

Análisis y  
comentarios de  
la 1ª y 2ª Clínica  
de Freud.

Francés

Analyse et Commentaire de la Première Histoire Clinique  
de Freud (Angoisse et Hystérie)

par J.J. Lopez Ibor

---

La science se construit à l'aide de faits et d'interprétations. Théoriquement on peut établir une nette séparation entre une série de faits et leurs interprétations; mais une telle distinction est seulement théorique puisque les faits à interpréter sont choisis au milieu d'une série continue dont est formé l'univers qui nous entoure. Auprès d'un malade nous choisissons, pour le caractériser, une partie des symptômes qu'il présente. Même si nous le prétendions, nous ne saurions en épuiser la description.

Freud commença ses publications (celles qui figurent dans ses oeuvres complètes et sont à la base de la doctrine psychanalytique) par un travail sur l'hystérie qu'il publia avec Breuer en 1895. Ce travail fut suivi par des histoires cliniques dont la première est celle de Mme Emmy de N. Dans cette histoire très détaillée, Freud nous expose sa première manière d'aborder les problèmes psychothérapeutiques par le moyen de l'hypnose. Mais il existe dans la symptomatologie clinique de la malade certaines données que je tiens à mettre en évidence. La plus grande partie de l'histoire est un commentaire de la découverte des symptômes de conversion de la malade, qui offrait sur ce point, une riche symptomatologie. Dans cette symptomatologie Freud perçut ce qui l'intéressait principalement; mais en observateur génial et consciencieux, il ne manqua pas de noter d'autres données qui, à première vue, auraient pu paraître secondaires selon le point de vue où il se place pour traiter cette histoire clinique. Ce sont précisément ces données que je veux recueillir et commenter.

"Le 1er mai 1889 je commençais à soigner médicalement une dame d'à peu près quarante ans, dont la souffrance et la personnalité m'inspirèrent un tel intérêt que je lui consacrais une grande partie de mon temps, m'intéressant avec tenacité à obtenir sa guérison. Il s'agissait d'une hystérique....." C'était Mme Emmy de N., âgée de quarante ans environ. La malade tombait facilement dans un état d'hypnose et c'est le premier cas où Freud se décida à employer pour son compte la méthode Breuer.

Je prie les auditeurs de bien vouloir relire en entier l'histoire, telle que Freud la publia. Je vais me limiter à en extraire quelques passages. La malade, d'aspect encore assez jeune, présente une expression de contrainte douloureuse. Fréquemment des contractions (sorte de tics) parcourent les muscles de sa figure et de son cou. A 23 ans elle épousa un riche industriel qui succomba à une crise cardiaque. Depuis la mort de son mari, il y a 14 ans, elle est toujours malade. Le cours de sa maladie a présenté des oscillations diverses. Dans les premières entrevues la malade raconte une série d'expériences traumatisantes. Lorsqu'elle avait 5 ans ses frères l'effrayaient en lançant sur elle des bêtes mortes. C'est alors qu'elle eut la première crise suivie de lipothymie et de convulsions. Sa tante lui enjoignit de se dominer, ce qu'elle fit avec succès. A 8 ans son frère lui faisait peur déguisé en fantôme. A 9 ans tandis qu'elle regardait le cadavre de sa tante mise en bière la bouche de celle-ci s'ouvrit. Elle pense souvent à de telles scènes et dans les derniers jours elle les a évoqué avec une grande vivacité.

Elle présentait un tic de la parole: c'était une sorte de "claquement" survenu cinq ans auparavant un jour "où en veillant son jeune fils, grièvement malade, elle se proposa de garder le plus grand silence". Dans d'autres séances elle évoque encore d'autres souvenirs trau-

matissants: à quinze ans elle vit emmener une de ses cousines à l'asile d'aliénés, elle voulut crier au secours mais aucun son ne sortit de sa gorge. En état d'hypnose elle raconte d'autres faits terrifiants, tel le cas de sa mère qui souffre d'une commotion produite par la foudre. En état de veille elle raconte une série d'expériences, également horribles, en rapport avec des asiles d'aliénés et des malades mentaux. En état d'hypnose elle raconte l'histoire de son cousin à qui ses parents firent arracher toutes les dents et s'écrie: "Restez tranquille! Ne me touchez pas!" Cette dernière phrase se rapporte à plusieurs épisodes où des malades mentaux avaient pris son bras ou l'avaient embrassée. L'ayant averti de l'origine de cette phrase, elle ne la prononça plus. Dans plusieurs séances d'hypnose elle continue à se souvenir de faits identiques qui l'ont effrayée. Dans certains cas ces faits avaient un rapport avec la folie. L'événement le plus impressionnant de sa vie fut pour elle la mort brutale de son mari; ensuite les graves soucis que lui procure sa petite fille. Autre préoccupation à propos de la fuite du Prince L. qui s'échappa d'un asile d'aliénés.

Un autre jour, des rêves terribles: les pieds et les dossiers des chaises deviennent des serpents. L'interdiction générale de penser à ces choses échoue. A nouveau elle évoque des souvenirs sur son mari et ses difficultés avec sa famille; douleurs d'estomac qui coïncident avec la zoopsie. Ces douleurs commencèrent au moment de la mort du mari, alors qu'elle souffrait d'une grande inappétence. Douleur et insensibilité à la jambe droite; elle raconte qu'en 1871 elle dut soigner son frère; elle était alors convalescente d'une maladie intestinale. Depuis ce moment elle souffrait de douleurs au ventre et quelque fois à la jambe droite.

15 mai 1889: pour la première fois dans le récit apparaît le mot angoisse se rapportant à la peur produite par

les ascenseurs ("confusion de la mémoire produite par l'angoisse"). D'autres réminiscences apparaissent en rapport avec cette situation, telle cette femme qui nourrissait un fils idiot, ou cette malade atteinte de mélancolie qui fut enfermée dans un asile d'aliénés. Elle avait des douleurs aux bras et aux jambes, une sensation de pression glacée à la nuque, des symptômes qui ne peuvent se réduire à des réminiscences. De temps en temps elle a des représentations mentales, des visions angoissantes, par exemple, ses filles peuvent tomber malades et mourir tout à coup, etc. "Je lui reproche ce besoin qu'elle a de s'angoisser sans motif, elle me promet de ne plus recommencer "parce que je le lui demande".

Dans le jardin elle a des visions de rats et d'autres animaux. En hypnose des réminiscences de Ruegen, dont elle garde de pénibles souvenirs. Elle se trouvait dans un endroit chaud du jardin, ce qui lui rappela la terrasse de Ruegen. Elle rêve de cadavres. Souvenir d'une chauve-souris qu'elle vit dans le cabinet de toilette. Peur des vers depuis qu'elle en vit un sur un coussin dont on lui fit cadeau. Promenade avec son mari par un chemin couvert de crapauds.

Ce récit correspond à trois mois de traitement. La malade s'améliora et elle fut autorisée par Freud à revenir chez elle aux bords de la Baltique. Sept mois plus tard elle présenta une rechute qui coïncida avec la maladie de sa fille. Elle réagit contre Freud, car elle pensa que le médecin avait diminué l'importance de cette maladie. Elle entra dans un Sanatorium en Allemagne sans résultat positif. Un an après elle revint à Vienne.

Freud la trouva plus animée et en meilleur état qu'il ne le pensait. La malade se plaignait de "confusion mentale", ou pour employer ses propres termes, d'avoir une "tempête dans le cerveau". Insomnies, begaiement et claquement de

la langue: il fut démontré en état d'hypnose que ces troubles provenaient de la peur que lui avait causé un domestique l'hiver précédent. Dans les états de confusion mentale elle répétait le nom d'Emmy, qui était le sien et celui de sa fille aînée; c'était son point d'appui pour retrouver la lumière; tout pouvait succomber, pourvu que ce qui se rapportait à sa fille fut sauvé.

Freud observa que la malade mangeait peu et ne buvait pas d'eau; il échoua lorsqu'il voulut la convaincre - modo suaviter - que seulement la peur était la cause de cette autoprohibition. Il menaça la malade de cesser le traitement si elle ne l'écoutait pas. La malade céda et raconta une série de faits qui dans sa vie liaient le fait de manger avec une sensation de dégoût.

La malade s'améliora notablement et elle continua ainsi pendant plusieurs années: "mais les principaux traits de son caractère avaient peu varié"..... "Elle ne semblait pas avoir accepté ma proposition d'établir une ample catégorie de faits indifférents" et "la tendance à se tourmenter pour des riens était à peine moindre que pendant le traitement". Impossibilité de faire de longs voyages en chemin de fer. En 1893 elle est à nouveau malade.

Dans l'épilogue Freud commente plusieurs points de l'histoire sur lesquels je voudrais attirer l'attention:

Les symptômes psychiques qu'Emmy présente avec un petit coefficient de conversion somatique sont: état thymique (angoisse et dépression mélancolique) phobies et aboulies.

Il ne décrit pas longuement l'état thymique fondamental. En rapport avec les phobies et les aboulies il insiste sur le déchainement traumatique (ces troubles se montrent dans notre cas suffisamment déterminés par des traumas

psychiques"). Mais cela n'est pas suffisant: quelques uns de ces troubles sont primaires, communs à tous les hommes, spécialement aux névropathes (zoophobie, peur des orages). La peur primaire et instinctive joue le rôle principal. Freud note ensuite: les peurs déterminantes des autres phobies, par exemple la peur d'un sursaut subit que lui causerait la mort de son mari, la peur des asiles d'aliénés causée par les récits qu'on lui en a fait, la peur d'être enterrée vivante motivée par la croyance que son mari n'était pas mort au moment où son cadavre sortit de la maison. Mais - ajoute-t-il - "tous ces facteurs psychiques peuvent seulement expliquer l'élection des phobies, mais par leur durée. En rapport avec celle-ci il faut tenir compte d'un facteur névrotique, c'est à dire, tenir compte du fait que la malade observait depuis plusieurs années une abstinence sexuelle complète, motif qui, très fréquemment, provoque une tendance à l'angoisse".

Ensuite Freud formula d'une façon plus compliquée toute sa théorie; mais il est utile de se rapprocher de ces observations initiales pour connaître les bases authentiques de sa pensée.

Dans la précédente observation un fait est signalé qui selon mon point de vue est fondamental: le contenu des obsessions n'explique pas leur présence; il doit exister un facteur originaire antérieur. C'est à dire, une situation déterminée fait cristalliser une obsession déterminée; mais la situation n'en est pas la cause. Le déplacement de la production de l'obsession du plan psychique est évident. De là également découle un fait plusieurs fois observé: l'insuccès de la catharsis. Dans l'histoire d'Emmy et dans la propre expérience de chaque psychothérapeute on peut observer le fait suivant: l'analyse psychologique d'une phobie la démontre presque totalement, mais il reste un noyau initial, originaire, qui demeure malgré ce dénombrement par la voie psychique. Le malade peut le noyer, le vaincre, le do-

miner, mais de la même façon qu'on noie une douleur physique: le fait de le cacher, de s'en désintéresser, ne suppose pas sa complète dissolution.

Le noyau initial des phobies n'appartient donc pas au plan psychique: ce qui explique qu'elles persistent, survivent après que l'on a mis en évidence leurs mécanismes psychogénétiques. Freud, en reconnaissant ce fait, transporte le noyau initial sur le plan névrotique. Que veut-il dire par là? En décrivant l'épicroise de l'histoire d'Emmy il voulait dire que l'inhibition de la décharge sexuelle en était la cause. Cette inhibition était, donc, placée sur le plan biologique. Dans la production des phobies il admettait, décidément, l'intervention d'un facteur biologique.

Dans la première formule de la névrose d'angoisse il eut recours à cette même genèse. Angoisse et phobie ont donc, pour Freud, une genèse au fond biologique. Autour de cette affirmation une polémique fut suscitée par Loewenfeld dont les arguments ne sont pas négligeables. Ceci obligea Freud à préciser son point de vue sur la genèse de la névrose, qu'il résume ainsi: il n'y a pas de proportion entre la charge totale du système nerveux et sa capacité de résistance. L'action de l'hérédité est celle d'un transformateur dans un circuit électrique. La forme de la névrose dépend d'un facteur étiologique spécifique qui procède de la vie sexuelle.

Il est évident que cette théorie relative à la genèse de la névrose repose clairement sur le plan biologique. Freud perçut alors concrètement que dans la névrose d'angoisse un facteur extrapsychique intervient, mais il ne l'interpréta pas correctement.

Mon opinion personnelle est que ce facteur extrapsychique est l'angoisse même: ce n'est pas un phénomène psychique ou somatique, mais il participe des deux et se trouve vraiment placé à l'intersection du physique et du moral. Il existe chez l'homme normal une couche de la person-

nalité qui est la "Vitalité". Scheler décrit les sentiments vitaux comme une perception générale diffuse qui laisse voir comment l'être se trouve dans une situation donnée. On parle aussi d'états d'âme. Je suis gai, triste, angoissé, serein, extatique, etc. Mais les états d'âme sont déterminés soit par des faits qui nous viennent du dehors, soit par quelque chose qui se produit en nous. Je peux être triste parce que j'ai reçu la nouvelle d'un malheur familial; mais la tristesse du vrai mélancolique ne provient pas d'un motif extérieur, elle résulte d'une tristesse qui découle de son moi intérieur (tristesse vitale de K. Schneider). De même qu'il existe une tristesse vitale il existe une angoisse vitale. Les crises d'angoisse surviennent comme une tempête, sans qu'aucune circonstance extérieure vienne la produire.

Quelle est la sensation du malade dans une crise d'angoisse? Établir la distinction entre peur et angoisse est banal. Devant ce qui est connu on ressent la peur, l'inconnu provoque l'angoisse. Mais qu'est-ce que cet inconnu qui angoisse le malade? Lorsque nous nous trouvons devant un malade qui souffre de névrose d'angoisse, son angoisse généralement s'est cristallisée dans certaines phobies fixes ou dans un ensemble fluctuant de phobies, tel le cas de Mme Emmy de N. Les phobies ont rapport à une situation traumatisante, mais celle-ci n'a pu devenir traumatique que parce que l'angoisse préexistait. La relativité de ces phobies, la substitution des unes par les autres, leur permanence après l'exploration analytique, démontrent leur relativité au point de vue génétique.

Il existe une phobie qui se répète fréquemment: Emmy en souffrait; il s'agit de celle qui est inspirée par tout ce qui a rapport avec la folie. Freud signale que celle-ci se présente chez presque tous les névrosés qui craignent le "succomber à la folie". L'analyse psychopathologique de cette phobie m'a permis de constater qu'elle projette d'une façon plus visible ce qui est l'angoisse même. L'angoissé,

au fond de sa crise, craint de devenir fou. Qu'est-ce que cela feut dire? Qu'il craint de perdre le contrôle de sa personnalité comme il suppose que les fous le perdent. Le "moi" représente l'expérience psychologique primaire de l'être. Le moi vit comme une unité et comme une continuité. J'ai (moi) cette douleur ou je (moi) décide telle action, mais bien que la conduite soit très variée elle se rapporte toujours à un point central: "moi". Il en est de même pour les mutations temporelles. J'avais hier une pensée, qui le lendemain est différente, mais cette variante ne m'empêche pas de me sentir moi-même dans le cours du temps. Cette unité du moi est sa propriété. Lorsqu'elle se maintient les actes sont à moi, ainsi que les pensées, etc. Mais lorsque cette unité cette, les actes ne sont plus à moi, ils me sont étrangers, je deviens un aliéné pour moi-même, c'est à dire, un fou. Le fou symbolise le danger de rupture qui menace le moi dans la crise d'angoisse.

Plaçons nous au centre même de cette crise. Elle monte comme une marée, accompagnée d'un cortège de symptômes d'ordre végétatif, on dirait qu'il y a "une tempête dans le cerveau", d'après l'expression d'Emmy de N. Le moi se sent menacé. Que peut-il arriver? et qu'arrive-t-il? Voilà les deux questions clef dans la crise d'angoisse.

Tout peut arriver. En face du moi les possibilités de l'être s'ouvrent en éventail. Cette expérience est celle qui classiquement est décrite comme crise d'angoisse. Ainsi "une femme qui chaque fois que son mari tousse, et sachant qu'il s'enrhume facilement, envisage la possibilité (1) de la voir contracter une pneumonie mortelle et voit dans son imagination passer son enterrement. (Freud)". Les possibilités, cependant, ne se rapportaient pas seulement aux circonstances extérieures de la vie, mais principalement aux intérieures. Le moi qui se déchaîne peut laisser apparaître tout ce que le moi a enchaîné, c'est à dire toutes les pulsions qui siègent dans la "ça". Une femme a peur des objets pointus;

(1) J'ai souligné

cette phobie est une diffusion générale d'une autre phobie plus concrète: peur des couteaux, car elle craint de faire du mal à son jeune enfant. Jamais elle ne le ferait en état normal, mais si dans la crise il lui arrivait de "perdre la tête"? Au fond de la crise la possible libération des forces instinctives apparaît et, de toutes, la plus fréquente de ces forces est l'instinct d'agression.

Voilà ce qui peut arriver; mais en réalité qu'arrive-t-il? Souvent une fois la crise passée, le malade affirme: "Au fond ce n'était rien". Ceci fait clairement allusion à l'interprétation analytique existentielle de la crise. Le malade la formule sans connaître la transcendance de l'expression qu'il emploie. Car la menace de la dissolution du moi est l'unique expérience possible du néant. Psychologiquement il nous est impossible d'avoir une expérience du néant. Logiquement nous pouvons dire que le néant est le contraire de l'être, mais cette affirmation logique ne peut être directement vécue, si non par approximation. L'expérience angoissante qui rompt la structure du moi et la menace de dissolution, fait apparaître devant le malade l'image fantasmique du néant.

L'expérience vécue de la continuité du moi est beaucoup plus profonde, plus adhésive à l'être qu'on ne le pense en réalité. La possibilité de percevoir est, naturellement, variable suivant les êtres et leur propre manière de se comporter; nous pourrions dire plus exactement, suivant leur coefficient d'angoisse. Le fait de s'endormir angoisse certains êtres; mais l'angoisse devant l'anesthésie est plus fréquente, et plus fréquente encore l'angoisse devant la perte de conscience produite par l'électrochoc. Dans ma propre clinique l'électrochoc est à peine employé sans anesthésie préalable au moyen du penthotal. Malgré cela quelques malades gardent l'expérience lointaine de quelque chose "d'étrange", de "surprenant" qui se passe en eux et qui leur fait craindre le traitement. J'ai parfois réalisé l'expérience de donner le penthotal sans électroconvulsion; la différence est claire et n'est pas en rapport avec le fait même de la convul-

sion, car l'hypnotique qui leur est administré après les maintient endormis pendant plusieurs heures.

L'angoisse de la dissolution du moi sur le plan psychologique est, donc, le pressentiment d'une expérience du néant. La philosophie existentielle considère l'être submergé dans sa situation. L'être existe du moment où il se rapporte à une situation donnée. Nous pensons ceci ou cela. Nous voulons ceci ou cela. Nous nous conduisons d'une manière ou d'une autre. L'existence a toujours un but. Lorsque nous nous rapprochons du plan de l'existence pure, ce qui entoure l'être, la circonstance, pour employer le langage d'Ortega y Gasset, disparaît; l'être se renferme en lui-même et s'angoisse. L'angoisse est, donc, une expérience de la circonstance lorsque celle-ci s'annihile, lorsqu'elle devient le néant.

En dehors des crises un état d'angoisse diffuse reste; le malade ne le ressent pas comme la propre angoisse. Emmy de N. n'obtint pas, malgré le conseil de Freud, d'établir une large catégorie de "choses indifférentes", ce qui permet d'affirmer que son état de préoccupation était constant même dans les phases d'amélioration. La préoccupation est l'antichambre de l'angoisse.

La symptomatologie de Mme Emmy de N. n'était pas tout à fait une symptomatologie de conversion, c'est à dire, purement hystérique; par exemple les crampes dans la nuque, "que nous devons considérer comme une migraine modifiée et qui, par conséquent, doivent être rangées parmi les affections organiques et non parmi les névroses". Dans ma description de la timopathie anxieuse, j'ai déjà noté ces altérations névresthésiques dans la région de la nuque. Elles sont parfois ressenties comme des douleurs, mais le plus souvent la sensation est plus vague, révélant son véritable caractère: il s'agit d'une crampe ou d'une impatience musculaire comme chez Mme Emmy de N. L'étude approfondie de telles sensations démontre leur relation intrinsèque avec d'autres sensations qui expriment une des expériences vitales des

plus importantes chez les malades angoissés: le vertige. Le vertige, qui entre dans l'énumération de la symptomatologie clinique faite par Freud relative à la névrose d'angoisse, est suivant la démonstration qu'il fit dans un autre exposé, un équivalent de la crise d'angoisse.

L'étiologie sexuelle de la crise d'angoisse, ensuite abandonnée par Freud, est simplement une hypothèse. Le peu fondé de cette théorie se montre évident dans la propre histoire de Mme Emmy de N. "Je trouve de même singulier que dans toutes les confessions intimes que me fit la malade l'élément sexuel manquait totalement". "La malade dans ses paroles ainsi que dans ses actes est d'une chasteté absolue, sans feinte, en apparence, mais aussi sans bigoterie ou hypocrisie". Freud n'avait donc aucune raison pour penser à une étiologie sexuelle à cette occasion. Il insinue que la malade avait peut-être fait une histoire de sa vie "ad usum delphini", mais ceci serait l'échec majeur de la technique analytique. Dans un exposé ultérieur, il parle de la psychothérapie et l'hystérie, il rectifie alors le diagnostic primitif et il affirme que Mme Emmy de N. présentait un cas grave de "névrose d'angoisse" avec attitude d'expectative anxieuse et phobies, motivées par l'abstinence sexuelle combinée à l'hystérie. Ici déjà l'interprétation est faite "ad usum freudiani" sans qu'il existe réellement dans l'histoire clinique relatée aucun fait pour l'établir.

Dans mon étude sur la timopathie anxieuse j'ai inclus la plus grande partie des cas de névrose d'angoisse dans le "cercle timopathique" appelé ainsi pour les raisons suivantes: 1) l'angoisse n'est pas réactionnelle comme elle l'est dans les névroses authentiques, mais primaire. 2) l'angoisse vitale chez la plupart de ces malades offre une phase cyclique comme cela arrive pour la tristesse vitale chez le mélancolique. 3) Chez beaucoup de ces malades il se produit une alternance entre les phases typiquement dépressives et celles qui semblent être caractéristiques de la névrose d'angoisse. 4) Il existe une constellation familiale très semblable.

Nous trouvons chez Mme de N. une structure dépressive. Cette donnée est plusieurs fois constatée dans son histoire clinique. En outre la maladie a suivi un cours cyclique par accentuation des phases. Au début du traitement Freud obtient une amélioration, ensuite la malade présente une rechute qui l'oblige à entrer dans un Sanatorium de l'Allemagne du Nord. En 1893 une troisième phase commence. Cette marche cyclique démontre une fois de plus la présence d'un facteur biologique indépendant des facteurs psychiques qui ont conditionné la maladie. Pendant les phases le contenu des cristallisations angoissantes ou phobies subissaient un changement; ainsi pendant la dernière de ces phases apparaît une dromophobie à laquelle Freud attribue une certaine signification.

L'histoire d'Emmy de N. présente donc les caractéristiques suivantes qui permettent d'affirmer la nature extrapsychique, et par conséquent vitale de sa symptomatologie:

1. un état thymique dépressif
2. un cours cyclique
3. une phobie qui ne peut pas être détruite par son analyse, mais qui persiste pour des raisons situées au delà de cette analyse psychologique.
4. Des symptômes qui ne sauraient être rapportés à des complexes (par exemple, douleur à la nuque), mais qui sont organiques.

Etant donné que toute l'histoire est envisagée sous l'angle d'une analyse psychologique, ces données restent à l'arrière-plan, mais elle n'en sont pas moins réelles et certaines.

Emmy de N. fut d'abord diagnostiquée comme hystérique; ensuite comme souffrant d'une névrose d'angoisse combinée avec une hystérie. Le second diagnostic est évidemment plus près de la réalité; mais que signifie cette combinaison de diagnostic?

Dans le terme hystérie se cachent, habituellement, deux significations très diverses: d'un côté on fait allusion au caractère dit "hystérique" et d'un autre côté aux "mécanismes hystériques". C'est précisément en raison de cette ambiguïté significative et parce que le long parcours de ce terme à travers l'histoire de la Médecine l'a chargé de grandes imprécisions et parfois de significations plutôt éthiques que naturelles, que quelques auteurs proposent de laisser ce mot tomber en désuétude. K. Schneider par exemple, décrit d'un côté les psychopathes anxieux de valorisation ("gueltungssüchtige Psychopathen) et d'un autre les réaction psychogénétiques (Erlebnisse-Reaktionen). Nyssen a récemment soumis à une nouvelle critique la notion du caractère hystérique; il se base sur l'argument crucial suivant: il n'y a pas de relation entre le type psychopathe ainsi décrit et les manifestations hystériques. Ce fait attire particulièrement l'attention de Freud dans le cas de Mme de N. "Le Docteur Breuer et moi, qui avons connue et traité la malade pendant longtemps avons toujours souri lorsque l'idée nous venait de comparer sa personnalité avec la description d'un psychisme hystérique, décrit depuis un temps lointain dans les livres sur cette matière et soutenue par les médecins...." "Le cas d'Emmy de N. nous fournit l'exemple de ce que l'hystérie n'exclut pas un irréprochable développement du caractère et une pleine conscience pour gouverner et orienter sa propre vie". Il y a après la description d'excellentes notes de rectitude morale, d'intelligence, d'énergie, de culture "et un grand amour de la vérité, tout cela joint à une sincère modestie intérieure et à une grande distinction". Appliquer à une telle personne l'adjectif "dégénérée" serait déformer jusqu'à l'invraisemblance la signification de ce mot. Nous devons donc différencier avec soin les mots "constitution" et "dégénérescence"

Le problème est, donc, le suivant: les "mécanismes hystériques" ou encore mieux, les "symptômes hystériques" ne révèlent pas toujours l'existence d'un caractère ou d'une constitution hystérique. Dans ce cas, à quoi sont-ils dûs?

Selon mon point de vue il y a beaucoup de situations de l'ortanisme qui s'expriment par des symptômes hystériques. Je ne peux en ce moment les décrire toutes. Rappelons-nous que ces situations si diverses vont depuis la faiblesse mentale, en passant par certaines maladies organiques, jusqu'aux constallations collectives déterminées par la guerre ou la législation du travail. En général, la réaction hystérique se présente lorsque l'être est incapable de réagir d'une manière appropriée face à une situation déterminée, cette incapacité se produisant sur le plan personnel.

De toutes ces situations je désire en détacher une: les cas sont nombreux où la symptomatologie hystérique révèle la présence d'un syndrome vital léger, surtout du type dépressif anxieux. Je connais un grand nombre de cas de ce genre. La symptomatologie hystérique offre, dans ces cas, plusieurs caractères fondamentaux que nous pouvons résumer en quelques points:

1.) Le cours en est cyclique. La durée est la durée normale d'une phase endogène et disparaît par les moyens qui généralement font disparaître celle-ci; c'est à dire, spontanément au moyen d'une thérapeutique biologique appropriée.

2.) L'analyse psychopathologique profonde de ces cas n'arrive jamais à mettre en évidence un vrai noyau psychogène déterminant la symptomatologie. La contre-épreuve est obtenue par le fait que la découverte des "complexes" "réminiscences", etc., ne termine pas la maladie. (Ceci est implicitement reconnu par Freud dans le cas précédent).

3.) Un symptôme peut être en soi-même atteint par la psychothérapie. Nous pouvons par exemple dans un cas de cette nature soigner par suggestion une paralysie ou une parésie hystérique, mais nous ne pouvons pas faire disparaître totalement la maladie. Fréquemment la disparition d'un symptôme est suivie par l'apparition d'un symptôme différent du premier.

Dans un ouvrage ultérieur sur la psychothérapie de l'hystérie Freud fait allusion à des faits semblables à ceux que je viens de signaler ici: "Dans le cas d'hystérie aiguë, c'est à dire, dans la période la plus intense des symptômes hystériques et de domination consécutive du moi par les produits pathologiques (psychose hystérique) la méthode catartique n'arrive pas à modifier visiblement l'état du sujet.... Il n'y a pas moyen d'interrompre la maladie et le médecin doit attendre que celle-ci termine son cours, en créant pendant ce temps les circonstances qui peuvent être favorables au malade.

Si pendant cette période aiguë nous supprimons les produits pathologiques, c'est à dire, les symptômes hystériques récemment produits, nous verrons ensuite s'en présenter d'autres qui se substitueraient aux premiers. "L'impression est aussi décourageante que réaliser un travail aussi vain que celui des Danaïdes". (pag. 108, vol.I. trad. espagnole).

Face à cette hystérie aiguë se dresse l'hystérie chronique où les mécanismes psychiques prédominent et qui a été si heureusement décrite par Kretschmer au point de vue dynamique comme une habitude réflexe. Tous les cas d'hystérie aiguë ne renferment pas ce fond biologique; la généralisation serait une erreur. Précisément d'après ma propre expérience, les cas présentant une symptomatologie type "angoisse vitale" ne sont pas, au point de vue de la symptomatologie hystérique, trop excessifs. Parfois, au cours de la maladie, une crise plus violente se présente qui renferme déjà un but personnel: celui de démontrer que le malade est très malade. Ce qui auparavant était une expression légère devient une démonstration violente.

Voici comment l'analyse de cette première histoire clinique de Freud nous a apporté de nouveaux enseignements. Son oeuvre est géniale parce qu'elle permet cet enseignement indirect qu'il ne se proposa pas, de même que nous pouvons chez Kierkegaard apprendre une profonde psycho-

pathologie qu'il ne se proposa pas non plus d'enseigner. Peut-être y aura-t-il certains psychanalystes qui protesteront contre mon interprétation et jugeront mon travail illicite puisque j'utilise les histoires clinique de Freud. Je me permets de leur rappeler les critiques séculaires contre le "magister dixit". Pendant la Renaissance une "scienza nuova" apparaît au cri de liberté pour l'interprétation des vieux textes. Est-ce que nous allons retomber dans une attitude si désuète et antiscientifique?

---