médecin se presse indûment au premier plan, du moins pour un temps ; il semble même qu'une telle action

exercée par le médecin soit la condition permettant seule la solution du problème. J'estime que le fait de pouvoir se servir de l'hypnose ou d'être obligé de la contourner ou de la remplacer ne change rien d'essentiel à cet état de choses. Seulement, l'équité exige de souligner que ces inconvénients, bien qu'inséparables de notre procédé, ne peuvent pourtant pas lui être imputés. Il est au contraire fort compréhensible qu'ils ont leurs fondements dans les conditions préalables aux névroses qui doivent être guéries, et qu'ils sont inhérents à toute activité médicale qui va de pair avec une intense préoccupation concernant le malade et entraîne en lui une modification psychique. Je n'ai pu ramener à l'application de l'hypnose aucun dommage ni danger, bien que j'aie abondamment fait usage de ce moyen dans des cas isolés. Là où j'ai été responsable de dommages, les raisons résidaient ailleurs et plus profondément. Si je jette un regard sur les efforts thérapeutiques de ces années, depuis que les communications de mon vénéré maître et ami J. Breuer m'ont mis entre les mains la méthode cathartique, j'estime que, beaucoup plus et plus souvent que je n'ai causé de dommage, j'ai été plutôt utile et suis parvenu à des résultats qu'aucun autre moyen thérapeutique n'aurait obtenus. C'était dans l'ensemble, pour reprendre l'expression de la « Communication préliminaire », « un gain thérapeutique significatif »<sup>b</sup>.

Je dois souligner encore un autre gain de ce procédé lors de son application. Je ne saurais mieux m'en tirer avec un cas grave de névrose compliquée comportant plus ou moins d'adjonctions d'hystérie qu'en le soumettant à une analyse selon la méthode de Breuer. Ainsi disparaît d'abord ce qui révèle le mécanisme psychique ; le reste des phénomènes, j'ai entre-temps appris à l'interpréter avec l'analyse et à le ramener à son étiologie, et j'ai ainsi acquis des points de repère pour savoir ce qui dans l'outillage de la thérapie des névroses est indiqué dans le cas en question. Quand je pense à ce qui distingue habituellement mon jugement sur un cas de névrose avant et après une telle analyse, je suis presque tenté de tenir cette analyse pour indispensable à la connaissance d'une affection névro-

266

a. Cf. *infra*, p. 328 sq.b. Cf. *supra*, p. 38.

tique. Je me suis en outre habitué à lier l'application de la psychothérapie cathartique à une cure d'alitement qui, selon les besoins, prendra la forme de la cure d'engraissement complète de Weir-Mitchella. J'ai ainsi l'avantage d'une part d'éviter l'immixtion de nouvelles impressions psychiques très perturbatrices lors d'une psychothérapie, d'autre part d'exclure l'ennui de la cure d'engraissement, pendant laquelle il n'est pas rare que les malades sombrent dans des rêveries préjudiciables. On devrait s'attendre à ce que le travail psychique souvent très considérable que l'on inflige aux malades pendant une cure cathartique, les excitations résultant de la reproduction d'expériences vécues traumatiques, aillent à l'encontre de ce qui est l'esprit de la cure de repos de Weir-Mitchell et fassent obstacle aux succès qu'on en retire d'habitude. Seulement, c'est le contraire qui se vérifie ; on obtient avec de telles combinaisons de la thérapie de Breuer et de celle de Weir-Mitchell toute l'amélioration corporelle que l'on attend de cette dernière et une influence psychique s'exerçant si largement qu'elle ne se produit jamais lors de la cure de repos sans psychothérapie.

## II

267

Je renoue maintenant avec mes remarques antérieures<sup>b</sup> selon lesquelles, lors de mes tentatives pour appliquer la méthode de Breuer sur une plus grande échelle, j'aurais rencontré cette difficulté : un certain nombre de malades ne pouvait être mis en hypnose, bien que le diagnostic posé fût celui d'hystérie et que la vraisemblance plaidât en faveur du mécanisme psychique que nous avons décrit. J'avais en effet besoin de l'hypnose pour élargir le champ de la mémoire, pour trouver les souvenirs pathogènes non présents dans la conscience ordinaire, et c'est pourquoi il me fallait soit renoncer à de tels malades, soit chercher à obtenir cet élargissement d'une autre manière.

a. Silas Weir Mitchell (1829-1914), neurologue et écrivain américain.  
 b. Cf. *supra*, p. 280.

De quoi il dépend que l'un est hypnotisable et l'autre pas, je savais aussi peu que d'autres en donner une interprétation, et c'est pourquoi je ne pouvais pas m'engager dans une voie causale pour éliminer cette difficulté. Je notais seulement que chez certains patients l'obstacle se situait encore plus en arrière ; ils se refusaient déjà à essayer l'hypnose. Il me vint alors un jour à l'idée que les deux cas pouvaient être identiques et signifier tous deux un non-vouloir. Ne serait pas hypnotisable celui qui a une réticence psychique envers l'hypnose, peu importe qu'il le manifeste ou non sous forme de non-vouloir. Je ne peux pas encore voir clairement si je suis en droit de maintenir cette conception.

Mais l'enjeu était de contourner l'hypnose et d'obtenir cependant les souvenirs pathogènes. J'y parvins de la manière suivante :

Quand, lors de la première rencontre, je demandais à mes patients s'ils se souvenaient du premier facteur occasionnant le symptôme en question, les uns disaient qu'ils n'en savaient rien, les autres apportaient n'importe quoi, qu'ils qualifiaient de souvenir obscur et dont ils ne pouvaient suivre davantage la piste. Quand alors, à l'exemple de B e r n h e i m réveillant les impressions prétendument oubliées provenant du somnambulisme, je me faisais pressant, assurant les uns et les autres qu'ils savaient cela, qu'ils allaient se raviser, etc. (cf. p. 128), aux uns il venait malgré tout quelque chose à l'idée, chez d'autres le souvenir gagnait davantage de terrain. Mais je devenais plus pressant encore, j'ordonnais aux malades de s'allonger et de fermer les yeux volontairement pour se « concentrer », ce qui entraînait au moins une certaine ressemblance avec l'hypnose, et je faisais là l'expérience que sans aucune hypnose émergeaient des souvenirs nouveaux et remontant plus loin, qui relevaient vraisemblablement de notre thème. De telles expériences firent naître chez moi l'impression qu'il serait en effet possible de mettre au jour par simple insistance les séries de représentations pathogènes pourtant assurément présentes, et comme cette insistance me coûtait de l'effort et me suggérait l'interprétation que j'avais à surmonter une résistance, alors cet état de choses se transposa pour moi tout simplement en cette théorie : j'ai à surmonter par mon travail psychique une force psychique chez le patient, laquelle s'oppose au devenir-conscient (remémoration) des repré-

sentations pathogènes. Une nouvelle compréhension sembla alors s'ouvrir à moi lorsque me vint à l'idée que ce pourrait bien être la même force psychique qui avait coopéré à l'apparition du symptôme hystérique et avait empêché à l'époque le devenir-conscient de la représentation pathogène. Quel type de force devait-on supposer comme agissant là et quel motif pouvait l'avoir amenée à agir ? Sur ce point je pus me former facilement une opinion ; j'avais en effet déjà à ma disposition quelques analyses complètes, au cours desquelles j'avais pris connaissance d'exemples de représentations pathogènes, oubliées et amenées hors conscience. J'en déduisis un caractère général de ces représentations ; elles étaient toutes de nature pénible, propres à provoquer les affects de la honte, du reproche, de la douleur psychique, la sensation d'avoir subi un préjudice, toutes d'un genre tel qu'on voudrait bien ne pas les avoir vécues, qu'on préférerait les oublier. De tout cela se dégagea comme allant de soi la pensée d'une défense. Il est d'ailleurs communément admis par les psychologues que l'acceptation d'une nouvelle représentation (acceptation au sens de croyance, de reconnaissance de la réalité) dépend du genre et de l'orientation des représentations déjà réunies dans le moi, et ils ont créé pour le processus de censure auquel la nouvelle venue est soumise des noms techniques particuliers. Du moi du malade s'était rapprochée une représentation qui s'avéra inconciliable, qui éveilla de la part du moi une force de répulsion dont la finalité était la défense contre cette représentation inconciliable. Cette défense a effectivement réussi ; la représentation en question fut poussée hors de la conscience et du souvenir, sa trace psychique étant apparemment introuvable. Cette trace devait cependant être présente. Quand je m'efforçais de diriger l'attention sur elle, je ressentais bien comme résistance la même force qui s'était manifestée lors de la genèse du symptôme comme répulsion. Quand je pouvais rendre vraisemblable le fait que la représentation était devenue pathogène justement du fait de l'expulsion et du refoulement, la chaîne semblait bouclée. J'ai essayé dans plusieurs épicroses de nos histoires de malades et dans un petit travail sur les névropsychoses de défense (1894)<sup>269</sup> d'indiquer les hypothèses psychologiques à l'aide

a. « Les névropsychoses-de-défense », *GW, I* ; *OCEP, III*.

desquelles on peut visualiser aussi cette corrélation — le fait de la conversion.

C'était donc une force psychique, l'aversion du moi, qui avait à l'origine poussé la représentation pathogène hors de l'association et qui s'opposait à son retour dans le souvenir. Le non-savoir des hystériques était donc à vrai dire un... non-vouloir (plus ou moins conscient) et la tâche du thérapeute consistait à surmonter cette résistance à l'association par un travail psychique. Cette opération se fait d'abord par l'« insistance », l'application d'une contrainte psychique pour diriger l'attention des malades sur les traces de représentation recherchées. Mais l'opération ne s'arrête pas là, prenant au contraire, au cours d'une analyse, comme je le montrerai, d'autres formes et recourant à d'autres forces psychiques.

270

Je vais d'abord m'attarder sur cette insistance. En assurant simplement : Mais vous le savez bien, dites-le donc, cela va aussitôt vous venir à l'idée, on n'avance pas encore beaucoup. Après un petit nombre de phrases, le fil se rompt aussi chez le malade se trouvant en état de « concentration ». On se gardera pourtant d'oublier qu'il s'agit ici partout d'une confrontation quantitative, du combat entre des motifs de force ou d'intensité diverses. Dans une hystérie grave, l'insistance d'un médecin étranger à la chose et non averti n'a pas une puissance à la hauteur de la « résistance à l'association ». Il faut songer à des moyens plus énergiques.

Je me sers alors dans un premier temps d'un petit artifice technique. Je communique au malade que j'exercerai dans le moment qui suit une pression sur son front, je l'assure que durant toute cette pression il verra devant lui un souvenir sous forme d'image, ou qu'il l'aura en pensée comme une idée qui lui vient, et je le mets en devoir de me communiquer cette image ou cette idée, de quoi qu'il s'agisse. Il ne doit pas garder cela pour lui, pensant peut-être que ce n'est pas ce qu'on cherche, pas ce qui est juste ou parce que cela lui est désagréable à dire. Aucune critique, aucune rétention, ni par affect, ni par dépréciation ! C'est seulement ainsi que nous pouvons

a. Dans la première édition était ici intercalé le mot « jetzt » (maintenant), qui a disparu de toutes les éditions ultérieures.

b. Cf. *supra*, p. 129.

trouver ce que nous cherchons, mais nous le trouverons ainsi infailliblement. Ensuite je presse pour quelques secondes le front du malade allongé devant moi, je libère le front et demande d'un ton tranquille, comme si toute déception était exclue : Qu'avez-vous vu ? Ou : Que vous est-il venu à l'idée ?

271 Ce procédé m'a beaucoup appris et m'a en outre conduit chaque fois au but ; aujourd'hui, je ne peux plus m'en passer. Je sais, naturellement, que je pourrais remplacer la pression sur le front par n'importe quel autre signal ou par une autre influence s'exerçant sur le corps du malade, mais, le malade étant allongé devant moi, il se trouve que presser le front ou prendre la tête entre mes deux mains est ce qu'il y a de plus suggestif et de plus commode que je puisse entreprendre à cette fin. Pour expliquer l'efficacité de cet artifice, je pourrais dire, par exemple, qu'il correspond à une « hypnose momentanément renforcée » ; seulement, le mécanisme de l'hypnose est pour moi si énigmatique que je ne voudrais pas me référer à lui pour expliciter les choses. J'estime plutôt que l'avantage du procédé réside en ceci que je dissocie par là l'attention du malade de ses recherches et réflexions conscientes, bref, de tout ce en quoi sa volonté peut se manifester, pareillement à ce qui peut bien se passer quand on fixe une boule de cristal, etc. Mais l'enseignement que je tire du fait que, sous la pression de ma main, arrive chaque fois à point ce que je cherche, le voici : la représentation pathogène prétendument oubliée se trouve chaque fois disponible « à proximité » ; elle peut être atteinte par des associations facilement accessibles ; il s'agit seulement d'écarter tel ou tel obstacle. Cet obstacle semble à nouveau être la volonté de la personne, et des personnes diverses apprennent à des degrés divers de facilité à se dessaisir de leur intentionnalité et à se comporter en observateurs parfaitement objectifs face aux processus psychiques qui sont en elles.

Ce n'est pas toujours un souvenir « oublié » qui émerge sous la pression de la main ; dans les cas les plus rares, les souvenirs proprement pathogènes peuvent être découverts tout près de la surface. Beaucoup plus fréquemment émerge une représentation qui, dans la chaîne d'associations, est un maillon intermédiaire entre la représentation de départ et la représentation pathogène recherchée, ou bien encore une représentation qui constitue le point de départ d'une

nouvelle série de pensées et de souvenirs, à la fin de laquelle se trouve la représentation pathogène. Alors la pression n'a certes pas dévoilé la représentation pathogène — qui d'ailleurs, sans préparation, arrachée au contexte, serait incompréhensible — mais elle a montré le chemin vers elle, a indiqué la direction dans laquelle la recherche doit se poursuivre. La représentation réveillée en premier par la pression peut ici correspondre à un souvenir bien connu, jamais refoulé. Là où sur la voie menant à la représentation pathogène la corrélation se rompt à nouveau, il n'est besoin que de répéter le procédé, la pression, pour créer une nouvelle orientation et un nouveau rattachement.

272

Dans d'autres cas encore, on éveille par la pression de la main un souvenir qui, en soi bien connu du malade, le frappe néanmoins d'étonnement par son apparition parce qu'il a oublié sa relation avec la représentation de départ. Dans le cours ultérieur de l'analyse, cette relation est alors avérée. Tous ces résultats de la pression exercée suscitent en nous l'impression trompeuse qu'il existe en dehors de la conscience du malade une intelligence supérieure qui maintient en ordre à des fins déterminées un important matériel psychique et qui a procédé à un arrangement judicieux pour le retour de ce matériel dans la conscience. À ce que je présume, cette seconde intelligence, inconsciente, n'est pourtant qu'une apparence.

Dans toute analyse plus ou moins compliquée, on travaille de manière répétée — et à vrai dire continuellement —, à l'aide de ce procédé (la pression sur le front) qui, tantôt, à partir du point où s'interrompent les retours en arrière vigiles du patient, montre la suite du chemin à travers des souvenirs restés connus, tantôt attire l'attention sur des corrélations qui sont tombées dans l'oubli, puis évoque et ordonne ces souvenirs, lesquels étaient depuis bien des années soustraits à l'association, mais peuvent encore être reconnus comme souvenirs — procédé qui finalement, performance suprême de la reproduction, fait émerger des pensées que le malade ne veut jamais reconnaître comme siennes, qu'il ne se remémore pas, bien qu'il concède qu'elles sont inexorablement exigées par le contexte, et alors même qu'il se convainc que précisément ces représentations amènent la conclusion de l'analyse et la cessation du symptôme.

273

Je vais tenter d'aligner quelques exemples des excellentes performances de ce procédé thérapeutique. J'avais en traitement une jeune fille souffrant d'une tussis nervosa insupportable qu'elle traînait depuis six ans, laquelle se nourrissait à l'évidence de tout catarrhe banal, sans manquer d'avoir de solides motifs psychiques. Toute autre thérapie s'était depuis longtemps montrée impuissante ; je tente donc de supprimer le symptôme par la voie de l'analyse psychique. Elle sait seulement que sa toux nerveuse commença lorsque, à quatorze ans, elle était en pension chez une tante ; elle ne veut rien savoir d'excitations psychiques à cette époque, elle ne croit pas à une motivation de son mal. Sous la pression de ma main elle se souvient d'abord d'un grand chien. Elle reconnaît alors l'image mnésique, c'était un chien de sa tante, qui ne la quittait pas, qui l'accompagnait partout, etc. Ah ! oui, et maintenant il lui vient à l'idée, sans aide extérieure, que le chien était mort, que les enfants l'avaient enterré solennellement, et que c'est au moment où elle rentrait de cet enterrement que sa toux a fait son apparition. Je demande pourquoi, mais il me faut à nouveau apporter mon aide par la pression ; c'est alors que la pensée se met en place : me voici toute seule au monde. Personne ne m'aime ici, cet animal était mon unique ami et voici que je l'ai perdu. Puis elle continue le récit : la toux disparut lorsque je partis de chez ma tante mais refit son apparition un an et demi plus tard. — Quelle était cette fois-ci la raison ? — Je ne sais pas. — J'exerce à nouveau une pression. Elle se souvient de la nouvelle de la mort de son oncle, à l'occasion de laquelle la toux avait repris, et d'un cheminement de pensée semblable. L'oncle avait été soi-disant le seul de la famille à l'avoir portée dans son coeur, le seul qui l'eût aimée. Voici donc la représentation pathogène : on ne l'aimait pas, on lui préférerait n'importe qui d'autre, elle ne méritait d'ailleurs pas d'être aimée, etc. Mais à la représentation de l'« amour » était attaché quelque chose dont la communication soulevait une grave résistance. L'analyse s'interrompt avant même que cela ne soit tiré au clair.

274

Il y a quelque temps, je devais libérer de ses accès d'angoisse une dame d'un certain âge qui, de par ses particularités de caractère, ne se

prêtait guère à une influence de ce genre. Depuis la ménopause elle était devenue excessivement pieuse et me recevait chaque fois comme si j'étais le Malin en personne, armée d'un petit crucifix d'ivoire qu'elle dissimulait dans sa main. Ses accès d'angoisse, qui revêtaient un caractère hystérique, remontaient à ses premières années de jeune fille et provenaient soi-disant de l'utilisation d'une préparation iodée censée faire disparaître un gonflement modéré de la thyroïde. Je rejetai naturellement cette déduction et cherchai à la remplacer par une autre qui s'accordait mieux avec mes vues sur l'étiologie des symptômes névrotiques. À la première question sur une impression de jeunesse qui fût en corrélation causale avec les accès d'angoisse émergea sous la pression de ma main le souvenir de la lecture d'un soi-disant livre édifiant dans lequel se trouvaient mentionnés, d'un point de vue plutôt piétiste, les processus sexuels. Le passage en question fit sur la jeune fille une impression contraire à l'intention de l'auteur ; elle fondit en larmes et envoya promener le livre. C'était avant le premier accès d'angoisse. Une seconde pression sur le front de la malade fit surgir une nouvelle réminiscence, le souvenir d'un précepteur de son frère qui lui avait témoigné un grand respect et pour lequel elle avait elle-même éprouvé un sentiment des plus chaleureux. Ce souvenir culminait dans la reproduction d'une soirée dans la maison de famille, au cours de laquelle ils étaient assis autour de la table avec le jeune homme et entretenaient de façon délicate une conversation stimulante. Dans la nuit suivant cette soirée elle fut réveillée par le premier accès d'angoisse, qui avait sans doute plus à voir avec une révolte contre une motion sensuelle qu'avec l'iode utilisé à peu près au même moment. — De quelle autre manière aurais-je pu avoir la moindre perspective de mettre à découvert chez cette patiente récalcitrante, prévenue contre moi et contre toute thérapie de ce bas-monde, une semblable corrélation contraire à sa propre opinion et à ses propres affirmations ?

275

Une autre fois, il s'agissait d'une jeune femme heureuse en ménage qui, dès ses premières années de jeune fille et pendant un certain temps, fut trouvée chaque matin dans un état de stupeur,

membres rigides, bouche ouverte, langue sortie, et qui maintenant répétait au réveil des accès analogues, bien que moins graves. Il s'avéra impossible de parvenir à une hypnose profonde ; je commençai donc par l'enquête en état de concentration et l'assurai, lors de la première pression, qu'elle verrait maintenant quelque chose qui serait en corrélation immédiate avec les causes de l'état vécu dans son enfance. Elle fit preuve de calme et de bonne volonté, revit la demeure où elle avait passé ses premières années de jeune fille, sa chambre, la position de son lit, la grand-mère qui à l'époque vivait avec eux et une de ses gouvernantes qu'elle avait beaucoup aimée. Plusieurs petites scènes qui s'étaient déroulées dans ces lieux et entre ces personnes, à vrai dire toutes anodines, se succédèrent ; la conclusion était fournie par les adieux de la gouvernante qui partit de la maison pour se marier. De ces réminiscences je ne savais alors vraiment que faire ; je ne pouvais établir aucune relation entre elles et l'étiologie des accès. C'était toutefois, reconnaissable à diverses circonstances, la même époque que celle où les accès étaient apparus pour la première fois.

276 Mais avant même que j'aie pu poursuivre l'analyse, j'eus l'occasion de parler avec un confrère qui avait été, bien des années auparavant, médecin de famille chez les parents de ma patiente. J'obtins de lui les éclaircissements suivants : à l'époque où il avait en traitement pour ses premiers accès cette jeune fille allant vers sa maturité, physiquement bien développée, il fut frappé par la tendresse excessive de son commerce avec la gouvernante qui se trouvait alors à la maison. Il conçut alors des soupçons et amena la grand-mère à assurer la surveillance de ce commerce. Peu de temps après, la vieille dame put lui rapporter que la gouvernante avait coutume de rendre à l'enfant des visites nocturnes dans son lit et que très régulièrement, après de telles nuits, l'enfant était trouvée le matin en plein accès. Dès lors, ils ne tardèrent pas à faire en sorte que cette dépravatrice de la jeunesse soit éloignée sans bruit. Les enfants, et même la mère, furent maintenus dans l'opinion que la gouvernante quittait la maison pour se marier.

La thérapie, couronnée de succès dans un premier temps, consista alors pour moi à communiquer à la jeune femme les éclaircissements qui m'avaient été apportés.

Il peut se faire à l'occasion que les révélations que l'on obtient par le procédé de la pression se produisent sous une forme très remarquable et dans des conditions qui font apparaître encore plus séduisante l'hypothèse d'une intelligence inconsciente. C'est ainsi que je me souviens d'une dame souffrant depuis de nombreuses années de représentations de contrainte et de phobies qui, concernant l'apparition de sa souffrance, me renvoyait à ses années d'enfance, mais ne savait d'ailleurs absolument rien désigner à quoi on eût pu l'imputer. Elle était sincère et intelligente et n'opposait qu'une résistance consciente remarquablement légère. (Je note ici entre parenthèses qu'il existe une grande parenté interne entre le mécanisme psychique des représentations de contrainte et celui des symptômes hystériques et que la technique d'analyse est la même pour les deux.)

Lorsque je demandai à cette dame si sous la pression de ma main elle avait vu quelque chose ou eu un souvenir, elle répondit : Ni l'un ni l'autre, mais un mot m'est subitement venu à l'idée. — Un seul mot ? — Oui, mais ça a l'air trop bête. — Dites-le toujours. — « Concierge ». — Rien de plus ? — Non. — J'exerçai une pression pour la deuxième fois et voilà que de nouveau se présenta un mot isolé qui lui traversa l'esprit : « Chemise ». Je notai alors qu'il y avait là une nouvelle façon de répondre et par une pression répétée je fis sortir une série de mots apparemment dénuée de sens : concierge - chemise - lit - ville - chariot à ridelles. Qu'est-ce que cela veut dire ? demandai-je. Elle réfléchit un moment, puis il lui vint à l'idée : Cela ne peut être que cette histoire qui me vient maintenant à l'esprit. Alors que j'avais dix ans et ma soeur aînée, la plus proche par l'âge, douze, elle fut prise une nuit d'un accès de folie furieuse, dut être attachée et conduite en ville sur un chariot à ridelles. Je sais avec certitude que ce fut le concierge qui la maîtrisa, l'accompagnant d'ailleurs ensuite dans l'établissement de soins. — Nous poursuivîmes ce mode de recherche et notre oracle nous fit entendre d'autres séries de mots que nous ne pûmes certes pas interpréter tous, mais qui purent cependant être utilisés pour poursuivre cette histoire et lui en rattacher une deuxième. La signification de cette réminiscence se

révéla d'ailleurs bientôt. Si l'affection de la soeur avait fait sur elle une si profonde impression, c'est parce que toutes deux partageaient un secret ; elles dormaient dans la même chambre et avaient dû, une nuit donnée, subir toutes deux les agressions sexuelles d'une certaine personne de sexe masculin. Or par la mention de ce trauma sexuel de sa prime jeunesse se trouvaient mis à découvert non seulement la provenance des premières représentations de contrainte, mais aussi le trauma à l'effet ultérieurement pathogène. — La singularité de ce cas résidait seulement dans l'émergence de mots clés isolés avec lesquels il nous fallait élaborer des phrases, car l'apparente absence de lien et de cohérence est inhérente à toutes les idées incidentes et à toutes les scènes qui se produisent habituellement lors de la pression, tout comme elle l'est à ces mots proférés comme un oracle. En allant plus loin, on constate régulièrement que les réminiscences apparemment incohérentes sont étroitement connectées par des liens de pensée et qu'elles mènent tout à fait directement au facteur pathogène recherché.

278

C'est pourquoi j'aime à me souvenir d'un cas d'analyse dans lequel ma confiance dans les résultats de la pression a d'abord été mise à rude épreuve, mais a ensuite été brillamment justifiée : une jeune femme très intelligente et apparemment très heureuse m'avait consulté pour une douleur tenace à l'abdomen, qui ne voulait pas céder à la thérapie. Je reconnus que la douleur siégeait à l'épigastre, devait être rapportée à des indurations musculaires palpables, et j'ordonnai un traitement local.

Des mois après, je revis la malade, qui me dit : la douleur d'autrefois a cessé après le traitement prescrit et a longtemps disparu ; mais elle est maintenant revenue comme douleur nerveuse. Je reconnais cela au fait que je ne l'ai plus, comme auparavant, lorsque je fais des mouvements, mais seulement à des heures précises, par ex. le matin au réveil et à des moments d'émoi d'une certaine sorte. — Le diagnostic de la dame était tout à fait exact ; il s'agissait maintenant de découvrir la cause de cette douleur, et pour cela elle ne pouvait m'être d'aucun secours si elle n'était pas sous influence. Dans un état de concentration et sous la pression de ma main, lorsque je lui demandai si quelque chose lui venait à l'idée ou si elle voyait maintenant quelque chose, elle se décida pour le « voir » et se

mit à me décrire des visions. Elle voyait quelque chose comme un soleil avec des rayons, ce que naturellement je ne pouvais que tenir pour un phosphène produit par la pression sur les yeux. Je m'attendais à ce que suive quelque chose de plus utilisable, mais elle poursuivit : des étoiles d'une curieuse lumière bleu pâle comme la lumière lunaire, et ainsi de suite, rien que des scintillements, du brillant, des points lumineux devant les yeux, pensais-je. J'étais déjà prêt à mettre cette tentative au nombre des échecs, et j'imaginai comment je pourrais discrètement me tirer d'affaire lorsqu'une des apparitions qu'elle décrivait me rendit attentif. Une grande croix noire, telle qu'elle la voyait, debout et penchée, bordée de la même lumière diffuse que la lumière lunaire où toutes les autres images avaient brillé jusqu'ici, et sur la poutre de laquelle vacillait une petite flamme ; ce n'était manifestement plus un phosphène. Je tendis donc l'oreille : il arriva une multitude d'images dans la même lumière, des signes curieux qui ressemblaient à peu près au sanscrit, en outre des figures comme des triangles, parmi elles un grand triangle ; de nouveau la croix... Cette fois, je soupçonne une signification allégorique et demande : que veut dire cette croix ? — Cela veut probablement dire la douleur, répond-elle. — J'objecte que par le mot « croix » on entend le plus souvent une charge morale ; que se cache-t-il derrière la douleur ? — Elle ne saurait le dire et poursuit dans ses visions : un soleil avec des rayons d'or, qu'elle sait d'ailleurs interpréter... c'est Dieu, la force originaire ; puis un gigantesque lézard qui la regarde d'un air interrogateur mais non effrayant, puis un amas de serpents, puis de nouveau un soleil, mais avec de doux rayons d'argent et devant elle, entre sa personne et cette source de lumière, une grille qui lui dissimule le centre du soleil.

Je sais depuis longtemps que j'ai affaire à des allégories et je demande aussitôt ce que signifie la dernière image. Elle répond sans réfléchir : le soleil, c'est la perfection, l'idéal, et la grille, ce sont mes faiblesses et mes fautes qui se trouvent entre moi et l'idéal. — Ah bon ! vous vous faites donc des reproches, vous êtes mécontente de vous ? — Certes. — Depuis quand donc ? — Depuis que je suis membre de la Société théosophique et que je lis les écrits qu'elle édite. J'ai toujours eu une piètre opinion de moi. — Qu'est-ce qui a donc en dernier fait sur vous l'impression la plus forte ? — Une tra

duction du sanscrit qui paraît maintenant sous forme de livraisons.  
 280 — Une minute plus tard je suis initié aux combats de son âme, aux reproches qu'elle se fait, et j'entends parler d'une petite expérience vécue qui fournit l'occasion d'un reproche et lors de laquelle la douleur antérieurement organique survint pour la première fois comme résultat d'une conversion de l'excitation. — Les images, que j'avais initialement prises pour des phosphènes, étaient des symboles de cheminements de pensée occultistes, peut-être même des emblèmes des pages de titre des livres occultistes.

J'ai maintenant si chaudement vanté les performances du procédé adjuvant de la pression et tellement négligé pendant tout ce temps le point de vue de la défense ou de la résistance que je pourrais sûrement bien avoir éveillé l'impression que par ce petit artifice on est mis à même de maîtriser les obstacles psychiques s'opposant à une cure cathartique. Mais croire cela serait une grave erreur ; il n'existe pas, que je sache, de semblables profits en thérapie ; une grande modification requiert ici comme ailleurs un grand travail. Le procédé de pression n'est rien d'autre qu'un truc pour prendre un moment au dépourvu le moi tout à l'envie de se défendre ; dans tous les cas plus sérieux, il se rappelle de nouveau ses visées et poursuit sa résistance.

Il me faut rappeler les formes diverses sous lesquelles apparaît cette résistance. Tout d'abord, la première ou la deuxième fois, la tentative de pression échoue habituellement. Le malade déclare alors, fort déçu : « J'ai cru que quelque chose allait me venir à l'idée, mais j'ai seulement pensé à la tension dans laquelle je me trouvais : rien n'est venu. » Cette façon qu'a le patient de se mettre ainsi en garde n'est pas encore à compter parmi les obstacles ; sur ce, on lui dit : « C'est que justement vous avez été trop curieux ; la deuxième fois ça marchera mieux. » Et ça marche alors effectivement. Il est remarquable de voir avec quelle fréquence les malades — y compris les plus dociles et les plus intelligents — peuvent complètement oublier l'engagement auquel ils avaient pourtant préalablement souscrit. Ils ont promis de dire tout ce qui leur vient à l'idée sous la pres-

sion de la main, que cela leur paraisse pertinent ou non, que cela leur soit agréable à dire ou non, donc sans sélection, sans se laisser influencer par la critique ou l'affect. Mais ils ne se tiennent pas à cette promesse, elle est manifestement au-dessus de leurs forces. Quoi qu'il en soit, le travail se bloque, ils ne cessent d'affirmer que cette fois-ci rien ne leur est venu à l'idée. Il convient de ne pas le croire, il faut alors toujours supposer et aussi déclarer qu'ils ont retenu quelque chose parce qu'ils le tiennent pour non important ou le ressentent comme pénible. On insiste, on répète la pression, on se pose comme infaillible, jusqu'à ce qu'on ait effectivement quelque chose à entendre. C'est alors que le malade ajoute : « Ça, j'aurais déjà pu vous le dire la première fois. » — « Pourquoi ne l'avez-vous pas dit ? » — Je n'aurais pas pu penser que ça devait être cela. « C'est seulement lorsque c'est revenu à chaque fois que je me suis résolu à le dire. » — Ou bien : « J'ai espéré que justement ça ne serait pas ça ; ça, je peux m'épargner de le dire, c'est seulement quand ça ne s'est pas laissé refouler que je me suis aperçu qu'on ne me ferait pas de cadeau. » — Le malade trahit ainsi après coup les motifs d'une résistance qu'au début il ne voulait absolument pas avouer. À l'évidence, il ne peut absolument pas faire autrement que produire de la résistance.

Il est remarquable de voir derrière quels faux-fuyants se dissimule fréquemment cette résistance. « Aujourd'hui je suis distrait, la pendule me dérange, ou bien le piano qu'on joue dans la pièce voisine. » Ce à quoi j'ai appris à répondre : Pas du tout ; vous vous heurtez maintenant à quelque chose que vous n'avez pas envie de dire. Cela ne vous sert à rien. Restez donc sur ce sujet. Plus l'intervalle entre la pression de ma main et la déclaration du malade se prolonge, plus ma méfiance augmente, plus il est à craindre que le malade arrange à sa façon ce qui lui est venu à l'idée et le mutile en le reproduisant. Les éclaircissements les plus importants arrivent fréquemment annoncés comme un accessoire superflu, tels à l'opéra les princes déguisés en mendiants : « Maintenant quelque chose m'est venu à l'idée, mais ça n'a rien à voir ici. Je vous le dis seulement parce que vous exigez de tout savoir. » Ce préliminaire s'accompagne alors le plus souvent de la solution depuis longtemps désirée ; je dresse toujours l'oreille lorsque j'entends le malade parler d'une

idée incidente de façon si dépréciative. C'est en effet le signe d'une défense réussie que les représentations pathogènes apparaissent si peu significatives lorsqu'elles réémergent ; on peut en déduire ce en quoi a constitué le procès de la défense ; il consistait en ceci : faire de la représentation forte une représentation faible, lui arracher l'affect.

On reconnaît donc le souvenir pathogène, entre autres marques distinctives, à ce qu'il est qualifié par le malade de non essentiel et n'est pourtant exprimé qu'avec résistance. Il existe aussi des cas où le malade cherche à le dénier quand il fait retour : « Maintenant quelque chose m'est venu à l'idée, mais c'est vous qui me l'avez manifestement mis dans la tête », ou : « Je sais à quoi vous vous attendez en posant cette question. » Un mode particulièrement intelligent de déni consiste à dire : « Maintenant il m'est certes venu quelque chose à l'idée, mais je crois bien que je l'ai ajouté volontairement ; ça ne me semble pas être une pensée reproduite. » — Dans tous ces cas je demeure inébranlablement ferme, je ne consens à aucune de ces distinctions, mais j'explique au malade qu'il s'agit seulement de formes et de prétextes utilisés par la résistance contre la reproduction de ce souvenir qu'il nous faudrait reconnaître malgré tout.

Le retour d'images nous laisse en général les coudées plus franches que le retour de pensées ; les hystériques, qui sont le plus souvent des visuels, rendent à l'analyste les choses moins difficiles que les personnes ayant des représentations de contrainte. Une image a-t-elle une fois émergé du souvenir, on peut entendre le malade dire qu'elle s'effrite et cesse d'être nette à mesure qu'il en poursuit la description : Le malade la déblaie en quelque sorte du fait qu'il la transpose en mots . On s'oriente alors en fonction de l'image mnésique elle-même pour trouver dans quelle direction le travail devra se poursuivre. « Regardez bien l'image encore une fois. A-t-elle disparu ? » — « Dans l'ensemble, oui ; mais je vois encore tel détail. » — « Mais cela doit encore signifier quelque chose. Ou bien vous allez voir quelque chose de nouveau en plus, ou bien alors ce reste va vous faire venir quelque chose à l'idée. » — Lorsque le travail est terminé, le champ visuel se montre de nouveau libre, on peut débusquer une nouvelle image. Mais d'autres fois une telle image reste obstinément présente devant l'oeil intérieur du malade en dépit de sa description,

et c'est pour moi le signe qu'il a encore quelque chose d'important à me dire sur le thème de l'image. Dès qu'il a effectué cela, l'image disparaît, tel un esprit rédimé qui retrouve le repos.

Il est naturellement d'une grande valeur pour l'avancement de l'analyse que face au malade on ait chaque fois le dernier mot, sinon on dépendrait de ce qu'il juge bon de communiquer. Aussi est-il consolant d'entendre que le procédé de la pression ne rate à vrai dire jamais, à l'exception d'un unique cas que je prendrai en compte plus tard, mais que je puis dès maintenant caractériser en disant qu'il correspond à un motif de résistance particulier. Il peut naturellement se faire qu'on utilise le procédé dans des conditions où il ne saurait rien mettre au jour ; on s'enquiert, par ex., d'un complément d'étiologie pour un symptôme, alors que pour cette étiologie l'affaire est déjà close, ou bien on recherche la généalogie psychique d'un symptôme, disons d'une douleur, qui était en vérité une douleur somatique ; dans de tels cas, le malade affirme pareillement que rien ne lui est venu à l'idée et il a raison. On se gardera de lui donner tort, prenant pour règle de ne pas quitter des yeux pendant l'analyse la mine de celui qui est là tranquillement allongé. On apprend alors sans la moindre difficulté à différencier la tranquillité d'âme en l'absence réelle d'une réminiscence d'avec la tension et les indices d'affect par lesquels le malade, au service de la défense, cherche à dénier la réminiscence qui émerge. C'est sur de telles expériences que repose d'ailleurs aussi l'application du procédé de pression pour un diagnostic différentiel.

284

Le travail, même avec l'aide du procédé de pression, ne va donc pas sans peine. Le seul avantage qu'on ait acquis est d'avoir appris, à partir des résultats dudit procédé, dans quelle direction mener les recherches et quelles choses imposer au malade. Dans bien des cas cela suffit ; en effet, il s'agit essentiellement pour moi de deviner le secret et de le dire sans fard au malade ; il lui faut alors la plupart du temps abandonner son attitude de récusation. Dans d'autres cas, il m'en faut davantage ; la résistance persistante du malade se manifeste en ceci que les corrélations se rompent, que les solutions sont absentes, que les images remémorées arrivent sans netteté et incom-

piètes. On s'étonne souvent quand, à partir d'une période ultérieure de l'analyse, on jette un coup d'oeil en arrière sur les périodes antérieures, de voir combien étaient mutilées toutes les idées incidentes et scènes qu'on avait arrachées au malade par le procédé de la pression. Il y manquait justement l'essentiel, la relation à la personne ou au thème, et c'est pourquoi l'image demeurerait incompréhensible. Je vais donner un ou deux exemples de l'effet d'une censure ainsi pratiquée lors de la première émergence des souvenirs pathogènes. Le malade voit, par ex., un buste féminin vêtu d'un voile qui présente comme par négligence une béance ; c'est seulement beaucoup plus tard qu'il ajoute une tête à ce torse pour révéler une personne et une relation. Ou bien il raconte une réminiscence venant de son enfance, s'agissant de deux gamins dont les formes sont pour lui tout à fait imprécises et auxquels on aurait imputé telle vilaine habitude. Il fallut de nombreux mois et de grands progrès dans la marche de l'analyse pour qu'il revoie cette réminiscence et reconnaisse dans un des enfants lui-même, dans l'autre son frère. De quels moyens dispose-t-on donc pour surmonter cette résistance continue ?

285

De peu de moyens, mais cependant presque de tous ceux par lesquels un homme exerce habituellement sur un autre une action psychique. Il faut d'abord se dire qu'une résistance psychique, surtout si elle est constituée depuis longtemps, ne peut être dissoute que lentement et pas à pas, et il faut attendre patiemment. Ensuite, on est en droit de compter sur l'intérêt intellectuel qui commence à s'éveiller chez le malade après un bref travail. En lui apportant des lumières, en lui faisant des communications sur l'étrange monde des processus psychiques dont on n'a soi-même acquis l'intelligence que grâce à de telles analyses, on acquiert en lui-même un collaborateur, on l'amène à se considérer lui-même avec l'intérêt objectif du chercheur et on repousse ainsi la résistance reposant sur une base affective. Mais finalement — et c'est ce qui reste le levier le plus fort — il faut tenter, après avoir deviné ces motifs de sa défense, d'invalider ces motifs, voire de les remplacer par des plus forts. Ici cesse sans doute la possibilité de faire rentrer dans des formules l'activité psychothérapeutique. On agit aussi bien qu'on le peut en homme de lumières, là où l'ignorance a engendré une crainte, en maître, en représentant d'une conception du monde plus libre ou supérieure, en confesseur qui, par la continuité

de son implication et de son respect, une fois l'aveu fait, donne en quelque sorte l'absolution ; on cherche à apporter humainement quelque chose au patient dans la mesure où le permettent les dimensions de notre propre personnalité et le degré de sympathie que l'on peut mobiliser pour le cas en question. Pour exercer une telle action psychique, un présupposé est indispensable : qu'on ait à peu près deviné la nature du cas et les motifs de la défense ici à l'oeuvre, et par bonheur c'est précisément à ce point que mène la technique de l'insistance et du procédé de pression. Plus on a résolu d'énigmes de cette espèce, plus facilement on en devinera peut-être une nouvelle, et plus vite on pourra s'attaquer au travail psychique proprement curatif. Car il est bon d'être totalement au clair sur ceci : même si le malade ne se libère du symptôme hystérique qu'en reproduisant les impressions pathogènes qui l'ont causé et en les exprimant sous manifestation d'affect, la tâche thérapeutique, elle, consiste pourtant seulement à l'y amener, et une fois cette tâche accomplie, il ne reste au médecin plus rien à corriger ni à supprimer. Tout ce dont il est ici besoin en fait de contre-suggestion a déjà été mis en oeuvre pendant le combat contre la résistance. Le cas pourrait se comparer à l'ouverture d'une porte verrouillée, après quoi baisser le loquet pour l'ouvrir n'offre plus de difficulté.

286

A côté des motifs intellectuels auxquels on fait appel pour surmonter la résistance, on pourra rarement se passer d'un facteur affectif, le crédit personnel dont jouit le médecin, et dans bon nombre de cas ce facteur sera seul en mesure de lever la résistance. Il n'en va pas autrement ici que partout ailleurs en médecine et on ne saurait attendre d'aucune méthode thérapeutique qu'elle renonce totalement au concours de ce facteur personnel.

### III

Au vu des développements du chapitre précédent, des difficultés de ma technique que j'ai mises au jour sans réserve je les ai d'ailleurs rassemblées à partir des cas les plus difficiles, souvent cela se

287

passe beaucoup plus commodément —, au vu donc de cet état de choses chacun voudra sans doute soulever cette question : au lieu de tous ces tracas, ne serait-il pas plus approprié de s'occuper plus énergiquement de l'hypnose, ou bien alors de limiter l'application de la méthode cathartique à ceux des malades qu'on peut mettre en hypnose profonde ? À cette dernière proposition il me faudrait répondre qu'alors le nombre des patients relevant de mon savoir-faire se rétrécirait par trop ; mais au premier conseil j'opposerai la supposition que par une hypnose obtenue par contrainte on ne s'épargnerait pas beaucoup de résistance. Mes expériences sur ce point, singulièrement, ne sont que peu nombreuses aussi ne puis-je aller au-delà des suppositions, mais là où j'ai réalisé une cure cathartique dans l'hypnose au lieu de le faire dans la concentration, je n'ai pas trouvé diminué par là le travail qui m'incombait. Ce n'est que récemment que j'ai terminé un tel traitement, au cours duquel j'ai fait céder une paralysie hystérique des jambes. La patiente tomba dans un état psychiquement très différent de l'état de veille et somatiquement caractérisé par l'impossibilité d'ouvrir les yeux et de se lever avant que je l'ai sommée : Maintenant, réveillez-vous, et pourtant je n'ai trouvé dans aucun cas une plus grande résistance que précisément dans celui-ci. Je n'accordai aucune valeur à ces signes corporels et vers la fin du traitement, qui dura dix mois, ils étaient d'ailleurs devenus imperceptibles ; l'état de la patiente dans lequel nous travaillions n'avait donc rien perdu de ses singularités<sup>a</sup>, capacité à se souvenir de ce qui est inconscient et relation toute particulière à la personne du médecin. Dans l'histoire de Madame Emmy v. N., j'ai certes dépeint un exemple de cure cathartique conduite dans le plus profond somnambulisme et où la résistance ne joua presque aucun rôle. Mais de cette femme je n'ai rien appris non plus dont la communication eût nécessité un surmontement particulier, rien qu'elle n'eût pu me raconter aussi à l'état de veille, si nous nous étions connus depuis plus longtemps et quelque peu appréciés. Les causes véritables de son affection, identiques à coup sûr aux causes de ses récidives après mon traitement, je ne les ai jamais percées — c'était justement ma première tentative dans cette thérapie —, et l'unique fois où j'exigeai

a. Dans la première édition seulement : ses singularités psychiques.

d'elle par hasard une réminiscence à laquelle se mêlait une part d'érotismes, je la trouvai aussi peu consentante et peu fiable dans ses indications que plus tard n'importe laquelle de mes autres patientes non somnambules. La résistance opposée par cette femme, même dans le somnambulisme, à d'autres exigences et demandes gênantes, j'en ai déjà parlé dans son histoire de malade. D'ailleurs, j'en suis venu à douter de la valeur de l'hypnose pour faciliter la cure cathartique depuis que j'ai vécu des exemples d'indocilité thérapeutique absolue à côté d'une obéissance parfaite d'une autre sorte dans le somnambulisme profond. J'ai brièvement communiqué un cas de cette espèce ; je pourrais en ajouter encore d'autres. J'avoue au demeurant que cette expérience n'a pas trop mal correspondu à mon besoin d'une relation quantitative entre cause et effet, même dans le domaine psychique.

288

Dans la présentation qui précède, l'idée de résistance s'est imposée à nous au premier plan<sup>a</sup> ; j'ai montré comment, dans le travail thérapeutique, on est amené à concevoir que l'hystérie apparaît par le refoulement d'une représentation inconciliable ayant pour motif la défense —, que la représentation refoulée subsiste en tant que trace mnésique (peu intense), que l'affect qui lui a été arraché est utilisé pour une innervation somatique : conversion de l'excitation. La représentation devient alors, justement de par son refoulement, cause de symptômes morbides, donc pathogène. À une hystérie qui révèle ce mécanisme psychique on peut attribuer le nom d'« hystérie de défense ». Or nous avons à maintes reprises, l'un et l'autre, Breuer et moi, parlé de deux autres sortes d'hystérie, pour lesquelles nous avons fait usage des noms d'« hystérie hypnoïde » et d'« hystérie de rétention ». L'hystérie hypnoïde est d'ailleurs celle qui est entrée la première dans notre champ de vision ; je ne saurais du reste citer un meilleur exemple d'une telle hystérie que le

a. Cf *supra*, p. 97.

b. Cf *supra*, p. 119 n. 1.

c. Cf *supra*, p. 293 sq.

289 premier cas de Breuer a. Pour une telle hystérie hypnoïde, Breuer a indiqué un mécanisme psychique essentiellement différent de celui de la défense par conversion. Ici donc une représentation deviendrait pathogène du fait que, se trouvant conçue dans un état psychique particulier, elle est restée d'emblée en dehors du moi. Il n'y a donc eu besoin d'aucune force psychique pour la tenir à l'écart du moi et aucune résistance ne pourra être éveillée si, à l'aide de l'activité d'esprit somnambulique, on l'introduit dans le moi. L'histoire de malade d'Anna O. ne montre d'ailleurs effectivement rien d'une telle résistance.

Je tiens cette différence pour si essentielle que je me laisse volontiers déterminer par elle à maintenir la thèse de l'hystérie hypnoïde. Curieusement, ma propre expérience ne m'a jamais mis en présence d'une véritable hystérie hypnoïde ; ce à quoi je m'attaquais se transformait en hystérie de défense. Non certes que je n'aie jamais eu affaire à des symptômes qui, comme on peut le mettre en évidence, étaient apparus dans des états de conscience séparés, pour lesquels de ce fait l'admission dans le moi devait être exclue. Cela était parfois valable aussi pour mes cas, mais je pouvais alors mettre en évidence que l'état dit hypnoïde avait son existence séparée au fait qu'en lui prévalait un groupe psychique qui avait été précédemment, du fait de la défense, séparé par clivage. Bref, je ne puis réprimer le soupçon qu'hystérie hypnoïde et hystérie de défense se rencontrent quelque part à leur racine et que c'est la défense qui est ici l'élément primaire. Mais je n'en sais rien.

290 Tout aussi incertain est actuellement mon jugement sur l' « hystérie de rétention » b, dans laquelle le travail thérapeutique devrait également s'effectuer sans résistance. J'ai eu un cas que j'ai tenu pour une hystérie de rétention typique ; je me réjouissais d'avance d'un succès facile et assuré, mais ce succès ne vint pas, si facile qu'il ait été effectivement le travail. Cela m'amène à supposer, une fois encore avec toute la réserve qui sied à l'ignorance, que même dans l'hystérie de rétention on peut trouver en son fond une part de

a. Dans la première édition, la phrase se terminait ainsi : « qui dans nos histoires de malades occupe la première place ».

b. C& *supra*, p. 234.

défense qui a poussé tout le processus dans l'hystérique. Ma tendance à étendre le concept de défense à l'ensemble de l'hystérie m'expose au danger de tomber dans la partialité et l'erreur ; c'est ce dont de nouvelles expériences décideront, je l'espère, bientôt.

Je n'ai traité jusqu'ici que des difficultés et de la technique de la méthode cathartique, et je voudrais encore ajouter quelques indications sur la manière dont prend forme une analyse selon cette technique. C'est pour moi un thème très intéressant, mais dont je ne puis m'attendre à ce qu'il éveille un intérêt semblable chez d'autres qui n'ont pas encore conduit une telle analyse. À vrai dire, il sera de nouveau question de technique, mais cette fois-ci il s'agira des difficultés de contenu — dont on ne saurait rendre le malade responsable — qui dans une hystérie hypnoïde et de rétention devraient être partiellement les mêmes que dans les hystéries de défense que j'ai devant les yeux comme modèles. Je me mets à cette dernière partie de la présentation dans l'attente que les particularités psychiques qui devront être mises à découvert puissent acquérir un jour, en tant que matériel brut, une certaine valeur pour une dynamique de la représentation.

La première et la plus puissante impression que l'on recueille d'une telle analyse est assurément celle-ci : le matériel psychique pathogène soi-disant oublié n'est pas à la disposition du moi, ne joue dans l'association et dans la remémoration aucun rôle — mais d'une certaine façon il se tient prêt et même bien en rang et en ordre. Il s'agit seulement d'éliminer des résistances qui barrent ici la route. Mais sinon, cela devient consciente de la même façon dont en général nous pouvons savoir quelque chose ; les connexions exactes des diverses représentations entre elles et avec des représentations non pathogènes, fréquemment remémorées, sont présentes, ont été effectuées en leur temps et ont été conservées dans la mémoire. Le matériel psychique pathogène apparaît comme la propriété d'une intelligence qui ne le cède pas nécessairement à celle du moi normal.

291

L'apparence d'une seconde personnalité est souvent donnée de la manière la plus trompeuse.

Cette impression est-elle justifiée ? Ne reporte-t-on pas alors dans l'époque de la maladie l'ordonnancement du matériel psychique qui vient comme résultat après la liquidation ? Ce sont là des questions que je ne voudrais pas encore prendre en considération, ni maintenant ni en cet endroit. En tout cas, on ne peut pas décrire plus commodément ni plus explicitement les expériences faites lors de telles analyses qu'en se plaçant au point de vue qu'on est en droit d'adopter pour avoir une vue globale de l'ensemble après la liquidation.

L'état des choses n'est généralement pas du tout aussi simple qu'on l'a présenté pour des cas particuliers, par ex. pour un symptôme isolé apparu dans un grand trauma. Le plus souvent, on n'a pas un symptôme hystérique unique, mais une quantité de ces symptômes qui sont pour partie indépendants les uns des autres, pour partie connectés les uns aux autres. On ne doit pas s'attendre à trouver un souvenir traumatique unique, et comme noyau de celui-ci une représentation pathogène unique, mais il faut être préparé à des séries de traumas partiels et à des enchaînements de cheminements de pensée pathogènes. L'hystérie traumatique monosymptomatique est en quelque sorte un organisme élémentaire, un être unicellulaire, par comparaison avec la texture compliquée d'une grave névrose hystériques, telle que nous la rencontrons communément.

Le matériel psychique d'une telle hystérie se présente . dès lors comme une formation pluridimensionnelle ayant au moins une triple stratification. J'espère pouvoir bientôt justifier ce mode d'expression figurée. Il y a d'abord présent un noyau de ces souvenirs (souvenirs d'expériences vécues ou de cheminements de pensée) dans lesquels le facteur traumatique a culminé ou dans lesquels l'idée pathogène a trouvé sa conformation la plus pure. Autour de ce noyau on trouve — se présentant, comme déjà mentionné, selon un triple ordonnancement — une quantité souvent incroyablement abondante d'un autre matériel mnésique qu'il faut perlaborerb dans l'analyse. Premièrement, il est impossible de méconnaître un ordonnance-

a. Dans les deux premières éditions : une névrose hystérique plus grave.

b. *durcharbeiten*.

ment chronologique linéaire qui existe à l'intérieur de chacun des thèmes. Comme exemple de tels ordonnancements, je citerai seulement Breuer dans l'analyse d'Anna O. Le thème en est : devenir sourd, ne pas entendre ; cela se différenciait ensuite selon sept conditions, et sous chaque rubrique étaient rassemblés, se succédant chronologiquement, de dix à plus de cent souvenirs isolés. On aurait dit que l'on dépouillait des archives tenues bien en ordre. L'analyse de ma patiente Emmy v. N. comporte de semblables fascicules de souvenirs, même si la présentation en est moins complète : mais dans toute analyse ils constituent un fait absolument général, surviennent chaque fois dans un ordre chronologique qui est aussi infaillible que la succession des jours de la semaine ou des noms de mois chez un être humain mentalement normal et compliquent le travail de l'analyse, étant donné la particularité qu'ils ont, lors de la reproduction, d'inverser l'ordre de leur apparition ; c'est l'expérience vécue la plus fraîche, la plus récente, du fascicule qui vient d'abord comme « première de couverture », et ce qui met le point final, c'est l'impression par laquelle en réalité la série a commencé.

Le groupement de souvenirs de même sorte en une pluralité linéairement stratifiée, comme se présente une liasse de dossiers, un paquet, etc., je l'ai désigné comme formation d'un thème. Ces thèmes à leur tour montrent une deuxième sorte d'ordonnement ; ils sont, je ne puis exprimer la chose autrement, concentriquement stratifiés autour du noyau pathogène. Il n'est pas difficile de dire ce qui constitue cette stratification, selon quelle grandeur croissante ou décroissante cet ordonnancement s'effectue. Ce sont des strates d'une même résistance augmentant à l'approche du noyau, et donc des zones d'une même modification de la conscience dans lesquelles s'étendent les différents thèmes. Les strates les plus périphériques contiennent, provenant des divers thèmes, ceux des souvenirs (ou fascicules) qui sont facilement remémorés et qui ont toujours été clairement conscients ; plus on pénètre profondément, plus les souvenirs qui émergent sont difficiles à reconnaître, jusqu'à ce que, près du noyau, on se heurte à ceux que le patient dénie encore lors de la reproduction.

293

C'est cette particularité de la stratification concentrique du matériel psychique pathogène qui, comme nous le verrons, confère au déroulement de telles analyses ses traits caractéristiques. Il faut maintenant mentionner une troisième sorte d'ordonnement, la plus importante, sur laquelle il est moins facile d'énoncer quelque chose de général. C'est l'ordonnement selon le contenu de pensée, la connexion au moyen du fil logique parvenant jusqu'au noyau, qui peut correspondre dans chaque cas à une voie particulière, irrégulière, aux multiples coudes. Cet ordonnement a un caractère dynamique, à l'opposé du caractère morphologique des deux stratifications mentionnées précédemment. Alors que ces dernières devraient être présentées, dans un schéma exécuté dans l'espace, par des lignes rigides, courbes et droites, il faudrait suivre le cours de l'enchaînement logique avec une baguette qui, par les voies les plus tortueuses, allant des strates superficielles vers les strates profondes et inversement, avance pourtant en général de la périphérie vers le noyau central, touchant obligatoirement ici toutes les stations, donc tout comme le zigzag du cavalier, pour résoudre un problème, parcourt les cases de l'échiquier.

Je m'en tiens un moment encore à cette dernière comparaison pour mettre en relief un point sur lequel elle ne rend pas justice aux propriétés de ce qui est comparé. La corrélation logique ne correspond pas seulement à une ligne coudée en forme de zigzag, mais bien plutôt à une ligne ramifiée, et tout particulièrement à un système de lignes convergentes. Il a des points nodaux, où deux ou plusieurs fils se rencontrent pour ensuite, réunis, poursuivre leur chemin, et dans le noyau débouchent en règle générale plusieurs fils se déroulant indépendamment les uns des autres ou par endroits reliés par des voies latérales. Ce qui est très remarquable, c'est — pour le dire en d'autres termes — la fréquence avec laquelle un symptôme est de plusieurs façons déterminé, surdéterminé.

Ma tentative pour visualiser l'organisation du matériel psychique pathogène sera achevée quand j'aurai introduit encore une unique complication. Le cas peut notamment se rencontrer dans le matériel pathogène où on a affaire à plus d'un noyau unique, ainsi par ex.

a. Cf. *supra*, p. 235.

quand il s'agit d'analyser une deuxième éruption hystérique qui a sa propre étiologie, mais qui est cependant en corrélation avec une première éruption d'hystérie aiguë surmontée des années auparavant. On peut alors facilement se représenter quelles strates et quelles voies de pensée doivent venir s'ajouter pour établir une liaison entre les deux noyaux pathogènes.

Au tableau ainsi obtenu de l'organisation du matériel, je vais rattacher encore telle ou telle remarque. Nous avons dit de ce matériel qu'il se comporte comme un corps étranger ; la thérapie agirait donc comme l'ablation hors du tissu vivant d'un corps étranger. Nous sommes maintenant en mesure de voir en quoi cette comparaison est défectueuse. Un corps étranger ne rentre aucunement en liaison avec les strates de tissu qui l'entourent, bien qu'il les modifie, leur imposant une inflammation réactionnelle. Par contre, notre groupe psychique pathogène ne se laisse pas dégager du moi avec précision, ses strates externes se fondent de tous côtés dans des éléments du moi normal, faisant à vrai dire tout autant partie de ce dernier que de l'organisation pathogène. La limite entre les deux devient dans l'analyse purement conventionnelle, mise tantôt ici, tantôt là, ne se laissant à certains endroits pas même repérer. Les strates internes deviennent de plus en plus étrangères au moi, sans que pour autant la limite du pathogène ne se fasse où que ce soit visible. L'organisation pathogène ne se comporte pas vraiment comme un corps étranger, mais bien plutôt comme un infiltrat. Dans cette comparaison, c'est la résistance qu'il faut prendre comme l'élément infiltrant. La thérapie consiste d'ailleurs, non à extirper quelque chose aujourd'hui la psychothérapie n'en est pas capable —, mais à faire fondre la résistance et à ouvrir ainsi à la circulation la voie menant à un domaine jusqu'ici fermé.

295

(J'utilise ici toute une série de comparaisons qui n'ont toutes qu'une ressemblance fort limitée avec mon thème et qui, de plus, ne s'accordent guère entre elles. Cela, je le sais, et je ne risque pas de surestimer leur valeur, mais l'intention qui me guide est de visualiser, en partant de différentes perspectives, un objet de pensée éminemment compliqué et jamais encore présenté, et c'est pourquoi je sollicite la liberté d'en user encore à ma guise dans les pages suivantes avec des comparaisons, de cette manière nullement irréprochable.)

Si, la liquidation une fois terminée, on pouvait montrer à un tiers le matériel pathogène dans son organisation compliquée et pluridimensionnelle désormais reconnue, celui-ci poserait à bon droit la question : Comment pareil chameau est-il passé par ce chas d'aiguille ? Ce n'est pas en effet sans raison qu'on parle d'un « défilé de la conscience ». Ce terme reprend sens et vie pour le médecin qui pratique une telle analyse. Ce n'est jamais qu'un seul souvenir qui peut entrer dans le moi-conscience ; le malade qui est occupé par la perlaboration de ce seul souvenir ne voit rien de ce qui pousse par derrière et oublie ce qui a déjà pénétré. Si la maîtrise de ce seul souvenir pathogène se heurte à des difficultés, comme par ex. lorsque le malade ne relâche pas sa résistance contre celui-ci, lorsqu'il veut le refouler ou le mutiler, le défilé se trouve pour ainsi dire obstrué ; le travail se bloque, rien d'autre ne peut plus venir, et le seul souvenir qui se trouve en train de percer s'arrête devant le malade jusqu'à ce que celui-ci l'ait admis dans l'amplitude du moi. Toute la masse spatialement étendue du matériel pathogène est ainsi tirée à travers une fente étroite et parvient ainsi, comme découpée en morceaux ou en rubans, dans la conscience. C'est la tâche du psychothérapeute que de recomposer avec cela l'organisation supposée. Quiconque est friand de nouvelles comparaisons voudra bien se souvenir ici d'un jeu de patience.

Si l'on se trouve devoir commencer une analyse de ce genre, où l'on est en droit de s'attendre à une telle organisation du matériel pathogène, on pourra tirer profit des résultats suivants de l'expérience : il n'y a aucune chance d'avancer directement jusqu'au noyau de l'organisation pathogène. Pourrait-on deviner soi-même ce noyau que le malade ne saurait que faire des élucidations fournies et ne serait pas psychiquement modifié par elles.

Il ne reste plus qu'à se tenir d'abord à la périphérie de la formation psychique pathogène. On commence par laisser le malade raconter ce qu'il sait et ce dont il se souvient, tout en dirigeant d'ores et déjà son attention et en surmontant des résistances relativement légères par l'application du procédé de pression. Chaque fois

qu'en opérant une pression on a ouvert une nouvelle voie, on peut s'attendre à ce que le malade continue un peu sur cette voie sans nouvelle résistance.

Si l'on a travaillé quelque temps de cette façon, une activité de coopération s'éveille habituellement chez le malade. Il lui vient à l'idée une abondance de réminiscences sans qu'on ait besoin de lui poser de questions ou de lui assigner des tâches ; on s'est précisément frayé la voie dans une strate interne, à l'intérieur de laquelle le malade dispose maintenant spontanément du matériel de même résistance. On fait bien de le laisser reproduire quelque temps sans qu'il soit influencé ; certes, il n'est pas lui-même en mesure de mettre à découvert des corrélations importantes, mais on peut bien s'en remettre à lui pour débayer à l'intérieur de cette même strate. Les choses qu'il apporte ainsi semblent souvent sans corrélation, mais fournissent le matériel qui sera vivifié par la corrélation reconnue plus tard.

297

On doit ici, d'une manière générale, se garder de deux choses. Si l'on inhibe le malade dans la reproduction des idées incidentes qui affluent en lui, on peut s' « obstruer » plus d'une voie qu'il faudra pourtant libérer plus tard à grand-peine. D'autre part, on ne doit pas surestimer son « intelligence » inconsciente et s'en remettre à elle pour diriger tout le travail. Si je voulais schématiser ce mode de travail, je pourrais dire à peu près qu'on assure soi-même l'ouverture de strates internes, l'avancée en direction radiale, alors que le malade pourvoit à l'élargissement périphérique.

L'avancée a lieu d'ailleurs du fait que l'on surmonte la résistance de la manière précédemment indiquée. Mais, en règle générale, on a auparavant à s'acquitter encore d'une autre tâche. Il faut attraper un bout du fil logique et c'est seulement sous sa conduite qu'on peut espérer forcer l'entrée à l'intérieur. Qu'on ne s'attende pas à ce que les libres communications du malade, matériel des strates les plus superficielles, permettent à l'analyste de reconnaître facilement en quels endroits les choses vont en profondeur, en quels points se nouent les corrélations de pensée recherchées. Au contraire ; c'est précisément cela qui est soigneusement dissimulé, la présentation faite par le malade paraît être complète, bien d'aplomb. Devant elle, on est d'abord comme devant un mur qui bouche toute perspective et ne permet pas de pressentir si quelque chose se cache là-dedans et quoi.

298

Mais si on inspecte d'un œil critique la présentation qu'on a reçue du malade sans beaucoup de peine ni de résistance, on découvrira en elle inmanquablement des lacunes et des défauts. Ici la corrélation est visiblement rompue et est complétée tant bien que mal par le malade au moyen d'une formule toute faite, une échappatoire insuffisante ; là on se heurte à un motif que chez un être humain normal on qualifierait de défaillant. Le malade ne veut pas reconnaître ces lacunes lorsqu'on attire son attention sur elles. Le médecin, lui, a raison de chercher derrière ces endroits faibles l'accès au matériel des strates plus profondes, d'espérer découvrir justement ici les fils de la corrélation dont il suit la trace avec le procédé de pression. On dit donc au malade : Vous vous trompez ; ce que vous indiquez n'a rien à voir avec ce dont il s'agit. Nous devons forcément tomber ici sur quelque chose d'autre qui vous viendra à l'idée sous la pression de ma main.

On est en effet en droit, dans le cas d'un hystérique, de poser à un cheminement de pensée — et quand bien même celui-ci parviendrait jusque dans l'inconscient — les mêmes exigences de connexion logique et de motivation suffisante que celles qu'on émettrait dans le cas d'un individu normal. Un relâchement de ces relations n'est pas du ressort de la névrose. Si les connexions entre représentations chez les névrosés, et spécialement chez les hystériques, donnent une autre impression, si ici la relation des intensités entre diverses représentations paraît inexplicable à partir des seules conditions psychologiques, c'est que nous venons justement d'apprendre à connaître la raison de cette apparence et savons la nommer : l'existence de motifs cachés, inconscients. Nous pouvons donc supposer la présence de tels motifs secrets partout où il faut mettre en évidence une telle rupture dans la corrélation, un dépassement du degré de motivation normalement justifié.

Dans un tel travail, on doit naturellement se garder exempt du préjugé théorique selon lequel on a affaire à des cerveaux anormaux de « dégénérés » et de « déséquilibrés »<sup>b</sup>, chez qui la liberté de jeter par-dessus bord les lois psychologiques communes de la liaison entre

a. Dans la première édition seulement : tout à fait insuffisante.

b. En français dans le texte.

représentations serait un stigmate spécifique, chez qui une quelconque représentation peut sans motif croître avec une intensité démesurée, une autre demeurer inaltérable sans raison psychologique. L'expérience montre le contraire pour ce qui est de l'hystérie ; quand on a fini par trouver les motifs cachés souvent restés inconscients — et qu'on en tient compte, il ne reste d'ailleurs à la connexion des pensées chez l'hystérique rien qui soit énigmatique ou opposé à la règle.

299

C'est donc de cette façon, par dépistage dans la première présentation du malade des lacunes qui sont souvent couvertes par de « fausses connexions »<sup>a</sup>, que l'on saisit à la périphérie un bout du fil logique et que par le procédé de pression on se fraie à partir de là le chemin à venir.

Ici, on réussit très rarement, en travaillant sur le même fil, à accéder jusqu'à l'intérieur ; le plus souvent, le fil se rompt en chemin du fait que le procédé de pression est défaillant et ne fournit absolument aucun résultat, ou en fournit un qui, même au prix de toute la peine possible, ne peut ni s'expliquer ni se continuer. On apprend bientôt en pareil cas à se protéger de confusions faciles à faire. La mine du malade doit décider si on est effectivement arrivé à une fin, ou si on rencontre un cas n'appelant pas d'éclaircissements psychiques, ou encore si c'est une résistance démesurée qui commande au travail de s'arrêter. Si l'on ne peut vaincre aussitôt cette dernière, on est alors en droit de supposer qu'on a suivi le fil jusque dans une strate qui, pour l'instant, est encore imperméable. On le laisse tomber pour saisir un autre fil, qu'on suit peut-être tout aussi loin. Si avec tous les fils on a rejoint cette strate et qu'on y ait trouvé les nouages à cause desquels on ne pouvait plus suivre isolément chacun des fils, on peut alors penser à attaquer de nouveau la résistance qui se trouve devant nous.

On peut aisément se représenter combien un tel travail peut devenir compliqué. On s'imisce, au prix d'un constant surmontement de la résistance, dans des strates internes, on acquiert la connaissance des thèmes accumulés dans cette strate et des fils qui les traversent, on examine jusqu'où on peut s'avancer avec ses

a. Cf. *supra*, p. 85, n. 1, et *infra*, p. 330.

300 moyens actuels et les connaissances qu'on vient d'acquérir, on se procure par le procédé de pression les premières informations sur le contenu des strates suivantes, on laisse tomber les fils et on les reprend, on les suit jusqu'aux points nodaux, on donne constamment du mou et on parvient chaque fois, en suivant un fascicule de souvenir, à une voie latérale qui finalement n'en trouve pas moins un débouché. Enfin, on progresse ainsi assez loin pour pouvoir abandonner le mode de travail par strates et avancer par une voie principale directement jusqu'au noyau de l'organisation pathogène. Par là le combat est gagné, mais il n'est pas encore achevé. Il faut rattraper les autres fils, épuiser le matériel ; mais le malade apporte maintenant son aide énergétique, sa résistance étant la plupart du temps déjà brisée.

Dans ces stades avancés du travail, il est utile de deviner la corrélation et de la communiquer au malade avant même de l'avoir mise à découvert. Si on a deviné juste, on accélère le déroulement de l'analyse, mais également avec une hypothèse erronée on s'en tire pour avancer en forçant le malade à prendre parti et en lui arrachant des récusations énergiques qui trahissent le fait qu'à coup sûr il en sait plus.

On se convainc ici avec étonnement que l'on n'est pas en mesure d'imposer quoi que ce soit au malade sur les choses qu'il prétend ne pas savoir, ni d'influencer les résultats de l'analyse en suscitant son attente. Je n'ai pas réussi une seule fois à modifier ni à fausser par ma prédiction la reproduction de souvenirs ou la corrélation entre les événements, ce qui en fin de compte n'aurait certes pas manqué de se trahir par une contradiction dans la texture du tout. Quelque chose survenait-il tel que je l'avais prédit, il était toujours attesté par des réminiscences diverses et non suspectes que j'avais précisément deviné juste. On n'a donc pas à avoir peur d'exprimer devant le malade une quelconque opinion sur la prochaine corrélation ; il n'y a pas de mal à cela.

301 Une autre observation, que l'on a chaque fois l'occasion de répéter, se rapporte aux reproductions autonomes du matériel du malade. On peut affirmer que pendant une telle analyse il n'émerge pas une seule réminiscence qui n'ait sa signification. Il ne se produit à vrai dire aucune immixtion d'images mnésiques sans rapport entre

elles qui soient associées d'une façon ou d'une autre aux images importantes. On peut postuler une exception qui n'invalide pas la règle pour ces souvenirs qui, étant en eux-mêmes sans importance, sont cependant indispensables comme pièces intercalaires, l'association entre les deux souvenirs en rapport l'un avec l'autre ne passant que par eux. — Le laps de temps pendant lequel un souvenir séjourne dans le défilé menant à la conscience du patient est, comme déjà indiqué, en rapport direct avec sa significativité. Une image qui ne veut pas s'éteindre réclame encore d'être prise en compte, une pensée qui ne se laisse pas évacuer veut que l'on continue à la poursuivre. Une réminiscence ne fait d'ailleurs jamais retour une seconde fois lorsqu'elle a été liquidée ; une image qui a été défaite par la parole, on ne la reverra plus. Si cela arrive pourtant, on peut s'attendre avec certitude à ce que la deuxième fois un nouveau contenu de pensée vienne se rattacher à l'image, une nouvelle déduction à l'idée incidente, ce qui veut dire que malgré tout aucune liquidation complète n'a eu lieu. En revanche, un retour, varié dans son intensité, d'abord comme allusion, ensuite en pleine clarté, se produit fréquemment mais ne contredit pas l'affirmation que je viens de poser.

Si parmi les tâches de l'analyse se trouve l'élimination d'un symptôme capable de s'accroître en intensité ou de faire retour (douleurs, symptômes de stimulation tels que vomissements, sensations, contractures), on observe pendant le travail de la part de ce symptôme le phénomène intéressant et loin d'être inopportun, consistant à «prendre part à la conversation »<sup>b</sup>. Le symptôme en question réapparaît ou apparaît avec une intensité renforcée dès qu'on est entré dans la région de l'organisation pathogène qui contient l'étiologie de ce symptôme, et celui-ci continue à accompagner maintenant le travail avec des fluctuations caractéristiques et pour le médecin instructives. L'intensité de ce symptôme (disons : une tendance au vomissement) croît à mesure que l'on pénètre plus profondément dans un des souvenirs ici pathogènes, atteint son point

a. Cf. *supra*, p. 318.

b. Cf. *supra*, p. 169 et « L'Homme aux loups », *GW*, XII, p. 107 ; *OCEP*, XIII, p. 73.

culminant peu avant l'expression verbale de ceux-ci et diminue soudain après expression complète, ou bien encore disparaît totalement pour un temps. Si le malade retarde longtemps par résistance l'expression verbale, la tension de la sensation, de la tendance au vomissement, devient insupportable et si on ne peut obtenir l'expression verbale par contrainte, alors le vomissement survient effectivement. On acquiert ainsi une impression plastique selon laquelle le « vomissement » prend la place d'une action psychique (ici celle de l'expression verbale), ainsi que l'affirme la théorie de la conversion dans l'hystérie.

Cette fluctuation d'intensité de la part du symptôme hystérique se répète chaque fois qu'on s'attaque à un nouveau souvenir, ici pathogène ; le symptôme figure pour ainsi dire tout le temps à l'ordre du jour. Si l'on est obligé de laisser tomber pour un moment le fil auquel est attaché ce symptôme, celui-ci recule d'ailleurs dans l'obscurité pour réémerger à une période ultérieure de l'analyse. Ce jeu se poursuit jusqu'au moment où par l'élaboration du matériel pathogène une liquidation définitive se trouve effectuée pour ce symptôme.

Rigoureusement parlant, le symptôme hystérique ne se comporte pas ici autrement que l'image mnésique ou la pensée reproduite que l'on a fait remonter sous la pression de la main. Dans les deux cas, même opiniâtreté obsédante du retour dans le souvenir du malade, souvenir qui exige liquidation. La différence n'existe que dans la survenue apparemment spontanée des symptômes hystériques, alors qu'on se souvient bien d'avoir provoqué soi-même les scènes et les idées incidentes. Mais en réalité c'est une série ininterrompue qui conduit des restes mnésiques non modifiés d'expériences vécues et d'actes de pensée pleins d'affect jusqu'aux symptômes hystériques — leurs symboles mnésiques.

303

Le phénomène consistant pour le symptôme hystérique à prendre part à la conversation pendant l'analyse entraîne un inconvénient pratique avec lequel on devrait pouvoir réconcilier le malade. Il est en effet totalement impossible d'entreprendre d'un trait l'analyse d'un symptôme ou de répartir les pauses dans le travail de façon à ce qu'elles coïncident justement avec des temps de repos dans la liquidation. C'est bien plutôt que l'interruption, qui est

impérativement prescrite par les circonstances accessoires du traitement, l'heure de séance avancée, etc., tombe souvent aux moments les plus malencontreux, justement quand on pourrait se rapprocher d'une décision, justement quand émerge un nouveau thème. Ce sont les mêmes inconvénients que ceux qui gâchent à tout lecteur de journal la lecture du fragment quotidien de son feuilleton si, immédiatement après le discours décisif de l'héroïne, quand le coup de feu vient de partir, etc., on lit : (La suite au prochain numéro.) Dans notre cas, le thème abordé mais non évacué, le symptôme d'abord renforcé et pas encore expliqué, subsistent dans la vie d'âme du malade et l'importunement plus vivement peut-être que ce n'était le cas auparavant. C'est de cela qu'on devra justement pouvoir s'accommoder, il n'y a rien d'autre à faire. Il existe de toute façon des malades qui pendant une telle analyse ne peuvent plus lâcher le thème qu'ils ont une fois abordé, qui en sont obsédés, même dans l'intervalle entre deux séances<sup>b</sup> et qui ne peuvent pourtant avancer seuls dans la liquidation, souffrant dans un premier temps davantage qu'avant le traitement. Même de tels patients finissent par apprendre à attendre le médecin, à reporter dans les séances du traitement tout l'intérêt qu'ils portent à la liquidation du matériel pathogène, et c'est alors qu'ils se sentent plus libres dans les intervalles.

L'état général des malades pendant une telle analyse semble lui aussi mériter qu'on y prête attention. Cet état reste encore un temps, n'étant pas influencé par le traitement, l'expression des facteurs précédemment efficaces, mais le moment vient ensuite où le malade est « empoigné », où son intérêt est capté et à partir de là son état général entre de plus en plus sous la dépendance de la situation présente du travail. Chaque fois que de nouveaux éclaircissements sont acquis, qu'une étape importante est atteinte dans l'articulation de l'analyse, le malade se sent aussi soulagé et savoure comme un presentiment de sa libération prochaine ; à chaque blocage dans le tra-

304

a. Dans les deux premières éditions : il (le malade).  
 b. Freud écrit : *Behandlungen* (traitements).

vail, à chaque menace de confusion, croît la charge psychique qui l'opprime, s'intensifient sa sensation de malheur, son incapacité à agir. L'une et l'autre, à vrai dire, seulement pour une brève période ; car l'analyse continue, dédaigne de se faire gloire de tel moment de bien-être et passe outre négligemment aux périodes d'assombrissement. On se réjouit en général lorsqu'on a remplacé les fluctuations spontanées dans l'état de santé du malade par d'autres que l'on provoque soi-même et que l'on comprend, de même qu'on aime voir cet ordre du jour qui correspond à la situation présente de l'analyse prendre la place de la résolution spontanée des symptômes.

Habituellement, le travail devient au début d'autant plus confus et plus difficile que l'on pénètre plus profondément dans la formation psychique stratifiée précédemment décrite. Mais une fois qu'à force de travail on a pénétré jusqu'au noyau, la lumière se fait et l'état général du malade n'a plus à redouter aucun assombrissement d'importance. Mais on ne doit s'attendre à la récompense du travail, à la cessation des symptômes de maladie, qu'une fois réalisée l'analyse complète pour chacun des symptômes en particulier ; bien plus, là où les symptômes particuliers sont rattachés les uns aux autres par de multiples nouages, on n'est même pas encouragé par des succès partiels pendant le travail. En vertu des liaisons causales abondamment présentes, chaque représentation pathogène non encore liquidée agit comme motif pour l'ensemble des créations de la névrose, et c'est seulement avec le dernier mot de l'analyse que disparaît tout le tableau de maladie, tout à fait comme se comportait le souvenir isolé reproduit.

305 Quand un souvenir pathogène ou une corrélation pathogène qui étaient antérieurement soustraits au moi-conscience se trouvent mis à découvert par le travail de l'analyse et insérés dans le moi, on observe sur la personnalité psychique ainsi enrichie diverses façons de s'exprimer sur ce gain. Il arrive particulièrement souvent que les malades, après qu'on leur a imposé, non sans peine, une certaine connaissance, déclarent : Mais cela je l'ai toujours su, j'aurais pu vous le dire plus tôt. Les plus perspicaces reconnaissent là une auto-illusion et s'accusent d'ingratitude. Sinon, la prise de position du moi envers la nouvelle acquisition dépend en général de ceci : de quelle strate de l'analyse cette acquisition est-elle issue ? Ce qui appartient aux strates les

plus externes est reconnu sans difficulté, c'était en effet resté en possession du moi et seule sa corrélation avec les strates plus profondes du matériel pathogène était pour le moi une nouveauté. Ce qui est porté au jour à partir de ces strates plus profondes se voit également connu et reconnu, mais cependant la plupart du temps seulement après des réticences et des hésitations. Des images mnésiques visuelles sont ici, naturellement, plus difficiles à dénier que des traces mnésiques de simples cheminements de pensée. Il n'est pas rare du tout que le malade commence par dire : Il est possible que j'aie pensé cela, mais je ne puis m'en souvenir, et c'est seulement une fois que le malade s'est plus longuement familiarisé avec cette hypothèse que s'ajoute aussi la reconnaissance ; il se souvient et confirme d'ailleurs par des connexions latérales qu'il a effectivement eu une fois cette pensée. Quant à moi, j'érige en loi pendant l'analyse de considérer l'évaluation d'une réminiscence qui émerge indépendamment de la reconnaissance par le malade. Je ne me lasserai pas de répéter que nous sommes absolument tenus d'accepter tout ce que nous mettons au jour par nos propres moyens. S'il s'y trouvait quelque chose qui ne fût pas authentique ou pas exact, c'est le contexte qui enseignerait à faire ultérieurement le partage. Soit dit en passant, je n'ai guère eu l'occasion de retirer après coup ma reconnaissance à une réminiscence provisoirement admise. Quoi qu'il émergeât, c'est cela qui, malgré l'apparence éminemment trompeuse d'une contradiction irréfutable, s'est finalement révélé être exact.

306

Les représentations issues de la plus grande profondeur, qui constituent le noyau de l'organisation pathogène, sont celles que les malades reconnaissent le plus difficilement comme souvenirs. Même quand tout est passé, que les malades, terrassés par la contrainte logique et convaincus par l'effet curatif accompagnant justement l'émergence de ces représentations-là quand les malades, dis-je, ont eux-mêmes admis avoir pensé ceci et cela, ils ajoutent souvent : Mais me souvenir de l'avoir pensé, c'est ce que je ne peux pas. On se met facilement d'accord avec eux : c'étaient des pensées inconscientes. Mais comment doit-on situer soi-même cet état de choses dans ses vues psychologiques ? Doit-on passer outre à ce refus de reconnaissance de la part du malade qui, le travail une fois terminé, est sans motif ; doit-on faire l'hypothèse qu'il s'agit effectivement de

307 pensées qui ne sont pas survenues, pour lesquelles il n'existait que la possibilité d'une existence, si bien que la thérapie consisterait en l'accomplissement d'un acte psychique n'ayant pas eu lieu autrefois ? Il est manifestement impossible de s'exprimer sur ce point, c'est-à-dire sur l'état du matériel pathogène avant l'analyse, sans avoir clarifié à fond ses vues psychologiques fondamentales, surtout à propos de l'essence de la conscience. Il reste un fait qui mérite bien réflexion, à savoir que dans de telles analyses, on peut suivre à la trace un cheminement de pensée allant du conscient à l'inconscient (c.-à-d. absolument non reconnu comme souvenir), le voir à partir de là faire de nouveau un parcours à travers le conscient et finir de nouveau dans l'inconscient, sans que cette alternance d'« éclairage psychique » change quoi que ce soit à lui-même, à sa logique, ni à la corrélation de ses diverses parties. Une fois que j'ai sous les yeux ce cheminement de pensée au complet, je ne pourrais pas deviner quelle partie a été reconnue par le malade comme souvenir, quelle partie non. Je vois seulement, en quelque sorte, les pointes du cheminement de pensée s'immerger dans l'inconscient, à l'inverse de ce qu'on a affirmé concernant nos processus psychiques normaux.

Il me reste pour terminer à traiter d'un thème qui joue dans l'exécution d'une telle analyse cathartique un rôle plus grand qu'on ne l'aurait souhaité. J'ai déjà admisa la possibilité que le procédé de pression soit défaillant, ne faisant surgir aucune réminiscence malgré toutes les assurances et toutes les insistances. Mais, ai-je dit, deux cas de figure sont possibles : ou bien à l'endroit où on cherche justement, il n'y a vraiment rien à trouver, cela se reconnaissant à la mine parfaitement tranquille du malade ; ou bien on s'est heurté à une résistance qui ne sera surmontable que plus tard, on se trouve devant une nouvelle strate dans laquelle on ne peut pas encore pénétrer, et cela se lit une fois encore sur la mine du malade, une mine tendue et témoignant d'un effort intellectuel. Mais un troisième cas

a. Cf *supra*, p. 307.

b. Cf. *supra*, p. 321.

est encore possible, constituant lui aussi un obstacle non lié au contenu, mais extérieur. Ce cas survient lorsque le rapport du malade au médecin est perturbé, et il constitue le plus grave obstacle auquel on puisse se heurter. Or on peut s'attendre à le rencontrer dans toute analyse tant soit peu sérieuse.

J'ai déjà fait allusions au rôle important qui échoit à la personne du médecin dans la création de motifs qui doivent vaincre la force psychique de la résistance. Dans des cas qui ne sont pas rares, en particulier chez les femmes, et là où il s'agit de clarifier des chemine-  
ments de pensée érotiques, la collaboration des patients devient un sacrifice personnel qu'il faut récompenser par quelque succédané d'amour. Les efforts déployés par le médecin et sa patiente amabilité doivent suffire comme succédanés de ce genre.

308

Or si ce rapport de la malade au médecin est perturbé, la disponibilité de la malade fait elle aussi défaillance ; si le médecin veut s'enquérir de la prochaine idée pathogène, s'immisce chez la malade la conscience des doléances qui se sont accumulées chez elle contre le médecin. Pour autant que j'aie pu en faire l'expérience, cet obstacle survient dans trois cas principaux :

1) Lorsque s'est établie une inimitié personnelle, quand la malade se croit mise à l'écart, tenue en piètre estime, offensée, ou quand elle a entendu parler défavorablement du médecin ou de la méthode de traitement. C'est là le cas le moins sérieux ; l'obstacle se laisse facilement surmonter par des explications et des éclaircissements, même si la susceptibilité et la défiance des hystériques peuvent à l'occasion se manifester dans des proportions insoupçonnées.

2) Quand la malade est saisie de la crainte de trop s'habituer à la personne du médecin et de perdre son autonomie par rapport à lui, pouvant même tomber dans une dépendance sexuelle à son égard. Ce cas est plus significatif parce que moins individuellement conditionné. La circonstance occasionnant cet obstacle est inhérente à la nature des soins thérapeutiques. La malade a désormais un nouveau motif de résistance qui se manifeste non seulement lors d'une certaine réminiscence, mais lors de toute tentative de traitement. Il est très courant que la malade se plaigne de maux de tête quand on

recourt au procédé de pression. C'est que son nouveau motif de résistance lui reste naturellement le plus souvent inconscient et elle le manifeste par un symptôme hystérique nouvellement engendré. Le mal de tête signifie l'aversion à se laisser influencer.

3) Quand la malade s'effraie de transférer des représentations pénibles émergeant du contenu de l'analyse sur la personne du médecin. Cela est fréquent et se produit même régulièrement dans plus  
309 d'une analyse. Le transfert sur le médecin se fait par fausse connexion (cf. p. 86). Il me faut bien citer ici un exemple : l'origine d'un certain symptôme hystérique était chez une de mes patientes le souhait, choyé de nombreuses années auparavant et aussitôt renvoyé dans l'inconscient, que l'homme avec lequel elle avait eu alors une conversation y aille de tout son cœur et lui impose un baiser. Voici qu'une fois, une séance étant terminée, un tel souhait émerge chez la malade concernant ma personne ; elle en est épouvantée, passe une nuit sans sommeil et se trouve la fois suivante, bien qu'elle ne refuse pas le traitement, tout à fait inapte au travail. J'eus connaissance de l'obstacle et le levai, après quoi le travail reprit, et voilà que le souhait qui effraie tant la malade apparaît comme le souvenir pathogène suivant, celui qui est maintenant exigé par la corrélation logique. Cela s'était donc passé ainsi : ce qui était survenu en premier dans la conscience de la malade, c'était le contenu du souhait, sans les souvenirs des circonstances annexes qui pouvaient reporter ce souhait dans le passé ; le souhait maintenant présent fut, de par la contrainte associative régnant dans la conscience, connecté à ma personne, qui peut à bon droit occuper la malade, et dans cette mésalliance — que j'appelle fausse connexion — s'éveille le même affect qui a en son temps poussé la malade à renvoyer ce souhait illicite. Ayant fait une fois cette expérience, je puis présupposer que lors de toute mise à contribution analogue de ma personne ont eu lieu encore un transfert et une fausse connexion. Chaque nouvelle fois, la malade est de façon remarquable victime de cette illusion.

On ne peut pas mener une analyse à son terme si on ne sait pas affronter la résistance qui résulte de ces trois cas-là. Mais on trouve

a. Cf. *supra*, p. 87.

b. Un mot en français dans le texte.

là aussi sa voie si on se propose de traiter ce symptôme nouvellement produit selon l'ancien modèle, comme on a traité les anciens. On a comme première tâche de rendre l' « obstacle » conscient pour la malade. Chez une de mes patientes, par exemple, chez laquelle le procédé de pression fut soudain défaillant et avec qui j'avais tout lieu de supposer une idée inconsciente telle que celle mentionnée en 2), je m'en tirai la première fois en la prenant au dépourvu. Je lui dis qu'il devait forcément exister un obstacle à la poursuite du traitement, mais que le procédé de pression avait au moins le pouvoir de lui faire voir cet obstacle, et je pressai sur sa tête. Elle dit avec étonnement : Je vous vois là, assis dans ce fauteuil, c'est vraiment une absurdité ; qu'est-ce que cela peut bien signifier ? — Je pus alors lui apporter des éclaircissements.

310

Chez une autre, l' « obstacle » ne se manifestait pas directement à la pression, mais je pouvais chaque fois le mettre en évidence lorsque je ramenaï la patiente au moment où il était apparu. Le procédé de pression ne manquait jamais de nous restituer ce moment. Trouver et mettre en évidence l'obstacle, c'était se débarrasser de la première difficulté, il en subsistait encore une, plus grande. Elle résidait dans le fait d'amener la malade à communiquer, là où apparemment des relations personnelles entraient en ligne de compte, où la tierce personne coïncidait avec celle du médecin. J'étais au début fort contrarié de cet accroissement de mon travail psychique, jusqu'à ce que j'aie appris à bien voir que tout ce processus correspondait à une loi, sur quoi je remarquai aussi qu'un tel transfert ne créait aucune surcharge notable. Pour la patiente, le travail restait le même : par exemple, surmonter l'affect pénible d'avoir pu un moment choyer un souhait de cette sorte, et il semblait indifférent pour le résultat qu'elle prenne comme thème du travail la répulsion psychique dans le cadre du cas ancien ou du cas récent avec moi. Les malades apprenaient d'ailleurs peu à peu à bien voir que dans de tels transferts sur la personne du médecin il s'agissait d'une contrainte et d'une illusion qui se dissipaient avec la fin de l'analyse. J'estime pourtant que si j'avais négligé de leur rendre claire la nature de l' « obstacle », je n'aurais fait que substituer pour eux un nouveau symptôme hystérique, fût-il léger, à un autre, spontanément développé.

311

\*\*

Eh bien ! j'estime que voilà suffisamment d'indications sur la conduite de telles analyses et sur les expériences faites lors de celles-ci. Elles font peut-être apparaître bien des choses plus compliquées qu'elles ne sont ; beaucoup de choses se font en effet d'elles-mêmes lorsqu'on se trouve engagé dans un travail de cette nature. Si j'ai énuméré les difficultés du travail, ce n'est pas pour éveiller l'impression qu'étant donné de tels efforts exigés du médecin et du malade il ne vaudrait la peine d'entreprendre une analyse cathartique que dans les cas les plus rares. Je soumets ma pratique médicale au présupposé contraire. — Je ne puis certes pas poser les indications les plus détaillées pour l'application de la méthode cathartique ici décrite sans m'engager dans la prise en compte du thème plus significatif et plus englobant de la thérapie des névroses en général. J'ai de par moi fréquemment comparé la psychothérapie cathartique à des interventions chirurgicales, qualifié mes cures d'opérations psychothérapeutiques, m'attachant aux analogies avec l'ouverture d'une cavité pleine de pus, le curetage d'un endroit atteint de carie, etc. Une telle analogie trouve sa justification moins dans l'ablation de ce qui est malade que dans l'établissement de meilleures conditions pour le déroulement du procès de guérison.

À maintes reprises j'ai dû entendre de mes malades, quand je leur promettais aide et soulagement par le moyen d'une cure cathartique, cette objection : Mais vous dites vous-même que ma souffrance est vraisemblablement en corrélation avec les conditions de ma vie et mes destins ; vous ne pouvez rien y changer ; de quelle  
 312 manière voulez-vous donc m'aider ? Ce à quoi j'ai pu répondre : Je ne doute certes pas qu'il devrait être plus facile au destin qu'à moi d'enlever votre souffrance, mais vous pourrez vous convaincre que beaucoup a été acquis si nous réussissons à transformer votre misère hystérique en malheur commun. Contre ce dernier vous serez mieux en état de vous défendre avec une vie d'âmes ayant recouvré la santé.

Du mécanisme psychique  
de phénomènes hystériques

## UBER DEN PSYCHISCHEN MECHANISMUS HYSTERISCHER PHANOMENE

1893 [1893 h]

### *Première publication*

1893 *Wiener medizinische Presse*, 34 (4), p. 121-126, et (5), p. 165-167.

### *Autres éditions allemandes*

1971 *Studienausgabe*, t. VI, p. 13-24.

1987 *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, p. 183-195.

### *Traduction anglaise*

1962 *Standard Edition*, t. III, p. 27-39 : On the Psychological Mechanism of Hysterical Phenomena.

Cette conférence fut prononcée par Freud à Vienne, le 11 janvier 1893, devant un auditoire de médecins, le Wiener medizinischer Klub.

Les 22 et 29 janvier 1893, la *Wiener medizinische Presse* la publia dans sa rubrique « Travaux originaux et leçons cliniques », et avec la mention « Par le Dr Josef Breuer et le Dr Sigmund Freud de Vienne », le texte, d'abord sténographié, ayant été revu par Freud. *L'Internationale klinische Rundschau* (1893, 7, p. 108-110) en publia d'autre part un compte rendu, signé d'Emanuel Mandl.

La conférence portait le même titre que la « Communication préliminaire » de Breuer et Freud (cf. *supra*, p. 23 sq.), dont la première partie avait paru le 1<sup>er</sup> janvier 1893 dans le *Neurologisches Centralblatt* et dont la seconde partie devait paraître le 15 janvier. Elle s'en différençait cependant par la place accordée aux travaux de Charcot et l'importance attribuée aux facteurs traumatiques dans l'étiologie de l'hystérie, ainsi que par le recours à la notion de « somme d'excitation ».

## DU MÉCANISME PSYCHIQUE DE PHÉNOMÈNES HYSTÉRIQUES

Messieurs, je viens aujourd'hui devant vous avec l'intention de vous rendre compte d'un travail dont la première partie a déjà été publiée, sous le nom de **Josef Breuer** et sous le mien, dans le *Zentralblatt für Neurologies*. Comme vous le voyez par son titre, ce travail traite de la pathogénèse des symptômes hystériques et laisse deviner que les raisons immédiates de l'apparition des symptômes hystériques sont à chercher dans le domaine de la vie psychique.

183

Mais avant d'entrer plus avant dans le contenu de ce travail commun, il me faut vous dire quelle place il occupe, et vous nommer l'auteur et la découverte auxquels nous nous sommes rattachés, du moins pour ce qui est de l'objet, même si le développement de notre contribution a été tout au fait indépendant.

Vous savez, Messieurs, que tous nos récents progrès dans la compréhension et la connaissance de l'hystérie se rattachent aux travaux de Charcot. Charcot, dans la première moitié des années 1880, a commencé à porter son attention sur la « grande névrose », comme disent les Français, sur l'hystérie. Dans une série de recherches, il est parvenu à mettre en évidence régularité et lois là où chez d'autres une observation clinique insuffisante ou faite de mauvaise grâce ne voyait que simulation ou arbitraire énigmatique. On peut dire que, directement ou indirectement, c'est à son incitation que remonte tout ce que nous avons appris de nouveau, ces derniers temps, sur l'hystérie. Or parmi les multiples travaux de Charcot, aucun, à mes yeux, ne se situe plus haut que celui par lequel il nous a appris à comprendre les paralysies traumatiques survenant dans l'hystérie, et puisque c'est justement ce travail dont le nôtre apparaît comme étant la continuation, permettez-moi, je vous prie, de traiter devant vous ce thème, une fois encore, de façon plus détaillée.

184

Supposez le cas suivant : un individu n'ayant jamais été malade auparavant, n'ayant peut-être pas la moindre charge héréditaire, est frappé par un trauma. Ce trauma doit remplir certaines conditions ; il doit être grave, c.-à-d. d'une nature telle que lui est liée la représentation d'un danger de mort, d'une menace pour l'existence ; mais il ne doit pas être grave au sens d'une cessation de l'activité psychique ; sinon c'est l'effet que nous en attendons qui disparaît ; il ne doit donc pas, par ex., s'accompagner d'une commotion cérébrale, d'une grave blessure réelle. En outre, ce trauma doit avoir une relation particulière avec une partie du corps. Supposez qu'une lourde bûche frappe un ouvrier à l'épaule. Ce coup le renverse, il se convainc pourtant très vite que rien ne s'est passé, et il rentre à la maison avec une légère contusion. Quelques semaines ou quelques mois après, il se réveille un matin et s'aperçoit que son bras — celui frappé par le trauma — pend, paralysé et inerte, après qu'il en a eu le plein usage dans l'intervalle, qui est dans une certaine mesure le temps d'incubation. Si le cas a été typique, il peut arriver que s'installent des accès particuliers, que l'individu, après une auras, s'effondre brusquement, se déchaîne, délire, et s'il parle dans son délire, il faut en déduire que la scène de l'accident se répète en lui, peut-être enjolivée de divers fantasmes. Que s'est-il passé ici, comment peut-on expliquer ce phénomène ?

Charcot explique ce processus en le reproduisant, en produisant artificiellement la paralysie chez un malade. Il a besoin pour cela d'un malade se trouvant déjà dans un état hystérique, de l'état d'hypnose et du moyen de la suggestion. Il met ce malade dans une  
 185 profonde hypnose, lui donne un léger coup sur le bras : ce bras pend, ballant, est paralysé et présente exactement les mêmes symptômes que dans la paralysie traumatique spontanée. Ce coup peut également être remplacé par une suggestion verbale directe : « Eh toi ! ton bras est paralysé » ; là aussi la paralysie présente le même caractère.

Essayons d'établir une analogie entre ces deux cas. Ici le trauma, là la suggestion traumatique ; l'effet final, la paralysie, est dans les

a. Ensemble de phénomènes sensitifs ou sensoriels, inauguraux et prémonitoires d'un accès épileptique ou hystérique.

deux cas tout à fait le même. Si le trauma du premier cas peut être remplacé dans l'autre cas par la suggestion verbale, on est tenté de supposer que dans la paralysie traumatique spontanée aussi une représentation de ce genre a été responsable de l'apparition de la paralysie, et de fait bon nombre de malades rapportent qu'au moment du trauma ils ont effectivement eu la sensation que leur bras était fracassé. Le trauma serait alors effectivement à assimiler absolument à la suggestion verbale. Mais alors il manque encore un tiers élément pour compléter l'analogie. Pour que la représentation « le bras est paralysé » puisse effectivement provoquer chez le malade une paralysie, il était nécessaire que le malade se trouve en état d'hypnose. Or l'ouvrier ne se trouvait pas en hypnose ; nous pouvons pourtant supposer qu'il se trouvait pendant le trauma dans un état mental particulier, et Charcot est porté à assimiler cet affect à l'état d'hypnose artificiellement provoqué. La paralysie traumatique spontanée est par là complètement expliquée et mise en analogie avec la paralysie produite par suggestion, et l'apparition du symptôme est déterminée de manière univoque par les circonstances du trauma.

Or Charcot a également répété la même expérimentation pour expliquer les contractures et les douleurs qui surviennent dans l'hystérie traumatique, et je voudrais dire qu'il n'est guère d'autre point où Charcot lui-même a pénétré aussi profondément dans la compréhension de l'hystérie que sur cette question précise. Mais c'est ici que se termine son analyse ; nous n'apprenons pas comment d'autres symptômes apparaissent, et avant tout nous n'apprenons pas comment les symptômes hystériques surviennent dans l'hystérie commune, non traumatique.

Messieurs, à peu près au même moment où Charcot faisait ainsi la lumière sur les paralysies hystéro-traumatiques, le D<sup>r</sup> Breuer, entre 1880 et 1882, apportait son assistance médicale à une jeune dame qui — par une étiologie non traumatique —, en soignant son père malade, avait contracté une hystérie grave et compliquée avec paralysies, contractures, troubles du langage et troubles de la vision, et toutes les particularités psychiques possibles. Ce cas conservera sa

significativité pour l'histoire de l'hystérie, car il a été le premier cas où le médecin ait réussi à faire la lumière sur tous les symptômes de l'état hystérique, à apprendre la provenance de chaque symptôme et à trouver dans le même temps le moyen de faire disparaître de nouveau ce symptôme ; ce fut pour ainsi dire le premier cas d'hystérie rendu transparent. Le D<sup>r</sup> Breuer garda par-devers lui les conclusions que ce cas permettait de tirer jusqu'au moment où il acquit la certitude que le cas n'était pas isolé. Après être rentré en 1886 d'un séjour d'étude chez Charcot, je commençai, dans une constante intelligence avec Breuer, à observer attentivement une plus grande série de malades hystériques et à les examiner dans cette perspective, et je constatai que le comportement de cette première patiente était en fait un comportement typique, et que les conclusions que ce cas autorisait pouvaient être transférées à une série plus grande d'hystériques, si ce n'est à leur ensemble.

Notre matériel se composait de cas d'hystérie commune, donc non traumatique ; nous procédions ainsi : pour chacun des symptômes nous nous informions des circonstances dans lesquelles ce symptôme était survenu la première fois, et cherchions aussi de cette façon à éclairer l'occasion qui pouvait éventuellement être déterminante pour ce symptôme. Eh bien, ne pensez pas que c'est là un travail simple. Si vous interrogez des patients dans ce sens, la plupart du temps vous n'obtenez tout d'abord absolument aucune réponse ; dans une petite série de cas les malades ont leurs raisons pour ne pas dire ce qu'ils savent, dans un plus grand nombre de cas les patients n'ont en fait aucune idée du contexte des symptômes. La voie sur laquelle on peut apprendre quelque chose est difficile et telle que suit : il nous faut mettre les malades en hypnose et les interroger ensuite sur la provenance d'un certain symptôme — quand celui-ci est apparu pour la première fois et de quoi les malades se souviennent. Dans cet état le souvenir, dont ils ne disposent pas à l'état de veille, fait retour. De cette façon nous avons appris que, pour le dire grossièrement, derrière la plupart, si ce n'est la totalité, des phénomènes de l'hystérie se cache une expérience vécue marquée d'affect,

a. L'hiver 1885-1886, pendant lequel Freud suivit l'enseignement de Charcot à la Salpêtrière.

et qu'en outre cette expérience vécue est d'une nature telle qu'elle fait comprendre immédiatement le symptôme qui s'y rapporte, donc que ce symptôme est de nouveau déterminé de manière univoque. À présent je puis déjà formuler la première proposition à laquelle nous sommes parvenus, si vous me permettez d'assimiler cette expérience vécue marquée d'affect à la grande expérience vécue traumatique qui est à la base de l'hystérie traumatique : *il existe une pleine analogie entre la paralysie traumatique et l'hystérie commune, non traumatique.* Avec cette seule différence que là c'est un grand trauma qui a exercé son action, alors qu'ici ce qu'on peut constater c'est rarement un seul grand événement, mais une série d'impressions chargées d'affect ; toute une histoire de souffrance. Or il n'y a rien de forcé à assimiler l'histoire de souffrance, qui s'avère être chez les hystériques le facteur occasionnant, à l'accident rencontré dans l'hystérie traumatique, car personne ne doute plus aujourd'hui que même dans le grand trauma mécanique de l'hystérie traumatique ce n'est pas le facteur mécanique qui vient à agir, mais l'affect d'effroi, le trauma psychique. Donc la première chose qui résulte de cela, c'est que le schéma de l'hystérie traumatique, tel que Charcot l'a proposé pour les paralysies hystériques, vaut de manière tout à fait générale pour tous les phénomènes hystériques, ou du moins le plus grand nombre de ceux-ci ; partout il s'agit de l'action de traumatismes psychiques, qui déterminent de manière univoque la nature des symptômes apparaissant ainsi.

Permettez-moi maintenant de vous exposer à ce propos quelques exemples. Tout d'abord un exemple de la survenue de contractures. La patiente de Breuer, déjà citée, présenta, tout le temps de sa maladie, une contracture du bras droit. Il s'avéra dans l'hypnose qu'à l'époque où elle n'était pas encore tombée malade, elle avait subi un jour le trauma suivant : elle était assise, à demi somnolente, au chevet de son père malade, le bras droit pendant par-dessus le dossier du fauteuil, ce sur quoi son bras s'endormit. À ce moment elle eut une hallucination effrayante qu'elle voulut écarter en se défendant avec son bras, mais n'y réussit pas. Là-dessus, elle fut prise d'une violente frayeur, et ainsi la chose fut d'ailleurs provisoirement supprimée. C'est seulement avec l'irruption de l'hystérie qu'arriva la

188

contracture de ce brasa. Chez une autre malade<sup>b</sup> j'ai observé un clappement avec la langue d'un genre particulier, produit au milieu du discours et semblable au cri d'appel d'un coq de bruyère. Je connaissais déjà ce symptôme chez elle depuis des mois et le considérais comme un tic. C'est seulement lorsqu'un jour, par hasard, je m'informai dans l'hypnose de l'origine de celui-ci qu'il s'avéra que le bruit était survenu pour la première fois à deux occasions où elle avait, les deux fois, la ferme résolution de rester absolument calme, une fois alors qu'elle soignait son enfant gravement malade — les soins donnés au malade sont souvent présents dans l'étiologie de l'hystérie — et se promettait de ne pas réveiller celui-ci, qui venait de s'endormir, en faisant du bruit. Mais la peur de l'acte bascula dans l'action (contre-volonté hystérique !<sup>c</sup>) et, pressant les lèvres, elle fit ce bruit de clappement avec la langue. Le même symptôme apparut plusieurs années plus tard une seconde fois, alors qu'elle s'était également promis de rester absolument calme, et il subsista à partir de ce moment. Souvent une unique circonstance occasionnante ne suffit pas à fixer un symptôme, mais lorsque ce même symptôme survient plusieurs fois avec un certain affect, il se fixe ensuite et persiste.

L'un des symptômes les plus fréquents de l'hystérie est l'anorexie avec vomissements. Je connais toute une série de cas qui expliquent de façon simple comment ce symptôme se produit. C'est ainsi que les vomissements persistèrent chez une malade une fois qu'elle eut, immédiatement avant le repas, lu une lettre qui la vexa, et qu'après ce même repas elle eut revomi le tout. Dans d'autres cas le dégoût de manger peut être rapporté en toute certitude au fait que des personnes sont obligées, de par l'institution de la table commune, de manger en compagnie de personnes qu'elles exècrent. Le dégoût se transfère alors de la personne au fait de manger. Particulièrement intéressante à cet égard fut cette femme déjà citée présentant un tic ; cette femme mangeait excessivement peu, et seulement si elle y était contrainte ; dans l'hypnose j'appris qu'une série de traumatismes psychiques avait finalement produit ce symptôme,

a. Cf *supra*, p. 57.

b. Madame Emmy v. N... Cf. *supra*, p. 66.

c. Cf. *supra*, p. 25.

le dégoût de mangera. Enfant déjà, elle avait été sommée par sa mère, très sévère, de manger la viande qu'elle n'avait pas mangée à midi, deux heures après le repas à table, une fois qu'elle était devenue froide et que le gras avait figé ; elle le fit avec un grand dégoût et en garda le souvenir, si bien que plus tard, alors qu'elle n'était plus contrainte de subir cette punition, elle allait toujours à table avec dégoût. Dix ans plus tard, elle partagea la table avec un parent qui était tuberculeux et qui ne cessa pendant le repas de cracher par-dessus la table dans le crachoir ; quelque temps plus tard, elle fut contrainte de manger avec un parent qu'elle savait souffrir d'une maladie contagieuse. La patiente de Breuer se comporta un certain temps comme une hydrophobe ; la raison de cela apparut dans l'hypnose : elle avait vu un jour, inopinément, un chien boire dans l'un de ses verres d'eaub.

189

Même le symptôme de l'insomnie et du trouble du sommeil trouve le plus souvent son explication la plus précise. Une femme ne put, par ex., des années durant, s'endormir qu'à six heures du matin. Pendant une longue période elle avait dormi dans la chambre jouxtant celle de son mari malade qui se levait à six heures le matin. C'est à partir de ce moment qu'elle trouvait assez de calme pour dormir, et c'est ainsi qu'elle se comporta plusieurs années plus tard pendant une affection hystérique. Un autre cas concernait un homme. Un hystérique dort très mal depuis douze ans ; mais son insomnie est d'une nature tout à fait particulière. Alors qu'il dort excellemment l'été, il dort très mal l'hiver, et tout particulièrement mal en novembre. A quoi cela tient-il ? Il n'en a aucune idée. L'interrogatoire révèle que douze ans auparavant, en novembre, il avait veillé plusieurs nuits de suite son enfant atteint de diphtérie.

Un exemple de trouble du langage est fourni par la patiente de Breuer citée à plusieurs reprises. Celle-ci, pendant une longue période de sa maladie, ne parla qu'anglais ; elle ne parlait ni ne comprenait l'allemand. Ce symptôme put là encore être ramené à un événement précédant l'irruption de sa maladie. Dans un état de grande angoisse elle chercha à prier, mais ne trouva pas de mots.

a. Cf. *supra*, p. 99 sq.

b. Cf. *supra*, p. 53.

Finalement quelques mots d'une prière enfantine anglaise lui vinrent à l'idée. Lorsque plus tard elle tomba malade, elle n'eut plus à sa disposition que l'anglaise.

190 La détermination du symptôme par le trauma psychique n'est pas aussi transparente dans tous les cas. Il n'existe souvent qu'une relation pour ainsi dire symbolique entre la circonstance occasionnante et le symptôme hystérique. Cela s'applique particulièrement aux douleurs. Ainsi, une malade souffrait de douleurs pénétrantes entre les sourcils<sup>b</sup>. La raison pour cela résidait dans le fait qu'un jour, enfant, elle avait été examinée par sa grand-mère d'un regard « pénétrant ». La même patiente souffrit pendant longtemps de violentes douleurs tout à fait immotivées au talon droit. Il s'avéra que ces douleurs étaient en relation avec une représentation que la patiente avait eue quand elle fut introduite pour la première fois dans le monde ; elle fut alors envahie par l'angoisse de ne pouvoir trouver la « façon de faire son entrée du bon pied ou du pied droit ». C'est à de telles symbolisations qu'ont eu recours de nombreux malades pour toute une série de soi-disant névralgies et douleurs. C'est comme s'il existait une intention d'exprimer l'état psychique par un état corporel, et l'usage de la langue fournit le pont permettant cela. Mais précisément pour les symptômes hystériques typiques, tels l'hémi-anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les convulsions épileptiformes, etc., il n'est pas possible de mettre en évidence un mécanisme psychique de ce genre. Pour les zones hystérogènes en revanche nous y sommes souvent parvenus.

Avec ces exemples que j'ai tirés d'une série d'observations, la preuve serait apportée qu'on peut tranquillement concevoir les phénomènes de l'hystérie commune d'après le même schéma que ceux de l'hystérie traumatique, qu'ainsi chaque hystérie peut être conçue comme une hystérie traumatique au sens du trauma psychique et que chaque phénomène est déterminé d'après la nature du trauma.

L'autre question, maintenant, à laquelle il faudrait répondre est la suivante : quelle est la nature de la corrélation causale entre ce

a. Cf *supra*, p. 44 et 57.

b. Madame Cacilie. Cf. *supra*, 202.

c. Cf. *supra*, p. 37.

facteur occasionnant dont nous avons pris connaissance dans l'hypnose et le phénomène qui subsiste plus tard en tant que symptôme hystérique durable ? Une telle corrélation pourrait être multiple. Elle pourrait par exemple être de la nature de celle que nous avançons comme type du déclenchement. Si, pour emprunter un exemple, quelqu'un qui est disposé à la tuberculose reçoit un coup au genou à la suite duquel se développe une arthrite tuberculeuse, c'est là un simple déclenchement. Mais les choses ne se passent pas ainsi dans l'hystérie. Il y a encore une autre sorte de causation, et c'est la causation directe. Illustrons-la par l'image du corps étranger. Celui-ci ne cesse pas d'agir comme cause stimulante de la maladie jusqu'à ce qu'il soit enlevé. *Cessante causa cessat effectusa*. L'observation de Breuer enseigne qu'entre le trauma psychique et le phénomène hystérique il existe une corrélation de cette dernière sorte. En effet, avec sa première patiente, Breuer a appris ce qui suit : la tentative pour apprendre la circonstance occasionnante d'un symptôme est en même temps une manoeuvre thérapeutique. Le moment où le médecin apprend en quelle occasion un symptôme est survenu pour la première fois et par quoi il a été conditionné est aussi celui-là même où ce symptôme disparaît. Quand un malade, par exemple, présente comme symptôme des douleurs et que nous recherchons dans l'hypnose d'où il tient ces douleurs, il lui vient une série de souvenirs. Quand on réussit à amener le malade à avoir un souvenir bien vivace, il voit alors devant lui les choses dans leur réalité effective d'origine ; on remarque que le malade se trouve sous la pleine domination d'un affect, et quand on l'oblige alors à mettre des mots sur cet affect, on voit qu'un affect violent étant produit, cette manifestation de douleur survient encore une fois avec une forte expression, et qu'à partir de ce moment ce symptôme est dissipé en tant que symptôme durable. Le processus prit cette forme dans tous les exemples avancés. Il en est ressorti ce fait intéressant que le souvenir de cet événement était extraordinairement plus vivace que celui d'autres événements et que l'affect qui lui était lié était aussi fort qu'il l'avait probablement été dans l'expérience effectivement vécue. Il faut faire l'hypothèse que ce trauma psychique continue en fait à agir dans

191

l'individu en question, qu'il entretient le phénomène hystérique, et qu'il prend fin dès que le patient s'est exprimé verbalement à ce sujet.

Je viens de faire remarquer que lorsqu'on est arrivé au trauma psychique en suivant notre procédé d'enquête dans l'hypnose, on trouve alors que le souvenir dont il s'agit est d'une force tout à fait inhabituelle et a conservé son plein affect. La question se pose maintenant de savoir d'où vient qu'un événement qui a eu lieu il y a si longtemps, parfois il y a dix à vingt ans, exerce de manière continue son pouvoir sur l'individu, pourquoi ces souvenirs n'ont pas succombé à l'érosion, à l'usure, à l'oubli.

192

Afin de répondre à cette question, j'aimerais livrer au préalable quelques considérations sur les conditions de l'érosion du contenu de notre vie de représentation. On peut partir ici d'une proposition qui s'énonce de la manière suivante : lorsqu'un être humain connaît une impression psychique, quelque chose est accru dans son système nerveux, ce que nous nommerons pour le moment la somme d'excitation. Or il existe dans chaque individu, pour conserver sa santé, la tendance à diminuer de nouveau cette somme d'excitation. L'accroissement de la somme d'excitation se produit par des voies sensibles, sa diminution par des voies motrices. On peut donc dire que lorsque quelque chose arrive à quelqu'un, il y réagit sur un mode moteur. On peut maintenant tranquillement affirmer que c'est de cette réaction que dépend la part plus ou moins grande de l'impression psychique initiale qui persiste. Discutons de cela sur un exemple particulier. Un homme subit une offense, un coup ou quelque chose de semblable, le trauma psychique est ainsi lié à un accroissement de la somme d'excitation du système nerveux. Apparaît alors instinctivement la tendance à diminuer aussitôt cette excitation accrue, il rend le coup, et il se sent maintenant beaucoup plus léger, il a peut-être réagi de manière adéquate, c'est-à-dire qu'il a éconduit autant que ce qui lui avait été apporté. Or de cette réaction il existe diverses sortes. Pour des accroissements d'excitation très légers, il suffit peut-être de modifications du corps propre : pleurer, injurier, se

a. Cf. *supra*, p. 237 et 268.

b. *er hat so viel abgeführt, als ihm zugeführt wurde.*

déchaîner, etc. Plus le trauma psychique est intense, plus est grande la réaction adéquate. La réaction la plus adéquate est cependant toujours l'acte. Mais, comme l'a fait remarquer avec beaucoup d'esprit un auteur anglais, celui qui a décoché à son ennemi, en lieu et place d'une flèche, une injure, celui-là a été le fondateur de la civilisation, le mot étant dès lors le substitut de l'acte et dans certaines circonstances l'unique substitut (confession). Il y a donc, à côté de la réaction adéquate, une réaction moins adéquate. Or si la réaction à un trauma psychique n'a absolument pas eu lieu, le souvenir qu'on en a conserve l'affect qu'il avait à l'origine. Si donc quelqu'un qui a été offensé ne peut répondre à l'offense par rétorsion, soit par un coup rendu soit par une injure, il devient alors possible que le souvenir de cet épisode provoque de nouveau chez lui le même affect que celui qui était présent au début. Une offense qui a fait l'objet d'une rétorsion, même si ce n'est que par des mots, est remémorée autrement qu'une offense dont il a fallu s'accommoder, et d'une manière caractéristique l'usage de la langue qualifie d'ailleurs justement de « vexation » cette souffrance endurée en silence. Si donc la réaction au trauma psychique n'a pu avoir lieu pour une raison quelconque, celui-ci conserve son affect originel, et quand l'être humain ne peut se débarrasser du surcroît de stimulus par « abréaction », il devient possible que l'événement en question se transforme pour lui en un trauma psychique. À vrai dire, un mécanisme psychique sain a d'autres moyens de liquider l'affect d'un trauma psychique, même si la réaction motrice et la réaction au moyen de mots se trouvent refusées, à savoir l'élaboration associative, la liquidation au moyen de représentations contrastantes. Si l'offensé ne rend pas le coup, s'il n'injurie pas non plus, il peut pourtant diminuer l'affect lié à l'offense en réveillant en lui les représentations contrastantes de sa propre dignité, de l'indignité de l'offenseur, etc. Or que l'individu

193

a. John Hughlings Jackson, « On affections of speech from disease of the brain » (Sur les troubles du langage dus à une maladie du cerveau), *Brain*, 1879-1880, t. II, p. 216: « It has been said that he who was the first to abuse his fellow-man instead of knocking out his brains without a word, laid thereby the basis of civilization. » (On a dit que celui qui fut le premier à injurier son semblable, au lieu de lui faire sauter la cervelle sans un mot, jeta ainsi les bases de la civilisation.)

b. *Affikt*. Dans la première édition : *Effikt* (effet).

c. Dans la première édition : *Effekt*.

194 bien portant liquide une offense de l'une ou l'autre manière, il parvient toujours, à la fin, à ce que l'affect, qui à l'origine était fortement attaché au souvenir, finisse par perdre en intensité et que le souvenir en définitive sans affect succombe avec le temps à l'oubli, à l'usure.

Or nous avons constaté qu'on ne trouve chez les hystériques rien d'autre que des impressions qui n'ont pas perdu leur affect et dont le souvenir est resté vivace. Nous en venons donc à dire que ces souvenirs devenus pathogènes chez les hystériques occupent vis-à-vis de l'usure une position particulière et exceptionnelle, et l'observation montre que dans toutes les occasions qui sont devenues causes de phénomènes hystériques il s'agit de traumatismes psychiques qui n'ont pas été complètement abrégés, complètement liquidés. Nous pouvons donc dire que l'hystérique souffre de traumatismes psychiques incomplètement abrégés.

On trouve deux groupes de conditions dans lesquelles les souvenirs deviennent pathogènes. Dans le premier groupe on trouve, comme contenu des souvenirs auxquels remontent les phénomènes hystériques, ces représentations dans lesquelles le trauma était tellement grand qu'il manquait au système nerveux le pouvoir de s'en débarrasser d'une manière ou d'une autre, puis des représentations dans lesquelles des raisons sociales rendent impossible une réaction (ce qui est si fréquent dans la vie conjugale), enfin il est possible que la personne concernée refuse simplement la réaction, qu'elle ne *veuille* absolument pas réagir à un trauma psychique. Ici, on trouve fréquemment, comme contenu des délires hystériques, ce cercle précis de représentations que les malades, dans l'état normal, ont écarté, inhibé et réprimé avec toute leur force (par ex. blasphème et idées érotiques dans les délires hystériques des religieuses). Dans une autre série de cas, pourtant, la raison pour laquelle la réaction motrice a fait défaut réside, non pas dans le contenu du trauma psychique, mais dans d'autres circonstances. En effet, on trouve très fréquemment comme contenu et cause des phénomènes hystériques des expériences vécues qui sont en soi tout à fait minimales, mais qui ont acquis une grande significativité du fait qu'elles sont intervenues à

a. Cf *supra*, p. 31.

des moments tout particulièrement importants où la disposition était morbide accrue. Par exemple, c'est l'affect d'effroi qui s'est produit au cours d'un autre grave affect et qui est parvenu de ce fait à une telle significativité. Des états de ce genre sont de courte durée et pour ainsi dire sans communication avec le reste de la vie mentale de l'individu. Dans un tel état d'autohypnose, l'individu ne peut pas liquider associativement, comme il le ferait dans l'état éveillé, une représentation survenue chez lui. Nous occupant depuis assez longtemps de ces phénomènes, il nous est apparu vraisemblable qu'il s'agit dans toute hystérie d'un rudiment de ce qu'on appelle double consciences — de la double conscience<sup>b</sup> —, et que la tendance à cette dissociation et par là à la survenue d'états de conscience anormaux qualifions-les d'« hypnoïdes » —, est le phénomène fondamental de l'hystérie.

Considérons à présent de quelle manière agit notre thérapie. Celle-ci vient au-devant d'un des souhaits les plus ardents de l'humanité, à savoir le souhait de pouvoir faire quelque chose deux fois. Quelqu'un a subi un trauma psychique sans y réagir suffisamment ; on lui fait vivre celui-ci une seconde fois, mais dans l'hypnose, et on l'oblige maintenant à compléter la réaction. Il se débarrasse alors de l'affect de la représentation qui auparavant était pour ainsi dire coincé, et ainsi l'action de cette représentation est supprimée. Ce n'est donc pas l'hystérie que nous guérissons, mais chacun des symptômes de celle-ci, en faisant s'effectuer la réaction non liquidée.

N'allez pas penser que la thérapie de l'hystérie aurait ainsi énormément gagné. Tout comme les névroses, l'hystérie a aussi ses raisons plus profondes, et ce sont elles qui assignent à la thérapie une certaine limite, souvent très tangible.

a. Deux mots en français dans le texte.

b. *doppeltes Bewußtsein*.

c. Au sens de « névroses actuelles ».



Textes préparatoires  
aux *Études sur l'hystérie*



Il s'agit de trois textes concernant la « Communication préliminaire », que Breuer avait reçus de Freud en 1892 et qu'il lui restitua en 1909, l'année de la deuxième édition des *Études sur l'hystérie*.

Freud accusa réception de cet envoi dans sa lettre à Breuer du 8 octobre 1909 : « Acceptez mes remerciements les plus affectionnés pour la restitution des anciens projets et esquisses, qui me paraissent effectivement très intéressants. En ce qui concerne le chapitre sur l'accès, il pourrait en être comme vous le supposez, mais je n'ai plus conservé les manuscrits après l'impression. »

Bien que « Notice "III" » ne soit pas daté, il ne fait guère de doute que les trois textes ont été écrits en 1892, au moment de la préparation de la « Communication préliminaire », dont ils constituent des ébauches. Les trois ont été réunis en 1941 dans le tome XVII des *Gesammelte Werke*.



Lettre à  
Josef Breuer

## BRIEF AN JOSEF BREUER

1892 [1941 *a*]

### *Première publication*

1941 *Gesammelte Werke*, t. XVII, p. 5-6.

### *Traduction anglaise*

1966 *Standard Edition*, t. I, p. 147-148: Letter to Josef Breuer.

Le 28 juin 1892 — jour précédant cette lettre à Breuer — Freud annonçait à FlieB que Breuer venait d'accepter l'idée d'une publication commune sur l'hystérie, et ajoutait : « Une partie de ce travail, que j'ai d'abord voulu écrire seul, est terminée... »

## LETTRE À JOSEF BREUER

29.6.92

Très vénéré,

5

La satisfaction avec laquelle je vous ai naïvement adressé mes quelques pages a cédé au malaise qui s'attache habituellement à des douleurs de pensée persistantes. Je suis tourmenté par ce problème : comment . peut-on présenter sur un seul plan quelque chose d'aussi corporel que notre doctrine de l'hystérie ? La question principale est bien celle-ci : présentons-nous les choses de façon historique, commençons-nous par toutes les histoires de malades ou par les deux meilleures, ou bien au contraire de façon dogmatique par les théories que nous avons inventées pour les expliquer ? Je penche pour la dernière option et j'articulerais ainsi le matériel :

1) Nos théories :

- a) La thèse de la constance de la somme d'excitation.
- b) La théorie du souvenir.
- c) La thèse que les contenus des divers états de conscience ne sont pas associés entre eux.

2) L'apparition des symptômes hystériques durables : rêve, auto-hypnose, affect et effet du trauma absolu. Les trois premiers facteurs en rapport avec la disposition, le dernier avec l'étiologie. Les symptômes durables correspondraient à un mécanisme normal, ils sont [des tentatives de réaction, en partie par des voies anormales ; ce qu'il y a là d'hystérique, c'est qu'ils persistent. La raison de leur persistance se trouve dans la thèse c)] des déplacements de sommes d'excitation [thème adjacent] empruntant en partie des voies anormales (modification interne), lesquels ne sont pas résolus. Raison du déplacement : tentative de réaction, raison de la persistance : thèse c), celle de l'isolation concernant l'association. — Comparaison avec l'hypnose — Thème adjacent : Du mode de déplacement : localisation des symptômes permanents d'hystérie.

6

a. Les passages entre crochets ont été rayés sur le manuscrit.

3) L'accès hystérique : également tentative de réaction empruntant les voies de la remémoration, etc.

4) L'apparition des stigmates hystériques : vraiment obscur, quelques indications.

5) La formule pathologique de l'hystérie : hystérie par disposition et hystérie accidentelle. La série que j'ai établie. La grandeur de la somme d'excitation, concept de trauma, l'état de conscience second.

I'otice **iii**

NOTIZ « III »  
1892 [1941 *b*]

*Première publication*

1941 *Gesammelte Werke*, t. XVII, p. 17-18.

*Traduction anglaise*

1966 *Standard Edition*, t. I, p. 149-150 : « III ».

*Traduction française*

1984 Notice « III », traduit par J. Altounian, A. et O. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, in S. Freud, *Résultats, idées, problèmes I*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 29-30.

Ce texte non daté, mais manifestement écrit en 1892, constitue une ébauche de la section III de la « Communication préliminaire» — d'où vraisemblablement son titre lapidaire.

### NOTICE « III

Dans ce qui précède nous avons dû indiquer comme étant un fait d'observation que les souvenirs qui se cachent derrière les phénomènes hystériques font défaut à la mémoire des malades, alors que dans l'hypnose ils se laissent réveiller avec une vivacité hallucinatoire. Nous avons indiqué en outre qu'une série de souvenirs de ce genre se rapporte à des incidents survenant dans des états particuliers tels que cataplexie d'effroi, demi-rêves, autohypnose, etc., dont le contenu ne se trouve pas dans une circulation associative avec la conscience normale. Dès lors, il nous était jusqu'à un certain point impossible de discuter de la condition pour que se produisent des phénomènes hystériques sans examiner de près l'hypothèse tentant de caractériser la disposition hystérique, à savoir que dans l'hystérie on en arrive facilement à la dissociation temporaire du contenu de conscience et à l'éclatement de complexes de représentations isolés sans circulation associative. Nous cherchons donc la disposition hystérique dans le fait que de tels états ou bien surviennent spontanément (de par des causes internes) ou bien sont provoqués facilement par des influences externes, admettant ici une série où la participation des deux facteurs varie. 17

Nous appelons ces états hypnoïdes et nous faisons ressortir comme essentiel pour eux que leur contenu est plus ou moins coupé du reste du contenu de conscience, donc dépouillé de la liquidation associative, tout comme dans le rêve et l'état de veille, prototypes d'états divers, nous sommes enclins non pas à associer mais seulement à [...]a entre eux. Chez des personnes disposées, chaque affect pourrait donner lieu à une telle séparation par clivage et l'impression reçue dans l'affect deviendrait ainsi trauma, même si en soi elle n'était pas propre à cela. L'impression pourrait aussi produire elle-même cet affect. Sous leur forme pleinement développée ces états hypnoïdes, qui sont associables les uns aux 18

a. Mot manquant.

autres, constitueraient aussi la condition secondes, etc. des cas connus. Des rudiments de cette prédisposition pourraient partout être reconnus et peuvent par des traumas appropriés être développés aussi chez des personnes non disposées. La vie sexuelle en particulier est propre à constituer le contenu (de semblables traumas)<sup>b</sup> du fait de la puissante opposition qu'elle forme avec le reste de la personne et de l'impossibilité à réagir de ses représentations.

On comprend que notre thérapie consiste à supprimer les effets des représentations non abrégées, soit que nous fassions revivre, abrégier et se corriger le trauma dans le somnambulisme, soit que dans une assez légère hypnose nous le tirions dans la conscience normale.

a. Deux mots en français dans le texte.

b. Parenthèse ajoutée par les éditeurs des GW.

Sur la théorie  
de l'accès hystérique

## ZUR THEORIE DES HYSTERISCHEN ANFALLES

1892 [1940 *d*]

### *Première publication*

1940 *Int. Z. Psychoanal. Imago*, 25 (2), p. 107-110.

### *Autre édition allemande*

1941 *Gesammelte Werke*, t. XVII, p. 9-13.

### *Traduction anglaise*

1966 *Standard Edition*, t. I, p. 151-154: On the Theory of Hysterical Attacks.

### *Traduction française*

1984 Pour une théorie de l'attaque hystérique, traduit par J. Altounian, A. et O. Bourguignon, P. Cotet, A. Rauzy, in S. Freud, *Résultats, idées, problèmes I*, Paris, Presses Universitaires de France, p. 25-28.

Ce texte a été publié en 1940 dans la revue *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*, avec l'accord des héritiers de Breuer. Bien que le manuscrit — daté : « Vienne, fin novembre 1892 » — soit de la seule main de Freud, l'édition allemande porte comme sous-titre : En collaboration avec Josef Breuer.

Il s'agit d'un premier état — très structuré — de la section IV de la « Communication préliminaire ». Celle-ci omet cependant de mentionner le « principe de constance », qui est ici explicitement formulé.

Freud traitera du même thème en 1909, dans l'article « Considérations générales sur l'accès hystérique » (*GW*, VII ; *OCEP*, VIII).

## SUR LA THÉORIE DE L'ACCÈS HYSTÉRIQUE

Il n'existe encore, pour autant que nous le sachions, aucune théorie de l'accès hystérique, il en existe seulement, due à Charcot, une description se rapportant à la « grande attaque hystérique »<sup>a</sup> complète, qu'on rencontre rarement. Un tel accès « typique » se compose selon Charcot de quatre phases : 1) l'épileptoïde, 2) les grands mouvements, 3) la phase des « attitudes passionnelles »<sup>b</sup>, 4) le « délire terminal »<sup>b</sup>. Du fait que telles ou telles de ces phases s'autonomisent, se prolongent, se modifient ou sont absentes, naissent selon Charcot toutes ces multiples formes d'accès hystériques que l'on a comme médecin plus fréquemment l'occasion d'observer que la grande attaque typique.

Cette description n'offre aucune espèce d'éclaircissement sur une éventuelle corrélation de telles ou telles de ces phases avec les autres, ni sur la significativité de l'accès dans le tableau d'ensemble de l'hystérie, ni sur la modification des accès chez chacun des malades. Nous ne nous égarons peut-être pas si nous supposons que chez la majorité des médecins prédomine le penchant à voir dans l'accès hystérique une « décharge périodique des centres moteurs et psychiques de l'écorce cérébrale ».

Nous sommes parvenus à nos vues sur l'accès hystérique en traitant des hystériques par suggestion hypnotique et en explorant grâce à des questions posées dans l'hypnose leurs processus psychiques pendant l'accès. A propos de l'accès hystérique, nous posons les thèses suivantes, que nous faisons en outre précéder d'une remarque : nous jugeons l'hypothèse d'une dissociation — clivage du contenu de conscience — indispensable à l'explication des phénomènes hystériques.

a. En français dans le texte.

b. Deux mots en français dans le texte.

10 1) Est contenu constant et essentiel d'un accès hystérique (faisant retour) le retour d'un état psychique que le malade a déjà vécu une fois auparavant, en d'autres termes, le retour d'un souvenir.

Nous affirmons donc que l'élément essentiel de l'accès hystérique est contenu dans la phase des attitudes passionnelles de Charcot. Dans de nombreux cas il est tout à fait flagrant que cette phase contient un souvenir provenant de la vie du malade et, à vrai dire, souvent toujours le même. Mais dans d'autres cas une telle phase semble manquer, l'accès ne se composant apparemment que de phénomènes moteurs, de tressaillements épileptoïdes, d'un repos cataleptique ou semblable au sommeil, mais dans ces cas aussi, l'enquête dans l'hypnose permet d'établir la preuve certaine d'un processus de remémoration psychique, tel qu'il se révèle habituellement en toute évidence dans la phase passionnelle.

Les manifestations motrices de l'accès ne sont jamais sans corrélation avec le contenu psychique de celui-ci ; ou bien elles constituent l'expression générale de l'émotion l'accompagnant ou bien elles correspondent à celles des actions qu'entraîne le processus de remémoration hallucinatoire.

2) Le souvenir qui constitue le contenu de l'accès hystérique n'est pas n'importe lequel, c'est le retour de cette expérience vécue qui a causé l'éruption hystérique — le trauma psychique.

Cet état de choses est une fois de plus évident dans les cas classiques d'hystérie traumatique, comme ceux que Charcot a enseigné à reconnaître chez des patients de sexe masculin, cas où l'individu antérieurement non hystérique succombe à la névrose suite à un grand et unique effroi (accident de chemin de fer, chute, etc.). Ici le contenu de l'accès constitue la reproduction hallucinatoire de cet événement lié à un danger de mort, avec éventuellement les cheminement de pensée et les impressions sensorielles que l'individu  
11 menacé a ébauchés à ce moment-là. Mais ces cas n'ont rien qui s'écarte de l'hystérie féminine ordinaire dont ils sont tout simplement le modèle. Si dans cette dernière on explore par la voie indiquée le

a. Deux mots en français dans le texte.

b. Deux mots en français dans le texte.

contenu des accès, on rencontre des expériences vécues qui, elles aussi, de par leur nature, sont propres à agir comme trauma (effroi, vexation, déception). En règle générale, le grand trauma isolé est remplacé ici par toute une série de traumas plus petits qui trouvent leur cohérence dans leur similitude ou parce qu'ils constituent des fragments d'une histoire de souffrance. D'ailleurs, de tels malades ont alors fréquemment diverses sortes d'accès, chaque sorte avec un contenu mnésique particulier. — On se trouve amené par ce fait à donner au concept d'hystérie traumatique une plus grande extension.

Dans un troisième groupe de cas on trouve comme contenus des accès des souvenirs auxquels on n'accorderait pas en soi une valeur traumatique, mais qui manifestement doivent celle-ci à la circonstance ayant fait que par la conjonction avec un moment de disposition morbide accrue ils se sont associés et ont ainsi été élevés au rang de traumas.

3) Le souvenir qui constitue le contenu de l'accès hystérique est un souvenir inconscient — pour parler plus correctement : il appartient à l'état de conscience second plus ou moins hautement organisé dans toute hystérie. Par conséquent, il fait aussi totalement défaut à la mémoire du malade dans son état normal ou bien il n'y est présent que de façon sommaire. Si l'on réussit à faire totalement entrer ce souvenir dans la conscience normale, son pouvoir d'engendrer des accès cesse. Pendant l'accès lui-même, le malade se trouve entièrement ou partiellement dans l'état de conscience second. Dans le premier cas, il est dans sa vie normale amnésique pour tout l'accès, dans le second cas il perçoit et la modification de son état et ses manifestations motrices, alors que le processus psychique pendant l'accès lui demeure caché. Mais ce même processus peut à tout moment être éveillé par l'hypnose.

12

4) La question de la provenance du contenu mnésique des accès hystériques coïncide avec la question de savoir quelles conditions sont déterminantes pour qu'une expérience vécue (représentation, résolution, etc.) soit admise dans la conscience seconde au lieu de l'être dans la conscience normale. Nous avons reconnu avec certitude deux de ces conditions propres aux hystériques.

Si l'hystérique veut oublier intentionnellement une expérience vécue, écarte violemment de lui, inhibe et réprime une résolution, une représentation, ces actes psychiques accèdent par là à l'état de conscience second, manifestent à partir de là leurs effets permanents, et le souvenir qu'il en a revient sous forme d'accès hystérique (hystérie des religieuses, des femmes continentes, des garçons bien élevés, des personnes qui ressentent en elles un penchant pour l'art, le théâtre, etc.).

Accèdent ainsi à l'état de conscience second ces impressions qui ont été reçues lors d'un état psychique inhabituel (affect, extase, autohypnose).

Ajoutons que ces deux conditions se combinent fréquemment par corrélation interne et qu'en dehors d'elles il faut en supposer d'autres.

5) Si l'on part de la thèse, au demeurant d'une grande portée, que le système nerveux tend à maintenir constant dans ses relations fonctionnelles quelque chose qu'on peut bien nommer « somme d'excitation » et qu'il impose cette condition de la santé en liquidant par association ou en éconduisant par une réaction motrice appropriée tout accroissement d'excitation sensible, on parvient à une particularité commune à ces expériences vécues psychiques, que l'on rencontre comme contenu des accès hystériques. Ce sont toujours et partout des impressions auxquelles l'éconduite adéquate est refusée, soit que ces malades en écartent d'eux la liquidation par peur de pénibles combats animiques, soit parce que (comme pour les impressions sexuelles) la pudeur et les conditions sociales l'interdisent, ou enfin parce que ces impressions ont été reçues dans des états où le système nerveux était incapable d'en assurer la liquidation.

On acquiert aussi par cette voie une définition du trauma psychique utilisable pour la doctrine de l'hystérie. Devient trauma psychique toute impression dont la liquidation par un travail de pensée associatif ou par une réaction motrice réserve des difficultés au système nerveux.

a. Cf. *supra*, p. 31.

b. Première formulation du « principe de constance ».

Quatre documents  
sur le cas « Nina R. »

VIER DOKUMENTE ÜBER DEN FALL « NINA R. »  
1891-1894 [1978]

*Première publication*

1978 in Albrecht Hirschmüller, « Eine bisher unbekannte Krankengeschichte Sigmund Freuds und Josef Breuers aus der Entstehungszeit der "Studien über Hysterie" » (Une histoire de malade jusqu'ici inconnue, due à Sigmund Freud et Josef Breuer, datant de l'époque où s'élaboraient les « Études sur l'hystérie »), *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 10, p. 156-163.

*Autre édition allemande*

1987 *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, p. 313-321.

Dans les archives de la maison de santé Bellevue, à Kreuzlingen, ont été découverts — outre le compte rendu rédigé par Breuer sur « Anna O. » (cf. *supra*, p. 11) — des documents concernant plusieurs patients que Breuer et Freud adressèrent, à partir de 1881, à cette clinique, alors dirigée par Robert Binswanger.

L'une de ces patientes, à qui Albrecht Hirschmüller a donné le pseudonyme de « Nina R. », avait d'abord été admise, en 1888-1889, à Mariagrün, près de Graz, dans la maison de santé que dirigeait Richard von Krafft-Ebing. Elle entra à Bellevue, sur les conseils de Breuer et Freud, le 18 juillet 1893 (elle avait alors vingt-quatre ans), et en sortit le 4 octobre 1894.

Les archives de Bellevue contiennent une lettre de Nina à Krafft-Ebing, datée du 5 mars 1889, ainsi qu'une observation médicale sans signature, rédigée pendant son séjour, et deux lettres de Breuer à Binswanger (12 et 23 mars 1894). L'« anamnèse de Nina R. » est un manuscrit de Freud, non daté mais vraisemblablement écrit en 1891. Selon le *Nachtragsband*, son contenu porterait la marque d'un emprunt à Krafft-Ebing. L'« histoire de malade de Nina R. » (Freud) et le « rapport sur Nina R. » (Breuer), non datés, ont manifestement été écrits au moment de l'admission de la patiente à Bellevue.

ANAMNÈSE DE « NINA R. » (S. FREUD)  
(1891) [1978 a]

Mlle R., vingt et un ans, enfant déjà souvent en émoi. Enfant déjà, entre trois et quatre ans, on remarqua une leucorrhée (ex onanisme !), entre dix et onze ans beaucoup de frottements onaniques. 313

Il y a deux ans, par accès, excitation sexuelle avec frottement et grand état d'émoi. Menstruée à onze ans. Par la suite régulièrement. Depuis, toujours exaltation, engouements, émois, persuadée que ses parents ne l'aimaient pas. Ne voulait pas aller en société. Mais quand elle y était, se montrait coquette et pleine d'entrain. Au moindre effort corporel, aussitôt en sueur.

Depuis toujours singulière, non sentit, non agit ut ceteri homines, arrogante, fait des vers, de la philosophie.

Avant d'aller en société, chaque fois vomit d'émotion. Dès qu'elle s'émotionne, aussitôt nausées. Partout insatisfaite, s'ennuyant, mal-être et mal du siècle. Breuer reconnaissait aussi de la masturbation et pensait que la patiente était forcée de réprimer à tout prix ses émois (nost[algie] sexuelle). Dans cet état elle ne tient pas au lit, est excitée au plus haut point, ne peut s'empêcher de ruminer sur ce qui se passe quand on meurt, connaît des situations de mort, a comme le sentiment que quelque chose se déplace dans son cerveau. Dans cet état elle ne peut pas manger, perd alors deux kilos.

Elle a dans cet état des tressaillements. À l'occasion elle se figure que papa ne l'aime pas — pleurs convulsifs, tressaillements généralisés.

Depuis des années déjà tout aussi émotive que pleurnicharde. 314

La patiente prenait des demi-bains à 25°, qui lui faisaient du bien, mais provoquaient quelque oppression respiratoire.

Depuis peu l'idée qu'elle allait forcément devenir folle. Le mariage lui faisait horreur. Mais si quelqu'un lui fait la cour, elle est des plus aimables.

a. Sept mots en latin : ne sent pas, n'agit pas comme les autres.

b. En français dans le texte.

Elle souffre depuis peu violemment de la représentation de contrainte que tout dépérit, entre en putréfaction. Elle aimerait bien tout faire pour se débarrasser de cette « représentation délirante ».

La patiente ne fait rien d'autre que lire et écrire.

Déclarations de la patiente : Depuis plusieurs années il lui vient la nuit des pensées de rumination sur la mort, la putréfaction, avec une violente angoisse qu'elle ne combat qu'avec peine. Elle s'est d'ailleurs également sentie malheureuse et mal à l'aise. Il y a peu, à vrai dire pendant les menstrues, violentes attaques de ce genre qui deviennent progressivement permanentes, alors qu'auparavant elle n'en était tourmentée que pour des demi-heures. Les pensées, dit-elle, sont toujours les mêmes, tout ce qu'elle voit lui rappelle la passagèreté de la vie — celle des autres et la sienne propre — la mort, la putréfaction. Jamais d'hallucinations olfactives. Elle se dit visitée par des pensées de cet ordre en plein sommeil et en pleine conversation. Elle voit ce qu'il y a de morbide dans cette histoire et sait d'ailleurs assez souvent se maîtriser. Elle a depuis toujours un penchant à la rumination. Sa manie de rumination ne se concentre que sur des pensées de cet ordre. Cela ne va pas jusqu'à des visions.

Dans l'accès tout lui paraît être apparence, duperie, elle se trouve sous l'empire de la représentation que rien n'est réel, que par ex. elle et tout ce qui l'entoure retournent au néant. C'est alors que tout ici-bas, tout ce qu'elle fait, lui paraît dément, dénué de signification.

Depuis toujours elle déclare n'avoir à vrai dire jamais pu s'empêcher de ruminer sur elle-même et sur le monde.

Fréquemment fatigée, lassitude, mal de tête. Quand l'assaut de ces pensées se prolonge, pression aussi dans la tête. Jamais d'irritation spinale. Elle aime la solitude, mais redoute maintenant d'être seule et est aussi très impressionnable. Seulement à l'occasion des représentations de contrainte « qui la poursuivent comme des furies », battements de cœur.

L'appétit, dit-elle, est très variable. Le plus souvent anorexie. Jamais de boules, fréquemment un sentiment d'empêchement respiratoire dans le haut de la poitrine. Sommeil agité d'émois, troublé par des rêves, mais suffisamment long, et de qualité.

a. [dans la gorge].

Comme lecture, elle n'aime, dit-elle, que les choses sérieuses. Lire ne la fatigue pas. Menstruations retardées, durant jusqu'à huit jours. Dans la période post-menstruelle, son émoi, son malaise sont au plus fort.

Quand elle ne pouvait pas dormir, elle prenait du chloral, en cas d'émois avec agitation du bromure à 0,5. La dose lui paraît trop faible ! Des demi-bains allant jusqu'à 24° lui ont fait du bien. Un séjour à la campagne lui fait du bien.

315

Patiente de taille moyenne. Le stimulus sexuel ces derniers temps a presque complètement cessé. Trace d'anémie. Alimentation dans la moyenne. Habituellement constipée. Langue toujours propre.

Ordonnance : demi-bains à 24° avec éventuellement des frictions, eau de Levicoa, en cas d'accès bromure à 2-3,0.

a. eau minérale arsenicale provenant des sources de Levico (station thermale du Tyrol), prescrite contre les troubles digestifs.



HISTOIRE DE MALADE DE « NINA R. »  
(S. FREUD)  
(1893) [1978 *b*]

*Mlle Nina R.*

316

Je ne puis tracer de la malade un tableau complet,

1) parce que je ne sais pas tout — je n'étais pas son médecin régulier, ne l'ayant eue en traitement qu'il y a deux ans et maintenant avant son départ, chaque fois pour quelques mois.

2) parce que ce tableau de maladie n'est pas devenu pour moi parfaitement transparent. Je me bornerai à faire quelques remarques isolées et à mettre en relief quelques points isolés.

Le terrain sur lequel a grandi la patiente n'est pas particulièrement favorable. Du côté du père, charge héréditaire considérable, le père lui-même, pour autant que je sache, non névropathe, par ailleurs tout à fait honorable, mais borné, pas moins hostile aux intérêts supérieurs de l'esprit qu'aux excentricités, réglant son train de vie par les rentrées d'argent et la vie en société, sans rien qui stimule son esprit. La mère, une femme tout à fait brave et bonne, elle aussi non névrosée mais peu intelligente. Cohabitation des deux excellente. Un frère plus jeune est devenu lui aussi inapte à l'existence à cause d'une névrose compliquée de nature principalement hystérique, un frère encore plus jeune n'est pour ainsi dire pas encore décidé.

*L'être du père*, l'absence chez lui de tendresse, ou du moins de marques de tendresse, a créé en la patiente un fonds d'insatisfaction quant à ses conditions de vie et, comme je le sais par elle, établi par la voie habituelle (crainte des repas comme occasions de rencontres) les bases d'une anorexie hystérique avec vomissements.

Elle fut toujours d'un caractère « compliqué », tous les médecins qui l'ont traitée ont eu beaucoup de peine à séparer chez elle caractère et maladie. L'obliquité innée de son être se révélait en ceci qu'elle oubliait d'accomplir ses devoirs les plus immédiats et de chercher un accommodement avec son milieu, alors qu'elle s'efforçait

317

d'accéder à des intérêts plus idéaux et de laisser agir sur elle une plus haute stimulation de l'esprit. C'était une « coquette de l'esprit » et, pour ce qui est du corps, une prude finie. À partir de sa période d'enfance, la masturbation se prolongea chez elle jusque dans les années où il ne put subsister pour elle aucun doute sur la signification de cet agissement et des sensations l'accompagnant. Comme il est de règle chez les individus de sexe féminin, c'est seulement par suite de la déshabitude de la masturbation que les symptômes de maladie vinrent chez elle au premier plan, les symptômes généraux aussi bien que cette réminiscence qu'elle qualifie de « stimulus » et qui est accompagnée de sensations pénibles.

La masturbation a aussi marqué tout le tableau de maladie du trait de la neurasthénie qui est aujourd'hui le trait principal: les nombreuses et pénibles paresthésies, l'inappétence alimentaire, la tendance à l'épuisement par rapport aux excitations, les multiples appréhensions et, subséquentement, l'état d'esprit lui faisant présumer avec angoisse qu'elle n'a à gérer qu'une réserve de forces limitée et la faisant veiller quotidiennement à ce qu'on n'exige d'elle rien qui soit au-dessus de ses forces. Elle a en réalité progressivement abandonné tout ce qui fait la joie d'une jeune fille et n'a rien gardé de l'existence que le souci de sa santé.

Mais ces traits neurasthéniques sont bien loin de dessiner un tableau exhaustif. Lors de chacune des expériences vécues s'est ajouté un nombre indéterminé de symptômes hystériques d'ordre psychique et moteur dont sa maladie et les tentatives de guérison donnaient l'occasion. Enfin, je ne voudrais pas exclure des causes agissant sur le plan organique. Il y eut une époque (1886) où s'installèrent subitement des douleurs au bas-ventre, accompagnées de fièvre, qui amenèrent le D<sup>r</sup> Breuer à supposer une stimulation péritonéale provoquée par l'éclatement d'un follicule de De Graaf. Le Dr Fleischmann, qui il y a trois semaines a soumis la malade à un examen gynécologique interne, a constaté un accroissement unilatéral de l'utérus rétrofléchi. C'est seulement depuis cette affection péri-

a. Follicule ovarien décrit par le médecin et physiologiste hollandais Régnier de Graaf (1641-1673).

b. Carl Fleischmann, gynécologue viennois.

tonéale que l'anorexie doit avoir atteint son niveau maximal, l'influence de la menstruation sur l'état général est depuis lors devenue impossible à méconnaître ; un fluor [albus] qui survint peu après doit avoir exercé l'influence la plus notable sur les difficultés à manger. Étant donné ces maux, le Dr Fleischmann a, en juin 1893, pratiqué un curetage de l'utérus (cf. le rapport émanant de lui).

318

La patiente a passé la plus grande partie des années 1887 et 1888<sup>a</sup> à la maison de santé de Mariagrün, placée à l'époque sous la direction immédiate de Krafft-Ebing. Lors des tentatives pour la mettre en hypnose, les phénomènes atteignirent leur point culminant et des accès hystériques firent éruption. Le séjour à Mariagrün a acquis une grande significativité pour les années ultérieures en rendant le traitement beaucoup plus difficile aux médecins qui suivirent. La contrainte était désormais exclue et la confiance envers les médecins ébranlée ; les nombreuses occasions où les médecins de la maison de santé avaient abandonné toute tentative et fait des concessions après une longue rébellion, ne cessèrent d'être récupérées par la malade pour protéger sa volonté contre ses agresseurs ; elle resta désormais son propre médecin et nous octroya en quelque sorte le droit de la consoler, d'être aimable avec elle, d'écouter ses semonces à condition que nous veuillons respecter le cérémonial dont elle s'était entourée et ne veuillons lui gâcher aucune de ses chères habitudes. Elle nous critiquait d'ailleurs, nous médecins, sans aucun ménagement et opposait à chaque traitement particulier cette invincible méfiance : on « allait lui faire du mal ».

L'intelligence significative de la malade, les destins qui étaient les siens dans l'établissement, le soutien qu'elle trouvait auprès de sa mère, bonne personne par excellence, l'affirmation éternellement répétée que par la contrainte on ne pouvait que lui faire du mal, ont amené le Dr Breuer comme moi-même à nous montrer très conciliants avec elle. Jusqu'à l'époque où je la repris en charge au printemps 1893 —, sa vie se déroulait sur le mode suivant : elle vivait dans sa chambre, donnant dans une rue bruyante, avec une garde-malade qu'elle avait parfaitement en son pouvoir et qui devait, par ex., l'en-

a. En réalité 1888 et 1889.

b. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902).

319 courager ou la plaindre sur ordre. Elle ne se levait presque jamais, n'allait jamais dans la rue, évitait anxieusement tout commerce avec son père ou son frère et tourmentait sa mère sans ménagement. La pauvre femme avait pour tâche de la protéger des exigences des médecins — faute de quoi elle était « sans coeur » — et d'accomplir tous ses petits souhaits sans contrepartie. Elle était habituée à prendre en abondance des boissons alcoolisées, ne dormait qu'avec du chloral, même si elle dormait encore mal, de sorte qu'en s'aidant de la matinée elle commençait la journée quand bon lui semblait. Aux repas, la grande affaire de la journée, personne n'avait le droit d'être présent, à l'exception de la garde.

J'ai pu, avec le soutien d'une garde énergique et grâce au mouvement de révolte de la mère, qui se produisit enfin, éliminer ce qu'il y avait de pire dans ces habitudes de vie. La patiente elle-même avait d'ailleurs honte de ces extravagances de son état. C'est seulement au prix d'une grande angoisse devant la contrainte, les nouvelles exigences et les nouveaux émois qu'elle a donné son accord au voyage à Constance. Je lui ai promis que les médecins l'y traiteraient aussi humainement et affectueusement que nous le faisons nous-mêmes et qu'ils ne croiraient pas qu'elle simule ou exagère. Si on lui témoigne de l'intérêt, on peut peut-être arriver à quelque chose avec elle.

L'opium que je lui ai prescrit dans l'ordonnance qu'on trouvera ci-après a eu un effet décidément bénéfique sur son humeur et sa capacité à manger. L'alcool a été fortement réduit, le chloral subsiste encore. Les selles sont fort douloureuses, n'étant spontanées que dans les périodes de grande excitation. Elle se plaint de douleurs dans tous les membres, provenant pour une part de modifications tangibles de sa musculature. La période suivant les règles est pour elle la pire.

Je prie qu'on renvoie aussitôt que possible la mère chez elle.

En souhaitant par ces communications fragmentaires vous avoir du moins fourni les premiers points de repère pour que vous puissiez porter un jugement sur cette malade,

votre très dévoué  
**D<sup>r</sup>** Sigmund Freud

a. La maison de santé Bellevue, dirigée par Binswanger, était à Kreuzlingen, au bord du lac de Constance.

RAPPORT SUR « NINA R. » (J. BREUER)  
(1893)

320

J'ai peu de choses à ajouter au rapport du D<sup>r</sup> Freud. La charge héréditaire du côté paternel est probablement significative ; la grand-mère avait un tic effroyable quand elle parlait, voire criait. Oncle et tante sont par moments très névrosés. Le père, lui, est en bonne santé.

Je crois qu'il a effectivement existé une fois un processus péritonéal (hamatocele retrouterina <sup>a</sup>) et que l'endométritib chronique qui assurément existe participe grandement aux états et en particulier à leur rythmicité ; après les règles et jusqu'à l'évacuation de glaires, alors au milieu du cycle, le plus mauvais état de santé ; vomissements ; avant les règles, amélioration.

Moralement Nina est un exemplaire du type bien connu de ces « jeunes filles juives surexcitées », brouillées avec leur famille, sujettes à la surestimation de soi et à l'égoïsme — d'où une faible capacité d'amour. Mais on peut tirer parti de son intelligence ; la discipline impersonnelle de l'établissement, avant tout la quiétude morale, pourrait la faire beaucoup progresser.

Sa propre histoire de malade, comme les fiches écrites au crayon, sont la propriété du Prof. v. Krafft-Ebing (I. Maximilianplatz 4), et je prie instamment qu'on veuille bien les lui retourner.

Avec mes cordiales salutations et en priant qu'on se montre bienveillant envers la malade.

J. Breuer

a. hématocele rétro-utérine.  
b. endométrite.



LETTRE À ROBERT BINSWANGER (S. FREUD)  
(1894) [1978 *c*]

[Vienne], IX, Berggasse 19 321  
7.1.1894

Honoré confrère,

Je n'ai pas cessé tout commerce avec R., dont nous avons eu tant de peine l'année dernière à envoyer la fille dans votre établissement. J'ai entre les mains les lettres qu'elle écrit à sa famille et les rapports que notre confrère v. Holsta adresse aux parents. Il y a peu, j'ai été sollicité par les parents de faire une démarche auprès de vous afin d'obtenir une information authentique sur l'état de santé de la patiente. La mort d'un fils a changé bien des choses dans la famille et je crains que l'inclination à reprendre Nina dans la famille ne soit maintenant plus forte qu'avant.

Il ne me reste rien d'autre à faire que vous prier d'établir le rapport. Je sais combien je me montre par là importun vis-à-vis de vous-même (ou de vos assistants), mais je compte sur votre amabilité pour prendre en considération les demandes qui m'ont été faites.

Avec ma considération distinguée  
votre très dévoué  
D' Freud



Deux comptes rendus contemporains  
sur la conférence « De l'hystérie »

ZWEI ZEITGENOSSISCHE BERICHTE  
ÜBER DEN VORTRAG  
« ÜBER HYSTERIE »  
1895

*Première publication*

- 1895 *Wiener klinische Rundschau*, 9 (42), p. 662-663, (43), p. 679-680, et (44), p. 696-697.  
1895 *Wiener medizinische Presse*, 36 (43), p. 1638-1641, et (44), p. 1678-1679.

*Autre édition allemande*

- 1987 *Gesammelte Werke, Nachtragsband*, p. 328-351.

Les 14, 21 et 28 octobre 1895, soit six mois après la parution des *Études sur l'hystérie*, Freud prononça devant le Wiener medizinisches Dokorenkollegium (Collège viennois des docteurs en médecine) une conférence en trois parties intitulée « De l'hystérie ». Les deux comptes rendus, ici reproduits, furent publiés les 20 et 27 octobre et le 3 novembre dans la *Wiener klinische Rundschau*, le 27 octobre et le 3 novembre dans la *Wiener medizinische Presse*. De plus brèves recensions parurent dans les *Wiener medizinische Blätter* (1895, 18, p. 684 et 701-702), la *Wiener medizinische Wochenschrift* (1895, 45, p. 1995-1997) et les *Medizinische Neuigkeiten*, Munchen (1895, 45, p. 385-389 et 393-394).

Dans la lettre à Fließ du 20 octobre 1895, Freud disait son intention de ne pas publier le texte de cette conférence. Aucun élément ne permet d'affirmer qu'il ait lui-même revu l'un ou l'autre des « comptes rendus originaux » parus dans la *Wiener klinische Rundschau* et la *Wiener medizinische Presse* (comme il l'avait fait pour la conférence du 11 janvier 1893 ; cf. *supra*, p. 334). Les comptes rendus de la *Rundschau*, qui portent la signature « A-r. », ont été rédigés, selon H. Ellenberger, par Arthur Schnitzler.

La conférence fut suivie d'une discussion à laquelle prirent part, le 4 novembre, Paul Mittler, M. Großmann et Josef Breuer, et le 11 novembre, Dora Teleky et Heinrich Weiß. Des comptes rendus de cette discussion furent publiés dans la *Wiener klinische Rundschau* (1895, 9, p. 711 et 728), la *Wiener medizinische Presse* (1895, 36, p. 1717-1718 et 1757-1758) et les *Wiener medizinische Blätter* (1895, 18, p. 716-717). L'accueil de l'auditoire fut dans l'ensemble favorable, mais les intervenants firent observer à Freud qu'il sous-estimait les facteurs non sexuels de l'hystérie, et que les médecins n'étaient sans doute pas tous prêts ou aptes à mettre en pratique sa méthode thérapeutique.

Dans son intervention, Breuer souligna qu'au-delà de certaines réserves initiales il était devenu un « partisan des doctrines de Freud », et que l'édifice

théorique auquel il avait d'abord contribué était la « propriété intellectuelle » de Freud. L'objection d'une « construction *a priori* » devait être écartée, car la doctrine s'appuyait sur des faits d'expérience. Il ne fallait pas craindre une surestimation du rôle de la sexualité dans l'hystérie, le facteur sexuel ayant été jusqu'alors au contraire par trop méconnu.

Écrivant à FlieB le 8 novembre 1895, Freud fit allusion au soutien que lui avait apporté Breuer, et ajouta qu'en privé Breuer s'était rétracté sur la question de l'étiologie sexuelle, en disant à Freud : « Et pourtant je n'y crois pas. »



S. FREUD  
CONFÉRENCE : DE L'HYSTÉRIE

Collège viennois des docteurs en médecine  
(séance du 14 octobre 1895)

(Original du compte rendu  
de la *Wiener klinische Rundschau*)

Jusqu'à ce jour on n'a pas réussi à déterminer exactement 328  
l'étendue ni le contenu du concept d'hystérie. Mais alors qu'il y a  
dix ans les efforts des auteurs tendaient encore à séparer l'hystérie  
des maladies organiques, notre tâche est aujourd'hui d'apprendre à  
la différencier des névroses, principalement de la neurasthénie. De  
ce fait les difficultés d'une étude sur l'hystérie s'accroissent, car le  
concept de neurasthénie est beaucoup plus flou que celui des autres  
névroses. De plus, des éléments hystériques et neurasthéniques  
coexistent très souvent dans un tableau de maladie, de sorte que de  
nombreux auteurs tiennent une séparation tranchée entre les deux  
pour impossible et se prononcent en faveur de l'idée qu'hystérie et  
neurasthénie passeraient l'une dans l'autre.

L'accent mis de façon excessive sur la dégénérescence nerveuse  
et sur son rôle dans l'apparition des névroses a eu pour conséquence  
que l'on n'a pas étudié avec l'application requise les divers modes  
d'apparition de l'hystérie. Les mesures thérapeutiques ne sont pas  
telles non plus qu'il ait valu la peine de souligner particulièrement 329  
les différences entre hystérie et neurasthénie — conditions extérieures  
favorables, repos, moyens fortifiants apparaissent à titre thérapeu-  
tique dans les deux affections.

Mais il n'est pas exclu, en cherchant à déterminer plus nettement  
les frontières entre les deux, qu'on arrive à des résultats qui mènent  
l'action thérapeutique dans une direction mieux déterminée.

Est-il permis de déduire de la coexistence de symptômes hystéri-  
ques et neurasthéniques dans un tableau de maladie une racine com-  
mune des deux maladies ? La clinique interne a mis à découvert une

symbiose de porteurs d'infection qui constitue une analogie avec l'addition des symptômes hystériques et neurasthéniques. On trouve principalement les types purs et authentiques au début de la névrose, donc chez des patients adolescents. Le plus souvent, des symptômes neurasthéniques viennent se rattacher à une hystérie qui dure depuis un certain temps. Il est plus rare qu'une hystérie se développe sur un terrain neurasthénique.

La question de l'étiologie des névroses n'est pas réglée par la référence aux conditions héréditaires. Une observation impartiale et des enquêtes anamnestiques minutieuses nous conduisent plus sûrement aux origines de l'affection et nous permettent en même temps d'acquérir des points de départ pour une thérapie prophylactique.

Une délimitation plus rigoureuse des concepts d'hystérie et de neurasthénie permet de poser avec certitude un pronostic qui ne doit être considéré comme défavorable que dans la vraie neurasthénie.

Voici ce que donnerait un essai de répartition des névroses : 1) hystérie ; 2) neurasthénie au sens le plus étroit ; 3) névrose de contrainte ; 4) névrose d'angoisse. D'autres tableaux de maladie de ce qu'on appelle la neurasthénie, inutilisables aux fins de cette étude, ne sont pas pris en compte. Dès lors, ce qui est d'ordinaire appelé neurasthénie se décompose en neurasthénie sensu strictiori, en névrose de contrainte et en névrose d'angoisse. Selon la différence que présentent les symptômes, l'étiologie s'avère dans chaque cas autre.

Westphala évoque l'existence de représentations de contrainte neurasthéniques et les conçoit comme des symptômes de dégénérescence. D'autres les séparent de la neurasthénie. C'est à cette dernière conclusion que nous sommes également amenés à juste titre par des résultats cliniques. Car il existe des représentations de contrainte sans aucune addition neurasthénique, et là où elles s'adjoignent par ailleurs à des symptômes neurasthéniques, elles sont d'une durée et d'une force autres que ceux-ci. Certes, dans l'hystérie aussi, on trouve à l'occasion des représentations de contrainte.

Nous connaissons comme manifestations de la neurasthénie : la lassitude, le déficit de la fonction nerveuse, la dyspepsie, la constipation spastique, le mal de tête, les douleurs spinales. Mais assez

souvent on trouve parmi ce qu'on appelle les neurasthéniques un autre type qui se détache de façon criante et se caractérise ainsi : surstimulation, excitation, agitation, stimulabilité de l'ouïe, angoisse de toutes formes, angoisse à déroulement aigu ou chronique, angoisse accompagnatrice de paresthésies, allant de conserve avec des accélérations cardiaques, des troubles du sommeil, des convulsions. Il est important dans tel ou tel cas de mettre à découvert l'angoisse camouflée. Il y a des patients qui sont en traitement pour une dyspnée, une arythmie cardiaque, une boulimie, des convulsions, jusqu'à ce que leurs états s'avèrent être, dans une recherche précise, accompagnateurs d'une névrose d'angoisse. Heckera considère des cas de ce genre comme des rudiments ou des équivalents de l'accès d'angoisse ; la lassitude et la pression dans la tête sont souvent absentes ; au lieu de la paresse intestinale on trouve l'accélération de l'activité intestinale. On est ainsi autorisé à séparer la névrose de la neurasthénie. Dans des manuels plus anciens, ce cas de maladie est traité sous le nom d'hypocondrie, un nom que l'on ne peut accepter à propos de la névrose d'angoisse pour la seule raison qu'il est identifié au concept de « peur de la maladie », qu'il paraît donc compris de façon trop restreinte.

331

Quand on recherche l'étiologie des véritables neurasthénie et névrose d'angoisse on parvient presque toujours exclusivement à des nuisances qui proviennent de la vie sexuelle. Il y a presque toujours de la masturbation à la base d'une véritable neurasthénie chez les hommes et les femmes ; là où ce facteur étiologique est absent, on peut mettre en évidence une hérédité qui se manifeste dans des décharges sexuelles et des pollutions abondantes et prématurées.

La névrose d'angoisse, chez des hommes auparavant sains, prend ses racines dans l'abstinence. Quand de fortes excitations sexuelles ne sont pas du tout satisfaites ou le sont seulement par des regards et des attouchements, cette névrose d'angoisse se développe volontiers. Les femmes y succombent le plus souvent du fait du coïtus interruptus. La distinction entre la névrose d'angoisse et la véritable neurasthénie

a. Cf. *supra*, p. 282.

b. Cf. « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" », *GW, I; OCF.P, III.*

c. Cf. *supra*, p. 282.

thénie nous est imposée non seulement par la symptomatologie, mais également par l'étiologie ; la véritable neurasthénie repose sur une décharge surabondante, la névrose d'angoisse sur un emmagasinage de la substance sexuelle.

332 Cette étiologie est établie pour tous les cas purs et extrêmes. On a réussi à en apporter la preuve dans 80 % des cas étudiés. Si l'on réfléchit aux difficultés de cette étude, il semble bien que les 20 restants soient inclus.

Au regard de ces causes, les facteurs étiologiques des névroses habituellement avancés qui se réfèrent à la vie culturelle perdent beaucoup de poids. Les dommages sexuels sont des agents pathogènes spécifiques et donnent à la névrose sa direction et son but. Mais des poisons pour les nerfs, des émotions, une surcharge de travail, l'insécurité dans les moyens d'existence jouent là un rôle préparatoire ou conditionnant. Ils déterminent la gravité de la névrose. Ceux qui empruntent dans la vie sexuelle de fausses voies ne contractent pas tous de névrose. Ici interviennent comme facteur favorisant les nuisances qui pèsent sur notre culture, et elles rendent déjà le dommage suffisamment important. Et les enfants qui sont soumis à une surcharge de travail à l'école succombent à l'onanisme et aux pollutions.

On trouve rarement l'hystérie à l'état pur. Elle forme habituellement un complexe symptomatique dans un mélange de névroses. Son examen nous pousse dans le domaine de la psychologie, dont on reste éloigné dans l'investigation des autres névroses, avec leur caractère physiologique et somatique. Seules les représentations de contrainte ont une structure interne similaire et ressemblent à l'hystérie, y compris quant aux succès thérapeutiques.

(Suite — Séance du 21 octobre 1895)

333 Dans le complexe symptomatique d'une affection névrotique, l'élément hystérique se caractérise par un mécanisme psychique bien circonscrit. Toute hystérie a pour fondement un « refoulement ». Le processus du refoulement hystérique possède un équivalent dans le champ du normal et peut être facilement compris ici.

On cherche à réprimer des représentations qui réveillent des associations de pensée désagréables. Il n'est pas indifférent qu'un

examineur prenne pour sujet d'une question d'examen en médecine légale des personnes étrangères ou des personnes qui nous sont proches. Dans ce dernier cas, notre fantaisie revêt un contenu pénible. Mais le sentiment de déplaisir devient encore plus grand quand de cet échange naissent des impulsions qui touchent à des souvenirs pénibles d'un passé réel. On cherche à se défendre contre des sentiments de déplaisir de ce genre. « Je suis horrifié quand j'entends parler de cela. » — « Je préférerais que nous n'en parlions pas. » — Dans de telles paroles et d'autres semblables est attestée la tendance à empêcher le réveil de représentations déplaisantes. Une dame de la meilleure société, qui s'est trouvée jadis dans une situation douteuse, considérera à juste titre le rappel, dans le cours d'une conversation, de son ancienne position comme un grossier manquement aux obligations sociales et, outrée, refusera une discussion de cet ordre. Elle évitera aussi le théâtre dans lequel elle a joué jadis si elle est désagréablement touchée par le souvenir de cette époque. Elle s'efforce d'oublier la situation douteuse, d'en refouler les représentations, et elle met à profit la domination qu'elle exerce sur le cours de ses pensées de manière à éviter l'occasion de telles excitations. Toujours prudente, continuellement armée pour la défense, elle réussit finalement à être une virtuose dans le refoulement de son souvenir pénible.

Comment le refoulement analogue se met-il en place dans l'hystérie ? On peut différencier les principaux groupes suivants : 1) Les restes perceptifs. Ceux-ci surviennent comme souvenirs présents dans la conscience. La personne souffre d'une hallucination qui fait retour spontanément et qui se presse alors fortement à l'avant-plan de la conscience. Des douleurs hystériques peuvent également être conçues comme des représentants de ce groupe. 2) Les décharges motrices. Tels les pleurs, les rires convulsifs, les tressaillements, etc. 3) Des formations psychiques compliquées, complexes de représentations, tendances, aboulie. Les corrélations de ces groupes sont des plus variées. Par exemple, une personne ressent une hallucination olfactive et devient alors triste. Elle voit apparaître quelque chose qui réveille en elle l'idée de sauter par la fenêtre. La représentation suivante émerge : il va arriver quelque chose à une personne aimée — alors sentiments d'angoisse. Si on contraint une personne hysté-

rique à manger malgré sa répugnance, on assiste alors à une manifestation d'affect : la malade vomit. Quand on veut la contraindre à marcher, un accès hystérique apparaît. Dès qu'un élément de l'un des groupes entre en jeu, il entraîne obligatoirement des symptômes de l'autre groupe à sa suite un mécanisme qui se déroule de manière contraignante et qui est soustrait à la volonté. Les représentations hystériques surviennent avec une force excessive, mais elle se trouvent solitaires dans la sphère de la conscience et restent incomprises. La personne hystérique ne peut pas manger, ne peut pas marcher ; mais les raisons de ce comportement lui font défaut. Là où une contrainte hystérique de cette sorte existe, un refoulement a eu lieu ; la malade qui par dégoût ne peut pas manger a refoulé un souvenir pénible.

Veut-on aller chercher ce souvenir, on se heurte à une énorme résistance. La malade se comporte par rapport à la source de son sentiment de déplaisir comme son pendant normal — la dame de la meilleure société mentionnée plus haut. Le refoulement hystérique n'est que quantitativement supérieur au refoulement normal.

Grâce à la méthode d'investigation de Breuer, on est en mesure de faire remonter les souvenirs refoulés et de tirer au clair leur corrélation avec le reste perceptif. On voit alors, par exemple, que la répugnance à l'égard de la nourriture et de la boisson provient d'un refus catégorique de se souvenir de repas familiaux pris en commun au cours desquels régnaient la dissension et la discorde et où l'on vidait ses querelles. On comprend alors la liaison entre l'hallucination d'une odeur de tabac et le sentiment de mélancolie, quand on apprend qu'était jadis connecté à la représentation d'une fumée de cigare un espoir déçua.

Si l'on passe en revue les impressions pénibles causales, elles montrent toutes un contenu sexuel. Et c'est justement le facteur sexuel qui jusqu'à ce jour est sous-estimé par les médecins. On examine les fonctions de tous les organes, sauf qu'on omet pudiquement toute question concernant l'appareil sexué.

Comment un symptôme hystérique se développe-t-il à partir du refoulement ? Ici, devrait-on penser, l'analogie avec la vie normale

a. Allusion au cas de Miss Lucy R. Cf. *supra*, p. 137-138.

nous abandonne. En réalité une trace de ressemblance subsiste encore. Notre dame du beau monde aura un jugement très sévère quand on parlera d'honorabilité en société. Pour celui qui a changé de croyance, celui qui est d'une nationalité douteuse, celui qui est d'une noblesse récente, on n'est jamais assez croyant, jamais assez national d'esprit, jamais assez noble. Ceux-là ont les principes les plus stricts et mettent l'accent de la manière la plus forte sur leur aversion à l'égard de ceux qui pensent autrement. Mais leur radicalisme est explicable quand on apprend que c'est avec lui qu'ils refoulent un souvenir pénible.

C'est d'une manière similaire que se développent dans l'hystérie les restes perceptifs fortement accentués. Des représentations de contrainte, qui sont très proches de l'hystérie et qui concordent avec elle sur de nombreux points, montrent plus nettement l'apparition et la formation de cette hyperesthésie particulière. Ainsi dans le cas suivant : un homme entendit parler, dans une conférence de Leidesdorfa, des actions agressives qui pourraient se produire dans l'état crépusculaire post-épileptique. Peu après s'éveilla en lui l'angoisse que lui aussi, dans un tel état dont on ne saurait rien, en vienne à porter atteinte à quelqu'un. De sa vie antérieure il ressortait qu'il avait jadis souffert d'une conscience de culpabilité pour avoir pris trop d'argent à un créancier, une autre fois pour avoir trop peu payé un garçon de café. C'est le penchant aux auto-accusations qui s'avère ici constant, sans arrêt on trouve chez ce patient une conscience de culpabilité accablante qui assurément a jadis surgi du réel. La racine réelle s'est perdue, et les liaisons de pensées existantes sont absurdes. Ce dernier point apparaît aussi en toute clarté au patient, mais ce n'est qu'après un temps assez long qu'il réussit à abandonner ses représentations de contrainte.

336

L'investigation de l'hystérie montre ceci : la disposition à l'affect est clairement rattachée à une faute réelle. La personne cherche à refouler le souvenir pénible. Cela réussit, mais la conscience de culpabilité devient ainsi excessivement grande, et l'idée que quelque chose d'effroyable s'est produit ne cesse de faire retour. C'est ainsi

a. Maximilian Leidesdorf (1818-1889), auteur d'un *Lehrbuch der psychischen Krankheiten* (Traité des maladies psychiques), Erlangen, F. Enke, 1865.

que la personne en vient à une conscience de culpabilité pure, accentuée, sans souvenir de l'acte.

Si l'individu est confronté à la possibilité d'une faute du fait de tel ou tel événement, aussitôt surgit puissamment la conscience de culpabilité hyperesthésique, et elle acquiert sous l'influence de ce nouvel événement des traits déterminés. Maintenant la personne est dominée par le sentiment de sa première et funeste faute et se trouve sous l'influence du « succédané » d'une faute.

Des formations succédanées ne sont pas non plus étrangères à la vie normale. Elles apparaissent sous diverses figures : vieux garçons qui collectionnent des tabatières, vieilles filles qui câlinent chats et chiens ; et la religiosité ardente est de même fréquemment un succédané d'amour ardent.

337 Comment la conscience de culpabilité est-elle accentuée du fait du refoulement du souvenir et comment de cela la contrainte hystérique naît-elle ? C'est ce que nous enseigne l'exemple suivant : une jeune fille, chargée d'une faute sexuelle, est assaillie par la peur de se trahir aux yeux des autres en rougissant. Elle refoule le souvenir... et l'accent tombe sur le fait de rougir. En même temps que la contrainte à rougir apparemment immotivée émerge le sentiment inquiétant que l'on sait quelque chose sur elle. Si elle réussit à se déshabituer complètement de rougir, la sensation se renforce que les autres la considèrent comme chargée d'une faute. C'est ainsi qu'à chaque refoulement elle confère au maillon suivant de la chaîne hystérique le poids de la contrainte hystérique.

A-r.

(Conclusion Séance du 28 octobre 1895)

Chaque maillon de cette chaîne, si significative pour la structure de la représentation de contrainte, est fixé avec une certaine intensité dans la sphère de la conscience. Si le sentiment de déplaisir contraint au refoulement du souvenir pénible, le maillon suivant reçoit l'héritage de l'intensité de ce souvenir, la valeur psychique se déplaçant du souvenir refoulé sur la conscience de culpabilité. Maintenant l'individu est en mesure de rattacher tout événement, plus ou moins

approprié, à sa conscience de culpabilité hypertrophique et de se charger de la pensée ou de l'attente d'une culpabilité. Le même processus se déroule de manière compliquée quand l'accent est mis sur les principaux maillons hystériques.

Ce que l'on peut avant tout objecter à l'explication donnée, c'est qu'elle ne met pas à découvert les causes ultimes de l'hystérie. Mais on ne peut légitimement exiger de suivre les affections de la psyché plus loin que ne va la connaissance psychologique actuelle. La significativité de la conception de l'hystérie exposée ici réside en ceci qu'il est maintenant possible de comprendre le développement et la corrélation des symptômes hystériques et de disposer d'avantages thérapeutiques. La doctrine, dans l'avenir, devra se rattacher à l'identité respective des représentations hystériques et des représentations de rêve, ainsi qu'à une disposition exclusive dans l'enfance.

Le refoulement hystérique dépasse largement les limites d'un refoulement normal. Il est un excès. Normalement, on ne peut à vrai dire aller chercher la représentation refoulée qu'au prix d'un sentiment de déplaisir chez le patient ; dans le cas de l'hystérie la reproduction ne réussit qu'avec l'assistance d'un médecin. Cette différence quantitative nous contraint à envisager que dans l'apparition de l'hystérie est en jeu une disposition inexplicable, héréditaire ou individuelle.

338

Dans la représentation de contrainte, symptôme de contrainte et refoulement s'installent à des époques différentes : l'événement nouveau qui est à refouler vient à la suite d'une conscience de culpabilité apparue antérieurement. Par contre, dans l'hystérie, événement et formation de symptôme vont de pair. En même temps que l'événement originel, une sensation olfactive était survenue, et l'accès se manifeste après le refoulement de cette manière : la personne hystérique perçoit une odeur et ne peut que pleurer.

On trouve en outre dans l'hystérie un net penchant à la « conversion », c.-à-d. que les représentations tendent à passer dans le domaine moteur, qu'elles ont coutume de se décharger. La rage de contrainte a comme marque distinctive l'angoisse d'infliger quelque chose à d'autres ; celui qui en est atteint évite les occasions de se trouver seul avec d'autres. Si l'hystérie prend alors le dessus,

l'angoisse se manifeste et se décharge en cris, fureur, colère, mise en pièces — de véritables symptômes hystériques.

On peut facilement inférer de la représentation de contrainte l'événement originel. On déclare que l'affect existe à bon droit et on remplace le succédané par une représentation qui convient mieux. Dans l'hystérie, il faut chercher une affaire contemporaine de la formation du symptôme, affaire qui conformément à son caractère devait être refoulée. S'agissant du cas ci-dessus : la sensation olfactive et une représentation qui rend explicable le fait de pleurer coexistaient jadis dans la réalité.

Les moyens adjuvants diagnostiques, qui cessent par ailleurs d'être utiles quand la maladie est découverte, deviennent dans l'hystérie des moyens de thérapie. Tout en travaillant à retrouver la trace de la représentation refoulée, le médecin aide le patient à défaire le refoulement. Un moment auparavant, alors que le médecin prend  
339 connaissance de l'événement, la contrainte a quitté le malade, et l'intensité excessive qui était échue au symptôme hystérique a reflué sur la représentation de l'événement.

Or il s'agit dans l'hystérie de processus de la vie d'âme qui ne sont pas évidents. Le patient, bien sûr, n'a pas la représentation souhaitée à sa disposition. C'est pourquoi Breuer demanda aux patients de se remettre dans ce moment où le symptôme survint la première fois, et les malades trouvèrent dans l'hypnose la voie menant de l'affect accentué à la représentation refoulée.

L'hypnose peut être remplacée. Le patient reçoit la consigne de se souvenir quand, où, dans quelles circonstances le symptôme a commencé à se manifester. Là où s'éteint la trace mnésique se trouve ce domaine de représentation sur lequel le malade ne dirige pas son attention. On invite le patient à continuer à chercher et on déclare qu'il va lui venir quelque chose à l'idée dès que l'on exercera une pression sur son front. Ainsi l'attention est pleinement dirigée sur l'essentiel. Elle reproduit maintenant la représentation refoulée, librement ou défensivement.

L'essence du refoulement consistait donc en ceci que la personne n'était pas en mesure de diriger spontanément ses pensées sur la représentation en question. Quand elle arrive à proximité de cette sphère de représentation, elle éprouve un sentiment de déplaisir, qui

est la cause de ce qu'elle cesse de poursuivre sa recherche. Elle garde les images mnésiques, car il ne lui serait pas possible sinon de dire quelque chose à leur sujet. Mais la malade croit qu'elle ne peut pas se souvenir et ne sait pas que ce qui lui manque, c'est la volonté de se souvenir. Elle a une double vie d'âme ; l'une connaît la représentation pénible, l'autre ne croit pas être en possession de son souvenir. Breuer a nommé ce phénomène « clivage de l'activité animique ».

Les perceptions internes ne sont pas moins incomplètes et incorrectes que les perceptions externes. Les hystériques en particulier sont cette sorte de personnes auxquelles leur conscience restitue un souvenir de façon inefficace et incomplète. La grande résistance qui se produit quand on approche de la représentation refoulée doit être montrée au malade ; il doit reconnaître qu'il n'avait pas cette représentation en sa possession parce qu'il ne voulait pas la livrer.

340

Cette grande résistance dans la recherche de l'événement originel conduit facilement à des impasses. Le patient s'accroche à des choses accessoires et ne veut pas continuer. De fait, il interrompt le traitement, s'enfuit, bien qu'il se soit bercé au début de grands espoirs. Cela témoigne du grand déplaisir qu'il y a à orienter son attention sur le point recherché, ainsi que de la grandeur de la force psychique nécessaire, laquelle est la même que cette force qui amena jadis le refoulement.

Lors de ce redressement psychique, le patient est soumis à la tentation de céder à la résistance quand s'ouvrent pour lui des issues appropriées. Cela donne l'impression d'un démon récalcitrant à se montrer en plein jour parce qu'il sait que ce sera là sa fin.

Cet immense effort est récompensé par un succès thérapeutique considérable. À chaque fois on réussit à bannir les symptômes du refoulement. L'intelligence et la confiance du patient sont fortement mises à contribution. Le traitement est de longue haleine et fait crédit au patient de pouvoir trahir ses secrets. Les contre-indications n'existent pas.

Mais la disposition persiste-t-elle sous une forme affaiblie ? Dans ce type de travail on s'aperçoit que les patients ne passent pas par beaucoup de refoulements ; de fait, après la puberté, ceux-ci sem-

blent absolument exclus. Si de nouveaux symptômes se forment dans la vie ultérieure, ils se rattachent aux souvenirs précédemment refoulés, une situation néfaste qui se répète est refoulée hors du souvenir, de la même manière qu'auparavant. Si on lève alors le premier refoulement auquel se sont connectés par la suite de nombreux autres symptômes, on a la perspective d'arriver à guérir l'hystérie.

A-r.

S. FREUD  
CONFÉRENCE : DE L'HYSTÉRIE

Collège viennois des docteurs en médecine  
(Réunions scientifiques des 14 et 21 octobre 1895)

(Original du compte rendu  
de la *Wiener Medizinische Presse*)

La tentative pour débattre de telle ou telle question inhérente à la doctrine de l'hystérie se heurte à davantage de difficultés que la discussion de n'importe quel autre concept de maladie dont le tableau est bien circonscrit. Il s'avérera donc pratique d'aborder préalablement le diagnostic de l'hystérie, plus précisément de discuter ce qui la différencie d'affections similaires. C'est le mérite de Charcot et de ses élèves d'avoir délimité l'hystérie par rapport à certaines affections organiques. Actuellement, le problème qui se trouve au centre de notre intérêt est celui consistant à différencier l'hystérie de certaines névroses dont elle est sans conteste, d'après son essence, proche parente. C'est la neurasthénie qui entre ici tout d'abord en ligne de compte. Il ne semble y avoir aucun avantage, de prime abord, à s'engager dans la discussion de cette dernière pour éclairer l'essence de l'hystérie, car la neurasthénie est tout d'abord le concept le plus flou, le moins clair des deux. Mais ce point ne tiendrait plus si l'on réussissait à circonscrire plus rigoureusement la neurasthénie aussi. De plus, l'objection suivante est justifiée : aux dires des auteurs les plus experts, il semble que ces deux névroses ne puissent être dissociées l'une de l'autre que dans leurs formes les plus extrêmes. Il est exact que la clinique nous montre quotidiennement que des symptômes neurasthéniques et hystériques se trouvent très souvent réunis, mais cela n'empêche pas le moins du monde de séparer les deux affections d'un point de vue conceptuel, donc diagnostique. On trouve, à l'âge de l'adolescence, des formes d'hystérie qui ne présentent aucune trace d'addition neurasthénique, et inversement. Enfin, concernant la question de savoir si une telle séparation de l'hystérie d'avec la neuras-

342

343

thénie a une valeur d'un point de vue thérapeutique, il faut dire que le traitement actuel s'occupe beaucoup trop du fait de l'hérédité et fait bien trop peu cas du tableau symptomatique des névroses. Et pourtant, par l'étude attentive de la symptomatologie, on obtient des renseignements fort précieux sur la nature des névroses, et tout d'abord sur l'étiologie de celles-ci. Il y a en effet une corrélation constante entre la manière dont se manifeste la « nervosité » et l'étiologie qui, dans tel cas spécifique, joue aussi un rôle à côté de l'hérédité. On peut ainsi, en prenant en considération la symptomatologie, tirer une conclusion directe concernant l'étiologie et acquérir des points d'appui précieux pour la prophylaxie. Cela est important, car l'expérience a montré que la possibilité de guérir un certain symptôme au sein d'un complexe dépend simplement de la nature hystérique ou neurasthénique de ce dernier, dans la mesure où une méthode de guérison tout à fait déterminée élimine un symptôme hystérique, mais ne guérit absolument pas un symptôme neurasthénique.

Dans ce domaine que nous nommons névroses, on peut détacher les quatre types suivants : l'hystérie, la neurasthénie au sens le plus étroit, la névrose d'angoisse et la névrose de la représentation de contrainte ou névrose de contrainte. Ce qu'on appelle d'ordinaire neurasthénie se décompose ici en neurasthénie sensu striction, en névrose de contrainte et en névrose d'angoisse. La justification de cette dénomination réside en ceci que conjointement à la diversité des symptômes on peut aussi constamment reconnaître la diversité dans l'étiologie. La représentation de contrainte est pour partie donnée comme symptôme de la neurasthénie, pour partie dissociée de la neurasthénie en tant que névrose de contrainte et avancée comme symptôme de dégénérescence. Ce qui vient soutenir l'idée que la névrose de contrainte n'a absolument rien à faire avec la neurasthénie commune, c'est 1) qu'il existe une série de cas qui ne montrent pas d'autres signes neurasthéniques que ceux des représentations de contrainte, et 2) que là où des représentations neurasthéniques [c'est-à-dire d'autres signes ou symptômes neurasthéniques]<sup>a</sup> et des représentations de contrainte surviennent ensemble, ces dernières ne vont nullement de pair avec la gravité des

a. Ajout entre crochets du *NB*.

autres symptômes neurasthéniques. Cela ressemble plutôt à un mélange ; d'ailleurs, des représentations de contrainte surviennent tout aussi souvent à côté de l'hystérie.

344

La névrose d'angoisse, par opposition à la neurasthénie, donne l'impression d'une surstimulation. Les personnes se trouvent dans une constante agitation, une excitation stimulable, et manifestent en premier lieu de l'angoisse sous toutes les formes possibles : angoisse aiguë comme accès déferlant brusquement sur elles, angoisse sous forme chronique, angoisse latente, aux aguets, prête à se rattacher à n'importe quel incident. Existente à côté de cela paresthésies, difficultés respiratoires, accélération cardiaque, congestions, transpiration, trouble du sommeil, etc. Souvent l'état d'angoisse se camoufle sous certains symptômes, comme le malaise, la dyspnée, les troubles cardiaques, les manifestations gastriques, etc. Lors d'accès plus forts, le sentiment d'angoisse ressort alors nettement. Hecker qualifie ces manifestations de rudiments ou d'équivalents de l'accès d'angoisse. Sur bien des points, les divers symptômes de la névrose d'angoisse sont précisément à l'opposé de ceux de la neurasthénie, en particulier la diarrhée d'angoisse, si souvent l'objet d'un faux diagnostic. Ce qui donne un droit particulier à dégager ce type de névrose d'angoisse est la fréquence relative de sa survenue sous une forme tout à fait pure, sans trace d'autres manifestations neurasthéniques. Naturellement, les cas mixtes restent toujours les plus fréquents. À l'époque où la neurasthénie n'était pas encore au premier plan, ce tableau de la névrose d'angoisse, à l'évidence, a été à la base du vieux concept d'hypocondrie.

Il a été dit plus haut que la constante diversité symptomatique va de pair avec la diversité dans l'étiologie. Les choses se passent de la manière suivante : lorsqu'on étudie des cas typiques et purs sur des adolescents, l'expérience quotidienne montre que l'étiologie concerne des nuisances de la vie sexuelle aussi bien dans la neurasthénie authentique que dans la névrose d'angoisse. Mais ces nuisances sont dans les deux cas de nature distincte. Dans la véritable neurasthénie on trouve toujours en effet comme cause la *masturbation*, et ce chez les hommes comme chez les femmes ; là où la masturbation n'est pas présente, on peut facilement mettre en évidence qu'il s'agit d'une affection héréditaire du système nerveux, qui se manifeste en déchar-

345

ges sexuelles spontanées extraordinairement abondantes et précoces, en pollutions. On peut dès lors schématiquement admettre deux formes de neurasthénie : l'une, susceptible d'être acquise, la neurasthénie-de-masturbation, une autre, héréditaire, la neurasthénie-de-pollution. Concernant maintenant l'étiologie de la névrose d'angoisse, il s'agit aussi, il est vrai, de nuisances sexuelles, mais d'un tout autre caractère. Chez les hommes, la névrose d'angoisse peut être ramenée à *l'abstinence*, là où une forte libido est présente ; de plus, ont leur place ici ces formes de satisfaction anormale dans lesquelles de fortes excitations sexuelles interviennent, mais ne sont pas éliminées par une voie normale. Chez les femmes, la raison la plus fréquente de la névrose d'angoisse, en dehors de la circonstance due au veuvage qu'est l'abstinence, est le coitus interruptus. Donc, alors qu'il s'agit dans la neurasthénie d'une dépense surabondante de substance sexuelle, dans la névrose d'angoisse c'est la retenue, l'épargne pour ainsi dire de la substance sexuelle, qui joue un grand rôle.

Cette étiologie sexuelle, Freud l'a trouvée, par une observation intensive et par l'étude d'innombrables cas, dans à peu près 80 % de ces cas. À la question de savoir si les facteurs passant communément pour les causes de la nervosité (civilisation, vie dans les grandes villes, surmenage à l'école, surmenage de nos organes sensoriels, course effrénée au profit, insécurité des conditions de vie, grandes catastrophes, poisons dont nous surchargeons nos nerfs) n'entrent pas du tout en ligne de compte, il faut répondre que ces facteurs ne fournissent en fait aucune contribution directe à l'étiologie de la neurasthénie. Les nuisances sexuelles constituent des causes spécifiques, c.-à-d. qu'elles ne peuvent être absentes quand une névrose déterminée doit se produire. De toute façon, c'est en tant que facteurs quantitatifs que les nuisances les plus diverses peuvent ensuite contribuer à l'apparition de la névrose. Les nuisances sexuelles donnent donc la direction à l'ensemble, mais ne sont pas décisives. Ce qui va constituer le facteur décisif, c'est que les causes banales agissant sur l'individu atteignent un certain degré. Un être sexuellement normal sur lequel agissent certaines nuisances précises ne s'effondre pas sous

a. Facteurs mis en avant par George Miller Beard pour expliquer la neurasthénie. Cf. « L'hérédité et l'étiologie des névroses », *GW*, I, p. 413 ; *OCRP*, III, p. 112.

leur action, il n'a pas de névrose, alors que, d'un autre côté, ces nuisances banales n'ont nullement besoin d'être présentes pour que les nuisances sexuelles agissent de façon intense et suffisamment longue.

D'après ces principes, on réussit facilement à reconnaître les formes pures de la neurasthénie et de la névrose d'angoisse et à les différencier de l'hystérie. Nous reconnaissons aussi les cas purs d'hystérie d'après les cas typiques tels que Charcot les a décrits. Les formes restantes sont des formes mixtes, et il est tout aussi inexact de les qualifier d'hystérie parce qu'elles montrent des phénomènes hystériques que de les qualifier de neurasthénie parce que des symptômes neurasthéniques sont présents.

Lorsqu'on cherche à se faire une représentation du mécanisme des névroses, il peut donc être affirmé, d'après ce qui a été exposé jusqu'ici, que la neurasthénie et la névrose d'angoisse représentent des troubles à caractère purement somatique, des troubles de nature physiologique, comme par exemple les intoxications, et cela ne nous oblige en rien à recourir au domaine psychique. Mais, s'agissant de l'hystérie, on peut faire l'hypothèse, d'après les travaux de ces dernières années, que le mécanisme du complexe symptomatique de l'hystérie est un mécanisme psychologique, c.-à-d. que les troubles de l'hystérie se produisent dans le domaine psychique, que c'est un mécanisme psychique dont relève l'ensemble des symptômes hystériques. Il est intéressant de voir que les représentations de contrainte ont un mécanisme psychique tout à fait similaire et qu'une thérapie tout à fait déterminée, donnant de très bons résultats, peut être fondée là-dessus.

La preuve qu'il s'agit effectivement dans l'hystérie d'un mécanisme psychique n'a été apportée que récemment par J. Breuer dans un essai, « Considérations théoriques sur l'hystérie »<sup>a</sup>. Ce mécanisme psychique est un mécanisme unitaire ; toutes les manifestations hystériques apparaissent en effet par le mécanisme psychique du « *refoulement* » hystérique ou névrotique. Dans la vie normale, déjà, on cherche à oublier des événements auxquels sont reliés des souvenirs désagréables, à écarter défensivement le souvenir de certaines choses désagréables. C'est ce qui se passe quand on évite toutes les percep-

346

347

a. Cf. *supra*, p. 205 sq.

fions qui pourraient raviver associativement la pensée en question, ou quand on met à profit la domination exercée sur son propre cours de pensée de manière à éviter tout ce qui tend à réveiller cette représentation pénible, et, en étant de plus en plus prudent, on arrive à une telle virtuosité dans le refoulement et l'oubli que le souvenir en question n'émerge plus spontanément dans la conscience. Quelque chose de tout à fait similaire se déroule dans l'hystérie. On peut schématiquement répartir les symptômes hystériques les plus importants dans les trois groupes suivants : 1) souvenirs ayant une force hallucinatoire ; 2) décharges motrices (pleurs convulsifs, rires convulsifs, tressaillements) ; 3) résolutions, tendances (penchant à faire telle ou telle chose), aboulies (incapacités, par ex. à manger, à marcher). Naturellement, les phénomènes hystériques ne sont pas toujours aussi simples, ils sont une composition à partir de tels éléments. Par ex., ce n'est pas simplement une odeur que la patiente perçoit de temps en temps de façon hallucinatoire, elle est au contraire forcée de pleurer, d'être triste, etc., quand il y a une certaine odeur. Tous ces symptômes ont comme caractère commun d'être totalement soustraits à la volonté ; il s'agit de « représentations *excessivement fortes* ».

Ces représentations sont toujours grevées d'une contrainte. Maintenant on peut affirmer que *partout où il existe une contrainte hystérique, un refoulement a eu lieu*. Lorsque, par ex., une hystérique ne peut manger et qu'elle a du dégoût, il s'agit du refoulement du souvenir de quelque chose de désagréable qui était connecté au fait de manger et qui, en tout cas, était susceptible de susciter le dégoût. Qu'il en soit ainsi, cela ressort d'une méthode d'investigation qui fut d'abord appliquée par Breuer, et dont il sera question plus tard.

Dans l'hystérie toutes les représentations refoulées ont un caractère commun ; elles sont toujours en effet à contenu sexuel et ont toujours été péniblement ressenties par les personnes. D'une façon générale, nous autres médecins qui accordons par ailleurs tant de valeur à l'alimentation, au sommeil, etc. pour expliquer les maladies et faire de cela le point d'attaque de notre thérapie, nous ne devrions pas négliger à ce point les fonctions sexuées de nos patients. À tout

a. Cf. *infra*, p. 404.

le moins, l'expérience quotidienne nous enseigne l'importance que revêt pour le bon état de santé général tout ce qui touche au sexe. 348

La question est maintenant de savoir de quelle manière, dans le refoulement ou du fait du refoulement, apparaît le symptôme hystérique. Il s'agit ici, pour l'essentiel, de quelque chose de similaire, comme dans la représentation de contrainte ou le délire d'être remarqué, dans lesquels a lieu un déplacement de l'accent, de l'intensité psychique, le long d'une voie préformée ou d'une chaîne de raisonnement.

[Conclusion — Réunion scientifique du 26<sup>a</sup> octobre 1895]

La doctrine du refoulement, que l'orateur place au centre de ses considérations, peut être plus facilement exposée, pour commencer, sur l'exemple des représentations de contrainte. Dans ces dernières, un souvenir est présent ; celui-ci produit une conscience de culpabilité, une association logique existe entre les deux. La formation de la représentation de contrainte se fait en deux temps : d'abord, la représentation du souvenir d'un événement déterminé cède son intensité psychique et celle-ci se déplace, par la voie de l'association logique, sur la conscience de culpabilité ; cette dernière devient excessivement forte. Dans un second temps, l'inclination d'affect excessivement forte se relie à n'importe quelle autre représentation (*succédané*) ; cette représentation succédanée est précisément celle qui, en tant que représentation de contrainte, est l'objet de la plainte que le malade nous adresse. Or dans l'hystérie ce mécanisme présente avant tout cette différence : les processus du refoulement n'ont pas lieu en deux temps, le refoulement se fait en même temps que la formation du symptôme et intervient à certains moments bien précis de la vie où un affect joue un grand rôle (*moments hypnoïdes*). De tels moments hypnoïdes ne se trouvent pas dans la représentation de contrainte. Pour autant que cela ait pu être tiré au clair, il s'est toujours agi dans l'hystérie d'un matériel représentatif sexuel, et toujours parce que les premiers refoulements avaient eu lieu à l'époque précédant la puberté. 349

Il s'agit dès lors dans l'hystérie de rechercher ces représentations refoulées. Or la *thérapie* coïncide aussi avec cette investigation. Tout en travaillant à trouver ces représentations refoulées, le médecin guérit le patient. Breuer le premier a fait cette observation, il y a treize ans, en réussissant à percer à jour les symptômes hystériques d'une patientes et à la libérer de la contrainte de ces symptômes. Il se servit à cette fin de l'hypnose en invitant la patiente, au cours de cette hypnose, à se mettre dans la situation où les symptômes étaient survenus en premier, donc dans le « moment du refoulement », le « moment hypnoïde ». Dans l'hypnose la patiente était alors tout à fait en mesure de trouver la voie menant des symptômes hystériques existants aux représentations refoulées. C'est ainsi qu'il fut mis fin à la force excessive des symptômes refoulés. Il n'y a donc pas de refoulement pour l'hypnose.

Freud a remplacé cette méthode par une autre, et ce parce qu'il avait à surmonter de nombreuses difficultés dans la mise en pratique de l'acte d'hypnotiser. Ce procédé de Freud est à vrai dire identique à l'hypnose. On part du reste mnésique existant et on invite la malade à raconter ce dont elle se souvient en remontant plus loin. De cette manière on réussit à réveiller quelques-uns des derniers souvenirs, les plus proches de la représentation refoulée. Puis, si la patiente ne peut trouver la dernière représentation dont c'est maintenant le tour, on suppose que cette représentation est bel et bien celle qui se trouve la plus proche, mais que la patiente n'est pas en mesure de diriger sur elle son attention. On oblige alors la patiente à concentrer son attention sur ce point de la situation, en lui posant par exemple la main sur le front et en disant : « Quand je vais exercer une pression, cet événement que nous recherchons vous viendra à l'idée. » La chose que la patiente indique alors est en règle générale la bonne. Il en est ici exactement comme dans l'hypnose : l'attention psychique est pleinement tournée vers la seule représentation en question. On a supposé que les malades ne sont pas en mesure de tourner spontanément leur attention vers les représentations refoulées et que c'est là que réside l'essence du refoulement. Les patients éprouvent une résistance à se souvenir de certaines représentations.

Cette résistance ne peut être conçue que comme résistance de la volonté. Si l'on en cherche le motif, on trouve tout à fait régulièrement que les malades, dans cette tentative pour diriger leur attention sur des circonstances accessoires refoulées et difficilement remémorables, ressentent un grand déplaisir, deviennent agités. En effet, ce déplaisir est d'une manière générale la raison pour laquelle ils ne peuvent pas penser à certaines représentations et n'y accèdent jamais sans une contrainte étrangère. Même dans la vie psychique normale, le sentiment de déplaisir se fait sentir vis-à-vis des souvenirs refoulés, mais il existe pourtant une différence : les êtres psychologiquement normaux savent qu'ils ne veulent pas se souvenir de quelque chose, les hystériques ne savent pas qu'ils ne le veulent pas. Cet état psychique est et reste énigmatique, mais nous avons un mot pour désigner cet état, nous parlons d'un « clivage de la conscience », ou mieux, selon Breuer, d'un « clivage de l'activité animique ».

La résistance que les malades opposent à l'explication de représentations refoulées peut revêtir toutes les formes possibles ; ils recourent particulièrement souvent à des échappatoires ; on cherche à démasquer ceux-ci, à faire clairement comprendre aux malades que seul le déplaisir les empêche de penser à la chose proprement dite. Cette méthode n'est pas simple du tout, elle relève au contraire des tâches les plus difficiles qui incombent au médecin. Mais sa valeur thérapeutique, étant donné par ailleurs l'impuissance de notre thérapie, n'est pas mince, car elle est en mesure de guérir dans son principe le symptôme du refoulement. Il est exact que la méthode est propre à tourmenter les patients, mais elle est incapable de leur porter dommage. Elle constitue une opération qui s'étend sur plusieurs semaines et mois, et au cours de laquelle les douleurs, le malaise, le déplaisir qui naissent d'elle ne sont épargnés aux malades par aucune sorte d'anesthésie. On pourrait objecter à ce mode de traitement qu'il n'aurait guère de mérite si l'on réussissait seulement, grâce à lui, à éliminer un symptôme et si l'on devait laisser subsister la disposition. Mais on constate que les malades, à vrai dire, n'ont pas fait dans leur vie de nombreux refoulements de ce genre et qu'ils semblent généralement ne plus en faire après la puberté.

Lorsque des symptômes se forment plus tard, ils se rattachent en règle générale aux refoulements existants. Si donc l'on réfléchit au

fait que les conditions d'apparition des refoulements sont fort restreintes — caractère sexuel, apparition à l'époque précédant la puberté, rattachement de nouveaux symptômes aux refoulements apparus dans la jeunesse —, alors l'espoir est justifié, si l'on réussit à déceler et à défaire le premier refoulement, de pouvoir aussi réussir à colmater durablement la source de nouvelles manifestations. De nouvelles expériences ne manqueront pas de montrer si cet espoir est véritablement justifié.

*Index des personnes, des personnages  
et des oeuvres*

- Alois, 146.  
Andersen, Hans Christian  
*Livre d'images sans images*, 47.  
Andersson, Ola, 12.  
(1962) *Studies in the Prehistory of Psychoanalysis* (Études sur la préhistoire de la psychanalyse), 15.  
Anna O., 11, 14, 24-25, 27, 30, 39-65, 231, 233, 238 n. 1, 241, 243, 258, 260-261, 262 n. 1, 284, 288, 312, 315, 337-339, 341-342, 404.  
Apollon, 234 n. a.  
Beard, George Miller, 400 n. a.  
Benedikt, Moriz, 28 n. I, 233 n. I.  
(1894) *Hypnotismus und Suggestion* (Hypnotisme et suggestion), 233 n. 1.  
Bernheim, Hippolyte, 12, 85 n. 1, 95, 120, 127-129, 293.  
(1886) *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*, 85 n. 1.  
Bernays, Martha, 12.  
Binet, Alfred, 27 n. 1, 32, 211, 245 n. c, 252-253, 276.  
(1892) *Les altérations de la personnalité*, 27 n. 1, 211 n. a.  
Binswanger, Robert, 11, 368.  
Bismarck, Otto von, 224.  
Bleuler, Eugen, 15.  
Born, Bertrand de, 264.  
Brentano, Franz, 12.  
Breuer, Josef, 11-12, 66, 72-73, 83, 95-96, 98, 112, 122, 200, 204 n. 1, 280, 288, 291-292, 311-312, 315, 337-339, 341, 343, 351, 362, 368-369, 374-375, 382-383, 390, 394-395, 401-402, 404-405.  
Brücke, Ernst, 11.  
Cabanis, Pierre-Jean-Georges  
(1824) *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 217 n. 2.  
Cacilie M., 12, 25 n. d., 30, 87 n., 94 n. 1, 117, 122, 130, 198-204, 256, 263.  
Charcot, Jean-Martin, 12, 34, 36, 37 n. a, 38, 61, 94 n. 1, 113 n., 153, 155 n. a, 210 n. c, 236, 262, 284, 334-339, 363-364, 397, 401.  
(1887-1988) *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 153 n. a.  
(1897) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 34 n. c.  
Clarke, John Mitchell, 14-15.  
Danaïdes, 288.  
Darwin, Charles, 110, 204.  
(1872) *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (L'expression des émotions chez l'homme et les animaux), 110 n. d.  
Delbeuf, Joseph, 27 n. 1, 120.  
(1889) *Le magnétisme animal*, 27 n. 1.  
Elisabeth v. R., 129 n. a, 154-198, 284.  
Ellenberger, Henri, 11-12, 382.  
(2001) *Histoire de la découverte de l'inconscient*, 15.  
Ellis, Havelock, 15.  
Emmy v N , 12, 25, 65-124, 195, 284, 310-311, 315, 340-341.  
Exner, Sigmund, 14, 215, 217 n. 1, 267 n. 1.  
(1894) *Entwurf zu einer physiologischen Erklärung der psychischen Erscheinungen* (Esquisse d'une explication physiologique des phénomènes psychiques), 214 n. a.  
Fichtner, Gerhard, 13.  
Fichtner, G. et Hirschmüller, A., 13.  
(1985) *Freuds « Katharina » Hintergrund, Entstehungsgeschichte und Bedeutung einer frühen psychoana-*

- lytischen Krankengeschichte (La « Katharina » de Freud — Arrière-plan, genèse et signification d'une histoire de malade datant des débuts de la psychanalyse), 16.
- Fleischmann, Carl, 374-375.
- FlieB, Wilhelm, 12, 14-15, 354, 382-383.
- Franklin, Benjamin, 157 n. d.
- Franziska, 146-149.
- Freud, Sigmund
- (1891 *b*) *Zur Auffassung der Aphasien* (Sur la conception des aphasies), 130 n. a.
- (1892-1893 *a*) Ein Fall von hypnotischer Heilung nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den « gegenwillen ». (Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la « contre-volonté »), 76 n. 1, 111.
- (1893 *c*) Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices, organiques et hystériques, 108 n. 1.
- (1894 *a*) Die Abwehr-Neuropsychosen (Les névropsychoses-de-défense), 87 n., 142, 167 n. 1, 234 n. b, 237, 281 n. b, 294.
- (1895 *b*), Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als « Angstneurose » abzutrennen (Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse », 233 n. a, 273 n. 2, 282 n. a, 387 n. b.
- (1895 *c* [1894]) Obsessions et phobies, 87 n.
- (1896 *a*) L'hérédité et l'étiologie des névroses, 400 n. a.
- (1896 *b*) Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen (Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense), 141 n. a.
- (1900 *a*) *Die Traumdeutung* (L'interprétation du rêve), 209 n. b, 210 n. a.
- (1905 *d*) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (Trois essais sur la théorie sexuelle), 39 n. b.
- (1909 *a* [1908]) Allgemeines über den hysterischen Anfall (Considérations générales sur l'accès hystérique), 362.
- (1910 *a* [1909]) *Über Psychoanalyse* (De la psychanalyse), 15.
- (1913 *b*) Erfahrungen und Beispiele aus der analytischen Praxis (Expériences et exemples tirés de la pratique analytique), 60 n. a.
- (1914 *d*) Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung (Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique), 15, 229 n. a.
- (1915 *d*) Die Verdrängung (Le refoulement), 155 n. a.
- (1920 *g*) *Jenseits des Lustprinzips* (Au-delà du principe de plaisir), 218 n. a.
- (1925 *d* [1924]) *Selbstdarstellung* (Auto-présentation), 12, 15, 39 n. b.
- Goethe, Johann Wolfgang von, 229.
- Faust I*, 106 n. a, 254 n. a.
- Faust II*, 213 n. a.
- GroBmann, M., 382.
- Guillaume', 224.
- Hatto II, 91.
- Hecker, Ewald, 282, 387, 399.
- (1893) Über larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenia (Des états d'angoisse larvés et abortifs dans la neurasthénie), 282 n. 1.
- Hirschmüller, Albrecht, 11-13, 15, 368.
- (1991) *Josef Breuer*, 16.
- Hoist, Otto von, 379.
- Horace
- Odes*, 259 n. a.
- HullingsJackson, John, 345.
- (1879-1880) On affections of speech from disease of the brain (Sur les troubles du langage dus à une maladie du cerveau), 345 n. a.
- Janet, Jules, 32.
- Janet, Pierre, 13-14, 32, 111, 123, 211, 245 n. c, 252-258, 262, 264, 266, 276.
- (1889) *L'automatisme psychologique*, 14, 27 n. 1, 211 n. b.
- (1893) Quelques définitions récentes de l'hystérie, 211 n. b, 254 n. c.
- (1894) *Etat mental des hystériques*, 14, 123 n. a, 211 n. b, 217 n. 2.
- Jones, Ernest, 11, 13.
- (1958) *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud*, 11.

- Karplus, Paul, 236 n. 1.  
 Katharina, 13, 143-154, 284.  
 Koch, Robert, 207 n. b.  
 Kronich, Aurelia [Katharina], 13.  
 Krafft-Ebing, Richard, 368, 375, 377.
- Lady Macbeth, 272 n. 1.  
 Lange, Carl Georg, 223.  
 (1885) *Om Sindsbevaegelser, et Psyko-Fysiologiske Studie* (Les émotions ; étude psychophysiologique), 223 n. 1.  
 Leidesdorf, Maximilian, 391.  
 (1865) *Lehrbuch der psychischen Krankheiten* (Traité des maladies psychiques), 391 n. a.  
 Lessing, Gotthold Ephraim, 197 n. c.  
 Liébeault, Ambroise Auguste, 127.  
 Lichen, Anna von [Cécilie M.], 12.  
 Louis II de Bavière, 79.  
 Lucy R., 13, 125-143, 165, 284, 390 n. a.
- Mach, Ernst  
 (1875) *Grundlinien der Lehre von den Bewegungsempfindungen* (Grandes lignes de la doctrine des sensations de mouvement), 233 n. 2.  
 Mandl, Emanuel, 334.  
 Mathilde H., 185 n. 1.  
 Midas, 234.  
 Mittler, Paul, 382.  
 Méphistophélès, 106, 158 n. b, 213 n. a.  
 Meynert, Theodor, 209 n. 1.  
 Mitchell, Silas Weir, 292.  
 Möbius, Paul Julius, 28 n. 1, 206-208, 211-212, 238-239, 244, 270, 275 n. 1, 276.  
 (1888) *eber den Begriff der Hysterie* (Du concept de l'hystérie), 206 n. 1.  
 (1890) *Über Astasie-Abasie* (De l'astasie-abasie), 238 n. 2.  
 (1895) *Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie* (De la conception actuelle de l'hystérie), 276 n. 1.  
 Moser, Heinrich, 12.  
 Myers, Frederic William Henry, 14-15.
- Nina R., 368-379.
- Ohm, Julius, 13.  
 Oppenheim, Hermann, 14, 225, 268 n. 1, 271.  
 (1890) *Tatsachliches und Hypothesisches über das Wesen der Hysterie* (Faits et hypothèses quant à la nature de l'hystérie), 212 n. 1.
- Pan, 234 n. a.  
 Pappenheim, Bertha [Anna O.], 11-12.  
 Pitres, Albert, 200-201.  
 (1891) *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, 200 n. a.
- Romberg, Moritz Heinrich, 244.  
 (1840) *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen* (Traité des maladies nerveuses de l'homme), 244 n. b.
- Rosalia H., 191-195.
- Shakespeare, William, 45.  
*Macbeth*, 272 n. 1.  
*Le Songe d'une nuit d'été*, 278.
- Schiller, Friedrich  
*Les Brigands*, 119 n. c.  
*La Fiancée de Messine*, 228 n. 1.
- Schnitzler, Arthur, 382.
- Strümpell, Adolf von, 15, 28 n. 1, 271.  
 (1892) *Über die Entstehung und die Heilung von Krankheiten durch Vorstellungen* (De l'apparition et du traitement de maladies par des représentations), 271 n. 1.
- Sulzer-Wart, Fanny von [Emmy N.], 12-13.
- Swales, Peter, 12.  
 (1986) *Freud, his teacher and the world of psychoanalysis* (Freud, sa préceptrice et la naissance de la psychanalyse), 16.
- Teleky, Dora, 382.  
 Thérèse d'Avila, 257.  
 Thésée, 278.
- Uhland, Ludwig Bertran de Born, 264.
- WeiB, Heinrich, 382.  
 Weiss, Ilona [Elisabeth v. R.], 13.  
 Wenckheim, Hoyos, 13.  
 Wernicke, Carl, 274 n. 1.  
 Westphal, Carl Friedrich, 281, 386.  
 (1877) *Ober Zwangsvorstellungen* (Des représentations de contrainte), 281 n. a.
- Zweig, Stefan, 11.



## *Index des lieux*

- Abbazia, 68, 77, 83, 84.  
Constance (lac de), 11, 376.  
Etna, 254.  
Francfort, 11.  
Gastein, 162, 173, 176-177, 190.  
Glasgow, 133.  
Hautes Tauern, 143, 162 n. a.  
Ischl, 113 n.  
Kreuzlingen, 11, 368, 376 n. a.  
Levico, 371 n. a.  
Mariagrün, 368, 375.  
Munich, 101.  
Nancy, 12, 127.  
Opajja, 68 n. a.  
Paris, 12.  
    La Salpêtrière, 338 n. a.  
Rome, 84, 191 n. 1.  
Rügen, 83, 91, 106.  
Saint-Domingue, 86 n., 109.  
Saint-Pétersbourg, 92.  
Schalberg, 113 n.  
Tiflis, 69.  
Vienne, 12, 59, 68, 96, 119 n. 1, 125,  
    129, 177, 193, 195.  
    Institut de physiologie, 11.  
    Wiener medizinisches Doktorenkol-  
    legium, 382.  
    Wiener medizinischer Klub, 14, 334.  
Zurich, 13.



## *Index des matières*

- Aboulie, 105, 107-109, 389, 402.
- Abréaction, 29-30, 32, 35, 38, 104, 120, 152, 179-181, 183, 185, 193, 213, 228, 248, 279-280, 345-346, 360.  
-- de rattrapage, 184-185.
- Absence(s), 42, 44, 46-47, 50-51, 58, 60-61, 241-242, 263.
- Abstinence sexuelle, 31, 83 n. 1, 107, 275, 284, 387, 400.
- Accès hystérique, 23-24, 34-38, 89 n. 1, 131-132 n., 145, 194, 200, 227, 244, 253, 262, 275-276, 356, 363-366, 375, 390.
- Accident [v. a. trauma], 23, 29, 38, 260, 336, 339.  
- de chemin de fer, 236, 364.
- Adolescents, 153, 233, 266, 270, 386, 397, 399.
- Affect(s) [v. a. angoisse ; colère ; effroi], 104, 220-225.  
-- aigus et chroniques, 223-224.  
-- coïncé, 38, 279, 347.  
décharge des , 28, 120, 227-228, 230.  
non liquidé, 108-109.  
et représentation, 108, 167, 222-223, 228-230, 236-237, 248-249, 263, 277, 306, 347, 394, 403.  
sexuel, 14, 33, 222, 259, 273.  
- et souvenir [v. souvenir].  
- sthéniques et asthéniques, 223-224.  
- traînant en longueur, 239, 242-243.  
et trauma, 27, 33, 109, 245.
- Aliénation, 33, 51, 63, 115.
- Amnésie, 33, 79 n. 1, 239-240, 244, 259.
- Amour (état amoureux), 242, 259, 275, 329.
- Analgésie, 119 n. 1, 125, 211, 268.
- Anesthésie [v. a. hémianesthésie], 241.  
hystérique, 24, 27, 41-42, 44, 54, 57, 60, 104, 283, 285.
- Angoisse, 24, 26, 42, 44, 46, 51, 57-58, 60-61, 80-81, 83-85 et n. 1, 100, 107, 241-243, 260, 273-274, 387, 399.  
-- de mort, 131 n. 1.  
virginale, 145, 153-154, 272, 284.
- Angoisse (accès d'), 45, 90, 144-145, 151, 298-299, 399.
- Angoisse (névrose d'), 83 n. 1, 135 n. 1, 273, 282-283, 286, 386-388, 399-401.
- Animaux, 218, 221-222.  
hallucinations et délires d'\_\_\_, 69-71, 80-82, 92.  
peur des \_\_\_, 81 n. 1, 90-92, 106, 118.
- Anorexie, 24, 108, 235, 340, 370, 373, 375.
- Aphasie, 130.
- Après-coup, 184, 190, 193.  
effet des impressions sexuelles, 153.
- Association psychique [v. a. circulation associative ; idée incidente], 29, 31, 33, 35-36, 38, 107-108, 135, 147, 152, 187-188, 223-225, 231-232, 237, 262, 265, 279, 296, 347, 359, 366.  
contrainte à l'\_\_\_, 87 n., 115, 330.  
résistance à l' , 295.
- Astasie-abasie, 164, 171, 188, 198.
- Attente, 27, 107, 216, 219, 322.  
\_\_\_ anxieuse, 60, 111, 282, 284.
- Attention  
concentration de l' , 211, 216, 237, 242, 255, 257.
- Aura hystérique, 145, 203, 336.
- Auto-accusation, 64, 253, 391.

- Autohypnose, 11, 27, 31, 46-48, 52-53, 58, 61, 63, 239-244, 260-261, 274-275, 347, 355, 359, 366.
- Autosuggestion, 202, 240, 269, 274.  
et suggestion d'autrui, 206, 265.
- Bégaiement, 71, 75-86, 80, 96-97, 110-112, 114-115.
- Besoin(s), 218, 221.  
de maladie, 269.  
— sexuel, 273, 287.
- Cas
- Anna O., 11, 14, 24-25, 27, 30, 39-65, 231, 233, 238 n. 1, 241, 243, 258, 260-261, 262 n. 1, 284, 288, 312, 315, 337-339, 341-342.
- Katharina, 13, 143-154, 284.
- Mme Cacilie M., 12, 25 n. d., 30, 87 n., 94 n. 1, 117, 122, 130, 198-204, 256, 263.
- Mme Emmy v. N., 12, 25, 65-124, 195, 284, 310-311, 315, 340-341.
- Mlle Elisabeth v. R., 129 n. a, 154-198, 284.
- Mlle Mathilde H., 185 n. 1.
- Mlle Rosalia H., 191-195.
- Miss Lucy R., 13, 125-143, 165, 284, 390 n. a.
- Nina R., 368-379.
- Cas (autres)
- de la dame pieuse, 298-299.
- de l'employé mal traité par son patron, 35.
- de la femme aux accès de vertige, 131-132 n., 145 n. 1.
- de la femme aux « larmes de rat-trapage », 184-185.
- de la femme souhaitant un baiser, 330.
- du garçon agressé sexuellement, 234-235.
- de l'homme s'auto-accusant, 391.
- de l'homme souffrant de la hanche, 25.
- de la jeune femme aux visions allégoriques, 302-304.
- de la jeune femme aux accès de stupeur, 299-300.
- de la jeune fille au chat, 236.
- de la jeune fille au chien, 35.
- de la jeune fille au parapluie, 119 n. 1, 311.
- de la jeune fille aux grands pieds, 112-114 n.
- de paralysie hystérique des jambes, 310.
- de représentations de contrainte, 301-302.
- de tussis nervosa, 298.
- Catalepsie, 35, 127, 364.
- Catharsis, 21, 29, 112.
- Cathartique (méthode), 11, 17, 120, 124 n. 1, 127-128, 285-286, 288-289, 291, 310-311, 332.
- Cécité des yeux grand ouverts, 136 n. 1.
- Censure, 294, 308.
- Chimney-sweeping, 49, 289.
- Circulation associative [v. a. association psychique], 33, 36, 147, 187, 189, 237, 239, 339.
- Civilisation, 345.
- Clappement de langue, 25, 66, 71-73, 82, 84, 96, 110.
- Clivage
- de la conscience, 32, 60, 86 n., 87 n., 142, 153, 187-189, 253, 256, 363, 405.
- de la personnalité, 254.
- de la psyché, 211, 239, 241, 244, 246, 250-251, 253-255, 260-262, 264-265, 276-277.
- Coitus interruptus, 273, 387, 400.
- Colère, 223-224, 228, 238-239, 273.
- Comparaisons
- ablation d'un corps étranger, 317.
- bâtiment à plusieurs étages, 271.
- cavalier dans le jeu d'échecs, 316.
- chameau et chas d'aiguille, 318.
- corps étranger, 26, 187, 245, 317.
- court-circuit électrique, 225, 230 n. 1.
- cristallisation, 142, 289.
- défilé de la conscience, 318, 323.
- écriture en images, 148.
- esprit rédimé, 307.
- exhumation d'une ville ensevelie, 159.
- extraction d'un puits de mine, 166.
- feuilleton quotidien, 325.
- fil de téléphone, 215.
- fleurs doubles, 266.
- infiltrat, 317.
- installation électrique, 215-216, 220, 225-226, 230 n. 1.
- jeu de patience, 318.
- lessivage du Maure, 288.
- liasse de dossiers, 315.
- livre d'images, 174.
- maladie infectieuse, 288.
- moine du Moyen Age et doigt de Dieu, 84.

- mur, 319.  
 œufs d'échinodermes, 59-60.  
 opération chirurgicale, 332.  
 organisme unicellulaire, 314.  
 ouverture d'une porte verrouillée, 309.  
 plaque photographique, 209 n. 1.  
 première de couverture, 315.  
 prince déguisé en mendiant, 305.  
 résonateur et diapason, 263.  
 Titans, 254.
- Complexe**  
 - de représentations, 29, 50, 188, 232-233, 238 n. 1, 239, 241, 245, 249, 251, 255, 263-264, 276, 359, 389.  
 de souvenirs, 170.
- Concentration (technique de la),** 128, 293, 300, 302.
- Condition seconde (état second),** 36, 50-52, 56, 61-65, 263, 356, 360, 365-366.
- Confession,** 29, 164, 234, 308-309, 345.
- Conflit psychique,** 134, 167, 186-187, 189, 201, 232-233.
- Confusion,** 96, 98, 110, 288.  
 - hallucinatoire, 115, 275.
- Conscience [v. a. double conscience ; moi-conscience].**  
 clivage de la [v. clivage].  
 défile de la 318, 323.  
 rétrécissement de la -, 130, 255, 275.  
 somnambulique, 131 n. 1, 142.  
 terme de -, 252.
- Conscience de soi,** 246-248, 253.
- Conscience (angoisse de),** 233, 269.
- Conscience (tourment de),** 233.
- Constance (principe de),** 14, 218-219, 221, 224, 355, 362, 366.
- Contracture**  
 hystérique, 24, 41-42, 44, 53-54, 58, 88-89, 250-251, 260, 323, 339-340.  
 de la nuque, 70, 88, 89 n. 1, 93-95, 102, 114-116.
- Contrainte**  
 à se laver les mains, 272 n. 1.  
 - à l'association, 87 n., 115, 330.  
 - hystérique, 390, 392, 394.  
 - psychique, 295, 331.  
 - de répétition, 124 n. 1.
- Contrainte (névrose de),** 282, 386, 398-399.
- Contrainte (représentation de),** 87 n., 281, 301-302, 306, 370, 386, 388, 391, 393-394, 398-399, 401, 403.
- Contre-suggestion,** 119-120, 309.
- Contre-transfert,** 11.
- Contre-volonté hystérique,** 25, 112, 340.
- Conversion,** 14, 105, 114, 134-135, 141-142, 150, 153, 167-168, 171, 178, 186-191, 195-196, 198, 201-202, 228-230, 232, 234, 236, 239-240, 242-243, 244, 248, 271-274, 277, 295, 304, 311, 393.
- Convulsion,** 387.  
 épileptique, 35, 227.  
 - hystérique, 200, 270, 389, 402.  
 épileptiforme, 24-25, 342.
- Corps étranger,** 26, 158, 187, 245, 317, 343.
- Cristallisation,** 142, 289.
- Culpabilité (conscience de),** 391-393, 403.
- Cure**  
 - cathartique, 291-292, 304, 310-311, 332.  
 d'engraissement, 292.  
 - hydrothérapique, 137, 162.  
 — de massage, 67-69, 71, 73-74, 82, 85, 94, 95, 157.  
 — par la parole [v. talking cure].  
 - de repos, 292.
- Défense [v. a. refoulement ; répression],** 17, 141, 167, 178, 187-188, 201, 237, 260-261, 294, 307, 308-309, 312-313.  
 amnésie de -, 239.  
 hystérie de -, 189, 312-313.  
 moi et , 141, 187, 288, 294-295, 304.
- Dégénérescence,** 105, 123, 183, 270, 283, 320, 385-386, 398.
- Dégoût,** 41, 58, 100-101, 108-109, 148, 150, 233, 235, 340-341, 390, 402.  
 - moral, 25, 150.
- Délire,** 89 n. 1, 275.  
 d'être remarqué, 403.  
 hystérique, 31, 34, 67 n. 2, 69 n. 2, 89 n. 1, 93 n. 1, 240, 275, 277, 346.  
 - chez Mme Emmy v. N., 69 n. 2, 89 n. 1, 90-91, 104, 115-116.
- Dementia praecox,** 114 n.
- Démon,** 277, 395.
- Déni,** 306-307, 315, 322, 327.
- Déplacement**  
 - de l'excitation, 355.  
 de l'intensité psychique, 403.

- Déplaisir, 75 n. 2, 135, 218, 232, 248, 389-390, 393-395, 405.
- Dépression [v. a. humeur dépressive], 64, 105, 111.
- Désirance, 98, 172.  
amoureuse, 176, 242, 258, 275.
- Deuil, 87 n., 183-184, 249.
- Devenir-conscient, 293-294, 327-328.
- Disposition, 226-227.  
hystérique, 33, 38, 102, 121, 123, 132 n., 140-141, 236, 238, 256, 274, 275 n. 1, 289, 347, 355-356, 359-360, 365, 393.
- Double conscience, 32, 42, 49, 51, 60, 251, 254, 262 n. 1, 347, 365.
- Douleur  
- psychique, 25-26, 28, 187, 223, 245.
- Doute religieux, 232.
- Dyspnée, 221, 387, 399.
- Éclairage psychique, 328.
- Ecmnésie, 200.
- Econduction  
de l'excitation, 104, 223-224, 235, 344, 366.
- Effroi, 26, 28, 31, 48, 55, 61, 70, 83, 106, 112, 171, 219, 224, 231, 235-236, 238-239, 243, 260, 273-274, 339, 347, 364-365.
- Ejaculatio praecox, 273.
- Elaboration psychique [v. a. perlaboration], 31, 135, 150, 153, 236, 345.  
- des sensations corporelles, 222.
- Electrothérapie, 157.
- Émotion(s) [v. a. affect], 110, 120, 364.  
expression anormale des , 225-226, 230, 271.
- Énergie psychique, 60, 264-265.
- Épilepsie, 24, 35, 113 n., 227, 270, 364, 391.
- Éros, 272.
- Érotique  
désir -, 186-187, 190.  
expérience vécue \_\_, 97, 152.  
représentation (pensée) \_\_, 186, 190, 329, 346.
- Érythème, 208-210.
- Étiologie  
- des névroses, 386, 398.
- Étiologie sexuelle  
- de l'hystérie, 17, 122, 124 n. 1, 259, 272-273, 283-285, 299, 383.  
- des névroses, 222, 273, 281, 387-388, 399-400.
- Évanouissement, 70, 119 n. 1, 131 n. 1, 145 n. 1, 250.
- Excitabilité  
anormale, 209-212, 263, 266-267, 268.
- Excitation [v. a. surexcitation], 104, 213.  
accroissement de l' , 141, 218, 220-224, 229, 266, 270, 344-345, 366.  
déplacement de l' , 355.  
diminution (nivellement) de l' , 104-105, 218-219, 222-225, 226, 229-230, 242, 270, 344.  
- intracérébrale (tonique), 14, 214-219, 224-226, 229-230, 242.  
- psychique, 105, 114, 168, 178, 201, 232, 264.  
- rétrograde, 210.  
- sexuelle, 122, 222, 236, 369.
- Excitation (somme d'), 105, 121, 344, 355, 366.
- Expression verbale, 27, 29, 48-54, 65, 249, 323-324.
- Extase, 242, 366.
- Faiblesse mentale (psychique), 254, 256-257, 264, 266.
- Fantaisie, 50, 60, 241, 389.
- Fantasma, 48, 51-52, 63, 336.
- Fausse connexion, 85-88 n. 1, 320, 330.
- Fluor albus, 375.
- Frayage, 217-218, 225, 231, 237.  
- attentionnel, 217, 267.
- Groupe psychique séparé, 142-143, 152-153, 178, 187-189.
- Hallucination, 24, 27, 34, 104, 115, 209-210, 212, 225, 231, 240, 256, 261-262, 265, 277, 359, 364.  
auditive, 212.  
- de douleur, 209-210.  
négative, 45, 129.  
olfactive, 125-126, 370, 389-390, 402.
- Hallucination(s)  
- chez Anna O., 25, 30, 40, 42, 46, 48-51, 54, 56-59, 63, 238 n. 1.  
- chez Katharina, 145, 147, 151.  
- chez Mme Cécilie M., 30, 200, 204 n. 1, 256.  
chez Mme Emmy v. N., 67, 69, 76, 80, 82 n. 1, 84, 90, 92, 115.  
chez Mlle Elisabeth v. R., 200.  
- chez Miss Lucy, 125-126, 390.

- Hémianesthésie, 25, 211, 260, 342.  
 Hérité, 39, 121, 123, 140-141, 183, 336, 373, 377, 386-387, 393, 398-400.  
 Honte, 26, 212, 294.  
 Humeur dépressive, 51, 74, 88, 109, 125-126, 185 n. 1, 233.  
 Hyperesthésie, 219, 282, 391.  
 Hypnoïde, 243, 259-260, 274-275.  
   état -, 14, 32-34, 36, 38, 147, 241-242, 259, 275, 312, 347, 359-360.  
   moment --, 403-404.  
 Hypnose [v. a. autohypnose ; somnambulisme ; suggestion], 23, 30, 32-33, 54, 68-69, 74, 96-98, 100, 119 n. 1, 124 n. 1, 126-128, 165, 200, 239-240, 242-243, 248-251, 274-276, 280, 291-293, 296, 310-311, 338, 343-344, 347, 363, 394, 404.  
 Hypochondrie, 269, 282, 387, 399.  
 Hystérie  
   -- aiguë, 30, 37-38, 260-261, 275-276, 288, 317.  
   - de défense, 189, 312-312, 313.  
   - d'effroi, 274.  
   féminine, 122-123, 261, 273, 364-365.  
   grande -, 239, 251, 262 n. 1, 274, 275.  
   hypnoïde, 189 n. 1, 239, 311-313.  
   masculine, 261, 364.  
   monosymptomatique, 112, 170, 289, 314.  
   psychiquement acquise, 33, 38, 140-142, 152.  
   de rétention, 183, 193, 311-313.  
   traumatique, 23-25, 26, 34, 236, 243, 274, 337, 339, 342, 356, 364-365.  
 Hystérie, 283, 347.  
   disposition à l' [v. disposition].  
   étiologie de l' [v. étiologie].  
   mécanisme psychique de l' , 33, 187, 207, 212, 281, 290, 301, 388, 401.  
   théories sur l'--, 266, 277.  
   thérapie de l' , 288-289, 347, 394, 398, 404.  
 Hystérique(s)  
   accès [v. accès].  
   aura -, 145, 203, 336.  
   contrainte -, 390, 392, 394.  
   contre-volonté -, 25, 112, 340.  
   convulsion [v. convulsion].  
   délire - [v. délire].  
   psychose , 30, 33, 64-65, 288.  
   stigmates — [v. stigmates].  
   symptômes -- [v. symptômes].  
   vomissement — [v. vomissement].  
 Idée fixe, 118.  
 Idée incidente, 63, 94 n. 1, 129-132 n., 174-175, 301-302, 304-306, 308, 319, 323-324, 394.  
 Idéogène  
   phénomène --, 206-208, 211-212, 222-223, 230, 244, 271, 275 n. 1, 285.  
 Image mnésique, 71-73, 97, 174, 209, 265, 298, 306-307, 322-324, 327.  
 Inconciliabilité [v. a. représentation], 108, 135, 141, 167.  
 Inconscient, 63, 94 n. 1, 253, 263-265, 310, 320, 328, 330.  
 Incubation (temps d'), 40, 52-53, 150, 153, 236, 262 n. 1, 288.  
 Infantilisme, 21.  
 Innervation  
   - corporelle (somatique), 36-37, 112, 135, 141, 193, 204, 251, 311.  
   - motrice (musculaire), 110-111, 224, 231.  
 Insistance [v. a. pression], 293, 295, 309.  
 Insomnie, 96, 238, 341.  
 Instinct, 106, 247, 344.  
   agressif, 222.  
 Isolation psychique, 142, 153, 355.  
 Langage (trouble du), 25, 43-45, 47, 54, 57, 59-60, 71, 76, 260, 341-342.  
 Langue (usage de la), 28-29, 204 n. 1, 220, 223, 342.  
 Macropsie, 54, 58, 82 n. 1.  
 Mal de tête [v. a. migraine], 329-330, 329-330, 370.  
 Marche (trouble de la), 119 n. 1, 154-155, 157-158, 162, 164-165, 171-174, 190, 201-202, 390, 402.  
 Masturbation, 233, 369, 374, 387-388, 399-400.  
 Matériel psychique pathogène, 313-318.  
   noyau du -, 314-318, 322, 326-327.  
   strates du , 84, 159, 314-317, 319-322, 326-328.

- Mélancolie, 67 n. 1, 85, 105, 251.
- Mémoire [v. a. remémoration], 130-131, 209 n. 1, 210.  
 élargissement de la —, 128, 292, 319.  
 — somnambulique, 70, 104, 116-117, 128.
- Mésalliance *N.* a. fausse connexion], 330.
- Métaphores spatiales, 252.
- Migraine, 70 n. 1, 89 n. 1, 114.
- Misère hystérique, 332.
- Moi, 123, 135, 152-153, 313, 317.  
 et défense, 141-142, 187, 288, 294-295, 304.  
 désagrégation du —, 123.  
 double —, 43, 64, 259.  
 ignorance du —, 153.  
 normal, 123, 288, 313, 317.  
 primaire, 111.  
 — et représentation inconciliable, 141, 189.  
 terrassement du —, 288.
- Moi-conscience, 141, 143, 147, 189 n. 1, 318, 326.
- Moment  
 traumatique, 111, 142, 189.  
 — et auxiliaire, 142, 152-153.
- Moralité, 141, 233, 272.
- Mort (angoisse de), 131 n., 370.
- Motricité (réaction motrice), 37, 62, 110-111, 114, 219, 221-227, 229, 248, 270, 344-346, 364, 366, 389, 402.
- Nervosité (nervosisme), 226-227, 398, 400.
- Neurasthénie, 156, 168 n. 1, 282-283, 374, 386-387, 398-401.  
 — et hystérie, 385-386, 397-398.  
 et névrose d'angoisse, 282, 284, 387-388, 398-399.  
 et névrose de contrainte, 282, 386, 398.  
 spinale, 197 n. 1, 284.
- Névrémie, 24, 25, 27, 54, 89 n. 1, 256, 342.  
 — faciale, 198-201.
- Névrose(s)  
 actuelles, 347.  
 — d'angoisse [v. angoisse (névrose d)],  
 — articulaire, 211, 267-268.  
 — de contrainte, 282, 386, 398-399.  
 mixtes, 104, 283-285.  
 — sexuelles, 283-285.  
 traumatique, 26, 232, 260.
- Nirvâna (principe de), 218 n. a.
- Nourrisson, 36, 227.
- Noxae (nuisances) sexuelles, 273, 387, 399-401.
- Offense [v. a. vexation], 28-29, 228, 344-346.
- Olfactifs (troubles), 125-126, 134, 137.
- Orgasme, 222, 275.
- Oubli, 29, 130, 246, 294, 344.
- Ovarie, 85 n. 1, 104, 210-211, 250-251, 261, 267.
- Paralysie  
 — hystérique, 24-25, 27, 40, 57, 60-61, 63, 87, 108-109, 207, 212, 231, 240, 310.  
 — par suggestion, 212, 336-337.  
 traumatique, 38, 335-337, 339.
- Paralysie générale, 247.
- Paramnésie, 98.
- Paranoïa, 102.
- Paraphasic, 40, 43, 47, 60.
- Passionnelle(s)  
 attitudes —, 34, 363-364.  
 phase —, 35, 364.
- Pensée  
 — consciente (vigile), 34, 240-241, 250-251, 253, 256, 260-261, 263.  
 — et aperception, 214, 255.  
 — externe et interne, 395.  
 — et hallucination, 225, 265.  
 — et mémoire, 209.
- Péritonite, 250-251, 261, 374, 377.
- Perlaboration, 314, 318.
- Personnalité  
 clivage (dissociation) de la —, 60, 64-65, 123, 254, 277.
- Peur [v. a. phobie]  
 des animaux, 81 n. 1, 90-92, 106, 118.  
 du brouillard, 106.  
 des étrangers, 83, 106.  
 d'être enterré vivant, 107.  
 de la folie, 72-73, 77, 79-80, 85, 106.  
 de l'inattendu, 77-78, 106.  
 de l'inconnu, 272.  
 — de la maladie, 269, 282, 387.  
 — de l'orage, 76, 106.  
 des sorcières, 94 n. 1.

- de se trahir en rougissant, 392.
  - du toucher, 272 n. 1.
- Perversion, 272-273, 283.
- Phobie(s), 105-107, 282, 284, 301.
  - agoraphobie, 131 n. 1.
  - hydrophobie, 53, 341.
- Phtisie pulmonaire, 207.
- Pleurs, 28-29, 88 n., 223, 393-394.
  - convulsifs, 369, 389, 402.
- Pollutions, 400.
- Possession, 277.
- Pression (procédé de), 129-130, 131 n. 1, 165, 169, 174-175, 295-309, 318-322, 324, 328, 330-331, 394, 404.
- Protection (formules de), 67, 74-75, 96, 110, 114.
- Psychose, 115, 275-276, 288.
  - hystérique, 30, 33, 40, 64-65, 288.
  - d'annulation, 87-88 n.
  - de rêve, 34.
- Puberté, 222, 226, 266, 270, 272, 395, 403, 405-406.
- Pulsion
  - agressive, 272.
  - sexuelle, 122, 222.
  - de vengeance, 228 n. 1.
- Quantitatif (facteur), 104-105, 188, 196, 217 n. 2, 243, 295, 311, 390, 393, 400.
- Réflexe
  - anormal, 228-231, 237, 254, 270.
- Refoulement, 17, 31, 36, 75 n. 2, 132 n., 135, 141-142, 167, 178, 186, 188, 237, 272, 276, 294, 311, 330, 388-392, 395-396, 401-406.
  - hystérique et normal, 388, 393, 401-402.
- Religieuses
  - délires hystériques des , 31, 275, 346, 366.
- Religiosité, 392.
- Remémoration, 56, 71 n. 1, 293-294, 313, 322-323, 356, 364.
- Réminiscence(s) [v. a. souvenir], 28, 74, 79, 84-85, 88 n., 141, 245, 302, 307-308, 319, 322-323, 327-328, 329, 374.
- Représentation [v. a. affect; complexe], 205-207, 209.
  - de contrainte [v. contrainte].
  - de contraste (antagoniste), 111-112, 114, 142, 345.
  - déli ranté, 240, 370.
  - excessivement forte, 255, 390, 402.
  - incapable de conscience, 249-250, 254, 276.
  - inconciliable, 135, 141, 178, 187-189, 294, 311.
  - inconsciente, 238 n. 1, 245-254, 256-257, 262-263, 327.
  - intermédiaire, 296-297, 323.
  - pathogène, 293-297, 306.
  - refoulée, 135, 178, 276, 394-395, 402, 404-405.
  - survalente, 274.
- Répression, 31, 33, 122, 175, 193, 237, 261, 276, 346.
- Reproduction (des souvenirs), 32, 74, 175-176, 178, 184, 190, 193-194, 199-202, 292, 297, 306, 315, 319, 322-323, 393.
  - hallucinatoire, 30, 34, 200, 364.
- Répulsion psychique, 136 n. 1, 294, 331.
- Résistance, 75 n. 2, 127, 175-176, 178, 187, 264, 293-294, 298, 301, 304-311, 313, 317, 328-330, 390, 395, 404-405.
  - à l'association, 295.
- Reste mnésique, 324, 404.
- Rétention, 121, 152, 234.
  - hystérie de -, 183.
- Rêve, 21, 25, 34, 63, 80, 92, 115, 212, 214, 231, 265, 355, 359, 393.
  - diurne, 33.
  - éveillé, 31, 40, 57, 60, 259.
  - de Freud, 87 n.
- Rêverie, 40, 60, 178, 241-243, 259-260, 275, 292.
- Rhumatisme, 89 n. 1, 157, 168.
- Rumination (manie de), 370.
- Savoir
  - et non-savoir du malade, 135-136, 187, 295, 326.
- Séduction, 273.
  - scène de , 148-150, 154 n. 1, 194.
- Sexualité (vie sexuelle), 17, 29, 39, 122, 235, 266, 270, 272-273, 275, 284, 287, 360, 366, 383, 390, 402-403.
- Simultanéité, 231.
  - conversion par -, 198, 201.
- Soins donnés au malade, 39, 47, 89 n. 1, 109, 111, 170, 183-186, 190, 242-243, 259, 275.
- Sommatation
  - de l'excitation, 270.
  - des traumas, 26, 195-196.

- Sommeil**, 209, 213-214, 242-243, 265.  
 attaque de -, 35.  
 trouble du -, 341, 387, 399.
- Somnambulisme**, 33, 38, 40, 48-49, 68, 74, 104, 116-118, 119 n. 1, 120, 126-130, 142, 260, 279, 293, 310-312, 360.
- Souhait**  
 - inconscient, 330.
- Souvenir(s)** [v. a. image mnésique ; réminiscence ; reste mnésique], 37, 364.  
 et affect, 26-28, 33, 108, 141, 228, 236-237, 245, 248, 263, 343-346.  
 effacement des -, 29, 73, 77, 79, 84.  
 inconscient, 263, 365.  
 ordre chronologique des -, 54-55, 78, 93 n. 1, 100, 194, 315.  
 — pathogène, 32-33, 306, 71 n. 1, 128, 132 n., 292-294, 296, 308, 318, 323-324, 326, 330, 346.  
 usure des -, 28, 236-237, 263, 344, 346.  
 refoulé, 392, 405.  
 vivacité hallucinatoire du -, 359.
- Stigmates hystériques**, 36, 106-107, 123, 268, 271, 280, 289, 356.
- Subconscience**, 246-247, 252-253, 255, 260.
- Succédané(e)**  
 - d'amour, 329.  
 formation -, 29, 224, 392.  
 représentation -, 394, 403.
- Suggestibilité**, 39, 116, 118, 127, 264-265, 274.
- Suggestion** [v. a. autosuggestion ; contre-suggestion], 38, 206, 265, 274, 279.  
 hypnotique, 33, 56, 68-72, 75, 77, 80, 85-86 n., 90, 95, 98, 117-120, 127-128, 212, 240, 250, 274, 277, 279, 288, 336-337, 363.  
 - posthypnotique, 85, 276.
- Superstition**, 94 n. 1, 277.
- Surdétermination**, 235, 287, 316.
- Surexcitation**, 218, 220-221, 223, 229, 244, 256, 261.  
 et incitation, 220.
- Symbole mnésique**, 89 n. 1, 109, 111, 112, 114 et n., 152, 164, 194-195, 197, 324.  
 - olfactif, 126, 134, 137-138.
- Symbolique**, 21, 73 n. 1, 81 n. 1, 231.
- Symbolisation**, 25, 173-174, 198, 200-204, 342.
- Symbolisation (exemples de)**  
 coup au visage, 200-201.  
 coup perçant au cœur, 203.  
 faire son entrée du bon pied, 201-202, 342.  
 regard pénétrant, 202, 342.
- Symptôme(s) hystérique(s)**, 24-27, 53-55, 61-63, 83 n. 1, 104-112, 119 n. 1, 125-126, 200, 288-290, 301, 314, 335, 337-343, 374, 393-394, 403.  
 - « défaut par la parole », 55, 62.  
 liquidation des -, 288-289, 323-324.  
 ordre de succession des -, 143.  
 - comme phénomènes idéogènes [v. idéogène].  
 - « prenant part à la conversation », 168-169, 323-324.  
 - surdéterminé, 235-236.  
 - comme symbole mnésique [v. symbole mnésique].
- Synthèse psychique**, 123 n. 1, 254257.
- Système nerveux**, 104-105, 213, 221-222, 225-226, 242, 266-267, 270-271, 274, 289, 344-345, 366.
- Talking cure, 11, 48, 50, 56, 59.
- Technique analytique [v. concentration ; insistance ; pression].
- Thérapie** [v. a. cure ; hypnose]  
 - de l'hystérie, 288-289, 347, 394, 398, 404.
- Thérapie analytique**, 118, 119 n. 1, 120, 298, 308-309, 325-328.  
 difficultés de la -, 290-291.
- Tic**, 24-25, 66, 67 n. 2, 82, 110-112, 114, 340, 377.
- Trait d'esprit**, 203.
- Transfert(s)**, 11.  
 - sur le médecin, 329-331.
- Trauma(s)**, 104-105, 114, 336.  
 - partiels, 26, 112, 137, 314, 365.  
 - psychique, 17, 26, 31, 35, 44, 141, 232, 236, 245, 256, 339, 342-347, 364, 366.  
 - sexuel, 153, 272-273, 287, 302.  
 sommation des -, 26, 195-196.
- Traumatique**  
 affect -, 109, 234, 236.  
 expérience vécue -, 26, 37, 70-71, 109, 126, 153, 200.  
 hystérie - [v. hystérie].  
 moment -, 142, 152-153, 189.  
 paralysie -, 38, 335-337, 339.  
 souvenir -, 314, 365.

- Travail de pensée [v. a. association psychique], 35, 104, 366.  
Travail psychique, 127, 241-242, 292.  
Tressaillements, 35, 66, 70, 89 n. 1, 106, 364, 369, 389, 402.  
- dans les doigts, 193-195.  
Tuberculose, 343.  
Tussis nervosa, 41, 58-59, 62, 298.  
Usure [v. a. oubli], 28, 236-237, 244, 263, 344, 346.  
- par la pensée, 237.  
Veille (état de), 213-216, 225, 240-243, 347.  
Vengeance, 28.  
pulsion de -, 228 n. 1.  
Vertige (accès de), 131-132 n., 144, 148.  
Vexation [v. a. offense], 29, 52, 58, 200-201, 203-204, 345, 365.  
Vie conjugale, 272-273, 346.  
Virginité, 145, 154, 272.  
Vision (trouble de la), 24-25, 40-41, 44, 52, 54, 56, 58, 231, 342.  
Volonté [v. a. contre-volonté], 95, 142, 153, 178, 214, 227, 257, 266, 277, 293, 295-296, 395, 402, 405.  
Vomissement, 24-25, 148, 150-151, 233, 248, 323-324, 340, 369, 373, 390.  
Zone (point) hystérogène, 37, 157, 168, 197, 285, 342.



## Principales abréviations

### ŒUVRES DE FREUD

SKSN	<i>Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre</i> , Leipzig und Wien, Hugo Heller u. Cie, 1906-1922 (5 vol.)
GS	<i>Gesammelte Schriften</i> , Leipzig, Wien und Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1924-1934 (12 vol.)
GW I à XVII	<i>Gesammelte Werke</i> , Frankfurt am Main, S. Fischer Verlag, à partir de 1960
XVIII	<i>Id., Gesamtregister</i> , 1968
NB	<i>Id., Nachtragsband</i> , 1987
SA	<i>Studienausgabe</i> , Frankfurt am Main, S. Fischer Verlag, à partir de 1969 (11 vol.)
SE	<i>The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud</i> , London, Hogarth Press, à partir de 1953 (24 vol.)
OCF.P	<i>Œuvres complètes de Freud (Psychanalyse)</i> , Paris, Presses Universitaires de France, à partir de 1988 (21 vol.)
<i>Anfänge</i>	<i>Aus den Anfängen der Psychoanalyse</i> , London, 1950
<i>Dichtung und Kunst</i>	<i>Psychoanalytische Studien an Werken der Dichtung und Kunst</i> , Wien, 1924
<i>Neurosenlehre und Technik</i>	<i>Schriften zur Neurosenlehre und zur psychoanalytischen Technik (1913-1926)</i> , Wien, 1931
<i>Psychoanalyse der Neurosen</i>	<i>Studien zur Psychoanalyse der Neurosen aus den Jahren 1913-1925</i> , Wien, 1926
<i>Sexualtheorie und Traumlehre</i>	<i>kleine Schriften zur Sexualtheorie und zur Traumlehre</i> , Wien, 1931
<i>Technik und Metapsychol.</i>	<i>Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie</i> , Wien, 1924
<i>Theoretische Schriften</i>	<i>Theoretische Schriften (1911-1925)</i> , Wien, 1931
<i>Traumlehre</i>	<i>Kleine Beiträge zur Traumlehre</i> , Wien, 1925
<i>Vier Krankengeschichten</i>	<i>Vier psychoanalytische Krankengeschichten</i> , Wien, 1932

## AUTRES PUBLICATIONS

*Berl. klin. Wschr.*  
*Int. Z. Psychoanal.*  
*Imago*  
*fib. psychoanal.*  
*psychopath. Forsch.*  
*Mschr. Geburtsh.*  
*Wien. med. Blätter*  
*Zbl. Neuroheilk.*

*Berliner klinische Wochenschrift*  
*Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse und Imago*  
*Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische*  
*Forschungen*  
*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie*  
*Wiener medizinische Blätter*  
*Zentralblatt für Neuroheilkunde*

## Conventions relatives à la présentation

### Texte

1 / Les textes sont précédés :

- a / de la référence des principales éditions en allemand (notamment première publication, *GW*, *SA*), en anglais (*SE*) et en français (première traduction et traduction disponible en dehors des *OCF.P*) ;
- b / d'une notice relative aux conditions d'élaboration, de rédaction et de publication.

2 / La typographie respecte fidèlement les deux procédés utilisés par Freud pour mettre certains mots ou phrases en évidence : le romain interlettré et l'*italique*.

3 / La traduction, sauf indication contraire, est faite d'après le texte des *GW*, dont la pagination est indiquée en marge. Les variantes et les ajouts sont indiqués en note.

Trois signes sont intégrés au texte :

- a / un astérisque suivant le mot *chose* quand il traduit *Ding* et non *Sache* dans les usages métapsychologiques ; un astérisque suivant le mot *objet* quand il traduit *Gegenstand* et non *Objekt* dans les usages métapsychologiques ; un astérisque suivant les mots *représenter*, *représentant*, *représentance* quand ils traduisent *repräsentieren*, *Repräsentant*, *Repräsentanz*, et non pas *vertreten*, *Vertreter*, *Vertretung* ;
- b / des points entre les éléments d'un mot composé de Freud qui forment un tout indissociable ; ces points sont utilisés uniquement dans les cas où il faut lever une ambiguïté (ex. : angoisse•de mort réelle) ;
- c / un point d'exclamation entre crochets [!] pour indiquer des mots, des assemblages de mots ou des formations de mots non attestés dans la langue.

4 / Les notes de Freud sont appelées par un chiffre arabe :

- a / leur transcription respecte intégralement la présentation bibliographique et typographique de Freud, telle qu'elle est reproduite dans les *GW* ;
- b / les titres des ouvrages et articles cités par Freud apparaissent d'abord dans leur traduction française ; celle-ci est suivie du titre original entre crochets, avec renvoi aux tomes des *GW* et des *OCF.P* ; sont également mentionnées entre crochets les indications bibliographiques non précisées par Freud ;
- c / les dates des publications de Freud sont reportées en fin de volume dans l'Index des personnes, des personnages et des oeuvres ; elles sont conformes au classement chronologique établi par A. Tyson et J. Strachey.

5 / Les notes d'éditeur sont appelées par une lettre minuscule. Elles comprennent :

- a / les références bibliographiques en langue originale, suivies de leur traduction ;
- b / les mots allemands dont la traduction pourrait créer une confusion par rapport à d'autres mots, ou dont le sens demande à être explicité ;
- c / la traduction des citations données par Freud dans une autre langue que l'allemand ;
- d / l'explication de certaines allusions à des expressions allemandes, jeux sur les mots, etc. ;
- e / des indications relatives aux oeuvres et personnages évoqués par Freud.

### *Index*

1 / L'Index des personnes, personnages et oeuvres, recensant tous les noms propres, inclut la bibliographie :

- a / les oeuvres sont données à la suite du nom de leur auteur et précédées de leur date de publication, à l'exception des oeuvres littéraires et artistiques ;
- b / le titre en langue originale est suivi de sa traduction entre parenthèses ; les titres des ouvrages sont en italique, ceux des articles en romain sans guillemets. Les autres précisions bibliographiques (éditeur, lieu de publication), qui sont indiquées dans les notes du volume, ne sont pas reprises.

2 / L'Index des matières répertorie les cas cliniques, citations, comparaisons et symboles qui feront l'objet d'index séparés dans l'Index général (tome XXI, volume 1) ; il comprend les noms de personnes lorsque celles-ci sont étudiées d'un point de vue clinique (Hans, Homme aux loups, Léonard, Schreber...).

a / Afin de regrouper toutes les références à un thème donné, les entrées sont organisées en fonction du mot clé principal ; « conscience de culpabilité » et « sentiment de culpabilité » sont ainsi indexés à : culpabilité (conscience de) et culpabilité (sentiment de). Pour la commodité de la recherche, certaines entrées peuvent être redoublées ; « angoisse de castration » est ainsi indexé à : angoisse et à : castration.

b / Les renvois à d'autres entrées de l'index sont indiqués entre crochets, précédés de la mention v.a. (voir aussi).

Ex.: Sein maternel [v.a. tétée].

c / Un tiret correspond à une sous-entrée, un double tiret à une sous-entrée de la sous-entrée précédente.

Ex. : **Jalousie**

— infantile

— — envers les frères et soeurs

- -envers la mère.

d / Les références aux notes sont signalées par l'abréviation n.

VOLUME II  
TITRES ET TRADUCTEURS

Études sur l'hystérie	..... 9
Préface à la première édition (J. Breuer et S. Freud)	..... 17
Préface à la deuxième édition (J. Breuer)	..... 19
Préface à la deuxième édition (S. Freud)	..... 21
<i>P. Cotet, M.-Th. Schmidt</i>	
<i>I</i> - Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques. Communication préliminaire, par J. Breuer et S. Freud .	23
<i>F. Khan, F. Robert</i>	
<i>II</i> - Histoires de malades	..... 39
I — Observation I. Mlle Anna O... (J. Breuer), 39	
<i>R. Lainé, A. Rainy</i>	
II — Madame Emmy v. N..., quarante ans, de Livonie (S. Freud), 65	
<i>J. Altounian, P. Haller, Ch. Zouanlanne</i>	
III — Miss Lucy R., trente ans (S. Freud), 125	
<i>P. Cotet, M.-Th. Schmidt</i>	
IV — Katharina (S. Freud), 143	
<i>P. Cotet, M.-Th. Schmidt</i>	
V — Mademoiselle Elisabeth v. R... (S. Freud), 154	
<i>F. Khan, F. Robert</i>	
III — Considérations théoriques (J. Breuer)	..... 205
<i>R. Lainé, A. Rauzy</i>	
IV - Sur la psychothérapie de l'hystérie (S. Freud)	..... 279
<i>P. Cotet, M.-Th. Schmidt</i>	
Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques (Conférence)	333
<i>F. Khan, F. Robert</i>	
Textes préparatoires aux <i>Études sur l'hystérie</i>	..... 349
<i>P. Cotet, M.-Th. Schmidt</i>	
Lettre à Josef Breuer	353
Notice « III »	..... 357
Sur la théorie de l'accès hystérique	..... 361

Quatre documents sur le cas « Nina R. » .....	367
Anamnèse de « Nina R. » (S. Freud) .....	369
Histoire de malade de « Nina R. » (S. Freud) .....	373
Rapport sur « Nina R. » (J. Breuer) .....	377
Lettre à Robert Binswanger (S. Freud) .....	379
<i>P. Cotet, M.-M. Schmidt</i>	
Deux comptes rendus contemporains sur la conférence « De l'hystérie » .....	381
<i>F. Khan, F. Robert</i>	
Index des personnes, des personnages et des oeuvres .....	407
Index des lieux .....	411
Index des matières .....	413
Principales abréviations .....	423
Conventions relatives à la présentation .....	425
Titres et traducteurs : récapitulation .....	427

TABLES DES MATIÈRES  
DES  
ŒUVRES COMPLÈTES DE FREUD  
(PSYCHANALYSE)  
*OCF. P*

VOLUME I (1871 - 1893)

Pensées éparses

Compte rendu de mon voyage d'étude à Paris et à Berlin (oct. 1885 - mars 1886)

Préface du traducteur aux *Leçons sur les maladies du système nerveux* de J.-M. Charcot, et notes de bas de page

De l'hystérie masculine

Observation d'une hémianesthésie très marquée chez un homme hystérique

Compte rendu de *La neurasthénie aiguë* d'Averbeck

Compte rendu de *Le traitement de certaines formes de neurasthénie et d'hystérie* de S. Weir Mitchell

Compte rendu de « Tentatives pour améliorer la surdi-mutité et les suites de ces tentatives » de Berkhan

Remarques critiques sur une conférence de V. Urbantschitsch : « De l'influence d'une excitation sensorielle sur les autres sensations sensorielles »

Compte rendu de « De l'hystéro-épilepsie des garçons » de R. Laufenauer

Compte rendu en français des séances de la Société des Médecins de Vienne

Hystérie

Hystéro-épilepsie

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

Compte rendu de *L'hypnotisme, en particulier du point de vue de sa signification clinique et médico-légale* d'Obersteiner

Avant-propos et postface du traducteur à *La suggestion et son action curative* d'H. Bernheim, et notes de bas de page

Avant-propos à la deuxième édition allemande

Compte rendu de *L'hypnotisme* d'Auguste Forel

Traitement psychique (traitement d'âme)

Hypnose

De l'hypnose et de la suggestion

Un cas de guérison hypnotique, accompagné de remarques sur l'apparition de symptômes hystériques par la « contre-volonté »

Des paralysies hystériques

Contribution à Ludwig Rosenberg, *Cas contribuant à la connaissance des paralysies cérébrales infantiles et de l'hystérie*

Amnésie

Écholalie

Préface du traducteur aux *Leçons du mardi* de J.-M. Charcot

Charcot

## VOLUME II (1892-1895)

Études sur l'hystérie

Du mécanisme psychique de phénomènes hystériques (communication préliminaire) (J. Breuer et S. Freud)

Histoires de malades

Anna O. (J. Breuer)

Madame Emmy v. N. (S. Freud)

Miss Lucy R. (S. Freud)

Katharina (S. Freud)

Mademoiselle Elisabeth v. R. (S. Freud)

Considérations théoriques (J. Breuer)

Sur la psychothérapie de l'hystérie (S. Freud)

Contributions aux « Études sur l'hystérie »

Lettre à Josef Breuer (S. Freud)

Sur la théorie de l'accès hystérique (S. Freud)

Notice III (S. Freud)

Quatre documents sur le cas « Nina R. »

Anamnèse de « Nina R. » (J. Breuer)

Histoire de malade « Nina R. » (J. Breuer)

## VOLUME III (1894-1899)

Les névropsychoses-de-défense

Obsessions et phobies

Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que « névrose d'angoisse »  
Sur la critique de la « névrose d'angoisse »  
Mécanisme des représentations de contrainte et des phobies  
Compte rendu de *La pulsion sexuée* d'Alfred Hegar  
Compte rendu de *La migraine* de P. J. Moebius  
L'hérédité et l'étiologie des névroses  
Nouvelles remarques sur les névropsychoses-de-défense  
Sur l'étiologie de l'hystérie  
Résumé des travaux scientifiques du D<sup>r</sup> Sigmund Freud, Privatdocent  
La sexualité dans l'étiologie des névroses  
Sur le mécanisme psychique de l'oubliance  
Des souvenirs-couverture  
Notice autobiographique

#### VOLUME IV (1899-1900)

L'interprétation du rêve

#### VOLUME V (1901)

Du rêve  
Une prémonition onirique accomplie  
Sur la psychopathologie de la vie quotidienne

#### VOLUME VI (1901-1906)

La méthode psychanalytique de Freud  
Compte rendu de *Les phénomènes de contrainte psychiques* de Leopold Lowenfeld  
Compte rendu de *Combat contre les bacilles du cerveau* de Georg Biedenkapp  
Compte rendu de *The Mystery of Sleep* de John Bigelow  
Compte rendu de *La neurasthénie. Sa nature, sa guérison, sa prévention* d'Alfred Baumgarten  
Hommes magnétiques  
En mémoire du Pr S. Hammerschlag  
De la psychothérapie  
Trois essais sur la théorie sexuelle  
Fragment d'une analyse d'hystérie  
Compte rendu de *Règles de vie à l'usage des neurasthéniques* de R. Wichmann

Mes vues sur le rôle de la sexualité dans l'étiologie des névroses  
 Personnages psychopathiques à la scène  
 Enquête sur le droit matrimonial

### VOLUME VII (1905)

Le trait d'esprit et sa relation à l'inconscient

### VOLUME VIII (1906 - 1908)

Préface à la première édition du *Recueil des petits écrits sur la théorie des névroses, années 1893-1906*  
 Diagnostic de l'état des faits et psychanalyse  
 Réponse à une enquête : *De la lecture et des bons livres*  
 Deux lettres à Magnus Hirschfeld  
 Le délire et les rêves dans la « Gradiva » de W. Jensen  
 Trois lettres de Jensen à Freud  
 Actions de contrainte et exercices religieux  
 Sur les éclaircissements sexuels apportés aux enfants  
 Le poète et l'activité de fantaisie  
 Annonce des *Écrits de psychologie appliquée*  
 Les fantaisies hystériques et leur relation à la bisexualité  
 Caractère et érotisme anal  
 La morale sexuelle «culturelle » et la nervosité moderne  
 Avant-propos à *Les états d'angoisse nerveux et leur traitement* de W. Stekel  
 Des théories sexuelles infantiles  
 Généralités sur l'accès hystérique  
 Le roman familial des névrosés

### VOLUME IX (1909)

Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans  
 Remarques sur un cas de névrose de contrainte

### VOLUME X (1909-1910)

De la psychanalyse  
 Préface à *Lilekelemzés, értekezések a pszichoanalízis köréből* de S. Ferenczi  
 Les chances d'avenir de la thérapie psychanalytique

Contributions à la discussion sur le suicide  
 Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci  
 Du sens opposé des mots originaires  
 Le trouble de vision psychogène dans la conception psychanalytique  
 D'un type particulier de choix d'objet chez l'homme  
 Exemples trahissant des fantaisies pathogènes chez les névrosés  
 De la psychanalyse « sauvage »  
 Lettre au **D**<sup>r</sup> Friedrich S. Krauss sur *l'Anthropophyteia*  
 Compte rendu de *Lettres à des femmes nerveuses* du D<sup>r</sup> Wilh. Neutra  
 Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (Dementia paranoides)  
 décrit. sous forme autobiographique

### VOLUME XI (1911-1913)

Suppléments à l'interprétation du rêve  
 Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique  
 La significativité de la séquence de voyelles  
 Sur la psychanalyse  
 Le maniement de l'interprétation du rêve en psychanalyse  
 « Grande est la Diane des Éphésiens »  
 Rêves dans le folklore  
 Lettre à David Ernst Oppenheim  
 Compte rendu de « Sobre psicología y psicoterapia de ciertos estados angustiosos » de G. Greve  
 Note à l'article de W. Stekel : « Sur la psychologie de l'exhibitionnisme »  
 Note à l'article de James J. Putnam : « De l'étiologie et du traitement des psychonévroses »  
 Ascèse  
 Sur la dynamique du transfert  
 Des types d'entrée dans la maladie névrotique  
 Du rabaissement généralisé de la vie amoureuse  
 Conseils au médecin dans le traitement psychanalytique  
 Discussion sur l'onanisme  
 Note sur l'inconscient en psychanalyse  
 Demande d'information de l'éditeur sur les rêves d'enfance  
 Note à l'article d'Ernest Jones : « Psychanalyse de Roosevelt »  
 Totem et tabou

## VOLUME XII (1913-1914)

- Un rêve comme preuve
- Rêves d'enfance ayant une signification spéciale
- Matériaux de contes dans les rêves
- Introduction à *La méthode psychanalytique* du Dr Oskar Pfister
- Préface à *Les troubles psychiques de la puissance masculine* du D<sup>r</sup> Maxim Steiner
- Préface à *L'ordure dans les moeurs, les usages, les croyances et le droit coutumier*  
de John Gregory Bourke
- Le motif du choix des coffrets
- Deux mensonges d'enfants
- Expériences et exemples tirés de la pratique analytique
- La disposition à la névrose de contrainte
- L'intérêt que présente la psychanalyse
- Le Moïse de Michel-Ange
- Sur l'engagement du traitement
- Remémoration, répétition et perlaboration
- Remarques sur l'amour de transfert
- Pour introduire le narcissisme
- Contribution à l'histoire du mouvement psychanalytique
- De la fausse reconnaissance (« déjà raconté ») pendant le travail  
psychanalytique
- Présentation de la « grande performance » dans le rêve
- Sur la psychologie du lycéen

## VOLUME XIII (1914-1915)

- À partir de l'histoire d'une névrose infantile
- Lettre au D<sup>r</sup> Frederik van Eeden
- Actuelles sur la guerre et la mort
- Métapsychologie
  - Pulsions et destins de pulsions
  - Le refoulement
  - L'inconscient
  - Complément métapsychologique à la doctrine du rêve
  - Deuil et mélancolie
  - Vue d'ensemble des névroses de transfert
- Lettre à Hermine von Hug-Hellmuth

Communication d'un cas de paranoïa contredisant la théorie psychanalytique  
Passagèreté

VOLUME XIV (1915-1917)

Leçons d'introduction à la psychanalyse

VOLUME XV (1916-1920)

Parallèle mythologique avec une représentation de contrainte d'ordre plastique

Une relation entre un symbole et un symptôme

Note de l'éditeur sur l'article d'Ernest Jones, «La psychanalyse vue par le P<sup>r</sup> Janet »

Quelques types de caractères dégagés par le travail psychanalytique

Une difficulté de la psychanalyse

Des transpositions de pulsions, en particulier dans l'érotisme anal

Un souvenir d'enfance de *Poésie et vérité*

Le tabou de la virginité

Les voies de la thérapie psychanalytique

Faut-il enseigner la psychanalyse à l'Université ?

« Un enfant est battu »

L'inquiétant

E. T. A. Hoffmann et la fonction de la conscience

L'Internationaler psychoanalytischer Verlag et les attributions de prix pour des travaux psychanalytiques

James J. Putnam

Victor Tausk

Avant-propos à *Problèmes de psychologie religieuse* de Theodor Reik

Introduction à *Sur la psychanalyse des névroses de guerre*

Rapport d'expertise sur le traitement électrique des névrosés de guerre

De la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine

Sur la préhistoire de la technique analytique

Association de pensées chez une enfant de quatre ans

Au-delà du principe de plaisir

Compléments à la doctrine du rêve

D` Anton von Freund

Lettre à Édouard Claparède

## VOLUME XVI (1921-1923)

Psychologie des masses et analyse du moi  
 De quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité  
 Psychanalyse et télépathie  
 Rêve et télépathie  
 Préface à James J. Putnam, *Addresses on Psycho Analysis*  
 Introduction à J. Varendonck, *The Psychology of Day-Dreams*  
 Attributions de prix  
 Préface à Raymond de Saussure, *La méthode psychanalytique*  
 La tête de Méduse  
 Remarques sur la théorie et la pratique de l'interprétation du rêve  
 « Psychanalyse » et « Théorie de la libido »  
 Quelque chose de l'inconscient  
 Une névrose diabolique au xvite siècle  
 Mise au concours d'un prix  
 Le moi et le ça  
 L'organisation génitale infantile  
 Lettre à L. Lopez-Ballesteros y de Torres  
 Josef Popper-Lynkeus et la théorie du rêve  
 Avant-propos à *Compte rendu sur la policlinique psychanalytique de Berlin* de Max Eitingon  
 Le D` Ferenczi Sándor (pour son 50e anniversaire)  
 Court abrégé de psychanalyse  
 Lettre à Fritz Wittels. Documents joints à la lettre

## VOLUME XVII (1923-1925)

Névrose et psychose  
 Le problème économique du masochisme  
 La disparition du complexe d'OEdipe  
 La perte de réalité dans la névrose et la psychose  
 Lettre au « Disque vert »  
 Communication de l'éditeur  
 « Autoprésentation »  
 Les résistances contre la psychanalyse  
 Note sur le « Bloc magique »

Lettre à l'éditeur de la *Jüdische Presszentrale Zurich*  
 Message à l'occasion de l'inauguration de l'Université hébraïque  
 Josef Breuer  
 Préface à *Jeunesse à l'abandon* d'August Aichhorn  
 La négation  
 Quelques suppléments à l'interprétation du rêve  
 Quelques conséquences psychiques de la différence des sexes au niveau  
 anatomique  
 Inhibition, symptôme et angoisse  
 Psychanalyse

### VOLUME XVIII (1926-1930)

La question de l'analyse profane  
 Le D` Reik et la question du charlatanisme  
 À Romain Rolland  
 Karl Abraham  
 Remarque à propos de « Un souvenir d'enfance du 6<sup>e</sup> mois de la vie »  
 d'E. Pickworth Farrow  
 Note sur Ewald Hering  
 Allocution aux membres de la Société B'nai B'rith  
 Réponse aux *Cahiers contemporains* (n° 3) : « Au-delà de l'amour »  
 Fétichisme  
 L'humour  
 L'avenir d'une illusion  
 Une expérience vécue religieuse  
 Dostoïevski et la mise à mort du père  
 Extrait d'une lettre à Theodor Reik  
 Lettre à Maxime Leroy sur un rêve de Descartes  
 Pour le cinquantième anniversaire d'Ernest Jones  
 Le malaise dans la culture  
 Préface à la *Medical Review of Reviews*  
 Avant-propos à la brochure *Dix ans de l'Institut psychanalytique de Berlin*  
 Prix Goethe 1930  
 Préface à Edoardo Weiss, *Elementi di psicoanalisi*  
 Introduction à S. Freud et W. C. Bullitt, *Thomas Woodrow Wilson*

## VOLUME XIX (1931-1936)

Des types libidinaux  
 De la sexualité féminine  
 Sur la prise de possession du feu  
 L'expertise de la Faculté au procès Halsmann  
 Lettre au bourgmestre de la ville de Pribor  
 Préface à Hermann Nunberg, *Doctrine générale des névroses fondée sur la psychanalyse*  
 Lettre au P` Tandler  
 Extrait d'une lettre à Georg Fuchs  
 Pourquoi la guerre ?  
     Lettre d'Einstein à Freud  
     Lettre de Freud à Einstein  
 Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse  
 Le P` Freud et l'au-delà (Résumé de la XXX' Leçon)  
 Ma rencontre avec Josef Popper-Lynkeus  
 Préface à Richard Sterba, *Dictionnaire général de psychanalyse*  
 Lettre à Siegfried Hessing  
 Quatre lettres à André Breton  
 Avant-propos à Marie Bonaparte, *Edgar Poe, étude psychanalytique*  
 Sándor Ferenczi  
 À Thomas Mann pour son 60' anniversaire  
 La finesse d'une action manquée  
 Lettre à Romain Rolland : Un trouble du souvenir sur l'Acropole  
 Décès du P` Braun

## VOLUME XX (1937-1939)

L'analyse finie et l'analyse infinie  
 Constructions dans l'analyse  
 Lou Andreas-Salomé  
 Le clivage du moi dans le processus de défense  
 L'homme Moïse et la religion monothéiste  
 Abrégé de psychanalyse  
 Résultats, idées, problèmes  
 Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis  
 Lettre à l'éditrice de *Time and Tide*

Un mot sur l'antisémitisme

Introduction à Israel Doryon, *Lynkeus' New State*

Préface à Paul Federn et Heinrich Meng, *Le livre populaire de psychanalyse*

## VOLUME XXI

Traduire Freud

Terminologie raisonnée

Glossaire

## VOLUME XXII

Bibliographies

Index divers



Cet ouvrage a été mis en pages  
par MD Impressions  
73, avenue Ronsard — 41100 Vendôme

Imprimé en France  
par Normandie Roto Impression s.a.s.  
ZI de Monperthuis — 61250 Lonrai

Reliure : AGM-RELIFAC — 76440 Forges-les-Eaux

N° d'impression : 092467  
Dépôt légal: Septembre 2009