

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF : POLYSÉMIE LANGAGIÈRE DU  
SYMPTÔME OU CLASSIFICATION DIAGNOSTIQUE ? ( HISTORIQUE DE LA  
DOUBLE FILIATION ÉPISTÉMOLOGIQUE DANS L'APPROCHE ET LE  
TRAITEMENT DE L'OBSESSIONNALITÉ)

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

PHILIPPE CROISÉTIÈRE

DÉCEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de recherche Isabelle Lasvergnas pour avoir cru en moi en début de parcours, et avec qui j'espère avoir la chance de continuer à collaborer après cette importante étape. Son enseignement précieux m'a permis d'écrire un essai dont je suis fier, et a assurément fait de moi un meilleur clinicien.

Je remercie aussi ma mère, ma sœur et mes amis qui n'ont jamais cessé de m'encourager.

## DÉDICACE

À ma conjointe Christine pour son amour, son  
soutien (et sa patience).

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	vii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I Les préliminaires du diagnostic des troubles obsessionnels dans la pensée des aliénistes du XIXe siècle.....	7
1.1 Les premières descriptions d'une maladie des obsessions dans la psychiatrie du XIXe siècle .....	7
1.2 La maladie des obsessions, statut théorique conféré à ses symptômes et visée des traitements .....	12
CHAPITRE II La révolution paradigmatique freudienne et les premières conceptions métapsychologiques se rapportant à l'obsessionnalité.....	23
2.1 Premières ébauches d'un bouleversement paradigmatique.....	23
2.2 Le cas prototypique de l'Homme aux Rats .....	28
2.2.1 Univers psychique de l'Homme aux Rats et façonnement de sa névrose obsessionnelle.....	29
2.2.2 Richesse langagière des manifestations obsessionnelles.....	34
2.2.3 Des rituels compulsifs intelligibles.....	36
2.2.4 L'opposition entre l'amour et la haine. ....	41
2.3 Autres particularités symptomatiques des patients obsessionnels.....	44
2.4 Une nouvelle approche thérapeutique où l'écoute se substitue à la rééducation morale.....	45
CHAPITRE III L'évolution du modèle de la névrose obsessionnelle, et l'approfondissement du sens de ses symptômes dans la pensée psychanalytique. ....	48
3.1 L'évolution du modèle freudien de la névrose obsessionnelle.....	48
3.1.1 La découverte de l'érotisme anal.....	49
3.1.2 L'introduction de la pulsion de mort .....	54

3.1.3	Introduction de la seconde topique.....	60
3.2	L'héritage de Freud dans les conceptions théorico-cliniques de la névrose obsessionnelle.....	63
3.3	La compréhension phénoménologico-heuristique de l'obsessionnalité en psychanalyse.....	67
CHAPITRE IV L'émergence du débat psychanalytique interne sur la question des symptômes obsessionnels .....		75
4.1	Le retour sur le cas de l'Homme aux Loups, moment tournant dans le débat concernant le statut nosologique de l'obsessionnalité.....	75
4.1.1	La thèse de la construction de la névrose infantile chez l'Homme aux Loups. 76	
4.1.2	Le débat psychanalytique interne concernant le diagnostic de l'Homme aux Loups. ....	80
4.2	La contribution de la lignée Kleinienne et de la psychanalyse des enfants dans le débat .....	84
4.3	Le premier grand effort de classification nosographique dans la psychiatrie des années 1950. ....	90
4.3.1	Examen critique de la symptomatologie associée à la pseudo-névrose. ...	92
CHAPITRE V Le double courant psychanalyse / psychiatrie à propos du symptôme obsessionnel. Principales avenues d'un divorce annoncé à partir des années 1950. ..		98
5.1	Les développements marquants dans l'approche psychanalytique.....	98
5.1.1	L'affinement de la compréhension des symptômes obsessionnels sur la base d'une logique structurale. ....	98
5.1.2	Obsessionnalité et organisations psychotiques latentes.....	99
5.1.3	Symptômes obsessionnels et théories de la relation d'objet. ....	103
5.1.4	Considérations nosologiques supplémentaires. ....	105
5.2	La psychiatrie contemporaine et son courant objectivant .....	106
5.2.1	Émergence nosographique du «TOC».....	107
5.2.2	La comorbidité entre le TOC et la schizophrénie dans la littérature psychiatrique contemporaine.....	110
5.2.3	L'ascension des modèles cognitivo comportementaux et neurochimiques dans les protocoles de recherche. ....	112
5.3	En conclusion de ce chapitre : quelques éléments pour comprendre le divorce qui est devenu de plus en plus irréductible entre deux approches cliniques et deux modes de traitement/entendement conféré au symptôme psychopathologique..	114

CHAPITRE VI La communication polysémique du TOC : illustrations cliniques	118
6.1 Observation clinique no.1: le cas de Daniel	118
6.1.1 Contexte thérapeutique.	119
6.1.2 Observations et hypothèses cliniques	120
6.2 Observation clinique no. 2, le cas de Georges	127
6.2.1 Brève présentation du cas	128
6.2.2 Première séance de psychodrame	132
6.2.3 Commentaires contre-transférentiels	134
6.2.4 Hypothèses interprétatives	137
6.3 En conclusion de ce chapitre : une discussion sur l'écoute clinique	140
CONCLUSION	143
BIBLIOGRAPHIE	153

## RÉSUMÉ

Cet essai théorico-clinique s'attache à restituer aux symptômes du TOC leur dimension proto-langagière sous-jacente, et la complexité de l'expression de détresse qui s'y révèle, dans le contexte actuel d'une psychiatrie objectivante dominante caractérisée par la négation d'une quelconque valeur infra-narrative subjective qui pourrait être conférée au symptôme psychopathologique, quel qu'il soit.

Partant de ses premiers balbutiements à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, nous nous intéresserons à la double origine, et la double filiation de la pensée médico-psychiatrique, ainsi qu'au débat interne concernant le statut théorico-clinique conféré aux symptômes obsessionnels. À la lumière d'une relecture d'illustrations cliniques emblématiques telles que «l'Homme aux Rats», nous verrons que la psychanalyse va rompre avec la pensée des aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle en montrant que les symptômes obsessionnels représentent une tentative en impasse d'autonarrativité. Leur compréhension phénoménologico-heuristique, de même que leurs contenus idéo-affectifs seront dès lors placés au service de l'herméneutique.

À partir des années 1950, en marge d'une expansion de la pensée psychanalytique à des problématiques psychiques autres que celles des psychonévroses, la lecture du symptôme obsessionnel va se complexifier. Au-delà du principe du plaisir, et du conflit entre désir et interdit, nous verrons que le symptôme obsessionnel peut se déployer dans un large spectre de configurations psychiques, dont les fonctionnements psychotiques, où il agit en tant que «prothèse psychique», en luttant contre une menace d'effondrement du Moi.

Aujourd'hui, l'obsessionnalité est conçue en psychanalyse comme un syndrome complexe et condensé aux significations nosologiques polymorphes et polysémiques. Nous soutenons qu'elle exige, de la part du clinicien, une écoute sensible et suffisamment régressive pour pouvoir atteindre dans son propre fonctionnement interne certains éléments primaires d'identification avec le patient, ce que nous illustrerons par l'entremise de deux cas cliniques. Nous montrerons qu'afin de mieux accéder à la forme de détresse psychique qu'ils révèlent, le clinicien doit être attentif à l'ancrage sensoriel des pensées obsédantes et des actes compulsifs du patient, et à leur portée associative.

Nous concluons cet essai en revenant sur le divorce entre psychanalyse et psychiatrie objectivante. Nous soulèverons la question des effets, sur la compréhension contemporaine de la maladie mentale et des troubles mentaux, d'une conception empirico-clinique ayant pour effet de gommer la profondeur sémantique des troubles observés.

Mots clés : Trouble obsessionnel-compulsif (TOC), obsessions, actes compulsifs, psychanalyse, psychiatrie, confrontation épistémologique, symptôme, polysémie, profondeur sémantique, écoute clinique

## INTRODUCTION

Le diagnostic de «TOC» (trouble obsessionnel-compulsif) est apparu et a été répertorié en tant que rubrique psychopathologique en 1980 dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III*, cette classification se substituant alors à la rubrique antérieure de «névrose obsessionnelle ». Or, ces deux termes ne sont pas synonymes.

Dans la névrose obsessionnelle, si l'on se réfère à la conception freudienne dont l'Homme aux Rats est l'exemple emblématique même, l'omniprésence de pensées obsédantes ou de rituels compulsifs invasifs et irrépressibles chez une personne est la forme très spécifique de reflet d'une souffrance psychique marquée par une conflictualité inconsciente de nature œdipienne.

Chez S. Freud, le symptôme de l'obsessionnel est une expression subjective encryptée qui ne parvient pas à se dire autrement que par ce « désordre » de la mentalisation et ces rituels comportementaux qui grugent les pensées et la vie du sujet. L'obsessionnalité n'est pas un désordre vide de sens, mais une tentative d'expression complexe et détournée de tourments et de déchirements inconscients qui sont à la source de la souffrance des patients concernés.

L'analyse du symptôme obsessionnel a joué un rôle déterminant, en prolongement des études sur l'hystérie, dans l'approfondissement de la conflictualité œdipienne, et la dynamique du refoulement selon le modèle de la Première Topique. À ce titre, l'analyse du symptôme présenté par l'Homme aux rats s'est avérée ni plus ni moins que paradigmatique, tant sur le plan de l'ancrage du modèle théorique, que de l'établissement de la technique naissante de la cure analytique et de l'interprétation.

Freud (1926) disait des symptômes obsessionnels qu'ils furent à ses yeux « l'objet le plus intéressant et le plus fécond de la recherche analytique ». D'un point de vue psychanalytique, aucun autre symptôme n'aura permis de montrer d'une manière aussi probante, et sur la base d'illustrations cliniques exhaustives, qu'ils sont les « vecteurs des vérités souterraines de l'âme », pour reprendre les termes de M. Foucault (1972).

Or, cet héritage du statut des significations inconscientes conférées au symptôme obsessionnel dans la pensée psychanalytique a été au cours des 5 ou 6 dernières décennies largement critiqué par une psychiatrie organiciste ou psychologisante, et de nombreux auteurs ont mis en doute la pertinence de l'approche psychanalytique dans ce champ clinique. Aujourd'hui, le TOC est défini dans le DSM strictement à partir de son symptôme objectivable, symptôme au statut quasi positiviste qui relève d'une simple description empirique : à savoir l'omniprésence chez un sujet de pensées obsédantes, et/ou de compulsions de répétitions gestuelles. En général, on a recours aux thérapies cognitivo-comportementales brèves, jumelées à la psychopharmacologie à titre de traitement, dont l'objectif est celui de l'éradication que l'on voudrait la plus totale et rapide possible du symptôme perturbateur.

On comprend dès lors, que les deux approches, d'une part, la psychiatrie objectivante aujourd'hui dominante, et d'autre part, l'approche psychanalytique, divergent radicalement. D'un côté, un symptôme pathologique gênant et vide de sens, à faire disparaître ; de l'autre, une condensation proto-langagière de traces mnésiques primaires, demeurées impensées/impensables pour le sujet dans son histoire inconsciente infantile, à décrypter, et à transformer dans des représentations symbolisantes.

Notre essai doctoral proposera un retour historico-épistémologique sur les grandes étapes qui, à partir d'une pensée scientifique et médicale naissante, et de la première grande révolution humaniste et anti-asilaire de la fin du XVIIIe siècle, vont aboutir

d'une part, à une psychiatrie organiciste et objectivante, et d'autre part, à la psychanalyse. L'objectif principal de notre réflexion sera de dégager les principaux points de malentendus épistémologiques qui opposent la psychanalyse et la psychiatrie objectivante dans l'approche des symptômes obsessionnels. Nous questionnerons les motifs « scientifiques » du déclin conféré à partir des années 1970 à l'approche psychanalytique dans la recherche sur le TOC, et la prééminence accordée aux approches béhavioristes et organicistes dans son traitement.

Nous dégagerons d'abord le cadre de référence à partir duquel ont été forgées les premières conceptions théorico-cliniques d'une pathologie des obsessions. En reprenant, généalogiquement parlant, les principales étapes de la classification qui sont apparues au XIXe siècle, nous soulèverons la question du statut théorique qui était alors conféré aux symptômes obsessionnels, et nous relaterons quelle était la visée des traitements administrés à l'époque aux malades.

Nous porterons une attention particulière aux travaux de J.-É. D. Esquirol qui a publié la première description scientifique d'un trouble obsessionnel, ainsi qu'aux travaux de P. Janet et son modèle de la psychasthénie qui représente l'apogée des conceptions psychiatriques propres au XIXe siècle.

Dans la seconde partie de ce parcours historique sur près de 2 siècles, et sur la théorisation des désordres mentaux, nous nous centrerons sur la révolution épistémologique et scientifique qu'a produite la découverte psychanalytique au tournant du XXe siècle.

Nous nous intéresserons en particulier au cheminement théorico-clinique qui a permis de mettre au jour la dimension polysémique sous-jacente conférée aux diverses manifestations des symptômes obsessionnels, aux premiers abords parfaitement énigmatiques.

Nous insisterons sur le statut proto-langagier (non sans analogies avec l'écriture du rêve) que Freud va savoir conférer aux symptômes obsessionnels dans son élaboration du modèle de la névrose obsessionnelle. Le cas prototypique de l'Homme aux Rats permettra de montrer à quel point ses conceptions radicalement neuves par rapport aux idées psychiatriques en vigueur à l'époque, vont modifier la pratique clinique. Nous mettrons l'accent sur les contenus idéo-affectifs des symptômes obsessionnels, de même que sur leur compréhension phénoménologico-heuristique dans la pensée postfreudienne.

Nous soulèverons par la suite le débat interne concernant le statut nosologique de l'obsessionnalité en réétudiant, en particulier chez l'Homme aux Loups, le diagnostic porté par Freud, puis dans la seconde psychanalyse de ce cas, par R. Mack Brunswick. Nous nous intéresserons à l'évolution de la clinique de l'obsessionnalité dans les années 1950-1960, et à l'important diagnostic de psychose « pseudo-névrotique » qui va émerger dans la nosographie psychiatrique au milieu du XXe siècle, ainsi qu'à l'approfondissement, et au remaniement des théorisations sur le symptôme de l'obsessionnalité dans la pensée psychanalytique elle-même.

Nous nous attarderons tout particulièrement à l'année 1965, année d'un très important congrès de l'Association internationale de psychanalyse (International Psychoanalytic Association) pour notre propos, puisque consacré au thème de la névrose obsessionnelle. Ce congrès a en effet marqué un point tournant dans la pensée postfreudienne en situant les symptômes obsessionnels/compulsifs sur un spectre psychopathologique qui débordait désormais largement le cadre de la stricte névrose proprement dite.

À partir de cette date, l'obsessionnalité et ses symptômes les plus patents, vont avoir une valeur infra-narrative dans des formes de détresses intrapsychiques de natures diverses situées sur un gradient psychopathologique allant du pôle névrotique, au pôle

psychotique, jusqu'à la schizophrénie, éventuellement. En clair, à partir des années 1960, l'approche psychanalytique clinico-théorique de l'obsessionnalité devient très différenciée, en termes des significations imaginaires refoulées du symptôme obsessionnel (le fantasme inconscient), mais aussi en termes des différenciations à établir quant à sa formation, et son contenu proto-langagier selon la structure psychopathologique de la personne, et la place économique tenue par ce symptôme selon le mode de fonctionnement intrapsychique du sujet.

Dans un troisième temps de notre parcours historique, nous nous intéresserons au statut nosologique, mais surtout heuristique, qui sera accordé à l'obsessionnalité dans la seconde moitié du XXe siècle, dans le mouvement du divorce entre la psychanalyse et la psychiatrie organiciso-objectivante.

Nous montrerons notamment comment la rencontre clinique grandissante avec des patients relevant d'organisations psychiques non névrotiques va contribuer à éclairer la fonction défensive particulière qui est celle du symptôme obsessionnel dans le cas des patients états-limites graves, et psychotiques.

Nous concluons notre essai par deux illustrations cliniques. Nous chercherons à montrer à partir de la présentation d'un matériel clinique tiré d'observations filmées ou de rencontres directes avec deux patients classés l'un et l'autre « TOC sévères », l'hétérogénéité des mécanismes de défense que représente le symptôme obsessionnel dans la structure du fonctionnement intrapsychique de chacune de ces personnes. Dans un cas, un patient jugé schizophrène par l'équipe médicale qui le soigne, de l'autre un patient, qui bien que ne fonctionnant pas sur un mode « pleinement ou classiquement névrotique », démontre néanmoins la présence d'une conflictualité œdipienne au cœur, et à la racine, de son symptôme envahissant.

Nous insisterons dans notre exposé de ces deux cas, sur l'importance essentielle de l'écoute du clinicien la plus sensible possible à la singularité de la souffrance psychique

qui s'exprime dans un-dit TOC. Nous soulignerons également la potentialité de compréhension de l'idiosyncrasie irréductible, « à nulle autre pareille » (R. Dufresne, 2018) d'une détresse qui se loge dans un symptôme qui ne livre jamais d'emblée sa signification inconsciente, qui « parle » à la place d'autre chose - un échec du parlêtre, dirait J. Lacan - dès lors que le clinicien se met à l'écoute de ses propres mouvements internes et affects contre-transférentiels que suscitent en lui le récit ou le comportement manifeste livrés par le patient ; et par voie de conséquence, les ouvertures progressives de symbolisation qui pourront en découler pour celui-ci, et leur portée psychothérapique.

## CHAPITRE I

### LES PRÉLIMINAIRES DU DIAGNOSTIC DES TROUBLES OBSESSIONNELS DANS LA PENSÉE DES ALIÉNISTES DU XIX<sup>e</sup> SIÈCLE

#### 1.1 Les premières descriptions d'une maladie des obsessions dans la psychiatrie du XIX<sup>e</sup> siècle

À l'aube du XIX<sup>e</sup> siècle et des préliminaires d'une médecine à proprement parler scientifique, les médecins ont fait leur entrée dans les nombreux hôpitaux et asiles d'Europe. La naissance de la psychiatrie va participer de cette période historique fondatrice. L'objet d'étude de cette nouvelle discipline, désormais reconnu comme étant celui de la «maladie mentale», va dès lors exiger d'être décrit et classifié en différentes entités d'une science médicale naissante.

C'est à J.-É. D. Esquirol, pionnier de la psychopathologie descriptive, que l'on doit, en 1838, le premier portrait clinique d'un trouble obsessionnel dans son ouvrage *Des maladies mentales*. Esquirol décrit le cas d'une patiente âgée de 34 ans qu'il nommera «Mademoiselle F». Celle-ci souffrait d'une peur obsessionnelle d'avoir involontairement commis un vol et combattait ses appréhensions par le biais de rituels compulsifs éreintants. Les observations d'Esquirol sont les suivantes:

Lorsque Mlle F porte ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillent; elle lave ses mains à grande eau. Lorsque ses vêtements frottent contre quelque objet que ce soit, elle est inquiétée et tourmentée. Est-elle quelque part, elle apporte toute son attention pour ne toucher à rien ni avec ses mains, ni avec ses

vêtements... lorsqu'elle touche à quelque chose, lorsque ses vêtements ont été en contact avec un objet, lorsque quelqu'un entre dans son appartement ou qu'elle-même fait une visite, elle secoue vivement ses mains, frotte ses doigts les uns contre les autres comme s'il s'agissait d'enlever une matière très subtile cachée sous les ongles... Les inquiétudes sont parfois, pendant les paroxysmes, poussées si loin qu'elle n'ose toucher à rien, pas même à ses aliments; sa femme de chambre est obligée de porter les aliments à sa bouche. [...] Les précautions et les inquiétudes de la malade sont telles pendant cette minutieuse exploration, qu'elle sue et qu'elle en est excédée de fatigue; si par quelque circonstance, ces précautions ne sont pas prises, Mlle F. est mal à l'aise pendant toute la journée. (Esquirol, 1838/1989, p. 362-363)

Les rituels de la patiente d'Esquirol pouvaient durer jusqu'à trois heures en période d'extrême tension. Elle était tout à fait consciente de la futilité de ses gestes, elle disait elle-même: «mon inquiétude est absurde et ridicule, mais je ne peux m'en défendre» (Esquirol, 1838/1989, p.362). La description magistrale qui est présentée du cas de Mademoiselle F. par Esquirol occupe de longues pages de son ouvrage. Nous n'en relevons ici que les grandes lignes, dont un élément essentiel : si chacune des manifestations obsessionnelles est décrite avec un étonnant souci du détail, l'histoire subjective de la patiente n'est aucunement abordée, à l'encontre d'une des caractéristiques constantes de la psychiatrie préfreudienne. Ainsi la description qui est présentée du cas de mademoiselle F. s'inscrit-elle à même les premières ébauches d'une psychiatrie qui observe la personne souffrante à distance, et pour laquelle la maladie mentale se définit par la nature des manifestations jugées délirantes des dits malades.

Le trouble obsessionnel dont souffrait Mme F. faisait partie de ce qu'Esquirol qualifiait de «monomanie raisonnante». Les «monomanies» étaient un sous-groupe complémentaire aux «délires partiels», caractérisé par une fixation du «délire» du malade sur un petit nombre d'idées. Le qualificatif de monomanie «raisonnante» s'appliquait plus particulièrement aux patients qui avaient une certaine conscience

critique de leur trouble, en d'autres termes, qui conservaient un esprit rationnel, et qui reconnaissaient que leurs idées et leurs inquiétudes étaient «excessives».

À l'époque d'Esquirol, les désordres obsessionnels n'avaient pas encore l'autonomie nosographique que la psychiatrie leur confère aujourd'hui. Dans son travail sur l'approche historique des troubles obsessionnels, T. Haustgen (2004) soutient que durant la première partie du XIXe siècle, la conception de l'aliénation mentale était «quasi unitaire». Ce que l'auteur entend par là, c'est que les classifications nosographiques n'étaient pas nombreuses à cette époque. Très peu circonscrites, elles reposaient sur une conception floue de l'idée de «délire», et en ce sens, étaient très globalisantes.

La thèse d'Esquirol servira de référence à ses successeurs et marquera le début d'un long questionnement d'ordre nosologique relatif à l'obsessionnalité. Les classifications se sont graduellement circonscrites au cours de la seconde moitié du XIXe siècle jusqu'à ce que les symptômes obsessionnels soient isolés et indiquent un désordre psychopathologique spécifique. En 1861, la «monomanie avec conscience» que va décrire J. Baillarger se distancie de la «monomanie raisonnante» d'Esquirol pour se rapprocher d'une pathologie plus clairement obsessionnelle (R. Girard, 1981). Les obsessions phobiques (toucher), intellectuelles (doute) et impulsives sont pour la première fois réunies avec les compulsions d'action au sein du même groupe nosologique (Haustgen, 2004). C'est en 1866, avec les travaux de J.-P. Falret et B.A. Morel, que les manifestations obsessionnelles vont s'affranchir des monomanies pour constituer en elles-mêmes une maladie à part entière. Ainsi, Morel réunit-il sous le nom de «délire émotif» des manifestations anxieuses, phobiques et obsessionnelles. La même année, Falret sépare du groupe des monomanies ce qu'il nomme la «folie du doute». Les obsessions et les compulsions intellectuelles sont alors abordées de manière approfondie, alors qu'elles avaient jusque-là fait l'objet de peu d'attention par rapport aux manifestations de nature comportementale. En 1875, H. Legrand du Saulle,

avec sa description de la «folie du doute avec délire du toucher» réunit au sein d'un même groupe morbide les obsessions idéiques, apparentées notamment au doute, et les obsessions phobiques, soit les peurs et les craintes stéréotypées (Haustgen, 2004).

Ce rappel rapide de la mise en place d'une nomenclature des diagnostics au cours du XIXe siècle montre que les manifestations pathologiques observées étaient au cœur d'un débat nosographique.

D'après Girard (1981), deux modèles allaient s'opposer dans la psychiatrie française à partir de 1860.

Dans une théorie dite «intellectuelle», l'idée obsédante procédait d'un mouvement de pensée antérieur à la sensation émotionnelle d'angoisse qui n'était qu'une réaction face aux pensées intrusives. Inversement nous dit l'auteur, dans la théorie dite émotionnelle de Morel, la pathologie découlait d'un état anxieux.

En d'autres termes, le débat scientifique de l'époque s'inscrivait dans ces termes : était-on en présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble obsessionnel ? Débat somme toute circulaire qui demeurerait à toutes fins pratiques en surface, et qui n'est pas sans avoir curieusement certaines résurgences aujourd'hui<sup>1</sup>. La revue historico-clinique de Girard nous montre toutefois que dès la seconde moitié du XIXe siècle, les classifications proposées, dont celles d'Esquirol, faisaient déjà l'objet de critiques et étaient jugées trop superficielles, en particulier par Falret (1854) :

Pour lui (Falret), les amendements apportés à la théorie esquirolienne [...] ne changent rien : « il n'existe de monomanie d'aucune espèce », la monomanie n'est qu'une illusion de clinicien bâclant ses observations, ne retenant que le plus manifeste... On néglige le « fond de la maladie sur lequel germent et se développent les idées ou sentiments prédominants qui n'en sont que le relief » [...] Il faut se garder de multiplier les pseudo entités extrapolées à partir du

---

<sup>1</sup> Nous y reviendrons plus loin.

symptôme le plus prégnant et s'orienter vers « une classification plus naturelle qui tiendra compte de la totalité des phénomènes morbides et de la marche de la maladie. » (Girard, 1981, p.15)

Le «fond de la maladie», tel que Falret le nomme, renvoie à un état de «vagues» ou de «confusions», «d'expansion ou de dépression et d'anxiété» précise Girard (1981). Ainsi peut-on voir qu'en se maintenant à l'intérieur d'un cadre objectiviste, Falret privilégiait une compréhension plus approfondie de la maladie.

Ce retour que nous proposons ici sur la généalogie des classifications des troubles obsessionnels montre qu'à la fin du XIXe siècle, les aliénistes s'éloignent progressivement d'un modèle purement descriptif dans lequel le symptôme définit la maladie. Le symptôme obsessionnel deviendra dès lors le relief d'une entité médicale qui le dépasse. On observera ce déplacement notoire chez P. Janet qui a forgé le diagnostic de «psychasthénie» suite à la publication de son ouvrage de 1903 *Les Obsessions et la Psychasthénie*. Bien que le malade psychasthénique affiche des symptômes disparates, dont les plus caractéristiques sont les idées obsédantes et les compulsions d'actions, chez Janet, la psychasthénie doit son statut d'entité médicale à une dynamique énergétique latente complexe. En d'autres termes, la psychasthénie regroupe plusieurs manifestations pathologiques que Janet croyait analogues en nature et issues d'un même état pathologique<sup>2</sup> (L. Fedi, 2005). Ainsi peut-on déceler dans son œuvre une volonté de se rapprocher d'un «fond mental» à partir duquel émergent les obsessions. Ce déplacement de l'observation et de l'intégration nosographique s'était toutefois opéré sous la lentille objectiviste qui avait dominé la psychiatrie du XIXe siècle. La théorie de Janet marque en ce sens l'apogée d'un courant psychiatrique dans lequel le malade obsessionnel est observé sans être véritablement écouté. C'est en ce

---

<sup>2</sup> Nous le verrons dans les prochains paragraphes.

sens que J.-P. Sartre va reprocher à Janet une «simplicité toute mécaniste». Il écrit : «Janet reste tributaire de la démarche objectivante et refuse de donner à la conscience un rôle constitutif» (Sartre, cité dans Fedi, 2005, p. XXXI).

## 1.2 La maladie des obsessions, statut théorique conféré à ses symptômes et visée des traitements

La littérature psychiatrique du XIXe siècle montre que la plupart des débats nosologiques engagés sur le sujet de l'obsessionnalité l'étaient sur fond d'une compréhension organiciste de la maladie. On comprendra donc qu'il était commun chez les aliénistes de voir en l'altération d'une faculté mentale spécifique la cause de la maladie. La nature de cette altération était généralement inférée à partir des manifestations pathologiques observées. Chez Esquirol lui-même, la monomanie était attribuée à une affection cérébrale chronique, sans fièvre, caractérisée par une lésion partielle de «l'intelligence», des «affections» ou de la «volonté». Dans le cas des malades souffrants de monomanie de type «raisonnante» tels que Mme F., Esquirol avait noté: «quelque désordonnées que soient leurs actions, elles ont toujours des motifs plus ou moins plausibles de se justifier» (Esquirol, 1838/1989, p.359). Cela démontrait selon lui que ce type de monomanie avait pour cause une relative «perversion des affections» dans la mesure où leurs motifs étaient plausibles et leurs explications rationalisées. De plus, les idées des patients conservaient leurs «liaisons naturelles» ce qui montrait que leur «intelligence» n'était pas affectée, mais au contraire, permettait aux malades de justifier leurs actes. Suivant la même logique inférentielle, Falret croyait que la folie du doute découlait d'une atteinte à la «volonté». Chez Morel, le délire émotif était plutôt rattaché à une «névrose du système nerveux ganglionnaire» (Haustgen, 2004). Une ouverture aux perspectives neuropsychologiques et neurophysiologiques affleurerait toujours des écrits de Janet au tournant du XXe siècle.

Fedi (2005) précise toutefois que ce dernier s'en tenait aux explications que la science de son temps lui permettait de postuler.

S'il se dégage des écrits d'Esquirol que les obsessions y faisaient l'objet d'un jugement de valeur, la conduite des patients étant jugée inconvenante et étrange, le symptôme obsessionnel avait-il pour autant un autre statut que celui de manifestation indésirable dans la pensée psychiatrique du XIXe siècle ? Lui concédait-on une valeur autonarrative ?

Ainsi que nous le savons, dans son ouvrage fameux *Histoire de la folie à l'âge classique*, Michel Foucault reproche à la pensée des aliénistes du XIXe siècle d'avoir refusé d'entendre l'expression d'une quelconque vérité humaine dans le contenu narratif de la folie. Le cadre objectivant de leur «science» d'alors les en aurait «protégés» (Foucault, 1972, p. 538). D'après Foucault, la folie n'était évoquée et jaugée qu'à travers une grille de négativité établie à partir du modèle référentiel et normatif d'une dite raison. Confinée au domaine de l'erreur, la folie n'indiquait rien d'autre qu'une décomposition de la pensée :

Le positivisme psychiatrique du XIXe siècle admettra d'entrée de jeu comme évidence objective que la vérité de la folie, c'est la raison de l'homme [...] Désormais, toute prise objective sur la folie, toute connaissance, toute vérité formulée sur elle, sera la raison elle-même, la raison recouvrée et triomphante, le dénouement de l'aliénation (Foucault, 1972, p. 496).

Gladys Swain apporte toutefois des nuances importantes à la pensée de Foucault en soulignant que l'œuvre maîtresse du maître d'Esquirol, Philippe Pinel, *Le traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* (1801) suggérait déjà que la maladie mentale exprimait quelque chose qui était au cœur de la personnalité subjective. Swain soutient ainsi dans son ouvrage *Le sujet de la folie* (1997) qu'il se dégage des écrits de Pinel les premières bases qui vont mener près d'un siècle plus tard à la prise en compte du sens subjectif des manifestations de l'atteinte à l'entendement, postulat clef de la

psychothérapie. Swain précise que Pinel ne tire pas de telles conclusions, non plus que ses contemporains, mais elle le crédite d'un esprit encore balbutiant sur la base duquel va devenir possible «un bouleversement de la réflexion scientifique», dont J.-M. Charcot, et plus tard Freud, seront les premiers représentants. Swain déplore le rejet ou le refoulement de l'intuition de Pinel par le courant psychiatrique organiciste qui lui succèdera, et qui dominera le XIXe siècle, courant auquel appartiendra Esquirol.

Une génération plus tard, chez Janet et son modèle de la psychasthénie, les obsessions étaient toujours dépouillées d'une signification subjective secrète et inintelligible a priori, aussi bien chez la personne souffrante que chez le médecin organiciste. Janet conférait aux idées intrusives, aux élans de la pensée et aux actions dites «inutiles» le statut d'actes «inférieurs». D'après ses propositions, un acte de pensée dit «supérieur» doit arriver à se déployer dans ce qu'il nomme la «fonction du réel» (Fedi, 2005). Chez Janet, la «fonction du réel» est une fonction psychologique essentielle qui permet l'adaptation à la réalité commune et changeante, caractéristique d'un présent concret et social. «C'est le règne de la conscience claire, de l'attention précise et de la volonté agissante» écrit Girard (1981, p. 20). Le problème des psychasthéniques découlerait de leur incapacité à s'épanouir dans cette «fonction du réel». S'il est possible pour le malade d'imaginer une action donnée, celle-ci sera bloquée à un niveau «supérieur», au moment de se déployer dans le réel. Ces actions avortées faisaient des psychasthéniques des êtres «incomplets» (Janet, 1903/2005, p. 734).

L'Homme évolue constamment, et il doit, à chaque moment de sa vie, accomplir un acte nouveau par quelque côté pour se maintenir en accord avec la réalité changeante. Il est facile d'observer que les opérations purement mentales, les souvenirs sans applications pratiques, les rêveries, les raisonnements vides appartiennent à un niveau d'activité très bas, et que ces opérations deviennent difficiles dès qu'elles sont en rapport avec une action réellement exécutée (Janet, 1921, cité dans Fedi, 2005, p. XVI).

La «hiérarchie des actions», telle que proposée par Janet, évoque un jugement de valeur d'ordre normatif à l'égard des formes diverses de la pensée. Pour lui, la pensée doit avoir une finalité claire, proche à certains égards d'une logique cartésienne. Mais que fait Janet des rêveries de l'artiste qui contemple un panorama ou des envolées diffuses de l'esprit qui échappent au domaine du raisonnement clair et explicite ?

La première catégorie de symptômes que Janet nomme les stigmates psychasthéniques renvoie au fond mental des malades, c'est-à-dire aux sentiments qui dominent leur expérience de détresse. L'aliéniste souligne notamment leur besoin d'excitation toujours renouvelé annexé à un sentiment d'incomplétude qui se manifeste surtout sous la forme d'autocritiques. Janet précise que ce sont ces « stigmates » qui font des psychasthéniques des malades, les obsessions et les compulsions ne sont selon lui que le relief de la maladie (Janet, 1903/2005).

La seconde catégorie de symptômes psychasthéniques que Janet nomme les «agitations forcées» inclut les comportements obsessionnels et compulsifs. Ces manifestations seraient selon lui produites par une dynamique de dérivation énergétique. Lorsqu'une action est avortée, la force psychologique qui lui était destinée est alors absorbée par un niveau «inférieur» d'activité. Puisque les actes de substitution qui en procèdent sont moins exigeants que l'action avortée, ils doivent être exécutés d'une manière itérative et soutenue afin d'assurer la pleine dépense des forces déviées (Girard, 1981). Les «agitations forcées» ne sont, en cela, ni plus ni moins que des décharges énergétiques si l'on se réfère aux conceptions de Janet. Ainsi l'auteur réaffirmait-il la dimension strictement négative que les aliénistes du XIXe siècle conféraient à ces symptômes.

La troisième catégorie de symptômes psychasthéniques que Janet nomme les «idées obsédantes» renvoie au registre des scrupules moraux. Il s'agit par exemple d'obsessions «du sacrilège», «du crime» et «de la honte de soi». Si l'obsession n'est jamais vécue avec la certitude qui fait le propre du délire, elle « s'accompagne d'un

début de croyance, et sollicite l'adhésion » suffisamment pour entraîner une vérification perpétuelle, et s'imposer comme «objet d'examens, de critiques, de discussions, et d'interrogations sans fin» (S. Nicolas, 2005, p. VIII). Ces pensées proviennent d'une sorte de « besoin de se tourmenter » caractéristique des psychasthéniques. «Plus ils souffrent d'incomplétude, plus ils développent ces idées morbides et les amplifient» écrit Janet (1903, cité dans Fedi, 2005, p. XVII).

S'il se dégage des écrits de ce dernier l'idée que les obsessions sont le produit d'une sensation chez le malade de sa propre incomplétude, il s'agit, selon Girard, d'un «constat métaphorique dont le sens et la valeur privée ne sont pas abordés» (Girard, 1981, p. 21). Ce commentaire essentiel montre que Janet refusait de sortir d'un cadre objectiviste et que les obsessions n'avaient pas pour lui de véritable sens clinique. Bien qu'il ait pressenti qu'il puisse y avoir des «idées inconscientes» derrière certaines obsessions, il aurait par la suite écarté cette intuition, faisant preuve, dira plus tard Freud, d'une «réserve exagérée qui lui a fait beaucoup de tort.» (Freud, 1917/1988, p. 239).

En d'autres termes, nous pouvons dire, avec Fedi (2005), que pour Janet, la psychologie n'était pas une herméneutique, mais une énergétique.

Ainsi qu'en témoigne une importante communication livrée en 1913 lors du XVII<sup>e</sup> congrès international de médecine, Janet était l'un des critiques les plus acerbes des travaux de Freud. Le psychiatre y condamne ce qu'il qualifie de «nouvelle doctrine» à laquelle il reproche tantôt, d'être excessivement généralisante, et tantôt, de manquer d'originalité. Le sujet de l'interprétation des dires du malade figure au cœur de son rapport critique.

Si Janet reconnaît l'impact que peut avoir un incident traumatique d'ordre sexuel sur le déterminisme des symptômes névrotiques, il reproche aux psychanalystes de concentrer leurs analyses sur cette cause unique. L'excitation sexuelle n'est pour lui

qu'un mécanisme parmi d'autres pouvant faire l'objet d'une dérivation mentale. Il écrit : « Quoique la thèse des insuffisances génitales nous semble très exagérée, nous devons reconnaître ce qu'elle a de juste dans certains cas » (Janet, 1913 cité dans Fedi, 2005, p. XIII). La névrose est complexe et relève de facteurs multiples nous dit Janet. Selon lui, les idées fixes ne procèdent pas forcément de souvenirs traumatiques (Janet, 1913/2004).

Janet fait valoir que c'est précisément puisqu'elle accepte d'emblée une hypothèse spécifique concernant l'étiologie des névroses que la psycho-analyse freudienne peut se livrer à ce qu'il qualifie «d'interprétations faciles» et de «symbolisme aventureux» (Janet, 1913/2004, p. 91). Pour lui, tout acte interprétatif est impossible, voire dangereux puisqu'il ne peut être guidé par une conviction préalable :

L'analyse psychologique constate le souvenir traumatique dans certaines observations non interprétées, elle admet à titre d'hypothèse qu'il s'est combiné à d'autres faits pour jouer un rôle dans la détermination de certains symptômes : la psycho-analyse transforme cette hypothèse partielle en principe général, pose ce principe comme donné et par conséquent interprète facilement toutes les observations dans le sens de ce principe fondamental. [...] L'analyse psychologique ne peut pas se permettre d'interpréter les rêves ni les autres faits donnés par l'observation parce qu'elle ne sait pas d'avance s'il y a, oui ou non, un souvenir traumatique et s'il joue ou ne joue pas un grand rôle; elle ne saurait dans quel sens faire l'interprétation. (Janet, 1913/2004, p. 66)

Ainsi qu'on peut le voir, si Janet exprimait une ouverture partielle à l'égard des mécanismes de dérivation énergétique des pulsions sexuelles inconscientes développés dans la théorie freudienne de la névrose obsessionnelle, il en délaissait totalement leur signification symbolique (Fedi, 2005).

C'est une psychologie qui s'appuie sur des «faits vérifiables» et des «inductions prudentes» qu'il prônait. Pour lui, une preuve était nécessaire pour que le rôle d'un souvenir traumatique chez un patient puisse être postulé. En outre, si Janet reconnaissait que les symptômes psychasthéniques se déployaient souvent lors

d'événements importants pour le malade, tels que des fiançailles, il refusait d'y voir l'effet d'une quelconque conflictualité privée. En accord avec les conclusions de Sartre, nous pouvons dire que Janet demeurait de ce fait «tributaire d'une approche objectivante» (Girard, 1980).

Avant d'aborder la visée des premiers traitements contre l'obsessionnalité, il importe de souligner avec Michel Foucault, que dans la psychiatrie du début du XIXe siècle, la maladie mentale était tacitement annexée aux mauvaises mœurs et à la faute morale. L'emploi de termes profondément péjoratifs et dépréciatifs tels qu'«aliénés», «fous» ou «insensés» pour désigner les malades en était le reflet explicite.

La psychiatrie positive du XIXe siècle, et la nôtre aussi [...] ont hérité secrètement de tous ces rapports que la culture classique dans son ensemble avait instaurés avec la déraison ; elles les ont modifiés ; elles les ont déplacés ; elles ont cru parler de la seule folie dans son objectivité pathologique ; malgré elles, elles avaient affaire à une folie tout habitée encore par l'éthique de la déraison et le scandale de l'animalité. (Foucault, 1961/1972, p.177)

Ce qu'on appelle pratique psychiatrique, c'est une certaine tactique morale, contemporaine de la fin du XVIIIe siècle, conservée dans les rites de la vie asilaire, et recouverte par les mythes du positivisme. (Foucault, 1961/1972, p.528)

De tels attributs «moraux» se dégagent des écrits d'Esquirol qui associe la monomanie aux «individus qui, par amour-propre, par vanité, par orgueil, par ambition, s'abandonnent à des pensées et des projets exagérés et à des prétentions outrées» (Esquirol, 1838/1989, p. 345). Pinel pour sa part, croit que les délires partiels sont provoqués par une «éducation nulle et mal dirigée» et par un «naturel pervers et indisciplinable» (Pinel cité dans Esquirol, 1838/1989, p. 355) tandis que Janet (1903) confère à certains facteurs dits «moraux» un rôle déterminant dans «l'abaissement psychologique» agissant comme facteur déclenchant de la psychasthénie. Les personnes qui manquent d'initiative, qui redoutent les responsabilités ou qui sont mal éduquées étaient ainsi jugées particulièrement à risque.

Puisqu'il était grandement accepté que l'obsessionnalité procédait de mauvaises habitudes de vie, il n'est pas étonnant que son traitement ait pu évoquer une rééducation d'ordre moral. Tant chez Esquirol que chez Janet, les soins administrés se fondaient sur le modèle du «traitement moral» qui fut introduit à la fin du XVIIIe siècle par la figure éminente de la psychiatrie naissante que fut Philippe Pinel. Celui-ci avait cherché à rompre avec les pratiques souvent cruelles prodiguées dans les hôpitaux généraux de France jusqu'au XVIIIe siècle en offrant aux malades des soins plus «humains» organisés autour d'une discipline morale et d'une bonne hygiène de vie. Inspiré par Pinel, on peut observer dans les écrits d'Esquirol un rapprochement sans équivoque entre le traitement des aliénés et l'éducation des enfants:

Les aliénés sont de grands enfants, et des enfants qui déjà ont reçu de fausses idées et de mauvaises directions; ils offrent tant de points de contact avec les enfants et les jeunes gens, qu'on ne sera pas surpris si les uns et les autres doivent être conduits d'après des principes semblables. [...] Il doit y avoir un chef et rien qu'un chef de qui, tout doit ressortir. [...] Soumis à une vie régulière, à une discipline, à un régime bien ordonné, les aliénés sont contraints de réfléchir sur le changement de leur situation (Esquirol, 1838/1989, p. 64-65).

Il n'est pas rare de voir des guérisons qui semblent tenir du prodige et qui s'opèrent par l'influence morale (Esquirol, 1838/1989, p. 59).

La même «direction morale» était présente dans la thérapeutique prônée par Janet. Celui-ci reconnaissait que le clergé avait identifié la «maladie du scrupule» bien avant la médecine, et soulignait que la confession régulière s'avérait indiquée pour traiter les obsédés. Le médecin, exerçant une grande autorité auprès du malade se devait alors de reprendre le rôle et la fonction tenus jusqu'ici par les prêtres.

Quand on voit qu'ils sont intéressés, qu'ils sont heureux de trouver une personne capable de les comprendre et de les plaindre sans se moquer d'eux, il faut leur commander avec beaucoup de netteté et sans l'ombre d'une hésitation et il ne faut jamais revenir sur un commandement, fut-il absurde [...] Le médecin doit ordonner au malade l'acte ou la croyance que celui-ci avait déjà conçu intellectuellement comme préférable. (Janet, 1903/2005, p. 709)

Tantôt grondés, tantôt encouragés, les malades devaient se soumettre à l'autorité de leur médecin dans un effort soutenu visant à rediriger leur attention et corriger leur «volonté» :

Ces sujets ont toujours besoin d'être remontés par des excitations diverses, des émotions variées et le rôle du médecin se rapproche de celui du directeur de conscience qui se borne à donner des solutions, à suppléer à la volonté insuffisante (Janet, 1903/2005, p. 719).

Le traitement moral impliquait une méthode dite «perturbatrice» qui consistait à provoquer de vives émotions chez le malade. Ainsi que le soulignait Esquirol, il en allait de l'imagination du médecin de savoir «subjuguier son patient» de manière à «l'arracher à ses idées obsédantes», et le forcer à détourner son attention sur des objets dits «sains». Dans la même veine, Janet écrit:

Il faut deviner le point qui est encore resté sensible chez le malade et agir sur ce point pour déterminer des émotions réelles. Chez les uns il faut se servir de l'affection, de la sympathie, chez les autres, de la honte ou de la crainte. (Janet, 1903/2005, p. 712).

L'objectif est clair : l'éradication des doutes et des hésitations des malades. «C'est une véritable rééducation de l'émotion qui cherche à substituer aux ruminations, aux agitations, aux angoisses élémentaires des émotions hiérarchiquement supérieures.» (Janet, 1903/2005, p. 714)

Comme on peut le voir, les méthodes utilisées par Esquirol et Janet pour soigner les pathologies obsessionnelles étaient souvent analogues, montrant que les présupposés thérapeutiques avaient peu évolué au cours du XIXe siècle.

Janet concédait qu'une approche thérapeutique qui lui était plus contemporaine telle que la suggestion par l'hypnose aurait pu sembler la méthode la plus appropriée, cependant, sa grande expérience clinique l'emmenait à conclure que les obsédés ne sont «ni hypnotisables, ni suggestibles». (Janet, 1903/2005, p. 706)

Si, d'autre part, une médication sédatrice était souvent employée, elle ne servait qu'à calmer les malades. La véritable action thérapeutique était uniquement attribuée au traitement moral.

Une question se pose alors: quel effet cherchait-on à provoquer chez le malade par l'emploi d'un tel traitement ? Ultimement, c'est une action sur le corps organique qui devait être induite. Esquirol écrivait : «Tout ce qui pourra agir sur le cerveau directement ou indirectement et modifier notre être pensant [...] sera l'objet du traitement moral» (Esquirol, 1838/1989, p. 60).

D'une manière analogue, quoique plus circonscrite, Janet croyait en la possibilité d'une action sur la tension psychologique et la « force du cerveau » pour justifier l'emploi du même traitement.

On comprendra cependant que les aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle ne pouvaient démontrer les effets de leurs méthodes sur le fonctionnement du cerveau, ces effets devaient être inférés à partir de modifications comportementales obtenues. Ce sont des observations de cet ordre qui avaient convaincu Janet:

Je constate que tous les troubles disparaissent pendant les années où le malade fait son service militaire. C'est la simplicité de la vie, la discipline et l'absence d'initiative qui leur convenait (Janet, 1903/2005, p. 702).

Voilà donc en quoi se mesurait l'efficacité de l'action thérapeutique menée, à savoir, dans un changement comportemental permettant l'inhibition des symptômes indésirables.

À ce propos, on connaît la virulence avec laquelle Michel Foucault a critiqué les procédés thérapeutiques en vigueur au XIX<sup>e</sup> siècle, à commencer par le traitement moral de Pinel. Pour lui, l'impératif de la psychiatrie était de museler purement et simplement les aliénés par la correction et le dressage. Un paradoxe, quelque part, à une époque où ceux-ci avaient commencé à retrouver le droit de s'exprimer à la

première personne, y compris dans le lyrisme, ce dont avait attesté au siècle précédent une œuvre aussi emblématique que *Le neveu de Rameau* de Diderot.

Néanmoins, loin de permettre aux «fous» d'exprimer les «vérités souterraines de l'Homme», la psychiatrie naissante leur refusait le droit à la parole. Foucault écrit :

C'est en ce point précisément que l'opération de Pinel s'insère dans l'expérience classique [...] On détache les chaînes qui empêchaient (au fou) l'usage de sa libre volonté, mais pour le dépouiller de cette volonté même, transférée et aliénée dans le vouloir du médecin (Foucault, 1972, p. 533).

Si l'on suit la thèse de Foucault, le jugement est sans appel : la psychiatrie du XIXe siècle avait fait le choix de soigner le corps organique et de dresser le comportement de l'obsédé, plutôt que de prendre en considération l'être de langage, et le sujet porteur et auteur inconscient d'une histoire psychique singulière.

## CHAPITRE II

### LA RÉVOLUTION PARADIGMATIQUE FREUDIENNE ET LES PREMIÈRES CONCEPTIONS MÉTAPSYCHOLOGIQUES SE RAPPORTANT À L'OBSESSIONNALITÉ

Au tournant du XXe siècle, S. Freud va bouleverser la conception des maladies mentales en proposant une révolution paradigmatique où la souffrance procède de la vie intrapsychique ainsi que des conflictualités inconscientes qui la caractérisent. La contribution freudienne sera particulièrement importante dans l'approche théorico-clinique de l'obsessionnalité.

#### 2.1 Premières ébauches d'un bouleversement paradigmatique

C'est dans *Les névroses de défense* (1894) que Freud aborde pour la première fois les «représentations de contrainte» qui renvoient aux phobies, aux pensées intrusives et aux obsessions. En s'inspirant de ses travaux avec J. Bleuler, il propose un modèle explicatif qui met en cause une charge affective qui a été détachée d'un contenu idéique refoulé. Tout se passe donc comme dans l'hystérie. À partir de là cependant, les voies bifurquent : si l'excitation s'exprime à travers le corps dans l'hystérie, chez les obsédés et les phobiques, cette « aptitude à la conversion » est absente, et l'affect est contraint de demeurer dans le domaine psychique où il s'attache à d'autres représentations.

Freud refusait de faire sienne la thèse soutenue par Janet selon laquelle cette opération de clivage de la conscience est provoquée par une faiblesse innée de la « capacité de synthèse psychique ». Pour Freud, s'il y a bel et bien clivage, celui-ci était attribuable au caractère insupportable pour la pensée consciente des contenus idéiques en cause. Il s'éloignait ainsi du déterminisme organique que défendaient les aliénistes de son temps. Freud précise que c'est de la vie sexuelle et des fantasmes qui y sont associés que semblent provenir l'affect pénible. S'il n'excluait pas encore que cet affect indésirable puisse occasionnellement avoir une autre filiation, il assure que cela ne s'était encore jamais observé dans son cabinet.

Le premier modèle explicatif freudien se rapportant à l'obsessionnalité se résume donc ainsi : les obsessions se substituent dans la conscience à un acte sexuel refoulé et affectivement insupportable. L'affect lié à l'idée sexuelle refoulée est déplacé sur une idée substitutive qui devient alors obsédante. On comprendra que l'état émotif, bien qu'excessif en apparence, demeure tout à fait justifié. Dans cette mesure, toute possibilité de guérison impliquait selon Freud une « retraduction » de la représentation de contrainte en contenu sexuel.

Un an plus tard, dans *Obsessions et phobies* (1895), Freud fait valoir que la dynamique de déplacement pathogène à la base de l'hystérie et de l'obsessionnalité peut s'opérer chez des personnes autrement tout à fait saines d'esprit et en santé. À cet égard, il soutient que ces névroses doivent être détachées de la neurasthénie et de la dégénération mentale. Freud distingue en outre les obsessions « vraies » des souvenirs persistants, mais non altérés qui seraient attribuables à un trauma.

Dans le même texte, Freud aborde le problème des actes compulsifs. Ici, l'affect pénible est associé à un comportement plutôt qu'à un contenu idéique. Cet acte, ajoute Freud, participait initialement à l'effort de répudiation de l'idée inconciliable, et tenait une fonction protectrice. En d'autres termes, les actes compulsifs procèdent de l'adjonction d'un état émotif pénible à l'action qui devait le chasser. L'analyste appuie

son propos sur de nombreuses observations cliniques, dont celle d'une femme qui s'adonnait à un lavage compulsif destiné, d'après ses interprétations, à recouvrer symboliquement une pureté morale qu'elle regrettait avoir perdue.

Nous verrons plus loin qu'un tel effort de contre-balancement et de lutte tantôt consciente, tantôt inconsciente, et visant à chasser l'intolérable de la conscience, façonne l'expérience des névrosés.

Cette première ébauche de la théorie freudienne à l'égard de l'obsessionnalité révèle deux innovations marquantes. D'abord, Freud cherchait à comprendre les mécanismes psychiques génératifs des obsessions, plutôt que de tenter de les éradiquer. Autrement dit, il souhaitait faire sens avec ce que la psychiatrie du XIXe siècle se contentait de qualifier d'insensé. D'autre part, il concevait déjà que l'obsessionnalité était le produit de l'univers psychique du sujet, qu'elle avait une histoire et qu'en cela, celle-ci ne pouvait être réduite à une lésion organique. Pour reprendre les termes de Gladys Swain, pour Freud, « la maladie, c'est le malade lui-même ». C'est à partir de ces conceptions radicalement nouvelles qu'il élaborera son premier modèle théorique de la névrose obsessionnelle.

À la fin de l'année 1895, Freud concevait que l'hystérie et la névrose obsessionnelle avaient à leur source une expérience sexuelle prépubère qui aurait été vécue avec dégoût et effroi chez les hystériques alors que chez les obsessionnels, elle aurait généré du plaisir qui se transformera dans un après-coup en auto-reproches (P. Mahony, 1991). On notera donc que Freud comprenait dès cette première étape de son œuvre que la névrose obsessionnelle prenait racine à une période bien antérieure à la maturité sexuelle. Dans *Autres remarques sur les névroses-obsessionnelles* (1896), l'idée d'une scène originaire de passivité sexuelle comme racine de la névrose est maintenue. Viennent dans un second temps des actes précoces d'agression envers l'autre sexe générateurs d'excitation, surtout chez les garçons. Un affect d'auto reproche s'attache ensuite à ces souvenirs, ce qui provoque leur refoulement. Les contenus refoulés

laissent alors place à des symptômes primaires de défense tels que la méfiance envers soi-même et la honte. C'est une réémergence dans la conscience des contenus refoulés, sous une forme déformée et non sexuelle, et de l'état émotif qui leur est adjoind qui signale le début de la maladie. En guise de protection, le moi fait alors appel à des symptômes de défense secondaires qui, lorsqu'ils fonctionnent, risquent de devenir obsessionnels (Mahony, 1991). Au tournant du XXe siècle, Freud rejettera l'idée d'une séduction à un âge précoce. «L'effet des fantaisies» et «l'infantilisme même de la sexualité» se substitueront alors à une scène de passivité sexuelle comme racine de la névrose. Il maintient néanmoins l'idée d'une certaine corrélation entre, d'une part, l'hystérie et la passivité et, d'autre part, entre l'obsessionnalité et l'activité, et ce, même si, dans l'un et l'autre cas, aucune scène de séduction véritable n'a été impliquée (Mahony, 1991).

Ce que Freud nous dit, c'est que l'obsession voile un contenu inconscient, qu'elle a une origine et une histoire, il suggère même que l'obsession jouerait un rôle protecteur pour le moi. Autrement dit, elle a une raison d'être psychique. Contrairement à ses prédécesseurs, Freud porte sa réflexion au-delà des balises du cadre objectiviste et refuse de réduire la «maladie des obsessions» à ses symptômes manifestes pour plutôt s'interroger sur les contenus, les conflits et les fonctions psychiques qu'ils sous-tendent. Voilà ce qui définit véritablement la «maladie» en psychanalyse. En d'autres termes, pour Freud, les obsessions ne représentent pas un désordre en elles-mêmes, mais plutôt des actes psychiques qui révèlent des enjeux qui les dépassent.

Les travaux de Freud ont permis de restituer aux obsessions leur dimension humaine. Dans *Actions compulsives et exercices religieux* (1907) par exemple, il trace un parallèle intéressant entre les compulsions et les actions sacrées associées aux rites

religieux<sup>3</sup>. Freud souligne notamment l'angoisse qui afflige autant l'obsédé que le croyant en cas de manquement à leurs rituels respectifs. Il ajoute que les cérémoniaux et les interdictions que les névrosés s'imposent en guise de défense ne vont pas sans rappeler les exercices de piété religieux. Le rapprochement le plus appréciable vient toutefois du fait que l'acte obsessionnel, à l'instar du cérémonial religieux, recèle une intention symbolique. Le rituel peut en cela être interprété et traduit en formule verbale par la technique d'analyse psychanalytique. En d'autres termes, il est possible de comprendre les actes obsédants :

Cette investigation permet de mettre radicalement fin à l'apparence d'après laquelle les actes obsédants seraient niais et dénués de sens. Elle révèle aussi d'où provient cette apparence. On apprend à voir que les actes obsédants sont, sans exception et dans tous leurs détails, pleins de sens, qu'ils sont au service d'intérêts importants de la personnalité et qu'ils expriment et des événements à influence persistante, et des pensées chargées d'affect de l'individu. (Freud, 1907/1973, p. 8)

Freud ajoute que les actions compulsives évoluent durant le cours de la maladie et tendent à se rapprocher des actions prohibées sans jamais leur correspondre tout à fait. Il précisera dans *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle* (1909) que c'est à une certaine ressemblance avec la masturbation infantile que tendent les actes obsessionnels qui vont perdurer dans le temps. Dans le même ouvrage, Freud distingue les défenses primaires et secondaires et soutient que, suite à l'échec partiel d'un «combat» intérieur primaire chez le patient, les pensées «interdites» se fraient une voie vers la conscience. C'est à ce moment qu'un combat défensif secondaire s'opère. Les formations obsessionnelles qui en résultent sont infiltrées par ces pensées interdites (Mahony, 1991). Ces derniers passages théoriques montrent que Freud reconnaît que

---

<sup>3</sup> Le terme « cérémonial » qui est couramment employé pour désigner les actes compulsifs témoigne en lui-même de ce rapprochement selon Freud.

le symptôme obsessionnel peut laisser entrevoir le contenu qu'il voile, qu'il porte de ce fait une valeur privée et qu'il livre quelque chose de spécifique au patient qui en souffre. Ainsi peut-on voir que l'obsession reprend en psychanalyse sa dimension proto-langagière que la psychiatrie du XIXe siècle refusait de lui reconnaître.

Mais comment ces nouvelles idées vont-elles se traduire dans la démarche clinique et thérapeutique ? De toutes les contributions de Freud, le cas paradigmatique de l'Homme aux Rats, paru en 1909 dans *Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle* est sans doute la plus éclairante. Cet ouvrage majeur a marqué l'histoire théorico-clinique des troubles obsessionnels et s'est imposé comme référence dans la littérature psychanalytique; il est donc impératif de s'y attarder.

## 2.2 Le cas prototypique de l'Homme aux Rats

Mieux connu sous le nom de «l'Homme aux Rats», Ernst Lanzer était décrit par Freud comme un jeune homme très intelligent, de formation universitaire, qui menait une vie sexuelle qualifiée de «pauvre». Il s'était fiancé à sa cousine, stérile, au grand dam de sa mère qui lui destinait une femme plus jeune et plus riche. Le célèbre patient de Freud disait souffrir d'appréhensions depuis son enfance. Celles-ci se seraient amplifiées jusqu'à prendre une allure obsessionnelle au cours des quatre années précédant son traitement. L'idée de la mort de son père était particulièrement récurrente. Freud relève avec un souci du détail frappant les éléments biographiques et fantasmatiques qui ont façonné la névrose de son patient. Ses écrits contrastent, en cela, avec les présentations de cas du XIXe siècle qui se focalisaient sur la description des manifestations obsessionnelles, et ce, jusqu'à faire ombrage à la personne qui en souffre. Freud fait valoir, notamment, que son patient aurait vécu, entre l'âge de quatre et six ans, certaines expériences sexuelles avec ses gouvernantes. Peu de temps après, il aurait commencé à être habité par le souhait précoce et persistant de voir des femmes nues ainsi que par

l'étrange pressentiment qu'une conséquence terrible pourrait s'en suivre, notamment la mort de son père (Freud, 1909/1977).

### 2.2.1 Univers psychique de l'Homme aux Rats et façonnement de sa névrose obsessionnelle

Il importe de souligner d'entrée de jeu que Freud comprenait l'obsessionnalité uniquement à travers un cadre œdipien. Cela concordait avec le cas de l'Homme aux Rats qui souffrait bien de névrose. Comme le fait remarquer de façon convaincante É. Zetzel (1967), ce patient ne présentait pas une personnalité «réprimée, rigide et compulsive» pouvant faire obstacle au déploiement d'une névrose de transfert et à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique. Au contraire, il était «vivant et imaginatif», il pouvait exprimer ses affects de façon adaptée, et sa pensée était habituellement claire. Ce sont là des signes que nous savons aujourd'hui caractéristiques d'une organisation névrotique (N. McWilliams, 1994). Nous nous doutons bien, en revanche, que plusieurs des patients obsessionnels que Freud croyait atteints de névrose grave ou encore inconnue aient présenté des fonctions élémentaires du moi différentes de celles de l'« Homme aux Rats ». L'Homme aux Loups vient évidemment à l'esprit comme un bon exemple.

Comme on le verra plus loin, les conceptions psychanalytiques à l'égard du champ psychopathologique que couvre l'obsessionnalité ont grandement évolué. Il n'empêche que la névrose obsessionnelle s'inscrit à même ce champ et que les contributions théoriques de Freud à ce sujet demeurent aujourd'hui toujours pertinentes. D'autre part, c'est sur la position paradigmatique sur laquelle repose la théorie freudienne qu'il s'agit avant tout de mettre l'accent dans cette section.

À la lumière des conceptions qu'il entretenait à l'époque, Freud postule qu'une mauvaise conduite liée à la masturbation aurait été punie par le père alors que son

patient était enfant (Mahony, 1991). Ce geste aurait dès lors fait naître chez le petit une hostilité dirigée contre son assaillant qui aurait été refoulée : «une haine envers le père aussi forte que dans ce cas ne peut se produire que si le père a troublé l'enfant dans sa sexualité» (Freud, 1909, cité dans Mahony, 1991, p. 57). Cette hostilité se serait maintenue dans cet état inconscient jusqu'à l'âge adulte. Freud postule donc que les obsessions de l'homme aux rats au sujet de la mort de son père n'étaient pas des peurs, mais bien des souhaits inconscients et que le refoulement de son hostilité infantile envers son père aurait «assujéti la vie entière de son patient à la névrose» (Mahony, 1991, p. 44).

Plus tard, une opposition du père au mariage de son fils aurait à nouveau confirmé le rôle de gêneur qu'il occupait dans le choix d'objet sexuel de son fils (Mahony, 1991).

Le patient de Freud n'arrivait pas à s'identifier complètement à son père, et encore moins à tenter de le surpasser. Celui qui devait lui servir de figure paternelle avait sérieusement compromis la possibilité de fournir à son fils un idéal du moi et un surmoi introjectables, notamment en risquant son bien-être au jeu, en s'étant marié pour l'argent plutôt que par amour, et en embarrassant régulièrement son fils par son manque de savoir-vivre. D'après les analyses d'É. Zetzel (1967) et P. Myerson (1967), une rage sévère du patient dirigée contre le père lors de la mort de sa jeune sœur, alors qu'il n'avait que 4 ans, pourrait aussi avoir fait obstacle à l'identification du fils à la masculinité de son père.

Ainsi que le souligne S. Viderman (1977), le choix du patient d'épouser une femme stérile et pauvre pouvait en ce sens sous-tendre, à titre de compromis psychique complexe, à la fois, un rejet du mode de vie qu'a privilégié son père, une manière vengeresse de l'empêcher d'avoir des descendants, et une façon de contourner toute rivalité œdipienne. La vie psychique du jeune homme était en effet assiégée par une angoisse de castration considérable, sa peur devant le succès, et son hésitation face aux engagements maritaux et professionnels en témoignaient (Mahony, 1991).

Ce que Freud nous dit, c'est que la haine du père, son refoulement et l'angoisse de castration constituent le fond psychique à partir duquel ont germé les obsessions de son patient. Voilà selon lui la véritable source de sa souffrance. Freud montre en quoi le récit biographique de l'Homme aux Rats est contigu au façonnement de son univers psychique et donc, à la psychogenèse de ses symptômes. Ainsi que le fait habilement valoir A. Freud (1966), il était révolutionnaire pour l'époque que Freud porte son attention au-delà de l'apparence pathogène d'événements récents dans la vie de son patient pour expliquer la souffrance de celui-ci.

S'il était clair pour Freud que le père avait joué un rôle déterminant, qu'en était-il des autres figures objectales du patient ? La lecture du rapport de 1909 donne à voir que Freud avait accordé relativement peu d'attention aux premiers amours objectaux, prégénitaux ou génitaux de son patient. La mère par exemple, qui n'y est nommée qu'à six reprises, toujours brièvement et vaguement, s'inscrivait indiscutablement parmi les figures négligées par Freud lors de l'analyse du fils. Cet état de fait lui sera plus tard reproché par de nombreux commentateurs, dont K.H. Blacker et R. Abraham (1982).

Ainsi que le souligne Zetzel, nous devons comprendre que Freud avait « reconstruit le premier développement de l'Homme aux rats en se basant inévitablement sur sa propre compréhension des impulsions instinctuelles et de la gratification auto-érotique » (Zetzel, 1967, p. 529). Ses conceptions reflétaient inévitablement l'idéologie patriarcale viennoise du tournant du XXe siècle dans laquelle les relations père-fils étaient considérées comme fondamentales (Blacker et Abraham, 1982).

Au milieu du XXe siècle, des réexamens théoriques du cas de l'homme aux rats, sous l'angle des concepts plus modernes de la psychologie du moi et des relations objectales, permettront de mettre au jour des points d'ancrage de la névrose antérieurs à la phase phallique et au complexe d'Œdipe. Parmi les contributions les plus notables, nous retiendrons celle de Zetzel (1967), qui se proposait d'ajouter aux écrits de 1909 en

décrivant le rôle des diverses figures infantiles du patient, outre le père, dans la détermination de son fonctionnement psychique et de ses symptômes.

D'après ses hypothèses, la naissance d'un jeune frère, alors que le patient était âgé de 18 mois, aurait contribué à détériorer une relation mère-fils jusqu'alors «essentiellement positive». À la suite de cette naissance, la mère serait devenue «contraignante, peu affectueuse, compulsive» et serait apparue comme un agresseur pour le fils. Ce portrait concorde avec les observations de Mahony (1991), selon lesquelles la mère était vécue par le fils comme une mère «phallique archaïque» qu'il désirait inconsciemment castrer durant la phase œdipienne. Bien qu'elle n'ait pas été directement impliquée dans les obsessions conscientes hostiles du fils, Freud croyait que les pensées de son patient dirigées contre sa fiancée déguisaient des souhaits matricides.

Zetzel (1967) souligne que le jeune patient de Freud s'identifiait à sa mère de «façon rigide» lorsque ses frustrations précœdipiennes ou œdipiennes devenaient intenses. Un mécanisme qui ne va pas sans rappeler ce qu'A. Freud nomme l'identification avec l'agresseur. Puisque ce type d'identification défensive avait été associé à la formation du «surmoi intransigeant des futurs obsessionnels», il était clair pour Zetzel que la relation mère-enfant au commencement de la vie du sujet avait eu une incidence étiologique.

Puisque la figure de la mère qui apparaît dans l'analyse est celle d'une mère précœdipienne et œdipienne peu susceptible de constituer un objet stabilisateur et rassurant dans le développement du petit garçon, Zetzel (1967) croit possible que, dans sa deuxième ou troisième année, le patient se soit tourné vers sa sœur aînée pour lui servir « d'objet d'amour œdipien ». Le cas échéant, la mort soudaine de cette sœur, alors qu'il n'avait que 4 ans, « ne pouvait avoir eu qu'un effet très grave sur lui » :

Il est probable qu'un triangle œdipien, essentiellement normal, mais déplacé en partie, ait surgi avant l'apparition de la maladie mortelle de la jeune sœur.

Certaines réponses régressives au trauma, plutôt qu'un échec du développement commencé dans l'enfance et prolongé dans la vie adulte, seraient donc à l'origine de sa névrose infantile aiguë ainsi que sa prédisposition, à l'âge adulte, à une maladie obsessionnelle (Zetzel, 1967, p. 531).

Cette perte objectale importante pourrait avoir été vécue par l'enfant comme une « punition pour ses désirs sexuels ». Toutes ses inhibitions, son sentiment de culpabilité et son ambivalence en seraient alors le produit (Zetzel, 1967). On notera, avec A. Freud (1967), que ce n'est donc pas l'événement de perte d'objet en soi qui est déterminant, mais la croyance chez l'enfant que celui-ci découle de ses propres souhaits et des remords qui s'en suivent.

D'après Myerson (1967), la thèse selon laquelle la sœur du patient, alors si jeune, aurait remplacé la mère et joué le rôle d'objet d'amour est exagérée. Cela n'exclut pas pour autant la possibilité que les rapports du jeune patient avec sa sœur aient été «tendres ou fortement teintés de sexualité». Myerson suggère que l'amertume que le jeune patient de Freud avait éprouvée lors de la mort de sa sœur pouvait avoir provoqué une «congélation» de la tendresse et de la confiance envers les femmes qu'il avait consolidées au contact de celle-ci, entravant ainsi sérieusement toute «potentialité de relations génitales». L'auteur souligne l'attitude narcissique du patient envers sa conjointe, celui-ci semblant préserver son couple pour « garder l'illusion d'être un homme plutôt que pour maintenir un ancien mode de relations satisfaisantes» (Myerson, 1967, p. 541).

Nous avons vu dans les derniers paragraphes de quelle manière la névrose obsessionnelle pouvait se mettre en place psychiquement, mais comment le déclenchement des symptômes était-il provoqué ? Si c'est vers le récit biographique de son patient que Freud se tourne, selon Mahony (1991), le texte freudien manque ici de clarté. Pour Viderman (1977), il est clair que c'est le récit entendu d'un supplice par les rats qui aurait réveillé chez le jeune homme une haine refoulée à l'égard de son père,

déclenchant en cela une très vive angoisse obsessionnelle. Viderman rappelle notamment que le patient avait mordu son père tel un «petit rat» étant jeune.

La lecture de Freud met également l'emphase sur le projet qu'entretenait la mère de marier son fils à une jeune femme de riche famille. Projet qui, bien que n'ayant pu directement déclencher l'angoisse obsessionnelle, aurait tout de même contribué à éveiller un conflit chez le patient: devait-il rester fidèle à son amie, pauvre et stérile, ou bien suivre les traces de son père et épouser la jeune fille, belle, distinguée et riche que sa mère lui désignait ? Freud soutient que c'est par la maladie que le jeune homme avait échappé à la tâche de résoudre ce conflit dans la réalité (Mahony, 1991).

### 2.2.2 Richesse langagière des manifestations obsessionnelles

Freud, qui s'était préalablement montré particulièrement attentif aux rêves et aux événements visuels oniriques, avait plutôt fait le choix, avec «l'Homme aux rats» de centrer son attention sur les actes et les dires obsessionnels de son patient (Mahony, 1991). Soulignons qu'au moment de cette analyse, Freud (1909/1977) soutenait que les idées obsessionnelles découlaient d'une «déformation semblable à celle que subissent les pensées du rêve avant de devenir le contenu du rêve». Elles représentent de ce fait un compromis que la pensée consciente «persiste à ne pas comprendre». Tout comme les rêves nocturnes, elles paraissent, «soit immotivées, soit absurdes» :

Ce qu'on appelle idées obsessionnelles contient des traces de la lutte de défense primaire, c'est la déformation qui rend l'obsession viable, car la pensée consciente est forcée de la méconnaître (Freud, 1909/1977, p. 220).

Ainsi Freud cherchera-t-il à traduire les obsessions de son patient en rétablissant leur énoncé exact. La représentation obsédante étant passée par le processus de refoulement, «la teneur véritable de la motion pulsionnelle agressive demeure totalement inconnue au moi et il faut un travail analytique prolongé pour la rendre consciente». La pensée

obsessionnelle à laquelle l'Homme aux Rats doit son pseudonyme en est un bon exemple :

Au cours d'un exercice militaire en Galicie, un capitaine avait décrit une torture orientale qui s'était imprimée chez le jeune patient de Freud comme une représentation cinématographique. Celle-ci consistait à insérer un rat dans un pot qui était ensuite hermétiquement fixé vis-à-vis l'anus du condamné de sorte que l'animal tente de le pénétrer. Après une demi-heure d'atroces souffrances, le condamné finissait par succomber à une hémorragie et le rat mourrait étouffé. Après qu'il eut pris connaissance de cette torture, la pensée qu'un tel supplice puisse arriver à sa fiancée et à son père aurait émergé à la conscience du jeune homme. Cette pensée, qui devint vite obsédante, est capitale pour Freud puisqu'elle cristallise l'idée d'une haine refoulée contre le père. Viderman écrit : « L'idée fugitive émergente qu'il pourrait arriver une chose semblable à une personne aimée serait à traduire par cette motion de souhait : «C'est à toi que l'on devrait faire ça», laquelle était dirigée contre le père » (Viderman, 1977, p. 167). Freud montre ainsi de quelle manière la conflictualité œdipienne inconsciente de son célèbre patient pouvait être décelée à travers ses symptômes. On notera par ailleurs que ceux-ci révèlent une vie fantasmatique très riche, typique des névroses. Durant la description de la torture, Freud avait remarqué l'expression d'une «jouissance par lui-même ignorée» sur le visage de son patient (Freud, 1909, cité dans Viderman, 1977, p. 275). Ceci suggérait une identification homosexuelle active au bourreau, lui-même identifié au rat. En d'autres termes, le jeune homme lui-même, «dans la pensée magique de son fantasme» dira Viderman (1977), pénétrait analement et son père, et sa fiancée.

Freud montrait par cet exemple évocateur que les manifestations obsessionnelles représentent une tentative en impasse d'auto narrativité livrant les angoisses et les déchirements psychiques qui habitent la personne souffrante. Il considérait l'obsession

plus facile à comprendre que l'hystérie puisque son langage s'apparente davantage à la forme expressive de la pensée consciente (Videman, 1977).

On notera que toutes les obsessions du patient de Freud n'étaient pas construites d'une façon aussi compliquée que la grande obsession aux rats. Certaines obsessions empruntaient des voies plus simples comme la déformation par omission ou l'ellipse, une technique «dont le mot d'esprit sait si bien user, mais qui ici aussi servait de moyen de défense contre la compréhension» (Freud 1909/1977, p. 246). Les idées intrusives qui ont une valeur d'avertissement ou d'interdiction et qui suivent le schéma classique suivant: «Si tu fais X, il arrivera quelque chose à Y» en sont un exemple. Freud donne à voir dans ses écrits de 1909 qu'il est possible de compléter ces formules et de les rendre intelligibles en s'appuyant sur le matériel associatif recueilli en analyse.

La tendance qu'ont les patients obsessionnels à attribuer à leurs pensées, à leurs sentiments et aux bons et mauvais souhaits qu'ils peuvent faire, une propriété prophétique, voire une valeur de toute-puissance a souvent été relevée par Freud. Dans son analyse de l'Homme aux Rats, il précise que cette croyance s'étaye généralement sur le thème de la mort. Il croyait alors que si les patients obsessionnels surestiment tant l'effet de leurs sentiments hostiles sur le monde extérieur, c'est parce qu'ils ignorent consciemment une bonne part de l'action psychique interne de ces sentiments (Freud, 1909/1977). La toute-puissance des pensées, ou plus exactement celle des souhaits, sera plus tard reconnue dans «Totem et Tabou» (1913) comme constituant une partie essentielle du psychisme primitif.

### 2.2.3 Des rituels compulsifs intelligibles

L'image fantasmatique du supplice aux rats qui tourmente le patient de Freud l'avait condamné, dans sa névrose, à effectuer une série d'actions visant à écarter cette menace.

Si celles-ci semblent en apparence irrationnelles, Freud montrera au contraire qu'elles procèdent d'élaborations névrotiques complexes.

Peu avant sa première consultation avec Freud, l'Homme aux Rats avait fait l'acquisition d'une paire de lunettes qui lui avait été acheminée par courrier express. Suite à la réception du colis, son lieutenant (A), celui-là même qui lui avait raconté l'histoire du supplice, lui avait annoncé qu'il en devait le remboursement à un autre lieutenant (B) qui avait déboursé pour lui la somme. Dès lors, le jeune homme s'était imposé une sorte de devoir névrotique de rembourser cette somme sous certaines conditions. Mais l'affaire se complique: il découvrira qu'en réalité, il ne devait pas cette somme au lieutenant B mais à la dame de la poste qui avait bien voulu faire confiance à cet officier.

Une multitude d'élucubrations et de déductions caractéristiques aux névrosés s'étaient alors produites en lui, le tout résultant en un conflit anxieux qui tournait autour du scénario suivant : puisqu'il s'était juré qu'il rembourserait la somme, il convenait - pour que n'arrive pas à ceux qu'il aime, les catastrophes annoncées par l'obsession - qu'il fasse rembourser par le lieutenant A la somme en question à la généreuse dame de la poste, celle-ci la reverserait ensuite devant lui au lieutenant B.

Le patient de Freud savait ce serment tout à fait absurde. Pour cette raison, son accomplissement serait inévitablement suivi d'une grande humiliation pour lui. Il a malgré tout longuement considéré un retour au bureau de poste. Tourmenté, il opta finalement pour un retour à Vienne, afin d'y entamer une cure analytique (Freud, 1909/1977; Lacan, 1953/2007).

En confrontant aux événements de la vie de son patient chacune des facettes de son rituel et les étranges hésitations qui les accompagnent, Freud donnera à voir que cet étrange serment et le rituel qui l'accompagne étaient tout à fait intelligibles :

On fait bien de ne jamais se laisser troubler, dans cette tâche de la traduction des obsessions, par leur apparente insolubilité ; les obsessions les plus absurdes et les plus étranges se laissent résoudre si on les approfondit dûment [...] On peut aisément se convaincre que, une fois trouvé le rapport existant entre l'obsession et les événements de la vie du malade, tous les problèmes énigmatiques et intéressants de cette formation pathologique deviennent facilement intelligibles : la signification de l'obsession, le mécanisme de sa formation et les forces instinctuelles psychiques qui lui correspondent et dont elle provient (Freud, 1909/1977, p. 220).

Freud souligne en premier lieu que le père du patient avait eu, au cours de sa carrière militaire, de graves ennuis financiers pour lesquels un ami avait dû lui avancer une somme considérable, laquelle n'a jamais été remboursée. Le souvenir de ce péché de jeunesse du père revêt une importance capitale selon Freud puisque son patient, lorsqu'il faisait son service militaire, s'identifiait inconsciemment à son père.

D'après l'analyse de Freud, les paroles du capitaine : « il faut que tu rendes au lieutenant A... », étaient pour le fils comme une allusion à la dette que le père n'avait pas payée. Ainsi peut-on comprendre que cette directive, celle-là même qui se trouve à la source du serment de l'Homme aux Rats, avait éveillé un «souvenir douloureux» pour le patient.

En second lieu, la libido du sujet était sous pression pendant la période militaire en raison d'une longue continence à laquelle s'ajoutent des avances régulières de la part de jeunes femmes. Cette tension de sa libido était telle qu'il avait osé songer à se satisfaire sexuellement auprès d'une jeune femme qui lui avait témoigné de l'intérêt et qui demeurait au même endroit que le bureau de poste (Freud, 1909/1977).

Ce matériel associatif donne à penser, d'après les interprétations de Freud, que l'attraction de son patient pour le bureau de poste n'était pas motivée par une volonté de remplir son serment, comme le suggérait sa pensée consciente, mais plutôt par son désir sexuel. Le serment reproduisait selon Freud les hésitations inhérentes aux conflits

inconscients de son patient en substituant les figures qui en faisaient réellement l'objet par celles de la dame de la poste et des lieutenants A et B.

Freud montre que l'état d'esprit dans lequel se trouvait son patient avait renforcé ses doutes concernant la mémoire de son père et les mérites de son amie. De telles pensées exigeaient une punition qui prit la forme d'un serment en apparence insensé.

En hésitant si longtemps après les manœuvres, en ne sachant s'il devait rentrer à Vienne ou rester et tenir son serment, Freud soutient que son jeune patient exprimait deux conflits «qui depuis toujours existaient en lui, en un seul», c'est à dire un conflit entre «l'obéissance à son père et la fidélité à son amie» (Freud, 1909/1977, p. 242).

J. Lacan, dans *Le mythe individuel du névrosé* (1953), ajoutera à l'analyse de Freud en prenant comme point de départ le matériel associatif lié à l'histoire psychique du père, à savoir, l'idée d'une dette impayée et le fait que le père ait été, comme le fils, engagé à une jeune fille pauvre avant d'opter pour un mariage avantageux.

Pour Lacan, le schéma compulsif élaboré par le patient de Freud, c'est à dire le passage d'une somme d'argent de l'officier A, à la généreuse dame de la poste, puis, à un autre personnage masculin, évoque ces événements, et reproduit en filigrane la relation inaugurale entre le père, la mère et l'ami floué. C'est sur cela précisément que Lacan appuie son propos : le scénario du malade mettait en scène, fantasmatiquement, ce qu'il nomme « le mythe individuel du névrosé », dans la mesure où il donne à voir l'incidence qu'ont eue les événements qui caractérisent l'union des parents du sujet sur sa personne :

Vous ne pouvez pas ne pas reconnaître dans ce scénario [...] un schéma qui [...] est l'équivalent de la situation originelle, en tant qu'elle pèse d'un poids certain sur l'esprit du sujet, et sur tout ce qui fait de lui ce personnage avec un mode de relations tout spécial envers les autres, qui s'appelle un névrosé (Lacan, 1953/2007, p. 27).

Lacan, tout comme Freud, donne ainsi à voir que les rituels compulsifs procèdent d'une élaboration complexe contingente à l'histoire psychique du sujet. Ils sont en cela porteurs de sens, Lacan leur conférant même un caractère mythique:

Si nous nous fions à une définition qui peut être donnée du mythe comme une certaine représentation objectivée d'un ἔπος [epos] pour tout dire d'un geste exprimant d'une façon imaginaire les relations fondamentales caractéristiques d'un certain mode d'être de l'être humain [...] nous pouvons trouver, dans le vécu même du névrosé, toutes sortes de manifestations qui rentrent à proprement parler dans ce schéma, et dont on peut dire qu'il s'agit à proprement parler d'un mythe (Lacan, 1953/2007. p. 5).

Plusieurs auteurs, dont Zetzel (1967), ont souligné que certaines formations compulsives du jeune patient de Freud livraient symboliquement le fait de son identification compromise à la masculinité de son père.

Freud lui-même l'avait relevé. Il rapporte par exemple que son patient avait l'habitude d'interrompre ses études afin de se livrer à un rituel au cours duquel il ouvrait sa porte de chambre pour qu'y entre le «fantôme» de son père et regardait ensuite son pénis dans le miroir. D'après Freud, son patient se tournait alors vers la «magie du miroir» dans une tentative de consolider son moi menacé, et d'incorporer de façon optique le pénis paternel envié (Mahony, 1991).

D'après les analyses de Myerson, l'emploi compulsif d'ordres et de défenses du patient de Freud dans sa vie d'adulte, « alors que ceux-ci n'avaient plus ni sens ni but » reflétait un «besoin inaltéré d'avoir un père pour lui montrer comment affronter la réalité» (Myerson, 1967, p. 543). En d'autres termes, les symptômes du jeune homme livraient un besoin non comblé d'être guidé et rassuré. Myerson, qui s'appuie sur les concepts de la psychologie du moi et des relations objectales, ajoute que la série d'ordres et d'interdictions, de même que les rituels compulsifs que le jeune homme s'imposait avaient « toutes les caractéristiques d'un dialogue intérieur qui fut assurément, à un moment ou un autre, mené avec son père» (Myerson, 1967, p.543).

#### 2.2.4 L'opposition entre l'amour et la haine.

La lecture des récits cliniques de Freud montre qu'au-delà des éléments idiosyncrasiques liés au récit de vie des malades, leur univers psychique est investi par des fantasmes refoulés qui forgent leur manière d'être et qui font d'eux des névrosés : les symptômes obsessionnels mettant en scène ces impasses par un symbolisme significatif.

L'opposition entre l'amour et la haine représente un conflit constitutif des névroses obsessionnelles. Freud, dans son analyse de l'Homme aux Rats le soulignait :

Un comportement d'amour et de haine tel que celui de notre malade est l'un des caractères les plus fréquents, les plus prononcés et, pour cela même, l'un des plus importants probablement de la névrose obsessionnelle. (Freud, 1909/1977, p.255)

L'analyste dresse l'inventaire de plusieurs actes compulsifs élaborés par son patient qui livrent l'idée d'une lutte opposant ces deux tendances contradictoires. Nous en retiendrons un exemple particulièrement évocateur.

Le jeune homme, alors qu'il marchait sur la rue, avait heurté une pierre du pied. Il dut aussitôt l'enlever de la route, ayant songé que la voiture de son amie, passant à cet endroit, pourrait la heurter. Quelques instants plus tard, il se dit que sa crainte était absurde et s'est dès lors imposé le «devoir névrotique» de remettre la pierre au milieu de la route.

Freud soutient qu'il serait erroné de considérer que la seconde partie de cette compulsion avait été motivée par le sens critique du malade. Ce geste, «ayant été accompli compulsivement», faisait bien partie de l'action pathologique (Freud, 1909/1977).

Puisque le second geste, qui évoque une action destructrice, avait été déterminé par un motif contraire au premier, il était clair pour Freud qu'il avait pour fonction de

contrebalancer symboliquement le geste protecteur. En d'autres termes, l'élaboration névrotique indiquait un «geste d'amour, aussitôt annulé par une tendance hostile». Pour Freud, ces actes compulsifs « à deux temps » sont d'un intérêt particulier « car ils permettent de reconnaître un type nouveau de formation de symptômes » :

Au lieu de trouver, comme c'est le cas dans l'hystérie, un compromis, une expression pour les deux contraires, les deux tendances contradictoires trouvent ici à se satisfaire l'une après l'autre, non sans essayer, bien entendu, de créer un lien logique, souvent en dépit de toute logique. (Freud, 1909/1977, p. 224)

A. Green (1967) soulignera que l'une des manifestations les plus caractéristiques des pathologies obsessionnelles, à savoir la reconnaissance par le sujet de l'absurdité de ses actes dans la pensée consciente, participait à la succession de satisfactions contradictoires typiques aux rituels compulsifs dont Freud fait état. Les rituels protecteurs obéissent aux lois de ce que Green qualifie de «pseudo-logique», laquelle fait généralement l'objet de critiques de la part du sujet lui-même qui, au nom du sens commun, la décrète absurde en après-coup : « Le rituel est jugé par un jugement qui condamne le jugement du sujet qui ainsi se déjuge » écrit Green (1967, p. 240)

Si cette opposition du moi à sa propre «pseudo-logique» peut indiquer un maintien du contact du sujet avec la réalité, Green soutient qu'elle satisfait aussi silencieusement un désir de destruction inconscient, du fait qu'elle invalide la mesure de protection compulsive qui la précède « sous l'alibi de son absurdité ».

Green (1967) éclairera à plus forte raison les processus qui se jouent dans le rituel compulsif par l'entremise d'une savante relecture de «l'Esquisse».

Freud cherchait dans ce texte fondamental à expliquer les phénomènes psychiques à partir d'une «audacieuse extrapolation des conceptions anatomo-physiologique de son époque» (D. Poissonnier, 1998). Il avait envisagé l'idée d'un moi scindé où les désirs transitent sous une forme cryptée par l'entremise d'un système neuronal quantitatif. C'est à partir de la structure qui en résulte, et de l'ensemble de ses frayages que

prennent forme les représentations. À cet égard, Poissonnier (1998) fera valoir que le modèle proposé par Freud évoquait davantage un ordinateur fonctionnant sur la base d'un code binaire, qu'un appareil photographique.

À la lumière de ces conceptions, Green postule que les représentations interdites dans le rituel font l'objet d'une dérivation semblable à celle des désirs dans «l'Esquisse». Dans cette mesure «ce qui doit être recherché dans le rituel est moins le lien direct avec les représentations interdites qui sont à sa base», que la suite des dérivations et des enchaînements qui forment le rituel et qui permettent, en après coup, une identification du sujet à ces représentations (Green, 1967, p. 642). En d'autres termes, les représentations de désir en cause dans le rituel se laissent déduire dans l'enchaînement de ses actions. Il est donc possible de les déceler rétrospectivement :

À travers le spectacle du rituel s'aperçoit par lecture régrédiente la représentation interdite et se déchiffre le texte de l'auteur qui, au lieu de lui préexister, s'écrit postérieurement à la représentation. (Green, 1967, p.643)

Les propositions de Green ont permis d'ajouter à la valeur symbolique du rituel en mettant au jour les fonctions de « négativation, de renversement, et de parcours à rebours » de la représentation du désir qui s'y engagent. Green ajoutera que si les malades semblent si épuisés après l'exécution d'un rituel compliqué, c'est justement parce que l'acte moteur est affecté à la production de significations.

La littérature psychanalytique donne à voir que la lutte intrapsychique opposant l'amour et la haine qui affecte les patients névrotiques peut se laisser percevoir à travers leurs idées et leurs actes compulsifs. Nous verrons que le décèlement de cette lutte intrapsychique s'imposera, une génération plus tard en psychiatrie, comme l'un des principaux critères permettant de diagnostiquer une problématique authentiquement névrotique. On comprendra que la découverte par Freud de cette lutte interne inhérente aux névroses était d'une grande importance pour la psychopathologie différentielle.

### 2.3 Autres particularités symptomatiques des patients obsessionnels

La réflexion théorico-clinique de Freud au sujet du cas de l'Homme aux Rats lui a permis d'éclairer d'autres symptômes qui marquent l'expérience obsessionnelle. Moins évidents, ceux-ci agissent en arrière-fond des idées et des actes compulsifs.

Freud dénote en premier lieu un doute constant qui, dans les cas les plus graves, paralyse la pensée des malades. Ainsi que nous le savons, l'association entre ce symptôme caractéristique et l'obsessionnalité avait été relevée dès les premières ébauches de la médecine psychiatrique. J.-P. Falret, rappelons-le, avait même proposé le nom de «maladie du doute» pour se référer à cette affection.

D'après les propositions de Freud, cet état d'incertitude procède du conflit entre l'amour et la haine qui marque le monde intrapsychique du névrosé :

Si à un d'amour intense s'oppose une haine presque aussi forte, le résultat immédiat en doit être une aboulie partielle, une incapacité de décision dans toutes les actions dont le motif efficient est l'amour. (Freud, 1909/1977, p. 256)

Cet état d'indécision ne se limite pas à un seul groupe d'actions. Par l'entremise de mécanismes de déplacement, la paralysie du pouvoir de décision peut s'étendre à «l'activité entière du malade». Voilà comment se constitue ce que Freud nomme «l'empire du doute et de la compulsion» tel qu'il apparaît dans la vie psychique des malades obsessionnels :

C'est au fond un doute de l'amour, lequel eût dû être subjectivement la chose la plus sûre, doute qui se répand sur tout le reste et se déplace de préférence sur le détail le plus insignifiant. Celui qui doute de son amour est en droit de douter, doit même douter, de toutes les autres choses de valeur moindre que l'amour. (Freud, 1909/1977, p. 256)

Le déplacement du doute dont Freud fait mention nous renvoie à ce que nous appelons aujourd'hui les compulsions de vérifications. Ces symptômes qui figurent parmi les

plus typiques du TOC procéderaient donc d'une lutte névrotique, du moins si l'on se réfère aux conceptions freudiennes de l'époque :

Quand l'obsédé a découvert l'incertitude de la mémoire, ce point faible de notre psychisme, il peut, grâce à cette incertitude, étendre le doute à tout, même aux actes qui ont déjà été exécutés et qui n'étaient pas en rapport avec le complexe amour-haine, bref, à tout le passé. (Freud, 1909/1977, p. 257)

À la lumière des conceptions de sa seconde topique, Freud attribuera plus tard ce doute perpétuel à un moi extrêmement limité et incapable de jouer un rôle de médiation face au conflit suraigu entre le ça et le surmoi qui domine le monde intrapsychique de l'obsessionnel. Il réitère ainsi l'idée d'une lutte intrapsychique paralysante pour la volonté du sujet (Freud, 1926/2014).

#### 2.4 Une nouvelle approche thérapeutique où l'écoute se substitue à la rééducation morale

Freud a réinventé l'idée d'une possible guérison en introduisant une méthode thérapeutique où la visée n'est plus de corriger le comportement obsessionnel, mais plutôt de le comprendre afin d'apaiser les tourments psychiques de la personne qui les présente. Dans son analyse de l'Homme aux Rats, il s'appuie notamment sur la « libre association », méthode qui permet au patient de « suivre le cours naturel et spontané de ses pensées » : « Je laisse maintenant au malade lui-même le soin de choisir le thème du travail journalier, et prend par conséquent chaque fois pour point de départ la surface que son inconscient offre à son attention » (Freud, 1905, cité dans Mahony, 1991, p. 106). On notera que cette méthode avait été découverte relativement récemment par Freud, et que c'est par l'entremise de ses expériences cliniques qu'il a démontré sa validité méthodologique et métapsychologique.

La cure analytique repose en grande partie sur le déploiement du transfert, notion qui renvoie au déplacement, chez le patient, d'un affect associé à un objet infantile, généralement les parents, sur un autre objet ou à une autre personne, spécialement l'analyste. Bien qu'il faille attendre 1912 pour que Freud rende pleinement compte des deux aspects de cette dynamique, positifs et négatifs, et leur incidence dans la cure (T. Bokanowski, 2005), le transfert s'était avéré déterminant dans l'analyse de l'Homme aux Rats. Mahony précise que Freud l'utilisait alors «d'une façon rétrospective, en reconstruisant la grande idée du rat et en convainquant le patient de sa rage envers son père». (Mahony, 1991, p. 109) En d'autres termes, Freud cherchait à convaincre son patient des sentiments de haine qu'il avait dû éprouver à l'égard de son père à une époque reculée de sa vie par l'entremise du transfert. Il serait arrivé à générer chez son patient une certaine hostilité à son endroit, laquelle se révélait souvent sous la forme de fantasmes violents:

Ainsi finit-il bientôt par m'injurier dans ses rêveries et ses associations, moi et les miens, de la façon la plus grossière et la plus ordurière, cependant que consciemment, il n'éprouvait pour moi que le plus grand respect (Freud, 1909, cité dans Viderman, 1977, p. 273).

Cette ambivalence à l'égard de Freud et de sa famille relevait d'une répétition dans le transfert de l'ambiguïté des positions du patient à l'égard de son père. Soulignons toutefois que, selon Mahony (1991), Freud, malgré ses efforts, n'aurait jamais réussi à faire suffisamment baisser les résistances de l'Homme aux rats «pour qu'il en arrive à accepter l'idée d'un souhait parricide». D'après Viderman (1977), c'est sur ce sentiment unique de haine contre le père que Freud avait fondé toute son analyse, c'était selon lui ce sentiment refoulé qui était à l'origine de la névrose et tous les résultats thérapeutiques dépendaient de la «prise de conscience par le patient de la vérité de ce sentiment». On comprendra que la cure psychanalytique en était alors à ses débuts et que les objectifs thérapeutiques qui s'y rapportent se sont depuis grandement complexifiés. Ce qu'il importe néanmoins de souligner, c'est que Freud centre son

intervention sur les enjeux intrapsychiques sous-jacents aux symptômes, et non pas sur l'éradication de ces symptômes. Jamais, au cours de l'analyse, Freud ne tentera de punir, de contenir ou d'inhiber le comportement obsessionnel de son patient comme le faisaient les aliénistes du XIXe siècle. On notera par ailleurs que le récit de Freud décrit une rémission symptomatique et non la résolution complète de la névrose, ce qui aurait exigé un temps considérable. Freud aurait notamment admis en privé que le jeune homme continuait à avoir des difficultés avec le complexe du père et le transfert (Mahony, 1991). Mahony soutient qu'une plus longue analyse aurait permis à l'Homme aux Rats de compléter son histoire et de faire émerger des souvenirs explicites et des fantaisies au sujet des scènes originaires et des soins parentaux précoces. Cette dernière remarque montre le bouleversement introduit par Freud de la conception d'une guérison : on sait qu'en psychanalyse, un patient ne peut être considéré en meilleure santé psychique que lorsque ses déchirements intérieurs s'estompent. La rémission symptomatique, bien sûr souhaitée, ne fait pas foi de tout.

## CHAPITRE III

### L'ÉVOLUTION DU MODÈLE DE LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE, ET L'APPROFONDISSEMENT DU SENS DE SES SYMPTÔMES DANS LA PENSÉE PSYCHANALYTIQUE.

#### 3.1 L'évolution du modèle freudien de la névrose obsessionnelle

Les travaux de Freud ont permis aux contenus représentationnels inhérents aux symptômes obsessionnels de « retrouver la place qui leur revient » (Girard, 1981), et de faire sens avec des manifestations jusqu'ici incompréhensibles en mettant au jour les tourments inconscients des malades. Avec la révolution freudienne, le symptôme obsessionnel s'est affranchi de la négativité quasi dogmatique que lui conférait la psychiatrie du XIXe siècle, et s'est vu restituer sa pleine dimension langagière par une science alors émergente dont l'instrument de prédilection est l'interprétation.

Si les propositions théorico-cliniques de Freud concernant la genèse de la névrose obsessionnelle présentées dans « l'Homme aux Rats » étaient révolutionnaires, nous savons aujourd'hui qu'elles étaient fragmentaires. De nombreuses découvertes induites des données de l'observation clinique permettront d'apporter un éclairage plus approfondi sur la structure métapsychologique de cette affection et sur le sens inhérent à sa symptomatologie.

De toutes les découvertes notoires, les bornes que représentent la mise au jour de l'érotisme anal et de la pulsion de mort seront les plus marquantes.

### 3.1.1 La découverte de l'érotisme anal.

Les traits de caractère associés à l'érotisme anal ont fait l'objet de nombreuses investigations inductives en psychanalyse. La littérature issue des deux premières décennies du XXe siècle en témoigne avec des publications importantes de Freud, I. Sadger, S. Ferenczi, E. Jones et K. Abraham, notamment.

Dans *Caractère et érotisme anal* (1908), Freud fait valoir qu'un plaisir primaire associé à l'évacuation des selles pouvait être refoulé puis, sublimé sous la forme d'une passion pour la peinture par exemple, ou encore induire des formations réactionnelles telles qu'un penchant prononcé pour la propreté. L'idée d'une organisation prégénitale de la libido se dégageait déjà de cette publication. Freud y met en relation des traits de caractère persistants chez l'adulte, dont une propension pour l'ordre et l'avarice, l'argent étant l'équivalent inconscient des fèces. Une conviction de tout faire mieux qu'autrui, et l'entêtement s'ajouteront plus tard à cette liste (Abraham, 1921).

C'est à Abraham que l'on doit les observations les plus évocatrices à ce sujet. Dans *Contributions à la théorie du caractère anal* (1921), il présente diverses formes de manifestations pulsionnelles anales et sadiques puis, en propose une genèse basée sur la nature de l'interaction entre les parents et l'enfant lors de l'éducation sphinctérienne. Nous retenons de cette contribution la distinction par Abraham des plaisirs liés à la possession de l'objet, voire à sa domination, à sa rétention puis, à son expulsion et sa destruction. Ainsi, en cas de fixation importante au stade anal, l'objet devenait conçu par le malade dans une perspective qui rappelle les rapports de l'enfant avec la propriété corporelle originelle, c'est-à-dire les fèces (Abraham, 1921).

Abraham (1924) donne l'exemple d'une dame qui était tout à fait incapable de se débarrasser d'objets devenus inutiles, mais qui, par intervalles, éprouvait l'envie d'en

finir. Elle avait, pour ce faire, développé un cérémonial consistant à se leurrer elle-même:

Elle quittait son domicile pour la forêt voisine, en introduisant un coin de l'objet à éliminer, un vêtement par exemple, sous la ceinture de son tablier. En route, elle le « perdait ». Elle revenait par un autre chemin pour ne pas revoir l'objet. Pour renoncer à la possession d'un objet, elle devait donc le laisser choir de la face postérieure de son corps. » (Abraham, 1924/1978, p.121)

Nous devons souligner avec Abraham la richesse du symbolisme qui se livre à travers ce cérémonial. Toutefois, les découvertes ci-haut mentionnées se rapportaient essentiellement aux traits de caractère figurant sur le grand spectre de l'obsessionnalité, à savoir ceux qui sont associés aujourd'hui à la personnalité obsessionnelle compulsive, du moins si l'on se réfère au DSM.

S'il n'y est pas expressément question de névrose obsessionnelle, ces découvertes ont permis un approfondissement considérable des connaissances liées aux phases prégénitales du développement libidinal, lequel s'avérera la pierre angulaire de la compréhension de cette affection.

C'est aux observations d'E. Jones (1912) que nous devons les premiers véritables rapprochements entre érotisme anal et névrose obsessionnelle. Jones soutenait que la frustration expérimentée lors de l'éducation sphinctérienne participait à l'émergence des premiers sentiments de haine chez l'enfant :

Il ne fait aucun doute, en particulier dans les cas où l'érotisme anal est inhabituellement prononcé et où l'enfant est extrêmement réticent à renoncer à son contrôle suprême sur les fonctions en question, que ce conflit peut prendre une importance capitale, l'interférence de la mère provoquant une amertume considérable. (Ma traduction, Jones, 1912/1997, p. 67)

D'après Jones, puisque cette haine originelle était dirigée contre l'imgo de tous les objets d'amour ultérieurs, c'est-à-dire celui de la mère, la capacité d'aimer était

obstruée d'emblée par une force antagoniste, d'où le conflit entre l'amour et la haine qui marque le monde intérieur des névrosés obsessionnels.

Les propositions de Jones seront reprises par Freud l'année suivante dans *La prédisposition à la névrose obsessionnelle* (1913). Il y révèle une découverte théorique d'importance qu'il pressentait depuis plusieurs années, à savoir l'existence d'une organisation sexuelle prégénitale où les pulsions sadiques et érotiques anales prédominent :

Nous pensons maintenant nécessaire d'admettre un autre stade encore, à intercaler immédiatement avant le dernier, et dans lequel les pulsions partielles sont déjà fusionnées pour le choix objectal, l'objet déjà distinct de la personne du sujet, mais où la primauté des zones génitales n'est pas encore établie. Les pulsions partielles qui dominent cette organisation prégénitale de la vie sexuelle sont, avant tout, les pulsions érotico-anales et sadiques (Freud, 1913/1929, p. 442).

Ce stade sadique et érotico-anal est d'une importance capitale pour notre propos puisqu'il sera placé à la source de la prédisposition à la névrose obsessionnelle par Freud :

Le rôle extraordinaire que les manifestations de la haine et de l'érotisme anal jouent dans la symptomatologie de la névrose obsessionnelle a déjà frappé beaucoup d'investigateurs. Jones l'a mis en évidence avec une pénétration toute particulière. Or, dans notre schéma actuel, ce fait vient se ranger naturellement : ce sont en effet ces pulsions partielles, qui, dans la névrose, reprennent la place des pulsions génitales, dont elles avaient été les avant-courrières dans l'évolution. (Freud, 1913/1929, p.442)

Ainsi, le malade devenait obsessionnel à la suite d'une régression de la vie sexuelle au stade infantile de sadisme anal, du fait d'une dévalorisation de la vie génitale. Ce fait de la régression libidinale s'avèrera fondamental à la métapsychologie de la névrose obsessionnelle.

Nous devons souligner la similitude entre la genèse de cette affection et celle du caractère anal. D'après Freud, un seul facteur les distingue : l'échec du refoulement.

Il est très impressionnant de comparer pareille modification de caractère avec la genèse de la névrose obsessionnelle. L'un et l'autre processus sont commandés par la régression. Dans le premier cas, régression complète, après refoulement parfaitement réussi (répression) ; dans le second cas, conflit, effort pour ne pas accepter la régression, réaction contre elle, production de symptômes par compromis, scission des processus psychiques en conscients et inconscients. (Freud, 1913/1929, p. 445)

Voilà comment Freud explique la détresse psychique significative dont seul le névrosé semble souffrir. Dans la formation du caractère, ou bien le refoulement n'a pas lieu, ou bien il se fait « sans heurt », c'est-à-dire qu'il réussit à remplacer le refoulé par des mécanismes réactionnels ou des sublimations. Cette distinction importante donne à voir que le contenu idéique d'une formation réactionnelle, c'est-à-dire ce qui fait l'objet de l'obsession du sujet, peut être le même chez le caractériel comme chez le névrosé. C'est le rapport du malade avec le thème qui l'obsède qui distingue ces deux conditions. Plus concrètement, une passion pour la propreté chez le caractériel deviendra une pénible obsession de propreté, avec lavage obsédant chez le névrosé.

Pour Abraham toutefois, les mouvements haineux, hostiles et destructeurs de l'objet propres à l'érotisme anal ne pouvaient s'articuler avec les tendances objectales aimables de l'érotisme génital. Une phase développementale intermédiaire devait favoriser l'épanouissement des relations objectales chez l'enfant.

Il proposera en 1924 une subdivision du stade sadique-anal en une première phase érotique anale qui correspond à l'évacuation, où l'objet est détruit, et en une deuxième phase plus tardive de rétention et de contrôle possessif de l'objet (Abraham, 1924/1978). Cette contribution s'est avérée déterminante pour la compréhension métapsychologique de la névrose obsessionnelle. Pour Abraham, c'est d'une régression au second stade sadique anal, c'est-à-dire le stade de rétention, que procède cette

affection puisque ce n'est qu'à ce stade plus tardif qu'un objet d'amour devient possible :

La distinction de deux étapes sadiques anales, primitive et plus tardive, semble avoir une signification fondamentale. À la frontière de ces deux stades de développement se produit un renversement décisif de la relation de l'individu au monde objectal. Si nous prenions au sens étroit la notion d'amour objectal, nous pourrions dire qu'il débute précisément à cette frontière, car dorénavant, c'est la tendance à la conservation de l'objet qui primera. (Abraham, 1924/1978, p.124)

En cas de fixations anales importantes portant sur le deuxième sous-stade, les pulsions agressives s'exprimeront sous la forme de la domination et de la maîtrise de l'objet, c'est-à-dire sous forme de symptômes obsessionnels. Si ce sont au contraire les pulsions de destruction qui l'emportent, l'objet est éjecté et éliminé. Le cas échéant, c'est un état dépressif mélancolique qui en résulte (Abraham, 1924/1978).

La ligne de partage entre les deux sous stades anaux envisagée par Abraham délimite ainsi les fixations et régressions psychotiques en amont, et les fixations ou régressions névrotiques en aval (J. Bergeret, 1974/1996). Cette «divided line», de même que les raffinements qui y ont été portés par R. Fliess en 1950, constituent les bases d'hypothèses nosographiques qui font office de référence en clinique analytique (Bergeret, 1974).

Toutefois, les propositions d'Abraham ne seront pas universellement retenues. Chez Judith Kestenberg (1967) par exemple, la distinction des phases anales est fonction de la « qualité rythmique de la décharge pulsionnelle observée ». Dans la première phase anale-érotique, le jeu sphinctérien devient une source de gratification. L'enfant peut être dressé à la propreté pendant cette phase, surtout si sa mère s'assoit près de lui. Dans la phase anale-sadique subséquente au contraire, l'enfant prend plaisir à garder les objets plus longtemps, à les expulser ou à les jeter. Il est souvent en colère contre sa mère et ne l'accepte près de lui que si elle ne contrarie pas son rythme.

Voilà l'état des lieux au tournant du premier quart du XXe siècle. L'usage sadique des fonctions excrétrices est mis au jour par les données de l'observation clinique et confirmé par la psychologie de l'enfant. Ainsi, le tableau se précise: la vie fantasmatique des malades obsessionnels est dominée par des pulsions anales-sadiques.

Si le primat de l'organisation génitale est maintenu, c'est à travers une « transcription sadique anale que la régression nous fait entendre son langage » (Green, 1967). Tout se passe comme si le langage de la génitalité était mis en veilleuse « comme la petite bougie dans la chambre d'un moribond » dira Bergeret (1974/1996, p. 112). Seule l'économie anale est mise en évidence, et souvent sous une forme déguisée tant par des formations réactionnelles que des comportements autopunitifs. Le cas de l'Homme aux Rats en témoigne. L'identification œdipienne chez l'obsessionnel ne semble conséquemment s'appuyer que sur l'interdiction ou l'hostilité :

En somme c'est la clause restrictive — celle qui préserve le désir du père—qui devient clause principale et relègue la clause principale primitive — le désir de l'enfant d'être comme le père — au rang de clause secondaire, voire la supprime. (Green, 1967, p. 637)

Kestenberg (1967) précisera qu'une «extrapolation des traits anaux» uniquement au cours du processus analytique «ne peut faire justice à la complexité des névroses obsessionnelles». Elle souligne l'exemple du rat chez « l'Homme aux Rats » qui réunissait selon elle des fantasmes de type oral, urétral, anal et phallique malgré une prédominance évidente de l'analité dans l'organisation du sujet.

### 3.1.2 L'introduction de la pulsion de mort

Abraham (1921) déplorait que l'association entre sadisme et érotisme anal avait été acceptée de fait dans la pensée psychanalytique, sans autres questionnements subsantiels. Cette remarque était capitale.

Comme le font valoir J. Laplanche et J.-B. Pontalis (1967/2007), le postulat d'une régression libidinale au stade sadique anale ne pouvait expliquer à lui seul la place qu'occupent les notions d'ambivalence, d'agressivité, de sadisme et de masochisme, telles qu'elles se dégagent de la clinique de la névrose obsessionnelle.

Quel instinct se situe à la source des mouvements de haine typiques à cette affection ?

C'est à A. Adler (1908) que nous devons la première description d'une pulsion d'agression, une idée d'abord rejetée par Freud qui refusait, à cette époque, d'admettre l'existence d'une pulsion spécifique aux tendances agressives (Laplanche et Pontalis, 1967/2007).

Le problème que pose le thème du sadisme entrainera néanmoins, au tournant des années vingt, une évolution substantielle de la théorie des pulsions, dont l'abandon définitif de la thèse d'un monisme pulsionnel. Dans *Pulsions et Destin des Pulsions* (1915), Freud écrit :

La haine, en tant que relation à l'objet, est plus ancienne que l'amour ; elle prend source dans la récusation, aux primes origines, du monde extérieur dispensateur de stimulus, récusation émanant du Moi narcissique. En tant que manifestation de la réaction de déplaisir suscitée par ces objets, elle demeure toujours en relation intime avec les pulsions de conservation du Moi, de sorte que pulsions du Moi et pulsions sexuelles peuvent facilement en venir à une opposition qui répète celle de haïr et aimer. Quand les pulsions du Moi dominent la fonction sexuelle, comme au stade de l'organisation sadique-anale, elles confèrent au but pulsionnel lui aussi les caractères de la haine. (Freud, 1915, cité dans Ribas, 2009, p. 995)

En mettant en relation le sadisme et la haine avec les pulsions du moi qui luttent pour la conservation et l'affirmation du moi face aux pulsions sexuelles, Freud admettait l'existence d'une seconde source instinctuelle distincte des pulsions sexuelles (D. Ribas, 2009).

Ce n'est toutefois qu'en 1920 que les tendances agressives seront retranchées de l'Éros d'une manière définitive, suivant la proposition d'un nouveau grand dualisme pulsionnel où s'opposent deux forces fondamentales qui meuvent l'être humain, c'est-à-dire les pulsions de vie, qui recouvrent les pulsions sexuelles et les pulsions d'autoconservation, et les pulsions de mort. C'est dans *Au-delà du principe de plaisir* qu'a été proposé ce virage théorique qui marque le point culminant de la théorie freudienne des pulsions (Poissonnier, 1998).

Freud y observe qu'il est des phénomènes psychiques importants qui ne peuvent être expliqués par le principe de plaisir ou le principe de réalité. Cela sera particulièrement le fait des jeux d'enfants et des névroses traumatiques où se manifeste une répétition insistante d'activités ou de rêves pénibles (Poissonnier, 1998).

Freud perçoit à travers ces phénomènes de répétition l'effet d'une «force irrépessible», plus primitive encore que le principe de plaisir et «susceptible de s'opposer à lui», qui vise à rétablir chez tout être vivant un «état antérieur». Ces observations le conduiront à poser l'existence d'une pulsion de mort (Laplanche et Pontalis, 1967/2007, p. 372).

D'après les propositions de Freud, la pulsion de mort tend au retour à l'inanimé, c'est-à-dire à un état anorganique. Elle vise la suppression de toutes les excitations afin que le vivant recouvre un repos et une paix que troublent sans cesse les pulsions de vie. « La mort est en cela l'aboutissement ultime de la vie » précisera Poissonnier (1998). Se référant à la pensée freudienne du début des années vingt, il écrit:

(La mort) n'est pas seulement une limite ultime, mais un soubassement précédant la vie qui y retourne par ses moyens et chemins propres; non pas une fin que l'on déplore ou désire, mais l'accomplissement d'une pulsion réalisant le retour à l'inanimé, au silence. La vie surgit et se déploie sur ce fond auquel elle retourne : elle porte à la mort et en porte la marque vivante. Les forces qui y mènent sont internes à la vie elle-même et s'exercent en chacun au-delà et à travers son existence individuelle. (Poissonnier, 1998, p. 20)

Ainsi que le fait valoir Poissonnier, certains comportements humains témoignent de l'incidence d'une pulsion de mort. Les manifestations du masochisme en sont un exemple typique, « mais il est plus surprenant encore d'en repérer l'impact en des notions telles que le patriotisme, qui mettent en scène tant d'ambiguïtés ». Même la culture et la civilisation, « habituellement considérées comme nobles conquêtes des forces de vie », sont marquées par l'intrication entre pulsions de vie et de mort (Poissonnier, 1998, p. 20).

Si la pulsion de mort telle que l'avait décrite Freud en 1920 pouvait expliquer le masochisme, elle ne pouvait en faire autant pour le sadisme, c'est-à-dire les mouvements agressifs dirigés contre l'objet. Si l'on se réfère aux écrits de 1920, cette force est en effet dirigée vers l'intérieur et tend à l'autodestruction, c'est-à-dire la mort du sujet lui-même.

Freud avait pourtant pressenti dès cette première ébauche que cette nouvelle source pulsionnelle était le point d'appui du sadisme :

Comment déduire de l'Éros, qui conserve la vie, la pulsion sadique qui a pour but de nuire à l'objet ? N'est-on pas invité à supposer que ce sadisme est à proprement parler une pulsion de mort qui a été repoussée du moi par l'influence de la libido narcissique, de sorte qu'elle ne devient manifeste qu'en se rapportant à l'objet ? (Freud, 1920/2010, p. 132)

Ce que Freud nous dit, c'est que les pulsions de mort pouvaient être «secondairement dirigées vers l'extérieur», et se manifester sous la forme de pulsions d'agression ou de destruction. Il confirmera cette intuition en 1924 dans *Le problème économique du masochisme* :

La libido rencontre la pulsion de mort ou de destruction qui domine chez eux, et qui tend à désintégrer cet organisme cellulaire et à conduire chaque organisme élémentaire (chaque cellule) à l'état de stabilité anorganique... Elle a pour tâche de rendre inoffensive cette pulsion destructrice et elle s'en débarrasse en la dérivant en grande partie vers l'extérieur, en la dirigeant contre les objets du

monde extérieur, bientôt avec l'aide d'un système organique particulier, la musculature. Cette pulsion s'appelle alors pulsion de destruction, pulsion d'emprise, volonté de puissance. Une partie de cette pulsion est placée directement au service de la fonction sexuelle où elle a un rôle important à jouer. C'est là le sadisme proprement dit. (Freud, 1924, cité dans Laplanche et Pontalis, 1967/2007, p. 372)

Ainsi pour Freud, le masochisme est premier, originaire, et c'est une dérivation à l'extérieur de la pulsion de mort, des suites de son intrication par la libido, qui crée dans un second temps le sadisme. Voilà d'où proviennent les mouvements de haine si souvent relevés par les données de l'observation psychanalytique : ils sont le substrat de la pulsion de mort.

S'il est clair pour les psychanalystes du milieu du XXe siècle que l'analité est la pierre angulaire de la métapsychologie de la névrose obsessionnelle, nous conviendrons que la borne que représente l'introduction de la pulsion de mort y aura aussi indéniablement laissé sa marque. A. Green (1967), se référant à la vie intrapsychique du sujet obsessionnel, écrit :

De la même façon que le pénis est objet de désir comme pénis anal, dévalorisant le pénis phallique, de même la pensée surinvestie et sexualisée n'a plus pour but ni la jouissance cachée de la sublimation ni toute autre forme de plaisir orientée vers la vie, mais reste le champ de bataille livré à la pulsion de mort (Green, 1967, p. 639).

Des nuances s'imposent toutefois prévient Green : «Il ne suffit pas de dire que haïr et jouir sont la même chose chez l'obsessionnel, et d'en conclure que c'est là l'expression de la régression sadique-anale et de la pulsion de mort» (Green, 1967, p. 636). Chez les obsessionnels, ce n'est pas seulement « l'orientation interne de l'investissement agressif qui est en cause, mais la nature de cet investissement», celui-ci ayant la particularité d'agir «dans le sens de la séparation, de ce qui s'oppose à l'union» (Green, 1967, p. 635).

On comprendra que Green fait allusion aux rituels et aux interdictions que s'imposent les obsédés, de même qu'à des mécanismes de défense tels que l'isolation et l'annulation rétroactive auxquels ils ont communément recours.

Comme nous le savons, c'est à Freud que nous devons les premières descriptions de ces mécanismes de défense dont le rôle est de remplacer le refoulement «qui se heurte à des difficultés». Si ces processus avaient déjà été décrits dans des contributions précédentes, c'est dans *Inhibition, symptômes et angoisse* (1926) qu'ils seront pour la première fois expressément nommés et catégorisés en tant que mécanismes liés à la névrose obsessionnelle.

L'annulation rétroactive qui se rapporte à la sphère motrice vise à effacer un événement par un «symbolisme moteur», c'est-à-dire une action compensatoire. On comprendra que ce processus nous renvoie aux élaborations compulsives en deux temps relevées par Freud chez L'Homme aux rats, et où le deuxième acte supprime le premier.

L'isolation vise selon Freud à détacher une expérience de son affect et à rompre ses relations associatives dans la pensée. Ce processus peut également concerner la sphère motrice ou encore prendre la forme d'une pause intercalée durant laquelle, suite à une activité dotée d'une signification pour la névrose, «plus rien ne peut se produire, aucune perception ne peut être faite ni aucune action effectuée » (Freud, 1926/2014, p. 144). On notera, avec Mahony (1991), que cette défense rend très difficile la tâche d'association libre du patient en analyse en raison d'une tension élevée entre le moi et le surmoi. Freud écrit :

(Le malade atteint de névrose obsessionnelle) ne peut pas se laisser aller, il se trouve en permanence prêt à combattre. Il soutient alors cette contrainte de concentration et d'isolation par le biais des opérations magiques d'isolation qui, en tant que symptômes, sont tellement frappantes et tellement significatives au niveau pratique, mais qui sont en soi bien entendu sans utilité et revêtent le caractère du cérémonial (Freud, 1926/2014, p. 145).

Ce travail de filtrage incessant des pensées par le Moi donne à penser que le sujet obsessionnel évite à tout prix qu'une mise en contact avec l'objet fantasmatique se produise. Ces mesures protectrices n'indiqueraient pas pour autant un triomphe du Moi face aux pulsions de mort. Bien au contraire, si l'on s'appuie sur les conceptions de Green qui met au jour leur effet antinomique : en s'efforçant de maintenir une distance protectrice entre lui et l'objet de son désir fantasmatique, le malade préserve la possibilité d'une éventuelle destruction de cet objet. C'est précisément de cette manière que la pulsion de mort se manifeste le mieux :

Il faut protéger la destruction de la destruction elle-même pour que la destruction vive d'une vie éternelle [...] Ainsi opéraient les peuples chez qui la mort occupait une place centrale dans la religion par la pratique de la momification. Ils sauvaient le mort de la destruction par la conservation en un certain état au moyen de l'embaumement. L'obsessionnel n'attend pas la mort pour cela. Car si la vie est éternelle, pourquoi la mort ne le serait-elle pas dès son vivant ? (Green, 1967, p. 636)

Le moi n'échappe pas au désir. En tentant de lutter contre la pulsion de mort, il se met plutôt à son service, participant du même coup à une autre des nombreuses contradictions qui semblent caractériser l'univers psychique du névrosé :

Nous avons l'impression que... le Moi s'efforce de se mettre en position d'objet d'amour pour le Surmoi, non sans sournoisement tourner en dérision ses impératifs. Ceci n'est qu'une des faces que nous offre l'obsessionnel, l'autre ne cessant de regarder du côté de l'objet (Green, 1967, p.637).

### 3.1.3 Introduction de la seconde topique

C'est dans *Le Moi et le Ça* (1923) que Freud élaborera le cœur du cadre théorique de sa deuxième topique. Il affinera par la suite sa pensée dans *Inhibitions, Symptômes et Angoisses* (1926), un texte capital où sont présentées ses conceptions les plus abouties théoriquement à propos de la métapsychologie de la névrose obsessionnelle. L'analyste

y dresse une genèse détaillée de la formation intrapsychique de la maladie dont voici la synthèse.

En concordance avec ses propositions antérieures, tout commence avec un refoulement des revendications libidinales du complexe d'Œdipe motivé par le complexe de castration. Puisque l'organisation génitale de la libido est faible, le moi procède à une régression de la libido au stade sadique-anal dès le début de la période de latence. Les pulsions qui en résultent sont ensuite refoulées.

Refusant de se soustraire à la régression des pulsions, le surmoi devient spécialement tourmenteur, et force le moi à développer d'importantes formations réactionnelles qui prennent la forme du scrupule, de la pitié et de la propreté, et qui se conjugueront à des rituels compulsifs :

(Les malades) présentent déjà les traits qui se manifesteront de manière tellement funeste dans la pathologie sévère ultérieure : ils s'installent au sein des actes qui doivent, plus tard, être accomplis comme s'ils étaient automatiques : aller dormir, se laver, s'habiller, se mouvoir, à quoi s'ajoute la tendance à répéter les choses et à prendre beaucoup de temps. Pour l'heure, la cause de ce phénomène n'est pas compréhensible ; mais la sublimation des composantes de l'érotisme anal joue ici un rôle manifeste. (Freud, 1926/2014, p. 136)

À l'arrivée de la puberté, le travail d'organisation génitale reprend avec une vigueur renouvelée. De nouvelles motions libidinales s'ajoutent aux motions agressives de l'enfance et s'engagent à leur tour sur «les voies tracées par la régression» :

Le moi étonné se dresse contre les exigences de cruauté et de violence qui lui sont adressées depuis le ça et dans la conscience, il ne devine pas qu'il lutte se faisant contre des désirs érotiques, dont des désirs qui, autrement, auraient échappé à son objection. Le surmoi, sur-rigoureux, insiste d'autant plus énergiquement sur la répression de la sexualité que celle-ci a pris des formes aussi repoussantes (Freud, 1926/2014, p.136-137).

En raison de la tendance à la synthèse du Moi, l'interdiction parvient souvent à être « amalgamée à la satisfaction » dans les premiers temps de l'affection. Un déplacement progressif des rapports de forces en faveur de la satisfaction, aux dépens de la frustration et de la limitation s'observe toutefois avec la progression de la maladie. En d'autres termes, « le combat tourne de plus en plus au désavantage des forces refoulantes », favorisant l'expression de « satisfactions substitutives, cachées sous un déguisement symbolique », en lieu et place des symptômes défensifs basés sur l'interdiction.

En résumé, et en quelques mots, le seul fait de la régression libidinale provoque l'émergence dans l'univers psychique du malade d'un Surmoi hyper-sévère, d'un Moi lui-même devenu plus intolérant, et de pulsions d'agression dépêchées par le ça plus insupportables que leurs homologues érotiques dont elles dérivent. Tout se passe comme si, du fait de sa tentative première visant à éloigner les menaces inhérentes aux revendications libidinales du complexe d'Œdipe, le Moi se condamnait à une vie entière de tourments plus intolérables encore.

Green qui s'est intéressé au Surmoi cruel des obsessionnels, ajoutera à cela en soulignant que chez ces patients, l'identification semble remonter le temps pour s'appuyer sur le surmoi de figures paternelles « génériques de plus en plus originelles » (Green, 1967, p. 638). Tout se passe comme si le « prêt » que représente cette identification devait être « indéfiniment renouvelé », engageant le débiteur dans une véritable remontée dans le cours des générations. Un état de fait observable en clinique, les obsessionnels ne cessant de « trouver un approvisionnement à leurs interdits » (Green, 1967, p. 639).

Ce « parcours à rebours » procéderait d'après les propositions de Green d'une tentative vaine d'annuler la dette à l'égard du père en empruntant à la figure dont ce dernier reste débiteur, c'est-à-dire au père qui, généalogiquement, le précède.

Ce recours aux générations ancestrales permet de gagner du temps, comme certains attendent qu'avec la mort du prêteur s'efface toute trace de la dette qu'ils ont un jour contractée, laissant la voie libre à la jouissance de l'objet acquis. (Green, 1967, p. 639)

Un tel parcours ne peut ultimement que mener à une identification au père primitif : « le plus exigeant, le plus cruel, mais aussi l'objet de la plus grande culpabilité, car il fut le premier à être mis à mort » (Green, 1967, p. 639).

Il est clair, si l'on s'appuie du moins sur les conceptions freudiennes, que la peur du Moi d'être puni par le surmoi prend une part importante à la formation des symptômes consécutifs de la névrose obsessionnelle. Pour Freud, les efforts du Moi visant à bloquer la pensée et soutenir un refoulement qui fait défaut, de même que les contre-investissements massifs commandés par le Surmoi, forment l'arrière-fond duquel procèdent plusieurs des manifestations associées à la névrose obsessionnelle que nous connaissons (Freud, 1926/2014).

Ce sera parfois la lutte dynamique elle-même qui sera livrée symboliquement à travers le symptôme obsessionnel. B. Grunberger (1967) donne l'exemple des patients obsessionnels qui, au théâtre, ne peuvent accepter que la place située au centre géométrique de la salle, un rituel qui témoigne selon lui d'une recherche d'équilibre interne entre les revendications du ça et du surmoi.

Voilà comment les propositions freudiennes de la seconde topique ont permis d'éclairer à un plus haut niveau la valeur symbolique des symptômes obsessionnels.

### 3.2 L'héritage de Freud dans les conceptions théorico-cliniques de la névrose obsessionnelle.

La réflexion freudienne à l'égard de l'obsessionnalité occupe une place prééminente dans l'histoire de la psychanalyse. Elle a participé à l'élaboration de postulats clinico-

théoriques fondamentaux qui définissent la méthode encore à ce jour. La compréhension du symptôme en tant que communication en est un exemple patent.

Qu'en est-il de l'héritage du modèle métapsychologique classique de la névrose obsessionnelle ? A-t-il été repris dans la pensée postfreudienne ?

Pour répondre à cette question, nous devons nous attarder aux publications parues en marge d'un important congrès tenu par «L'International Psychoanalytical Association» en 1965 qui portait sur la névrose obsessionnelle. Ces contributions sont parmi les plus importantes de l'approche à l'égard de l'obsessionnalité.

A. Freud (1967), dans son résumé critique du congrès, soulève deux théories qui s'affrontent. Certains contributeurs attribuent l'apparition des défenses obsessionnelles à un moi et un surmoi qui, ayant mûri plus rapidement, se trouvent incapables de tolérer les pulsions anales sadiques lorsque celles-ci arrivent à leur apogée. Une autre théorie largement acceptée dans la littérature attribue plutôt les obsessions à une régression libidinale du stade phallique au stade anal-sadique, alors que le moi et le surmoi maintiennent leurs standards moraux. L'auteure insiste sur le rôle fondamental des pulsions du stade «anal sadique» prégénital, lesquelles entraînent le moi à recourir à des mécanismes de défense tels que la formation réactionnelle et l'isolation dans un effort visant à les repousser. A. Freud ajoute que certains facteurs constitutionnels tels que l'hérédité auraient une incidence sur l'intensité des tendances anales-sadiques. D'autre part, elle rappelle l'importance fondamentale de l'ambivalence et affirme que les conflictualités sous-jacentes à la névrose obsessionnelle ne sont pas strictement d'ordre inter systémique, donc opposant le ça, le moi et le surmoi, mais relèvent également, ainsi que nous l'avons vu, des contradictions intrasystémiques, à même le ça, telles que l'opposition entre l'amour et la haine, la passivité et l'action, la masculinité et la féminité.

A. Freud dénote que la majorité des interrogations soulevées dans le cadre du congrès concernaient ce qu'elle nomme « l'histoire naturelle » de la névrose obsessionnelle, plus spécifiquement, ce qui la précède et ce qui la suit. Ainsi que nous l'avons vu précédemment, plusieurs auteurs étaient convaincus que le point d'ancrage de la névrose était antérieur à la phase anale et se sont appuyés sur le cas de l'Homme aux Rats pour faire valoir leur point.

Le fait de la régression sadique anale s'inscrit parmi les thèmes les plus abordés au congrès. B. Grunberger (1967) y proposait par exemple un réexamen du cas de l'Homme aux Rats « à la lumière d'une conception étendue de l'analité ». L'auteur avait dégagé de nombreux thèmes anaux du matériel clinique, dont les signes d'une « projection par le sujet de son agressivité, c'est-à-dire de son analité, qui lui faisait si peur » (Grunberger, 1967, p. 595). Le voyeurisme de l'Homme aux Rats devait en outre être considéré selon l'auteur comme un « acte moteur relevant de la phase sadique-anale et comportant une forte charge agressive, l'œil fonctionnant comme un véritable sphincter » (Grunberger, 1967, p. 590).

Nous retiendrons également de ce congrès les nombreux exemples d'une symptomatologie obsessionnelle, observée en clinique, soutenant par son symbolisme la thèse d'une prédisposition au sadisme-anal dans le développement obsessionnel.

Parmi ceux-ci, le cas d'un patient présenté par J. Chasseguet-Smirgel (1967) qui craignait, lorsqu'en voiture, de heurter des hommes ou des petits garçons, et de les pousser dans des fossés, des trous de boue ou des dépotoirs. Le sujet se faisait un devoir de vérifier si le meurtre redouté avait eu lieu en regardant compulsivement « derrière lui », là où se trouve la zone érogène anale souligne Chasseguet-Smirgel. D'après ses interprétations, les trous de boue, les fossés et les dépotoirs représentaient « l'anus du sujet projeté sur le monde extérieur, tandis que les hommes ou les petits garçons représentaient le père, ou son pénis disparaissant dans son anus. » (Chasseguet-Smirgel,

1967, p. 609) On comprendra qu'à l'instar de l'Homme aux Rats, le fantasme du meurtre était accessible à la pensée consciente du sujet.

Judith Kestenberg (1967) avait aussi contribué au débat théorique en y présentant le cas d'un musicien qui avait développé une peur obsessionnelle de déféquer au beau milieu d'un spectacle après que son chef d'orchestre eut refusé d'accepter ses conseils.

D'après ses interprétations, l'élaboration obsessionnelle de son patient faisait écho aux interactions rythmiques qui marquent le développement de l'enfant au cours de l'éducation sphinctérienne. En d'autres termes, le patient, à l'instar d'un enfant à la scelle, avait été importuné dans son rythme et éprouvait conséquemment le désir inconscient de jeter ses selles sur son chef en guise de représailles.

En rétrospective, le modèle métapsychologique classique de la névrose obsessionnelle a peu évolué au cours du XXe siècle, du moins si l'on se réfère aux conclusions d'A. Esman (2001). Le congrès de 1965 le montre bien selon l'auteur, qui estime que l'événement a essentiellement consisté en un réexamen des conceptions psychanalytiques classiques à l'égard de la névrose obsessionnelle auquel aucune contribution substantielle n'a été ajoutée. D'après Esman, ce congrès était en cela annonciateur des contributions subséquentes. Il appuie son propos sur une poignée de contributions, dont celle d'I. Salzman (1985), qui souligne la fonction défensive des mécanismes obsessionnels contre l'émergence à la conscience de pensées sexuelles ou d'agression pouvant générer un sentiment indésirable comme la faiblesse ou la honte. A. Mallinger (1984) a quant à lui souligné le rapprochement étiologique entre le caractère obsessionnel et la névrose obsessionnelle, et ajoute que cette seconde affection résulte d'un échec du refoulement qui rend nécessaire le déploiement de «mesures de sécurités secondaires et pathologiques» (Esman, 2001).

### 3.3 La compréhension phénoménologico-heuristique de l'obsessionnalité en psychanalyse.

Nous concédons à Esman que les contributions relatives à la névrose obsessionnelle présentées au congrès de 1965 représentent, pour l'essentiel, un rappel des conceptions freudiennes. Il aura en revanche été le fait de nombreux auteurs d'accroître leur horizon interprétatif à l'égard de l'obsessionnalité. Il nous apparaît que c'est là que se terre l'innovation que revendique Esman. À défaut de développements théoriques substantiels relatifs aux fondements métapsychologiques de la névrose obsessionnelle, nous avons assisté à un approfondissement de la lecture de ses symptômes au cours du XXe siècle.

Prenons l'exemple des travaux de Judith Kestenberg (1967) qui portait son attention sur une caractéristique fondamentale des processus mentaux et des mouvements de ses patients, soit leur rythme. Cela lui a notamment permis de montrer que les schémas moteurs observables chez les patients obsessionnels «correspondent aux rythmes de tension et de relâchement, aux rythmes de retrait et d'approche» caractéristiques des phases anales de la petite enfance (Kestenberg, 1967, p. 588).

Il semble que la démarche réflexive de l'auteure l'a emmené à dégager ce qui se rapporte à l'essence des manifestations obsessionnelles, par opposition à leur contenu idéique. Voilà ce sur quoi nous souhaitons mettre l'emphase. Aussi nous apparaît-il que c'est par de telles analyses que les psychanalystes du milieu du XXe siècle ont ajouté à la pensée freudienne.

Si Freud avait mis au jour les significations inconscientes qui se livrent symboliquement à travers les symptômes obsessionnels, plusieurs de ses successeurs ont fait sens avec l'essence de ces symptômes, c'est à dire, leurs caractéristiques fondamentales inhérentes à leur manière de s'offrir à l'expérience du sujet malade. Freud lui-même faisait valoir à la fin de son rapport sur l'Homme aux Rats que la

phénoménologie de la pensée compulsive n'avait pas été « convenablement appréciée et étudiée » (S. Freud, 1909).

L'apport de la phénoménologie dans le processus de fabrication de sens peut surprendre de prime abord. Ainsi que le souligne M. Henry, cette discipline et la psychanalyse semblent s'exclure réciproquement, la première se proposant comme une philosophie de « l'ouverture et du dévoilement », tandis que la seconde « définit le fond de notre être comme soustrait à ce pouvoir de lumière » (Henry, 1991/2007, p. 95). La contribution de la phénoménologie dans la compréhension du symptôme obsessionnel dans la réflexion psychanalytique se détache pourtant indubitablement de notre revue de littérature. Il nous semble pour cela justifié d'approfondir la question des rapports entre ce mouvement de pensée important et la psychanalyse.

Ainsi que nous le savons, ce type de démarche procède d'un courant philosophique amorcé par E. Husserl dans le premier tiers du XXe siècle. Ce théoricien était un critique virulent de l'objectivisme et du scientisme et évoquait une « crise de la raison » à travers laquelle la subjectivité, qui était pour lui source de tout sens, était niée.

Husserl faisait valoir que la psychologie objective, plus particulièrement, mettait en scène un contresens : « Par son objectivisme, la psychologie ne peut en aucune manière admettre pour thème l'âme, c'est-à-dire le moi qui agit et pâtit, en son sens propre et essentiel » (Husserl, 1935/1992, p. 74).

D'après les propositions d'Husserl, le remède à cette « crise de la raison » nécessitait un repositionnement de la « phénoménologie <sup>4</sup> », comme fondement philosophique universel. Pour Husserl, il est clair que les sciences devaient s'y subordonner puisqu'un phénomène, soutient-il, s'offre avant tout à la conscience en tant qu'expérience

---

<sup>4</sup> Discipline qui reconnaît qu'un phénomène s'offre avant tout à la conscience en tant qu'expérience subjective.

subjective. Husserl ajoute que tout savoir scientifique concernant ce phénomène ne reflète qu'un type de visée, une façon spécifique d'entrer en relation avec le réel et, en cela, n'est pas absolu.

Si l'on se réfère à la philosophie husserlienne, la psychopathologie ne peut être réduite à ses substrats neurochimiques, non plus qu'elle peut nous ramener à une simple énumération de symptômes. La psychopathologie renvoie d'abord à une expérience souffrante telle qu'elle se présente dans le monde de la personne malade, sous le «daylight view» dirait J.H. Van den Berg (1980). Voilà l'objet de la méthode phénoménologique. En d'autres termes, ce que propose Husserl, c'est un retour aux « choses elles-mêmes », telles qu'elles s'offrent à la conscience comme phénomène sensible et éprouvé.

L'héritage d'Husserl en clinique a été souligné par plusieurs psychiatres importants, dont Eugène Minkowski. Leur lecture montre que l'étude de la façon dont les phénomènes morbides sont donnés dans l'expérience met en lumière la valeur subjective et la profondeur sensible de la souffrance humaine qui s'exprime à travers ceux-ci. C'est en ce sens que nous pouvons dire que la phénoménologie fait parler le symptôme. Puisqu'elle repose avant tout sur la description, et s'insère dans une logique de dévoilement, elle est complémentaire à l'analyse de leur contenu idéo-affectif. En d'autres termes, la phénoménologie, tout comme la psychanalyse, propose d'approcher la détresse subjective que livre le symptôme obsessionnel, voilà précisément où ces deux mouvements de pensée se rejoignent. La phénoménologie propose un «travail d'approche sensible du phénomène obsessionnel lui-même, de son mode de donation, de ses structures essentielles de même que du fond mental» duquel il procède nous dit P. Demoulin (1967). L'auteur écrit, dans son ouvrage *Névrose et psychose, essai de psychopathologie phénoménologique* :

La phénoménologie vise à constituer une sorte d'ontologie du fait psychique. Cette dernière, face aux données de la psychopathologie ou de la psychanalyse, s'efforcera d'en proposer une formulation correcte et compréhensible. Et comprenons bien que cette structure essentielle du fait psychique ne doit pas devenir une essence explicative de l'Erlebnis. (Demoulin, 1967, p.35)

Avant d'expliquer un phénomène psychique, il y a une nécessité d'accueil et d'ouverture à celui-ci, voilà ce que nous dit la phénoménologie. Dans son ouvrage phare *Traité de Psychopathologie*, Minkowski écrit: «Lorsque, mis en face d'un certain phénomène, il nous appartient d'en tirer tout ce que, en données essentielles, ils peuvent nous révéler» (Minkowski, 1966, p. X). Il ajoute qu'en s'efforçant de se rapprocher, dans la mesure du possible, au «vivant et au vécu», la phénoménologie dépasse le cadre du simple inventaire et redonne «sa vitalité et sa vie première» au phénomène lui-même. (Minkowski, 1966, p. XVII)

Si nous pouvons dire que la phénoménologie précède le travail de psychanalyse appliquée, elle peut, dans un second temps, s'articuler avec celui-ci dans le cadre d'une démarche explicative. Green le montre bien dans « Métapsychologie de la névrose obsessionnelle » (1967), où il met au jour un rapprochement d'ordre phénoménologique savant entre la situation de l'obsession dans la pensée du sujet et celle de l'objet anal :

L'obsession reste interne au sujet [...] L'obsession est toujours gênante — il n'y a jamais d'obsessions agréables — toujours sale et pourtant le plaisir que le sujet prend à tourner et retourner le thème obsessionnel qui paralyse toute décision ou toute activité est net. L'obsession circule dans le va-et-vient de la pensée comme le pénis anal dans le ventre. Il ne faut pourtant jamais que l'obsession entre en contact avec le désir, comme le sujet ne doit pas toucher à ses fèces. (Green, 1967, p. 633)

Ce que Green nous montre, c'est que le phénomène obsessionnel lui-même, tel qu'il s'offre à l'expérience, peut faire résonner des thèmes se rapportant à la

métapsychologie de la névrose obsessionnelle. Voilà comment la phénoménologie peut se mettre au service de l'herméneutique<sup>5</sup> en clinique psychanalytique.

À partir du milieu du XXe siècle, et de manière analogue, les analyses d'un nombre grandissant d'auteurs présenteront une articulation entre, d'une part, une compréhension phénoménologico-heuristique du symptôme obsessionnel et, d'autre part, la théorie psychanalytique. Nous verrons dans les chapitres IV et V que cet élargissement du champ interprétatif sera particulièrement mis à contribution en psychopathologie différentielle, dans le départage des conditions de névrose obsessionnelle authentiques, et des états sémiologiquement similaires en surface, mais plus graves. M. de M'Uzan et P. Marty (1963), dans leur opposition des modes de pensée «opérateurs<sup>6</sup>» à la pensée obsessionnelle, le montrent bien :

[...] il pourrait y avoir un problème diagnostique en ce qui concerne la pensée obsessionnelle mineure [...] Il s'agit certes dans les deux cas d'une pseudo-maîtrise de la réalité, mais tandis que le névrosé obsessionnel se l'assure grâce à une manipulation active d'une pensée riche en valeurs symboliques ou, magiques, le psychosomatique à pensée opératoire y parvient par un contrôle immédiat de l'enchaînement de l'action. Pour lui le doute ne se pose pas. Sur le plan verbal, les mots, sont, comme on le sait, surinvestis dans la pensée obsessionnelle, ils y acquièrent un surcroît de signification, tandis que dans la pensée opératoire, ils sont sous-investis, doublent seulement la chose ou l'acte, abolissent quasiment la distance du signifiant au signifié. Enfin, la relation avec la temporalité est bien différente puisque l'obsessionnel voit sa pensée se détourner de l'action pour évoluer indéfiniment dans un temps aux limites très imprécises, tandis que le

---

<sup>5</sup> Qualifie ce qui a trait à l'interprétation.

<sup>6</sup> Notion élaborée par Michel de M'Uzan que Murielle Gagnebin définit comme suit : « La pensée opératoire est une modalité consciente de l'activité psychique, dépourvue de lien avec une activité fantasmatique. Une activité psychique qui double et illustre l'action sans vraiment la représenter... Pareille modalité du fonctionnement ne se réfère donc qu'aux aspects les plus concrets de la réalité. Se manifestent un surinvestissement du factuel et une défaillance de la mentalisation. On trouve ce mode de pensée chez les patients atteints d'affections somatiques, organiques ou fonctionnelles. » (Gagnebin, dans M'Uzan de, 2015, p. 160)

sujet à pensée opératoire est enfermé dans un champ temporel limité, déterminé par la notion de succession. (Marty, M'Uzan de, 1963, p.353)

Ainsi peut-on voir que l'expérience subjective de l'obsessionnalité peut renseigner sur la nature profonde de la souffrance que livrent les symptômes. Les phénomènes obsessionnels d'ordre névrotiques présentent des différences de nature que la méthode phénoménologique met tout à fait en évidence (Demoulin, 1967).

Parce qu'elle est sensible aux formes discursives qu'emprunte la détresse humaine, la phénoménologie est également à même de faire résonner l'ancrage sensoriel et imaginaire des mots chez un locuteur. Elle montre que la résonance affective des mots est beaucoup plus importante que leur dimension conceptuelle et se situe aux antipodes des théories performatives du langage. Si l'on se réfère à la pensée de M. Merleau-Ponty, le langage est un processus second qui découle d'une «conscience originaire, préreflexive», donc silencieuse et hors langagière, où les représentations idéales et le sens pur sont «institués par le perçu». Le monde vécu sensible se situe donc au «fondement de tout processus signifiant» (Y. Thierry, 1987). Dans cette mesure, le clinicien doit porter son attention au-delà des significations explicites et de « l'opacité du langage ». Merleau-Ponty ajoute que le sens pur n'apparaît que dans l'intervalle des mots et nous devons à l'égard de la parole, nous prêter « à sa vie, à son mouvement de différenciation et d'articulation ainsi qu'à sa gesticulation éloquente » (Merleau-Ponty, 1960, p. 44). En d'autres termes, l'approche phénoménologique implique de «lire entre les lignes» afin d'accéder aux intuitions implicites et à la dimension latente d'un récit à travers lequel se dévoilent les particularités de la détresse psychique.

J.-F. Chiantaretto donne à voir en quoi la mise en mot de l'expérience souffrante peut s'avérer en elle-même révélatrice. Il fait valoir que la parole procède d'un degré de confiance dans les mots, qui lui-même repose sur l'expérience du je dans la parole. Aussi souligne-t-il que cette confiance à l'égard du langage comme « sol commun avec

les autres, comme témoin garant d'une écoute » fait défaut chez certains patients (Chiantaretto, 2010, p. 171) :

La boucle peut s'ouvrir si l'on veut bien admettre qu'à la racine de toute parole adressée, il y a la possibilité de se parler. Avoir (suffisamment, mais pas trop) confiance dans les mots pour parler et dire je à autrui suppose d'avoir été (suffisamment bien) parlé par l'autre dans la situation de dépendance vitale des premiers temps de la vie, puis investi comme sujet d'un dialogue. (Chiantaretto, 2010, p. 167)

Chiantaretto montre que le rapport particulier qui lie un patient au langage peut renseigner sur les processus psychiques à l'œuvre. En d'autres termes, tout élément discursif est empreint de la sensorialité psychique de la personne. Dans la même veine, M. Wolf Fedida écrit:

Dans la vie courante, les structures névrotiques manient facilement les ambivalences de la langue en organisant leurs modes de défense autour de celles-ci. Les structures psychotiques, au contraire, se perdent dans la langue. La méthodologie phénoménologique met cela tout à fait en évidence. (M. Wolf-Fedida, 2004)

Ainsi peut-on voir qu'un sujet projette son expérience interne dans la parole alors qu'il cherche à traduire sa souffrance. Si certains patients ont suffisamment confiance dans les mots pour traduire ce qui leur arrive, d'autres, dotés d'organisations plus archaïques, présentent souvent un langage plus fruste (M. Wolf-Fedida, 2004).

S'il se dégagait déjà des contributions freudiennes l'idée selon laquelle l'expérience sensible des sujets malades témoigne d'un échec du refoulement et de la lutte intrapsychique qui en découle, nous pouvons dire qu'au milieu du XXe siècle, l'expérience subjective du phénomène obsessionnel est devenue plus que jamais significative pour la pensée psychanalytique.

En amont de ces développements, l'interprétation des contenus idéo-affectifs des représentations obsédantes s'était aussi complexifiée, alors que les analyses linguistiques, l'étymologie et les reconstructions sophistiquées se sont mises au service de l'herméneutique. L'analyse des symptômes de l'Homme au Rats par Freud le montrait déjà. Des auteurs comme C. Melman (2015) en proposent encore de nouvelles lectures plus de cent ans plus tard, ce qui témoigne de la richesse du matériel clinique. La phénoménologie, jumelée à l'analyse sensible des formes discursives s'ajoutaient ainsi à un éventail de techniques interprétatives qui contribuent, chacune à leur manière, à faire résonner la détresse subjective que livre le symptôme obsessionnel.

Notre démarche nous emmènera, dans les prochains chapitres, à approfondir la valeur proto-langagière du symptôme obsessionnel, alors que nous poursuivrons notre questionnement sous l'angle de la polysémie du symptôme.

## CHAPITRE IV

### L'ÉMERGENCE DU DÉBAT PSYCHANALYTIQUE INTERNE SUR LA QUESTION DES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS

#### 4.1 Le retour sur le cas de l'Homme aux Loups, moment tournant dans le débat concernant le statut nosologique de l'obsessionnalité

Dans les années 1950, la compréhension métapsychologique de la névrose obsessionnelle a toujours pour point d'ancrage pratiquement inchangé, l'analyse par Freud du cas de l'Homme aux rats. Cependant, la question des diagnostics différentiels relatifs aux symptômes obsessionnels va en revanche grandement s'affiner à partir des deux décennies suivantes 1960, et 1970.

Les relectures critiques du très célèbre cas de l'Homme aux Loups (*Histoire d'une névrose infantile*, 1918) qui vont alors se multiplier, vont constituer une borne théorique très importante dans l'approfondissement du statut nosologique attribué au symptôme obsessionnel, et son rapport à la structure du mode de fonctionnement psychique de la personne (névrose vs psychose). De nombreux commentateurs vont alors s'intéresser au diagnostic porté par Freud sur son jeune patient : celui-ci souffrait-il vraiment d'une névrose authentique ? Ou un diagnostic de psychose n'aurait-il pas été plus adéquat ?

On comprendra que ce débat engageait en filigrane un questionnement de fond relatif à « l'obsessionnalité », symptôme phare des mécanismes à l'œuvre dans la névrose

obsessionnelle, et permettait déjà d'envisager l'élargissement substantiel du champ psychopathologique relatif à ce syndrome.

L'Homme aux Loups, de son vrai nom Sergueï Pankejeff, était un jeune homme issu d'une richissime famille russe qui souffrait, au moment d'entrer dans le cabinet de Freud, de dépression, de constipation chronique, et d'hallucinations.

Freud entendait avant tout faire la démonstration dans ce tableau morbide que des impressions fondatrices issues de la vie sexuelle infantile, conjuguées à des événements réels, étaient déterminantes dans l'étiologie de la névrose de son patient, et plus généralement dans l'étiologie de toutes les formes de névrose. Et ceci, contrairement à ce que soutenait C.G. Jung (Freud, 1918/1977) : sa présentation du cas de l'Homme aux Loups portera donc exclusivement sur l'enfance du patient, et ce que Freud concevait comme étant la névrose infantile de celui-ci.

#### 4.1.1 La thèse de la construction de la névrose infantile chez l'Homme aux Loups.

Fils d'une mère malade et d'un père dépressif, le jeune patient de Freud avait une sœur de deux ans son aînée. Son éducation avait essentiellement été assurée par trois gouvernantes.

À l'âge de 3 ans et 3 mois, après qu'une de ses gouvernantes ait réprimé une tentative de séduction par le petit garçon, celui-ci serait devenu agressif et violent, ayant vécu cet événement comme une menace de castration. De graves symptômes névrotiques se seraient déployés à l'aube de ses quatre ans. On note en premier lieu une phobie des loups qui se serait déclenchée abruptement, à la suite d'un cauchemar auquel le patient doit son pseudonyme: il fait nuit et l'enfant est couché dans son lit. Tout à coup, la fenêtre s'ouvre d'elle-même et il aperçoit, assis sur un grand noyer qui fait face à la fenêtre, six ou sept loups blancs avec de longues queues de renard et de grandes oreilles

dressées. En proie à une grande terreur d'être dévoré par les loups, l'enfant crie et s'éveille (Freud, 1918/1977).

Les symptômes phobiques avaient été remplacés par des symptômes obsessionnels de piété après que la mère eut enseigné à l'enfant l'Histoire Sainte. Le petit cherchera alors à contrebalancer des pensées blasphématoires dans lesquelles il injurait Dieu avec le mot fèces en s'adonnant à un rituel:

Avant de s'endormir, il devait longuement prier et faire une série infinie de signes de croix. Il avait aussi coutume, le soir, de faire le tour de toutes les icônes appendues dans la chambre, à l'aide d'une chaise sur laquelle il grimpait afin de baiser dévotement chacune d'elles. Avec ce pieux cérémonial s'accordait très mal, ou peut-être très bien, qu'il se souvînt de pensées blasphématoires qui, telle une inspiration du diable, lui venaient à l'esprit. (Freud, 1918/1977, p. 332)

On sait que cette forme de détresse obsessionnelle axée sur des pensées blasphématoires irrépressibles et les scrupules religieux fait l'objet de textes monastiques depuis le VIIe siècle de notre ère. À cet égard, les symptômes du jeune patient de Freud étaient communs, du moins en apparence. Jadis, les pensées intrusives étaient comprises comme l'œuvre du « démon destructeur des âmes » et pour les neutraliser, le fidèle devait se tourner vers Dieu et la prière. (A. G. Adamantios, 2013). Le rituel religieux et la demande de miséricorde occupaient dans ce contexte une fonction de contre-balancement rétroactif et pouvaient pour cela s'inscrire à même une symptomatologie obsessionnelle et compulsive.

En accord avec les propositions qu'il avait préalablement développées dans *La prédisposition à la névrose obsessionnelle* (1913), Freud postule que l'organisation génitale encore incertaine de son jeune patient s'était effondrée à la suite d'une menace de castration, pour ensuite régresser au stade sadique-anal qui l'avait précédée.

Nous retiendrons dans ce chapitre, principalement la relecture critique de l'histoire de cas de l'Homme aux loups présentée par P. Mahony (1995). Celui-ci précise que le journal clinique de Freud recèle en réalité quatre scènes de séduction et de castration différentes, ce qui témoigne de la complexité de l'analyse de son patient.

Si notre propre texte ne peut en présenter toutes les subtilités, nous espérons néanmoins dégager les principales hypothèses qui, aux yeux de Freud, faisaient de l'Homme aux Loups un névrosé.

À la lumière d'une série d'interprétations, dont la plus notoire porte sur les loups dressés qui symbolisent dans le rêve le père en érection, Freud postule que le rêve avait activé le souvenir d'une « scène originaire », c'est-à-dire d'une relation sexuelle des parents dont l'enfant aurait été le témoin passif à l'âge d'un an et demi. Ce rapprochement dans l'onirisme avait participé à la réémergence d'enjeux inconscients, assujettissant le jeune patient à la névrose.

Pour Freud, l'enfant était dans une position œdipienne de soumission homosexuelle au père : le complexe d'Œdipe était inversé chez l'Homme aux Loups, et l'angoisse de castration maintenue. Ces enjeux se dégageaient symboliquement du rêve des loups : « Tout en le convaincant de la réalité de la castration, le rêve montrait que celle-ci était la condition nécessaire de la féminité et du coït avec le père » (Mahony, 1995, p. 35). En ce sens, le rêve aurait permis à l'enfant de découvrir une corrélation entre d'une part, la masculinité et l'activité et, d'autre part, la féminité et la passivité (Freud, 1918/1977).

Si la scène originaire que Freud veut reconnaître dans ce rêve avait été du plus grand intérêt pour lui, c'est aussi parce que l'enfant l'aurait interrompue en ayant une selle. Pour Freud, cette défécation était caractéristique de la constitution sexuelle congénitale de l'enfant dans la mesure où il « avait adopté d'emblée une attitude passive » dans la scène, puis avait ultérieurement « manifesté plus de tendances à une identification à la

femme » (Freud, 1918/1977). Ainsi qu'en rend compte M.-J. Sauret, reprenant ici la lecture de Lacan, l'enfant « tout à la fois, s'extrait de la jouissance, met fin à la scène et, trouve son style » (Sauret, 2011, p. 14).

Freud soutient que c'est un « conflit opposant les aspirations mâles et les aspirations femelles, donc de la bisexualité » qui avait engendré le refoulement et la névrose de son patient (Freud, 1918/1977, p. 410).

De ces deux aspirations sexuelles contraires, l'une est acceptée par le moi, l'autre blesse les intérêts du narcissisme, c'est pourquoi celle-ci succombe au refoulement [...] On peut alors décrire de la façon suivante l'état ayant succédé au rêve : les tendances sexuelles ont été dissociées; dans l'inconscient, le stade de l'organisation génitale a été atteint et une homosexualité très intense s'est constituée; par là-dessus, (virtuellement dans le conscient) persiste le courant sexuel antérieur sadique et surtout masochique (Freud, 1918/1977, p. 410).

Ainsi que l'ordre d'apparition des manifestations morbides de l'Homme aux Loups nous l'indique, c'est sur un mode phobique que le Moi a d'abord entrepris de répudier le désir sexuel redouté. L'objet de ce désir, le père, avait été remplacé par un autre objet au niveau conscient : l'angoisse du père était devenue une angoisse des loups. Ces mêmes conflits intrapsychiques se sont subséquemment manifestés sur le mode obsessionnel de pensées blasphématoires contrebalancées par des cérémoniaux religieux compulsifs. Cette dynamique obsessionnelle témoignait d'une lutte opposant deux courants affectifs antagoniques à l'égard du père, l'amour et l'hostilité (Freud, 1918).

Cette transformation symptomatologique apportait aux yeux de Freud une « confirmation indubitable » des conceptions avancées dans *Totem et Tabou* (1913) quant au rapport de l'animal totem à la divinité :

L'idée de Dieu n'est pas une évolution ultérieure du totem, mais a remplacé celui-ci après avoir, indépendamment de lui, été engendrée par une racine commune

aux deux. Le totem serait le premier substitut du père, le dieu en serait un substitut ultérieur dans lequel le père a reconquis sa forme humaine. C'est ainsi que les choses se passent chez notre patient. Avec la phobie des loups, il parcourt le stade du statut totémique du père; mais ce stade est à présent interrompu et, en vertu des relations nouvelles entre lui et son père, une phase de piété religieuse vient s'y substituer (Freud, 1918/1977, p. 414).

#### 4.1.2 Le débat psychanalytique interne concernant le diagnostic de l'Homme aux Loups.

Les mécanismes intrapsychiques dégagés par Freud dans son interprétation de la névrose infantile de l'Homme aux Loups étaient analogues à ceux déjà dégagés chez l'Homme aux Rats. La névrose infantile constituant pour lui l'événement psychique organisateur à partir duquel s'étaient forgées l'ensemble des manifestations morbides que présentait son patient au moment d'entrer dans son bureau, son état ne faisait aucun doute : l'Homme aux Loups avait été prédisposé à la névrose.

Un point essentiel de l'analyse a toutefois été remis en question par de nombreux commentateurs : la scène originaire était-elle réelle ou fantasmée ? On sait qu'il revient à Videman d'avoir été le premier à questionner la plausibilité de cette scène dans son ouvrage *Le céleste et le sublunaire*, paru en 1977. La question sera reprise par Mahony (1995) qui doute aussi de la réalité de la scène originaire telle que reconstruite par Freud. Pour lui, il est improbable que l'enfant d'une richissime famille aristocratique ait occupé la chambre de ses parents, ou encore qu'un nourrisson, fiévreux de surcroît, ait pu observer attentivement une telle scène.

À la lumière de sa relecture approfondie du cas, Mahony (1995) postule que c'est Freud qui attribue la fameuse scène à l'enfant, c'est-à-dire qu'elle provient de ses propres fantaisies. Cette attribution hypothétique me rappelle personnellement le mécanisme contre-transférentiel que M. de M'Uzan nomme « la ponte », soit : « un besoin éprouvé par l'analyste de déposer dans l'analysé des parties de lui-même, ses propres

productions, ses façons de voir », à quoi de M'Uzan ajoute que « l'analyste est alors exposé à s'intéresser avant tout au destin de ce qu'il a déposé » (M'Uzan de, 1994, p. 56). Or, nous savons combien Freud fait grand cas de sa découverte de la scène primitive.

Selon Mahony (1995), Freud était conscient du peu d'arguments dont il disposait pour démontrer la prétendue réalité historique de la scène originaire. Sa préoccupation à ce sujet se dégage clairement de son écrit :

Freud cherchait à convaincre son patient et ses lecteurs. On pourrait dire aussi que menacé par l'absence de preuves au profit de ses propres fantaisies préconçues, menacé par des trous (un dérivé de la castration), Freud cherchait la conviction [...] nulle part ailleurs dans tout le corpus freudien je n'ai été autant frappé par une telle occurrence du mot *uberzengen* (convaincre). (Mahony, 1995, p. 115-116)

Si Freud cherchait à convaincre son patient, ce dernier désirait plaire à son analyste, et avait un « caractère accommodant qui le poussait à donner ce qui était recherché » (Mahony, 1995, p. 109). À cet égard, il est clair pour Mahony (1995) que la cure de l'Homme aux Loups avait été dominée par la suggestion d'une part, et par la soumission d'autre part. La lecture de Mahony nous invite ainsi à envisager l'événement placé par Freud à la source de la névrose infantile de son patient comme l'expression de fantasmes refoulés d'un adulte dans la maturité. Pour lui, la supposée scène originaire ne pouvait avoir façonné la vie ultérieure du patient.

Freud semblait avoir compris, en cours de traitement, qu'une application rigide de la cure analytique classique n'entraînerait pas le rétablissement escompté chez l'Homme aux Loups. Ainsi que le fait valoir K.R. Eissler (1953), il avait inclus à sa cure deux techniques inhabituelles, d'abord en imposant une date limite à l'analyse puis, en garantissant à son patient la guérison complète de ses troubles intestinaux, renforçant ainsi l'image du père omnipotent (Mahony, 1995). Le manque de progrès analytique

ayant justifié ces mesures avait-il, à sa source, le fait d'un Moi altéré chez le patient ? L'écllosion de nouveaux symptômes psychotiques en 1923, neuf ans après sa première analyse avec Freud, donne à penser que cette hypothèse était fondée.

Nous savons que l'Homme aux Loups a sombré dans une profonde crise paranoïde à l'âge de 37 ans. Si l'hypocondrie de la mère et la maladie de sa femme stérile pouvaient avoir joué un rôle, c'est peut-être la nouvelle du cancer de Freud qui avait été la cause la plus déterminante. Cette information minait l'illusion d'omnipotence que le malade entretenait à l'égard de son père analytique. Peu après, le patient développa une obsession pour une cicatrice sur son nez qui aurait occasionné de nombreuses consultations médicales, de même que la mise en place d'un rituel compulsif par lequel il cherchait à la faire disparaître à l'aide d'un miroir. À cela s'ajoutaient de fréquentes sautes d'humeur et une dépression sévère.

Cet épisode conduisit l'Homme aux Loups, sur la recommandation de Freud, dans le cabinet de Ruth Mack Brunswick, chez qui il entreprit une seconde tranche d'analyse d'une durée de quatre mois. L'analyse reprendra à nouveau en 1929 de manière irrégulière (Mahony, 1995).

R. Mack Brunswick avait émis un diagnostic de psychose monosymptomatique. L'obsession du malade pour la cicatrice sur son nez montrait selon elle qu'il « ne jouait plus la mère, mais il était la mère » (Mahony, 1995, p. 134). Une expérience d'extase du patient à la vue de son sang ruisselant sur son nez lors d'un rendez-vous médical consolidait cette hypothèse puisque « si un névrosé peut désirer la castration, il ne s'en réjouit jamais, tout comme il n'y croit pas à la lettre » (M. Gardiner, citée dans Mahony, 1995, p. 134).

C'est un transfert non résolu qui était à la source de la maladie selon Mack Brunswick : à savoir la conviction de l'Homme aux Loups d'être le fils favori de Freud. On notera

que la confrontation de cette croyance par l'analyste n'allait pas sans indiquer une certaine rivalité fraternelle dans le contre-transfert<sup>7</sup> (Mahony, 1995).

Nous savons que le diagnostic de l'Homme aux Loups fait l'objet d'un débat psychanalytique interne depuis près d'un siècle.

M. Gardiner, P. Greenacre et K.R. Eissler sont parmi les auteurs qui concluent, comme Freud, que le patient souffrait de névrose. M. Khoury (2011) souligne les capacités de compréhension de soi de l'Homme aux Loups, et soutient qu'il était impossible qu'un patient état-limite ou psychotique évolue aussi remarquablement qu'il l'avait fait au terme de quelques mois d'analyse avec R. Mack Brunswick. L'auteur refuse de voir les symptômes de type psychotique qu'a présenté l'Homme aux Loups comme un critère définitif de son état psychique, et conclut que nous étions loin des limites de l'analysable avec ce patient.

Pour une majorité d'analystes toutefois, le célèbre patient de Freud ne souffrait pas de névrose. L. Binswanger considérait l'histoire précoce du patient comme typique de la schizophrénie infantile (Eissler, 1953). Frosch et Meissner ont souligné la non-analysabilité du patient due à la psychose (Mahony, 1995). Mahony (1995), en accord avec les observations de Mack Brunswick, penchait lui aussi vers un diagnostic de psychose. Sauret (2011) fera valoir que Freud lui-même jugeait similaire la façon dont son patient et le président Schreber s'exprimaient envers Dieu : « Ces sessions de jouissance étaient-elles équivalentes aux défécations non pas refoulées, mais revendiquées par Schreber ? » (Sauret, 2011, p. 14). Freud évoque en outre la possibilité d'un rejet primitif de la castration hors de la sphère symbolique par son patient lorsqu'il écrit que celui-ci « n'en voulut rien savoir au sens du refoulement » (Freud, 1918/1977,

---

<sup>7</sup> La Dr Mack Brunswick avait été la patiente de Freud, analyste en contrôle avec lui, de même que son médecin personnel.

p. 389). Une hallucination de doigt coupé, qui exprimait un retour du signifiant non pas de l'intérieur, mais de l'extérieur, c'est-à-dire dans le réel, le confirmera plus tard. Ainsi que le fait valoir Sauret : « Lacan a extrait le concept de forclusion de ce passage, pour l'appliquer au Nom-du-Père et l'élever au rang de condition de la psychose » (Sauret, 2011, p. 15). Le cas de l'Homme aux Loups s'est en ce sens avéré paradigmatique pour de nombreux auteurs.

À la lumière de ce débat, nous pouvons dire que le cas clinique de l'Homme aux Loups constitue la première archive majeure en psychanalyse où l'obsessionnalité se déploie hors du champ de la névrose. Il annonçait en cela une complexification de la lecture des symptômes obsessionnels en clinique psychanalytique.

#### 4.2 La contribution de la lignée Kleinienne et de la psychanalyse des enfants dans le débat

La névrose infantile de L'Homme aux Loups avait-elle vraiment tracé la voie à une névrose authentique comme le pensait Freud ? M. Klein sera l'une des premières à se pencher sur la question de l'épisode psychotique du patient à l'âge adulte dans son ouvrage *La Psychanalyse des Enfants* (1932).

D'après Klein, des objets persécuteurs se constituent dans le monde intérieur du nourrisson à la suite d'une projection de violentes impulsions sadiques orales et anales clivées, et de la réintrojection de ses objets, alors perçus comme capables, « dans leur violence, de dévorer, de couper et de châtrer » (Klein, 1932/2009, p. 170). Ces imagos effrayantes, annexées à un surmoi inaltéré et hyper-sévère, sont à la source d'angoisses et de perturbations à caractère psychotique qui marquent les premiers stades du développement. Klein soutiendra que les névroses infantiles en portent la trace :

La névrose chez l'enfant offre un tableau complexe, formé des divers traits et mécanismes psychotiques et névrotiques que nous trouvons chez l'adulte à l'état isolé et plus ou moins pur. Parfois, l'aspect de telle ou telle affection est plus nettement discernable; souvent, tout est obscurci du fait que les différents processus pathologiques et les défenses qu'ils mobilisent sont à l'œuvre ensemble et en même temps. (Klein, 1932/2009, p.170)

Klein appuie son propos sur la névrose infantile de l'Homme aux Loups qui recélait selon elle des angoisses et des mécanismes archaïques propres aux stades les plus précoces du développement. D'après ses analyses, la peur du père que traduisait la zoophobie du patient de Freud était d'une ampleur telle, qu'elle ne pouvait qu'avoir été alimentée par une « agressivité sado-anale d'une force exceptionnelle ». C'est une peur primitive, antérieure à la castration que livrait la phobie des loups. L'imgo d'un père « dangereux et dévorant » rendait impossible toute rivalité œdipienne, ajoute Klein<sup>8</sup>.

En accord avec Abraham, Klein soutient que le passage au second stade anal est déterminant pour le développement de l'enfant. Cette transition importante serait notamment marquée par un effort de conciliation du moi avec ses objets internes, en marge d'un « triomphe des forces libidinales sur les forces destructrices », de même que par l'émergence d'un sentiment de culpabilité surmoïque. C'est ici qu'interviennent les obsessions et les rituels compulsifs qui tiennent, selon Klein, une fonction réparatrice à l'endroit d'objets internes blessés. En éloignant toute menace de représailles de leur part, ils participent à un effort du moi visant à surmonter symboliquement des angoisses primitives. L'enfant peut aussi se prémunir de ses objets internes persécuteurs en recourant à des rituels tels qu'une accumulation compulsive d'objets bons, ce qui témoigne de vécus corporels de type psychotique (C. Dufétel, 2018).

---

<sup>8</sup> Klein soutient que c'est pour cette raison que le patient de Freud avait dû renoncer à sa position hétérosexuelle inconsciente.

Klein voyait un rapport direct entre l'intensité des perturbations obsessionnelles de l'enfant et « l'importance des troubles de nature paranoïdes qui les ont juste précédés» (Klein, 1932/2009, p. 177). Le déploiement de symptômes obsessionnels prononcés et précoces chez un enfant était ainsi annonciateur de la gravité du cas :

Même chez de très jeunes enfants, on rencontre souvent des symptômes de nature franchement obsessionnelle, et il existe des névroses infantiles dont l'aspect le plus frappant est déjà celui d'une authentique névrose obsessionnelle. Il s'agit alors de cas très graves, où les situations anxiogènes primitives sont demeurées trop intenses et ont été insuffisamment modifiées (Klein, 1932/2009, p. 177).

L'auteure ajoute que « l'échec des mécanismes obsessionnels ouvre la voie aux manifestations paranoïdes sous-jacentes, et même à une franche psychose paranoïaque. » (Klein, 1932/2009, p. 181). Pour Klein, l'évolution malheureuse de l'Homme aux Loups appuyait tout à fait cette hypothèse théorique.

L'hypothèse kleinienne, selon laquelle les symptômes obsessionnels indiquent chez les jeunes enfants une tentative de guérison des états psychotiques sous-jacents, est marquante. Klein (1932) faisait valoir que le déploiement de l'obsessionnalité pouvait être antérieur à l'œdipe. Elle soulignait aussi d'une manière révolutionnaire pour l'époque, la fonction protectrice des symptômes obsessionnels face aux angoisses archaïques.

Ces idées ont été reprises par de nombreux auteurs. B. Joseph (1965), à titre d'exemple, présentera le cas d'un jeune garçon de 4 ans qui s'était protégé d'angoisses paranoïdes aiguës en recourant à des mécanismes obsessionnels et compulsifs communs:

Les défenses que l'enfant employait à cette époque pouvaient sembler avoir deux buts : échapper à ses persécuteurs et les détruire...en peu de temps, il devint incapable de toucher une poignée de porte et d'ouvrir ou fermer une porte lui-même. Il employait une forte dose de contrôle magique et omnipotent— les « choses effrayantes » étaient supposées de l'autre côté du mur du jardin ; il leur

donnait de plus en plus de noms magiques et construisait un vocabulaire régressif pour tenter de les dominer par des mots. (B. Joseph, 1965, p. 662)

W. Fairbairn, qui appartient aussi à la lignée kleinienne, voyait dans les hésitations obsessionnelles persistantes un compromis défensif qui combinait l'acceptation du bon objet et le rejet du mauvais objet. Dufétel (2018) résume :

La technique obsessionnelle, partagée entre prendre et donner, garde l'objet haï à l'intérieur. Les angoisses obsessionnelles sont liées au conflit entre le besoin d'expulser l'objet en tant que contenu (au risque de se vider) et le besoin de le conserver (au risque d'être anéanti par un contenu mauvais) (Dufétel, 2018, p. 175).

De façon similaire, J. Sandler (1960) fera valoir que l'anxiété de certains enfants très perturbés ne procédait pas d'un conflit de type névrotique et que leurs symptômes obsessionnels semblaient avoir pour fonction d'éloigner une menace de désintégration.

Dufétel (2018) résume qu'avec l'accès aux états primaires, « les psychanalystes ont décrit des symptômes psychotiques et psychosomatiques, et aussi découvert que bien des symptômes névrotiques avaient des racines psychotiques » (Dufétel, 2018, p. 192).

Ainsi que le relate A. Esman (2001) dans sa revue historique, J. Sandler et W.G. Joffe (1965) ont ajouté au débat nosologique en soutenant, avec A. Freud, que les symptômes obsessionnels qui émergent durant la phase anale et qui persistent, ne peuvent être d'ordre névrotique puisqu'ils apparaissent durant le cours du développement, plutôt que suite à une régression du moi. Ces mêmes auteurs ajoutent que dans de tels cas, le moi demeure relativement intact et que les manifestations observées découlent d'une « exagération des modes de fonctionnements caractéristiques de la phase anale » (Ma traduction, Sandler et Joffe, 1965, p. 427).

M. Wulff (1951) adopte une position similaire et soutient que certains symptômes obsessionnels compulsifs dits « précœdipiens » résultent d'une conflictualité opposant

les pulsions de l'enfant à une autorité externe, plutôt que d'un conflit intrapsychique entre le ça et le surmoi propre à la névrose chez l'adulte. Il ajoute que ces manifestations sont la réaction « d'un moi peu développé confronté à la réalité », et qu'elles ne sont ni stables, ni tributaires d'une structure rigide (Wulff, 1951, p. 174). Si une consultation en clinique psychodynamique demeure avisée pour ces jeunes patients, l'auteur soutient, en accord avec les observations de Klein (1932), qu'une éducation plus adaptée de la part des parents suffit souvent à soulager leur anxiété (Wulff, 1951). Sandler et Joffe (1965) ont également observé le développement de comportements s'apparentant aux compulsions et aux rituels typiquement associés à la névrose obsessionnelle chez des enfants cherchant à éloigner le souvenir de traumatismes, à réguler leur estime de soi, ou à éloigner une anxiété phobique. Les auteurs concluent:

Suite à l'étude des cas qui nous ont été référés [...] il est clair pour nous qu'il existe un certain nombre de tableaux cliniques différents, mais à certains égards très similaires, et normalement annexés aux pathologies obsessionnelles, qui ne peuvent pas tous être associés à la névrose obsessionnelle (Ma traduction, Sandler et Joffe, 1965, p. 426).

En clinique de l'adulte en revanche, au milieu du XXe siècle, les troubles obsessionnels demeuraient souvent attachés au modèle structural de la conflictualité névrotique. Si on a pu soulever leur caractère grave et quasi délirant dans certains cas, c'est « un sévère désordre névrotique » qui était alors mis en cause.

A. Freud (1966) distingue notamment ce qu'elle qualifie de « véritables obsessions », associées à la névrose, des manifestations dites « similaires en surface » par le rôle prédominant qu'y jouent des mécanismes de défense tels que la formation réactionnelle et l'isolation. A. Freud exclut du spectre des obsessions ce qu'elle nomme les « tendances répétitives » qui découlent de la compulsion de répétition, et qui « n'ont rien en commun avec l'obsession sauf leur monotonie ». (A. Freud, 1966, p. 513)

L'idée largement partagée selon laquelle l'obsessionnalité se situait sur un spectre psychopathologique large était surtout attribuable au fait que les formations caractérielles égo-syntones et plutôt bénignes de type obsessionnel étaient associées à la névrose obsessionnelle, autant d'un point de vue développemental que d'un point de vue structural. À titre d'exemple, P. Weissman (1954) distinguait deux modalités essentielles dans le processus de régression et dans la formation de défenses secondaires. Pour lui, c'était un surmoi « archaïque » qui était à la source de la névrose obsessionnelle, alors que face à un surmoi « mature », la régression libidinale vers l'analité était plus bénigne.

Toutefois, l'idée que les symptômes obsessionnels compulsifs puissent jouer un rôle préventif contre une menace de désintégration psychotique chez les schizophrènes d'âge adulte a été soutenue par E. Stengel dès 1945 (cf. Sandler et Joffe, 1965). Cette même conception sera confirmée par une étude exhaustive menée par I. Rosen (1954, 1957) qui s'est interrogé sur l'apparition de symptômes obsessionnels précédant la schizophrénie. La conception selon laquelle les mécanismes obsessionnels « servent de bastions contre des troubles psychotiques latents » a aussi été soutenue par E. Glover (1935), et R.P. Knight (1953) (cités dans C. Cripwell, 2012, p. 97).

Ainsi, la table d'un travail métapsychologique critique était-elle déjà clairement posée au milieu du XXe siècle : un état névrotique pouvait-il basculer vers la psychose ? Ou devait-on envisager que l'obsessionnalité pouvait se déployer en dehors du champ des névroses ?

Si l'idée d'un spectre psychopathologique large dans les manifestations de l'obsessionnalité était devenue généralement acceptée, les rapports entre obsessionnalité et psychose demeuraient encore relativement confus. Dans l'état des lieux, à cette date, du développement de la pensée psychanalytique, la question de l'obsessionnalité se posait tantôt, sur la base d'une positivité du symptôme, tantôt sous

l'angle de processus inconscients latents, tantôt selon le cadre conceptuel de modèles métapsychologiques préexistants, tantôt enfin, sous l'angle du développement psychosexuel. Le défi dès lors était de mettre cet échafaudage de pistes théoriques au service, et à l'écoute de la clinique.

Ainsi que nous le verrons plus loin, c'est en repensant le problème en termes de théorie structurale que la psychanalyse y parviendra.

Mais que nous disait la littérature psychiatrique à ce même propos, et à la même époque?

#### 4.3 Le premier grand effort de classification nosographique dans la psychiatrie des années 1950.

La conception selon laquelle l'obsessionnalité couvre un large spectre psychopathologique n'est pas étrangère à la psychiatrie. Haustgen (2004) fait valoir dans la revue historique qu'il dresse de la littérature psychiatrique de la première moitié du XXe siècle, que plusieurs aliénistes concevaient l'obsessionnalité comme un syndrome aux significations nosologiques polymorphes. Les symptômes obsessionnels étaient notamment associés à une condition psychotique d'origine organique (M. de Fleury, 1924; E. Bleuler, 1943). On rappellera que déjà au tout début du XXe siècle, E. Kraepelin classait la folie obsessionnelle dans la rubrique des « dépressions maniaques », une sous-catégorie de la psychose. C'est d'ailleurs ce diagnostic qu'il avait lui-même attribué à l'Homme aux Loups avant qu'il ne soit analysé par Freud.

Commentant cette tradition de la pensée psychiatrique, Bergeret (1974) précise toutefois, que la notion de psychose n'avait pas la profondeur psychopathologique que la psychanalyse lui reconnaît aujourd'hui, et qu'elle renvoyait en général, et de manière assez élémentaire, à la manifestation d'idées délirantes.

À compter des années 1940, un nombre grandissant de chercheurs se sont donc intéressés à un sous-type de schizophrénie dont les symptômes avaient la particularité

d'emprunter en surface une sémiologie de type névrotique, par exemple les phobies, l'anxiété généralisée, et les traits obsessionnels.

P. Hoch et J.P. Cattell (1959) montreront qu'il s'agissait d'un syndrome mal défini qui fera l'objet d'une controverse qui a marqué la psychiatrie du milieu du XXe siècle, d'où l'émergence à cette époque, du qualificatif de border-line ou d'état-limite. G. Zilboor par exemple, introduira le terme de « schizophrénie ambulatoire », tandis que la notion de « schizophrénie latente » sera proposée par G. Bychowski, une condition mentale que certains auteurs différenciaient de la « schizophrénie -limite » (Hoch et Cattell, 1959). Participant de la controverse, P. Hoch et P. Polatin (1949) ont dénoncé le manque de clarté de ces propositions, l'adjectif borderline attestant selon eux davantage des incertitudes du clinicien que de la condition du patient. Pour ces auteurs, ce sous-type de schizophrénie nécessitait impérativement une clarification conceptuelle.

En effet, comment décrire une psychopathologie dont la particularité était de ne pas présenter une symptomatologie précise ? Cette question posait un problème conceptuel majeur, et qui nous apparaît rétrospectivement d'autant plus intéressant lorsque l'on tient compte de la période où la question fut soulevée.

C'est à Hoch et Polatin (1949) qu'il revient d'avoir placé le problème sur un terrain nosologique descriptif. Tout comme E. Bleuler, ils considéraient que la classification de la schizophrénie ne pouvait pas exclusivement se définir par l'issue ultime de la maladie, c'est-à-dire le délire, et que l'on devrait prendre en compte, par-delà la symptomatologie apparente, des considérations d'ordre émotionnel, intellectuel et psychodynamique. Ce principe sémiologique va conduire ce groupe d'auteurs à décrire une forme de psychose qu'ils vont qualifier de « pseudo-névrotique ». Ce nouveau diagnostic auquel ils accorderont une pleine autonomie nosographique sera rapidement adopté dans la littérature psychiatrique de l'époque (M. Axel, 1955).

#### 4.3.1 Examen critique de la symptomatologie associée à la pseudo-névrose.

P. Hoch et J.P. Cattell (1959) distingueront ainsi trois grandes catégories de symptômes dits primaires ou fondamentaux. La première indique une altération de la régulation émotionnelle et peut être saisie à partir des signes suivants :

De la volubilité, une insuffisance ou un manque de modulation affective; une incapacité à réguler l'agressivité; une ambivalence marquée, notamment en regard aux pôles de l'agressivité/passivité et du désir de protection; un déficit d'empathie; un trouble de l'auto-estimation; un sentiment d'infériorité; de l'anédonie ou une incapacité d'expérimenter le plaisir, en conséquence, les patients multiplient les expériences qui leur font éprouver des sentiments et des émotions; un indice de frustration très bas; une nécessité de gratification rapide d'une façon magique. (Hoch et Cattell, 1959; F. Soccaras, 1957)

La seconde grande catégorie de symptômes se rapporte aux troubles de la pensée, accompagnés du spectre sémiologique suivant :

Une présence de processus illogiques au niveau de la pensée ou du comportement; une incapacité de penser abstraitement; des troubles associatifs, par exemple l'usage littéral de connexions symboliques; il est fréquent que certains processus inconscients de la pensée soient captés et évoqués avec clarté; un sentiment d'irréalité, dépersonnalisation, torpeur, offuscation; une inaptitude à différencier la fantaisie de la réalité; des conceptions inflexibles et stéréotypées envers eux-mêmes, l'autorité, et les institutions; une intellectualisation des émotions; une confusion des buts, des finalités, des intentions et des bornes. (Hoch et Cattell, 1959; Soccaras, 1957)

La troisième et dernière catégorie de symptômes primaires renvoie aux désordres sensorimoteurs du fonctionnement autonome, par exemple ces malades qui, par manque d'énergie, sont incapables d'effectuer une activité de manière soutenue.

Si les patients qui souffrent d'une psychose pseudo-névrotique présentent plusieurs de ces symptômes primaires, ceux-ci peuvent être parfois assez frustes, et plusieurs mois de traitement étaient nécessaires pour en repérer la complexité (Soccaras, 1957).

D'autre part, ces symptômes ne sont pas spécifiques à la psychose, par exemple, les raisonnements qui ne s'accordent pas avec la réalité du monde extérieur peuvent, dans une forme plus bénigne, indiquer une névrose fermement ancrée (Axel, 1955). Enfin, plusieurs de ces symptômes sont aussi fréquents chez les enfants dits « nerveux » (P. Deniker et J.-C. Quintart, 1961).

Ainsi, malgré les efforts descriptifs d'Hoch et ses collaborateurs (1949, 1959), le diagnostic de psychose pseudo-névrotique demeurait difficile à établir, et nombre de psychiatres estimaient que c'était le jugement et le flair du clinicien qui devaient avoir préséance (Axel, 1955). Ceci sans compter le fait qu'une symptomatologie secondaire de type névrotique se conjugait aux mécanismes psychotiques primaires chez les patients « pseudo-névrotiques », dont une anxiété envahissante appelée « pan-angoisse » résultante d'un danger « inconnu, imminent et paralysant » (Axel, 1955), à quoi s'ajoutaient, selon plusieurs auteurs, des angoisses de nature homosexuelles (Soccaras, 1957). Hoch et Polatin (1949) nommeront « pan-névrose » les multiples mécanismes de défense mis en place par les patients, dont des manifestations d'hystérie de conversion, de même que des manifestations phobiques et obsessivo-compulsives. Ces symptômes secondaires, qui sont ceux qui apparaissent de prime abord dans le tableau clinique, ont aussi la particularité d'être très diffluents.

Il serait erroné de penser qu'au milieu de XXe siècle, la psychiatrie conférait aux symptômes obsessionnels participants d'un fonctionnement « pseudo-névrotique » un statut de façade vide de sens clinique. On trouve dans la littérature de nombreuses références aux particularités des phénomènes obsessionnels qui recouvrent les processus plus archaïques de nature psychotique :

Dans les obsessions pré-schizophréniques, l'anxiété vive au début s'émousse peu à peu et prend un caractère plus stéréotypé [...] Parfois elle persiste sous forme artificielle, simple anxiété de façade ou résignation passive [...]. Elle prend aussi l'aspect d'un conflit purement intellectuel. Mais le plus souvent, on constate une

absence totale de l'élément émotif; le malade donne l'impression de parler d'une tierce personne [...] La lutte si caractéristique des véritables obsessions fait défaut (Baruk). *La personnalité se confond avec les idées obsédantes* [...] Dans la structure névrotique, la distance à l'égard des fantasmes est conservée [...] tandis que dans la structure pré-schizophrénique, on perçoit l'adhésion du malade à ses fantasmes et on pressent le dogmatisme du délire. [...] *(Les idées) ont un caractère de pseudo-logique forcée et spécieuse. [...] Leur activité se limite parfois à l'exécution d'actes rituels et stéréotypés, de cérémonial et gestes de défense qu'ils exécutent parfois sans retenue*<sup>9</sup>. Cette impudeur choquante contraste avec la honte des obsédés. [...] Les phénomènes obsédants n'épuisent pas le tableau clinique, mais s'inscrivent dans un contexte particulier de renoncement à la vie affective et sur un fond d'indifférence pour la vie réelle. (Deniker et Quintart, 1961, p. 311-312)

La citation ci-dessus montre donc que la détresse obsessionnelle résonne de manière particulière chez les patients psychotiques latents. Ce constat théorico-clinique est d'une grande importance et s'inscrit dans la lignée de l'approche phénoménologique dont on se doit de souligner l'apport dans le champ des diagnostics différentiels<sup>10</sup>. On pense aux travaux de Minkowski (1966) à qui il appartient d'avoir analysé le plus finement les traits du monde phénoménologique interne de patients présentant une structure schizophrénique sans pour autant présenter de symptômes clairement délirants.

Les repères nosologiques qui étaient retenus pour décrire les fonctionnements « pseudo névrotiques » présentaient un compromis entre clarté empirique des symptômes et monde intérieur typique de la psychiatrie du milieu du XXe siècle qui se situait au carrefour de considérations à la fois intrapsychiques et de nature objectivable du point de vue d'un observateur externe.

---

<sup>9</sup> Notre soulignement.

<sup>10</sup> Cf. p. 67

En ce sens on pourrait soutenir que le tableau morbide élaboré par Hoch et Polatin (1949) reposait sur des bases empiriques dont on trouve écho dans le DSM-5 aujourd'hui, à même les classifications des personnalités dites limites, schizoïdes, schizotypiques ou encore paranoïdes.

Cependant, les mécanismes qui étaient dégagés dans la détection d'un état « pseudo-névrotique » montraient que les auteurs s'appuyaient encore sur une théorisation psychodynamique directement empruntée à la psychanalyse. À titre d'exemple, les efforts qualifiés d'effrénés, déployés par les malades pour obtenir une gratification sexuelle étaient considérés comme relevant d'une organisation psychosexuelle chaotique et de tendances autoérotiques prégénitales (Soccaras, 1957). Tandis qu'une faible disposition à l'introspection dévoilait un Moi hypertrophié fragilisé, et peu disposé à l'élaboration psychique (Hoch et Cattell, 1959), et que l'obsession dite « authentique » procédait de l'échec du refoulement (Schneider, 1955). Cette compréhension de l'obsessionnalité calquée sur la contribution freudienne classique montrait que les processus intrapsychiques en filigrane des symptômes manifestes étaient pris en compte dans la psychiatrie de l'époque. En témoigne l'attention portée à l'absence chez les sujets « pseudo-névrotiques » de la conflictualité interne caractéristique de la souffrance névrotique, et aux angoisses latentes qui accompagnent les symptômes obsessionnels. Ou encore, l'intérêt porté à l'histoire familiale et infantile des patients, à leur vie sexuelle, à leurs rêves et à leurs fantasmes.

Axel (1955) présente ainsi le cas d'un patient admis en psychiatrie en raison de pensées « malaisantes », accompagnées d'une grande réticence à se coiffer. Au moment de son admission, l'homme présentait les traits classiques d'une névrose obsessionnelle. Sa personnalité était bien préservée et ses obsessions se limitaient à quelques rituels compulsifs, mais sa réticence à se coiffer jumelée à un sentiment général d'inconfort associé au contour de sa tête laissaient perplexes. Suite à un traitement au sodium amytal, substance employée à l'époque pour ses propriétés sédatives, le patient aurait admis

être frappé d'une grande frayeur lorsqu'il apercevait ses mains autour de son visage dans le miroir, et qu'il avait alors l'impression qu'une presse s'apprêtait à lui broyer la tête. Devant la force de cette angoisse de morcellement et la conviction concomitante chez cet homme d'être en situation de danger de mort, Axel (1955) en a conclu que ce patient souffrait d'une psychose pseudo-névrotique.

Cependant, il soulignera la valeur limitée, selon lui, du test de Rorschach dans ces cas cliniques. Le risque d'erreur diagnostique dans des évaluations qui seraient trop largement basées sur une appréciation du niveau de développement psychosexuel de la personne sera aussi souligné (R.P. Knight, 1953).

L'ensemble de ces remarques et mises en garde témoignent d'une volonté de recherche de la clarté empirique dans une observation médicale qui se voulait de plus en plus « objective ». Les efforts descriptifs d'Hoch et Polatin (1949) sont éloquents à cet égard : si on admettait l'intérêt, à titre additionnel, d'une approche psychodynamique dans l'éclaircissement des mécanismes internes inhérents à la « pseudo-névrose », on admettait que ceux-ci relevaient en premier du registre de l'observable/prouvable :

(Il fallait) souligner le fait que la schizophrénie pseudo-névrotique est un syndrome psychiatrique définitif avec une symptomatologie manifeste qui peut être observée par quiconque utilise les techniques ordinaires d'observation clinique lors d'entretiens psychiatriques. (On ne voyait) rien de latent dans cette condition (Ma traduction, Hoch et Cattell, 1959, p. 19).

En d'autres termes, et en résumé, la classification diagnostique de « psychose pseudo-névrotique » a marqué une borne importante et tout à fait intéressante dans l'appréhension clinique des symptômes de l'obsessionnalité dans le développement de la pensée psychiatrique du milieu du XXe siècle. On y admettait que les obsessions recouvraient un large spectre psychopathologique, et que le symptôme obsessionnel ne pouvait indiquer en soi une catégorie spécifique de la maladie mentale.

Cependant, et bien que dans la catégorie générique psychopathologique de « pseudo-névrose » on pouvait encore dénoter la marque d'une inspiration par la psychanalyse, a contrario, l'insistance sur les éléments descriptifs d'une pathologie, au sens médical du terme, montrait que l'approche psychiatrique était en train de se distancier de la psychanalyse et de l'importance accordée aux processus inconscients, et à leur genèse. S'annonçait déjà en esquisse le divorce imminent entre ces deux approches théoriques et leur prise de distance épistémologique de plus en plus irréductible.

Nous verrons dans le chapitre suivant qu'il appartiendra désormais à la psychanalyse à partir de la seconde moitié du XXe siècle, d'approfondir sa compréhension clinique des symptômes et mécanismes obsessionnels, et leur appartenance à un large spectre psychopathologique qui recouvre l'ensemble des 3 grands modèles des organisations psychiques, névrose, états-limite, et psychose.

Alors que parallèlement, la psychiatrie objectivante, avec la construction du diagnostic univoque de TOC, suivra un mouvement contraire.

## CHAPITRE V

### LE DOUBLE COURANT PSYCHANALYSE / PSYCHIATRIE À PROPOS DU SYMPTÔME OBSESSIONNEL. PRINCIPALES AVENUES D'UN DIVORCE ANNONCÉ À PARTIR DES ANNÉES 1950.

#### 5.1 Les développements marquants dans l'approche psychanalytique

##### 5.1.1 L'affinement de la compréhension des symptômes obsessionnels sur la base d'une logique structurale.

À partir des années 1950, on notera une expansion marquée de la clinique psychanalytique dans un mouvement d'inclusion des configurations psychiques de la psychose, du psycho-soma, et des pathologies limites. Corolairement, on observera un approfondissement de ce qu'on peut appeler un modèle structural du fonctionnement intrapsychique, et de la compréhension de la dynamique des processus inconscients, conjugués aux degrés d'évolution libidinale et moïque du sujet, qui « contribuent à organiser [sa] façon d'être au monde » (C. Chabert, 2008, p.148).

On se souvient que pour J. Bergeret (1974) chaque grande lignée structurelle est caractérisée par des angoisses, des formes de conflits, des mécanismes de défense et des modalités spécifiques de la relation d'objet. Cette démarche classificatoire qui est à la fois sémiologique et diagnostique suppose de faire du symptôme le témoin de l'économie psychique de la personne, et d'en comprendre ses racines inconscientes (Chabert, 2008).

Concernant la dimension polysémique des symptômes obsessionnels, la littérature psychanalytique va dès lors s'attacher à éclairer leur rapport avec la psychose de même que le problème nosologique que pose le diagnostic de « psychose pseudo-névrotique ». Évoquant des tableaux morbides se rapportant à cette classification, et reliés entre eux par des symptômes d'allure obsessionnels, Bergeret écrit :

Quand on examine de très près les observations présentées [...] on s'aperçoit que certains cas paraissent correspondre à des structurations authentiquement psychotiques, très cryptiques, assez focalisées, du type parapsychotique, ou encore peu décompensées, alors que d'autres cas semblent nettement ne pas reposer sur une structuration psychotique en fonction de leurs données économiques de base (Bergeret, 1974/1996, p. 137).

Pour Bergeret qui réitère l'importance d'un diagnostic structural dans la compréhension des pathologies obsessionnelles, ces tableaux atypiques posent la question primordiale du mode structurel de fonctionnement psychique. Seule une évaluation qui relève de l'examen attentif du monde interne du patient peut rendre compte d'une détresse subjective de nature névrotique ou psychotique. Le clinicien doit se méfier du « leurre » nosologique que représente la surface du symptôme :

La marge n'est pas large [...] on ne peut s'accommoder d'interprétations manifestes trop simplistes [...] ou ne s'attarder qu'aux signes extérieurs [...] et leur conférer une valeur nosologique en soi (Bergeret, 1974/1996, p.137).

### 5.1.2 Obsessionnalité et organisations psychotiques latentes

G. Bychowski sera l'un des premiers à s'intéresser à la signification des pensées obsédantes et des comportements obsessionnels compulsifs dans les structures psychotiques latentes. Il s'appuie sur le matériel clinique du cas d'un jeune homme dont les symptômes gravitaient autour d'une masturbation compulsive, et étaient déclenchés par des stimuli qui évoquaient chez lui une association entre une femme et un animal

égorgé, le plus souvent de la famille des porcins. La vue d'une femme qui mange un sandwich au jambon « suffisait pour le rendre fou » (Bychowski, 1967, p.673).

À la lumière du matériel recueilli, dont le fait que le jeune homme avait été qualifié de cochon par sa mère étant enfant, Bychowski propose la construction interprétative suivante : dans son fantasme inconscient le patient « ranimait l'image du soi-cochon, mais renversait la situation libidinale archaïque par un retournement contre lui-même ». Au lieu de dévorer le substitut maternel, c'est-à-dire le sein, le patient s'identifiait à celui-ci et rêvait qu'une femme le dévorait. « Dans son passage à l'acte compulsif, il revivait ce fantasme, tout en le niant en essayant de le vaincre par une activité phallique » qui lui restituait un rôle de « mâle agressif » (Bychowski, 1967, p. 674). Les instincts oraux-sadiques violents qui dominaient le monde interne du jeune homme étaient conjugués à un « mode de décharge instinctuel primitif » dans lequel la gratification était presque instantanée.

À la lumière de cette observation, Bychowski (1967) soutiendra que les symptômes compulsifs chez les patients qui souffrent d'une psychose latente symbolisent le « triomphe du Ça sur le Moi », et tiennent une fonction « plus destructive que constructive » (Bychowski, 1967, p. 685).

Le Ça envahit le Moi et lui supprime son rôle d'agent central de la personnalité. Dans ce processus le Moi s'estropie, se déforme, car une de ses fonctions principales, à savoir différer la décharge des instincts, est fortement réduite, voire même abolie dans certains secteurs. De plus, la fonction du Moi de timonier et d'organisateur est réduite au minimum (Bychowski, 1967, p. 685).

Le genre de matériel clinique ici évoqué permet de montrer que si certains comportements obsessionnels compulsifs expriment en surface, comme dans la névrose, une défense face aux pulsions et aux fantasmes réprimés par le surmoi, ils présentent plus fondamentalement des traits beaucoup plus archaïques. M. Wexler (1967) dira qu'ils sont « l'extériorisation de désirs puissants teintés d'agressivité, de

sexualité et d'énergies déneutralisées ». Le déploiement de ces symptômes se fait sur fond d'un sentiment d'urgence et de sensation de danger mortel. La nature défensive de la pensée obsessionnelle dans la schizophrénie est ainsi facile à démontrer :

Une patiente atteinte de schizophrénie, qui a peur de sa propre agressivité et qui affirme constamment sa bonté naturelle en se défendant des accusations qu'elle entend, s'arrange avec un soin compulsif pour qu'il n'y ait aucun objet pointu autour d'elle, que toutes ses affaires soient bien rangées, que seulement un certain type de chauffeurs expérimentés la conduisent là où elle désire aller, on peut être certain que son comportement compulsif est une défense contre la montée de son désir de faire du mal à son entourage et de le punir (Wexler, 1967, p. 690).

De nombreux auteurs ont toutefois montré que les phénomènes obsessionnels dans les états psychotiques occupaient le plus souvent une fonction autre, d'ordre restitutionnelle : c'est-à-dire qu'ils agissent chez le malade comme un effort de réparation et préservation de l'objet (Klein, 1932), de tentative de maintien du sens de la réalité (W.L. Pious, 1950), ainsi que de celui du sentiment de sa propre identité (Wexler, 1967).

Les doutes et les idées obsessionnels vont de pair chez les schizophrènes. Ils résultent d'efforts réitérés que font les patients pour se souvenir des objets, des rapports objectaux et de leur identité personnelle. Les obsessions de la plupart des schizophrènes, qu'ils traduisent par des questions du genre : « Qui suis-je ? que suis-je ? qui êtes-vous ? », sont plus intimement associées au désastre psychique fondamental qui s'est produit (Wexler, 1967, p. 691).

Ces hypothèses capitales procèdent bien entendu de l'écoute clinique, et seront approfondies de façon plus incarnée dans le chapitre suivant. Pour l'heure, nous devons souligner l'affinement de la compréhension des symptômes obsessionnels dont elles témoignent, de même que leur incidence étiologique et clinique. Pour une majorité de psychanalystes, dont J. Bergeret (1974), A.J. Horner (1990) et R.D. Chessick (2001), il importe en effet de ne pas interférer avec les obsessions et les compulsions d'un

patient s'il est déterminé qu'elles agissent en tant que structure externe qui maintient l'intégralité d'un moi autrement gravissimement fragmenté<sup>11</sup>.

H. Lang (1997) donne l'exemple d'une patiente qui s'imposait de réfléchir de manière compulsive à chacune de ses pensées jusqu'à ce qu'elle arrive à « ressentir quelque chose », à défaut de quoi, une terrible peur que le plancher ne s'effondre sous ses pieds l'affligeait. La jeune fille avait sombré dans un délire psychotique au terme d'un court suivi psychothérapique. Nous la citons : « Tout a débordé hors de moi, toute mon énergie, toute ma vie. Mes obsessions se sont estompées, mais mon monde s'est désorganisé » ( Ma traduction, Lang, 1997).

Lang comprend donc que la terreur de la patiente laissait entrevoir une angoisse de morcèlement contre laquelle ses rituels visaient à « générer une émotion » qui, en stabilisant l'intégration interne de sa personnalité, remplissait une fonction « réparatrice ». Le caractère protecteur des obsessions, dira-t-il, est particulièrement saillant chez les patients psychotiques, chez qui « l'ordre rigide » des obsessions agit comme contrepoids à une décompensation imminente. Celui-ci met en évidence la nécessité pour le thérapeute de prendre la mesure de la fonction compensatrice de ces symptômes face à l'intensité de l'état de terreur et de détresse auxquels est aux prises le malade.

On peut dire que Bychowski (1967), Wexler (1967) et Lang (1997) comptent parmi les principaux auteurs dont les observations cliniques ont montré que les symptômes obsessionnels propres aux structures psychiques relevant du registre psychotique révèlent des enjeux spécifiques à ce mode de fonctionnement.

---

<sup>11</sup> Nous le verrons dans un exemple clinique présenté au chapitre 6

Partant de là, je soutiendrai, même si aucun d'entre eux ne le dit formellement, qu'ils pressentent la dimension proto langagière en impasse, et sous-jacente aux manifestations obsessionnelles, et ceci dans toutes les problématiques psychiques, sans exception, y compris les problématiques psychotiques.

### 5.1.3 Symptômes obsessionnels et théories de la relation d'objet.

A. J. Horner (1990) s'est intéressée au sens que l'on peut conférer au comportement obsessionnel-compulsif en s'appuyant sur le modèle théorique de M. Mahler.

D'après ce modèle, ainsi qu'on le sait, la constitution de l'appareil psychique se développe à travers plusieurs stades successifs : un stade d'autisme « normal » sera suivi par un stade de symbiose avec l'objet, lequel sera résolu par un processus complexe de séparation / individuation. Le passage de ces bornes psychodéveloppementales est déterminant pour la formation subséquente d'un Moi structuré et « mature<sup>12</sup> ». Tout échec intégratif au cours de ces stades successifs aura des conséquences structurales qui se traduiront par des manifestations symptomales particulières.

Ainsi, Horner soutiendra-t-elle que les ruminations qui monopolisent le sujet obsessionnel sont la reproduction métaphorique d'un « double conflit d'approche et d'évitement », soit une situation d'impasse dans laquelle des forces antagonistes

---

<sup>12</sup> On rappelle que selon le courant de la psychologie du moi, un moi « en santé » serait celui capable d'intégrer de manière suffisamment souple les émotions, les impulsions, les perceptions et les pensées du sujet, sans être le lieu d'une fragmentation ou d'une désorganisation interne. Il serait aussi caractérisé par un rapport équilibré à la réalité externe, et par un sens de l'identité stable. Il serait capable d'intégrer les fonctions parentales essentielles à la formation du surmoi, de tolérer l'ambivalence sans recourir au clivage, et de fonctionner sous le mode des relations d'objet caractérisé par la mutualité.

bloquent l'atteinte des visées pulsionnelles et fantasmatiques qui semblent mutuellement exclusives. Ce conflit s'inscrit dans les diverses phases du développement du moi, et concerne les patients états-limites, aussi bien et autant que les patients névrotiques.

Lors de la phase de séparation / individuation, le désir de dépendance à l'objet est contrebalancé par une angoisse d'engloutissement, alors qu'inversement, le souhait d'autonomie est contrebalancé par l'angoisse de la perte de l'objet.

A. Green (1990) décrira cette forme particulière d'une « folie privée » des patients états limites, qui se révèle particulièrement dans l'intimité de la relation transférentielle :

(L'individu) est toujours à la recherche d'une distance psychique qui lui permette de se sentir à l'abri de la double menace de l'invasion par l'autre et de sa perte définitive, d'où une contradiction permanente (Green, 1990/2013, p. 66).

Ou encore, dirait un patient cité par Horner (1990, p. 124) : « si je m'approche, je me perds, si je m'éloigne, je me perds ».

Dans la situation œdipienne, on le sait, le désir pour la mère est contré par la peur de perdre l'amour et le soutien du père, ou de subir sa colère, tandis que le désir pour le père est contré par la peur de perdre la mère : « essentiellement, avoir la mère signifie perdre le père et avoir le père signifie perdre la mère » (Horner, 1990, p. 124). L'atteinte d'un pôle du désir fait ainsi obstacle à l'autre pôle du désir œdipien, et par voie de conséquence, le double conflit se joue dans le contexte de la triangulation mère/enfant/père :

Malgré des différences au niveau de la structure psychique sous-jacente, le portrait clinique peut sembler le même : le patient est incapable de prendre de décision et rumine de manière obsessionnelle de peur de prendre la mauvaise. Du point de vue du double conflit approche-évitement, quelle que soit la décision, celle-ci sera toujours partiellement mauvaise (Ma traduction, Horner, 1990, p. 124).

Horner réitère ainsi l'importance d'un diagnostic structural dans la compréhension des pathologies obsessionnelles.

#### 5.1.4 Considérations nosologiques supplémentaires.

Toutefois, il serait erroné de croire que l'apparition soudaine d'un propos confus, voire délirant chez un patient constitue la preuve d'un fonctionnement psychotique. Un tel tableau clinique peut indiquer un état, selon la terminologie de Bergeret (1974) de « névrose pseudo psychotique » : une condition où, de la même façon que dans la « pseudo-névrose (...) une structure authentiquement névrotique masque son conflit génital et œdipien par des ébauches de dépersonnalisation ou de déréalisation, ou par un sentiment de perte imminente des limites du Moi » (Bergeret, 1996, p. 122).

F. Morgenthaler (1967) va dans le même sens lorsqu'il note qu'on peut observer d'étranges états de confusion aux allures psychotique chez de nombreux patients souffrant de névrose obsessionnelle. Les hésitations de « L'Homme aux rats » en lien avec le remboursement de sa dette en sont un exemple impressionnant : son serment fait pour résoudre l'impasse qui l'affligeait indique une « falsification incontestable de la réalité » que Freud lui-même avait taxée de délirante<sup>13</sup>.

Toutefois, l'évolution confusionnelle de l'Homme aux Rats n'indiquait pas une profonde régression du Moi, mais plutôt une « psychose de défense isolée », la position sadique-anale et les fonctions du moi n'ayant pas été altérées, dira Morgenthaler (1967).

---

<sup>13</sup>On se souvient que le patient savait très bien au niveau cognitif que la jeune femme employée au bureau de poste avait payé pour lui le coût du remboursement postal. Pour cela, il était apparemment absurde de continuer à s'accrocher à l'idée d'une dette dérisoire envers le lieutenant. Pourtant, tel n'était pas le cas, le patient était rongé par le sentiment d'une dette écrasante.

Il peut donc arriver que s'opère un effet de bascule entre névrose et psychose lorsque les défenses n'arrivent plus à préserver un équilibre psychique suffisant chez le sujet, et que l'anxiété devient trop accablante. Par exemple, lorsque le contrôle adaptatif qui englobe les aspects les plus développés de la personne ne suffit plus, et qu'il y a « perte de contrôle des aspects du soi qui ont été projetés sur l'objet, altération du sentiment de la réalité, et régression au contrôle omnipotent », des réactions de dépersonnalisation peuvent en résulter (L. Grinberg, 1967, p. 657). La nature des défenses obsessionnelles déployées témoignera ainsi d'une éventuelle métamorphose dynamique du mode de fonctionnement intrapsychique.

En quelques mots, et en résumé, on voit donc qu'à l'épreuve de la rencontre clinique, la théorie psychanalytique depuis les années 1960, a considérablement approfondi sa compréhension des symptômes obsessionnels-compulsifs. Ceux-ci sont vus comme une des résultantes d'une souffrance psychique qui va de la névrose à la psychose, et dans laquelle le clinicien doit voir un syndrome complexe et condensé aux significations nosologiques polymorphes et polysémiques.

## 5.2 La psychiatrie contemporaine et son courant objectivant

Au cours de la deuxième moitié du XXe siècle, avec une accélération à partir des années 1970, les conceptions psychanalytiques sur l'obsessionnalité vont entrer dans l'ombre d'un courant objectivant issu des approches behavioristes et biomédicales qui aura un impact indéniable sur le statut théorique conféré aux obsessions en psychiatrie. Nous y consacrerons cette seconde partie du chapitre afin d'établir le double tableau qui s'est esquissé dans l'approche clinique du symptôme obsessionnel, et de poursuivre le fil rouge que sous-tend ce présent travail de recherche : à savoir la double filiation de la pensée médico-psychiatrique.

### 5.2.1 Émergence nosographique du «TOC»

Dans les années suivant la Deuxième Guerre mondiale, on va observer au cœur de de l'American Psychiatric Association (APA), une volonté de standardiser les diagnostics psychiatriques dans le but de faciliter la communication entre spécialistes, et surtout rendre possible la collecte de statistiques médicales. Cette volonté sera à l'origine de la création du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Dans la première version du DSM publiée en 1952, les obsessions et les compulsions (actes ou pensées invasives) sont encore comprises comme une défense contre un conflit inconscient. Toutefois, l'accent est principalement placé sur la description des symptômes, l'objectif, nous le soulignons, étant d'établir une classification « objective » et observable des désordres mentaux.

La systématisation de cette classification sera particulièrement évidente dans la troisième version du manuel parue en 1980. C'est dans cette version qu'apparaîtra en outre pour la première fois, le diagnostic de « trouble obsessionnel compulsif » en lieu et place de la classification de « névrose obsessionnelle ». L'APA souhaitait par un ensemble de substitutions terminologique, rompre avec l'héritage psychanalytique qui était encore présent dans les deux versions nosographiques antérieures.

Pourtant, les critères diagnostiques se rapportant au TOC qui apparaissent en 1994 dans la quatrième version du DSM donnent à penser que l'APA conservait encore dans la classification du TOC certains traits descriptifs caractéristiques de la névrose obsessionnelle, et qu'elle souhaitait clairement distinguer ce diagnostic de la détresse obsessionnelle spécifiquement issue d'un désordre de nature psychotique. Ainsi, sans aucunement parler de conflit intrapsychique, ou de fantasmes intrusifs censurés par le surmoi, le patient devait ressentir ses obsessions comme étant « intrusives » et « inappropriées ». Il devait faire des efforts pour « ignorer ou réprimer ses pensées,

impulsions ou représentations, ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ».

Je verrais pour ma part dans ces spécifications sémiologiques un certain cousinage avec une lecture d'ordre plus phénoménologique décrivant la lutte intérieure qui marque chez certains sujets des expériences de détresse névrotiques.

Pour être diagnostiqué comme souffrant d'un TOC, le sujet devait en outre reconnaître le caractère « excessif ou irraisonné » de ses symptômes et de la menace qu'il croyait percevoir, à défaut de quoi il était jugé délirant.

Dans la cinquième et plus récente édition du DSM (2013), il n'est plus question de se préoccuper du jugement de réalité ou de « l'insight » du patient obsessionnel pour justifier un diagnostic de TOC. Ce changement montre que pour le DSM-5, et ce plus que jamais, la manifestation d'obsessions et/ou de compulsions renvoie invariablement à un diagnostic univoque, celui de «troubles obsessionnels-compulsifs et connexes», nouvelle itération du «TOC», désormais indépendante de la catégorie des «troubles anxieux», et à laquelle on confère une pleine autonomie nosographique.

Le trouble obsessionnel compulsif est aujourd'hui défini dans le DSM-5 (2013) comme un désordre psychopathologique caractérisé par la manifestation d'obsessions et/ou de compulsions chez le malade. Les obsessions sont décrites comme des «pensées ou impulsions intrusives qui génèrent de l'anxiété que le patient tente de neutraliser par d'autres actes mentaux ou actions». Les compulsions sont dépeintes comme des «comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible». Ces comportements doivent être «exagérés» ou ne pas être associés d'une manière réaliste à l'événement ou la pensée qu'ils visent à neutraliser. Ces symptômes doivent être à l'origine d'une perte de temps supérieure à une heure

par jour, causer une détresse significative ou nuire au fonctionnement général du patient.

Ajoutons à cela, le recours au Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) qui est le test psychométrique se rapportant au trouble obsessionnel compulsif le plus populaire (W.K. Goodman et al., 1989). Ce test entend évaluer la sévérité du trouble TOC à partir d'une série de questions fermées permettant de calculer un score. Cette mesure quantitative est alors comparée à une norme de santé indexée sur des données statistiques et un large inventaire de symptômes « cibles » comprenant les obsessions de contamination virale et autres, les impulsions agressives ou sexuelles, les obsessions religieuses, les rituels de vérification (rituels de lavage, de comptage, ou de calcul de symétrie) etc.

Mais que fait-on des nuances nosologiques qui dépassent le domaine de l'observable tels que les concepts liés à la psychose pseudo-névrotique ?

L'objectivation de la maladie mentale qui s'est opérée en marge des bouleversements nosographiques ci-haut mentionnés aurait entraîné une négligence des troubles auparavant associés à une condition psychotique latente chez les cliniciens formés à partir de 1980, soit durant l'ère du DSM-III. La disparition du diagnostic de psychose pseudo-névrotique en résulterait (K. O'Connor et al., 2009).

La «personnalité schizotypique», décrite par Spitzer et al. en 1979, en serait le principal successeur (R. Reider, 1979). S'il est vrai que certains critères se rapportant à ce trouble de la personnalité font écho aux descriptions élaborées dans les années 1950, dont les distorsions cognitives et les phénomènes de dépersonnalisation, je soutiendrai que cette classification ne peut prétendre avoir la profondeur psychopathologique de son prédécesseur.

Pour le DSM, le jugement est sans appel : il est possible de parler d'un trouble psychotique uniquement si le patient présente des symptômes délirants. Ne répondant pas à ce critère, les patients autrefois dits «pseudo névrotiques» reçoivent typiquement des diagnostics alternatifs comme la dépression et bien évidemment le TOC (Reider, 1979). La « psychose pseudo-névrotique » s'est ainsi dissoute à travers différentes classifications du DSM, tant sur l'axe 1 que sur l'axe 2, n'y conservant que sa façade, et perdant sa caractéristique intrapsychique essentielle, laquelle est incompatible avec les fondements paradigmatiques de la nosographie. Pour la psychiatrie objectivante, la maladie, c'est son symptôme observable. Les considérations d'ordre intrapsychiques n'importent plus guère. Voilà ce que nous dit le DSM.

### 5.2.2 La comorbidité entre le TOC et la schizophrénie dans la littérature psychiatrique contemporaine.

En raison de nouvelles données statistiques qui montrent que la prévalence du TOC chez les patients psychotiques est significativement plus élevée que dans la population générale (7,8%-26% vs 3%), la littérature psychiatrique contemporaine témoigne d'un intérêt renouvelé pour les rapports entre ces deux conditions psychopathologiques (A. Bottas et al., 2005).

De nouveaux termes vont faire leur apparition dans la littérature spécialisée, par exemple, le terme d'un TOC dit « pur » que l'on oppose aux TOCs jumelés à une schizophrénie, ou le terme de « schizo-obsessionnel<sup>14</sup>. » .

---

<sup>14</sup>Ces efforts terminologiques rappellent le DSM-IV avec la même volonté d'isoler les symptômes du TOC reliés à un état psychotique. M. Poyurovsky et al. (2004) proposeront ainsi une gradation du TOC : TOC avec pauvre insight ; TOC avec personnalité schizotypique ; Schizophrénie avec symptômes obsessionnels ; Schizophrénie avec TOC ; et finalement, la schizophrénie.

Ces deux entités psychopathologiques tendent néanmoins à préserver leur autonomie nosographique, la psychiatrie objectivante n'abordant le problème du lien qui les unit qu'en termes de comorbidité.

P.H. Lysaker et al. (2000), associeront par exemple la présence de symptômes obsessionnels à une réduction des symptômes positifs de la schizophrénie durant les premières phases de la maladie. Une symptomatologie négative plus sévère sera en revanche observée chez les patients schizophrènes qui souffrent d'un TOC chronique<sup>15</sup>. Au niveau psychopharmacologique, il a été démontré que certains antipsychotiques pouvaient exacerber les symptômes obsessionnels préexistants, en induire de nouveau, et même provoquer un TOC chez des patients qui n'en souffraient pas préalablement (R.H. Howland, 1996).

Pour qui se situerait dans une perspective psychodynamique de la compréhension du symptôme, il est clair que l'on ne s'intéresse pas dans cette approche aux interactions entre manifestations obsessionnelles et fonctionnement schizophrénique. L'hypothèse de la fonction protectrice des symptômes obsessionnels contre la menace d'un morcellement de la personnalité sera par exemple clairement rejetée par I. Berman et al. (1995), qui se contentent de souligner que le niveau de fonctionnement général et le pronostic de guérison des schizophrènes obsessionnels sont statistiquement inférieurs à la moyenne.

---

<sup>15</sup> Comme nous pourrions le montrer dans une des illustrations cliniques évoquées dans le chapitre 6.

### 5.2.3 L'ascension des modèles cognitivo comportementaux et neurochimiques dans les protocoles de recherche.

Un gain en popularité substantiel du diagnostic de TOC dans les recherches cognitivo-comportementales s'est observé au cours des années soixante, en marge des travaux de V. Meyer à qui l'on doit la technique de l'exposition avec prévention de la réponse (J. Cottraux, 1998). Plusieurs modèles explicatifs ont vu le jour des suites de cette découverte.

Un premier modèle comportemental verra dans le trouble obsessionnel-compulsif un lien de contingence entre un état anxieux diffus et un stimulus extérieur, par exemple la saleté. Le sentiment de réconfort éphémère que procureront les rituels, un lavage compulsif dans ce cas-ci, aura un effet d'apaisement ponctuel de l'état émotionnel de la personne (Cottraux, 1998).

Un second modèle cognitif se rapprochera très légèrement du postulat freudien en concevant le TOC comme le signe d'une lutte subjective contre des impulsions anxiogènes. Toutefois, il n'est accordé aucun intérêt clinique au contenu de ces impulsions. L'accent est mis sur l'évaluation « mal adaptée » de la pensée intrusive, c'est elle qui est jugée pathogène (Cottraux, 1998).

Pour de nombreux auteurs, dont J. Phillips (2005), l'effort de standardisation des maladies mentales à partir de critères diagnostiques concis et la recherche de lectures statistiques caractéristiques du DSM, servent principalement la recherche biomédicale, et ce, au détriment de la clinique psychothérapique. L'état des lieux dans la recherche la plus actuelle sur le TOC en témoigne. Depuis la découverte de l'efficacité de la cloripramine dans la réduction des symptômes obsessionnels compulsifs dans le courant des années 1980, la littérature sur le TOC est le théâtre d'une avalanche de publications portant sur les substrats neurochimiques du trouble (Esman, 1989).

Aujourd'hui, le TOC est associé à certains circuits neuronaux (A. Valente et al, 2005), à des régions chromosomiques (P.-D. Arnold et al., 2006), et à un déséquilibre de la sérotonine (W.K. Goodman et B.R. Lydiard, 2007). Certains de ces substrats neurobiologiques indiqueraient une possible proximité avec la schizophrénie (L. Attademo et al., 2012). Ces découvertes ont mené des auteurs comme T.V. Maia et al. (2008) à affirmer que le TOC relève uniquement du domaine organique.

Le plus souvent, le trouble obsessionnel compulsif est traité en jumelant une thérapie cognitivo-comportementale et un traitement psychopharmacologique.

Les traitements comportementaux s'appuient sur les principes d'habituation aux réponses émotives et d'extinction des réponses comportementales (Cottraux, 1998). Des séances d'exposition d'abord imaginaires, puis « in vivo », conjuguées à une prévention des rituels viseront à désensibiliser le patient aux stimuli anxiogènes tout en inhibant les comportements jugés indésirables ou inadaptés. Des exercices de relaxations seront souvent prescrits en dehors des séances. Les traitements cognitifs visent à sensibiliser le patient à ses interprétations dites négatives, qu'il devra apprendre à confronter à une réalité objective avec l'aide du thérapeute.

Le thérapeute d'approche cognitivo-comportementale doit être un modèle de savoir et de réalisme pour son patient. C'est à lui de montrer comment réagir aux situations anxiogènes, il doit être « à la fois souple, ferme et obstiné » (Cottraux, 1998, p. 177). Une telle attitude ne va pas sans rappeler celle que privilégiait Janet (1903) dont les travaux ont largement inspiré des thérapeutes comme J. Wolpe et V. Meyer, à qui l'on doit les premières variantes des traitements comportementaux contemporains contre le TOC (Cottraux, 1998).

Au niveau psychopharmacologique, l'efficacité des inhibiteurs sélectifs du recaptage de sérotonine (antidépresseurs) pour inhiber les symptômes du trouble a été démontrée

(W.K. Goodman et B.R. Lydiard, 2007). Lorsque les patients ne répondent pas bien à ce traitement, une augmentation de la dose d'antidépresseurs jumelée à des antipsychotiques atypiques peut être prescrite (B. Bandelow, 2008). En dernier recours, des neurochirurgies irréversibles telles que la cingulotomie, la tractotomie subcaudale, la leucotomie limbique et la capsulotomie antérieure peuvent être tentées (K. Csigo et al., 2008), la stimulation cérébrale profonde représentant une autre option (L. Mallet et al., 2008).

5.3 En conclusion de ce chapitre : quelques éléments pour comprendre le divorce qui est devenu de plus en plus irréductible entre deux approches cliniques et deux modes de traitement/entendement conféré au symptôme psychopathologique.

Alors que le diagnostic univoque, et conceptualisé sur la base exclusive d'une positivité du symptôme qu'est le TOC s'imposait dans les principales nosographies psychiatriques, dans la pensée psychanalytique parallèlement, la lecture du symptôme obsessionnel se complexifiait sur la base de considérations intrapsychiques. Voilà comment s'est tracé, en quelques mots, le double mouvement relatif au statut nosologique de l'obsessionnalité dans la seconde moitié du XXe siècle, en marge d'un divorce entre la psychanalyse et la psychiatrie objectivante.

Le désaccord radical entre ces deux approches s'établit surtout sur la valeur proto narrative que l'on confère ou non au symptôme du TOC.

Nous savons qu'aujourd'hui une majorité de psychiatres et psychologues refusent de spéculer sur la signification inconsciente du comportement obsessionnel de leurs patients. Se fondant sur l'argument que celles-ci ne pouvaient être soutenues par des preuves mesurables et quantifiables, déjà dès les années 1970, plusieurs auteurs, dont

A.T. Carr (1974), rejetaient les explications psychanalytiques relatives à l'origine de l'anxiété qui afflige les malades.

Ces remarques révèlent la rupture qui s'est établie vis-à-vis la pensée psychanalytique dans la mesure où la recherche des origines inconscientes du symptôme obsessionnel n'importerait plus. Elles montrent également à quel point les données quantitatives se sont imposées dans la psychiatrie au cours de la seconde portion du XXe siècle. Pour une majorité d'auteurs de la psychiatrie contemporaine, le TOC est un trouble du traitement de l'information d'origine organique, et engendrant des dysfonctionnements observables de l'extérieur et des déviations comportementales. Les pensées et les images qui assiègent les malades sont le produit « d'impulsions antisociales tout à fait banales » ajoutera Cottraux (1998, p. 149), et l'affect qui les accompagne relève du domaine de l'erreur. Un quasi-consensus s'est ainsi établi en psychiatrie, qui privilégie aujourd'hui des modalités de traitement dont l'objectif est celui de l'éradication que l'on voudrait la plus totale et rapide possible du symptôme perturbateur.

À la lecture des études conjuguant la recherche sur les sphères neurobiologiques du cerveau et les théories cognitivo-comportementales, on peut voir que le symptôme obsessionnel a recouvré la valeur de négativité absolue que lui conféraient les aliénistes du XIXe siècle. Comment concevoir qu'il puisse en être autrement s'il est admis d'emblée et de manière irrécusable, que le symptôme est le trouble ?

Par comparaison avec l'abondance des publications psychiatriques sur le TOC, et alors que plus de mille articles étaient publiés en psychiatrie générale (Esman, 2001), aucune contribution notoire portant formellement sur cette classification diagnostique n'est apparue dans la littérature psychanalytique au cours des années 1990.

Comment expliquer cette indubitable ignorance de ce diagnostic clinique par les psychanalystes, alors qu'en parallèle le traitement psychanalytique du TOC faisait

l'objet de critiques virulentes dans la littérature psychiatrique à partir du dernier tiers du XXe siècle ?

Pour le comprendre, il faut revenir à la polysémie nosographique des symptômes du TOC, telle que documentée par la psychanalyse. Le fait que la sémiologie du TOC apparaisse dans des configurations cliniques très diverses aggrave, du point de vue psychanalytique, le risque considérable de confusion qu'induit la classification générique de ce trouble.

S'il est vrai que l'étude des patients psychotiques souffrant d'un dit TOC a longtemps tardé dans l'approche clinique psychanalytique, nous avons vu que la réflexion sur les états-limites et psychotiques et leurs prises en charge clinique a fait l'objet depuis près de 50 ans d'avancées thérapeutiques et métapsychologiques absolument majeures. Nous n'avons qu'à nous référer aux approfondissements auxquels ont donné lieu les centres de traitements que sont en France, le CCTP Jean Favreau, ou le Centre Évelyne et Jean Kestemberg, dans ce dernier cas spécifiquement dédié à des patients psychotiques bénéficiant en l'occurrence d'une double approche, écoute psychanalytique d'une part, et suivi psychiatrique classique en parallèle.

Le grand malentendu psychiatrie-DSM, et psychanalyse, provient aussi, sans doute, d'une ignorance assez généralisée dans les champs psychologique et psychiatrique aujourd'hui dominants, de l'approfondissement sémiologique et métapsychologique qui a caractérisé la pratique clinique de la psychanalyse depuis la fin des années 1950. Et ceci, grâce à son extension à des problématiques psychiques autres que celles des psychonévroses.

Il y a longtemps maintenant que la référence fondatrice du cas de l'Homme aux rats a perdu son statut de modèle théorique unique, et d'illustration maîtresse des manifestations obsessionnelles, et de leur interprétation.

La dimension polysémique complexe que la psychanalyse confère aujourd'hui à ces symptômes exige de la part du clinicien une écoute sensible et suffisamment régressive pour pouvoir atteindre dans son propre fonctionnement interne certains éléments primaires d'identification avec le patient. Nous le verrons dans le dernier chapitre de cet essai, où seront présentés deux cas de figure cliniques très différents.

## CHAPITRE VI

### LA COMMUNICATION POLYSÉMIQUE DU TOC : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Nous présenterons dans ce chapitre, à titre d'illustrations cliniques complémentaires, de courts extraits d'entrevues cliniques ou de film. La problématique psychique de ces 2 « patients-témoins » se situe dans le très large spectre symptomatologique que recouvre le TOC.

Ainsi que nous l'avons vu et longuement commenté dans les chapitres IV et V, la conflictualité psychique à l'œuvre dans la névrose obsessionnelle, et ses signes pathologiques ont fait l'objet d'approfondissements majeurs dans la pensée psychanalytique dans la seconde moitié du XXe siècle. Ces approfondissements ont montré que le modèle de la conflictualité inconsciente spécifique à la névrose obsessionnelle n'est pas pertinent pour rendre compte et comprendre d'autres modalités de dynamiques inconscientes à l'origine de « TOC » sévères.

Les fragments cliniques qui composeront l'échantillon illustratif sur lequel portera ce chapitre ne relèvent pas du registre de la conflictualité névrotique. Dans le cas du premier patient, il s'agit clairement de psychose, alors que le second cas se situe dans le spectre des problématiques limites entre névrose et psychose. Ces deux cas illustrent la complexité de la détresse psychologique qui s'exprime à travers les pensées obsédantes et les actes compulsifs.

Notre analyse clinique aura pour objectif de mettre en lumière la dimension profondément subjective et idiosyncratique de la souffrance des personnes dont le symptôme du TOC est l'expression plus ou moins encapsulée. Nous porterons une attention particulière à l'ancrage sensoriel des formulations verbales chez les 2 patients, ainsi qu'à leurs résonances sensibles dans l'écoute du thérapeute, et leur portée associative chez celui-ci. En d'autres termes, dans notre lecture du matériel clinique, nous n'attribuerons pas aux modèles théoriques et épistémologiques dont nous avons rendu compte dans les chapitres précédents, le statut de cadres interprétatifs préétablis, ni celui d'une grille hypothético-déductive qui organiserait et circonscrirait à l'avance notre écoute du patient.

#### Observation clinique no.1: le cas de Daniel

La première illustration clinique est tirée d'un reportage télévisé : *Zone interdite : Unités pour malades difficiles; qui sont ces fous que l'on enferme ?* (J.M. Tricaud (prod.), M. Brunel (réalis.), 2017). Le reportage présente à visage découvert un patient prénommé Daniel diagnostiqué de «psychose grave» et d'un «TOC sévère». Ce cas clinique issu d'un document vidéo public, permet une observation rarement accessible d'un patient schizophrène.

##### 6.1.1 Contexte thérapeutique.

Le reportage nous transporte derrière les murs de l'unité pour malades difficiles (UMD) annexée à l'hôpital psychiatrique de Cadillac, située à 40km de Bordeaux. Les patients qui y résident souffrent de troubles psychotiques graves et sont jugés dangereux. L'administration de neuroleptiques et d'antipsychotiques puissants les aide à contrôler leurs hallucinations, et à soulager leurs tensions internes. L'objectif, précise-t-on, n'est

pas de les «assommer» par la médication, mais de les «éduquer» sur leur maladie, et leur apprendre à mieux gérer leur condition. Si l'unité comprend des salles d'isolement, les soignants privilégient la pédagogie plutôt que le contrôle des comportements par la force.

Isolés du reste du monde, les patients cohabitent, interagissent et circulent dans l'unité sous la surveillance de l'équipe soignante. Ils sont régulièrement invités à participer à des activités sportives, de même qu'à des ateliers de bricolage ou de jardinage qu'organise une équipe d'ergothérapeutes afin de les aider à gérer leur détresse «en occupant leur esprit à autre chose qu'à la maladie».

L'emploi du temps à l'unité est millimétré, ce qui permet «d'ancrer les malades dans la réalité». Nous imaginons cette mesure particulièrement importante pour Daniel.

### 6.1.2 Observations et hypothèses cliniques

Aujourd'hui âgé de 48 ans, Daniel réside à l'UMD depuis 11 ans. Son crâne rasé et ses vêtements sobres semblent trahir un désir d'anonymat. On le sent mutique et replié sur lui-même. La caméra met en valeur sa posture anormalement arquée qui serait attribuable, selon l'équipe soignante, aux tensions internes qu'il vit. Il confie à l'interviewer se sentir anxieux, triste et en colère. Hormis ses troubles psychiatriques, il ne souffre d'aucune pathologie physique. Ses tensions internes, que l'on devine intenses, pourraient sembler au premier abord larvées en raison d'une médication puissante. Pour Daniel, ce sont ses TOCs qui sont la cause de son malheur: «Moi ce que je peux vous dire, c'est que j'ai raté ma vie à cause des TOCs». Il en dresse un portrait plutôt commun qui s'accorde tout à fait avec les critères du DSM:

(Extrait 1, débutant à 20 minutes 02 secondes)

- Journaliste : Vous les avez (les TOCs) depuis quel âge ?
- Daniel : Les TOCs ? Depuis ma naissance.
- Journaliste : Vous aviez quoi comme TOCs ?
- Daniel : Des paroles, d'actes, de pensées
- Journaliste : Vous répétiez la même chose ?
- Daniel : Oui... Comme les portes... Fermer, ouvrir, fermer, ouvrir.

Derrière ces images toutes faites qui semblent en apparence frustes (fermer, ouvrir...) on peut entendre autre chose, quelque chose d'extrêmement régressif, directement relié à une sensorialité corporelle primaire hors représentation pour le patient.

Nous savons que la mère de Daniel a gardé contact avec lui et l'appelle à l'occasion. Aucun autre détail biographique n'est révélé dans le document outre le fait qu'il n'a jamais pu « construire sa vie » et qu'il serait « auteur d'un passé violent ». Daniel se sait dangereux et souhaite pour cela demeurer interné : « Mes parents c'est pas une croix qu'ils ont portée avec moi, c'est trois croix. Parce que j'ai fait des tentatives d'assassinat, des tentatives de suicide ».

On nous dit que Daniel cohabite relativement bien avec la vingtaine de malades qu'il côtoie au quotidien. Il participe régulièrement aux activités sociales qu'organise l'UMD et semble y trouver son compte. On le voit occasionnellement dans le reportage esquisser un sourire qui témoigne d'un bref instant de vitalisation. D'après les membres de l'équipe traitante, c'est ce que l'on peut espérer de mieux dans son cas. Les malades qui élèvent la voix et qui s'agitent sont toutefois gênants pour lui, et provoquent des accès d'agressivité qui requièrent l'intervention d'infirmiers qui lui rappellent avec bienveillance et fermeté les stratégies de gestion de la colère qu'on lui a inculquées :

(Extrait 2, débutant à 14 minutes 45 secondes)

- Infirmier : Qu'est-ce qui se passe Daniel ?

- Daniel : Je suis un peu découragé parce que ma mère ne m'a pas appelé. Quand elle m'appelle pas moi ça me rend anxieux... Triste, triste. Et puis en plus je suis en colère contre Karim, j'peux plus le voir ce mec, j'peux plus le sentir. Je crois bien qu'un jour j'vais le canner, je vais lui foutre une branlée. Il va comprendre sa douleur.
- Infirmier : Attention à ce que tu dis Daniel, déconnes pas non plus hein ? Attention à tes propos. On est à l'UMD ici. Je sais que tu vis avec un passé hyper violent d'accord, mais t'as changé. Ça fait un moment que t'as pas mis une tire à quelqu'un. Tu sais depuis combien de temps ça fait que tu t'es pas énervé contre un soignant ou un patient? Ça se compte en mois en jours ou en années ?
- Daniel : En années...
- Infirmier : Voilà. Donc, pendant tout ce chemin, t'as appris qu'il y avait des alternatives aux coups quand un patient t'énerve trop. C'était quoi ces alternatives ? Tu les connais Daniel, sinon t'en serais pas là aujourd'hui.
- Daniel : Heu...
- Infirmier : C'est quoi ?
- Daniel : Heu... Discuter avec les infirmiers...

On notera que Daniel juxtapose dans cet extrait tristesse, rage et anxiété, comme s'il existait une connexion étroite entre tristesse et explosion meurtrière, or, on lui répond en termes de simple gestion du comportement, le laissant, de mon point de vue, seul avec la violence d'éprouvés qu'il ne peut pas symboliser.

Si Daniel ne parle ni de son expérience de souffrance ni du contenu de ses obsessions à la caméra, l'équipe de tournage a su capter quelques séquences saisissantes qui illustrent sa détresse. Dans l'une d'elles, on l'aperçoit assis sur un banc de parc, visiblement contrarié de s'être classé dernier lors d'une épreuve sportive organisée par l'équipe traitante. Une avalanche d'idées intrusives semble l'assiéger. Il donne l'impression de s'enfermer dans sa tête, où il se replie tel un militaire quittant le champ de bataille. Il courbe le dos, son regard s'assombrit et perd tout point de contact avec l'extérieur, comme s'il était soudainement atteint de cécité, ne faisant face qu'à l'obscurité, au néant. Daniel semble se retirer du monde réel et concret. On le sent à la merci de ses ruminations. Son mutisme ne fait qu'amplifier l'expérience d'isolement

que l'on imagine. L'observation de cette scène laisse deviner l'ampleur de la détresse psychique qui l'afflige. Il semble crispé, confus et démuni. Son rapport au temps paraît compromis, le faisant prisonnier de sensations invasives et intenses qui le coupent de la situation présente et des gens qui l'entourent.

La séquence suivante est celle qui illustre le mieux selon nous comment s'exprime le comportement obsessionnel rigidifié de Daniel. Il s'agit d'une rencontre avec sa psychiatre traitante dans laquelle il est habité par une unique préoccupation irréprouvable. C'est la coupe de soccer d'Europe et il aimerait obtenir une permission spéciale pour écouter les matchs. Il est manifestement agité et répète sa requête en boucle.

(Extrait 3, débutant à 49 minutes 50 secondes)

- Daniel : J'aimerais.. Est-ce que... regarder les matchs de football sont beaucoup plus tard que que que mes horaires de de radio le soir. Est-ce que je peux l'avoir jusqu'à 23h30 comme j'avais auparavant ?
- Psychiatre : C'est qui qui joue ce soir du coup ? Quelles équipes ?
- Daniel : L'équipe de Razgrad, une équipe bulgare, contre contre le Paris Saint-Germain.
- Psychiatre : D'accord, ben à priori y'a...
- Daniel : Et hier soir y'avait Séville contre Lyon.
- Infirmière : On passera le mot aux veilleurs ce soir.
- Daniel : Eh oui les veilleurs, qu'ils me laissent le poste jusqu'à 23h30... 23h30
- Psychiatre : D'accord d'accord. Oui oui ben y'a pas de soucis.
- Daniel : Eh oui, sinon je vais pas pouvoir écouter le match en entier.
- Psychiatre : Ça marche! On a réglé cette question bon...
- Daniel : Vous me promettez que ce soir je peux écouter jusqu'à 23h30? Mmmn mon poste de radio ?
- Psychiatre : Est-ce que j'ai déjà répondu à cette question ?
- Daniel : Mais si.
- Psychiatre : D'accord. Donc c'est beau!
- Daniel : Vous ferez le mot aux infirmiers ?
- Psychiatre : Oui!

On nous explique que le patient pourrait répéter cette même demande pendant des heures. La psychiatre, qui le connaît bien, acquiesce rapidement puis étouffe toute tentative de relance de sa part. L'attitude du malade change aussitôt. Il ne manifeste aucun signe de joie et ne semble ni rassuré, ni reconnaissant. Affalé sur sa chaise, une main sur le front, Daniel a l'air abattu. Tout se passe comme s'il venait de déployer un effort considérable pour lutter contre une menace terrible, et qu'il devait rendre les armes. Il refuse toutefois d'abdiquer, et reprend de plus belle ses ruminations :

- Psychiatre : Vous vous endormez ? Vous êtes fatigué ?
- Daniel : Non chui pas fatigué, chui pensif.
- Psychiatre : D'accord.
- Daniel : (Marmonnement inaudible)
- Psychiatre : J'ai rien compris là, redressez-vous, essayez d'articuler parce que là je comprends rien... merci.
- Daniel : Je voudrais 23h30.... Heu mmm le poste de....
- Psychiatre : Ça marche! Pas de soucis ouais!... On fait comme ça vous pouvez regarder le foot.
- Daniel : Parce que l'autre fois y'a eu un match... J'ai même pas eu le temps... Je connaissais pas les scores parce que j'avais pas mon poste de radio.
- Psychiatre : Daniel qu'est-ce qu'on a dit ? On a dit que c'était possible d'aménager les horaires pour ce soir. Allez, on s'arrête là parce que vous allez me redemander une fois de plus et je vous dirai que je vous ai déjà répondu. Ok ? (Elle lui sourit et lui prend la main).
- Daniel : D'accord...
- Psychiatre : Bonne journée! On se revoit bientôt.
- Daniel : D'accord...

Le maniement des mots par Daniel est révélateur à la fois d'un ratage du langage verbal, et d'une charge émotionnelle intense. Daniel martèle les mêmes énoncés tout en n'ayant aucune confiance en leur portée communicationnelle. Est-ce qu'il ne se parle qu'à lui seul, ou est-ce qu'à travers la répétition de ces mêmes mots, il exprime sa défiance dans sa relation avec sa psychiatre, et à travers celle-ci, avec quiconque depuis toujours ? Son usage des mots me fait personnellement et cliniquement éprouver l'ampleur de l'impuissance et de la solitude qui l'habitent. Il donne l'impression de

s'accrocher à ces syntagmes figés, comme s'ils étaient sa dernière possibilité d'ancrage, et que sans eux, il n'y avait plus rien.

Quelques séquences du document visuel nous permettent d'observer Daniel en train d'exécuter ses rituels compulsifs. À plusieurs reprises au cours du reportage, on le voit poser son regard pendant de longues secondes sur des objets divers, par exemple des dalles de plancher ou des serviettes de bain. Ses regards lents et répétitifs semblent être le résultat d'un effort mental difficile.

Il exécute ses rituels compulsifs à la vue de tous, sans retenue et sans les censures de pudeur ou de honte que peuvent éprouver les névrosés. Il semble n'avoir aucune conscience des gens qui l'entourent.

Le caractère fruste et rigide de ses TOCs donne à penser qu'il y aurait absence, ou extrême pauvreté d'une vie fantasmatique.

L'importance pour lui de ses rituels pourrait laisser deviner qu'ils correspondent aux mouvements originaires de mise en place de la psyché, et que P. Aulagnier (1975) qualifie de pictogramme.

M. Klein quant à elle dirait que Daniel, à travers ses TOCs, tente d'établir un contrôle sur son environnement, de même qu'ils traduisent l'impasse chez lui de la relation d'objet et des mouvements de réparation de l'objet détruit.

Les obsessions de Daniel agissent comme des loupes grossissantes de ses pulsions de violence et de ses impulsions meurtrières qui sont les éprouvés fondamentaux, peut-être les seuls, qui le relie aux autres, et au monde qui l'entoure. Un extrait dans lequel on aperçoit Daniel exprimer violemment son désir de faire du mal et de blesser physiquement nous met sur cette piste. « La violence qui t'habite, c'est les TOCs qui parlent » lui dit un infirmier l'aidant à gérer sa colère. « Ben oui à cause des TOCs, à cause des TOCs... » répète en écholalie Daniel, résigné.

On notera que l'isolement et le repli sur soi dominant le tableau clinique de ce cas de psychose profonde. D'après la psychiatre traitante de Daniel, la Dre Émmanuelle Floris, ses symptômes du TOC le protègent autant qu'ils l'enferment. Nous la citons :

C'est comme si (le psychotique) manquait (d')une enveloppe entre lui et le monde, il se retrouve complètement morcelé, même les limites corporelles sont difficiles à percevoir, les limites psychiques encore plus. (Daniel) a mis en place une espèce de défense, une espèce d'armure constituée par tous ses rituels, tous ses TOCs, qui contiennent bien sa psychose. Donc le but n'est pas de fragiliser cette armure puisqu'elle lui est très utile, mais elle l'enferme en même temps donc il faut réussir à trouver un compromis de sorte que ça ne le contraigne pas trop, que ça ne l'empêche pas de vivre et d'évoluer, mais en respectant ses défenses puisqu'elles lui sont extrêmement utiles. Elles évitent l'explosion (52 minutes, 01 seconde).

Les activités de socialisation auxquelles participe Daniel tentent d'établir un équilibre adaptatif entre violence interne irrépressible, et un retrait social. Pour la Dre Floris, il importe de «respecter» les symptômes du patient qui agissent pour lui comme une «armure psychique». Elle s'accorde à cet égard avec Pious (1950) et Bychowski (1967) que nous avons déjà évoqués, et qui ont fait valoir la fonction protectrice des symptômes obsessionnels dans les structures psychiques les plus archaïques.

Daniel vit au bord d'un gouffre, il n'est pas difficile de croire qu'il décompenserait si on tentait de lui arracher ses seuls recours que sont ses TOCs.

## 6.2 Observation clinique no. 2, le cas de Georges.

Le second exemple clinique sur lequel nous nous appuyerons est celui de Georges<sup>16</sup>, un patient rencontré dans un centre de traitement communautaire dans lequel j'ai été impliqué à titre de stagiaire. Sur l'invitation de l'équipe traitante, j'ai eu l'opportunité d'assister à la dernière séance des entretiens préliminaires avec ce patient, et à une première séance de psychodrame psychanalytique.

Mon analyse du matériel clinique relié au cas de Georges a été faite avec l'accord et sous la supervision des thérapeutes qui étaient responsables du traitement de ce patient. Pour des raisons déontologiques, et afin de préserver au mieux la vie privée de la personne et son histoire, de rendre impossible son identification, et respecter pleinement l'esprit de la confidentialité des informations, plusieurs éléments biographiques qui ont pu être évoqués au cours des deux séances cliniques qui seront relatées ci-après, ont été maquillés, voire carrément gommés. Il en a été de même pour de nombreux éléments d'importance secondaire pour les fins de notre propos.

L'analyse présentée portera essentiellement sur l'écoute que j'ai prêtée en tant que co-thérapeute au discours du sujet et à une richesse intérieure à laquelle il n'avait que très partiellement accès, ainsi qu'aux mouvements élaboratifs contre-transférentiels qu'a suscités en moi la rencontre avec Georges, et les retentissements de son immense détresse.

---

<sup>16</sup> Prénom fictif.

### 6.2.1 Brève présentation du cas

Georges est un homme dans la cinquantaine diagnostiqué d'un TOC sévère depuis le début de la vingtaine. Il avait fait l'objet au cours des 30 dernières années, de suivis psychologiques multiples annexés à des traitements pharmacologiques, et parfois de courtes hospitalisations, sans pratiquement aucune amélioration de son état.

Ses traits tirés et ses vêtements imbibés d'une odeur de cigarette trahissent un parcours de vie difficile. Tantôt sans abri et tantôt locataire de logements sociaux «infestés de coquerelles», Georges ne s'est jamais accompli professionnellement bien qu'il soit doté d'une intelligence évidente, et qu'il ait à priori bénéficié de plusieurs leviers sociaux étant le fils aîné d'une famille aisée. Sa vie amoureuse a été d'une pauvreté désolante. Il souligne deux courtes relations lointaines qui occupent encore sans cesse son esprit à ce jour. Aujourd'hui très malade, il déplore avoir raté sa vie et donne l'impression d'attendre la mort.

Georges s'est prêté à trois séances d'entretiens préliminaires d'une heure environ dans un dispositif d'écoute groupal, qui se sont étendues sur près d'un an et demi en raison d'annulations répétées de sa part aux rendez-vous qui lui étaient proposés. L'équipe d'évaluation était composée d'un thérapeute principal qui menait les entrevues, et de deux co-thérapeutes. On notera que le premier thérapeute principal avait dû se retirer de l'équipe après la première entrevue au grand dam de Georges, qui l'avait d'emblée beaucoup investi et idéalisé. La thérapeute (une femme) qui l'avait remplacé n'avait à l'évidence pas bénéficié du même niveau d'estime de sa part.

Il était clair que ce patient avait su mobiliser l'équipe de consultants avant même que je me joigne à elle. Ses nombreuses annulations de rendez-vous, de même que sa détresse qui était encapsulée dans ses ruminations sans fin avaient fait l'objet de nombreuses discussions de groupe. Le comportement compulsif dont il avait fait

montre entre les séances avait aussi été relevé, et longuement discuté, dont son habitude à inonder la boîte vocale du centre d'appel téléphonique pour préciser et repreciser certaines choses, et de toute évidence garder le contact.

Ayant assisté aux discussions de ce cas, j'avais déjà l'impression de connaître Georges lors de ma première rencontre avec lui. Mes collègues eux, étaient curieux de le revoir après un délai de plusieurs mois. Pour la première fois, il s'est présenté à l'heure à son rendez-vous, nous a salués d'une manière cordiale, et n'a pas fait grand cas de ma présence. Il dégageait une certaine confiance en surface. La fluidité de ses paroles, son aisance avec les mots, et sa voix grave laissaient transparaître son désir de séduction. Son regard sombre et fatigué trahissait en revanche une anxiété profonde.

Georges a entamé cette troisième séance d'évaluation en énumérant ses principales préoccupations à la manière d'une liste d'épicerie. Outre ses pensées obsédantes sur lesquelles nous reviendrons, ses problèmes de santé physique doublés d'une angoisse de mort bien présente ont été évoqués. « Je sais que je vais mourir bientôt » répétait-il d'un ton passif et résigné. « Et puis, il y a mon TOC... » avait-il ajouté sur un ton en apparence d'indifférence. Son propos semblait désincarné, presque robotique, et résonnait à la manière d'automatismes phraséologiques. Georges m'est apparu plus dynamique lorsqu'il a abordé son histoire infantile qui était surtout ponctuée d'une rage contre le père, décrit comme sadique, violent et infidèle à la mère. Plusieurs souvenirs-écrans illustraient la cruauté et l'agressivité du père. La mère était décrite comme « hautaine », « superficielle », et « exigeante ». Si Georges était capable d'exprimer sa rancœur et sa colère, il ne semblait pas avoir accès à sa tristesse. Il me communiquait la sensation de ne pas avoir bénéficié d'expériences infantiles où un parent, père ou mère, aurait pu l'entendre. Sa pseudo assurance et la pauvreté apparente de son propos ne parvenaient pas à masquer la grande fragilité de son monde intérieur.

Des ruminations au sujet de sa vie amoureuse et professionnelle avaient pour effet de clôturer en lui toute possibilité d'élaboration. Ces pensées obsédantes ont dominé la séance qui a largement pris l'allure d'un monologue qui ne s'adressait à personne. Georges récitait ses idées fixes tout en demeurant imperméable à toute tentative de lien de notre part. « Son ex l'a-t-elle réellement aimé ? » « Devrait-il reprendre ses études en vue d'obtenir un titre professionnel ? » Georges donnait l'impression de chercher des réponses à ses questions avec ce que j'avais personnellement ressenti comme une absence de l'élément émotif. Autant il se disait préoccupé par les sujets qui occupent son esprit, autant il se complaisait à les réciter encore et encore.

Il nous assignait la place de témoin de la véracité des quelques trois ou quatre événements narratifs qui composaient son récit. Toute son histoire semblait condensée dans ces quelques événements qui faisaient symptôme. Son monde était constitué de ruminations invasives et d'une vie interne caractérisée par une confusion identitaire, la conviction d'avoir été l'exclu de la cellule familiale et parentale, la peur et la rage.

Son obsession pour son ex-amie était prédominante. Il nous présentait le tableau d'une rencontre déroutante dont il nous était difficile de savoir si elle avait réellement eu lieu. Ses paroles étaient dépouillées d'affectivité et de toute trace d'une union vécue sous le primat du génital. Il n'exprimait aucune nostalgie d'un amour perdu, aucune réminiscence de temps agréables, mais pour lui, la même question revenait en boucle: « Est-ce qu'elle m'a aimé ? ». Il se raccrochait à ce questionnement à la fois mécanique et invasif comme si l'intégralité de sa personne en dépendait.

Devant la multiplicité des traitements dont Georges avait bénéficié dans le passé, l'équipe a pensé qu'il était préférable de ne pas reprendre le dispositif clinique en face à face auquel il avait été plus qu'accoutumé, et qui lui avait surtout servi à renforcer ses résistances, et à maintenir figés le même discours narratif, les mêmes plaintes et les mêmes pensées obsédantes qui envahissaient ses journées et ses nuits en l'empêchant

de dormir. Nous estimions que se distancer de ses habituelles ruminations de sorte à favoriser un travail associatif créateur lui serait bénéfique. Afin de «casser l'habitude» dirait J.-J. Baranes (2003), l'équipe a convenu que le psychodrame psychanalytique était la modalité de traitement sans doute la plus indiquée pour lui. On estimait que ce dispositif thérapeutique pouvait aider le patient, par la médiation du jeu et du travail de co-pensée des psychodramatistes, à progressivement parvenir à un processus associatif de la pensée, et à figurer sous une forme néo-fantasmatique ou néo-onirique ce qui jusqu'ici s'écrivait sous la forme de pensées obsédantes plutôt frustrées.

Puisqu'il espérait bénéficier d'une cure psychanalytique en bonne et due forme, Georges n'a pas caché sa déception lorsque nous l'avons informé de cette recommandation de traitement. Sa déception était doublée par le fait que le thérapeute qu'il idéalisait n'allait pas être présent. Georges a malgré tout accepté de se prêter au jeu, tout en réaffirmant sa confiance envers l'équipe. (Une affirmation dont nous n'étions pas dupes.)

Le dispositif comprenait trois psychodramatistes dirigés par un meneur de jeu qui ne jouait pas. Le choix de chaque scène était déterminé par le meneur de jeu à partir de quelques phrases prononcées par le patient. Dans ce dispositif, c'est le meneur qui conduit les scènes et qui choisit le moment de leur interruption. Les psychodramatistes sont appelés à jouer librement les rôles que leur attribue le patient, d'une façon plus ou moins approximative, selon le courant de la séance, et leur propre régime associatif. Chaque scène dure quelques minutes. À la suite des scènes, le patient est invité à exprimer les pensées et les émotions qui lui sont venues. Les associations et les relances du meneur ont pour objectif de favoriser une élaboration qui débouche sur le choix de la scène suivante.

### 6.2.2 Première séance de psychodrame

À son arrivée à la séance, Georges était moins entreprenant et plus appréhensif qu'à l'accoutumée. Nous pouvions entrevoir le scepticisme qui l'habitait. Il s'est néanmoins rapidement mobilisé. Dès la première scène, nous l'avons senti engagé. Il semblait très concentré, presque en transe. L'attention dont il se sentait le centre était manifestement génératrice de plaisir. Malgré ses problèmes de santé physique, il est facilement demeuré debout pendant toute la durée de la séance. S'il commentait abondamment les scènes en relevant les éléments factuels qu'il jugeait historiquement inexacts, il s'est rapidement avéré qu'une potentialité associative avait été vivifiée chez lui. Il s'est montré concerné et participatif dans les moments de jeux, cherchant en outre à faire preuve de bienveillance dans ses commentaires, et s'assurant de toujours complimenter le jeu des psychodramatistes. Cela traduisait à la fois un mouvement de contrôle et de séduction.

Je décrirai trois scènes qui ont été jouées. La première a consisté en une rencontre fortuite entre le patient et l'amie dont la mémoire l'obsède tant. Elle a permis d'apprécier la teneur émotionnelle que recèle le souvenir de cette dame pour lui. Je jouais l'amie alors qu'une co-thérapeute jouait Georges. La scène commence, ils se croisent, lui la reconnaît tout de suite, elle ne le reconnaît pas. La réaction émotionnelle à laquelle j'ai alors assisté communiquait un sentiment de terreur et de confusion aigu. Son monde semblait s'être effondré. Son regard suppliait son amie de se souvenir, et d'ainsi le rescaper d'un chaos dans lequel il avait été précipité. J'ai ressenti à ce moment toute la lourdeur de cette détresse profonde. Puisque je jouais l'amie, j'ai choisi de me souvenir pour ainsi mettre un terme à cette détresse qui m'était intolérable contre-transférentiellement parlant.

Ma réaction émotive très vive durant cette scène, de même que la vérité frappante du jeu de ma collègue, donnaient à penser que nous avions pris en nous une angoisse d'annihilation de l'être à laquelle notre patient n'avait peut-être pas accès.

Georges a commenté de façon critique et défensive cette scène qui rompait quelque part avec ses ruminations obsessionnelles sur le mode «m'a-t-elle aimé ?». Il avait rejeté l'idée qu'il puisse avoir été oublié. « Cela me semble peu probable... C'est impossible, impossible » disait-il d'un ton hésitant qui semblait porter la marque de l'angoisse que nous avons ressentie.

Le fait que peut-être son amie se souvenait encore de lui inscrivait un espace à la fois d'incertitude et d'espoir, mais aussi de retour sur sa relation avec sa mère qui aurait été la première interdictrice de sa relation avec la jeune fille en question. Dans le prolongement de cette scène, Georges avait joué la mère, une mère qu'il montrera très négative à son endroit, et critique de sa crédulité amoureuse.

Les deux scènes subséquentes nous ont transportés dans l'enfance de Georges. Elles furent ponctuées d'interactions entre le père et son fils dans le domicile familial.

J'ai ressenti alors un étrange besoin de protéger ce patient. J'avais l'impression d'avoir affaire à un enfant seul et confus, un spectre d'émotions qui faisait par ailleurs curieusement résurgence en moi par moments. Les scènes que j'ai jouées dans le psychodrame en ont porté la marque. Dans les deux scènes que nous avons jouées, Georges m'a sélectionné à deux reprises pour jouer son père. Bien que celui-ci était toujours décrit comme sadique, je ne suis jamais arrivé à jouer ce rôle tel qu'apparemment dicté. J'étais incapable d'être insensible à la détresse de Georges, de même qu'à la déroute du co-thérapeute qui éprouvait quant à lui de la difficulté à jouer l'enfant maltraité. À notre grand étonnement, mon incapacité à jouer le père sadique a eu un effet fécond en produisant la résurgence chez le patient du souvenir-écran d'un moment heureux passé en compagnie de son père alors qu'il avait trois ou quatre ans.

Pour la première fois, ce dernier fut décrit par le fils comme un père parfois capable d'affection. Nous avons identifié ce moment comme un point marquant dans le suivi. Manifestement engagé et intrigué, Georges s'était spécialement impliqué dans le jeu de cette scène.

Dans cette troisième scène, dans laquelle le père prend plaisir en compagnie de son fils, j'ai choisi de personnifier un père aimant. Le co-thérapeute qui jouait le fils était toutefois appréhensif et manifestait dans son jeu une peur paralysante. J'avais trouvé cette scène particulièrement difficile à jouer, et me sentais impuissant face à la détresse du fils. Plus je tentais de le rassurer en mon rôle de père aimant, plus celui-ci semblait agité et anxieux, me rappelant la violence subie par l'enfant imputée au personnage du père dans le récit figé du patient.

Georges a commenté la scène en disant qu'il ne s'identifiait pas à la peur manifestée dans le jeu du co-thérapeute. À la lumière de cette remarque, il était clair que cet homme n'avait pas été que tétanisé dans son enfance par un père jusqu'ici décrit comme monstrueux. Cette scène du psychodrame avait ainsi favorisé une première amorce de réécriture d'une histoire infantile, et d'une relation père-fils plus complexe que ne le laissait transparaître jusque-là le discours de Georges. Cette première séance s'était en cela avérée féconde et prometteuse.

### 6.2.3 Commentaires contre-transférentiels

Les contre-réactions immédiates conscientes et les premiers mouvements contre transférentiels qui avaient émergés en moi en marge de mes deux rencontres avec Georges avaient piqué ma curiosité. Je dois souligner avant toute chose que mon sentiment de pitié pour lui ne s'était pas manifesté sur-le-champ, bien au contraire. Ses annulations répétées, de même que l'odeur de cigarette qui m'avait assailli dès son entrée dans la salle de consultation, avaient favorisé l'émergence en moi d'une attitude

défensive à son endroit. S'il décrivait son père comme un homme hostile, sadique, voire un ogre dévorateur, il m'apparaissait lui aussi comme un ogre, par son physique imposant et son regard au premier abord sinistre. Mes premières associations étaient simplistes et portaient la marque de mon inconfort. Cet homme est comme une épave me disais-je, je l'imaginai facilement sans abri, faisant la quête sous un pont. De nombreuses images visuelles désolantes étaient venues à mon esprit. J'imaginai tantôt une chambre obscure, vide et délabrée, tantôt l'intérieur d'une vieille voiture mal entretenue. Ces images, toujours très sombres, semblaient figées dans le temps, à l'analogie de son récit de vie.

Un changement s'était toutefois opéré en moi. Sa voix étonnamment douce, bien que porteuse d'une appréhension certaine, de même que la fluidité de son discours, m'avaient en quelque sorte envouté, si bien que l'odeur qui jusque-là me répugnait était devenue pour moi familière et presque apaisante. Je me sentais bercé. Cela me surprenait, d'autant plus que cet homme n'avait rien d'apaisant au premier abord. Mon écoute était vite devenue d'un naturel déconcertant. Je pourrais parler d'une attraction presque magnétique. C'est bien ce qu'il souhaitait, Georges est séducteur et sait captiver son auditoire. Je sentais une lourdeur au niveau de mon plexus solaire et j'étais pris d'une pitié conjuglée à une tristesse larvée. Il était de plus en plus clair que cet homme faisait résonner en moi quelque chose de lointain, d'ancien, de viscéral. Tout se passait comme si son mode d'être faisait écho à un mode relationnel que j'aurais pu connaître. J'étais rejoint dans mon écoute clinique en des zones profondes.

Sa voix parfois tremblotante me donnait l'impression qu'il pourrait tomber en morceaux à tout moment. Son corps meurtri me rappelait l'une de ces fragiles sculptures en terre cuite qui, à partir d'un symbolisme plus ou moins abstrait, arrivent à faire résonner avec une transcendance saisissante les zones les plus fragiles de l'affectivité humaine. Est-ce que je commençais à pouvoir m'identifier à certains éléments de la détresse que Georges tentait de juguler par ses TOCs ?

La métaphore d'une épave me semblait à présent inappropriée. Avant d'être une épave, un navire doit avoir affronté vents et marées, comme un homme doit avoir fait face à la vie, à ses vicissitudes, et à ses dénouements parfois cruels. Georges me donnait plutôt l'impression de n'avoir pas pu rentrer dans sa vie. Celle-ci m'apparaissait avoir été suspendue indéfiniment à partir de deux ou trois scènes d'enfance. Son désespoir et sa certitude d'avoir « raté sa vie » qui me désolaient, renvoyaient de prime abord à l'échec, mais pouvaient aussi signifier un ratage, dans le sens de « passer à côté » de quelque chose. Je l'imaginai avoir raté sa vie comme on rate un train. J'avais de la tristesse pour lui.

Georges est ce genre de patient avec qui le temps apparaît étrangement inconséquent, donnant tantôt l'impression que leur histoire psychique peut être recommencée à tout moment, tantôt l'impression que leur passé et leur futur s'entremêlent à la manière de données cryptées dans un disque dur, sans continuité ni chronologie. Chez Georges, l'histoire était construite sur la base de trois ou quatre événements isolés, et repris à l'infini dans le discours. Il me donnait l'impression d'être à mon tour plongé dans la confusion qui semblait l'habiter. Je ressentais un vide qui cherchait à être comblé, comme si Georges n'avait pas accès à son histoire infantile profonde. J'éprouvais le besoin "thérapeutique" de l'aider à la réécrire.

Des musiques s'étaient imposées à ma conscience, dont la pièce *Dont fear the reaper* du groupe Blue Oyster Cult. Depuis, ce morceau ressurgit en moi chaque fois que je pense à ce patient. Ce classique de la scène rock-psychédélique américaine m'apparaît comme un écho à l'obsessionnalité de Georges. Le thème de la grande faucheuse renvoie d'emblée à une angoisse de mort tout à fait consciente, mais il y a plus. On y fait état d'un amour qui survit à la mort elle-même. En outre, si le caractère délibérément répétitif et lancinant de la pièce rappelle l'obsessionnalité, sa mélodie, à la fois mélancolique et exaltante, est étonnamment consolante. Je m'en suis senti bercé

comme Georges semble bercé par ses ruminations qu'il accueille comme on accueille une musique familière et apaisante.

J'avais beaucoup de difficulté à imaginer Georges en relation avec une femme. Lorsqu'il évoquait son amie dans ses ruminations obsessionnelles, celle-ci m'apparaissait sous une forme indéfinie. Toujours seule, un visage indifférencié, peut-être l'esquisse d'un sourire, il n'était pas anodin que je l'imagine comme une œuvre abstraite me disais-je, le patient était manifestement désireux de conserver d'elle un souvenir mystérieux et secret. Son obsession pour cette relation dont nous avons appris qu'elle avait été très éphémère voilait quelque chose de viscéral et de tragique. Ses ruminations incessantes à propos d'un amour incertain semblaient le protéger d'une menace terrible concernant sa propre existence. « Ai-je existé pour elle? Ai-je existé pour mon père? Ai-je existé pour ma mère? ». Voilà ce qui m'apparaissait résonner au plus profond de ses ruminations.

#### 6.2.4 Hypothèses interprétatives

Nous pourrions émettre l'hypothèse que les pensées obsédantes de Georges indiquaient une tentative de rétablissement du sens de la réalité. Sa focalisation sur ses obsessions pouvait lui procurer l'impression d'avoir eu une histoire dans sa vie. Il m'avait communiqué cette sensation d'ancrage pendant les séances. À cet égard, nous rejoignons Pious (1950) et Bychowski (1967) déjà évoqués, selon qui les symptômes obsessionnels agissent comme une prothèse ou une béquille psychique dans les structures plus déficitaires.

L'équipe avait postulé à partir d'une scène jouée dans le psychodrame, d'un rêve relaté par le patient, et d'une remarque incidente de sa part, que la vie amoureuse très pauvre de Georges sous-tendait une immense peur de sa propre agressivité, voire sa

dangerosité, en lien avec l'acte sexuel. Le danger perçu donnait à penser à une angoisse de castration vécue sur le mode d'un concret, ce qui pourrait être une castration d'organe, plutôt que sur le mode d'un fantasme. À cet égard, la rumination compulsive de ses relations éphémères passées protégeait sans doute Georges d'une terreur inhérente à la rencontre sexuelle, et à ses représentations violentes de la scène primitive, tout en préservant son intégrité physique de « mâle sexué ». Des épisodes d'une grande violence à l'endroit de sa mère qui avaient pu le conduire à des incarcérations temporaires allaient dans le sens de cette hypothèse.

Nous pouvons postuler que les pensées obsédantes de Georges résultaient d'efforts effrénés pour préserver les images objectales des deux femmes qu'il avait aimées tout en maintenant le «sentiment de sa propre identité» (Wexler, 1967, p. 691). En d'autres termes, ses ruminations obsessionnelles sur le mode «la femme objet d'amour m'a aimé, mais en même temps ne m'a pas aimé» traduisaient une tentative de réparation narcissique en impasse. Elles avaient une fonction restitutive. Voilà ce qui se détache le plus des séances que nous avons eues avec lui. Georges ne luttait pas contre ses obsessions, bien au contraire, il s'y attachait comme si une partie vitale de lui en dépendait.

Les obsessions de Georges présentaient des caractéristiques comparables à celles des obsessions des sujets classifiés pseudo-névrotiques dans la psychiatrie des années 1950. Il semblait vivre avec résignation une «anxiété de façade» (Deniker et Quintart, 1961), c'est à dire rigide et stéréotypée. Dans son discours de surface, ses préoccupations prenaient souvent l'aspect d'une interrogation purement intellectuelle. Le conflit intrapsychique caractéristique de la souffrance des sujets obsessionnels névrotiques semblait absent chez le patient. Il semblait accepter le diagnostic de TOC comme une partie essentielle de sa personnalité plutôt que s'y opposer.

Contrairement à l'Homme aux Rats, dont les obsessions avaient une qualité quasi onirique et mettaient en scène avec une violence remarquable un désir refoulé très

complexe et multiforme contre lequel le patient luttait désespérément, les pensées obsédantes de Georges communiquaient surtout un désespoir identitaire et existentiel. Elles sont apparues à l'équipe comme révélatrices d'angoisses archaïques en lien avec l'intégrité du corps physique.

Mes propres mouvements de pensée associative au cours de mes rencontres avec ce patient montrent en revanche qu'il ne figeait pas ma capacité de pensée contrairement à ce qui se passe lorsqu'on est face à des structures psychotiques sévères. Ma capacité d'écoute sensible et d'identification à la souffrance de Georges était en cela un indice de la richesse fantasmatique potentielle de ce patient.

L'équipe est parvenue, au cours des trois séances d'entretien préliminaire et d'une séance de psychodrame psychanalytique, à entrevoir un tableau plus nuancé de la fonction défensive jouée par les contenus obsessionnels du patient, et de son histoire infantile. La séance de psychodrame psychanalytique s'est avérée particulièrement féconde à cet égard. Georges s'y était montré ludique et associatif, ce qui était un indice très important de potentialité thérapeutique.

L'hypothèse d'une angoisse de castration a été formulée comme étant présente non seulement dans la relation avec le père, mais aussi dans la relation avec la mère.

Les entretiens préliminaires ont aussi été le théâtre de clivages transférentiels entre l'idéalisation de figures masculines fortes (l'homme thérapeute qui conduisait le premier entretien préliminaire, un psychiatre autrefois rencontré lors d'une hospitalisation antérieure), et la désidéalisation des figures féminines, (les deux femmes thérapeutes qui ont remplacé le premier thérapeute). On peut penser que la disparition du premier thérapeute a été vécue par le patient comme la réactivation de son rejet d'autrefois par le père.

Finalement, les actings d'acceptation et d'annulation des rendez-vous de la part de Georges, accompagnés d'une multiplication des messages téléphoniques à la clinique, semblaient mettre en scène une volonté de maintien du lien, et d'emprise sur ce lien.

Georges ne relevait pas d'une névrose obsessionnelle type l'Homme aux rats, mais témoignait d'un fonctionnement intrapsychique assez riche et complexe qui permettait de postuler un développement clinique positif dans le cours du traitement.

### 6.3 En conclusion de ce chapitre : une discussion sur l'écoute clinique

Les deux cas de Daniel et de Georges ont été classifiés TOCs sévères dans leur dossier psychiatrique, mais ils ne relèvent pas du tout de la même structure psychopathologique. Si l'on revient aux commentaires de la psychiatre de Daniel, ce n'est pas le symptôme de TOC qui permet de nommer sa maladie, mais le fait qu'il s'agit d'une personne psychotique. En d'autres termes, les symptômes obsessionnels et compulsifs ne font pas la maladie du malade, mais en sont l'expression la plus tangible. Ils reflètent des enjeux intrapsychiques à la source d'une souffrance primaire qui est propre à chaque patient, et qui exige d'être approfondie par l'entremise d'une écoute clinique sensible et nuancée. Le cas de Georges le montre particulièrement bien.

Il est frappant d'observer combien l'ancrage sensoriel des pensées obsédantes et des actes compulsifs des deux patients évoqués dans ce chapitre peut renseigner sur la profondeur de détresse qui se joue en filigrane. La sensibilité d'une description phénoménologique ajoutée à une grille de lecture psychanalytique nous a aidés à dépeindre l'abîme de terreur et l'omniprésence de la sensation d'un danger mortel dans la détresse obsessionnelle qui était celle de Daniel. Si les rituels compulsifs de celui-ci montraient un retrait tragique d'une réalité vivante, les obsessions de Georges traduisaient au contraire des tentatives désespérées de se raccrocher à des relations

amoureuses plus ou moins illusoire, parce que garantes de son identité. Derrière la fixité de ses phrases répétitives se cachait une historicité subjective encapsulée.

En terminant, je voudrais souligner la richesse des pensées associatives et des mouvements contre-transférentiels qui me sont venus lors de mes rencontres avec Georges. Je retiens particulièrement l'angoisse vive que j'ai ressentie en lui lors d'une séance de psychodrame, et qui m'a permis de comprendre le TOC comme un mécanisme rigidifié de défense contre une angoisse archaïque reliée au corps et à l'intégrité du corps. Ces moments de révélation clinique sont précieux, et illustrent ce qui fait probablement l'atout le plus important du thérapeute, c'est-à-dire son humanité.

Ils nous rappellent aussi que la reconstruction du sens qui se cache derrière le symptôme procède avant tout d'une construction mutuelle entre thérapeute et patient. C'est ce processus psychique « d'interférence » que le thérapeute perçoit, reçoit et digère. En d'autres termes, c'est dans la rencontre clinique que le savoir théorique prend vie. La psychanalyse comme méthode et comme système théorique s'appuie sur ce principe épistémique.

I. Lasvergnas (1990) rappelle toutefois que le dialogue manifeste et intérieur entre thérapeute et patient devient, dans l'après-coup de la rencontre clinique, un monologue itératif chez l'analyste entre les traces en lui de la rencontre clinique, et une interrogation théorique. Le patient devient dès lors un objet interne du thérapeute. I. Lasvergnas (1998) ajoute que dans les entretiens préliminaires, il peut advenir que les références théoriques soient utilisées comme un appareillage de sens en surplomb, et sur un mode hypothético-déductif. Le risque, c'est que des théories préétablies ne rigidifient l'écoute du clinicien et ne banalisent, sur le mode d'une normativité comportementale, la grille de lecture qui sera appliquée à la souffrance que manifeste la personne. La question ainsi posée est celle de la place qu'occupent les théories préétablies dans le processus de découpage de sens. Puisque notre réflexion sur la

polysémie des symptômes obsessionnels s'appuie sur un riche héritage clinico-théorique, ce questionnement nous apparaît nécessaire.

Lasvergnas (1990) rappelle que l'appareil théorique doit faire l'objet dans l'écoute clinique d'une mise en suspend temporaire visant à favoriser une ouverture à la singularité irréductible du patient, ainsi qu'à ses propres mouvements internes en tant que thérapeute, une ouverture aussi à la confusion, au non maîtrisable et à l'inattendu. La construction théorique dans l'approche psychanalytique n'intervient que secondairement, et sous une forme jamais définitive et achevée. En d'autres termes, la référence théorique doit, pour servir le processus de l'écoute clinique et d'élucidation interprétative, éviter de s'inscrire dans une logique déductiviste de preuve.

## CONCLUSION

L'interrogation sur le statut théorico-clinique de l'obsessionnalité que nous soulevons dans ce travail, est exemplaire du malentendu entre les notions de subjectivité et d'objectivité qui, épistémologiquement parlant, a polarisé, à l'interne, les disciplines de la psychologie et de la psychiatrie, de leurs fondements à ce jour. Polarisation nécessaire et incontournable pour certains auteurs (Carr, 1974; Cottraux, 1998); ni plus ni moins qu'un contresens pour d'autres (J. Bergeret 1974; Chessick, 2001). La question de l'objectivisme et de l'objectivation dans l'étude des phénomènes psychiques est à la source d'une controverse plus que centenaire qui a largement intéressé la philosophie, notamment, phénoménologique. Nous n'avons qu'à penser aux travaux d'Husserl (1935), qui s'inscrivent parmi les plus emblématiques à ce sujet<sup>17</sup>.

Nous avons vu que le profond désaccord épistémologique qui existe d'une part entre la psychiatrie organiciste ou biomédicale, et d'autre part, la psychanalyse, se traduit dans les approches cliniques très différentes que privilégient chacun de ces deux champs de pratique, et par une ambiguïté entre souffrance psychique et symptomatologie manifeste.

Les points de désaccord entre ces deux approches dans le débat intra scientifique d'Esquirol à Falret, de Freud à Cottraux, pourrait se résumer ainsi : le syndrome

---

<sup>17</sup> Voir chap. 3

psychique de l'obsessionnalité peut-il être détaché du patient-être-de-langage porteur d'une histoire infantile inconsciente dont il est tributaire, y compris dans le cas des TOC les plus sévères ? Les symptômes obsessionnels et les gestes compulsifs peuvent-ils être envisagés sur la base d'un divorce entre le sujet-de-la-maladie-mentale, et la « maladie mentale » en tant qu'objet pathologique ? Doit-on voir le symptôme comme un « corps mort de la pensée » (Lasvergnas, 1991), selon la tradition épistémologique des sciences naturelles, ou comme « un corpus vivant » signe d'une souffrance subjective singulière ?

La théorisation psychanalytique et ses développements cliniques ont démontré que le « TOC » n'est pas le problème en soi. La vérité se terre dans les profondeurs de l'âme et ses déchirements, elle échappe à la conscience du sujet souffrant et assurément à un empirisme de surface. Pour la psychanalyse, « la maladie c'est le malade » (Swain, 1977). Son apport le plus fondamental dans l'étude de l'obsessionnalité aura été de montrer que les symptômes du TOC représentent une tentative en impasse d'auto-narrativité exprimant en cela une particularité très spécifique de la détresse de la personne. Ainsi la psychanalyse a-t-elle restitué aux symptômes obsessionnels leur pleine part dans l'histoire de la personne souffrante. En s'intéressant à la complexité de la détresse subjective qu'ils révèlent, elle a contribué à mettre au jour leur dimension polysémique sous-jacente. Pour le psychanalyste, tout symptôme mérite de se voir conférer un statut proto langagier quel que soit sa rigidité, voire sa pauvreté sémantique, comme dans le cas éloquent de la pensée opératoire (Marty et M'Uzan de, 1963).

Ce sont les attributs quasi oniriques et la richesse symbolique des symptômes de la névrose obsessionnelle qui ont d'abord capté l'attention de Freud, mais nous avons vu que même les obsessions et les rituels compulsifs nettement plus rigides et plus frustes, et qui dénotent un blocage complet d'une capacité de mise en pensée chez le patient, recèlent aussi une propriété langagière en dernière analyse. Les cas de Daniel et de Georges le montrent bien chacun à leur manière.

En contrepartie, la psychiatrie contemporaine à travers les versions successives du DSM, a tendu à homogénéiser dans une même catégorie classificatoire les symptômes obsessionnels en leur conférant le statut d'un désordre comportemental résultant d'un dysfonctionnement neurologique ou biochimique du cerveau. Elle nous apparaît en cela la représentante d'un retour sur le plan épistémologique du clivage entre subjectivité et objectivité constitutif de la démarche scientifique positiviste. À ce titre, ainsi que nous l'avons montré, ses positions théorico-cliniques ne vont pas sans évoquer une certaine reprise des conceptions psychiatriques du XIXe siècle.

On pourrait aller jusqu'à dire que la classification de « TOC » s'inscrit dans une certaine continuité avec l'ère nosographique et historique de la « folie du doute » (Girard, 1981), lorsque les manifestations criantes d'obsessions et/ou de compulsions de rituels chez un individu furent isolées dans le champ d'observation d'un regard médical naissant afin de constituer une entité pathologique spécifique à étudier, et à combattre. De même, pourrait-on sans doute dire que les tests psychométriques se rapportant au TOC ne sont pas sans rappeler, tant par leur contenu que par leur forme, les nomenclatures qu'avait élaborées Janet il y a plus d'un siècle, et que les thérapies basées sur la rééducation comportementale qu'employaient les aliénistes du XIXe siècle évoquent les prémisses des thérapies behavioristes contemporaines. Enfin, la médication et les neurochirurgies actuellement prônées pour traiter le TOC permettent l'éradication des symptômes au moyen d'une action directe sur le cerveau déjà souhaitée au temps d'Esquirol.

Le TOC est possiblement la classification qui illustre le mieux le règne du symptôme observable en psychiatrie contemporaine. Pour Bergeret (1974), c'est-là un leurre psychopathologique : le symptôme obsessionnel détourne l'attention à la fois du patient, et du clinicien.

Toutefois, on ne doit pas se surprendre si la grande majorité des patients rencontrés dans le circuit hospitalier, les CLSC, et le bureau professionnel d'un psychologue, ont

la conviction a priori que leur détresse est uniquement attribuable à leurs symptômes, ceux-ci cristallisant en effet le versant conscient de leur souffrance. En cela, ces patients semblent donner pleinement raison aux présupposés descriptifs du DSM. Ils disent combien leur vie serait plus simple et agréable s'ils étaient libérés de leurs rituels et de leurs ruminations, ils parlent du temps considérable qu'ils perdent chaque jour, sollicitant le clinicien à déployer le maximum d'efforts dans une intervention de type comportementaliste, voire pharmacologique, pour les libérer de leurs symptômes obsédants, et totalement indépendants de leur volonté. Parallèlement, on explique aux malades qu'ils sont les victimes impuissantes de substrats neurochimiques et de «patterns» de comportements.

On reconnaîtra dans cette conception de l'approche psychothérapeutique, l'idée fondamentale de la dualité et de la division entre corps organique/sujet pensant selon laquelle les symptômes d'une maladie mentale sont vus et compris comme des parasites plus ou moins largement dissociés de la subjectivité du malade, et comme n'étant rien d'autre qu'une nuisance très douloureuse et inutile dans la vie de celui ou celle qui les subit. Cette compréhension nosographique du symptôme obsessionnel entretient l'espoir qu'une guérison rapide est possible, par opposition au chemin beaucoup plus long qu'implique un traitement psychothérapeutique en profondeur dont la cure psychanalytique serait la référence maîtresse, et bien souvent aujourd'hui la référence idéologiquement repoussée.

Ici se pose la question au cœur du débat que nous soulevons : qu'est-ce que soigner d'un point de vue psychothérapeutique ? Doit-on viser à éradiquer purement et simplement le mal tel qu'il se présente ? Peut-on réellement y parvenir rapidement ? Les résultats obtenus sont-ils si concluants ? Ou ne devrait-on pas chercher aussi, et peut-être en premier lieu, pour éviter la répétition et la résurgence infinie du TOC, à en comprendre quelles en sont ses racines les plus profondes.

L'approche psychanalytique a pour objectif d'investir les enjeux sous-jacents que recouvrent les symptômes. La lenteur du processus psychothérapeutique est incontournable, puisque par définition le sujet/patient est très loin d'avoir de prime abord accès à une compréhension de sa dynamique inconsciente.

Par opposition, la psychiatrie objectivante se veut, et se prétend clairement plus rapide. En cherchant plutôt à gommer le symptôme, elle fait le choix de contourner la lenteur d'un processus psychico-élaboratif. On comprendra aisément que la solution biomédicale et comportementaliste puisse paraître plus attirante, et même beaucoup plus rassurante, pour de nombreux patients, ne serait-ce que par la nature subjectivement moins engageante du traitement qui sera proposé. Ce choix de traitement statistiquement croissant dans l'approche clinique accentue le clivage entre médecine/psychiatrie organiciste, et psychothérapie en profondeur, ou encore entre comportementalisme et subjectivité discursive. Ce retour en force d'une approche positiviste du symptôme a également permis le recours à des traitements qui mobilisent moins de ressources humaines, et qui s'accordent avec les impératifs institutionnels des établissements de santé publique régis par une logique comptable. Mais à quel prix ?

En appréhendant les symptômes obsessionnels à partir de leur contenu et apparence manifeste, nous soutenons qu'on leur enlève leur signification et leur richesse historicisante pour le sujet souffrant. On disqualifie l'individu en tant qu'être de langage, ou encore, on déshumanise la détresse psychique, en évacuant toute considération relative à la fonction intrapsychique défensive du symptôme, mais aussi aux tentatives qu'il représente en termes de tentative (avortée) de traduction entre éprouvés primaires, fantasmes refoulés, et représentations symbolisantes et langagières.

La compréhension des symptômes obsessionnels par la psychanalyse n'a cessé de se complexifier depuis près de soixante ans. À cet égard, les enjeux cliniques et éthiques

inhérents à une thérapeutique qui vise leur éradication ont été soulignés par de nombreux auteurs (Chessick, 2001; Horner, 1990).

Si les symptômes obsessionnels furent d'abord envisagés par Freud comme des cristallisations complexes entre pulsions sexuelles, conflictualité œdipienne, et instance refoulante, ils ont été compris depuis comme des mécanismes rigidifiés, des sortes de fausses béquilles, qui contribuent à soustraire le moi des dangers d'un morcellement de la personnalité dans les organisations plus archaïques. On pense au cas de Daniel évoqué dans le chapitre précédent. Dans le prolongement, et l'enrichissement de l'analyse de Freud de l'Homme aux rats, et sa compréhension des pensées obsédantes de son patient, en tant que compromis psychique, visant à concilier la satisfaction pulsionnelle et le lien à l'objet, on estime aujourd'hui que ces symptômes peuvent agir en tant que « défense contre des sentiments de détresse et de désespoir, liés à un objet interne déprimé » qui domine le monde interne du malade « et limite ses relations avec le monde extérieur » (Cripwell, 2012, p. 95). Le cas clinique de Georges est à cet égard éloquent.

Dernier point enfin : le malentendu entre symptomatologie manifeste et souffrance psychique que nous avons soulevé dans cet essai doctoral, recèle une aporie qui a été abordée plus largement sous un angle sociologique. Nous parlons ici de la position épistémologique ambiguë de la psychiatrie et de la psychologie cognitivo-comportementaliste entre guérison par l'extinction des symptômes, réajustement des comportements, et normativité sociale.

P.-H. Castel (2012) à titre d'exemple, affirme que fondamentalement les normes de ce qu'on nomme « santé psychologique » sont déterminées par des impératifs sociétaux qui ne disent pas leur nom. Si le TOC doit être éradiqué, c'est parce qu'il fait obstacle à l'épanouissement individuel, ainsi qu'aux performances sociales de la personne : il n'est ni plus ni moins qu'un parasite qui nuit à son autonomie. Castel écrit : « Les thérapies cognitivo-comportementales traitent les sentiments moraux et la culpabilité

au premier chef, comme des variables dont on doit optimiser le rendement dans le fonctionnement [social] global de l'individu » (Castel, 2012, cité dans F. Serina, 2015, p. 241).

Les principales références nosographiques et psychométriques contemporaines reconnaissent dans le symptôme obsessionnel une pathologie du sujet qui fait de lui un malade. Dans le DSM IV et versions suivantes, le diagnostic est établi à partir d'une liste hétérogène de signes symptomatologiques diversifiés et d'une « norme de santé » qui est indexée sur des données statistiques.

G. Canguilhem (1966), que nous évoquons ici rapidement, est le théoricien et épistémologue qui a le plus éloquemment dénoncé les implicites normatifs, et les impasses d'une « compréhension » médicale de la maladie fondée sur des données statistiques qui établissent la distinction entre le normal et le pathologique. Dans son ouvrage du même titre, il a montré les apories d'une psychiatrie ou d'une psychologie normatives à leur insu, et leurs limites pour une pleine compréhension de l'histoire psychique d'une personne. Pour Canguilhem la maladie est un phénomène essentiellement qualitatif. La définition de l'état de maladie devrait être celle du malade puisque c'est lui qui se sent déviant par rapport à un état passé, ou un futur auquel il aspire. En d'autres termes, pour Canguilhem la « norme » pathologique devrait être une norme individuelle, et non pas une norme découlant de moyennes statistiques.

La psychanalyse s'accorde avec Canguilhem : l'état pathologique ne peut être compris qu'à partir d'une approche idiographique qui vise à investir le monde interne du sujet dans toute sa complexité et sa singularité (L. Brunet, 2008). Ce qui a présidé à l'installation d'un état pathologique chez un individu a résulté de capacités internes défaillantes dans son économie psychique pour pouvoir s'adapter aux vicissitudes de la vie. Si le symptôme obsessionnel reflète dans une dynamique inconsciente une recherche interne d'adaptation subjective, il ne peut déterminer à lui seul, et en soi, un état pathologique. Non plus qu'une absence de symptôme n'est garante d'un état sain.

On pense aux cas de « pseudo-normalité » décrits par Bergeret (1974), ou aux « normopathes » de J. McDougall (1972).

Dans le traitement des patients, en privilégiant la suppression de leur symptôme porteur de la richesse d'une histoire inconsciente, va-t-on dans le sens d'une dés-aliénation des malades, ou d'une sur-aliénation fondée sur une certaine idée préconçue de ce que serait la normalité ?

C'est en ce sens que nous disons que le positionnement du clinicien face à la souffrance humaine engage des enjeux éthiques et sociaux qui dépassent le cadre de la seule psychologie. On ne peut oublier l'enseignement de Foucault dans son *Histoire de la folie* (1961), pas plus que sa dissection sémantique des sédiments historiques qui depuis l'âge classique hantent « une conscience critique de la folie » fondée sur la base unique et normative d'une conception préétablie de « la raison ».

#### *Vers une possible réconciliation ?*

Le corpus théorique psychanalytique sur la question de l'obsessionnalité est riche d'une histoire centenaire à laquelle s'ajoutent chaque année de nombreuses publications d'une grande qualité. Ces contributions sont toutefois souvent ignorées dans une partie du débat scientifique actuel. Pour Esman (2001), il appartient à la psychanalyse de revoir ses façons de faire et de s'ouvrir à la recherche interdisciplinaire si elle veut retrouver une place respectée, et ce, sans faire l'impasse sur les reproches qu'on lui adresse quant au manque de validation empirico-statistique de ses bases théoriques et des résultats de ses traitements. Ce que l'on appelle les « données probantes ».

Certes, psychanalyse et psychiatrie objectivante sont difficilement conciliables/réconciliables. Il nous apparaît toutefois que le positionnement du côté de la souffrance

humaine que propose la psychanalyse dans sa conception des troubles obsessionnels, précède toute considération étiologique ou thérapeutique. En reconnaissant dans le symptôme obsessionnel, le témoin d'une souffrance subjective au premier abord très énigmatique, la psychanalyse invite le clinicien à l'écoute. Une écoute avec une oreille ouverte, non fermée ou d'emblée délimitée et clôturée par un système doctrinal préétabli, un guide nosographique, ou des références sociologico-normatives. À cet égard, elle est la discipline sans doute la mieux outillée pour faire valoir la valence proto-langagière et polysémique dont les dits TOC sont des expressions encapsulées, dans le contexte actuel d'une littérature psychiatrique, voire psychologique, largement caractérisée par la négation d'une quelconque valeur infra-narrative subjective qui pourrait être conférée à un symptôme psychopathologique, quel qu'il soit.

De son côté, l'approche phénoménologique témoigne à plusieurs égards d'une écoute prêtée à la trame et à la sensorialité de la narrativité dans le discours du malade, et ce qui parvient à se communiquer à l'auditeur d'une détresse subjective, proche de la psychanalyse. Pourrait-elle servir de passerelle entre deux positions épistémologiques qui de prime abord s'excluent ? Ou pourrait-elle renforcer la position de la psychanalyse, en affirmant avec elle l'instance essentielle du langage et des traces mnésiques, et leur irréductibilité par rapport à ce que serait le primat de l'organique, et du substrat biochimique et neurologique ?

Puis-je conclure provisoirement la démarche interrogative que j'ai menée dans cet essai sur l'espoir ou l'utopie, qu'un rapprochement entre les paradigmes objectiviste et subjectiviste dans le traitement du symptôme psychopathologique et de celui de la « maladie mentale », puisse un jour déboucher sur une pleine reconnaissance du versant privé, et toujours idiosyncratique, des productions mentales et sensibles de l'humain, dont le TOC fait partie ? N'y aurait-il pas déjà une potentialité d'ouverture dans cette direction avec par exemple, les observations qui ont été menées par l'équipe d'O. Van den Heuvel et al. (2008) sur l'existence de substrats neuronaux distincts sous-jacents

au TOC ? Ce genre de découvertes ne s'accorde-t-il pas avec l'affirmation psychanalytique de la polysémie inconsciente profonde des troubles psychopathologiques, et de leurs frayages mnésiques complexes et sédimentés, enracinés dans un substrat neuronal, tel que Freud l'avait postulé dans son *Esquisse pour une psychologie scientifique* (1895) ?

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, Karl (1921). Contributions to the theory of the anal character. Dans Stein, D. et Stone, M. (1997). *Essential papers on obsessive-compulsive disorder*. New York : New York University Press.
- Abraham, Karl (1924). Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la Psychanalyse des Troubles Mentaux. Dans Abraham, K., Chasseguet-Smirgel, J. et Balint, M. (1997). *Les stades de la libido : de l'enfant à l'adulte*. Paris : Tchou.
- Adamantios G. Avgoustidis (2013). Obsessions from the past: A study of the chapter on blasphemous thoughts in the Ladder of divine ascent (7th century AD). *Asian journal of Psychiatry*, 6, 595-598.
- Allouch, Éliane; Chiantaretto, Jean-François; Harel, Simon et Pinel, Jean-Pierre (2010). *Confiance et langage*. Paris : In Press.
- American psychiatric association. (1952) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) first edition* Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5<sup>th</sup> ed. (DSM-5)*, Washington DC : American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, Nancy (2007). DSM and the death of phenomenology in america: an Example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112.
- Arnold, Paul-Daniel; Sicard, Tricia; Burroughs, Eliza; Richter, Margaret et Kennedy, James. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 769-776.
- Aulagnier, Piera. (2003) *La Violence de L'interprétation*. Paris : Presses universitaires de France (Ouvrage original publié en 1975)

- Attademo, Luigi; De Giorgio, Giuseppina; Quartesan, Roberto et Moretti, Patrizia (2012). Schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: From comorbidity to schizo-obsessive disorder. *Rivista di Psichiatria*, 47(2), 106-115.
- Axel, Marian (1955). 10 borderline cases: a report on the question of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 29, 555-587.
- Bandelow, Borwin (2008). The medical treatment of obsessive-compulsive disorder and anxiety. *CNS Spectrum*, 13, 37-46.
- Baranes, Jean José (2008). Un lieu pour construire du sujet : psychodrame et symbolisations plurielles. *Revue française de psychanalyse*, 72(5), 1605-1616.
- Bergeret, Jean (1996). *La personnalité normale et pathologique, les structures mentales, le caractère, les Symptômes*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris : Dunod. (Ouvrage original publié en 1974)
- Berman, Ileana; Kalinowski, Anthony; Berman, Stuart; Lengua, Joann et Green, Alan (1995). Obsessive-compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*, 36(1), 6-10.
- Blacker, K.H.; Abraham, Ruth (1982). The Rat Man revisited : comments on maternal influences. *International Journal of Psychoanalysis & Psychotherapy*, 9, 705-727.
- Bornstein, Robert F. (2011). From symptom to process: how the PDM alters goals and strategies in psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 142-150.
- Bokanowski, Thierry (2005). Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative *Introduction à la Psychanalyse de l'adulte*. (Retranscription d'une conférence présentée en octobre 2005, récupéré sur spp.asso.fr)
- Bottas, Alexandra; Cooke G., Robert et Richter A., Margaret (2005). Comorbidity and pathophysiology of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia? *Journal of psychiatry and neuroscience*, 30(3), 187-193.

- Brunet, Louis (2008). Réflexions sur la validité et la légitimité des méthodes diagnostiques. *Revue québécoise de psychologie*, 29(2), 29-42.
- Brusset, Bernard (2004). Interprétation psychanalytique des névroses, *EMC-Psychiatrie, 1*, 150-162
- Bychowski, Gustav (1967). Façade Compulsive-Obsessionnelle dans la Schizophrénie. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 669-686.
- Canguilhem, Georges (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : Presse universitaire de France.
- Carr, Anthony T. (1974). Compulsive neurosis : a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81(5), 311-318.
- Castel, Pierre-Henri (2012). *La Fin des coupables, suivi du cas Paramord vol. II : obsessions et contrainte intérieure, de la psychanalyse aux neurosciences*. Paris : Les Éditions D'Ithaque.
- Chabert, Catherine et Verdon, Benoit (2008). *Psychologie Clinique et Psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Chasseguet-Smirgel, Janine (1967). Discussion à la suite de B. Grunberger. (1967) En marge de l'homme aux rats. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 589-607.
- Chessick, Richard D. (2001). OCD, OCPD: Acronyms do not make a disease. *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 183-207.
- Chiantaretto, Jean-François (1995). *De l'acte autobiographique, la psychanalyse et l'écriture autobiographique*. Seyssel : Champs Vallon.
- Chiantaretto, Jean-François (2014). S'écrire, survivre ou se faire naître dans le regard de l'autre, à propos de l'écriture de soi chez Irme Kertész, *Le Coq-Héron*, 219, 46-49.
- Costantino, Charlotte; Fejto, Kalyane et Havas, Roland (2018). *Le symptôme*. Paris : Presses universitaires de France.

- Cottraux, Jean (1998). *Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions*. Paris : Odile Jacob.
- Cottraux, Jean (2004). Trouble obsessionnel compulsif, *EMC-Psychiatrie, 1*, 52–74.
- Cripwell, Claire (2012). Découvrir l'objet déprimé chez l'obsessionnel : une étude clinique. *L'année psychanalytique internationale*, 2012(1), 95-116.
- Csigó, Katalin; Harsányi, András; Demeter, Gyula; Németh, Attila et Mihány, Racsomány (2008). Surgical treatment of patients with therapy-resistant obsessive-compulsive disorder Review. *Psychiatra Hungaria*, 23, 94-108.
- Davidson, Annette Sophie (2013). Phenomenological approaches in psychology and health sciences, *qualitative research in Psychology*, 10(3), 318–339.
- Demoulin, P. (1967) *Névrose et psychose, essai de psychopathologie phénoménologique*. Paris : Louvain Nauwelaerts.
- Deniker, Pierre et Quintart, J.-C. (1961). Les signes pseudo-névrotiques dans les formes limites de la schizophrénie. *Encephale*, 50(3), 307-323.
- Dufétel, Claudie (2018). Approche anglo-saxonne du symptôme dans Costantino, C., Fejto, K. et Havas, R. (2018). *Le symptôme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ducarre, Catherine (2018). Le symptôme comme compromis entre pulsion et lien d'attachement dans Costantino, C., Fejto, K. et Havas, R. (2018). *Le symptôme*. Paris : Presses universitaires de France.
- Dufresne, Roger (2018) Postface. À l'écoute de chaque analysant à nul autre pareil. *Filigrane, (écoutes psychanalytiques)*, 27(2), 139-144.
- Eissler, Kurt R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1(1), 104-143.
- Esquirol, Jean-Étienne Dominique (1989). *Des maladies mentales*. Paris : Frénésie. (Ouvrage original publié en 1838)

- Esman, Aaron H. (1989). Psychoanalysis and general psychiatry: obsessive-compulsive disorder as paradigm. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(2), 319-36.
- Esman, Aaron H. (2001). Obsessive-compulsive disorder: current views. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(2), 145-156.
- Fedida, Pierre et Schotte, Jacques (2007). *Psychiatrie et existence*. Grenoble : Million.
- Fedi, Laurent (2005). En introduction de Janet, P., *Les Obsessions et la Psychasthénie Tome I Analyse des Symptômes Volume I*. Paris : L'Harmattan. 2005.
- Fenchel, Gerd H. (2012). Psychodynamic psychotherapy: uniqueness of obsessive characters—Clinical and theoretical considerations. *Issues in Psychoanalytic Psychology*, 34(1), 41-54.
- Foucault, Michel (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris : Gallimard.
- Frances, Allen J. (2013). *Sommes-nous tous des malades mentaux ? : le normal et le pathologique*. Odile-Jacob.
- Freud, Anna (2001). *Le Moi et les mécanismes de défense*. Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1936)
- Freud, Anna (1966). Obsessional neurosis: a summary of psychoanalytic views as presented at the congress. *Internationnal Journal of Psychoanalysis*, 47(2), 116-122.
- Freud, Sigmund (1894). Les névropsychoses de défense essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise, de nombreuses phobies et représentations de contrainte et de certaines psychoses hallucinatoires. (A. Bourguignon trad.) Dans Freud, S. (1989) *Œuvres complètes , Psychanalyse , vol. III :1894-1899*. Paris : PUF p.3-18.
- Freud, Sigmund (1895). Obsessions et phobies: leur mécanisme psychique et leur étiologie dans Freud, S. (1989). *Œuvres complètes , Psychanalyse , vol. III :1894-1899*. Paris : PUF, p.21-28.

- Freud, Sigmund (1907). Actes obsédants et exercices religieux. (M. Bonaparte, trad.) Dans Freud, S. *L'avenir d'une illusion*, Paris, PUF (1973). Récupéré sur [classiques.uqac.ca](http://classiques.uqac.ca)
- Freud, Sigmund (1908). Caractère et érotisme anal. Dans Freud, S. (2010) *Névrose Psychose et Perversion* (Laplanche, trad.) Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, Sigmund (1909). Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle. Dans Freud, S. (1977) *Cinq Psychanalyses*. (M. Bonaparte et R. Loewenstein trad., révisé par A. Berman). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, Sigmund (1913). La prédisposition à la névrose obsessionnelle, (E. Pichon et H. Hoesli, trad.). *Revue française de psychanalyse*, 3(3), 437-447, Récupéré de [gallica.bnf.fr](http://gallica.bnf.fr)
- Freud, Sigmund (1988). *Introduction à la psychanalyse* (S. Jankélévitch, trad.). Paris : Payot. (Ouvrage original publié en 1917)
- Freud, Sigmund (1918). Histoire d'une névrose infantile. Dans Freud, S. (1977). *Cinq Psychanalyses*. (M. Bonaparte et R. Loewenstein trad., révisé par A. Berman). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freud, Sigmund (2010). *Au-delà du principe de plaisir*. (J. Laplanche et J.B. Pontalis, trad.). Paris : Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1920)
- Freud, Sigmund (2014). *Inhibition, symptôme et angoisse*. (O. Mannoni, trad.). Paris : Payot & Rivages. (Ouvrage original publié en 1926)
- Freud, Sigmund (1977). *Cinq psychanalyses*. (M. Bonaparte et R. Loewenstein, trad.). Paris : Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1935)
- Gabbard, Glen O. (2001). Psychoanalytically informed approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychoanal. Inq*, 21, 208-221.
- Gambrill, Eileen (2014). The diagnostic and statistical manual of mental disorders as a major form of dehumanization in the modern world. *Research on Social Work Practice*, 24(1), 13-36.

- Gans, Steven (1998). Doing it again: Obsessions. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 3(1), 405-420.
- Garcia, Hector A. (2008). Targeting Catholic rituals as symptoms of obsessive compulsive disorder: A cognitive-behavioral and psychodynamic, assimilative integrationist approach. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 4(2), 1-38.
- Gibeault, Alain (2019). Le Centre de psychanalyse et de psychothérapie É. et J. Kestemberg. Une expérience thérapeutique entre psychanalyse et psychiatrie *Filigrane (Écoutes psychothérapeutiques)*, 27(2), 29-37.
- Girard, René (1981). Les Obsessions avant Freud. *Confrontations Psychiatriques*, 20, 11-34.
- Goodman, Wayne K. et Lydiard, Bruce R. (2007). Recognition and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12).
- Goodman, Wayne K.; Price, Lawrence H.; Rasmussen, Steven A.; Mazure, Carolyn; Fleischmann, Roberta L.; Hill, Candy L.; Heninger, George R. et Charney, Dennis S. (1989) The Yale-Brown obsessive compulsive scale, development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Green, André (1967). Métapsychologie de la névrose obsessionnelle. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 629-646.
- Green, André (2013). *La folie privée : psychanalyse des cas limites*. Saint Armand : Folio Gallimard (Ouvrage original publié en 1990)
- Grinberg, Léon (1967). Rapports entre les mécanismes obsessionnels et certains troubles du soi : états de dépersonnalisation. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 647-657.
- Grunberger, Béla (1967). En Marge de L'Homme aux Rats. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 589-607.
- Haustgen, Thierry (2004). À propos du centenaire de la psychasthénie (1903) Les troubles obsessionnels-compulsifs dans la psychiatrie française. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 427-440.

- Henry, Michel (1991). *Psychanalyse et Phénoménologie dans Fedida, Pierre et Schotte, Jacques (2007). Psychiatrie et Existence. Grenoble : Million.*
- Hoch, Paul H. et Cattell, James P. (1959). The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia *Psychiat. Quart.*, 23(1), 17-43.
- Hoch, Paul H. et Polatin, Phillip (1949). Les Formes Pseudo-Névrotiques de la Schizophrénie. *Psychiatric Quarterly*. 23, 248-276.
- Horner, Althea J. (2013). *The primacy of structure: psychotherapy of understanding character pathology*. Northvale : Jason Aronson.
- Howland, Robert H. (1996). Chlorpromazine and obsessive-compulsive symptoms. *Am J Psychiatry*, 153(11), 1503.
- Huprich, Steven K. (2011). Reclaiming the value of assessing unconscious and subjective psychological experience, *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 151-160.
- Husserl, Edmund (1992). *La crise de l'humanité européenne et la philosophie*. (N. Depraz, trad.) Paris : Hâtier. (Ouvrage original publié en 1954, manuscrit original : 1935)
- Insel, Thomas R. (1983). *Obsessive-compulsive disorder : the clinical picture. New findings in obsessive-compulsive disorder*. Washington DC : APA Press.
- Janet, Pierre (2005). *Les obsessions et la psychasthénie Tome I Analyse des Symptômes Volume I*. Paris : L'Harmattan. (Ouvrage original publié en 1903)
- Janet, Pierre (2005). *Les Obsessions et la Psychasthénie Tome II Études Générales. Volume I*. Paris : L'Harmattan. (Ouvrage original publié en 1903)
- Janet, Pierre (2004)., *La psychanalyse de Freud*. (nouv. ed.). Paris : L'Harmattan. (manuscrit original : 1913)
- Jones, Ernest (1912). Hate and anal erotism in the obsessionnal neurosis. Dans Stein, D. et Stone, M. (ed.) (1997). *Essential papers on obsessive-compulsive disorder (Essential papers in psychoanalysis series)*. New York : NYU Press.

- Joseph, Betty (1965). Angoisse persécutoire chez un garçon de quatre ans. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 659-668.
- Kaswin, Danielle (2019). Le double cadre : le Processus de la Consultation au CCTP Jean-Favreau. *Filigrane (Écoutes Psychothérapeutiques)*, 27(2), 39-53.
- Kay, Jerald; Gabbard, Glen O. et Greist, John (1996). Is psychoanalytic psychotherapy relevant to the treatment of OCD? *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(4), 341-354.
- Kestenberg, Judith (1967). Rythme et organisation dans le développement obsessionnel compulsif. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 573-588.
- Khoury, Maurice (2011). Les épisodes limites de L'Homme aux loups; Limites d'une névrose grave ou structure borderline? *Revue française de psychanalyse*, 75(2), 405-418.
- Klein, Melanie (2009). *La psychanalyse des enfants* (J.B. Boulanger trad.). Paris : Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1932)
- Finlay, Linda (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.
- Lacan, Jacques (2007). *Le mythe individuel du névrosé ou poésie et vérité dans la névrose*. Paris : Éditions du Seuil. (Conférence prononcée en 1953)
- Lanteri-Laura, Georges (2001). Psychanalyse et phénoménologie, *evol Psychiatr*, 66, 691-694.
- Lang, Hermann (1997). Obsessive compulsive disorders in neurosis and psychosis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 25(1), 143-150.
- Laplanche, Jean et Pontalis, Jean-Bertrand (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse*. (3<sup>e</sup> éd.) Paris: Presses Universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1967)
- Lasvergnas, Isabelle (1998). La théorie de l'entrevue préliminaire, avant-coup ou après-coup? *Revue Française de psychanalyse*, 62(1), 229-241.

- Lasvergnas, Isabelle (2014). Le corps mémoire. *Cliniques Méditerranéennes*, 91, 91-107.
- Lasvergnas, Isabelle (1991). Le corps mort de la pensée ou l'irréductible altérité de la méthode psychanalytique? Dans Tanguay, B. (1991) *Les Voies de la Recherche clinique en psychanalyse*. Montréal : éditions du Méridien.
- Leib, Prudence T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: A Case Study. *Psychoanalytic Inq.*, 21, 222-241.
- Leowald, Hans (1971). Some considerations on repetition and repetition compulsion. *The International Journal of Psychoanalysis*, 52(1), 59-66.
- Lysaker, Paul H.; Marks, Kriscinda A.; Picone, Jeffrey B.; Rollins, Angela L.; Fastenau, Philip S. et Bond, Gary R. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in schizophrenia : clinical and neurocognitive correlates. *J Nerv Ment Dis*, 188, 78-83.
- Mahony, Patrick J. (1991). *Freud et L'Homme aux rats* (1<sup>ère</sup> ed.). (B. Vichyn, trad.). Paris : Presses universitaires de France.
- Mahony, Patrick J. (1995). *Les hurlements de l'Homme aux Loups* (B. Vichyn, trad.). Paris : Presses universitaires de France
- Maia, Tiago V.; Cooney, Rebecca E. et Peterson, Bradley S. (2008). The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. *Developmental Psychopathology*, 20(4), 1251-1283.
- Mallet, Luc; Polosan, Mircea; Jaafari, Nematollah; Baup, Nicolas; Welter, Marie-Laure; Fontaine, Denys; ... Pelissolo, Antoine. (2008). Subthalamic nucleus stimulation in severe obsessive-compulsive disorder. *The New England Journal of Medicine*, 359(20), 2121-2134.
- Malette, Louise (2003). La psychiatrie sous influence. *Santé mentale au Québec*, 28(1), 298-319
- Marty, Pierre et M'Uzan de, Michel (1963). La pensée opératoire. *Revue française de psychanalyse*, 22, 345-356.

- Matsunaga, Hisato; Maebayashi, Kensei et Kiriike, Nobuo (2008). A review of the researches focusing on the heterogeneity of obsessive-compulsive disorder and its potential subtypes, *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 110, 161-74.
- Mayes, Rick et Horwitz, Allan V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of Behavioral Science*, 41(3), 249–67.
- McDougall, Joyce (1978). *Plaidoyer pour une certaine anormalité*. Paris : Gallimard.
- McWilliams, Nancy (1994). *Psychoanalytic diagnosis understanding personality structure in the clinical process*. New York : Guilford Press.
- McWilliams, Nancy (2011). The psychodynamic diagnostic manual: An effort to compensate for the limitations of descriptive psychiatric diagnosis. *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 112-122.
- Meares, Russell (2001). A Specific developmental deficit in obsessive-compulsive disorder: The example of the Wolf Man». *Psychoanalytic Inquiry*, 21, 289-319.
- Melman, Charles (2015). *La névrose obsessionnelle Tome 1- Le signifiant, la lettre*. Toulouse : Erès.
- Merleau-Ponty, Maurice (1960). *Signes*. Paris : Gallimard.
- Merleau-Ponty, Maurice (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard.
- Minkowski, Eugène (1966). *Traité de psychopathologie*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Morgenthaler, Fritz (1967). Régression fonctionnelle du Moi et problèmes techniques dans l'analyse de la névrose obsessionnelle. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 693-705.
- Moritz, Steffen; Kempke, Stefan; Luyten, Patrick; Randjbar, Sarah et Jelinek, Lena. (2011). Was Freud partly right on obsessive–compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, 187(1), 180-184.

- M'Uzan de, Michel (2015). *L'inquiétude permanente*. Paris : Gallimard.
- Myerson, Paul (1967). Quelques remarques sur l'exposé du Dr. Zetzel. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 539-543.
- Nicolas, Serge (2005). en préface de Janet, P., (2005) *Les Obsessions et la Psychasthénie Tome I Analyse des Symptômes Volume I*. Paris : L'Harmattan.
- O' Connor, John (2008). A flaw in the fabric: Toward an interpersonal psychoanalytic understanding of obsessive-compulsive disorder, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38(2), 87-96.
- O'Connor, Karen; Barnaby, Nelson; Walterfang, Mark; Velakoulis, Dennis et Thompson, Andrew (2009). Pseudoneurotic schizophrenia revisited, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 873-876.
- Phillips, James (2005). Idiographic formulations, symbols, narratives, context and meaning, *Psychopathology*, 38, 180-184.
- Pious, William, L. (1950). Obsessive-compulsive symptoms in an incipient schizophrenic. *The Psychoanalytic Quarterly*, 19, 327-351.
- Poissonnier, Dominique (1998). *La pulsion de mort de Freud à Lacan*. Ramonville Saint-Agne : Erès.
- Poyurovsky, Micheal; Weizman, Abraham et Weizman, Ronit (2004). Obsessive Compulsive Disorder in Schizophrenia, Clinical Characteristics and Treatment», *CNS Drugs*, 18(14), 989-1010.
- Patel, Sapana R. et Blair Simpson, Helen (2010). Patient preferences for obsessive-compulsive disorder treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(11), 1434-1439.
- Reider, Ronald O. (1979). Borderline schizophrenia : evidence of its validity. *Schizophrenia Bulletin*, 5(1), 39-46.
- Ribas, Denys (2009). Pulsion de mort et destructivité. *Revue française de psychanalyse*, 73(4), 987-1004.

- Ricoeur, Paul (1986). *À L'école de la phénoménologie*. Paris : Librairie Philosophique J. Vrin.
- Rodriguez, Carolyn; Corcoran, Cheryl; et Blair Simpson, Helen (2010). Diagnostic and treatment of a patient with both psychotic and obsessive compulsive symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 754-761.
- Sandler, Joseph et Joffe, W.G. (1965). Notes on obsessionnal manifestation in children. *Psychoanalytic Study Child*, 20, 425-438.
- Sauret, Marie-Jean (2011). Les loupées de L'Homme aux Loups, *ERES*, 21(2), 5-20.
- Serina, Florent (2015). Pierre-Henri Castel, La fin des coupables. Obsessions et contrainte intérieure de la psychanalyse aux neurosciences, suivi de Le cas Paramord, *Revue d'histoire des sciences humaines*, 27, 237-243.
- Shapiro, David (2001). OCD or Obsessive-Compulsive Character? *Psychoanalytic Inq.*, 21, 242-252.
- Soccaras, F. (1957). Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 21(4), 535-551.
- Stasik, Sara M; Naragon-Gainey, Kristin; Chmielewski, Micheal et Watson, David (2012). Core OCD symptoms: exploration of specificity and relations with psychopathology. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(8), 859-870.
- Stein, Dan J. et Stone, Michael H. (dir.) (1997). *Essential papers on obsessive-compulsive disorder (Essential papers in psychoanalysis series)*. New York : NYU Press.
- Steketee Gail; Foa, Edna B. et Grayson, Jonathan B. (1982). Recent advances in the Behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Archive of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.
- Swain, Gladys (1997). *Le sujet de la folie*. Paris : Calmann-Lévy. (Ouvrage original publié en 1977)
- Tanguay, Bernadette (1991). *Les voies de la recherche clinique en psychanalyse*. Montréal : Éditions du Méridien.

- Thierry, Yves (1987). *Du corps parlant, le langage chez Merleau-Ponty* : Bruxelles : Ousia.
- Tricaud, Jean-Marie (prod.), Brunel, Maud (réalis.) (2017). *Zone Interdite : Unités pour malades difficiles; qui sont ces fous que l'on enferme?* [Reportage télévisé]. Paris : Giraf production. Récupéré de : <https://www.youtube.com/watch?v=W06UmLBCEvA>
- Valente, Antonio; Miguel, Euripedes; Castro, Claudio; Amaro Jr, Edson; Duran, Fabio; Buchpiguel, Carlos; ... Busatto, Geraldo (2005). Regional gray matter abnormalities in obsessive-compulsive disorder: a voxel-based morphometry study. *Biological Psychiatry*, 58, 479-87.
- Van den Berg, Jan Hendrick (1980). Phenomenology is Psychotherapy. *Journal of Phenomenological Psychology*, 11(2), 21-49.
- Van den Heuvel, Odile; Remijnse, Peter; Mataix-Cols, David; Vrenken, Hugo; Groenewegen, Henk; Uylings, Harry; ... Veltman, Dick (2009). The major symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. *Brain, a journal of neurology*, 132(4), 853-868.
- Vanier, Alain (2005). Aujourd'hui, la névrose obsessionnelle. *L'Évolution Psychiatrique*, 70(1), 87-91.
- Viderman, Serge (1977). *La Construction de L'Espace Analytique vol. 2 (Le Céleste et le Sublunaire)*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Weissman, Philip (1954). Ego and superego in obsessionnal character neurosis. *Psychoanalytic Q.*, 23, 529-543.
- Wexler, Milton (1967). Commentaires sur l'article du Dr Bychowski. *Revue française de psychanalyse*, 31(4), 687-692.
- Wolf-Fédida, Mareike (2004). Objet et méthodologie de la recherche en psychanalyse : l'exemple de la psychopathologie psychanalytique d'orientation phénoménologique, *Recherches en psychanalyse*, 2004(1), 81-96.
- Wulff, M. (1951). The Problem of neurotic manifestations in children of preoedipal age. *Psychoanalytic Study Child*, 6, 159-179.

- Yu, Calvin Kai-Ching (2013). Obsessive-compulsive distress and its dynamic associations with schizotypy, borderline personality, and dreaming. *Dreaming*, 23(1), 46-63.
- Zetzel, Elizabeth (1967). 1965: Notes supplémentaires sur un cas de névrose obsessionnelle. *Revue française de psychanalyse*, 31(4).