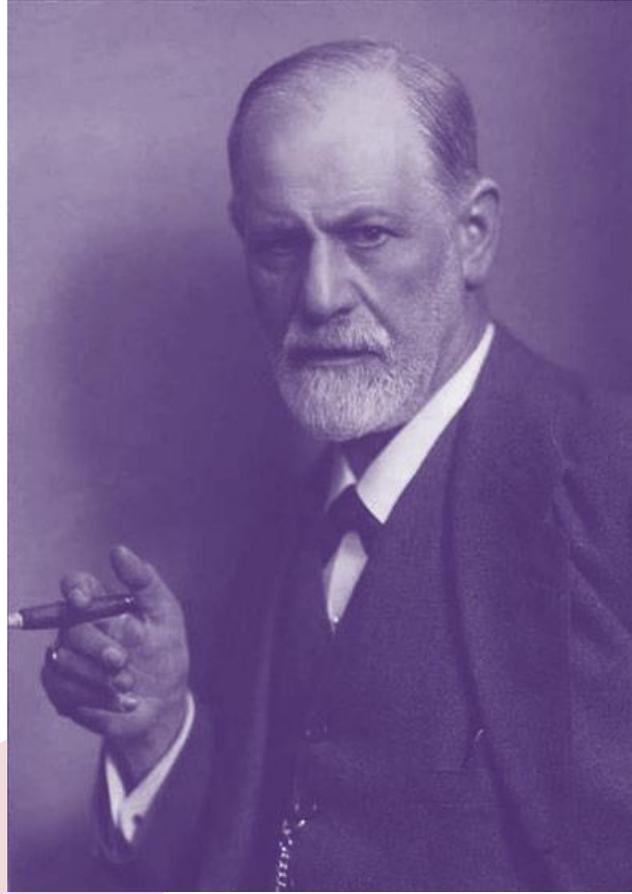


« Profil Textes Philosophiques »
Collection dirigée par Laurence Hansen-Løve



Freud et Breuer

Anna O. (Etudes sur l'hystérie)

Traduction de Anne Berman

Introduction par Yvon Brès

Table des matières

Introduction	3
Réminiscence, remémoration, inconscient, catharsis	6
La vulgate psychanalytique	13
Perspectives critiques	18
I. Le mécanisme psychique de phénomènes hystériques	24
Communication préliminaire	24
II	30
III	34
IV	36
V	40
II. Histoires de malades	42
A. Mademoiselle Anna O... ..	42
Eléments biographiques	72
Sigmund FREUD de 1873 à 1900	72
Josef BREUER.....	77
Bertha PAPPENHEIM (Anna O.)	79
À propos de cette édition électronique	82

Introduction

Vers le milieu de l'année 1880, le médecin viennois Josef Breuer est appelé à soigner une jeune fille de 21 ans qui présente des symptômes graves en apparence (par exemple, la paralysie du bras droit) mais qui, en l'absence de toute cause neurologique visible, semblent devoir être rattachés à une « maladie » connue depuis longtemps mais redevenue fort à la mode dans ces dernières décades du XIX^e siècle, l'hystérie. Pendant plus d'un an, Breuer suit sa malade, dont l'état semble tantôt s'améliorer, tantôt s'aggraver, mais croit s'apercevoir, à un certain moment, qu'en lui faisant retrouver sous hypnose le souvenir d'événements qui l'avaient affectée et qu'elle avait oubliés, il la délivre des symptômes liés à ces événements.

La malade n'est pas « guérie ». Breuer éprouve même le besoin de la faire admettre dans une institution psychiatrique. Mais certains des processus qu'il a décelés au cours du traitement l'ont suffisamment frappé pour que, le 18 novembre 1882, il en parle à un jeune ami de 26 ans qui hésite encore quant à l'orientation à donner à sa carrière médicale, Sigmund Freud.

Quelques années passent. La vogue de l'hystérie et celle de l'hypnose augmentent. Au grand succès de Charcot à la Salpêtrière fait écho le succès, plus modeste, de Liébault et de Bernheim à Nancy. Freud obtient une bourse qui lui permet de séjourner à Paris du 13 octobre 1885 au 28 février 1886 et d'y suivre l'enseignement de Charcot. Pendant l'été de 1889, il passera quelques semaines à Nancy et assistera du 1^{er} au 9 août au Congrès International de l'Hypnotisme à Paris. Entre 1881 et 1889, les principales publications de Freud sont encore d'ordre neurologique. Mais il n'a pas oublié la méthode suivie par Breuer pour traiter sa jeune hystérique en 1881 ; il l'applique

lui-même, à partir de mai 1889, à une patiente qu'il appellera plus tard Emmy v. N. Ainsi les deux amis vont-ils publier, dans les numéros des 1^{er} et 15 janvier 1893 de la revue *Neurologisches Zentralblatt*, un article intitulé « Le mécanisme psychique de phénomènes hystériques », qui dégage les conclusions théoriques auxquelles ils croient pouvoir parvenir à partir de cette méthode de traitement et, tout particulièrement, du premier cas auquel elle a été appliquée.

Deux ans et demi plus tard (mi-mai 1895) paraît, sous la même double signature, le gros ouvrage intitulé *Études sur l'hystérie*, dont le premier chapitre (« Communication préliminaire ») n'est autre que l'article du *Neurologisches Zentralblatt* de janvier 1893, et dont la première des cinq « Histoires de malades » (qui constituent le chap. II) est le récit, écrit de la main de Breuer, de la maladie et du traitement de cette jeune hystérique qu'il croyait avoir, douze ou treize ans auparavant, délivrée de certains de ses symptômes par remémoration sous hypnose d'événements traumatiques oubliés. A cette patiente, Breuer donne le pseudonyme d'Anna O., appellation sous laquelle elle deviendra célèbre et par laquelle on continuera souvent à la désigner, même après que les historiens de la psychanalyse auront révélé son vrai nom.

« Communication préliminaire » et histoire d'Anna O., voilà deux textes dont la vogue ultérieure peut paraître étonnante. En effet, en 1895, nous ne sommes qu'à l'aube de la psychanalyse. Avant d'en poser les véritables fondements, Freud devra, entre 1895 et 1900, franchir – assez rapidement, il est vrai – des étapes importantes. D'autre part, de toutes les histoires de malades des *Études sur l'hystérie*, celle d'Anna O. est la plus ancienne, et elle n'est même pas de la main de Freud ! C'est pourtant lui qui sera le premier responsable de l'importance reconnue à ces pages. En effet, chaque fois que, par la suite, il sera conduit à donner de la psychanalyse un tableau d'ensemble et une histoire, il tiendra à évoquer sa première collaboration avec

Breuer, à dire sa dette envers lui, et à raconter ou à évoquer l'histoire d'Anna O. Peu importera qu'il fût, depuis 1896, presque fâché avec Breuer ; peu importera que la psychanalyse ait évolué au point de pouvoir difficilement se reconnaître dans la méthode employée à cette époque lointaine : Freud n'a probablement jamais cessé de penser que ces deux textes avaient, pour ainsi dire, valeur initiatique et qu'ils exprimaient d'une manière spécifique des idées dont la portée, pour ce qui concerne la psychanalyse, mais aussi peut-être la psychologie et la culture en général, ne pouvait être ignorée.

Aussi est-ce bien dans une telle perspective qu'il convient d'abord de les lire et que pourra en tirer parti même le lecteur dont l'information psychanalytique est encore sommaire : illustrant de manière originale les notions de réminiscence, de remémoration, d'inconscient, de symptôme hystérique, voire d'expression symbolique et de catharsis, la « Communication préliminaire » et l'histoire d'Anna O. s'inscrivent dans les grandes problématiques philosophiques, psychologiques et littéraires qui perdurent dans la culture occidentale depuis l'Antiquité.

Bien entendu, ces pages appartiennent également à l'histoire de la psychanalyse entendue au sens strict. Il faut savoir non seulement que Freud a assez rapidement abandonné la « méthode cathartique » de Breuer pour des théories plus audacieuses et pour des pratiques plus subtiles, mais aussi qu'il a, par la suite, interprété rétroactivement certains des processus ayant caractérisé les relations de Breuer et d'Anna O. en fonction de concepts (sexualité, transfert) qu'il n'utilisait pas encore en 1893 et en 1895. Et l'historien de la psychanalyse ne manquera pas de se demander quel est le rapport épistémologique entre les notions utilisées à cette époque et celles qui seront élaborées ultérieurement. La question sera d'autant plus intéressante que, l'évolution des concepts n'étant pas linéaire, on pourra avoir la surprise d'assister à des reniements et à des retours.

Il sera enfin possible de lire ces deux textes dans une perspective plus nettement critique. Le simple fait qu'Anna O. n'ait pas été guérie – en dépit de ce que suggère Breuer – incite déjà à une certaine méfiance. Mais les travaux récents sur la vie de Freud, de Breuer et d'Anna O. font apparaître, dans les écrits des deux auteurs, bien des glissements qui pousseront le lecteur informé à réfléchir aux raisons qui ont pu les provoquer et peut-être à interpréter autrement les faits historiques.

Ainsi est offerte au lecteur de ces textes classiques la possibilité de choisir entre – pour ainsi dire – trois « niveaux » d'utilisation, suivant le degré d'avancement de son information psychologique et psychanalytique.

1. Au lecteur peu informé de l'œuvre de Freud et de l'histoire de la psychanalyse, on conseillera d'adopter une perspective philosophique et psychologique générale et d'y voir l'illustration de certains thèmes classiques.

2. Le lecteur qui commence à avoir une bonne connaissance de l'œuvre ultérieure de Freud aura intérêt à essayer de voir quelle évolution a conduit ce dernier, à partir de sa collaboration avec Breuer, vers les théories psychanalytiques classiques et comment celles-ci permettent de réinterpréter les textes de cette époque.

3. A un troisième niveau de culture psychanalytique et historique, on pourra les lire dans une perspective critique.

Réminiscence, remémoration, inconscient, catharsis

« C'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique. »
Cette phrase célèbre, qui clôt le § I de la « Communication pré-

liminaire » et que Freud rappellera bien souvent par la suite dans ses allusions aux origines de la psychanalyse, est affectée d'une note dans laquelle les auteurs avouent modestement ne pas pouvoir distinguer ce qui, dans cette thèse, est vraiment nouveau et ce qui, dans une certaine mesure, se trouve déjà chez leurs prédécesseurs (sont ici nommés : Möbius, Strümpel et Benedikt). En fait, elle s'inscrit dans une tradition philosophique et psychologique.

En quoi consiste, en effet, le processus décrit et interprété dans la « Communication préliminaire » et dans l'histoire d'Anna O. ? Un symptôme « hystérique »¹, par exemple l'impossibilité de boire dans un verre ou de parler allemand, est rattaché comme à une sorte de « cause » à un événement (la scène au cours de laquelle la gouvernante anglaise d'Anna O. avait essayé de faire boire un petit chien dans un verre) qui avait été oublié et dont le souvenir se manifestait ainsi sous forme de symptôme. Ce « rattachement » ne devient, bien entendu, possible que parce que, lorsque sous hypnose le souvenir sera retrouvé, le symptôme disparaîtra. C'est d'ailleurs cette nécessité d'éclairer le processus morbide à partir du moment thérapeutique qui rend parfois difficile la lecture du texte. Mais si l'on sait y percevoir le rôle qu'y jouent ces indispensables retours en arrière (dans le cas d'Anna O., il s'agit parfois de retour à des scènes de l'année précédente), il est facile de voir que la théorie

¹ Si banale que soit la notion d'hystérie, il n'est guère possible de la définir, ni même de la cerner par une simple énumération de symptômes. Une des deux grandes catégories d'hystéries est *l'hystérie d'angoisse*, mais il y a de l'angoisse ailleurs que dans l'hystérie ! Quant à la seconde, *l'hystérie de conversion*, elle se définirait par le fait qu'en l'absence de toute maladie organique un conflit psychique s'y exprime par un trouble somatique. Mais cette définition a deux inconvénients :

1) elle est trop large : tous les désordres psychosomatiques ne sont pas hystériques :

2) elle fait intervenir dans la caractérisation du syndrome une hypothèse étiologique : ce n'est qu'une fois mis au jour l'éventuel conflit psychique qu'on peut penser qu'il est la « cause » des symptômes.

du symptôme hystérique comme réminiscence illustre à merveille la distinction qu'impose toute théorie de la mémoire entre souvenir, réminiscence et remémoration.

Appelons « souvenir » le fait que, d'un événement passé, soit conservé dans le psychisme une trace (il s'agit, bien entendu, ici d'une représentation vulgaire, ne préjugant en aucune manière de la légitimité philosophique des notions de trace et de conservation). On appellera « remémoration » le phénomène par lequel cet événement revient à la conscience et est reconnu comme passé. Quant au mot « réminiscence », il désignera très précisément ce retour – sous forme de représentation, ou à la rigueur sous forme d'acte – sans reconnaissance, sans la marque du passé.

De ces notions, l'illustration la plus ancienne et la plus connue se trouve dans le *Ménon* de Platon : le petit esclave ne se rappelle pas avoir appris la géométrie, et pourtant il connaît la mesure de la diagonale du carré ; c'est donc qu'il l'a apprise dans une vie antérieure. Ce n'est pas une remémoration, c'est une réminiscence. Certes, la signification psychologique du texte de Platon est un peu estompée par l'usage mythique et métaphysique qui est fait ici de la notion (appel à une vie antérieure, allusion probable à la théorie des Idées), mais cette notion y est bien utilisée au sens qu'elle aura, par la suite, dans l'usage courant de la critique littéraire (qui repère, chez les auteurs, les « réminiscences » de lectures antérieures et les distingue des « citations ») et, finalement, sous la plume de Breuer et de Freud : retour du passé sans reconnaissance.

Ici, d'ailleurs (une fois n'est pas coutume), la langue française se révèle plus riche et plus précise que la langue allemande. Car si l'allemand dispose bien d'un mot (*Reminiszenz*) pour désigner le retour d'un événement du passé non reconnu comme tel, il a un seul mot (*Erinnerung*) pour le **souvenir** en tant que trace conservée et pour la **remémoration** comme

retour du passé avec reconnaissance. De cela résulte une certaine difficulté pour la lecture des textes de Freud et de Breuer et, *a fortiori*, pour leur traduction, qui n'est pas exempte de quelques contresens. Mais les notions se distinguent assez clairement les unes des autres pour que la difficulté ne soit pas insurmontable et que soit sauvegardé l'intérêt théorique de ces textes. C'est donc comme une illustration et une confirmation d'une analyse psychologique classique de certaines fonctions mémorielles que peuvent en premier lieu être lues ces premières pages des *Études sur l'hystérie*. Freud l'indique à sa manière lorsque, quelques années plus tard, il y voit le germe d'une théorie « purement psychologique » de l'hystérie.

Ces descriptions et ces analyses répondent également en partie à la question de savoir « où » est conservé ce souvenir qui se manifeste d'abord sous forme de symptôme hystérique (rémiscence) et ensuite dans la remémoration libératrice. Où est-il conservé ? Pour autant que la question ait un sens, la réponse ne fait aucun doute : dans l'**inconscient**.

On s'étonnera peut-être qu'il soit si peu question de l'inconscient dans ces textes. D'aucuns seront tentés de dire que Freud ne l'avait pas encore vraiment « découvert ». Mais c'est peu vraisemblable. Freud n'a jamais eu à découvrir l'inconscient, car la notion existait dès le XVII^e siècle et le mot dès le XVIII^e. Quant au XIX^e siècle, on peut presque dire qu'il ne parle que de cela. Savants, philosophes et psychologues avaient lu la *Philosophie de l'Inconscient* de Eduard von Hartmann (1869), et les salons berlinois de cette époque étaient pleins de conversations sur ce sujet. Donc, si Freud et Breuer s'abstiennent de faire des phénomènes étudiés ici une preuve de la pertinence de la notion d'inconscient (usage qu'en fera Freud dans certains exposés ultérieurs), ce n'est pas parce qu'ils ne la possédaient pas encore, mais parce qu'ils hésitaient quant à la forme spécifique à lui donner. En fait, le débat tourne autour de la notion de « double conscience » (cf. « Communication préli-

minaire », § III). Cette notion, empruntée à Janet et à Binet, n'est certes pas synonyme de ce que va être, quelques années après, le premier inconscient proprement freudien. Il y manque, en particulier, la notion de refoulement (car si le mot se rencontre bien dans la « Communication préliminaire », p. 7, c'est en un sens non spécifique, comme synonyme de rejet, et sans exclusion de la volonté consciente). Mais, comme illustration du lien entre l'inconscient et l'oubli avec possibilité de réminiscence ou de remémoration, ces pages peuvent être – malgré les différences théoriques – mises en parallèle avec un autre livre classique sur la mémoire qui leur est contemporain, *Matière et mémoire* de Bergson (1896). C'est donc encore dans une problématique classique que, de ce point de vue, elles s'inscrivent.

Mais l'interprétation du processus de guérison – qui, d'ordre plus médical, semblerait devoir déborder les questions philosophiques, psychologiques et littéraires classiques – peut, elle aussi, être insérée dans une tradition du même ordre.

La guérison, – ou plutôt, car, comme on l'a déjà vu, Anna O. n'a jamais été guérie par Breuer, la disparition de certains symptômes hystériques – s'effectue par remémoration sous hypnose de l'événement traumatique oublié. Cette disparition n'est effective que si la remémoration est accompagnée de l'émotion qui aurait dû se produire au moment de l'événement et ne s'est pas produite. Les auteurs disent (Cf. p. 38) de manière pittoresque que l'affect est resté « coincé » (*eingeklemmt*). De plus, cette découverte de souvenir traumatique oublié ne se fait, en général, qu'au terme d'une longue période préparatoire au cours de laquelle le patient entretient des rêveries et des fantasmes relatifs au passé, comme s'il cherchait, dans une exploration confuse mais affectivement chargée, à se replacer dans la tonalité de cet événement. Voilà donc un processus apparemment assez original, dont la mise au jour pourrait facilement passer pour une découverte de Freud et Breuer. Mais ce n'est nullement diminuer leur mérite que de rappeler

qu'ils eurent des précurseurs. A preuve le passage bien connu, mais non moins admirable, de la lettre de Descartes à Chanut du 6 juin 1647 :

« Par exemple, écrit Descartes, lorsque j'étais enfant, j'aimais une fille de mon âge, qui était un peu louche ; au moyen de quoi, l'impression qui se faisait par la vue en mon cerveau, quand je regardais ses yeux égarés, se joignait tellement à celle qui s'y faisait aussi pour émouvoir en moi la passion de l'amour, que longtemps après, en voyant des personnes louches, je me sentais plus enclin à les aimer qu'à en aimer d'autres, pour cela seul qu'elles avaient ce défaut ; et je ne savais pas néanmoins que ce fût pour cela. Au contraire, depuis que j'y ai fait réflexion, et que j'ai reconnu que c'était un défaut, je n'en ai plus été ému. Ainsi, lorsque nous sommes portés à aimer quelqu'un, sans que nous en sachions la cause, nous pouvons croire que cela vient de ce qu'il y a quelque chose en lui de semblable à ce qui a été dans un autre objet que nous avons aimé auparavant, encore que nous ne sachions pas ce que c'est. »²

Que de choses, déjà, dans cette lettre : l'ignorance de la cause du « symptôme », le souvenir oublié, la disparition du symptôme par la récupération du souvenir ! Certes, l'affection de Descartes pour la petite fille qui louchait n'est peut-être pas tout à fait un traumatisme, ni son inclination d'adulte pour les femmes affectées du même « défaut », un symptôme hystérique. Mais le cadre psychologique général dans lequel il pense ces processus est bien celui que retrouveront Freud et Breuer. C'est donc, là encore, dans une tradition fort classique que s'inscrivent Breuer et Freud.

Mais il y a plus : commentant l'idée que l'affect initial a été « coincé », les auteurs font allusion à des expressions de la vie

² Descartes. *Œuvres et Lettres*, Paris, Gallimard. 1952. p. 1277. coll. de « la Pléiade ».

courante qui suggèrent qu'en pleurant ou en éclatant en colère, on se libère des affects (les termes allemands « sich ausweinen », « sich austoben » étant ici particulièrement parlants³) ; quant au processus par lequel les symptômes hystériques disparaissent lorsque, sous hypnose, réapparaît le souvenir de l'événement traumatique oublié en même temps qu'est vécue l'émotion qui aurait dû l'accompagner (« abréaction »), il reçoit le nom de « méthode cathartique ». Or Aristote fonde la production de « l'effet tragique » sur la **catharsis** par la terreur et la pitié⁴. Cette notion, probablement empruntée à la médecine hippocratique, est restée mystérieuse, peut-être par suite de la perte du livre II de la *Poétique*, peut-être tout simplement parce qu'elle pose plus de problèmes qu'elle n'en résout⁵. Mais la question des « ressorts » du tragique n'a cessé de préoccuper la critique littéraire et la philosophie. Freud et Breuer la connaissaient fort bien dès leurs années de lycée, et le mot catharsis avait certainement pour eux la même résonance que pour tous ceux de leurs contemporains qui étaient familiers des grands tragiques grecs du Ve siècle. Freud avait même une raison personnelle de s'y intéresser plus particulièrement : Jakob Bernays, un oncle de sa femme, avait publié en 1857 un petit traité sur la question. Mais c'est surtout la suite de son œuvre, avec la présence constante de la question de l'« effet tragique » (l'invention du « complexe d'Œdipe » à propos d'*Œdipe Roi* en est l'aspect le plus connu), qui prouvera combien le problème de la catharsis tragique est présent dans la psychanalyse.

³ Cf. ci-dessous, p. 28.

⁴ Aristote, *Poétique*, 1449 b 24-28.

⁵ C'est pourquoi il est préférable de ne pas traduire le mot **catharsis** et de conserver le terme grec. Les traductions littérales (purgation, purification) font penser à l'élimination d'un mal, alors qu'Aristote pensait peut-être à une transposition, à une transmutation. Les deux séries de perspectives méritent d'être prises en considération.

Mais sans attendre les écrits proprement psychanalytiques, certains lecteurs des *Études sur l'hystérie* en ont bien vu les liens avec la problématique aristotélicienne de l'effet tragique : à preuve les rapprochements très explicites que fait, dès 1897, l'historien de la littérature, dramaturge et directeur de théâtre, Alfred von Berger. Ainsi, par là encore, la « Communication préliminaire » et l'histoire d'Anna O. se rattachent à l'univers conceptuel des grandes questions philosophiques et littéraires traditionnelles et débordent la problématique strictement médicale qui paraissait être la leur.

A tout ce qu'ils apportent concernant la mémoire, l'inconscient, les affects, la catharsis, il serait même possible d'ajouter des indications non dénuées d'intérêt sur le rapport **symbolique** entre le traumatisme oublié et le symptôme/réminiscence qui l'exprime. A cette notion d'expression symbolique – si riche philosophiquement à elle seule – on serait conduit à rattacher la question traditionnelle des « relations de l'âme et du corps » que pose, d'une certaine manière, la notion de conversion hystérique. Bref, en dehors même de toute référence à la psychanalyse future, la « Communication préliminaire » et l'histoire d'Anna O. offrent au lecteur une ample matière à réflexion et une occasion de méditer sur les rapports entre les problèmes que pouvait se poser le médecin devant ses hystériques et les grandes questions philosophiques. Mais la lecture de ces textes sera également fort instructive pour quiconque s'intéresse à l'histoire de la psychanalyse.

La vulgate psychanalytique

C'est vers le milieu de notre siècle que, grâce avant tout au grand ouvrage d'Ernest Jones, *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud* (1953-1957), les milieux psychanalytiques et le public cultivé en général commencèrent à être mieux renseignés sur les circonstances dans lesquelles est née la psychanalyse et sur les

étapes du développement de l'œuvre de Freud. Ainsi devint possible une appréciation de la place qu'y occupent ces premières pages des *Études sur l'hystérie* et, plus particulièrement, l'histoire d'Anna O. Tout cela eut tendance à s'effectuer dans une perspective passablement hagiographique (comme si, tant du point de vue moral que du point de vue scientifique, Freud était au-dessus de toute critique) et dogmatique (comme si la « mise en place » de la doctrine psychanalytique obéissait à une logique épistémologique inflexible). Ainsi est née une sorte de « vulgate » psychanalytique, qui sera partiellement mise en question par la critique ultérieure, mais qui, malgré les erreurs qu'elle charrie, permet de voir dans le début des *Études sur l'hystérie* non seulement la reprise de thèmes philosophiques et psychologiques traditionnels, mais aussi le point de départ de ce que sera, par la suite, la psychanalyse. On peut considérer qu'il y a là un second « niveau » de lecture*.

On relèvera donc d'abord la révélation du vrai nom d'Anna O. : elle s'appelait Bertha Pappenheim : elle était née le 27 février 1859 et devait, bien des années après sa maladie, avoir d'importantes activités sociales et littéraires ; elle était morte le 28 mai 1936.

Mais si, tels quels, de tels renseignements relèvent de l'anecdote, il n'en est pas de même de tout ce qui concerne le développement des théories de Freud et des essais d'interprétation rétroactive, à l'aide de ces théories, des événements liés à l'histoire d'Anna O.

On ne peut, en effet, lire les textes de Freud et de Breuer des années 1893-1895 comme une initiation à la psychanalyse qu'à condition de bien apprécier toutes les étapes qui les séparent de la constitution de celle-ci comme telle. La méthode ca-

* Pour tout ce qui suit, on est prié d'utiliser les indications biographiques concernant Freud, Breuer et Anna O. (ci-dessous, p. 72).

thartique – qu’illustre l’histoire d’Anna O. – repose sur le recours à l’hypnose. Or, pour de nombreuses raisons dont il s’est, par la suite, amplement expliqué, Freud abandonna l’hypnose dès octobre 1892. Pour obtenir du patient la découverte du souvenir traumatique, il lui arrivera de remplacer l’hypnose par l’imposition de la main sur le front. Mais surtout, dès 1895, Freud élargira la doctrine de la « Communication préliminaire », qui ne prétend à rien de plus qu’à l’interprétation du « mécanisme psychique » de certains phénomènes hystériques, en une théorie générale des névroses à laquelle il donnera le nom de « neurotica ».

Suivant cette théorie, il y aurait deux types de névroses, les névroses actuelles et les psychonévroses. Les névroses actuelles (neurasthénie et névrose d’angoisse) auraient pour cause des comportements sexuels incomplets dans, la vie adulte (masturbation, coït interrompu). En revanche, les psychonévroses (hystérie et névrose obsessionnelle) proviendraient d’expériences sexuelles prépubertaires, agréables dans le cas de la névrose obsessionnelle, désagréables dans le cas de l’hystérie.

Cette conception de l’origine des psychonévroses, connue sous le nom de « théorie de la séduction », sera à son tour abandonnée à l’automne de 1897, et la lettre à Fliess du 21 septembre donne, pour cet abandon, de nombreuses raisons sur lesquelles ont médité les historiens de la psychanalyse. Trois semaines après, dans la lettre du 15 octobre, Freud annonce à son correspondant la « découverte » du vœu inconscient infantile de parricide et d’inceste, notion qui recevra quelques années plus tard le nom de « complexe d’Œdipe ».

La vulgate psychanalytique fait dater de cet abandon et de cette découverte la véritable naissance de la psychanalyse. En effet, à la prise en compte de l’événement (séduction infantile) se substituerait la prise en considération de la « réalité psychique » (désir).

Ainsi, même si ce que dit cette vulgate n'est vrai que très approximativement (Freud ne cessera jamais de rechercher les événements de l'enfance), elle conduit à considérer que la Communication préliminaire et l'histoire d'Anna O. appartiennent plus à la préhistoire de la psychanalyse qu'à son histoire ; de la naissance de la psychanalyse, elles sont éloignées d'au moins trois degrés : abandon de l'hypnose, invention de la théorie de la séduction, abandon de cette théorie et invention du complexe d'Œdipe. Elles sont, évidemment, encore plus éloignées de tous les développements ultérieurs de la psychanalyse (découverte du narcissisme, invention de la trilogie ça-moi-surmoi, élaboration de la distinction des pulsions de vie et des pulsions de mort).

C'est pourtant à la lumière de théories ultérieures qu'elles sont souvent lues de nos jours. En effet, à l'instar de Freud lui-même, les psychanalystes actuels ne se contentent pas d'en souligner l'éloignement par rapport à la naissance de la psychanalyse ; ils essaient d'interpréter rétroactivement les événements de cette lointaine époque en leur donnant un sens que ni Breuer ni Freud lui-même n'avaient aperçu. Le sens ainsi restitué concerne essentiellement la sexualité et le transfert, disons le transfert sexuel.

Chacun sait que la psychanalyse constituée comme doctrine fait à la sexualité entendue en un sens très spécifique une place tout à fait originale et que bien des prétendues résistances à la psychanalyse sont attribuées au refus (inconscient) de reconnaître l'importance de la sexualité. Aussi les premières pages des *Études sur l'hystérie* sont-elles souvent considérées, dans la vulgate psychanalytique, comme marquées par la méconnaissance du rôle de la sexualité dans l'histoire d'Anna O. Il paraît « évident » que l'hystérie de Bertha Pappenheim, jeune fille vierge, romantique, terriblement attachée à son père en train de mourir, relève d'une interprétation mettant en jeu le complexe

d'Œdipe et la sexualité infantile. Faute de connaître ces notions, Breuer n'aurait pu, en 1881, avoir de ce cas qu'une vue très partielle, et cela d'autant plus qu'il était lui-même engagé sans le savoir dans un jeu compliqué de transfert et de contre-transfert avec sa patiente.

C'est Freud lui-même qui, partiellement fâché avec Breuer, et peut-être irrité de voir que la théorie de la sexualité et la théorie du transfert qu'il était en train de mettre au point ne rencontraient pas, dans les milieux médicaux, l'accueil qu'il aurait souhaité, a souligné ces « méconnaissances » et le caractère prétendument erroné parce que partiel de la Communication préliminaire et de l'histoire d'Anna O. De ces interprétations rétroactives, le point culminant est peut-être la lettre à Stefan Zweig du 2 juin 1932 où Freud révèle une circonstance qui est censée donner de l'interprétation transférentielle et sexuelle de l'histoire d'Anna O. une preuve particulièrement forte :

« Ce qui arriva réellement à la patiente de Breuer – écrit Freud –, j'ai été en mesure de le deviner plus tard, longtemps après la rupture de notre collaboration, quand je me suis soudain souvenu d'une chose que Breuer m'avait dite un jour, avant que nous collaborions, dans une tout autre circonstance, et qu'il n'avait plus jamais répétée. Le jour où tous les symptômes de la malade avaient été maîtrisés, il avait été rappelé dans la soirée auprès d'elle et l'avait trouvée dans un état de confusion mentale, se tordant dans des crampes abdominales. Quand il l'interrogea sur ce qui se passait, elle répondit : « C'est l'enfant que j'ai du Dr Breuer qui arrive. » Breuer à ce moment-là avait en main la clé qui nous aurait ouvert « les portes des Mères », mais il l'a laissée tomber. Malgré ses grands dons intellectuels, il n'avait en lui rien de faustien. Épouvanté, comme tout médecin non psychanalyste l'aurait été en pareil cas, il prit la fuite, abandonnant sa patiente à un collègue. »

Un tel fantasme de grossesse, fruit de l'amour transférentiel de Bertha Pappenheim pour Breuer, signerait, à en croire Freud, la signification érotique de ce cas d'hystérie ainsi que du traitement lui-même, signification qui échappait à Breuer mais que mettra facilement au jour la psychanalyse.

Tels seraient ainsi les principaux traits qu'une lecture inspirée par la vulgate psychanalytique de la seconde moitié du XX^e siècle permettrait d'apercevoir dans la Communication préliminaire et dans l'histoire d'Anna O., qui apparaîtraient ainsi comme une sorte d'introduction à la psychanalyse par le biais de sa préhistoire et de ses possibilités d'interprétation rétroactive.

Resterait à savoir jusqu'à quel point cette lecture, hagiographique et dogmatique en ce qui concerne Freud, rend compte de la complexité des phénomènes étudiés et rend justice à Breuer. Telle fut la question à laquelle s'efforcèrent de répondre un certain nombre d'auteurs plus récents qui, quelque peu méfiants devant les thèses de Freud et de Jones, allèrent interroger les documents de l'époque et aboutirent à des conclusions plus nuancées. Ainsi devient possible, de ces deux textes, une lecture critique dont on ne donnera ci-après que quelques échantillons.

Perspectives critiques

Si la lecture de la « Communication préliminaire » et de l'histoire d'Anna O. liée à ce que l'on a appelé la vulgate psychanalytique se fonde sur les textes de Freud et de Jones, c'est à l'ouvrage plus récent (1978) d'Albrecht Hirschmüller, *Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers*⁶ (« Physiologie et Psychanalyse dans la vie et dans l'œuvre de

⁶ Bern. 1978. Hans Huber.

Josef Breuer »), que l'on peut le plus utilement s'adresser afin d'effectuer ce troisième type de lecture qui permet de rectifier ce que certaines affirmations à la mode dans les milieux psychanalytiques ont de trop abrupt. Ce livre comporte, en effet, outre un inventaire à peu près complet des recherches déjà effectuées sur Breuer et sur Bertha Pappenheim, un compte rendu du contenu des archives de divers établissements de soins concernés par cette histoire.

Dans cette troisième perspective, peut-être convient-il d'abord, sans même avoir recours à des recherches érudites, de tempérer quelque peu le reproche fait par Freud à Breuer d'avoir méconnu l'importance de la sexualité dans l'hystérie. En effet, même s'il n'en est guère question dans l'exposé du cas Anna O. et si, probablement, dans les années qui suivirent, Breuer n'a pas accepté la « théorie de la séduction » de Freud, le chapitre III des *Études sur l'hystérie*, qui est de la main de Breuer, abonde en allusions au rôle de la sexualité dans la genèse des névroses. C'est là qu'on trouve (p. 200⁷) la phrase célèbre : « Je ne pense pas exagérer **en prétendant que le lit conjugal est, chez les femmes, à l'origine de la plupart des névroses graves.** » Breuer n'a peut-être pas suivi Freud dans sa « théorie de la sexualité » telle qu'elle apparaît dans les *Trois Essais* de 1905, mais la pudibonderie de Breuer, pudibonderie qui lui aurait fait manquer la vraie étiologie des névroses, est une pure légende.

Quant à l'histoire de la grossesse nerveuse de Bertha Pappenheim, il semble bien qu'elle ait été passablement romancée par Jones. Celui-ci prétend, en effet, qu'après avoir été appelé au chevet de sa patiente et l'avoir hypnotisée pour la calmer, Breuer – dont la femme commençait à s'inquiéter de cet amour de contre-transfert – aurait pris la fuite et entrepris avec sa femme une sorte de second voyage de noces à Venise, voyage au

⁷ Édition P. U. F., 1989.

cours duquel aurait été conçue leur cinquième enfant, Dora. Or, celle-ci est née le 11 mars 1882 et, neuf mois avant, la famille Breuer n'était pas à Venise mais à Gmunden, sur les bords du Traunsee. D'ailleurs Breuer n'utilisait jamais l'hypnose pour « calmer » ses patients (il leur donnait de la morphine ou du chloral). Bref, un certain désir de prouver conduit le biographe de Freud à inventer une histoire dont la figure de Breuer sort sinon affectée, du moins en un certain sens diminuée.

D'une manière plus générale, les travaux actuels ont tendance à présenter de Breuer une image plus flatteuse que celle qui était transmise par la vulgate psychanalytique. Certes, bien que fâché avec lui, Freud n'en a jamais vraiment dit du mal ; il n'a même jamais renié sa dette à son égard. Pourtant, à force de souligner son incompréhension de la psychanalyse, il donne parfois l'impression que les capacités scientifiques de Breuer étaient limitées. Or, en face des audaces de Freud, la prudence de Breuer reposait parfois sur des bases épistémologiques plus solides.

On sait, par exemple, que l'entreprise commune de publication des *Études sur l'hystérie* a d'abord rencontré, de la part de Breuer, bien des réticences, que Freud a eu quelques peines à vaincre. Mais si celui-ci brûlait, peut-être, d'utiliser l'histoire d'Anna O. afin d'illustrer le thème de la disparition du symptôme hystérique par remémoration sous hypnose de l'événement traumatique, Breuer était probablement plus sensible au fait que Bertha Pappenheim n'avait pas été, en 1882, guérie de son hystérie et que, au cours des années suivantes, elle avait dû faire plusieurs séjours dans des établissements de soins (d'abord à Kreuzlingen sur le lac de Constance, en 1882, et ensuite à Inzersdorf, à Vienne, du 30 juillet 1883 au 17 janvier 1884, du 4 mars au 2 juillet 1885, du 30 juin au 18 juillet 1887). Bien plus : non seulement elle n'avait pas été guérie de son hystérie (ce à quoi ne prétendait pas la méthode cathartique, valable seulement pour l'élimination de symptômes), mais on re-

trouve, parmi les symptômes dont souffrit occasionnellement la malade au cours de ces années, certains de ceux qui étaient censés avoir été éliminés par les remémorations de 1881-1882 ! Ce n'était donc pas sans raison que Breuer hésitait à en faire état dans un livre. On peut, certes, admirer l'audace de Freud dont le génie spéculatif n'hésitait pas à faire fi de quelques détails cliniques (qui, en fait, lui étaient parfaitement connus) afin de poser les premières bases de cet édifice théorique que sera la psychanalyse. Mais il faut savoir gré à Breuer (qui fera d'ailleurs preuve, dans le ch. III des *Études sur l'hystérie*, d'une audace spéculative non négligeable) d'avoir douté de l'efficacité de cette cure et d'avoir peut-être pensé que, dans le grand concert des travaux alors à la mode sur l'hystérie, sa voix et celle de Freud ne seraient pas forcément dominantes.

D'ailleurs Bertha Pappenheim était-elle vraiment hystérique ? Beaucoup en ont douté. Les symptômes de sa maladie paraissant parfois plus psychotiques que névrotiques, on s'est demandé si elle n'était pas plutôt schizophrène. Dans ce cas, la « guérison » ultérieure ne serait pas due aux soins de Breuer : il s'agirait simplement d'une de ces rémissions (peu explicables) que l'on rencontre souvent dans la schizophrénie. Après avoir discuté les arguments avancés par les divers auteurs, Hirchmüller conclut – sagement – qu'il est toujours téméraire de porter rétroactivement un diagnostic en fonction de catégories nosographiques créées à une époque ultérieure (ce qui est le cas pour la notion de schizophrénie, inventée par Bleuler en 1912).

Il reste tout de même à s'interroger sur la « guérison » de Bertha Pappenheim.

On sait qu'elle n'était nullement acquise à la fin de la période pendant laquelle Breuer l'avait soignée de façon continue : à preuve les séjours en établissements de soins et le contenu de leurs archives, passablement éloquent pour ce qui concerne la

gravité des symptômes. Il demeure que Bertha Pappenheim réussit peu à peu à « s'adapter » à la vie et qu'à partir d'une certaine époque – difficile à fixer – elle cessa de souffrir, ou du moins de se plaindre. Dès l'automne de 1882, sa mère, estimant probablement que les soins qu'elle recevait au sanatorium Bellevue (à Kreuzlingen) n'amélioreraient guère son état, la retire de cet établissement et l'envoie chez sa tante, à Francfort, où, le 3 novembre, elle entreprend des études d'infirmière. Au début, cela ne marche pas très bien. Bertha est obligée de revenir à Vienne et de se faire soigner. Mais au bout d'un certain temps elle réussit à avoir une certaine activité littéraire et sociale. En 1888, elle publie un volume d'histoires pour enfants et en 1894 elle entre dans l'administration d'un orphelinat israélite. Ces deux formes d'activité se poursuivront jusqu'à la fin de sa vie et il est intéressant de s'interroger sur leurs rapports avec la « guérison ».

D'un certain point de vue, en effet, on peut dire que, même si les symptômes les plus graves de son « hystérie » de jeunesse avaient disparu, Bertha n'était pas guérie, en ce sens qu'elle ne s'est jamais mariée et qu'elle ne semble pas avoir eu de vie sexuelle (un projet de mariage avec un violoniste se heurta à l'opposition de sa mère). Mais en un autre sens, sa relative réussite sociale – comme assistante sociale et comme écrivain – peut être considérée comme un effet, ou même un facteur de la guérison, suivant un processus assez fréquent et que, dans une perspective psychanalytique, on pourrait être tenté d'éclairer par la notion de sublimation. Bien plus, le contenu même de ses activités sociales et littéraires n'est pas sans lien avec les conflits qui étaient à la base de son hystérie. C'est au service des enfants sans pères et des mères abandonnées que se consacra essentiellement Bertha Pappenheim, comme si elle avait eu toute sa vie à se défendre du fantasme de l'exploitation sexuelle de la femme par l'homme. Quant aux histoires que racontent ses écrits (1921 : *Histoire du petit ours* ; 1928 : *Le Collier de perles* ; 1934 : *La Colline des martyrs* ; 1936 : *L'Églantier tordu*), elles

ne sont pas sans rappeler les rêveries auxquelles elle se livrait dans ses états seconds en 1881, illustrant ainsi un processus d'autoguérison par la création littéraire assez différent de la suppression de symptômes par remémoration d'événements traumatiques, ainsi que, d'une manière plus générale, des processus de guérison décrits classiquement par la psychanalyse.

Il apparaît donc que, loin d'être, comme le donne à penser la vulgate psychanalytique, un cas privilégié livrant, pour ainsi dire **in statu nascendi**⁸, le germe à partir duquel se développera la psychanalyse, le cas de Bertha Pappenheim pose déjà tous les problèmes que poseront plus tard bien des échecs ou des semi-succès des cures psychanalytiques. Au moment de la rédaction des *Études sur l'hystérie*, et encore plus par la suite, Freud en a, pour des raisons pédagogiques, simplifié et forcé la signification. Mais on ne saurait reprocher à Breuer ses réticences : elles permettent de mieux comprendre la complexité du cas et d'effectuer des premières pages du livre une lecture-critique différente de la lecture dogmatique proposée par la vulgate psychanalytique.

⁸ Au moment précis où il se produit

I. Le mécanisme psychique de phénomènes hystériques

Communication préliminaire

Par j. Breuer et s. Freud

Une observation fortuite nous a amenés à rechercher depuis quelques années déjà, dans les formes et les symptômes les plus divers de l'hystérie, la cause, l'incident, qui a, pour la première fois et souvent très loin dans le passé, provoqué le phénomène en question. Dans la plupart des cas, un simple examen clinique, si poussé soit-il, ne réussit pas à établir cette genèse, en partie d'abord parce qu'il s'agit souvent d'un événement dont les malades n'aiment pas parler et surtout parce qu'ils en ont réellement perdu le souvenir et qu'ils ne soupçonnent nullement le rapport de cause à effet entre l'incident motivant et le phénomène. Il est généralement nécessaire d'hypnotiser les malades et d'éveiller ensuite, pendant l'hypnose, les souvenirs de l'époque où le symptôme fit sa première apparition. C'est ensuite seulement que l'on réussit à établir de la façon la plus nette et la plus convaincante le rapport en question.

Cette méthode d'investigation nous a donné, dans un grand nombre de cas, des résultats qui nous semblent précieux aux deux points de vue théorique et pratique.

Au point de vue *théorique*, ils montrent que le facteur accidentel est, bien au-delà de ce que l'on pensait, déterminant dans la pathologie de l'hystérie. Quand il s'agit d'une hystérie « traumatique », nous reconnaissons de façon évidente que c'est l'accident qui a provoqué le syndrome. Lorsque, en traitant des

hystériques, nous apprenons de leur bouche que, lors de chacun de leurs accès, ils ont la vision hallucinatoire de l'incident qui a provoqué la première attaque, nous apercevons nettement ici encore le rapport de cause à effet. L'état de choses reste plus obscur dans les autres phénomènes.

L'expérience pourtant nous a enseigné que *les symptômes les plus différents, qui passent pour être des productions spontanées et, pour ainsi dire, idiopathiques⁹, de l'hystérie, ont avec le traumatisme motivant un rapport tout aussi étroit que les phénomènes, si clairs à ce point de vue, dont nous venons de parler.* Nous avons réussi à retrouver les motivations de toutes sortes d'affections : névralgies, anesthésies les plus diverses et souvent très anciennes, contractures et paralysies, accès hystériques et convulsions épileptoïdes que tous les observateurs avaient prises pour de l'épilepsie vraie, petit mal et affections à tics, vomissements persistants, anorexies allant jusqu'au refus de toute nourriture, troubles de toutes sortes de la vue, hallucinations visuelles toujours répétées, etc. La disproportion entre le symptôme hystérique qui persiste des années et une motivation due à un accident unique est celle même que nous sommes habitués à rencontrer dans la névrose traumatique. Très souvent, ce sont des événements survenus dans l'enfance qui ont provoqué, au cours de toutes les années suivantes, un phénomène pathologique plus ou moins grave.

Le lien est souvent si évident que l'on saisit parfaitement la raison pour laquelle l'incident considéré a justement créé tel phénomène et non tel autre. Celui-ci est donc ensuite clairement déterminé par son occasion de survenue. Prenons l'exemple le plus banal, celui d'une émotion douloureuse survenue au cours d'un repas mais que l'on a étouffée et qui, par la suite, provoque des nausées et des vomissements ; ceux-ci, de

⁹ Qui présentent des caractéristiques propres à une seule maladie. Il s'agit ici de l'hystérie.

nature hystérique, peuvent persister des mois durant. Une jeune fille inquiète et angoissée qui veille au chevet d'un malade tombe dans un état de somnolence pendant lequel lui vient une terrible hallucination, tandis que son bras droit, pendant sur le dossier de la chaise, s'engourdit. Une parésie de ce bras, avec contracture et insensibilité, se déclare. Elle veut prier et ne trouve plus ses mots, mais réussit enfin à dire une prière enfantine anglaise. Lorsque, par la suite, une hystérie très grave et très compliquée se développe chez elle, elle ne comprend plus que l'anglais, n'écrit plus que dans cette langue et cesse, pendant un an et demi, de comprendre sa langue maternelle. Un enfant très malade finit par s'endormir. Sa mère fait l'impossible pour se tenir tranquille, pour ne pas le réveiller ; mais justement à cause de cette décision, elle émet une sorte de claquement de la langue (« contre-volonté hystérique ») qui se répète ultérieurement à une autre occasion où il faut aussi qu'elle se tienne parfaitement tranquille. Il y a alors production de tic, sous la forme d'un claquement de langue se reproduisant, pendant toutes les années suivantes, chaque fois qu'elle a un motif de s'énerver. Un homme des plus intelligents assiste à l'opération subie par son frère sous anesthésie : une extension de l'articulation de la hanche. A l'instant précis où l'articulation cède en craquant, il ressent dans sa propre hanche une violente douleur qui persistera pendant toute une année.

Dans d'autres cas, la connexion n'est pas aussi nette. Il n'existe plus, pour ainsi dire, qu'un lien symbolique entre le phénomène pathologique et sa motivation, un lien semblable à ceux que tout individu normal peut former dans le rêve quand, par exemple, une névralgie vient s'ajouter à quelque souffrance psychique ou des vomissements à un affect de dégoût moral. Nous avons pu voir des malades qui faisaient de cette sorte de symbolisation le plus grand usage. Dans d'autres cas encore, une détermination de cet ordre n'est pas immédiatement compréhensible. C'est justement à cette catégorie qu'appartiennent les symptômes typiques de l'hystérie, tels que l'hémi-anesthésie,

le rétrécissement du champ visuel, les convulsions épileptoïdes, etc. Nous nous réservons d'exposer notre point de vue dans un exposé plus détaillé.

De semblables observations nous paraissent démontrer *l'analogie existant, au point de vue de la pathogénie¹⁰, entre l'hystérie banale et la névrose traumatique et justifier une extension du concept d'hystérie traumatique*. Dans la névrose traumatique, la maladie n'est pas vraiment déterminée par une passagère blessure du corps, mais bien par une émotion : la frayeur, par *un traumatisme psychique*. Nous avons, de façon analogue, constaté que la cause de la plupart des symptômes hystériques méritait d'être qualifiée de traumatisme psychique. Tout incident capable de provoquer des affects pénibles : frayeur, anxiété, honte, peut agir à la façon d'un choc psychologique et c'est évidemment de la sensibilité du sujet considéré (et également d'autres facteurs dont nous parlerons plus tard) que dépendent les effets du traumatisme. Dans l'hystérie banale, il arrive assez souvent qu'il y ait non point un unique incident traumatisant, mais plusieurs traumatismes partiels, plusieurs motifs groupés qui ne deviennent actifs qu'en s'additionnant et qui se conjuguent parce qu'ils constituent des fragments de l'histoire d'une maladie. Ailleurs encore ce sont des circonstances d'apparence anodine qui, par leur coïncidence avec l'incident réellement déterminant ou avec une période de particulière excitabilité, ont été élevées à la dignité de traumatismes, dignité qui ne leur appartenait pas, mais qu'elles conservent désormais.

Mais en ce qui concerne la relation causale entre le traumatisme psychique motivant et le phénomène hystérique, il faut se garder de croire que le traumatisme agit à la façon d'un *agent provocateur* qui déclencherait le symptôme. Celui-ci, devenu

¹⁰ Élude des processus pathogènes, c'est-à-dire qui agissent sur l'organisme et déterminent des maladies.

indépendant, subsisterait ensuite. Mieux vaut dire que le traumatisme psychique et, par suite, son souvenir agissent à la manière d'un corps étranger qui, longtemps encore après son irruption, continue à jouer un rôle actif. Une preuve de ce fait nous est fournie par un phénomène extrêmement curieux et bien fait pour conférer à nos découvertes une grande importance pratique.

A notre très grande surprise, nous découvrîmes, en effet, que *chacun des symptômes hystériques disparaissait immédiatement et sans retour quand on réussissait à mettre en pleine lumière le souvenir de l'incident déclenchant, à éveiller l'affect lié à ce dernier et quand, ensuite, le malade décrivait ce qui lui était arrivé de façon fort détaillée et en donnant à son émotion une expression verbale*. Un souvenir dénué de charge affective est presque toujours totalement inefficace. Il faut que le processus psychique originel se répète avec autant d'intensité que possible, qu'il soit remis *in statum nascendi*¹¹, puis verbalement traduit. S'il s'agit de phénomènes d'excitation : crampes, névralgies, hallucinations, on les voit, une fois de plus, se reproduire dans toute leur intensité pour disparaître ensuite à jamais. Les troubles fonctionnels, les paralysies, les anesthésies disparaissent également, naturellement, sans que leur recrudescence momentanée ait été perçue¹².

¹¹ Dans la situation où il s'est produit pour la première fois.

¹² Delboeuf et Binet ont nettement reconnu la possibilité d'un semblable traitement, comme le montrent les citations suivantes : Delboeuf, *Le magnétisme animal*, Paris, 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*, 1892, p. 243 : « ... Peut-être verra-t-on qu'en reportant le malade par un artifice mental, au moment même où le symptôme est apparu pour la première fois, on rend ce malade plus docile à une suggestion curative. » Dans l'intéressant livre de P. Janet, *L'automatisme psychologique*, Paris, 1889, on trouve l'histoire

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

Contrairement à ce que dit l'axiome : *cessante causa, cessat effectus*¹³, nous pouvons sans doute déduire de ces observations que l'incident déterminant continue, des années durant, à agir et cela non point indirectement, à l'aide de chaînons intermédiaires, mais directement en tant que cause déclenchante, tout à fait à la façon d'une souffrance morale qui, remémorée, peut encore tardivement, à l'état de conscience claire, provoquer une sécrétion de larmes : *c'est de réminiscences surtout que souffre l'hystérique*¹⁴.

d'une guérison obtenue, chez une jeune fille hystérique, par l'emploi d'un procédé analogue au nôtre.

¹³ L'effet cesse dès que la cause disparaît.

¹⁴ Dans le texte de cette *Communication préliminaire*, nous ne pouvons délimiter ce qui est nouveau et ce qui se trouve chez d'autres auteurs tels que Mübius et Strümpel, ceux-ci ayant formulé sur l'hystérie des opinions analogues aux nôtres. C'est dans certaines observations publiées, à l'occasion, par Benedikt que nous avons trouvé les vues les plus rapprochées des nôtres. Nous en reparlerons ailleurs (note de l'édition P.U.F.).

II

Il semble au premier abord surprenant que des événements depuis longtemps passés puissent exercer une action aussi intense et que leur souvenir ne soit pas soumis à l'usure, comme cela se produit pour tous nos autres souvenirs. Peut-être les considérations suivantes nous permettront-elles d'éclairer un peu ces faits.

L'effacement d'un souvenir, ou la perte en affect qu'il subit, dépend de plusieurs facteurs. En premier lieu, il importe de savoir si *l'événement déclenchant a ou non provoqué une réaction énergique*. En parlant ici de réaction, nous pensons à toute la série des réflexes volontaires ou involontaires grâce auxquels, comme le montre l'expérience, il y a décharge d'affects, depuis les larmes jusqu'à l'acte de vengeance. Dans les cas où cette réaction s'effectue à un degré suffisant, une grande partie de l'affect disparaît ; nous appelons ce fait d'observation journalière « se soulager par les larmes », « décharger sa colère »¹⁵. Quand cette réaction se trouve entravée, l'affect reste attaché au souvenir. On ne se souvient pas de la même façon d'une offense vengée – ne fût-ce que par des paroles – ou d'une offense que l'on s'est vu forcé d'accepter. Le langage lui-même tient compte de cette différence dans les conséquences morales et physiques en donnant, très à propos, à cette souffrance endurée sans riposte possible, le nom d'« affection ». La réaction du sujet qui subit quelque dommage n'a d'effet réellement « cathartique¹⁶ » que lorsqu'elle est vraiment adéquate, comme dans la vengeance. Mais l'être humain trouve dans le langage un équivalent

¹⁵ Les mots allemands « sich austoben. sich ausweinen » signifiant « se vider par la colère, par les pleurs », sont intraduisibles en français (*N. d. l. Tr.*).

¹⁶ Cf. note de l'introduction (p. 3).

de l'acte, équivalent grâce auquel l'affect peut être « abrégé¹⁷ » à peu près de la même façon. Dans d'autres cas, ce sont les paroles elles-mêmes qui constituent le réflexe adéquat, par exemple les plaintes, la révélation d'un secret pesant (confession). Quand cette sorte de réaction par l'acte, la parole et, dans les cas les plus légers, par les larmes, ne se produit pas, le souvenir de l'événement conserve toute sa valeur affective.

Toutefois, l'« abréaction » n'est pas l'unique mode de décharge dont peut disposer le mécanisme psychique normal d'un individu bien portant quand ce dernier a subi un traumatisme psychique. Le souvenir, même non abrégé, s'intègre dans le grand complexe des associations, y prend place à côté d'autres incidents pouvant même être en contradiction avec lui, et se trouve corrigé par d'autres représentations. Après un accident, par exemple, le souvenir de ce qui l'a suivi, du sauvetage, la notion de la sécurité actuelle, viennent se rattacher au souvenir du danger couru, à la répétition (atténuée) de la frayeur éprouvée. Le souvenir d'une humiliation est modifié par une rectification des faits, par un sentiment personnel de dignité, etc. C'est ainsi que l'être normal réussit, par les effets de l'association, à faire disparaître l'affect concomitant.

A cela, ajoutons encore une atténuation générale des impressions, un effacement des souvenirs, tout ce que nous appelons « oubli » et qui grignote surtout les représentations ayant perdu leur efficacité affective.

Nos observations prouvent que, parmi les souvenirs, ceux qui ont provoqué l'apparition de phénomènes hystériques ont conservé une extraordinaire fraîcheur et, pendant longtemps, leur pleine valeur émotionnelle. Il faut cependant souligner, comme un fait remarquable dont il y aura lieu de se servir, que ces souvenirs, contrairement à bien d'autres, ne sont pas tenus à

¹⁷ Cf. introduction p. 3.

la disposition du sujet. Tout au contraire, *la mémoire des malades ne garde nulle trace des incidents en question ou alors ne les conserve qu'à l'état le plus sommaire*. Ce n'est qu'en interrogeant des patients hypnotisés que ces souvenirs resurgissent, avec toute la vivacité d'événements récents.

Six mois durant, une de nos malades revécut avec une netteté hallucinatoire tout ce qui l'avait émue le même jour de l'année précédente (pendant une hystérie aiguë). Un journal, tenu par sa mère et dont elle ignorait l'existence, vint prouver l'exactitude impeccable de cette réitération. Une autre malade revivait, en partie sous hypnose, en partie au cours d'accès spontanés, et également avec une netteté hallucinatoire, tout ce qui lui était arrivé dix ans auparavant alors qu'elle était affectée d'une psychose hystérique. Jusqu'au moment de cette réapparition, les faits en question avaient, pour la plus grande part, succombé à l'amnésie. D'autres souvenirs encore, vieux de quinze à vingt ans et très importants au point de vue étiologique, réapparurent aussi dans leur surprenante intégralité et toute leur force sensorielle, déployant, lors de leur retour, toute la puissance affective propre aux événements nouveaux.

Comment expliquer pareil fait sans penser que ces souvenirs occupaient, dans tous les cas précités, une place exceptionnelle en ce qui touche leur usure. On constate, en effet, que ces souvenirs correspondent à des traumatismes qui n'ont pas été suffisamment « abrégés ». En étudiant de plus près les motifs qui ont empêché cette abréaction de s'effectuer, nous découvrons deux séries, au moins, de conditions capables d'entraver la réaction au traumatisme.

Dans le premier groupe, nous rangeons les cas où les malades n'ont pas réagi au traumatisme psychique parce que la nature même de ce dernier excluait toute réaction, par exemple lors de la perte d'un être aimé paraissant irremplaçable ou parce que la situation sociale rendait cette réaction impossible ou en-

core parce qu'il s'agissait de choses que le malade voulait oublier et qu'intentionnellement il maintenait, repoussait, refou-
lait, hors de sa pensée consciente. L'hypnose nous permet de constater que ce sont justement ces choses pénibles qui donnent les fondements des phénomènes hystériques (délires hystériques des saints et des religieuses, des femmes continentales, des enfants sévèrement éduqués).

Dans la seconde série des conditions nécessaires, la maladie n'est pas déterminée par le contenu des souvenirs mais bien par l'état psychique du sujet au moment où s'est produit l'événement en question. L'hypnose montre, en effet, que le symptôme hystérique est dû à des représentations qui, sans importance propre, doivent leur maintien au fait qu'elles ont coïncidé avec de fortes émotions paralysantes, telles, par exemple, qu'une frayeur, ou qu'elles se sont produites directement au cours de certains états psychiques anormaux, pendant un état d'engourdissement semi-hypnotique, de rêverie, d'autohypnose, etc. C'est ici le caractère même de ces états qui a rendu impossible une réaction à l'incident.

Les deux conditions peuvent évidemment coïncider, ce qui n'est pas rare. C'est ce qui advient quand un traumatisme déjà actif en soi se produit au moment où le sujet se trouve dans une période de graves et paralysantes émotions ou dans un état de conscience modifiée ; il semble bien aussi que, chez nombre de gens, le traumatisme psychique provoque l'un de ces états anormaux qui rendent eux-mêmes toute réaction impossible.

Un point reste commun à ces deux groupes de conditions nécessaires : les traumatismes psychiques qu'une réaction n'a pas liquidés ne peuvent l'être non plus par élaboration associative. Dans le premier groupe, le malade essaie d'oublier l'événement, de l'exclure, dans toute la mesure du possible, de ses associations. Dans le second cas, cette élaboration échoue parce qu'il n'existe entre l'état conscient normal et l'état patho-

logique où ces représentations sont nées aucun lien associatif utile. Nous aurons tout de suite l'occasion de revenir sur ce point.

On peut donc dire que, si les représentations devenues pathogènes se maintiennent ainsi dans toute leur fraîcheur et toujours aussi chargées d'émotion, c'est parce que l'usure normale due à une abréaction et à une reproduction dans des états où les associations ne seraient pas gênées leur est interdite.

III

Nos expériences nous ont montré que les phénomènes hystériques découlaient de traumatismes psychiques. Nous avons déjà parlé des états anormaux du conscient dans lesquels se produisaient ces représentations pathogènes et avons été forcés de souligner que le souvenir du traumatisme psychique actif ne pouvait se découvrir dans la mémoire normale du malade mais seulement dans celle de l'hypnotisé. En étudiant de plus près ces phénomènes, nous nous sommes toujours davantage convaincus du fait que la *dissociation du conscient, appelée « double conscience » dans les observations classiques, existe rudimentairement dans toutes les hystéries. La tendance à cette dissociation, et par là à l'apparition des états de conscience anormaux que nous rassemblons sous le nom d'états « hypnoïdes », serait, dans cette névrose, un phénomène fondamental.* Nous partageons avec Binet et les deux Janet cette opinion, mais sans disposer encore d'expériences relatives aux très surprenantes découvertes qu'ils ont faites chez des anesthésiques.

Nous voudrions ainsi substituer à la formule fréquemment employée, et d'après laquelle l'hypnose serait une hystérie artificielle, la proposition suivante : le fondement, la condition nécessaire d'une hystérie est l'existence d'états hypnoïdes. Quelles

que soient leurs différences, ces états concordent entre eux et avec l'hypnose sur un point : les représentations qui y surgissent tout en étant fort intenses n'ont aucune corrélation avec le reste du contenu du conscient. Mais ces états hypnoïdes peuvent s'associer entre eux et leur contenu en représentations peut, par cette voie, parvenir à des degrés différents d'organisation psychique. Au reste, la nature de ces états, leur degré d'isolement du reste des processus qui s'effectuent dans le conscient, varient comme nous le voyons dans l'hypnose, allant d'une légère somnolence au somnambulisme, d'une parfaite possession des souvenirs jusqu'à l'amnésie totale.

Lorsque ces états hypnoïdes ont déjà précédé la maladie manifeste, ils fournissent le terrain sur lequel l'affect va édifier le souvenir pathogène avec ses conséquences somatiques. Ce fait correspond à une prédisposition à l'hystérie. Mais nos observations montrent qu'un traumatisme grave (comme celui d'une névrose traumatique), une répression pénible (celle de l'affect sexuel, par exemple) peuvent provoquer, même chez un sujet normal, une dissociation des groupes de représentations et c'est en cela que consisterait le mécanisme de l'hystérie psychiquement acquise. Il faut tenir compte du fait qu'entre les cas extrêmes de ces deux formes il existe toute une série de représentations au sein desquelles la facile production d'une dissociation, chez un sujet donné, et l'importance de la charge affective du traumatisme varient en sens inverse.

Sur quoi s'édifient donc les états hypnoïdes prédisposants ? Nous ne pouvons, sur ce point, rien dire de nouveau. Nous croyons qu'ils se développent à partir des « rêveries diurnes », si fréquentes même chez les gens bien portants et auxquelles les ouvrages de dames, par exemple, fournissent tant d'occasion de se produire. La question de la ténacité des « associations pathologiques » formées dans ces états et de leur action sur les processus somatiques, bien plus forte que celle des autres associations, s'intègre dans le problème relatif aux effets de la sugges-

tion hypnotique. Nos expériences ne nous ont rien apporté de nouveau sur ce point ; en revanche, elles mettent en lumière la contradiction existant entre l'assertion selon laquelle l'hystérie serait une psychose et le fait qu'on trouve parfois parmi les hystériques des personnes possédant une grande clarté de vues, une très forte volonté, un caractère des plus fermes, un esprit des plus critiques. Tout cela est exact, dans ces cas-là, quand le sujet se trouve dans l'état de veille normal. Dans les états hypnoïdes, il ne s'agit plus que d'un aliéné, comme nous le sommes tous dans nos rêves. Toutefois, tandis que nos psychoses oniriques n'exercent, à l'état de veille, aucune action, les productions de l'état hypnoïde pénètrent dans la vie du sujet éveillé sous la forme de phénomènes hystériques.

IV

Ce que nous venons de dire des symptômes hystériques permanents s'applique, à peu de chose près, aux accès d'hystérie. On sait que Charcot nous a donné une description schématique du « grand » accès hystérique. Dans cet accès complet, on reconnaît quatre phases : 1) La phase épileptoïde ; 2) Celle des grands gestes ; 3) Celle des attitudes passionnelles (phase hallucinatoire) ; 4) Celle du délire terminal. Charcot fait découler de la durée longue ou courte de l'accès, de l'absence ou de l'indépendance des diverses phases, toutes les formes d'hystéries bien plus fréquentes que la grande attaque totale.

En ce qui nous concerne, nous nous proposons l'étude de la troisième phase, celle des attitudes passionnelles. Quand cette phase est très marquée, on y retrouve, mise à nu, une reproduction hallucinatoire du souvenir qui a joué un rôle important dans la production de l'hystérie. Il s'agit là de la remémoration du grand traumatisme unique, de ce qu'on appelle κατ'

ἐζοχήν¹⁸, hystérie traumatique, ou encore d'une série de traumatismes partiels et concomitants, comme ceux sur lesquels s'édifie l'hystérie banale. Ou bien, enfin, l'accès fait réapparaître les incidents qui, par leur coïncidence avec un moment de particulière disposition, ont été élevés au rang de traumatismes.

Mais certains accès ne se manifestent, en apparence, que par des phénomènes moteurs et sont dépourvus de phase passionnelle. Si, pendant ces sortes d'accès de contractions généralisées, de rigidité cataleptique ou pendant une *attaque de sommeil*¹⁹, on réussit à entrer en contact avec le malade ou, mieux encore, à provoquer, sous hypnose, cet accès, on découvre, là encore, que ces manifestations reposent sur le souvenir d'un ou de plusieurs traumatismes. En général, ce souvenir ne devient évident qu'au cours de la phase hallucinatoire. Une petite fille souffre depuis des années de crises de crampes généralisées que l'on serait tenté de qualifier d'épileptiques, comme d'ailleurs on l'a fait. Afin d'établir un diagnostic différentiel, on l'hypnotise et aussitôt sa crise se manifeste. Interrogée sur ce qu'elle voit alors, elle répond : « Le chien, voilà le chien qui arrive ! », et l'on apprend que la première crise de ce genre est survenue après qu'elle eut été poursuivie par un chien sauvage. Le succès de la thérapeutique confirme ensuite le diagnostic établi.

Un employé, devenu hystérique à la suite des procédés brutaux de son chef, souffre d'accès pendant lesquels, furieux, il s'écroule par terre, sans prononcer une parole ou révéler quelque hallucination. On réussit à provoquer la crise sous hypnose et alors le malade nous apprend qu'il revit un incident où le chef en question lui fit une scène en pleine rue et le frappa à coups de canne. Quelques jours après cette séance, le malade vient se plaindre d'avoir eu un nouvel accès. Cette fois, l'hypnose montre qu'il a revécu la scène qui déclencha vraiment

¹⁸ Par excellence.

¹⁹ En français dans le texte.

la maladie, la scène du procès où il ne put obtenir satisfaction des sévices subis, etc.

Les souvenirs apparaissant au cours des accès hystériques ou qui s'y éveillent correspondent aussi sur tous les autres points avec les incidents que nous tenons pour responsables des symptômes hystériques durables. Comme eux, ils se rapportent à des traumatismes psychiques ayant échappé à toute liquidation par abréaction ou par travail mental d'association. Comme eux encore, la totalité ou une partie essentielle d'eux-mêmes échappent au souvenir conscient et appartiennent au contenu en représentations des états hypnoïdes de la conscience, avec pouvoir d'association limité. Enfin, ils peuvent se prêter aux tentatives thérapeutiques. Nos observations nous ont maintes fois permis de constater qu'un souvenir ayant jusqu'alors provoqué des accès n'en est plus capable une fois qu'on lui a fait subir, au cours d'une hypnose, une réaction et une correction associative.

Les phénomènes moteurs de l'accès hystérique peuvent être considérés, en partie, comme des formes réactionnelles ordinaires de l'affect lié au souvenir (c'est ce qui se produit chez le nourrisson qui gigote et agite bras et jambes), en partie comme des mouvements exprimant ce souvenir. Toutefois, comme les stigmates hystériques des symptômes permanents, ils restent partiellement inexplicables.

On acquiert encore une connaissance particulière de l'accès hystérique en tenant compte de la théorie ci-dessus mentionnée d'après laquelle les groupes de représentations présents dans les états hypnoïdes de l'hystérie et qui demeurent isolés des autres représentations tout en pouvant s'associer entre eux, représentent le rudiment, plus ou moins organisé, d'un second conscient, d'une condition seconde. Ensuite, le symptôme hystérique permanent correspond à une infiltration de ce second état dans l'innervation corporelle que domine généralement le conscient normal. L'accès hystérique révèle, lorsqu'il vient d'apparaître,

que cette condition seconde s'est mieux organisée et qu'à un moment donné le conscient hypnoïde a envahi toute l'existence du sujet, donc qu'il s'agit d'une hystérie aiguë ; mais si l'on a affaire à un accès réitéré contenant quelque réminiscence, c'est qu'il y a retour d'un incident antérieur. D'après Charcot, l'accès hystérique serait le rudiment d'une condition seconde. Au cours de l'accès, c'est le conscient hypnoïde qui régirait l'ensemble de l'innervation corporelle. Comme le montrent des expériences bien connues, la conscience normale ne se trouve pas toujours entièrement étouffée ; elle reste capable de percevoir elle-même les phénomènes moteurs de l'accès alors que les phénomènes psychiques lui échappent.

Nous savons comment évolue typiquement une hystérie grave : d'abord on voit se former, dans les états hypnoïdes, un contenu en représentations qui, une fois suffisamment développé, se rend maître, pendant une période « d'hystérie aiguë », de l'innervation corporelle du malade et gouverne toute l'existence de celui-ci. 11 crée aussi les symptômes durables et les accès, puis, à l'exception de quelques séquelles, guérit. Dans les cas où la personne normale réussit à prédominer, le reste des représentations hypnoïdes reparaît sous forme d'accès hystériques et replonge de temps en temps le sujet dans des états semblables aux précédents, états à nouveau influençables et accessibles aux traumatismes. Une sorte d'équilibre s'établit alors entre les groupes psychiques présents chez un même sujet, les accès et la vie normale subsistent côte à côte sans s'influencer mutuellement. L'accès survient alors spontanément, de la même manière que surgissent en nous les souvenirs, mais il peut également être provoqué, comme toute réminiscence, d'après les lois de l'association. Cette provocation à l'accès s'effectue soit par excitation d'une zone hystérogène, soit à la suite d'un incident nouveau rappelant l'incident pathogène. Nous espérons pouvoir démontrer qu'il n'existe aucune différence essentielle entre des conditions en apparence si peu semblables et que, dans les deux cas, c'est un souvenir hyper-esthésique qui est en cause. Dans

d'autres cas, cet équilibre est fort instable ; l'accès apparaît comme manifestation des éléments hypnoïdes du conscient, chaque fois que le sujet est surmené et incapable de travailler. Ne nions pas qu'en pareils cas l'accès dépouillé de sa signification primitive puisse reparaître sous forme de réaction motrice dénuée de tout contenu. Il reste à rechercher les facteurs qui déterminent le genre des manifestations hystériques : par accès, par symptômes permanents ou par mélange de ces deux formes.

V

On comprend maintenant pour quelle raison le procédé psychothérapique que nous venons de décrire agit efficacement. *Il supprime les effets de la représentation qui n'avait pas été primitivement abrégée, en permettant à l'affect coincé de celle-ci de se déverser verbalement ; il amène cette représentation à se modifier par voie associative en l'attirant dans le conscient normal (sous hypnose légère) ou en la supprimant par suggestion médicale, de la même façon que, dans le somnambulisme, on supprime l'amnésie.*

A notre avis, le gain thérapeutique ainsi obtenu est considérable. Il va de soi que si l'hystérie résulte d'une prédisposition, nous ne la guérissons pas, nous restons impuissants devant le retour des états hypnoïdes. Et dans le stade de production d'une hystérie aiguë, notre procédé ne saurait empêcher le remplacement immédiat de manifestations péniblement supprimées par d'autres phénomènes pathologiques. Toutefois, une fois ce stade dépassé et quand ses séquelles n'apparaissent plus que sous la forme de symptômes permanents et d'accès, notre méthode supprime souvent et à jamais ces derniers, parce qu'elle est radicale et nous semble dépasser de très loin l'efficacité du procédé par suggestion directe, tel que le pratiquent aujourd'hui les psychothérapeutes.

Si la découverte du mécanisme psychique des phénomènes hystériques a pu nous faire faire un pas de plus dans la voie où s'est d'abord, avant tant de succès, engagé Charcot, lorsqu'il a expliqué et reproduit expérimentalement les paralysies hystéro-traumatiques, nous ne nous dissimulons pas, pour cela, le fait que seul le mécanisme du symptôme hystérique nous apparaît plus compréhensible. La cause interne de l'hystérie reste encore à découvrir. Nous n'avons fait qu'effleurer l'étiologie de l'hystérie, jeter quelque lumière sur la causation des formes acquises et mettre en valeur le facteur accidentel des névroses.

Vienne, décembre 1892.

II. Histoires de malades

A. Mademoiselle Anna O...

Par J. Breuer

Fräulein Anna O..., âgée de 21 ans à l'époque de sa maladie (1880), semble avoir une hérédité névrotique assez chargée. On trouve, en effet, dans sa nombreuse famille, quelques cas de psychose ; ses parents sont des nerveux bien portants. Elle-même s'est jusqu'alors fort bien portée, n'a jamais présenté de phénomènes névrotiques pendant tout son développement. Elle est remarquablement intelligente, étonnamment ingénieuse et très intuitive. Étant donné ses belles qualités mentales, elle aurait pu et dû assimiler une riche nourriture intellectuelle qu'on ne lui donna pas au sortir de l'école. On remarquait en elle de grands dons poétiques, une grande imagination contrôlée par un sens critique aiguisé qui, d'ailleurs, la rendait totalement inaccessible à la suggestion ; les arguments seuls pouvaient agir sur elle, jamais de simples affirmations. Elle est énergique, opiniâtre, persévérante. Sa volonté se mue parfois en entêtement et elle ne se laisse détourner de son but que par égard pour autrui.

Parmi les traits essentiels de son caractère, on notait une bonté compatissante. Elle prodiguait ses soins aux malades et aux pauvres gens, ce qui lui était à elle-même d'un grand secours dans sa maladie parce qu'elle pouvait, de cette façon, satisfaire un besoin profond. On observait encore chez elle une légère tendance aux sautes d'humeur. Elle pouvait passer d'une gaieté exubérante à une tristesse exagérée. L'élément sexuel était étonnamment peu marqué. Je ne tardai pas à connaître

tous les détails de son existence et cela à un degré rarement atteint dans les relations humaines. La malade n'avait jamais eu de relations amoureuses et, parmi ses multiples hallucinations, jamais cet élément de la vie psychique ne se manifestait.

Cette jeune fille d'une activité mentale débordante menait, dans sa puritaine famille, une existence des plus monotones et elle aggravait encore cette monotonie d'une façon sans doute à la mesure de sa maladie. Elle se livrait systématiquement à des rêveries qu'elle appelait son « théâtre privé ». Alors que tout le monde la croyait présente, elle vivait mentalement des contes de fées, mais lorsqu'on l'interpellait, elle répondait normalement, ce qui fait que nul ne soupçonnait ses absences. Parallèlement aux soins ménagers qu'elle accomplissait à la perfection, cette activité mentale se poursuivait presque sans arrêt. J'aurai plus tard à raconter comment ces rêveries, habituelles chez les gens normaux, prirent, sans transition, un caractère pathologique.

Le cours de la maladie se divise en plusieurs phases bien distinctes :

a) L'incubation latente : à partir de la mi-juillet 1880 jusqu'au 10 décembre environ. Nous ignorons la plus grande partie de ce qui d'ordinaire se produit dans cette phase, mais le caractère particulier de ce cas nous permet de le comprendre si parfaitement que nous en apprécions beaucoup l'intérêt au point de vue pathologique. J'exposerai plus tard cette partie de l'observation.

b) La maladie manifeste : une psychose singulière avec paraphasie, strabisme convergent, troubles graves de la vue, contracture parésique totale dans le membre supérieur droit et les deux membres inférieurs, et partielle dans le membre supérieur gauche, parésie des muscles du cou. Réduction progressive de la contracture dans les membres droits. Une certaine amélioration

se trouva interrompue par un grave traumatisme psychique en avril (décès du père) ; à cette amélioration succéda :

c) Une période de durable somnambulisme alternant, par la suite, avec des états plus normaux ; persistance d'une série de symptômes jusqu'en décembre 1881.

d) Suppression progressive des troubles et des phénomènes jusqu'en juin 1882.

En juillet 1880, le père de la malade qu'elle aimait passionnément fut atteint d'un abcès péripleuritique qui ne put guérir et dont il devait mourir en avril 1881. Pendant les premiers mois de cette maladie, Anna consacra toute son énergie à son rôle d'infirmière et personne ne put s'étonner de la voir progressivement décliner beaucoup. Pas plus que les autres, sans doute, la malade ne se rendait compte de ce qui se passait en elle-même, mais, peu à peu, son état de faiblesse, d'anémie, de dégoût des aliments, devint si inquiétant qu'à son immense chagrin on l'obligea à abandonner son rôle d'infirmière. De terribles quintes de toux fournirent d'abord le motif de cette interdiction et ce fut à cause d'elles que j'eus, pour la première fois, l'occasion d'examiner la jeune fille. Il s'agissait d'une toux nerveuse typique. Bientôt, Anna ressentit un besoin marqué de se reposer l'après-midi, repos auquel succédaient, dans la soirée, un état de somnolence, puis une grande agitation.

Un strabisme convergent apparut au début de décembre. Un oculiste attribua (faussement) ce symptôme à une parésie du nerf abducens. A partir du 11 décembre, la patiente dut s'aliter pour ne se relever que le 1^{er} avril.

Des troubles graves, en apparence nouveaux, se succédèrent alors rapidement. Douleurs du côté gauche de l'occiput ; strabisme convergent (diplopie) plus prononcé à chaque contrariété ; peur d'un écroulement des murs (affection du muscle

oblique), troubles de la vue difficilement analysables, parésie des muscles antérieurs du cou, de telle sorte que la patiente finissait par ne plus pouvoir remuer la tête qu'en la resserrant entre ses épaules soulevées et en faisant mouvoir son dos, contracture et anesthésie du bras droit, puis, au bout de quelque temps, de la jambe droite, ce membre étant raidi et recroquevillé vers le dedans ; plus tard, les mêmes troubles affectent la jambe et enfin le bras gauches, les doigts conservant pourtant une certaine mobilité. Les articulations des deux épaules ne sont pas non plus tout à fait rigides. La contracture affecte surtout les muscles du bras puis, plus tard, lorsque l'anesthésie put être mieux étudiée, la région du coude qui s'avéra la plus insensible. Au début de la maladie, l'examen de l'anesthésie ne fut pas suffisamment poussé, à cause de la résistance qu'y opposait la malade apeurée.

C'est dans ces circonstances que j'entrepris le traitement de la malade et je pus tout aussitôt me rendre compte de la profonde altération de son psychisme. On notait chez elle deux états tout à fait distincts qui, très souvent et de façon imprévisible, alternaient et qui, au cours de la maladie, se différencièrent toujours davantage l'un de l'autre. Dans l'un de ces états, elle reconnaissait son entourage, se montrait triste, anxieuse, mais relativement normale ; dans l'autre, en proie à des hallucinations, elle devenait « méchante », c'est-à-dire qu'elle vociférait, jetait des coussins à la tête des gens et, dans la mesure où sa contracture le lui permettait, arrachait avec ses doigts restés mobiles, les boutons de ses couvertures, de son linge, etc. ; si, pendant cette phase, l'on modifiait quelque chose dans la pièce, si quelqu'un venait à entrer ou à sortir, elle se plaignait de ne pas avoir de temps à elle et remarquait les lacunes de ses propres représentations conscientes. Dans la mesure du possible, on la contredisait et on cherchait à la rassurer, quand elle se plaignait de devenir folle, mais alors, chaque fois qu'elle avait jeté au loin ses coussins, etc., elle gémissait de l'abandon, du désordre où on la laissait et ainsi de suite.

Dès avant qu'elle s'alitât, on avait déjà noté chez elle de semblables absences. Elle s'arrêtait au milieu d'une phrase, en répétait les derniers mots pour la poursuivre quelques instants plus tard. Peu à peu ces troubles prirent l'acuité que nous avons décrite et, au point culminant de la maladie, quand la contracture affecta aussi le côté gauche, elle ne se montra à moitié normale que pendant de très courts instants de la journée. Toutefois, même pendant les périodes de conscience relativement claire, les troubles réapparaissaient : sautes d'humeur des plus rapides et des plus prononcées, gaieté très passagère, en général, vifs sentiments d'anxiété, refus tenace de toute mesure thérapeutique, hallucinations angoissantes où cheveux, lacets, etc., lui semblaient être des serpents noirs. En même temps, elle s'adjurait de n'être pas aussi stupide puisqu'il ne s'agissait que de ses propres cheveux et ainsi de suite. Dans ses moments de pleine lucidité, elle se plaignait de ténèbres dans son cerveau, disant qu'elle n'arrivait plus à penser, qu'elle devenait aveugle et sourde, qu'elle avait deux « moi », l'un qui était le vrai et l'autre, le mauvais, qui la poussait à mal agir, etc.

L'après-midi, elle tombait dans un état de somnolence qui se prolongeait jusqu'au coucher du soleil. Ensuite, réveillée, elle se plaignait d'être tourmentée ou plutôt ne cessait de répéter l'infinif : tourmenter, tourmenter.

Un grave trouble fonctionnel du langage était apparu en même temps que les contractures. On observa d'abord qu'elle ne trouvait plus ses mots, phénomène qui s'accentua peu à peu. Puis grammaire et syntaxe disparurent de son langage, elle finit par faire un usage incorrect des conjugaisons de verbes, n'utilisant plus que certains infinitifs formés à l'aide de prétérifs de verbes faibles et omettant les articles. Plus tard, les mots eux-mêmes vinrent à lui manquer presque totalement, elle les empruntait péniblement à 4 ou 5 langues et n'arrivait plus guère à se faire comprendre. En essayant d'écrire, elle se servait du

même jargon (au début, car ensuite la contracture l'en empêcha tout à fait). Deux semaines durant, elle garda un mutisme total et, en s'efforçant de parler, n'émettait aucun son. C'est alors seulement que le mécanisme psychique de la perturbation pu s'expliquer. Je savais qu'une chose qu'elle avait décidé de taire l'avait beaucoup tourmentée. Lorsque j'appris cela et que je la contraignis à en parler, l'inhibition, qui avait rendu impossible toute autre expression de pensées, disparut.

Cette amélioration coïncida, en mars 1881, avec la mobilité récupérée des membres gauches ; la paraphasie disparut, mais elle ne s'exprimait plus qu'en anglais, en apparence sans s'en rendre compte ; elle querellait son infirmière qui, naturellement, ne la comprenait pas ; quelques mois plus tard seulement, j'arrivai à lui faire admettre qu'elle utilisait l'anglais. Toutefois, elle n'avait pas cessé de comprendre son entourage qui s'exprimait en allemand. Dans les moments d'angoisse intense seulement, elle perdait entièrement l'usage de la parole ou bien elle mêlait les idiomes les plus différents. A ses meilleurs moments, quand elle se sentait le mieux disposée, elle parlait français ou italien. Entre ces périodes et celles où elle s'exprimait en anglais, on constatait une amnésie totale. Le strabisme également s'atténua pour ne plus apparaître que dans des moments de grande agitation. La malade pouvait maintenant redresser la tête et quitta son lit, pour la première fois, le 1^{er} avril.

Mais le 5 avril, son père adoré, qu'elle n'avait que rarement entrevu au cours de sa propre maladie, vint à mourir. C'était là le choc le plus grave qui pût l'atteindre. A une agitation intense succéda, pendant deux jours, un état de prostration profonde dont Anna sortit très changée. Au début, elle se montra bien plus calme avec une forte atténuation de son sentiment d'angoisse. Les contractures de la jambe et du bras droits persistaient ainsi qu'une anesthésie peu marquée de ces membres. Le champ visuel se trouvait extrêmement rétréci. En contemplant une gerbe de fleurs qui lui avait fait grand plaisir, elle ne

voyait qu'une seule fleur à la fois. Elle se plaignait de ne pas reconnaître les gens. Autrefois elle les reconnaissait sans effort volontaire, maintenant elle se voyait obligée, en se livrant à un très fatigant « recognising work », de se dire que le nez était comme ci, les cheveux comme ça, donc qu'il s'agissait bien d'un tel. Les gens lui apparaissaient comme des figures en cire, sans rapport avec elle-même. La présence de certains proches parents lui était très pénible et « cet instinct négatif » ne faisait que croître. Si quelqu'un, dont la visite lui faisait généralement plaisir, pénétrait dans la pièce, elle le reconnaissait, demeurait quelques instants présente pour retomber ensuite dans sa rêverie et, pour elle, la personne avait disparu. J'étais la seule personne qu'elle reconnût toujours. Elle demeurait présente et bien disposée tant que je lui parlais jusqu'au moment où, tout à fait à l'improviste, survenaient ses absences hallucinatoires.

Elle ne s'exprimait maintenant qu'en anglais, sans plus comprendre ce qu'on lui disait en allemand. Son entourage se voyait forcé de lui parler en anglais et l'infirmière elle-même apprit à se faire à peu près comprendre. Mais la malade lisait des livres français et italiens ; lorsqu'on lui demandait de lire à haute voix, elle traduisait les textes avec une surprenante rapidité et dans un anglais parfaitement correct.

Elle recommença à écrire, mais d'une façon bizarre, en se servant de l'articulation de sa main gauche et en traçant des lettres d'imprimerie dont elle s'était fait un alphabet copié dans son Shakespeare.

Elle n'avait jamais été grosse mangeuse, mais maintenant elle refusait toute nourriture, en dehors pourtant de celle qu'elle m'autorisait à lui faire ingurgiter, de sorte qu'elle put rapidement reprendre des forces. Toutefois, elle refusait toujours de manger du pain et ne manquait jamais, une fois le repas terminé, d'aller se rincer la bouche, ce qu'elle faisait aussi quand,

sous un prétexte quelconque, elle n'avait rien voulu avaler – un indice du fait qu'elle était alors absente.

Les somnolences de l'après-midi, le profond assoupissement au coucher du soleil, persistaient. Mais quand elle avait pu « se raconter » elle-même, elle se montrait calme, tranquille et enjouée, (je reviendrai ultérieurement, d'une façon plus explicite, sur ce point).

Cet état relativement supportable ne se maintint pas longtemps. Dix jours environ après la mort de son père, un consultant fut appelé. Comme toujours quand il s'agissait de personnes étrangères, elle ignora absolument sa présence.

J'informai le médecin de tout ce qui caractérisait ma malade et lorsque je fis traduire à celle-ci un texte en français, « That is like an examination », dit-elle en souriant. Le médecin étranger lui parla, essaya de se faire remarquer d'elle, mais en vain. Il s'agissait, en l'occurrence, de cette « hallucination négative », si souvent expérimentalement établie depuis. Le praticien réussit enfin à marquer sa présence en lui lançant au visage la fumée de sa cigarette. Elle aperçut soudain cet étranger, se précipita vers la porte pour en enlever la clé et s'écroula inanimée. Après quoi, elle eut un court accès de colère auquel succéda une crise aiguë d'angoisse que j'eus beaucoup de mal à calmer. Le malheur voulut que je fusse obligé, ce soir-là, de partir en voyage et quand, plusieurs jours après, je revins, je trouvai que l'état de ma malade s'était bien aggravé. Elle avait, pendant mon absence, refusé tout aliment, était en proie à des sentiments d'angoisse. Ses absences hallucinatoires étaient remplies de figures terrifiantes, de têtes de mort et de squelettes. Comme elle racontait une partie de ces scènes tout en les vivant, son entourage prenait généralement connaissance du contenu des hallucinations. L'après-midi : somnolence, vers le soir : hypnose profonde à laquelle elle avait donné le nom technique de « clouds » (nuages). Si elle pouvait ensuite raconter ses halluci-

nations de la journée, elle se réveillait lucide, calme, gaie, se mettait au travail et passait la nuit à dessiner et à écrire, se montrait tout à fait raisonnable et se recouchait vers 4 heures. Les mêmes scènes que les jours précédents se reproduisaient le matin. Le contraste que présentait la malade irresponsable, poursuivie par ses hallucinations dans la journée, et la jeune fille parfaitement lucide qu'elle était pendant la nuit semblait des plus frappants.

En dépit de cette euphorie nocturne, l'état psychique ne cessait d'empirer. D'intenses compulsions au suicide apparurent ; c'est pourquoi nous trouvâmes qu'il ne convenait pas de la laisser plus longtemps loger au troisième étage de sa demeure. La malade, bien contre son gré, fut conduite dans une villa à proximité de Vienne (le 7 juin 1881). Il n'avait jamais été question entre nous de l'éloigner de sa maison car elle s'y serait opposée, mais elle prévoyait cette décision et la craignait en silence. A cette occasion, on peut, une fois de plus, constater à quel point l'affect d'angoisse dominait le trouble psychique. Comme après la mort de son père, elle traversait, maintenant que le fait redouté s'était accompli, une période d'accalmie non point, à vrai dire, sans que le changement de demeure n'eût été immédiatement suivi de trois nuits d'insomnie, de jeûne complet et d'une tentative de suicide (heureusement sans danger) dans le jardin, ainsi que de bris de vitres, etc. Elle avait des hallucinations sans absences qu'elle distinguait fort bien des autres. Elle finit par se calmer, accepta que l'infirmière la fît manger et prit même le soir son chloral.

Avant de continuer la description du cas, je dois, une fois de plus, revenir en arrière et signaler encore un fait particulier que je me suis jusqu'ici contenté de mentionner en passant.

Nous savons déjà que pendant toute sa maladie, la patiente tombait l'après-midi dans un état de torpeur, auquel succédait, vers le coucher du soleil, un sommeil profond (nuages). (On

aurait pu voir dans cette périodicité une conséquence du travail d'infirmière qu'elle s'était imposé des mois durant. La nuit, en effet, elle avait veillé au chevet de son père ou bien elle allait s'allonger, pleine d'inquiétude, prêtant l'oreille au moindre bruit, sans dormir ; l'après-midi, comme la plupart des infirmières, elle allait se reposer. Et ce furent ces veilles nocturnes et ce sommeil diurne qui se prolongèrent au cours de sa propre maladie, puisque, depuis longtemps, un état hypnotique avait remplacé le sommeil.) Au bout d'une heure d'assoupissement, elle s'agitait dans son lit et ne cessait de s'écrier, sans ouvrir les yeux : tourmenter, tourmenter ! D'autre part, on observait que pendant ses absences de la journée, elle imaginait une situation ou une histoire, ce qui se trahissait par quelques mots marmotés. Il arriva d'abord par hasard, puis intentionnellement, que quelqu'un de l'entourage laissât tomber une parole incitante pendant qu'elle se plaignait de son « tourment » ; aussitôt elle s'emparait de ce mot et se mettait à dépeindre une situation ou à raconter une histoire, avec hésitation au début et dans son jargon paraphasique, puis toujours plus vite pour finir par s'exprimer dans un allemand des plus purs (ceci dans les premiers temps, avant d'arriver à ne plus parler qu'anglais). Ses récits, toujours tristes, contenaient de fort jolis passages et rappelaient le *Livre d'images sans images* d'Andersen qui sans doute les avait inspirés. Comme point de départ ou point central de son histoire, elle prenait généralement le cas d'une jeune fille angoissée au chevet d'un malade, mais elle pouvait aussi aborder des sujets tout à fait différents. Quelques instants après avoir terminé son récit, Anna se réveillait, visiblement rassérénée ou, comme elle disait, « bien à son aise ». Au cours de la nuit, elle recommençait à s'agiter et le matin, après deux heures de sommeil, il devenait évident qu'elle se mouvait à nouveau dans un cercle différent de représentations. S'il arrivait qu'elle fût empêchée de me raconter son histoire, elle ne retrouvait pas son calme vespéral et, pour provoquer ce dernier, il fallait, le jour suivant, qu'elle racontât deux histoires au lieu d'une.

Pendant les dix-huit mois que dura cette observation, jamais les manifestations essentielles de la maladie ne manquèrent, à savoir : accumulation et condensation des absences allant, le soir, jusqu'à l'autohypnose, action excitante des productions fantasmatiques, soulagement et suppression de l'excitation par expression verbale sous hypnose.

Après la mort du père, les récits de la malade prirent naturellement un tour plus tragique encore, mais ce ne fut qu'après l'aggravation de l'état psychique provoquée par la brutale irruption du somnambulisme et dont nous avons parlé que les narrations du soir perdirent leur caractère plus ou moins libre et poétique pour se transformer en séries d'hallucinations horribles et terrifiantes. Le comportement de la malade pendant les heures précédentes permettait d'ailleurs de prévoir celles-ci. Mais j'ai déjà dit comment elle parvenait à libérer complètement son psychisme après que, toute tremblante d'épouvante et d'horreur, elle avait revécu et décrit toutes ces images terrifiantes.

A la campagne où il ne me fut pas possible d'aller voir quotidiennement la malade, les choses se passèrent de la façon suivante : j'arrivais le soir, au moment où je la savais plongée dans son état d'hypnose et la débarrassais de toutes les réserves de fantômes accumulées depuis ma dernière visite. Pour s'assurer le succès, il fallait que ce fût fait à fond. Alors, tout à fait tranquillisée, elle se montrait le jour suivant aimable, docile, laborieuse, voire même enjouée. Le deuxième jour, et surtout le troisième, son humeur devenait toujours moins bonne, elle était revêche, désagréable. En cet état, il devenait parfois difficile, " même sous hypnose, de la faire parler. Elle avait donné à ce procédé le nom bien approprié et sérieux de « talking cure » (cure par la parole) et le nom humoristique de « chimney sweeping » (ramonage). Elle savait qu'après avoir parlé, elle aurait perdu tout son entêtement et toute son « énergie ». Lorsque son humeur redevenait maussade (après un intervalle prolongé) et

qu'elle refusait de parler, je devais l'y contraindre en insistant, suppliant et aussi en me servant de certains artifices, en prononçant, par exemple, une formule stéréotypée du début de ses récits. Car elle ne se décidait à obéir qu'après s'être convaincue de mon identité en tâtant soigneusement mes mains. Pendant les nuits où l'apaisement par le récit ne s'était pas produit, il fallait lui administrer du chloral. J'avais auparavant déjà fait usage pour elle de ce médicament, mais il fallait lui en donner 5 grammes et un état d'ivresse d'une durée de plusieurs heures précédait alors le sommeil, ivresse gaie en ma présence, mais accompagnée, quand je n'étais pas là, d'un état d'anxiété extrêmement désagréable (soit dit en passant, cet état accentué d'ivresse n'avait aucune action sur la contracture). J'avais pu éviter les narcotiques parce que le fait de parler provoquait sinon le sommeil du moins l'apaisement. A la campagne, les nuits, qui séparaient les séances apaisantes d'hypnotisme, étaient à tel point insupportable qu'il fallait bien avoir recours au chloral ; on put d'ailleurs en diminuer progressivement les doses.

Le somnambulisme permanent disparut progressivement, mais ce qui persista fut l'alternance de deux états de la conscience. Au beau milieu d'une conversation, certaines hallucinations pouvaient survenir, la malade s'enfuyait, essayait de grimper sur un arbre, etc. Lorsqu'on la retenait, elle reprenait presque immédiatement le fil de son discours comme si rien ne s'était produit entre-temps. Mais ensuite, elle décrivait sous hypnose toutes ces hallucinations.

Dans l'ensemble son état s'améliora. Il devint possible de l'alimenter et elle laissait l'infirmière lui introduire la nourriture dans la bouche ; toutefois, après avoir réclamé du pain, elle le refusait dès qu'il était en contact avec ses lèvres. La contracture parésique de la jambe s'atténua notablement. Elle put porter un jugement exact sur le médecin qui venait la voir, mon ami le Dr B..., et s'attacha beaucoup à lui. Une terre-neuve dont on lui fit

présent et qu'elle aimait passionnément nous fut aussi d'un grand secours. Ce fut un spectacle magnifique que de voir, un jour où cet animal avait attaqué un chat, notre frêle jeune fille saisir un fouet et en fustiger l'énorme chien, pour lui faire lâcher sa proie. Plus tard, elle s'occupa de quelques malades indigents, ce qui lui fut très utile.

C'est en rentrant de voyage, après plusieurs semaines de vacances, que j'obtins la preuve la plus évidente de l'action pathogène, excitante, des complexes de représentations produits au cours de ses états d'absence, dans sa « condition seconde », la preuve aussi de leur liquidation par un récit fait sous hypnose. Pendant mon voyage, aucune « talking cure » n'avait été entreprise, puisqu'il était impossible d'amener la malade à parler devant qui que ce soit d'autre que moi, fût-ce même devant le Dr B..., qu'elle aimait pourtant beaucoup. Je la retrouvai dans un triste état moral, paresseuse, indocile, d'humeur changeante, méchante même. Dans les récits du soir, je constatai que sa veine poético-imaginative était en train de s'épuiser ; elle donnait toujours plus de comptes rendus de ses hallucinations et de ce qui, les jours précédents, l'avait contrariée, tout cela enjolivé de fantasmes, mais plutôt traduit en formules stéréotypées qu'en poèmes. L'état de la patiente ne devint supportable que lorsqu'elle fut revenue passer une semaine en ville et que j'eus réussi à lui extorquer, soir après soir, trois à cinq récits. Une fois ce travail terminé, tout ce qui s'était accumulé pendant mon absence se trouva liquidé. C'est alors seulement que se rétablit le rythme de comportement dont nous avons parlé : le lendemain de son récit, amabilité, gaieté ; le jour suivant, plus grande irritabilité, maussaderie ; le troisième jour, humeur vraiment détestable. Son état moral était fonction du temps écoulé depuis la dernière séance, parce que chacune des productions spontanées de son imagination, chacun des incidents saisi par la partie malade de son psychisme agissait à la manière d'un excitant psychique, tant qu'elle n'en avait pas, en état d'hypnose, fait le récit. Grâce à ce récit l'incident perdait totalement sa nocivité.

Quand, en automne, la patiente regagna la ville (pour y habiter un appartement autre que celui où elle était tombée malade), son état était devenu supportable, tant au point de vue somatique qu'au point de vue moral. Peu d'incidents, en dehors de ceux qui avaient vraiment quelque importance, agissaient pathologiquement. J'espérais obtenir une amélioration toujours croissante en faisant régulièrement parler la malade et en empêchant, par ce moyen, son psychisme de se charger de nouvelles excitations. Je fus d'abord déçu. En décembre, son état psychique s'aggrava beaucoup. Elle se montrait à nouveau agitée, maussade, irritable et « les journées entièrement bonnes » devenaient rares, même quand rien n'était décelable à l'arrière-plan. A la fin de décembre, vers la Noël, elle se montra particulièrement agitée, ne raconta rien de nouveau pendant toute une semaine, mais seulement les fantasmes qu'elle avait élaborés jour après jour, pendant les périodes de fêtes de 1880. Après cette série, on nota une grande amélioration.

Un an s'était écoulé depuis que, séparée de son père, elle s'était alitée. A dater de cet anniversaire son état s'organisa et se systématisa de façon très particulière. Les deux états de la conscience alternaient de la manière suivante : à partir de la matinée et à mesure que la journée s'avance, les absences (c'est-à-dire les états seconds) devenaient plus fréquentes et, le soir, seule la condition seconde demeurait. Les deux états ne différaient plus seulement par le fait que dans l'un, le premier, la patiente se montrait normale et dans l'autre, aliénée, mais surtout parce que, dans le premier état, elle se trouvait, comme nous tous en l'hiver de 1881-1882, tandis que, dans sa condition seconde, elle revivait l'hiver 1880-1881 et tout ce qui était arrivé depuis était oublié. Malgré tout, elle semblait généralement se souvenir de la perte de son père. Toutefois la rétrogression vers l'année précédente était si marquée que, dans son nouvel appartement, elle se croyait encore dans son ancienne chambre et quand elle voulait aller vers la porte, elle se dirigeait vers la cheminée qui, par

rapport à la fenêtre, se trouvait située comme l'était la porte dans l'ancienne demeure. Le passage d'un état dans l'autre s'effectuait spontanément, mais pouvait aussi, avec une facilité extrême, être provoqué par une quelconque impression sensorielle rappelant un fait de l'année précédente. Il suffisait de lui montrer une orange (son principal aliment pendant les premiers temps de sa maladie) pour la faire rétrograder de l'année 1882 en l'année 1881. Ce retour en arrière dans le temps ne s'effectuait pourtant pas n'importe comment, d'une façon indéterminée, et elle revivait jour après jour l'hiver précédent. Je n'aurais pu que soupçonner ce fait si, chaque soir, dans son hypnose, elle ne racontait ce qui l'avait émue le jour correspondant de 1881 et si, un carnet intime tenu par sa mère, en cette même année, ne venait confirmer l'exactitude indéniable des incidents racontés. Cette reviviscence de l'an précédent persista jusqu'à la fin définitive de la maladie, en juin 1882.

Il était également fort intéressant d'observer comment ces excitations psychiques ressuscitées passaient du second état au premier, plus normal. Parfois la malade me disait, le matin, en riant, qu'elle ne savait pas pourquoi elle m'en voulait ; grâce au journal intime, j'apprenais de quoi il s'agissait et ce qui se produirait le soir au cours de l'hypnose. En 1881, j'avais, à cette même date, violemment irrité ma malade. Ou bien elle disait que ses yeux étaient malades, qu'elle voyait faussement les couleurs : sa robe était marron, elle le savait mais la voyait bleue. On découvrit bientôt qu'elle distinguait exactement et parfaitement les couleurs d'un papier d'essai et que l'erreur ne s'appliquait qu'à l'étoffe de la robe. Le motif en était qu'en 1881, aux dates correspondantes, elle s'était beaucoup occupée d'une robe de chambre destinée à son père et faite dans le même tissu que sa robe à elle, mais bleue. En outre, on pouvait prévoir l'effet de ces souvenirs resurgis car la perturbation de l'état normal les précédait et ils ne s'éveillaient que progressivement dans la condition seconde.

L'hypnose vespérale était très compliquée parce que la malade devait révéler, non seulement les fantasmes récents, mais aussi les incidents et les « vexations » de 1881 (heureusement, j'avais déjà pu éliminer les fantasmes de 1881). Mais la tâche du médecin et de sa patiente se trouva encore énormément accrue par une troisième série de troubles particuliers qu'il fallut supprimer de la même manière : je veux parler des incidents psychiques survenus pendant la période d'incubation, de juillet à décembre 1880, incidents qui avaient créé l'ensemble des phénomènes hystériques et dont la mise au jour provoqua la disparition des symptômes.

Ma surprise fut très grande la première fois que je vis disparaître un trouble déjà ancien. Nous traversions cet été-là une période caniculaire et la patiente souffrait beaucoup de la chaleur ; tout à coup, sans qu'elle pût en donner d'explication, il lui fut impossible de boire. Elle prit dans la main le verre d'eau dont elle avait envie, mais, dès qu'il toucha ses lèvres, elle le repoussa, à la manière d'une hydrophobique. Elle se trouvait évidemment, pendant ces quelques secondes, dans un état d'absence. Pour calmer sa soif ardente, elle ne prenait que des fruits, des melons, etc. Au bout de six semaines environ, elle se mit un beau jour à me parler, pendant l'hypnose, de sa dame de compagnie anglaise qu'elle n'aimait pas et raconta avec tous les signes du dégoût qu'étant entrée dans la chambre de cette personne, elle la vit faisant boire son petit chien, une sale bête, dans un verre. Par politesse, Anna n'avait rien dit. Après m'avoir énergiquement exprimé sa colère rentrée, elle demanda à boire, avala sans peine une grande quantité d'eau et sortit de son état hypnotique, le verre aux lèvres ; après quoi le symptôme ne se manifesta jamais plus. Certaines marottes étranges et tenaces disparurent de la même manière après le récit de l'incident qui les avait provoquées. Mais nous fîmes un grand pas en avant le jour où, de la même façon, un des symptômes chroniques, la contracture de la jambe droite qui, à vrai dire, s'était déjà bien atténuée, fut supprimé. En observant que chez

cette malade les symptômes disparaissaient dès que les incidents qui les avaient provoqués se trouvaient reproduits, nous en tirâmes une thérapeutique à laquelle il était impossible de rien reprocher au point de vue des conclusions logiques et de la réalisation systématique. Chacun des symptômes de ce tableau clinique compliqué fut isolément traité ; tous les incidents motivants se trouvèrent mis au jour dans l'ordre inverse de leur production, à partir ; des jours ayant précédé l'alitement de la malade et en remontant jusqu'à la cause de la première apparition des symptômes. Une fois cette cause révélée, les symptômes disparaissaient pour toujours.

C'est ainsi que furent éliminés, grâce à cette « narration dépuratoire », les contractures parésiques et les anesthésies, les troubles de la vision, de l'audition, les névralgies, la toux, les tremblements, etc., et finalement aussi les troubles de l'élocution. En ce qui concerne les troubles de la vue, par exemple, nous supprimâmes tour à tour le strabisme convergent avec diplopie, la déviation des deux yeux vers la droite obligeant la main à se porter trop à droite de l'objet qu'elle devait saisir, le rétrécissement du champ visuel, l'amblyopie centrale, la macropsie, la vision d'une tête de mort à la place du père et l'incapacité de lire. Seuls quelques phénomènes isolés survenus au cours de son séjour au lit échappèrent à cette analyse, telle par exemple l'extension au côté gauche de la contracture parésique qui ne devait d'ailleurs pas avoir vraiment une origine psychique directe.

Nous pûmes constater qu'il n'était nullement profitable de raccourcir, pour cette malade, la durée du traitement, en cherchant directement à provoquer le retour dans le psychisme de la malade de la première motivation du symptôme. Elle n'arrivait pas à la retrouver, était déconcertée, et tout allait plus lentement que lorsqu'on la laissait tranquillement et sûrement dévider l'écheveau de son souvenir en remontant vers le passé. Mais les choses allaient trop lentement pendant l'hypnose vespérale

du fait que la malade était distraite et fatiguée par l'expression des deux autres séries d'expériences, et qu'en outre, il fallait beaucoup de temps pour mettre les souvenirs en pleine lumière. J'instaurai la méthode suivante : pendant ma visite matinale, je l'hypnotisai (par un très simple procédé empiriquement trouvé) et je lui demandai de concentrer ses pensées sur le symptôme dont nous venions justement de nous occuper, pour découvrir dans quelle circonstance il était d'abord apparu. La patiente décrivait alors rapidement, par de courtes phrases et en raccourci, ces circonstances extérieures que je notais. Dans l'hypnose du soir, elle racontait ensuite avec assez de détails tous ces incidents, ce que confirmaient les faits déjà notés. Un exemple montre la précision minutieuse à tous points de vue de cette manière d'opérer. Souvent la patiente n'entendait pas quand on l'interpellait. Ce défaut passager d'audition se différenciait de la façon suivante :

a) Ne pas entendre quand quelqu'un entre dans la pièce – distraction : 108 cas particuliers détaillés, citation des personnes et des circonstances, souvent même de la date ; premier fait : elle n'avait pas entendu entrer son père.

b) Ne pas comprendre lorsque plusieurs personnes conversent : 27 fois. La première fois à l'occasion d'une conversation entre son père et une personne de leur connaissance.

c) Ne pas entendre quand elle était seule et qu'on l'interpellait directement : 50 fois. Origine : le père lui avait vainement demandé du vin.

d) Surdité par secousses (en voiture, etc.) : 15 fois. Origine : son jeune frère, en se disputant avec elle, l'avait secouée un jour qu'il l'avait surprise se tenant aux aguets devant la porte du malade.

e) Surdité par peur d'un bruit : 37 fois. Origine : une crise d'étouffement du père qui avait aval  de travers.

f) Surdité en état profond d'absence : 12 fois.

g) Surdité après avoir longtemps  coute  et  pi , de telle façon qu'elle n'entendait pas quand on s'adressait à elle : 54 fois.

Naturellement, tous ces cas sont pour la plupart identiques puisqu'ils peuvent se ramener à la distraction, à l'absence ou à un effet de peur. Toutefois, ils étaient si nettement distincts les uns des autres dans la mémoire de la malade que lorsqu'il lui arrivait de confondre l'ordre des incidents, il fallait le rétablir exactement, sinon elle ne poursuivait pas son récit. La précision de ces dires, et leur manque d'intérêt, leur insignifiance, ne permettaient pas de penser qu'ils fussent inventés. Beaucoup d'entre eux échappaient à la vérification en tant que phénomènes intérieurs. L'entourage de la malade avait gardé le souvenir d'autres incidents ou des circonstances qui les avaient entourés.

Il arriva ici ce qui s'observait chaque fois qu'un symptôme se trouvait éliminé au moyen de la parole : son intensité s'accroissait pendant le récit. C'est ainsi que, pendant l'analyse de sa surdité, elle devenait si sourde que j'étais obligé de me faire, en partie, comprendre d'elle par écrit. Ce qui avait provoqué le symptôme considéré était toujours une frayeur ressentie pendant qu'elle soignait son père, un oubli de sa part, etc.

Le souvenir ne surgissait pas toujours rapidement et la malade était parfois obligée de faire de grands efforts. Une fois même, le traitement se trouva quelque temps arrêté parce qu'un certain souvenir n'arrivait pas à resurgir : il s'agissait d'une hallucination qui terrifiait la malade : elle avait vu son père, qu'elle soignait, avec une tête de mort. Ses proches et elle-même se souvenaient aussi de la visite qu'elle avait faite un jour à l'une

de ses parentes, à une époque où elle paraissait encore bien portante ; elle avait ouvert la porte et aussitôt était tombée évanouie. Pour vaincre cet obstacle, elle retourna chez la même parente, et cette fois encore, se trouva mal en pénétrant dans la pièce. L'obstacle se trouva surmonté au cours de l'hypnose du soir : lorsqu'elle était entrée dans cette pièce, elle avait aperçu, dans la glace, posée en face de la porte, un visage blême, non pas le sien mais celui de son père avec une tête de mort. Nous avons eu maintes occasions de constater que la peur d'un souvenir – et c'est le cas ici – gêne sa survenue, et qu'en pareil cas, la patiente ou le médecin doivent à toute force en provoquer l'apparition.

Comme cette difficile analyse des symptômes était consacrée à l'été de 1880, au cours duquel s'était préparée la maladie, j'arrivai à connaître parfaitement l'incubation et la pathogenèse de cette hystérie. J'en donnerai ici un bref exposé.

Le fait suivant montre de quelle puissance était nantie la logique interne de cet état : la patiente, nous l'avons déjà dit, se trouvait toujours, la nuit, dans sa « condition seconde », donc en 1881. Il lui arriva une fois de se réveiller nuitamment en prétendant qu'on l'avait de nouveau éloignée de chez elle ; elle se montra très agitée et alarma toute la maison. Le motif en était bien simple : le soir précédent, la « talking cure » avait fait disparaître son trouble visuel, même dans sa « condition seconde ». Aussi, quand elle se réveilla au milieu de la nuit, elle se vit dans une chambre inconnue, sa famille ayant changé de domicile depuis le printemps de 1881. Sur sa demande, j'empêchai, chaque soir, ces accès très désagréables en fermant les yeux de la malade, et en lui suggérant, ce faisant, d'attendre pour les ouvrir que je vienne l'y aider le matin. Le vacarme ne se renouvela qu'une seule fois, lorsque la patiente, ayant pleuré en rêve, avait ouvert les yeux en se réveillant.

En juillet 1880, un abcès subpleural rendit son père gravement malade. Anna et sa mère se partagèrent les soins à donner. La jeune fille se réveilla une nuit dans un état de grande angoisse et d'attente anxieuse : le malade était très fiévreux et l'on attendait de Vienne l'arrivée du chirurgien qui devait procéder à l'opération. La mère s'était éloignée pour quelques moments et Anna, assise auprès du lit, avait le bras droit appuyé sur le dossier de sa chaise. Elle tomba dans un état de rêverie et aperçut, comme sortant du mur, un serpent noir qui s'avancait vers le malade pour le mordre. Il est très vraisemblable que dans la prairie située derrière la maison se trouvaient réellement des reptiles qui avaient en d'autres occasions effrayé la jeune fille et qui maintenant formaient l'objet de l'hallucination. Elle voulut mettre en fuite l'animal, mais resta comme paralysée, le bras droit « endormi », insensible et devenu parésique, pendant sur le dossier de la chaise. En regardant ce bras, elle vit ses doigts se transformer en petits serpents à tête de mort (les ongles). Sans doute avait-elle tenté de chasser les serpents à l'aide de sa main droite engourdie, d'où l'insensibilité et la paralysie de celle-ci, ainsi associées à l'hallucination des serpents. Lorsque ceux-ci eurent disparu, dans sa terreur, elle voulut prier mais les mots lui manquèrent, elle ne put s'exprimer en aucune langue jusqu'au moment où elle trouva enfin un vers enfantin anglais et qu'elle put, en cette langue, continuer à penser et à prier.

Le sifflet de la locomotive qui amenait le médecin attendu vint chasser ces fantômes. Quand, un autre jour, elle voulut enlever du buisson où il avait été lancé pendant un jeu, un certain anneau, une branche tordue ramena l'hallucination du serpent et de nouveau le bras droit se trouva raidi. Et le fait se renouvelait chaque fois qu'un objet pouvant plus ou moins rappeler un serpent provoquait l'hallucination. Mais celle-ci, comme la contracture, ne survenait que pendant de courts moments d'absence qui, depuis cette nuit-là, ne cessaient de gagner en fréquence (la contracture ne devint permanente qu'en dé-

cembre, lorsque la patiente, totalement épuisée, ne put plus quitter son lit). Lors d'un incident que j'omis de noter et dont je ne me souviens plus, une contracture de la jambe droite vint s'ajouter à celle du bras.

C'est ainsi que se trouva créée la tendance aux absences autohypnotiques. Au cours de la journée qui succéda à la nuit en question, son état d'absence pendant l'attente du chirurgien fut tel que lorsque, enfin, celui-ci pénétra dans la pièce, elle ne l'entendit pas entrer. Son sentiment d'angoisse l'empêchait de manger et aboutit à la longue à un dégoût intense. En dehors de cela, chacun des symptômes hystériques était apparu à l'occasion de quelque émotion. Nous ne savons pas très bien s'il y avait toujours, en pareil cas, absence momentanée totale, mais la chose paraît vraisemblable puisque, à l'état de veille, la malade n'en savait plus rien.

Néanmoins, certains symptômes provoqués par quelque émotion semblent être apparus, non pendant les états d'absence, mais bien à l'état de veille. C'est ainsi que les troubles de la vue purent être attribués à des motivations plus ou moins clairement déterminées. Donnons-en des exemples : la patiente, les larmes aux yeux, est assise auprès du lit de son père qui lui demande tout à coup l'heure qu'il est. Elle, voyant mal, fait des efforts, approche la montre de ses yeux, et alors, les chiffres du cadran lui paraissent énormes (macroscopie et strabisme convergent), ou bien elle s'efforce de refouler ses larmes afin que le malade ne s'en aperçoive pas.

Une querelle dans laquelle elle fut obligée de ne pas répondre provoqua un spasme de la glotte, lequel se répéta à chaque occasion analogue.

La parole lui manquait : a) Par angoisse, depuis sa première hallucination nocturne ; b) Depuis qu'elle avait étouffé, une fois de plus, une réflexion (inhibition active) ; c) Depuis un

jour où elle avait été injustement grondée ; d) Dans toutes les circonstances analogues (offenses). La toux avait fait son apparition le jour où, veillant au chevet du malade, les sons d'une musique de danse venus d'une maison voisine parvinrent à ses oreilles et qu'un désir d'être là-bas éveilla en elle des remords. Dès lors, pendant sa maladie, elle réagit à toute musique bien rythmée par une toux nerveuse.

Je ne regrette pas trop que le caractère incomplet de mes notes m'empêche de ramener tous les symptômes hystériques à leurs motivations. La patiente les avait retrouvées, à une exception près, comme nous l'avons dit, et chacun des symptômes disparaissait une fois que la première cause déclenchante avait été racontée.

C'est de cette même façon que s'acheva toute l'hystérie. La malade elle-même était fermement décidée à ce que sa maladie fût liquidée le jour anniversaire de son transfert à la campagne. C'est dans cette intention qu'elle déploya, au début de juin, une grande énergie à pratiquer sa « talking cure ». Le dernier jour, après avoir arrangé sa chambre comme l'avait été celle de son père (ce qui contribua à la solution), elle me fit le récit de l'angoissante hallucination que nous avons rapportée, qui avait déterminé toute la maladie et à partir de laquelle elle n'avait plus été capable de penser ou de prier qu'en anglais. Immédiatement après ce récit elle s'exprima en allemand et se trouva, dès lors, débarrassée des innombrables troubles qui l'avaient affectée auparavant. Elle partit ensuite en voyage mais un temps assez long s'écoula encore avant qu'elle pût trouver un équilibre psychique total. Depuis, elle jouit d'une parfaite santé.

Bien que j'aie supprimé beaucoup de détails très intéressants, l'observation d'Anna O... a pris plus d'extension que ne semble le mériter une banale hystérie, mais il était impossible d'exposer le cas sans en donner les détails et les particularités, qui me semblaient avoir une importance bien capable d'en faire

excuser la longue description. De la même façon, si les œufs des échinodermes intéressent l'embryologiste, ce n'est point parce que l'oursin est un animal particulièrement intéressant, mais parce que son protoplasme est transparent et que ce qu'on y trouve peut nous permettre d'en induire ce qui peut se passer dans les œufs à plasma opaque.

L'intérêt de ce cas me semble dépendre avant tout du fait que la pathogénésie en est très transparente et très aisément explicable.

Deux particularités psychiques observables chez cette jeune fille alors qu'elle était encore parfaitement bien portante ont joué le rôle de facteurs prédisposant à l'hystérie :

1) Dans cette monotone existence familiale, la jeune fille, privée d'un travail intellectuel approprié, voyait se décharger par des fantasmes continuels un excès inemployé d'activité et d'énergie psychiques.

2) Une rêverie diurne habituelle, « le théâtre privé », pouvait favoriser l'établissement d'une dissociation de la personnalité mentale. Toutefois cette dernière ne sort pas encore des limites du normal. La rêverie comme la méditation, pendant un travail plus ou moins mécanique, n'entraînent pas nécessairement de dissociation pathologique du conscient, étant donné que toute interruption, toute interpellation par exemple, en rétablissent l'unité normale et qu'il n'en demeure probablement aucune amnésie. Toutefois, chez Anna O..., les rêveries préparèrent le terrain sur lequel s'établit, comme nous l'avons décrit, l'affect d'angoisse et d'attente anxieuse, une fois que cet affect eut mué la rêvasserie habituelle en absence hallucinatoire. On constate avec étonnement que, dans les premières manifestations des débuts de la maladie, les caractéristiques principales de celle-ci, destinées à persister pendant presque deux années, se trouvent déjà entièrement constituées, l'existence d'un se-

cond état de conscience apparaissant d'abord sous la forme d'une absence passagère pour ensuite donner une « double conscience » ; les troubles du langage provoqués par l'affect d'angoisse avec décharge fortuite due à une poésie enfantine anglaise ; plus tard une paraphasie et un oubli de la langue maternelle remplacée par un anglais parfait ; enfin la paralysie, par compression du bras droit, qui se transforme ultérieurement en contracture parésique droite. Le mécanisme de formation de cette dernière affection correspond entièrement à la théorie de Charcot relative à l'hystérie traumatique : état hypnotique où se produit un léger traumatisme.

Mais, tandis que la paralysie hystérique, expérimentalement provoquée chez ses malades par Charcot, se stabilisait aussitôt, et alors que chez les femmes ébranlées par un grave traumatisme de peur, une névrose traumatique se manifeste bientôt, le système nerveux de notre jeune fille opposa pendant quatre mois encore une résistance victorieuse à la maladie. La contracture, ainsi que les troubles qui s'y adjoignirent peu à peu, n'apparaissaient que pendant les absences momentanées de la « condition seconde » et laissaient à la patiente, pendant l'état normal, la pleine disposition de son corps et de ses sens, de telle sorte que ni elle-même, ni son entourage, ne pouvaient s'apercevoir de quoi que ce soit ; leur attention d'ailleurs, toute centrée sur le père gravement malade, ne se portait sur rien d'autre.

Toutefois, comme, depuis l'auto-hypnose hallucinatoire initiale, les absences s'accompagnaient toujours plus fréquemment d'amnésie totale et de phénomènes hystériques, les occasions de créer de nouveaux symptômes se multiplièrent, et les anciens symptômes se consolidèrent alors par de fréquentes répétitions. A cela s'ajouta le fait que tout nouvel affect pénible, soudainement apparu, agissait à la façon d'une absence (à moins peut-être qu'il ne provoquât toujours une absence momentanée) ; certaines coïncidences fortuites créaient des asso-

ciations pathologiques, des troubles sensoriels ou moteurs qui, dès lors, resurgissaient en même temps que l'affect, mais tout cela de façon passagère, momentanée ; avant même que la patiente se fût alitée, une multitude de phénomènes hystériques s'était donc développée chez elle, sans que qui que ce soit l'eût observé. Ce fut seulement quand la malade, complètement épuisée par l'inanition, l'insomnie et une angoisse perpétuelle, se trouva à bout, quand la « condition seconde » l'emporta sur l'état normal, que les phénomènes hystériques se continuèrent dans ce dernier état et que les crises se transformèrent en symptômes permanents.

Mais, se demandera-t-on, dans quelle mesure peut-on se fier aux dires de la malade ? Le mode de formation des phénomènes, leur motivation, étaient-ils vraiment ceux qu'elle indiquait ? En ce qui concerne les processus les plus importants, ceux qui étaient fondamentaux, le rapport fait par la patiente me paraît d'une incontestable exactitude. Ce n'est pas sur la disparition, chez elle, des symptômes une fois qu'elle avait « parlé », que je m'appuie, car on pourrait l'expliquer par la suggestion, mais cette malade faisait toujours preuve de grande sincérité et l'on pouvait se fier à elle ; les faits racontés se rattachaient à ce qu'il y avait pour elle de plus sacré ; tout ce qui put être contrôlé par des tiers s'avéra parfaitement exact. D'ailleurs, la plus douée des jeunes personnes ne parviendrait pas à édifier un système aussi cohérent que celui inclus dans l'histoire du développement de cette maladie. Il ne faut néanmoins pas éliminer, de prime abord, l'idée qu'elle ait pu, du fait justement de cette rigoureuse logique, introduire (de très bonne foi) une motivation inexistante de certains symptômes. Mais je tiens cette supposition elle-même pour inexacte. C'est justement l'insignifiance de tant d'incidents, le caractère irrationnel de tant de connexions, qui témoignent en faveur de leur réalité. La malade n'arrivait pas à comprendre pourquoi la musique de danse la faisait tousser. La chose semblait vraiment trop dénuée de sens pour qu'on pût la croire volontairement inventée ; or,

j'étais autorisé à penser que tout scrupule de conscience provoquait chez cette jeune fille un spasme de la glotte. Je crois donc, pour ma part, que l'impulsion motrice due à une envie de danser transforma chez elle ce spasme en une toux nerveuse. Je tiens ainsi les dires de la malade comme dignes de foi et conformes à la vérité.

Peut-on, alors, assurer que chez d'autres hystériques, le développement de l'hystérie s'effectue de façon analogue, que des phénomènes semblables se produisent, même là où ne se révèle aucune « condition seconde » aussi nettement dissociée ? Je dois indiquer que l'évolution de la maladie serait restée totalement ignorée du médecin comme de la malade elle-même, si cette dernière n'avait présenté la particularité de se souvenir, comme nous l'avons décrit, pendant l'hypnose et de raconter ensuite ce dont elle s'était souvenue. A l'état de veille, elle n'en savait plus rien. L'examen clinique des sujets à l'état de veille ne saurait jamais nous renseigner sur ce qui se passe chez d'autres personnes, puisque, avec la meilleure volonté du monde, ils sont incapables de nous rien révéler. J'ai déjà indiqué que l'entourage pouvait mal se rendre compte de tous ces processus. Pour savoir comment les choses se passent chez les autres malades, il faudrait employer un procédé capable de donner des résultats analogues à ceux qu'avait fournis chez Anna O... l'autohypnose. Il nous fut d'abord permis de supposer que des processus analogues pourraient bien être plus fréquents que ne le laissait prévoir notre ignorance du mécanisme pathogène.

Lorsque la malade se fut alitée et que son conscient se mit à osciller sans cesse entre l'état normal et l'état second, la foule des symptômes hystériques, isolément formés et jusque-là restés latents, se muèrent en symptômes permanents. Un groupe de symptômes, paraissant différer des premiers par leur origine, vint se joindre à ceux-ci : la contracture paralytique des membres du côté gauche, et la parésie des muscles du cou. Je les distingue des autres phénomènes parce qu'une fois disparus,

on ne les vit jamais réapparaître, fût-ce sous forme d'accès ou de simples indices, même au cours des phases terminale et de guérison, alors que tous les autres symptômes, après un long assoupissement, se réveillaient à nouveau. De ce fait même, on ne les vit jamais surgir dans les analyses hypnotiques et on n'était pas en mesure de les attribuer à des causes affectives ou fantasmatiques. Tout cela m'incite à croire qu'ils ne devaient pas leur existence au même incident psychologique que les autres symptômes, mais à une extension secondaire de l'état somatique inconnu sur lequel se fondent les phénomènes hystériques.

Pendant toute la maladie, les deux états du conscient ont subsisté parallèlement : l'état primaire, celui où le psychisme de la malade se montrait tout à fait normal, et l'état « second » comparable au rêve à cause de sa richesse en fantasmes et en hallucinations, de ses grandes lacunes mnémoniques, de l'absence de frein et de contrôle dans les idées. Dans ce second état, la patiente était aliénée. L'intrusion de cet état anormal dans l'état normal, dont dépendait l'état psychique de la malade, offre, à mon avis, une bonne occasion de connaître la nature d'au moins une forme de psychose hystérique. Chacune des hypnoses du soir apportait la preuve du fait que la malade restait parfaitement lucide, gardait sa clarté d'esprit, se montrait normale au point de vue sensibilité et volonté, tant qu'aucun produit de l'état second n'agissait, « dans l'inconscient », comme facteur incitant. La psychose qui éclatait chaque fois qu'il su. -venait un intervalle prolongé dans ce processus de décharge révélait justement le degré d'action de ces produits sur le psychisme « anormal ». On se voit presque obligé de dire que la malade était partagée en deux personnes, l'une psychiquement normale, l'autre mentalement malade. Je pense que, chez notre patiente, la nette disjonction des deux états ne faisait qu'éclairer un comportement qui, chez bien d'autres hystériques, pose toujours un problème. Chez Anna, on s'étonnait de constater à quel point les productions de son « mauvais moi », comme elle le

qualifiait elle-même, pouvaient agir sur sa tenue morale. Si ces productions n'avaient pas été perpétuellement éliminées, nous aurions eu affaire à une hystérique du type malfaisant, récalcitrante, paresseuse, désagréable, méchante ; loin de là, après suppression des excitations, son véritable caractère, tout à fait contraire à celui que nous venons de décrire, reprenait le dessus.

Mais, bien que les deux états fussent nettement distincts, il ne s'agissait pas seulement d'une irruption du second état dans le premier, mais, comme le disait la patiente, d'un observateur pénétrant et tranquille, spectateur de toutes ces extravagances et qui restait, même pendant les plus mauvais moments, tapi dans un coin de son cerveau. Cette persistance d'une pensée claire pendant les manifestations psychotiques se traduisait d'une très curieuse façon : lorsque la patiente, une fois les phénomènes hystériques terminés, se trouvait dans un état passager de dépression, elle ne manifestait pas seulement certaines craintes enfantines, ne se contentait pas de s'adresser à elle-même des reproches, mais déclarait aussi n'être nullement malade. Tout cela, disait-elle, avait été simulé. C'est là, on le sait, un fait assez courant.

Après la maladie, lorsque les deux états de la conscience ont retrouvé leur unicité, les patients, en jetant un regard en arrière, se considèrent chacun comme une personne non partagée, qui a toujours eu la notion de cette extravagance. Ils croient qu'ils auraient pu la faire cesser s'ils l'avaient voulu, ainsi, ce serait intentionnellement qu'ils auraient provoqué pareil désordre. Cette persistance de la pensée normale pendant l'état second devrait d'ailleurs subir d'énormes variations quantitatives, voire disparaître en grande partie.

J'ai déjà décrit le fait surprenant de la suppression durable des excitations émanées du deuxième état et de leurs conséquences, toutes les fois qu'au cours de la maladie, la malade put

en faire le récit. Il ne me reste rien à ajouter, mais j'affirme cependant que je n'ai nullement cherché à suggérer ma découverte à la patiente ; au contraire, ma stupéfaction a été immense et ce n'est qu'après toute une série de liquidations spontanées que je pus en tirer une technique thérapeutique. Quelques mots encore à propos de la guérison définitive de l'hystérie. Elle survint, chez notre malade, de la façon que nous avons décrite, après une période d'agitation marquée et une aggravation de son état. On avait tout à fait l'impression de voir la masse des productions de l'état second, jusque-là assoupies, envahir le conscient et resurgir dans le souvenir, encore que ce fût d'abord dans la « condition seconde ». Reste à savoir si, dans d'autres cas encore, la psychose à laquelle aboutissent certaines hystéries chroniques n'aurait pas la même origine.

Eléments biographiques

Sigmund FREUD de 1873 à 1900

De la vie de Freud, d'innombrables exposés sont disponibles de par le monde et la liste – plus ou moins complète – de ses publications est accessible un peu partout. C'est pourquoi, excluant les événements de son enfance – abondamment étudiés et interprétés par les psychanalystes – ainsi que l'histoire du chef d'école que Freud est devenu à partir de la publication, en 1900, de *l'Interprétation des rêves*, on a essayé de donner, dans la chronologie ci-après, des indications permettant de comprendre dans quel contexte s'est formée la pensée psychanalytique de Freud. Aussi s'est-on limité à la période qui va de 1873 (fin des études secondaires et début des études supérieures) à 1900, période à laquelle appartient la recherche qui aboutit à la rédaction des *Etudes sur l'hystérie*.

Il a paru intéressant de faire apparaître la simultanéité d'événements d'ordre intime (fiançailles, mariage, amitiés, brouilles), d'événements d'ordre professionnel (études et carrière médicales, candidatures à des postes universitaires) et d'événements proprement scientifiques (publications exprimant les théories successives).

En ce qui concerne les aspects universitaires et scientifiques de la vie de Freud, on a plus précisément essayé de donner une idée de l'intrication de ses intérêts d'ordre neurologique et de ses intérêts pour la psychopathologie. En effet, sur les quelque cinquante-cinq publications de Freud entre 1877 et 1900 (cf., par exemple, la bibliographie exceptionnellement

abondante donnée par Frank J. Solloway, *Freud biologist of the mind*, 1980, Fontana Paperbacks, pp. 536-538), vingt-six sont d'ordre neurologique et vingt-cinq d'ordre psychopathologique. Et, bien qu'à partir de 1892 les secondes deviennent nettement plus nombreuses que les premières, Freud n'a pas encore cessé, dans cette dernière décade du XIX^e siècle, de s'intéresser à la neurologie. C'est dans la perspective d'une certaine hésitation entre les deux disciplines qu'il faut lire les *Études sur l'hystérie*. Aussi a-t-on mentionné, dans la quinzaine de titres inclus dans la liste ci-après, ceux qui sont particulièrement significatifs de son activité scientifique dans *les deux* disciplines.

N'y sont évidemment répertoriés ni les lettres, ni les manuscrits dont, pourtant, la publication posthume contribua largement à une meilleure connaissance de la pensée de Freud (lettres à Martha Bernays, lettres à Fliess, Essai de psychologie scientifique de 1895, etc.).

1856 8 mars ou 8 mai : naissance de Sigmund Freud à Freiberg (Moravie), 117 Schlossergasse (actuellement : Freudova Ulice, à Priborg).

1865 Freud entre au Sperlgynasium à Vienne.

1873 Baccalauréat. Entrée à l'Université.

1877 Publication de l'article « Sur les origines des racines postérieures de la moelle épinière des Ammocoetes ».

1877 Freud fait la connaissance de Breuer à l'Institut de Physiologie (d'après Hirschmüller). (Jones place cette rencontre en 1880.)

1878 Sous l'influence de Charles Richet, Charcot se tourne vers l'étude de l'hystérie.

1879 Publication par Freud de la « Note sur une méthode de préparation anatomique du système nerveux ».

1881 Freud passe son doctorat de médecine.

1882 *13 février* : Charcot présente devant l'Académie des Sciences son rapport « Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques ».

Freud rencontre Martha Bernays. Fiançailles (17 juin).

Freud entre comme médecin à l'Hôpital Général de Vienne.

18 novembre : il prend connaissance du cas Anna O.

Fin de l'année : il entre dans le service de Nothnagel.

1883 *1^{er} mai* : Freud entre dans le service de Meynert, où il restera cinq mois.

1^{er} octobre : il entre dans le service de dermatologie et songe à se spécialiser en neurologie.

1884 *1^{er} janvier* : Freud est affecté au service de neurologie, mais ses méthodes ne le satisferont pas.

juin : recherches sur la cocaïne et publication de l'article « Sur la cocaïne ».

1885 *1^{er} mars* : Freud est affecté à un service d'ophtalmologie.

19 juin : Freud obtient une bourse pour Paris.

Fin août : il quitte l'Hôpital Général.

5 septembre : il est nommé Privat-Dozent (équivalent du titre français « maître de conférences ») par le ministre.

13 octobre : arrivée à Paris.

20 octobre : première rencontre avec Charcot.

20-27 décembre : semaine de vacances à Wandsbeck auprès de Martha. Retour à Paris.

Fin 1885-début 1886 : Freud demande et obtient de Charcot l'autorisation de traduire en allemand le tome III de ses *Leçons*.

1886 23 février : Freud fait ses adieux à Charcot, qu'il ne reverra plus.

28 février : Freud quitte Paris et rentre à Vienne après un court séjour à Berlin (début mars).

25 avril : début de carrière comme médecin en clientèle privée.

août : période militaire.

Été : stage dans le service de pédiatrie de Kasso-witz.

14 septembre : mariage.

Publications : « Sur les origines du nerf acoustique » ;

« Observation d'un cas grave d'hémianesthésie chez un homme hystérique ».

1887 Naissance de Mathilde, première fille de Freud (**16 octobre**).

novembre : Freud fait la connaissance de Fliess (**24 novembre** : première lettre à Fliess).

décembre : Freud commence à pratiquer la suggestion hypnotique. Publication : « Sur les applications de la cocaïne ».

1889 mai : Freud emploie pour la première fois la méthode cathartique de Breuer sur Frau Emmy von N.

Été : séjour auprès de Bernheim à Nancy.

1^{er}-9 août : séjour à Paris pour le Congrès International d'Hypnotisme. Retour à Vienne le 9 août.

7 décembre : naissance de Jean-Martin, premier fils de Freud.

1891 19 février : naissance d'Olivier, fils de Freud.

août : Freud et sa famille s'installent 19 Berggasse.

Publication du livre sur *Les aphasies*.

1891-1892 Traitement de Cécilie M.

1892 6 avril : naissance d'Ernst, fils de Freud.

juin : première esquisse par Freud de ce qui va être la « Communication préliminaire ».

Fin novembre : deuxième esquisse du même texte par Freud et Breuer.

Publication de la traduction du livre de Bernheim : *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie*.

1893 1^{er} et 15 janvier : publication, dans le *Neurologisches Zentralblatt*, de « Mécanisme psychique de phénomènes hystériques » (qui deviendra la « Communication préliminaire »).

21 avril : naissance de Sophie, deuxième fille de Freud.

16 août : mort de Charcot.

Publication : « Les diplégies cérébrales infantiles ».

1894 Début de rupture avec Breuer.

1895 mai : Publication des *Études sur l'hystérie*.

24 juillet : première analyse de rêve (« injection à Irma ») au restaurant Bellevue.

3 décembre : naissance d'Anna, troisième fille de Freud.

1896 30 mars : publication de « L'hérédité dans l'étiologie des névroses », article écrit en français, et qui est à la fois une des expressions de la « théorie de la séduction » et le texte qui contient pour la première fois le mot « psychoanalyse » (en un sens non spécifique).

15 mai : emploi du même mot dans la version allemande.

1^{er} mars : lettre à Fliess témoignant de la rupture avec Breuer.

23 octobre : mort de Jacob Freud, père de Sigmund.

1897 janvier : Freud termine un article sur « La paralysie cérébrale infantile » pour une encyclopédie médicale.

août : début de l'autoanalyse.

21 septembre : abandon de la « théorie de la séduction » (lettre à Fliess).

15 octobre : interprétation d'*Œdipe Roi* par l'invention de la théorie du désir infantile de parricide et d'inceste (lettre à Fliess).

1898 Publication : « Le mécanisme psychique de l'oubli ».

1899 Publication : « Les souvenirs-écrans ».

4 novembre : parution en librairie des premiers exemplaires de *Interprétation des rêves*.

1900 Publication : fin de la parution de l'étude sur « La paralysie cérébrale infantile ».

1939 23 septembre : mort de Freud à Londres, 20 Maresfield Gardens.

Josef BREUER

1842 15 janvier : naissance de Josef Breuer, fils de Leopold Breuer, professeur de religion juive à Vienne et de Bertha Semler²⁰.

1850 Entrée de Josef Breuer à l'Akademische Gymnasium.

²⁰ Indications biographiques tirées, pour l'essentiel, de Albrecht Hirschmuller *Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josefs Breuers*, Bern, 1978. Hans Huber, et, accessoirement, de Ernest Jones. *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud, I : la jeunesse (1856-1900)*, trad. fr., Paris, P. U. F., 1958.

1858 *22 juillet* : Maturitätsprüfung (baccalauréat).
Automne : Breuer s'inscrit à la Faculté de Philosophie de l'Université de Vienne

1859 Inscription à la Faculté de médecine.

1867 *27 février* : Breuer est nommé assistant d'Oppolzer.

1868 *24 mai* : Josef Breuer épouse Mathilde Altmann dont il aura cinq enfants :

- Leopold (1869-1936),
- Bertha (1870-1962),
- Margaretha (1872-1942),
- Johannes (1876-1926),
- Dora (1882-1942).

Josef Breuer est nommé Privat-Dozent.

1872 *24 août* : mort de Leopold Breuer, père de Josef.

1873 Début des publications de Breuer sur l'oreille interne. Ces travaux feront sa renommée comme physiologiste et s'étageront jusqu'en 1908.

1874 Mort de la mère de Josef Breuer.
décembre : thèse d'habilitation.

1877 Breuer fait la connaissance de Freud à l'Institut de Physiologie (cette date, donnée par Hirschmüller, paraît plus exacte que celle de 1880, que donne Jones).

1893 *1^{er} et 15 janvier* : Breuer publie avec Freud, dans le *Neurologisches Zentralblatt*, les articles intitulés « Mécanisme psychique de phénomènes hystériques » qui constitueront la « Communication préliminaire » des *Études sur l'hystérie*.

1895 Breuer publie avec Freud les *Études sur l'hystérie*.

1896 *Printemps* : rupture avec Freud (lettre de Freud à Fliess du 1^{er} mars 1896).

1896-1925 Breuer exerce comme médecin en clientèle privée. Bien qu'il ait à connaître de cas psychiatriques, il ne semble plus appliquer la « méthode cathartique ».

Ses activités de recherche sont essentiellement d'ordre physiologique (étude de l'oreille interne).

1925 *25 juin* (Jones), ou plutôt *20 juin* (Hirschmüller) : mort de Josef Breuer, à Vienne, d'un cancer de la prostate.

Bertha PAPPENHEIM (Anna o.)

1848 Mariage de Siegmund Pappenheim et de Recha Goldschmidt, parents de Bertha Pappenheim. Ils auront quatre enfants²¹.

1859 *27 février* : naissance de Bertha.

1880 *Été* : le père de Bertha tombe malade à la campagne, aux environs de Vienne, probablement de tuberculose.

17 juillet : Bertha a, au chevet de son père, l'expérience qui engendre le premier symptôme (paralysie du bras droit).

17 juillet-11 décembre : phase d'incubation de la maladie, soignée par Breuer.

11 décembre : Bertha s'alite.

1881 *1^{er} avril* : Bertha quitte le lit. *5 avril* : mort de son père.

²¹ Indications biographiques tirées, pour l'essentiel, de Albrecht Hirschmüller, *Physiologie und Psychoanalyse In Leben und Werk Josefs Breuers*, Bern, 1978, Hans Huber.

15 avril : Krafft-Ebbing, alors psychiatre à Graz, est appelé au chevet de Bertha, qui le reçoit avec colère.

7 juin : Breuer installe Bertha dans une villa à Inzersdorf, près d'un hôpital où elle peut recevoir des soins.

Fin octobre : Breuer essaie de la faire admettre au « sanatorium » Bellevue, à Kreuzlingen.

Début novembre : Bertha vient chez sa mère à Vienne.

1882 *19 juin* : Bertha va avec sa mère chez des amis à Karlsruhe.

12 juillet : elle entre au sanatorium de Bellevue.

29 octobre : Bertha quitte Bellevue pour Karlsruhe, où elle habite chez sa tante.

3 novembre : elle y entreprend des études d'infirmière.

18 novembre : Freud entend pour la première fois parler du cas de Bertha Pappenheim.

1883-1887 : Séjours de Bertha à l'hôpital psychiatrique d'Inzersdorf, à Vienne :

– du *30 juillet 1883 au 17 janvier 1884*,

– du *4 mars 1885 au 2 juillet 1885*,

– du *30 juin 1887 au 18 juillet 1887*.

1888 Bertha s'installe à Francfort.

1889 Publication d'un volume d'histoires pour enfants.

1890 Publication de *In der Trödelbude* (Dans la boutique du fripier).

1894 Bertha entre dans l'administration d'un orphelinat israélite.

1899 Publication d'une pièce de théâtre sur les droits de la femme.

1904 Bertha entre dans une organisation de femmes juives.

1907 Mort de la mère de Bertha.

1907 Bertha fonde à Neu Isenburg une maison pour jeunes filles en danger moral et pour enfants nés hors mariage.

1921 Bertha écrit : *Histoire du petit ours*.

1928 Bertha écrit : *Le Collier de perles*.

1934 Bertha écrit : *La Colline des martyrs*.

1936 Bertha écrit : *L'Églantier tordu*.

1936 28 mai : mort de Bertha Pappenheim.

À propos de cette édition électronique

1. Élaboration de ce livre électronique :

Corrections, édition, conversion informatique et publication par le site :

PhiloSophie

2. Textes libres de droits

La plupart des livres que nous mettons à votre disposition, sont des textes libres de droits, que vous pouvez utiliser sans contraintes, à condition de toujours indiquer la source et d'éviter d'en faire un usage commercial. Ils sont disponibles au format pdf (acrobat).

3. Mémoires, thèses, cours et ouvrages soumis à copyright

Les mémoires, thèses universitaires, cours et ouvrages soumis à copyright (c'est le cas de la totalité de la collection Profil initialement publiée chez Hatier), sont librement téléchargeables au format PDF à des fins scolaires ou personnelles, mais il est strictement interdit, sous peine de poursuites, de les modifier, les copier ou les imprimer à des fins commerciales.

Bien que réalisés avec le plus grand soin, les textes sont livrés tels quels sans garantie de leur intégrité parfaite par rapport à l'original. Si vous trouvez des erreurs, fautes de frappe, omissions ou autres, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : Pierre.Hidalgo@ac-grenoble.fr